

Tanulmányok a tanulásban akadályozottak
pedagógiája és határtudományai köréből

Készült a 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 gyerekek együttnevelése) keretében.

Szakmai vezető

Kapcsáné Németi Júlia

TANULMÁNYOK A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTTAK PEDAGÓGIÁJA ÉS HATÁRTUDOMÁNYAI KÖRÉBŐL



EDUCATIO
Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság

SULINOVA



Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság
Budapest, 2008

Írták

Bruckner László, Csapó Benő, Fazekasné Fenyvesi Margit, Franz B. Wember, Horváth Miklós, Horváth Péter, Józsa Krisztián, Kiss Ágnes, Krajcsi Attila, Mesterházi Zsuzsa, Nagy József, Papp Gabriella, Sándor Éva, Sieglind Ellger-Rüttgardt, Sinkó Edina, Sósné Pintye Mária, Szabó Ákosné, Szekeres Ágota, Tóth Adrienn, Urs Haeblerlin, Vargáné Molnár Márta, Virányi Anita, Zsoldos Márta

Szakmai lektor

Gordosné dr. Szabó Anna

ny. főiskolai tanár, a neveléstudomány kandidátusa (PhD)

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Nyelvi lektor

Szekeres Szabolcs

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék

Szerkesztette

Szabó Ákosné dr.

© Szerzők, 2008

© Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, 2008

ISSN 1789-2554

A kiadvány ingyenes, kizárólag zárt körben, oktatási céllal használható, kereskedelmi forgalomba nem kerülhet. A felhasználás a jövedelemszerzés vagy jövedelemfokozás célját nem szolgálhatja.

Kiadja az Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság

Felelős kiadó: Kerekes Gábor ügyvezető igazgató

1134 Budapest, Váci út 37. • Telefon: (06-1) 477-3100

Fax: (06-1) 477-3136 • E-mail: info@educatio.hu

Nyomtatta a Pátria Nyomda Zrt.

Felelős vezető: Fodor István vezérigazgató

TARTALOM

Szerkesztői előszó	9
Szabó Ákosné: <i>Metamorfózisok: a debilitástól a tanulási akadályozottságról.</i> <i>Laudáció</i>	11
Mesterházi Zsuzsa: <i>Szabad asszociációk a tanulási akadályozottságról</i>	37
Urs Haeblerlin: <i>Ethische Grundlagen der Heilpädagogik. Abstract</i>	47
A gyógypedagógia etikai alapjai	49
Nagy József: <i>Az alapképességek folyamatos kritériumorientált kifejlesztése</i>	55
Franz B. Wember: <i>Vergleichende Heilpädagogik – Fenster zur Förderung von</i> <i>Fertigkeiten und Fähigkeiten. Abstract</i>	69
Összehasonlító gyógypedagógia – Ablak a készségek és képességek fejlesztéséhez	70
Csapó Benő: <i>Kognitív fejlődés és iskolai tudás</i>	87
Kiss Ágnes – Zsoldos Márta: <i>A képességrendszer változásai fejlesztésben</i> <i>részesülő tanulóknál. A Sindelar-program tapasztalatai</i>	89
Szekeres Ágota: <i>Az identitás alakulása tanulásban akadályozott fiatalok</i> <i>körében</i>	105
Józsa Krisztián – Fazekasné Fenyvesi Margit: <i>Tanulásban akadályozott</i> <i>gyermekek tanulási motivációja</i>	157
Krajcsi Attila: <i>Számolási zavarok idegrendszeri alapjai</i>	181
Sieglind Ellger-Rüttgardt: <i>Modelle allgemeiner Schulen mit abweichendem</i> <i>Lehrplan im Ausland. Abstract</i>	207
Eltérő tantervű általános iskolák külföldön	208
Papp Gabriella: <i>Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek integrált oktatása,</i> <i>nevelése hazánkban</i>	215
Horváth Miklós: <i>A szabad tanulás hazai adaptációja</i>	225
Virányi Anita: <i>A szabad tanulás hatása a tanulási képesség változására</i>	231
Sándor Éva: <i>„Szabadjestés védelem alatt”. Képzőművészeti pedagógiai terápia</i>	245
Sósné Pintye Mária: <i>A Waldorf-pedagógia szerepe napjainkban</i>	255

Bruckner László: <i>Tanulásban akadályozott, szakképzett fiatalok munkába állásra való felkészítése utógondozói modellkísérlet keretében</i>	257
Horváth Péter: <i>Munkapiaci helyzetkép a speciális szakiskola elvégzése után</i>	259
Vargáné Molnár Márta – Sinkó Edina –Tóth Adrienn: <i>Az egészségkárosodás és a krónikus betegségek kapcsolata a tanulási korlátok különböző formáival</i>	261
Mesterházi Zsuzsa munkássága – Eredmények (1958–2006)	289
Publikációk (1972–2006)	291

*„Olyan ez, mint maga az élet, megpróbáljuk részleteiben megérteni,
de az összesség élménye a lenyűgöző...”*

Dr. Mesterházi Zsuzsa 70. születésnapjára

SZERKESZTŐI ELŐSZÓ

A kötetben olvasható előadások a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Karon 2006. november 23-án rendezett konferencián hangzottak el.

A konferenciával tanszéki munkatársai és a szakterülettel együttműködő hazai kutatók, valamint külföldi pályatársai, kollégái, tanítványai, barátai köszöntötték a 70 éves dr. Mesterházi Zsuzsát.

A kötet tartalmi és terjedelmi kompromisszumok gyümölcse. Nem minden tanszéki munkatárs számára nyílt lehetőség a bemutatkozásra: az értelmileg akadályozottak pedagógiája munkacsoport tagjai a konferenciát kísérő poszterkiállítás rendezésével, fordítással és tolmácsolással nyújtottak nagy segítséget.

Öröm és megtiszteltetés számunkra, hogy a kötet az Educatio Kht.-vel közös kiadásban láthat napvilágot. Ez az együttműködés lehetőséget nyit ezer tanító, pedagógus számára, hogy megismerkedjen azzal a tudományterülettel, szakterülettel, szakmával, hivatással és határtudományaival, határterületeivel, partnereivel, amellyel látható és láthatatlan szövedékek százai kötik össze. A tanítók és gyógypedagógusok közös lehetősége, feladata leképezni a gyermekek és fiatalok közötti különbözőségeket az iskolában: tantervben, tananyagban, eszközökben, módszerekben és tanulásszervezési módokban.

Így válhat a kötet a megértés, a kölcsönös megértés eszközévé. A tanulásban akadályozott gyermekek eredményes iskolai nevelése pedagógiai és/vagy gyógypedagógiai többlétszolgáltatásokkal biztosítható. Az integrált tanuló a tanító és a gyógypedagógus együttműködéseiben kapja meg az individuális és speciális nevelési szükségleteit kielégítő nevelést, oktatást. A tanító és a gyógypedagógus koalícióját a gyermek egyéni életútja koreografálja: a világrajövetel díszletei, amelyek között a szülők gyermekeikkel kapcsolatos aspirációi fogannak, és könnyítik vagy nehezítik a megfelelési vágy pszichodinamikáját. A szülők mosolya, a vacsorára kínált étel illata, a polcon sorakozó leporellók, a szülők munkapiaci esélyei/örömei, az óvoda játékos évei és még sok-sok engramíró veti papírra számunkra a kottát. A közös muzsikáláshoz meg kell ismernünk egymás tudományterületeit, kompetenciáit.

Azokat az előadásokat, amelyek a konferencián elhangzottak, de nem készült az alapanyagból dolgozat, absztrakt formájában közöljük, köszönetet mondva a szerzőknek, hogy velünk ünnepeltek.

Nagy köszönettel tartozunk kötetünk szakmai lektorának, Gordosné dr. Szabó Anna nyugalmazott főiskolai tanárnak, aki szeretettel és megértéssel vette tudomásul, hogy a szerkesztés, a nyelvi lektorálás és egymás előadásainak, tanulmányainak támogatása a tanulásban akadályozottak pedagógiája munkacsoport manufaktúrájában történt. A konferencia előadásait idéző kötet magunk készítette sütemény: a cukrászdában szob-

bet és esetenként jobbat árulnak, mi viszont csak a marcipánvirágok míves elkészítését kértük szakmai lektorunktól és az EDUCATIO-tól.

Mesterházi Zsuzsa *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése* című tankönyvének 58. oldalán felsorolja a *gyógypedagógián belül a 60-as évektől kialakult újabb tudományterület, a tanulásban akadályozottak pedagógiája* főbb témaköreit: „A tanítás leghatékonyabb eljárásai nehezített tanulási feltételek mellett, a tanulási technikák fejlesztése, a tanulási képesség megismerése, pedagógiai terápiás eljárások alkalmazása, a tanulási motiváció javítása, az önálló felnőtt élethez szükséges képességek kialakítása, a szakmatanulásra való felkészítés.”

Kicsit kevesebbet és kicsit többet kínálunk ízelítőül. Fogadd, Zsuzsa, szeretettel, és fogadják, tisztelt olvasóink, érdeklődéssel!

Budapest, 2008. május

*Szabó Ákosné
főiskolai tanár*

SZABÓ ÁKOSNÉ

METAMORFÓZISOK: A DEBILITÁSTÓL A TANULÁSI AKADÁLYOZOTTSÁGIG. LAUDÁCIÓ

*Tisztelt Mesterházi Zsuzsa főiskolai tanár, kollégánk, tanszékvezetőnk, főigazgatónk!
Tisztelt Konferencia!*

Szeretettel és tisztelettel köszöntöm mindannyiunk nevében Mesterházi Zsuzsát jubileumi születésnapja alkalmából!

A Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából rendezett konferenciánkon igyekszem felvázolni ünnepeltünk munkássága alapján a tanulásban akadályozottak pedagógiája gyógy-pedagógiai tudományterület elméletképzésének előzményeit és folyamatát: a tudományos fogalmak születésének bonyolult díszleteit. Mesterházi Zsuzsa és más szerzők művei, az ünnepelt önmagáról interjúkban, szakmai és közösségi összejöveteleken adott személyes információi alapján sok-sok hétköznapi és egzotikus virágszálból gazdag, színes csokrot komponálunk, és azt a konferencia figyelmébe ajánljuk. „...Olyan ez, mint maga az élet, megpróbáljuk részleteiben megérteni, de az összesség élménye a lenyűgöző.” (Mesterházi, 2004).¹



¹ Az idézet Mesterházi Zsuzsa „...a mélyben folyamatosan ugyanaz a bűvópatak táplálta... A gyógypedagógia elméletképzésének főbb irányai” c. tanulmányának zárómondata. A tanulmány a Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás szerkesztésében 2004-ben Gordosné Szabó Anna tiszteletére megjelent *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia* c. kötetben jelent meg.

Megértés, kölcsönös megértés

Egy dicshimnusznak alcímzett laudációjában játszadozik az ezredfordulót ölelő évtizedek kultúrájában oly nehezen meghatározható, kusza fogalom körülírásával Esterházy Péter.²

„Europäische Verständigung – ezt is csak feléből-harmadából értem. Az europäischét már muszáj értenem, az utóbbi években annyi fontos konferencián esett róla szó, jól definiált geográfiai fogalom, legfőljebb az Urál hegység egynémely bozótjában támadhat föl az identitászavar bizonytalan, zibongó érzése, hogy akkor ő most ázsiai volna-e vagy már/még európai. Függetlenül a széljárástól.

A Verständigung már nehezebben érthető. A magyar újságok a díj kapcsán az »egyetértés« szót használták. A magyar–német szótárban a következőket találom: »egyetértés«: das Einverständnis, das Einvernehmen, die Eintracht (Frankfurter, és: mit jm in Eintracht leben, die Übereinstimmung). Hát itt egy fia Verständigung sincs. Nézzük meg a verständigen-t. Verständigen: »értésít«, »tudósít«, »megértet«, ezekről a másik szótárban a következők vannak: verständigen, végre valamicske azonosság, benachrichtigen, begreiflich machen, verständlich machen, avisieren (die uns in Ihrem Brief avisierte Rimesse haben wir erhalten). Nézzük még meg a sich verständigen-t: »megegyezik«, »megegyezésre jut«, vissza a másik szótárhoz: übereinstimmen, zutreffen, sich einigen (über den Preis).

Ha sokat járkalunk a két szótár közt, magyarról németre és vissza és vissza, könnyen úgy járunk, mint ama performance-ban, amikor valaki elkezdett mondjuk száz márkát átváltani talán dollárra, majd azt vissza márkába, majd azt vissza dollárba, márka, dollár, márka, dollár, és így tovább, míg le nem nullázta az összeget. Itt a szótárak esetében akár még fordítva is járhatunk, és váratlanul milliomosok leszünk. De az sem jobb, hiszen mi a százzal szeretnénk megtudni valamit.

A százzal még ezt olvastam az egyik szótárban: friedliche Verständigung, eine Verständigung suchen und finden, és die Verständigung der Völker.

Mindezen szótározásból azt sejthetni, hogy ez a Verständigung fontos, komoly szó, szeriőz emberek használhatják, illetve akinek köze van hozzá, az valamit nagyon akar, valamit, amiről azonban nem nagyon tudni, hogy micsoda, valami homályos, fontos dolog.” (Esterházy, 2005).

Mesterházi Zsuzsa munkásságát szűkebb szakterületén, az oligofrénpedagógia/az enyhén- és a középsúlyosan értelmi fogyatékosok pedagógiája/a tanulásban akadályozottak és az értelmileg akadályozottak (gyógy)pedagógiája területén annak a megértésnek a jegyében lehet megragadni, ami pszichológiai adottságként és tanult képességként,

² Esterházy Péter *A ritmus* címmel megjelent, Nadas Pétert üdvözlő laudációjából, amely a Népszabadságban, 1995. március 25-én jelent meg.

készségként áthatja személyiségét, magánemberi és szakmai minőségeiben együttesen és elválaszthatatlanul.

Türelemmel, megértéssel, belátással és bölcsességgel mesél Mesterházi Zsuzsa a gyerekkoráról, középiskolai és főiskolai éveiről, gyakorló gyógypedagógusi tapasztalatairól, majd a gyógypedagógus-képzés és a gyógypedagógiai kutatás évtizedeinek élményeiről, konklúzióiról abban a kötetben, amely – véletlenül – a tiszteletére rendezett tudomány-napi konferencia évében jelent meg (*Bánfalvy–Szauder–Zászkaliczky*, 2006).³

Történelem. Történelmünk. A gyógypedagógia története. Olyan évtizedek is, amelyekben a valódi dialógusra való képtelenséget gyakori ülésezéssel, értekezletek tömegével, jól nevelt kerekasztal-konferenciákkal és kellemkedő párbeszédekkel leplezték.

Mesterházi Zsuzsa figyelte, tanulta, kutatta, értelmezte, értette és megértette a saját világát és mások világát is. Megértette az egészet.

Engramok a gyermekkorból és a főiskolai évekből

Boldog gyermekkor: szép nagy polgári ház, fenyőfás, virágos, homokozós és hintás kert, többgenerációs család, két testvér, kiegyensúlyozott családi élet. Mesterházi Zsuzsa nyolcéves, amikor kitör a háború, menekülés Ausztriába, hazatérés 46-ban. Konzolidáció rövid távon. Aztán jönnek az ötvenes évek: kitelepítés a frissen felújított családi otthonból, szociális elszigeteltség, elszegényedés. Iskolák, amelyekben megmaradtak a tanítók, tanárok, és megőrizték a békeidők értékeit, megzavart értékrendű világ, kiközösítettség és barátságok az osztályban, meghatározó olvasmányok és játékok. Élmények, kedves emlékek. Jó középiskolák, szép és szörnyűséges kollégiumok, döntések, tanulás könyvekből és élethelyzetekből.

„Szabadszálláson, amikor az általános iskola 8. osztályába jártam, a tanév elején, szeptemberben kellett egy fogalmazást írni arról, hogy mi leszek, ha nagy leszek. Akkor ezt a három foglalkozást írtam le: építész, vegyész, textiltervező.” (*Bánfalvy–Szauder–Zászkaliczky*, 2006, 150.). A romok felszámolásának indítékát, a felfedezés csábítását és a művészi érzék, tehetség hajtóerejét az embereken való segítség vágya váltotta fel: a szegénység és a továbbtanulási lehetőségektől, a szabad mozgástól való megfosztottság, az állampolgári megalázottság sorsformáló erővé vált Mesterházi Zsuzsa életében. Származása miatt az Orvostudományi Egyetemre maximális pontszáma ellenére nem vették fel, egy lóápoló tanfolyamot ajánlottak számára. Ez a mérhetetlen cinizmus erőt adott a küzdelemhez: megtalálni azt az egyetemet vagy főiskolát, amelyik befogadja. „Sok évvel később *Esterházy Péter: Bevezetés a szépirodalomba* című könyvének megjelenése

³ Bánfalvy Csaba, Szauder Erik és Zászkaliczky Péter a magyar gyógypedagógia „félmúltját” bemutató interjúkötetében Gordosné dr. Szabó Anna, Hatos Gyula, Illyés Gyuláné, Lányiné Engelmayer Ágnes, Méhes József, Mérei Vera, Mesterházi Zsuzsa, Mezeyné dr. Isépy Mária, Pálhegyi Ferenc, Subosits István és Révay György mesélnék életükről, a gyógypedagógiáról (a „szakmáról”), a főiskoláról és a történelemről.

után a könyvnap dedikációját megköszönve erről a következőt írtam neki: 50-ben így szólt a hatalom: Minek magának ipszilon? Minek is? – gondoltam –, s a nevemet egy vonással átírtam. Végül is hangzása így is, úgy is: I, akár y, akár pontos i.” (Bánfalvy – Szauder – Zászkaliczky, 2006, 151.)

A főiskola, amelyik befogadta, a Csalogány utcában volt. A telefonkönyvben lehetett rátalálni. Fura gyerekek voltak ott. És – az ötvenes évek közepén – fura, pontosabban az akkori világba nem illő felnőttek: Vértes O. András, aki azon a napon, amikor Mesterházi Zsuzsa a felvételi vizsganapok utolsóján a főiskolára beállított, felügyelő tanár volt. Bárczi Gusztáv, Máriafalvy Zoltánné és Horváth László voltak még a bizottság tagjai. „Az első érdemi kérdés az volt, hogy: »Milyen a világnézete?« – így, kerek pereg. Akkor azt mondtam magamban, hogy »ezeknek« nem fogok köntörfalazni, legfeljebb nem vesznek fel. És elmondtam, hogy milyen a világnézetem: hogy nem vagyok materialista, de nem vagyok kábultan vallásos ember sem. Utána megkérdezték, hogy miért ide jelentkeztem, és akkor elmondtam nekik a történetemet, azt is, hogy vaktában jöttem ide a telefonkönyv alapján. »El tudom-e képzelni, hogy gyógypedagógus legyek?« – kérdezték. »Egyelőre még nehezen, mert nem tudom, a gyógypedagógus mivel foglalkozik, tehát egy kicsit meg kellene ismernem.« – válaszoltam.” (Bánfalvy–Szauder–Zászkaliczky, 2006, 151.). Négy nap múlva táviratilag értesült a felvételiző, hogy kollégiumi hely és ösztöndíj is várja a Gyógypedagógiai Főiskolán. (A párttitkár is valószínűleg a felvételi bizottságban volt, őt már nem tudta Mesterházi Zsuzsa felidézni. A felvételt nem tudta vagy nem akarta megakadályozni.)



Bárczival



Dohány utca, foglalkozás a gyógypedagógiai óvodában



Alkotmány utcai Kisegítő Iskola, ballagás 1972-ben

Metamorfózisok

Ami tovább él, ami átalakul, ami újjászületik,
ami új született, és ami új születik.

Ami tovább él

„Létrehoztam másokkal együtt egy olyan bejáró gyógypedagógiai óvodát a VII. kerületben, a Dohány u. 65. sz. alatti kiségitő iskolában, ami akkor még nem létezett Budapesten, csak a Csalogány utcában működött bentlakásos óvoda. Az óvoda kialakításakor többször is kértem Illyés Gyuláné segítségét, tanácsát, véleményét. A tanítás mellett hosszú éveken keresztül szakfelügyelő, illetve szaktanácsadó voltam a fővárosban. Ez azt jelentette, hogy szinte az összes fővárosi kerület kiségitő iskoláit végiglátogattam, mindenütt kapcsolatokat építettem. Amikor egy-egy értékelő jegyzőkönyvet összeállítottam a tapasztaltakról, arra fölfigyeltek az iskolák. Az V. kerületi iskolában ennek köszönhetően kértek fel az iskola igazgatására. Ebben a belvárosi iskolában minden akkor lehetséges modernizációs próbálkozásnak helyet adtam. Elkezdtük az integrált nevelést olyan formában, hogy a kerületi sportiskolákba, zeneiskolákba, különböző klubokba vittük ki a gyerekeket. Nagyon sok módszertani változtatást hoztunk be az iskolába, szabadabb, nyitottabb oktatási formákat vezettünk be. Átépítettük az iskolát, nagyon szép berendezést sikerült vásárolni. A pedagógusok folyamatosan továbbképzésekre jártak...” (Bánfalvy–Szauder–Zászkaliczky, 2006, 162.).

Ami átalakul

TÉZIS: A megértés, kölcsönös megértés megértést feltételez. A megértés egy rész megértését jelenti az egészszel való kapcsolatában.

A fogyatékoság fogalma sokat változott az elmúlt fél évszázadban. A gyógypedagógia tradicionális megközelítése a biológiai állapot megváltozásában ragadta meg a fogyatékoság fogalmát, individuális, a személyen belüli minőségként értelmezve. Ez a megközelítés azt nevezi fogyatékoságnak, ha az adott egyén tulajdonságaiban, fejlődésmenete különböző területein nemcsak mennyiségi, hanem minőségi változások lépnek fel a zavartalan fejlődésmenethez, a képességek megszokott struktúrájához, a normalitáshoz képest. Egy károsító tényező hatására az egyén fejlődése irreverzibilisen eltérhet az ép fejlődésmenettől, a fejlődés általában lelassul, s különféle területeken olyan elsődleges és másodlagos elváltozásokat okoz, amelyek eredményeként átalakulnak a képességstruktúra elemei és a személyiségvonások is. Klinikai, diagnosztikus eszközökkel ezek a változások kimutathatók, általában negatív eltéréseként, deficitekként értelmeződnek. A terminológia változása mögött annak a ténynek a felismerése áll, hogy az egészséges fejlődésmenettől való eltérések különböző szinteken nyilvánulnak meg.

A 19. század utolsó évtizedeiben a már működő, elkülönített gyógypedagógiai intézményrendszer struktúrájában és tartalmában egyaránt differenciálódott. Az értelmi fogyatékosok intézményeiben is gyűltek a differenciálódással együtt járó tapasztalatok: növekedett az enyhébb fokban értelmi fogyatékosok száma, és egyre inkább előtérbe került az iskolai, oktatási funkció. A 19. és 20. század fordulójának Magyarországon két, egymástól karakterisztikusan eltérő, külön-külön tanterv szerint működő gyógypedagógiai intézménytípus alakult ki az értelmi fogyatékosok számára (*Gordosné, 2000*). Frim Jakab – támaszkodva kora orvostudományi megfigyeléseire és saját pedagógiai tapasztalataira – már 1884-ben felhívja a figyelmet a súlyosságbeli különbségekre. Szenes Adolf, Berinza János és Roboz József az értelmi fogyatékosok osztályozásában számos szempontot követtek: pedagógiai megfigyelések, tananyagleírások, módszertani útmutatások, eszközismertetések előzték meg, készítettek elő a gyógypedagógiai nevelés tartalmát, módszereit, eszközeit szabályozó alapidokumentumok, a tantervek készítését (*Mesterházi, 1985*). Éltes Mátyás, az enyhe fokban értelmi fogyatékosok első hazai iskolájának, az első kiségitő iskolának a megalapítója 1905-ben és 1909-ben készített tanterveinek jellemző vonása az értelmi fogyatékos gyermek fejlettségi szintjéhez és fejlődési lehetőségeihez való igazodás volt.

1945 után a társadalmi változások és a politikai erőviszonyok gyökeres átalakulása a gyógypedagógia tudományos művelőit nehéz helyzetbe sodorta. A fogyatékoságok értelmezésében a megelőző évtizedek természettudományos megközelítései az idegrendszer működésének feltárását célzó szovjet biológiai, fiziológiai kutatások eredményeit be tudták fogadni, egyben szükségessé vált a fogyatékoságok újraértelmezése. 1945-ig a magyar gyógypedagógia elsősorban hazai és külföldi polgári pedagógiai irányzatokhoz csatlakozott, másrészt a közvetlen empiria talaján fejlődött. Bárczi és munkatársai az egységes gyógypedagógia elméletének értékeit megtartva új fogalomrendszer alapjait rakták le. (*Dr. Bárczi Gusztáv: A magyar gyógypedagógia a pavlovi fiziológia szemléletében. Bp., 1955, cit. Mesterházi, 1985*)

Bárczi 1959-es *Általános gyógypedagógia* tankönyve a pavlovi nervizmust a fogyatékoságok egységes magyarázó elveként alkalmazta. A gyógypedagógia körébe tartozó lelki jelenségeket a felsőbb működés törvényeivel összefüggésben vizsgálta: az értelmi fogyatékos gyermekek nevelhetőségét az dönti el, hogy az I. és a II. jelzőrendszer „nem mindig normálisan működő” funkciói között milyen mértékű és tartósságú kapcsolatokat és mennyi idő alatt lehet kialakítani. (*Dr. Bárczi Gusztáv: Általános gyógypedagógia. Főiskolai tankönyv, Bp., 1959, cit. Mesterházi, 1985*)

Az enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok iskolai nevelése c. kötetének idézett bevezető tanulmányában Mesterházi Zsuzsa felhívja a figyelmet arra a feltűnő jelenségre, miszerint az 1952-es tanterv egyaránt nem tartalmazza sem az értelmi fogyatékoság meghatározását, sem a korábban elterjedt háromfokozatú felosztását: debilis, imbecillis, idióta. A tanterv csak közvetve utal arra, hogy a gyermekek – akik kísérleti, átmeneti és előkészítő osztályokba vehetők fel – csoportjainak fejlődési lehetőségei eltérőek. Arra a kérdésre, hogy milyen népeség számára és milyen szempontok alapján készült az 1952-ben kiadott tanterv, Bárczi az alábbi magyarázatot adja: „Nálunk és a Szovjetunióban is van egy párthatározat, amely szerint gyógypedagógiai nevelésre csak agyilag sérült gyermekeket lehet utalni... Mindenki politikailag felelős azért, hogy a gyógypedagógiai nevelés kereteibe csak agyilag sérült gyermek kerüljön. Ennek a politikai felelőssége abban van, hogy mindazon gyermekek, akik a gyógypedagógiai nevelésben és oktatásban részesülnek, az általános iskolában végzetekkel szemben hátrányban vannak. Tehát az a gyermek, akit ide beírnak, az egyúttal egy bizonyos hátrányba kerül. Ezért minden gyógypedagógus felelős.” (Dr. Bárczi Gusztáv: A munkára való nevelés gyógypedagógiai gyakorlata. In Dr. Tóth György szerk.: Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történethez” V. Oligofrénpedagógia-történet. Bp., 1982, Tankönyvkiadó, 181., cit. Mesterházi, 1985)

Meg kell jegyezni, hogy Bárczi Gusztáv már a II. világháború előtt, az Alkotás utcai Gyógypedagógiai Nevelőintézetben nem biológiai/kórtani/orvosi fejlettségre kereste az értelmi fogyatékosok fejlesztésének újabb és hatékonyabb módjait, sőt, a csoportalakítási kritériumokat sem. 1937-ben kezdődött, évekig tartó kísérlete pl. a különböző képességek fejlesztését célozta, az értékelés, sőt, a „magasabb” osztályba/csoportba sorolás fejlődési értékeket vett figyelembe, a képességek, a szociabilitás, a munkateljesítmény pontozásával kialakított, „fejlődési értékeket kifejező pontrendszer” dolgozott ki (Bárczi, 1941; Jankovichné, 1961; Gordosné, 1990/a).

Illyés Sándor szerint a tanterv ilyen módon kompenzálta a hiányzó differenciált intézményhálózatot. (Illyés Sándor: Az értelmi fogyatékos gyermekek nevelhetőségét és nevelési szempontokból történő csoportosítását meghatározó belső feltételek. In Tanulmányok a neveléstudomány köréből, 1963. Bp., 1964. Akadémia Kiadó 545–583., cit. Mesterházi, 1985.)

Az agyi sérülésnek az értelmi fogyatékoság első kritériumaként történő elismerése azt eredményezte, hogy a gyógypedagógiai nevelés a gyermek kóros biológiai állapotának befolyásolását kívánta pedagógiai eszközökkel elérni. Mesterházi Zsuzsa tanulmányának egyik legfontosabb konzekvenciája, hogy mivel „a különnevelésre szolgáló

gyógypedagógiai intézményekben a kiválogatott népesség adottságait és fejlődési perspektíváját figyelembe vevő tanterv szabályozza a nevelési folyamatot”, indokolt, „hogyan kiválasztást segítő népesség-meghatározásban is a pedagógiai szempontok dominálnak”. (Mesterházi, 1985, 29.)

Az értelmi fogyatékosok gyógypedagógiai intézményei számára 1959-ben jelent meg egy olyan tanterv, amely a debilitás, imbecillitás, idiotizmus fokozatait alkalmazta, de a környezet, illetve az iskola számára való elviselhetőség egységes minősítő rendszere alapján bővítette a nevelhetőségre vonatkozó új szempontú jellemzőkkel. (Dr. Bárczi Gusztáv: A gyermek fejlődési értékelése intézetünkben. A budapesti Állami Gyógypedagógiai Nevelőintézet évkönyve. Bp., 1941. In Dr. Tóth György szerk.: Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógiatörténehez” V. Oligofrénpedagógia-történet. Bp., 1982, Tankönyvkiadó, cit. Mesterházi, 1985)

Az 1961. évi III. Oktatási törvény 4. §-a a fogyatékos, de képezhető tanköteles korú gyermekek gyógypedagógiai intézményekben való oktatásáról, neveléséről rendelkezett. A 60-as években egyre erőteljesebb lett a differenciált intézményhálózat kialakításának igénye. 1963-ban kidolgozták a gyógypedagógiai intézmények tartalmi és szervezeti továbbfejlesztésének irányelveit. A szervezeti szétválasztással párhuzamosan ismét elkülönült tartalmilag is az értelmi fogyatékosok két súlyossági kategóriájának (debilis, imbecillis) nevelése, oktatása. Egy évvel később kísérleti tantervek jelentek meg a két gyógypedagógiai iskolatípus számára.

„A kisegítő iskola (kísérleti) tanterve meghatározta a kisegítő iskolai népesség körét: azok vehetők fel, illetve tarthatók ott, akik az általános iskolában eredményesen nem nevelhetők, oktathatók; korrigálható, fejleszthető képességeik, pszichikai adottságaik viszont az osztályközösségben folyamatosan történő fejlesztést, nevelést, elemi művelődési anyagnak, jártasságoknak és készségeknek tartós elsajátítását, illetve kialakítását lehetővé teszik.” (Tanterv és utasítás a kisegítő iskolák számára I–II. Bp., 1964. Tankönyvkiadó, 3., cit. Mesterházi, 1985)

A kisegítő iskola 1970-es tanterve az enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok nevelés- és oktatásméleti koncepciójának új alapjait rakta le. „Az a tanköteles korú gyermeket tekint az iskoláztatás szempontjából (!) enyhe fokban sérült (debilis) értelmi fogyatékosnak, aki az általános iskola követelményeinek alacsony intelligenciája, illetve megismerő funkcióinak zavara miatt megfelelni nem tud (ez a zavar a neuroendokrin rendszer öröklött, veleszületett vagy korai gyermekkorban szerzett károsodásán alapul). (Tanterv és mód-

szertani útmutatás a gyógypedagógiai intézetek, iskolák és osztályok számára. Bp., 1952. Tankönyvkiadó, 25., cit. *Mesterházi*, 1985) Mesterházi Zsuzsa felhívja a figyelmet arra, hogy az 1970-es tanterv az irreverzibilitást mind a neuroendokrin rendszer károsodására, mind pedig az erre épülő fő tünetre, a megismerő funkció zavarára is érvényesnek tekinti (*Mesterházi*, 1985).

Ami újjászületik

ANTITÉZIS: Az egészsről való elképzelés az emberekben nagyon különböző lehet, tudásuknak és létezésüknek megfelelően. A megértés, kölcsönös megértés a nagyon különböző megértések metszethalmazán jön, jöhet létre.

A WHO (*World Health Organization*, az ENSZ keretében működő Egészségügyi Világszervezet) 1980-ban elfogadott osztályozási rendszere⁴ az átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket/felnőttet alapvetően három tudomány és három gyakorlati terület szempontjából vizsgálja (*Kullmann*, 1999). Ez az új, többdimenziós megközelítés határkönek számított a magyar gyógypedagógiai gondolkodás megújulásában is. Az irreverzibilis fogyatékos állapot értelmezés helyébe a fogyatékosági folyamat értelmezése lépett (*Gordosné*, 2004).

Biológiai, organikus szinten, tehát a szervezet szintjén sérülésről, károsodásról beszélünk, a *pszichés funkciók, képességek szintjén* pedig képesség-, illetve funkciózavarokról. A definíció tartalmazza a harmadik, a *szociális szintet* is, hiszen a megváltozott fejlődésmenetnek komoly kihatása van a szocializációra, és így beilleszkedési zavar, társadalmi hátrány keletkezik. A magyar „fogyatékos” szó leginkább a második szinten, azaz a pszichés funkciók szintjén értelmezhető, míg a nyugat-európai nyelvek többnyire a harmadik, a szociális szinten igyekeznek a problémát megragadni. Magyarországon nem egységes a különféle jogszabályok, lexikonok és szaktudományos munkák fogalomhasználata, attól függően, hogy melyik szinten határozzák meg az eltérést, azaz a biológiai-organikus, a pszichofunkcionális vagy a szociális állapot megváltozásában látják a problémát. Ha „értelmi sérült” személyről beszélünk, akkor a biológiai tulajdonságairól, ha „értelmi fogyatékosnak” nevezzük, akkor a képességeiről, ha pedig az „értelmileg akadályozott” kifejezést használjuk, a szociális jellemzőiről teszünk kijelentést.

Az 1980-as WHO-definíció az eltérések három szinten lehetséges megfogalmazása ellenére még mindig egyenes vonalú oksági láncként fogta fel a biológiai, a pszichés és a szociális szintek összefüggéseit. Eszerint a fogyatékoság az egyén individuális minősége. Van egy organikus sérülése, emiatt másként működnek egyes funkciói, másra képes,

⁴ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH= A károsodás, a fogyatékoság és rokkantság nemzetközi osztályozása).

másként fejlődik, és emiatt nehezített a társadalmi beilleszkedése is. Az egész probléma az egyénen belül marad.

A három szempontnak megfelelően a gyógypedagógiában három alapfogalom használata a leggyakoribb: sérülés, fogyatékoság (képeségzavar), akadályozottság. Ez a három fogalom egymással összefüggésben áll (gyakran ki is mutatható az oksági összefüggés), de nem cserélhető fel egymással. A három kifejezést nem lehet szinonimának tekinteni. Példa az oksági összefüggésre: valamely perinatális *sérülés* következménye lehet a pszichikus funkciók fejlődésének zavara (a képességek fejlődésének zavara, képeségzavar), amelyek együttesen valamely *fogyatékoságot* (*képeségzavart*) eredményeznek, és ennek lesz következménye az *akadályozottság* (például tanulási akadályozottság) (Mesterházi, 2005). A fenti értelmezés szerint tehát diagnosztikus szempontból ugyanarról a gyermekről megállapítható, hogy *sérült* (a biológiai funkciók zavara), hogy *fogyatékos*, *képeségzavart mutat* (a pszichikus funkciók zavara) és az is, hogy *akadályozott* (a társadalmi szerepek zavara). Az orvosi, pszichológiai és gyógypedagógiai diagnózis tehát akkor lesz teljes, ha megállapítja (vagy kizárja) a sérülést, feltárja a fogyatékoság/képeségzavar struktúráját, súlyosságát, továbbá megállapítja az akadályozottság területeit és az ebből következő tennivalókat.

A magyar gyógypedagógia 1980 után figyelembe vette a WHO fogalomalkotási szempontjait, de nem tért át egységesen a WHO által meghatározott terminológia használatára, hanem részben megtartotta a már kialakult szak kifejezéseket, részben elkezdett korábban nem használt kifejezéseket átvenni a külföldi szakirodalomból, ebből következően nem egységes a fogalom használata.

A nyolcvanas évek elejét Magyarországon az értelmi fogyatékos gyermekcsoport megjelölésének terminológiai különbözőségei jellemezték.

Gordosné dr. Szabó Anna a három hagyományos kategória (idióták, imbecillisek, debilisek) további alcsoportokra bontását – elsősorban a debilisek esetében – problematikusnak ítélte. Hangsúlyozta, hogy a kiegészítő iskolai népesség eltolódását a határesetek felé sokféle oki tényezőre lehet visszavezetni a minimális cerebrális diszfunkciótól a különböző részképességzavarokon át a szociális háttérű mentális retardációig. Ennek a csoportnak a nevelését gyógypedagógiai segítséggel vagy anélkül, differenciáltan látta szükségesnek megoldani. (Gordosné dr. Szabó Anna: *Gyógypedagógia*. Főiskolai tankönyv. Bp., 1981. Tankönyvkiadó, 37–44., cit. Mesterházi, 1985)

Illyés Sándor új oldalról, a változtathatóság felől közelítette meg az értelmi fogyatékos gyermek definícióját. Megkérdőjelezte az értelmi fogyatékoság viselkedési ismérveinek a szakirodalom által leírt szükségszerűségét, mivel – megítélése szerint – a gyermek számos, nevelési szempontból előnytelen tulajdonsága, hibás magatartása tanulással is kialakulhat, nem feltétlenül a

biológiai állapot közvetlen következménye. Megállapítása szerint a jól kidolgozott tanulási stratégiák preventív hatásúak is lehetnek. (Tanulás és értelmi fogyatékoság. Szerk.: *Dr. Illyés Sándor*. Bp., 1980. Tankönyvkiadó, 11–12., cit. *Mesterházi*, 1985)

A WHO 1954 óta nem ajánlja a debilis, imbecillis, idióta kifejezéseket, helyette a „mentális szubnormalitás” bevezetését tartja megfelelőbbnek, hangsúlyozta Lányiné dr. Engelmayer Ágnes egy tanulmányában, 1981-ben. Az általa összeállított, a mentális retardáció klasszifikációs rendszerét bemutató összehasonlító táblázat azt bizonyítja, hogy a retardáció súlyossága és a mért intelligencia vonatkozásában a legnagyobb eltérés az egyes szerzők között az 50 feletti IQ-tartományban található. (*Lányiné dr. Engelmayer Ágnes*: Az értelmi fogyatékos gyermekek áthelyezésének pszichológiai és gyógypedagógiai problémái. = Szerk.: *Dr. Szabó Pál*: Az áthelyezési vizsgálat II. Bp., 1981. Művelődési Minisztérium, 129–142. p., cit. *Mesterházi*, 1985, 28.)

A fenti három fogalom közül a *fogyatékoság* használata a legáltalánosabb a magyar gyógypedagógiában, azonban ez a fogalom is tartalmi átalakuláson ment keresztül. A *fogyatékoság* fogalmát másképp értelmezték 1955-ben, mint amit ma jelent. A *fogyatékoság* fogalma korábban nem volt oly mértékben differenciált, mint ma; magában foglalta (tartalmilag, de nem megnevezetten) a „sérülés” és az „akadályozottság” jelentést is (*Gordosné–Mesterházi*, 1983; *Mesterházi*, 1985). A „*fogyatékoság*” gyűjtőfogalom várhatóan a továbbiakban is megmarad a magyar szaknyelvben: a WHO legújabb (2001) osztályozási rendszere megtartotta ezt a kifejezést, a gyógypedagógiai szaknyelv és a jogi szabályozás nyelve általánosan alkalmazza, ezt a fogalmat írják le más nyelvterületeken is, mint a gyermek/felnőtt bio-pszicho-szociális fejlődésének, állapotának különböző súlyosságú eltéréseit. Az egyes segítő társadalmi alrendszerek (például egészségügy, szociális ügy) elnevezésének mintájára elfogadottan használatos a *fogyatékosügy* kifejezés (lásd az új Országos Fogyatékosügyi Program tervezetét⁵).

A WHO a *fogyatékoság/képességzavar* fogalmát csak a pszichikus dimenzió szempontjából használta, a magyar gyógypedagógia azonban továbbra is olyan főfogalomként értelmezte, amely magában foglalta a *sérülés*, *fogyatékoság/képességzavar*, *akadályozottság* hármasságát.

A gyógypedagógiai diagnosztikai és fejlesztő/terápiás gyakorlatban a „*fogyatékoság*” kifejezést ugyanakkor egyre inkább felváltja a „*képességzavar*” (vagy „*képességfejlődési zavar*”) kifejezés. Ezt a nyelvi változást nemcsak a „*fogyatékoság*” kifejezés elhagyásának szándéka indokolja, hanem a fejlesztés vagy terápia irányának pontosabb megnevezésére való törekvés is (*Lányiné*, 1989).

⁵ Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium tervezete az új Országos Fogyatékosügyi Programról (2005. november, kézirat). ICSSZEM, Budapest

A „zavar” fogalmának általános definícióját a szakirodalom nem határozza meg, ugyanakkor mindhárom alapfogalommal (sérülés, fogyatékoság, akadályozottság) összefüggésben alkalmazzák mint a definíció értelmező elemét (például „a sérülés a biológiai működés zavara”, ilyen lehet a keringési zavar, az idegrendszer működési zavara stb.). Esetenként előfordul pszichológiai, gyógypedagógiai gyűjtőfogalmi értelmezésben is, például viselkedési zavar, tanulási zavar. Ilyen esetekben azonban magát a rendellenes jelenséget és ennek különböző megnyilvánulási formáit külön definiálják (például az olvasási zavart és ennek formáit) (Mesterházi, 2005).

Ami új született

SZINTÉZIS: Olyan (ön)ismereti rendszerre van szükség, amelyben az emberek érteni tanulnak, amikor megértik a rendszert – és önmagukat –, és arra vonatkoztatnak minden egyebet.

A WHO az ezredfordulón továbbfejlesztette klasszifikációs rendszerét, amelyet széles körű és nemzetközi szakmai viták előztek meg. Hivatalos magyar fordítása „*A funkcióképesség, a fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)*” címen jelent meg (2004).⁶ A WHO 2001-es klasszifikációja az 1980-as „fogyatékosági folyamat” értelmezés kritikájából indult ki: számonkérte az úgynevezett kontextusfaktorok jelentőségének elhanyagolását, és ellenezte a folyamatértelmezésben a linearitást, valamint a továbbra is megmaradt medicinális megközelítést.

Ez az osztályozási rendszer a fogyatékoság három szintje között már nem monokauzális kapcsolatot ír le, hanem az organikus, a funkcionális és a szociális szint *kölcsönhatását* hangsúlyozza. Lényeges szemléletváltozást mutat az is, hogy ez a meghatározás nemcsak a személyben lévő, hanem a társadalmi komponensek hatását is kiemeli: az egészség értelmezésében hangsúlyozottá válik az érintett személy tevékenysége és társadalmi részvétele (participáció), valamint az ehhez szükséges feltételek biztosítása. „Az ICF/FNO lehetővé teszi, hogy az akadályozottságok mellett az erősségeket is ábrázoljuk.” De – a szerzők szerint is – az ICF még hiányokat és ellentmondásokat is tartalmaz, és a következő évek a tapasztalatok és további ajánlások gyűjtésére szolgálnak. Fontos közlés az is a szerzők részéről, hogy az (1980-as) ICDH és az ICF/FNO kiegészítik egymást, és a WHO nemzetközi osztályozási rendszerek „családját” együttesen gazdagítják – foglalja össze – esetünkben a WHO szintjén – a klasszifikációs rendszer interpretáloinak gondolatait a *kölcsönös megértés fontosságáról* Gordosné Szabó Anna (Gordosné, 2004, 81.).

Alapfogalmak meghatározása az FNO-ban:

Funkcióképesség: a funkcionális egészség megléte, melynek két komponense van:

– testi funkciók,

⁶ Eredeti angol címe: *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

– tevékenység és részvétel.

Funkcionális egészség: a testi struktúrák, valamint a testi és mentális funkciók egészségesek.

A funkcionális egészség zavara:

- testi funkciók zavara: a struktúra sérülése,
- tevékenység (aktivitás) zavara: a tevékenység akadályozottsága,
- részvétel (participáció) zavara: a részvétel akadályozottsága.

A fogyatékoság/képességzavar a funkcióképesség két komponensének (testi funkciók, tevékenység és részvétel) zavara.

A fenti értelmezés szerint a „fogyatékoság” mellett/helyett gyakori a „képességzavar” (képességfejlődési zavar) kifejezés használata. Ma még értelmezési problémát jelenthet az, hogy a képességfogalomnak nagyon szerteágazó pszichológiai és pedagógiai (gyógypedagógiai) irodalma van, amelyben különböző értelmezések találhatók a képesség fogalmára vonatkozóan. Ezért a „képességzavar” kifejezés egységes meghatározása szükséges (Mesterházi, 2005).

A TANULÁSI AKADÁLYOZOTTSÁG SZAKKIFEJEZÉS BEVEZETÉSE

Mesterházi Zsuzsa a gyógypedagógiai tudományos kutatások várható irányairól gondolkodva megállapítja, hogy a gyógypedagógia fejlődésének egyes szakaszaiban ez ideig nyomon követhető volt az egyes társtudományok (orvostudomány, pszichológia, pedagógia, szociológia) – fejlődési szakaszonként változó – meghatározó hatása. Az ezredfordulón a társtudományok együttes hatását állapítja meg, érzékelve a tudományművelésben az etikai és művészeti szempontok érvényesítésének szükségességét is. „A gyógypedagógia mint komplex embertudomány hozzájárul az EMBER mint a természeti törvényeknek alávetett élőlény és mint a természeti törvényeknek alá nem vetett individualitás különös szempontú megismeréséhez.” (Mesterházi, 2000, 70.).

Ha áttanulmányozzuk az ünnepezt publikációs jegyzékét, körvonalazódik számunkra, milyen emberképben, fogyatékos emberképben, gyerekképben, fogyatékos gyerekképben és milyen társadalomképben gondolkodott és gondolkodik. Azt is láthatjuk, hogyan fonódik össze és erősödik az általa megközelített témakörökben végzett fejlesztő kutatások sokszínűségében a gyakorlat és a tudomány kapcsolata. És az is világossá válik, hogy megannyi advocatus diaboli pörölycsapásai hogyan lassítják, majd támogatják, eredményezik a fejlődést jelentő változásokat szerte a világon és hazánkban egyaránt. Különbözőképpen.

A szakirodalomban – attól függően, hogy az egyes szerzők milyen nézőpontból közelítették meg a kérdést – különböző álláspontok alakultak ki a tanulási akadályozottság értelmezésében:

„Jellemző megközelítési módok:

- a tanuló személyiségjegyei, fejlődésének jellemzői biológiai és pszichológiai szempontból,

- intelligenciacsökkenés, intelligenciasérülés,
- nehezített tanulási körülmények, nem megfelelő oktatás következtében kialakuló teljesítménycsökkenés,
- a tanulási motiváció zavarai, tanulási sikertelenségek következményei, társadalmi/környezeti szociális okok, a rétegspecifikus szelekció következményei,
- iskolarendszer problémái, teljesítményorientáltság, egységes követelmények, minősítési eljárások, hiányos pedagógusképzés.” (Mesterházi, 1995, 23–24.)

Ha csak egyetlen – a szerző felsorolását záró – megközelítési mód alapján, kiemelten a tanulónéesség kiválasztása szempontjából tekintjük át a kisegítő iskoláztatás alig kilencvenéves történetét (1898–1985), izgalmas átalakulásokat állapíthatunk meg:⁷

Magyarországon a kisegítő iskoláztatás 1898-ban indult meg a Képezhető Hülyék és Gyengeelméjük Alkotás utcai nevelő és tanintézetében, három, külön tanterv szerint haladó kisegítő osztállyal. Az első elemi iskolában megnyíló önálló kisegítő osztály 1900-ban kezdte meg munkáját a Kazinczy utcában. Amikor 1907-ben felépült és megkezdte működését az első igazi kisegítő iskola a Mosonyi utcában, H. Kielhorn, a kisegítő iskola németországi atyja korábbi aggodalma, miszerint az önálló kisegítő iskola magában hordja a társadalmi diszkrimináció veszélyét, már egyre jobban érzékelhetővé vált (Gordosné, 1990/b, 12.).

A Mosonyi utcai kisegítő iskola tanulónéességét az iskola 1904/05-ös értesítője szerint azok a gyermekek adják, akik gyengébb szellemi képességeiknél fogva az elemi iskolákban eredményesen nem oktathatók. Az értesítő azt is rögzíti, hogy – többek között – azok a normális képességű gyermekek sem vehetők fel a kisegítő iskolába, kiknek elmaradását nem gyengetehetségűség, hanem egyéb okok, mint pl. betegség, iskolamulasztás, hanyagság, az osztály túltömöttsége stb. idézték elő. (21)

Éltes vizsgálatai az 1910-es években kimutatták, hogy a kisegítő iskolás gyermekek egy részének ép az intelligenciája, csak többek között rossz családi viszonyaik miatt nem fejlődtek megfelelően. (27)

Gordosné (1990/b, 23.) idézi a magyar királyi vallás- és közoktatási miniszter egyik 1932-es rendeletét, miszerint normális gyermek nem telepíthető kisegítő iskolába, illetve amennyiben ez megtörtént, onnan, illetve a kislétszámú osztályokból, melyek az elemi iskolában működtek, eltávolítandók.

1950-ben találkozunk az első olyan dokumentummal, amelyik a *gyógypedagógiai osztályok társadalmi összetételét* konkrétan is megjeleníti. A Közoktatási Minisz-

⁷ Az elemzés Szabó Ákosné: *Szegénység és iskola* c. disszertációja alapján készült.

térium Vezető Kollégiuma a gyógypedagógiai osztályok aránytalanul magas létszámát kifogásolva megállapította, hogy a növendékek cca. 85-90%-a munkás- és szegényparaszt származású... Az áttelepítések túlnyomó többsége nem a gyermekek szellemi fogyatékoságát vette alapul, hanem a gyermekek nehezebb szociális helyzetéből adódott esetleges tanulmányi elmaradást. (24)

A Vezető Kollégium az iskoláztatási bajok okát abban látta, hogy egy korábbi, 1948-ban született minisztériumi rendelet a gyógypedagógiai iskolákat és osztályokat általános iskolává, illetve osztállyá minősítette, ezért a rendeletet visszavonta. (20)

A Vezető Kollégium egyik 1951-es anyaga a pedagógiai elhanyagoltság vagy testi gyengeség okán átmenetileg elmaradó, kisegítő iskolába áthelyezett gyermekek – mai terminológiával élve – iskolai esélyegyenlőtlenségét állapítja meg. (32)

A kisegítő iskolai tanulók számának korlátozását szolgálta az 1951. évi 15. sz. törvényerejű rendelet, amely kimondta, hogy gyógypedagógiai intézménybe csak azok a gyermekek vehetők fel, akiknél hiányos iskolai előmenetelük oka gyói sérülésből származó *értelmi fogyatékoság*. (23)

Az *áttelepítés és visszatelepítés rendjét* 1953-ban, majd 1958-ban szabályozták, mindent elkövetve a kiválasztás tökéletesítéséért. Az 1961. évi III. törvény újra kettéválasztotta az enyhe fokban és a középsúlyosan értelmi fogyatékosok iskoláztatását. 1975-ben pedig az áthelyezés-visszahelyezés nevében és tartalmában gyökeresen megújult rendszere sem volt képes a kisegítő iskola funkciózavarát megoldani.

A 60-as, 70-es évek fordulóján az elemzések, kutatások egész sora igazolta az *esélyegyenlőtlenség* létét a magyar iskolarendszerben. Az egyenlőtlen esélyekről való gondolkodás a 80-as évek elejére sokat veszített vonzerejéből, a probléma azonban újra és újra megjelent, olyan *marginális csoportok helyzetének vizsgálata* során, mint a cigányok, kisközségekben élők, az enyhén értelmi fogyatékosok iskoláiban tanulók stb. A rendszerváltozás után az iskolarendszer szerkezetének átalakulása újból felelevenítette az esélyek egyenlőségének kérdését.

Az 1970-es évek végén, a 80-as évek elején a kisegítő iskola egyfajta *szociálpedagógiai szerepre* kényszerült. Az általános iskola tömegesen szelektálta ide az alacsony szociális státuszú, cigány, állami gondozott gyermekeket. A rossz iskolai teljesítményű, nehezen nevelhető gyermekek egy része nem volt értelmi fogyatékos.

Az enyhe értelmi fogyatékoság diagnosztizálását igen megnehezítette a *tanulási teljesítmény elmaradása* háttérben álló okok sokrétúsége (Lányiné, 1985).

Magyarországon egyetlen jelentős kutatás foglalkozott az értelmi fogyatékoságok kóreretetének feltárásával (Czeizel–Lányiné–Rátay, 1978). E vizsgálat eredményei heves vitát robbantottak ki a gyógypedagógiai és a szélesebb társadalomtudományi közvéleményben (Bánfalvy, 1986). A *vita* legsarkalatosabb kérdése az volt, hogy *valóban értelmi fogyatékosok-e a kisegítő iskolások, vagy a fogyatékosá minősítés háttérében a társadalmi hátrányok, az egyenlőtlen esélyek állnak-e.*

A vita elsősorban a szelekció bemeneti oldalaira koncentrált. A kutatók arra próbáltak választ adni, hogyan lehetne elkerülni az ép értelmű, csak szociális hátrányai következtében gyenge teljesítményű gyermekek kisegítő iskolába sodródását. Felvetődik azonban az a kérdés is, mennyiben tér el a kimeneti oldal, azaz milyen következményekkel jár a téves beiskolázás a gyermek későbbi sorsára, társadalmi beilleszkedésére.

1985 előtt a kisegítő iskola fő hátránya az iskolatípus zsákutca jellege volt, az a jogi diszkrimináció, melynek alapján az itt végzett tanulók semmilyen középfokú iskolában nem tanulhattak tovább. Az 1985. évi I. törvény az oktatásról a nevében is megváltozott kisegítő iskolai végbizonyítványt az általános iskolai végzettséggel egyenértékűnek minősítette.⁸ Kérdés maradt azonban továbbra is, hogy a kisegítő iskolai oktatás speciális jellege képes-e valóban egyenértékű ismeretszintre juttatni az esetleg tévesen beiskolázott hátrányos helyzetű tanulókat?

A „Művelődési hátrány halmozódása” témakörben folytatott Zala megyei kutatás az általános iskolai képezhetőség alsó határának vizsgálatát/megállapítását és a kisegítő iskola működési területének korszerű kijelölését tűzte ki céljául. Elméleti alapvetése az volt, hogy a nevelhetőség és a nevelés találkozási pontjain összeillesztési zavarok alakulnak ki. Az összeillesztési zavarokból származó esélyegyenlőtlenség nemcsak szociológiai szempontok alapján értelmezhető, hanem a gyermek mikrokörnyezetében és biológiai állapotában fennálló különbségekre is visszavezethető (Illyés, 1984, 5–24.). A kutatás a nevelhetőség meghatározó faktoraként a tanulási képességet feltételezte. Mesterházi Zsuzsa a tanulási képességet tanulási folyamatok közben vizsgálta általános iskolás és kisegítő iskolás tanulók körében (Mesterházi, 1989, 217–218.). „Megállapítható volt, hogy létezik a nehezen tanuló gyermekeknek egy olyan csoportja is, akiknél sem organikus, sem genetikai/familiáris eredetű okokkal nem

⁸ 1985. évi I. törvény az oktatásról (az 1990. évi XXIII. törvénnyel módosított és egységes szerkezetbe foglalt szöveg). Művelődésügyi Közlöny, XXXIV. évfolyam, 11. szám 997–1018. o.

magyarázható a gyenge tanulási teljesítmény.” Ennek a kutatásnak a tapasztalatai indokolták elsősorban a tanulási akadályozottság szakkifejezés hazai bevezetését: „A tanulásban akadályozottak közé soroljuk az idegrendszer biológiai és genetikai okokra visszavezethető alacsonyabb funkcióképességével összefüggő, illetve a kedvezőtlen környezeti hatásokkal magyarázható tartós, átfogó tanulási képességzavart mutató gyermekek körét. A személyes élettörténetből és diagnosztikai eszközökkel megismerhető oki tényezők tudása mellett az egyén speciális nevelési szükségleteinek megállapítása és az ennek megfelelő nevelés együtt eredményezheti a tanulásban akadályozott gyermekek minél kedvezőbb fejlődését.” (Mesterházi, 1995, 28.)⁹

Ami új születik

Mesterházi Zsuzsa 2006. január 18-án, az egykor volt Alkotmány utcai Kisegítő Iskola¹⁰ (Mesterházi, 2006/a) névadó, egyben jubileumi ünnepségén, *A gyógypedagógia válaszúton* címmel tartott előadásában fogalmazta meg azokat a kérdéseket, „amelyek tartalmi megvitatása, megválaszolása a harmadik évezred elején nagymértékben befolyásolhatja a gyógypedagógia egészének jövőbeli alakulását, a sajátos nevelési igényű tanulók, a fogyatékos személyek életminőségét, a gyógypedagógiai tudás és gyakorlat fejlődését”.

„1. A gyógypedagógia kompetenciaterületének és a gyógypedagógiai tevékenységnek a változása az együttnevelés hatására:

- gyógypedagógiai ismeretek alkalmazása a különnevelésben és az együttnevelésben,
- természetes képesség-eloszlású óvodai és iskolai csoportok kialakításának támogatása,
- a teljesítmények széles sávjának elfogadása, individuális értékelés,
- a megértő-elfogadó-segítő »gyógypedagógiai attitűd« terjedése, tudásmegosztás,
- egyre differenciáltabb gyógypedagógiai tudás és praxis kialakítása, a terápiás eljárások továbbfejlesztése,

⁹ A fogalom kialakulásáról az Illyés Sándor szerkesztette *Gyógypedagógiai alapismeretek* című kötetben (2000) *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában* címmel olvashatjuk Gaál Éva átfogó tanulmányát (2000).

¹⁰ Ma Kormos István Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Logopédiai Szakszolgálat, Budapest, V. kerület, Szemere u. 3.

- az együttnevelés hatása a gyermekek személyiségének fejlődésére, a szülő-gyermek kapcsolatra, a (gyógy)pedagógusok szakmai felkészültségére.

2. A gyógypedagógiai diagnosztikai eljárások objektivitása és az oktatás, nevelés, fejlesztés, terápia hatásának bizonyítása.

- a diagnosztikai eljárások (vizsgálati protokollok) pontos alkalmazása, a diagnosztikus eredmények egységes értelmezése,
- az oktató, nevelő, fejlesztő, terápiás, rehabilitációs eljárások hatékonyságának igazolása, a személyfüggőség ismerete,
- a viselkedés és a teljesítmény változását előidéző idegrendszeri és pszichológiai folyamatok ismerete,
- más gyakorlatok területéről átvett eljárások szerepe a gyógypedagógiai tevékenységben,
- a kiinduló állapot és az állapotváltozás diagnosztikája, a pedagógiai diagnosztikai eljárások rendszeres alkalmazása.

3. A gyógypedagógiai intézmények és a gyógypedagógusok együttműködési formáinak, képességeinek, motivációinak a szerepe:

- együttműködés a gyógypedagógiai szakmán belül, valamint szélesebb körben, intézményi arculat,
- különböző kompetenciával rendelkező szakemberek közötti kommunikáció (egymás nyelvének megértése),
- az intézményi funkciók bővülése, új szervezeti struktúrák kialakulása, sokféle szolgáltatás,
- a gyermek viselkedésével, teljesítményeivel, fejlődésével, problémáival kapcsolatos tapasztalatok több szempontú értékelése,
- a kompetenciahatárok pontos leírása, tiszteletben tartása, szakmai-etikai kérdések megvitatása.

4. A gyógypedagógia nemzetközi trendjeinek és hazai tradícióinak találkozása a gyakorlat és a tudományos kutatás területén:

- a határtudományok eredményeinek gyógypedagógiai értelmezése, alkalmazása,

- a klasszikus népességcsoportok elhatárolásának problémái, áttérés a csoportjellemzőkről az egyéni jellemzőkre,
- a gyermek problémájának beágyazottsága az élettörténetbe és a szociális környezetbe,
- a fogyatékos személyek érdekét szolgáló hazai jogalkotás és az európai jog-harmonizáció,
- a tudományos kutatások aktuális területei: optimális családi és intézményi tanulási környezet, prevenció (civilizációs hatások, természet-szennyezés), a felnőtt életkor problémái.” az első változat, ami idézőjelben szerepel, Mesterházi Zsuzsa előadásszövege, amit eredeti formájában javasunk közölni!

2005-ben az Oktatási Minisztérium kezdeményezte egy olyan szakmai továbbképzési program kidolgozását, amelynek hosszabb távú célja a (gyógy)pedagógiai diagnosztika és fejlesztő tevékenység gyógypedagógiai szakmai protokolljának, sztenderdjének kialakítása és gyakorlati alkalmazása a komplex (gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi) vizsgálat részeként. Első lépésként a 2005/2006-os tanév során elkészült egy 90 órás továbbképzési program tematikája és szakmai képzési kézikönyve. A továbbképzési anyag a gyógypedagógia egyik meghatározó – a Kormos István Általános Iskola névadó ünnepe során is megfogalmazott – kérdéskörére, a (gyógy)pedagógiai diagnosztikai eljárások objektivitása és az oktatás, nevelés, fejlesztés, terápia hatásvizsgálata problematikájára kínál választ. A folyamat motorja Mesterházi Zsuzsa volt.

Mesterházi Zsuzsa fejezete a (gyógy)pedagógiai diagnosztikát segítő alapfogalmak rendszerezésével foglalkozik. Elsősorban az iskolai tanulási problémák, tanulási nehézségek, de az óvodáskorban megmutatkozó, tanulási problémákat előre jelző fejlődési elmaradások esetén is alkalmazható.

A szakirodalom tanulmányozása alapján a tanulási nehézségek három – jól összehasonlítható, illetve körülhatárolható – típusát írja le a *tünetek*, a *leggyakoribb előidéző okok*, az *előfordulási gyakoriság*, a *megelőzés/segítés*, valamint a *várható eredmények* szempontjából. A témakört kutató szerzők és a diagnosztikus gyakorlatban dolgozó szakemberek között eltérő álláspontok alakultak ki a három típusba tartozó gyermekek/tanulók intelligenciaövezetbe sorolása tekintetében. Ebből a szempontból nem lehet egyértelműen szétválasztani a három típust, mivel az intelligenciaövezetek tekintetében bizonyos átfedések tapasztalhatók.

„1. Tanulási elmaradás/gyengeség

Tünetei: A kultúrtechnikák nehezített megtanulása, egyes tantárgyakban az iskolai tanulás gyengesége, eredménytelensége; társulhat hozzá a gyermek problémát okozó viselkedése. A tünetek az iskoláskor előtt kevéssé mutatkoznak, de előjelző tünetek megfigyelhetők. Az átlagosnál valamivel alacsonyabb intelligenciaszint mellett fordul elő általában.

Leggyakoribb előidéző okok: Hátrányos szociális környezet, elhúzódó betegség, gyakori iskolaváltás, a családi életben bekövetkező válságok (illetve ezek halmozódása), tehát elsősorban a gyermek környezetéből származó okok.

Előfordulási gyakoriság: A tanköteles népesség 10%-a.

Megelőzés, segítség: Differenciált fejlesztés (ezzel kapcsolatban eseti tanácsadás a fejlesztés területeire vonatkozóan), a szülők és az osztálytanító rendszeres együttműködése, az iskolai teljesítmények folyamatos nyomon követése, a tanulási motiváció erősítése, a gyermek egészségi állapotának orvosi ellenőrzése, szociális szolgáltatások igénybevétele.

Várható eredmények: A környezeti tényezők javítása és komplex (gyógy)pedagógiai segítség hatására a tanulási eredmények lassú javulása.

Tanulási zavar

Tünetei: A tanulás egyes részterületein jelennek meg, különösen az olvasás, írás vagy a matematika tárgyakban, illetve a beszédtanulás területén; ezekben a tárgyakban feltűnő a gyermek tanulási eredménytelensége; egyéb tanulási területeken jobb eredmények is elérhetők. A sikertelen tantárggyal kapcsolatos tanulási motivációs problémák és viselkedési problémák megjelenhetnek. Az előjelző tünetek már az óvodáskorban egyértelműen megmutatkoznak. Egyes alcsoportjai a modern szakirodalom, illetve a DSM-IV szerint bármely intelligenciaszint mellett előfordulhatnak.

Leggyakoribb előidéző okok: A pszichikus funkciók fejletlenségének, éretlenségének hátterében általában korai eredetű neurológiai, neuropszichológiai okok diagnosztizálhatók.

Előfordulási gyakoriság: A tanköteles népesség 2-3%-a.

Megelőzés, segítség: Korai felismerés, fejlesztő foglalkozások, speciális terápiás eljárások, különböző kompetenciájú szakemberek (orvos, pszichológus, gyógypedagógus) együttműködése, az óvodapedagógus és a tanítók/tanárok számára rendszeres tanácsadás, a szülők bevonása a fejlesztésbe, a közoktatási törvény által lehetővé tett kedvezmények (értékelés, felmentés stb.) biztosítása.

Várható eredmények: Hosszú távon fennmaradó probléma, azonban a rendszeres és komplex fejlesztés/terápia hatására az iskolai teljesítmény (az érintett tantárgyakban), illetve a tanulási motiváció lassan javul. (Típusainak részletes leírását I. a fejezet II. részében.)

Tanulási akadályozottság

Tünetei: A tanulás minden területén (szinte valamennyi tantárgyban) generalizáltan, átfogóan és tartósan jelentkeznek, különösen jellemző a kognitív funkciók, valamint a beszéd lassúbb fejlődése, diszpraxiás tünetek, a figyelem-összpontosítás és a viselkedési problémákban megmutatkozó szociális tanulás nehézségei. Ezek az eltérések, összefüggésben a környezeti hatásokkal, a tanulási képesség különböző mértékű elmaradását, zavarát, illetve a tanulás akadályozottságát eredményezik.

Leggyakoribb előidéző okok: Kisebb mértékű központi idegrendszeri sérülés (enyhe fokú értelmi fogyatékoság) és/vagy tartósan hátrányos szociális környezet miatt a neurológiai érés lelassulása; a korai segítségnyújtás elmaradása miatt megindulhat az elmaradásnak egy olyan kumulációs folyamata, amelynek hatására fokozatosan növekedhet az életkori csoporthoz viszonyított iskolai teljesítmény elmaradása.

Előfordulási gyakoriság: A tanköteles népesség 3-6%-a (attól függően, hogy a diagnosztizált enyhe fokú értelmi fogyatékoság vagy a halmazottan hátrányos helyzet következtében kialakuló tanulási akadályozottság előfordulási gyakoriságát számítjuk).

Megelőzés, segítség: Hosszan tartó, rendszeres és intenzív gyógypedagógiai fejlesztés és terápia, a tanulási képesség szintjéhez igazodó tanulási módszerek folyamatos alkalmazása, a szociális hátrányok – lehetőségekhez mért – csökkentése, az egészségi állapot folyamatos ellenőrzése, a tanulási motiváció kialakítása és megerősítése, a korábbi stigmatizációs hatások kompenzálása. A szülők együttműködése a gyakori szociális nehézségek ellenére is szükséges.

Várható eredmények: Minél korábbi időben megkezdett rendszeres és komplex segítségnyújtás esetén a tanulási képesség fejlődése, javuló tanulási eredmények, továbbtanulás általában a speciális szakiskolákban lehetséges." (Mesterházi, 2006/b).

A praxisban, a felsőoktatásban és a kutatásban dolgozó gyógypedagógusok továbbra is számítanak Mesterházi Zsuzsa részvételére, támogatására, együttműködésére! Gratulálunk!

Irodalom

- BÁNFALVY CS. (1986): *A Budapest-vizsgálat vitaanyagának szociológiai szempontú összefoglalása*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola II*. Oktatókutató Intézet, Budapest, 7–84.
- BÁNFALVY CS. – SZAUDER E. – ZÁSZKALICZKY P. (1996): *Gyógypedagógus – történetek. Beszélgetések a magyar gyógypedagógia félmúltjáról*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar – ELTE Eötvös Kiadó.
- Bárczi G. (1941): *A gyermek fejlődési értékelése intézetünkben*. In *A budapesti Állami Gyógypedagógiai Nevelőintézet évkönyve az 1940–1941. iskolai évről*. 50–55.
- CZEIZEL E. – LÁNYINÉ E. Á. – RÁTAY CS. (1978): *Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében*. Medicina Kiadó, Budapest.
- ESTERHÁZY PÉTER (1995): *A ritmus*. Népszabadság, március 25.
- GAÁL É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az általános iskolában*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 431–459.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1983): *Összehasonlító enciklopédia: a Populáció és a Főünetek c. fejezetek*, Humboldt Egyetem, Berlin.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990/a): *Bárczi Gusztáv az értelmi fogyatékosokért – különös tekintettel az „imbecillisek” nevelésére*. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1990/1. 21–29.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (1990/b): *Beiskolázás és kiválasztás a kisegítő iskoláztatás történetében*. In ILLYÉS S. – BASS L. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola IV*. Budapest, 1990. 9–67.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000): *A gyógypedagógiai iskoláztatás fejlődése*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 331–356.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- ILLYÉS S. (szerk.) (1984): *Nevelhetőség és általános iskola I. Eszközök és módszerek*. Oktatókutató Intézet, Budapest.
- JANKOVICHNÉ DALMAI M. (1961): *A nevelés és az oktatás tartalmának alakulása értelmi fogyatékos gyermekeknél*. In KISS Á. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 623–654.
- KULLMANN L. (1999): *A fogyatékos emberek és rehabilitációjuk*. In KATONA F. – SIEGLER J. (szerk.): *Orvosi rehabilitáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 13–29.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1985): *Az áthelyezési eljárás elveinek és gyakorlatának változása hazánkban és az azt befolyásoló tényezők*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola II*. Oktatókutató Intézet, Budapest, 397–438.

- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1989): *A képességek és tulajdonságok diagnosztizálása*. In GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ K., VIDÁKOVICH T. (szerk.): *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 5–13.
- MESTERHÁZI ZS. (1985): *Az értelmi fogyatékoság változó meghatározásainak előfordulása gyógypedagógiai dokumentumokban*. In ILLYÉS SÁNDOR (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola II. Elméletek és viták*. Oktatókutató Intézet, Budapest, 185–241.¹¹
- MESTERHÁZI ZS. ÉS MTSAI (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *A nehezen tanuló gyermekek tanulási képessége*. (Kandidátusi értekezés, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola)
- MESTERHÁZI ZS. (1995): *A tanulási képességről és a tanulási akadályozottságról*. Gyógypedagógiai Szemle, XXIII. évf. 1.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *A gyógypedagógia mint tudomány*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 41–79.
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (2001): *Gyógypedagógiai Lexikon* (szócikkek: tanulásban akadályozottak, tanulásban akadályozottak gyógypedagógiája, tanulásban akadályozottak nevelési folyamata). ELTE BGGYTF, Budapest, 166.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *„...A mélyben folyamatosan ugyanaz a bűvópatak táplálta...” A gyógypedagógia elméletképzésének főbb irányjai*. In ZÁSZKALICZKY P. és VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományában*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (2006/a): *A gyógypedagógia választáson*. Előadás 2006. január 18-án a Kormos István Általános Iskola, Speciális Szakiskola és Logopédiai Szakszolgálat névadó ünnepségén.
- MESTERHÁZI ZS. (2006/b): *A (gyógy)pedagógiai diagnosztikai munkát segítő alapfogalmak. I. Osztályozási rendszerek – állapotleíró fogalmak*. In: ZSOLDOS M. (szerk.) (2006): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálathoz*. Oktatási Minisztérium, Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány
- SZABÓ Á.-NÉ (1996): *Szegénység és iskola. Kor- és kórkép a tanulásban akadályozott népesség iskoláztatásáról*. Trezor Kiadó, Budapest.
- TÓTH GY. (szerk.) (1982): *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történethez” V. Oligofrénpedagógia-történet*. Tankönyvkiadó, Budapest.

¹¹ A tanulmány megjelent egy főiskolai szemelvénygyűjteményben is: MESTERHÁZI ZS. – PÁRICSKA K. (szerk.) (1988): *Enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok iskolai nevelése*. Szemelvények. Tankönyvkiadó, Budapest.

Egészségügyi Világszervezet (2004): *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*. Budapest, Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár és Medicina.

Szabó Ákosné főiskolai tanár

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

MESTERHÁZI ZSUZSA

SZABAD ASSZOCIÁCIÓK A TANULÁSI AKADÁLYOZOTTSÁGRÓL

Tisztelt Konferencia!

Előadásom témája lehetővé teszi, hogy a tanulási akadályozottságról a tudomány eszközeivel feltárt ismeretek mellett a filozófia, a művészet, illetve a kultúra értékeinek nézőpontjából is kifejtsem gondolataimat, vagyis a leszűkítő egyszempontúság helyett most a holisztikus megközelítést részesítsem előnyben. Előadásomban az összefüggések sokaságából egy-egy mozzanatot emelek ki.

Filozófiai, etikai alapok

A gyógypedagógia elméletének és gyakorlatának középpontjában a fogyatékos ember, illetve a fogyatékoság jelensége áll. A gyógypedagógia saját tárgykörében végzett kutatásai mellett mindazokra a forrás- és társtudományi ismeretekre – így a filozófiára is – támaszkodik, amelyek közvetve vagy közvetlenül hozzájárulhatnak a fogyatékoság értelmezéséhez, a fogyatékos ember átfogóbb megismeréséhez.

Az etika „...az egyik legrégebbi filozófiai tudomány, amelyet önállóan, a többi bölcséleti tudományágtól elkülönítve először Arisztotelész tárgyalt”. (Hell, 1997) A Nikomakhoszi etikában Arisztotelész önálló fejezetet szentel az észbeli erényeknek. Az értelmi (okosságbeli) gyengeség lényegéről kifejtett gondolataiban napjainkban is érdemes elmélyedni. Említett művében a következőket olvashatjuk az értelem és az etika összefüggéseiről:

„Mikor a lélek erényeit osztályoztuk, egy részüket erkölcsieknek, más részüket pedig észbelieknek neveztük. [...] Az értelmes lélekrészt is részekre kell osztanunk. Két értelmes lélekrész van: az egyik a tudományos (a bizonyító), a másik a mérlegelő (vélekedő). A lélek mindkét értelmes részének a munkája az igazság megkeresése. [...] A mérlegelő lélekrész egyik megnyilvánulási formája az okosság, amellyel igazságot fejezhet ki. [...] Az okosságról úgy alkothatunk magunknak véleményt, ha előbb tisztába jövünk azzal, hogy kit nevezünk okos embernek. Az okos ember jellemző tulajdonságának azt tartjuk, hogy jól meg tudja fontolni mindazt, ami neki jó és hasznos [...]. Az okosság gondolkodással párosult cselekvés, mely arra irányul, ami az embernek jó vagy rossz. Az okosság a lélek mérlegelő/vélekedő tevékenysége [...]” E gondolatmenet szerint az ember a jó és a rossz közötti különbséget először önmagára vonatkoztatva ismeri fel, vagyis azt,

ami neki jó vagy rossz. A gondolatmenet további lépéseiben ennek a különbségnek az elemzése történik meg:

„Az okosság az emberi dolgokra vonatkozik: azokra, amelyek megfontolás tárgyai lehetnek. [...] Az okosság mindig cselekvéssel függ össze. Az a képesség, hogy valaki a maga javát felismerje, kétségkívül egyik formája a megismerésnek, de azért sokban különbözik az egyéb megismeréstől. [...] Az okosság mindig az egyedi esetekre vonatkozik, amelyeket nem ragadhat meg a tudomány, hanem csak az észlelés. [...] Az emberi munka mindig az okosság és az erény útján megy végbe: az erény helyesen kitűzi a célt, az okosság pedig megadja a célravezető eszközöket. [...] Van az embernek egy képessége, amit ügyességnek neveznek; ez az a fajta képesség, hogy az ember a kitűzött célra irányuló dolgokat meg tudja cselekedni, és jól eltalálja őket [...]. Ez a képesség nem azonos az okossággal, de nem is lehet el nélküle. [...] A lelki gonoszság elcsavarja az emberek esztét, és tévelygést okoz bennük a cselekvésre vonatkozó kiindulópontok tekintetében. Lehetetlenség tehát, hogy valaki okos lehessen, ha erkölcsileg nem jó [...]” (Arisztotelész, 1987, 157–177.).

Arisztotelész hivatkozott kijelentései az okosság és az erkölcsi értelemben vett jóság összefüggéseiről az elmúlt évszázadok során számos filozófiai iskolában inkább kérdések formájában fogalmazódtak meg. A vázolt gondolatmenet alapján ma is felmerül az a kérdés, hogy az értelmi képesség individuális fejlődésében megmutatkozó gyengeségek mennyiben lehetnek napjainkban az etika tudomány vizsgálódásának, illetve a mindennapi élet gyakorlati etikai problémáinak tárgyai. Álláspontom szerint a gyógypedagógia alapfogalmának, a fogyatékoságnak etikai, antropológiai megközelítése (Zászkaliczky, 2005) lehetőséget kínál olyan emberszemlélet kialakítására, amely a mindenkori fogyatékosággal élő ember egyedi megismerésében is lehetővé teszi az etika tudomány szempontjainak alkalmazását.

Művészi látásmód

A művészetek különböző ágaiban, de különösen a szépirodalomban születtek olyan alkotások, amelyek az egyes szereplők értelmi állapotának, gondolkodásbeli gyengeségeinek ábrázolását is felhasználják az élethelyzetek, sorsfordulatok, döntések és az emberi kapcsolatok érzékletes leírására. Néhány példa a szépirodalomból:

Korlátozott értelem

Leo Tolsztoj egyik verses meséje – „A balga” –, amelyet gyermekek számára írt, eleven képekben mutatja be a gyenge értelmű ember viszontagságos kalandjait. A balga fiú a megváltozott élethelyzetekhez nem tud értelmesen alkalmazkodni. Mechanikusan, gondolkodás nélkül alkalmazza a jó szándékú tanácsokat, és ez lesz a veszte. „Meglát a balga|Hét testvért menni| Anyjuk temetni;| Hangosan sírtak,| Jajongva ríttak.| Így szólt

a balga:| »Hét testvér, Isten| Küldje segítse| Földbe anyátok| S ezerszer annyit,| El se bírjátok.«| Nosza elkapta| Mind a hét bátya,| Ők is megadták,| Sárba tapodták,| Úgy verték jajjaj,| Félholtan ment el| Nagy üggyel-bajjal. | Bőg a bolondja,| Úgy fut hazáig| Sírva, jajongva. | Anyja megszidja,| Asszonya, húga| Egyre tanítja:| »Balga te, balga,| Ostoba Babka,| Íly szókat szólnod| Nem kellett volna;| Így kellett volna:|»Szálljon a tömjén,| Isten nyugossza,| Lelkét az égbe| Üdv várja, béke.«| Így jutott volna| Néked is, balga,|Bor, palacsinta.” – A balga engedelmesen megfogadta, hogy akivel legközelebb találkozik, ezt fogja mondani. A következő találkozása egy násznapnál történt, de ott meg azért verték meg, mert a betanult szöveg oda igazán nem illett. És a mese így folytatódott történetről történetre, amíg végül a balgát agyonverték. Soha nem találta meg a helyzetnek megfelelő mondanivalót (*Tolsztoj*, 1965, 669–675.).

Az értelmi intelligencia fogalmi meghatározásában és tesztekkel történő vizsgálatában mindenkor szerepet kapott az aktuális helyzetekhez való alkalmazkodás képessége, a helyzethez leginkább adekvát viselkedés/cselekvés megtalálása. Tolsztoj meséje ezt illusztrálja életképekkel.

Belső élmények zárt világa

Hermann Hesse a „Gyermeklélek” című novellájában egy kislány vívódásairól olvashatunk: „Tizenegy éves koromban egy napon, egy olyan napon, amikor minden zugban a sors leselkedik, és bármi megtörténhet, az iskolából jöttem hazafelé. Úgy éreztem, mintha a lelkemben dúló zűrzavar visszatükröződne a környezetemben, és eltorzítaná azt. Szívem kedvtelen volt és szorongó, s ennek vélt okát önmagamon kívül kerestem és találtam meg, a világot tökéletlennek láttam, és mindenütt ellenállásba ütköztem. [...] Azon a napon az iskolát átvészelttem ugyan, de mindent vigasztalannak, halottnak és lehangolónak találtam, és minden [...] tehetetlenség- és kétségbeesés-érzéssé sűrűsödött össze [...] s mi kicsi bábuk, örökkön-örökké ennek az ostoba, bűdös iskolának a kénye-kedve szerint tengődünk évről évre, és az egész élet értelmetlen és undorító.” (Hesse, 1997, 14–15.) Érdeklődési körében az iskolán kívüli életének eseményei kapnak főszerepet: az emberek viselkedése, a szülők titkai, a rejtett vágyak, saját elkövetett cselekedetei (egy szárított, cukrozott fügekoszorú ellopása apja szobájából, majd ennek következtében a megalázó atyai szigorral végrehajtott büntetés), a várható leleplezés és következményei miatt érzett megbetegítő szorongás, a mégoly szeretetteljesnek tűnő környezet iránti bizalmatlanság. Ezekhez a feszültségekkel teli belső élményekhez képest az iskola teljesen érdektelenné, ellenszenvenné vált számára. A saját élményei zárt világában élő finom, érzékeny, okos kislány rendre kudarcot vall az iskolában, mert a tanulás teljesen érdektelenné vált számára.

Kirekesztettség és befogadás

Jakob Wassermann „Kaspar Hauser avagy az emberi szív restsége” című regénye a fenti esettel szemben a külső környezet okozta sivárság, a szociális környezettől való elszigeteltség tipikus példáját mutatja be. A szakirodalom leírta az úgynevezett Caspar Hauser-szindrómát, és a „dementia ex separatione” nevet adta ennek a tünetegyüttesnek. A kirekesztettség következtében kialakuló szellemi leépülés vagy lassú, elmaradó fejlődés leírása már évszázadokkal korábban megjelent az emberi különöséggel foglalkozó irodalomban (Bachmann, 1985). Az elkülönítettséggel, a szegregációval kapcsolatos szemléletváltás lassú folyamatban megy végbe. A fogyatékoság jelenségével, a fogyatékos emberrel szembeni idegenkedő beállítódás, a napjainkban is létező előítéletek felerősítik a fogyatékos ember kirekesztettségét. A fogyatékosággal együtt járó képességzavarok ugyanakkor az individuum számára belső akadályokat is jelentenek a környezettől való kapcsolatban és a tanulásban, mint például a szűkebb érdeklődési kör, az egyszerű sémákban való gondolkodás, a kognitív erőfeszítések elutasítása, a problémák megkerülése és elodázása, a viselkedés következtelenségei.

A fogyatékos ember befogadását elősegítő vagy éppen hátráltató interperszonális folyamatok művészi ábrázolásának egyik kiemelkedő példája Sławomir Mrożek „Baltazar” című önéletrajzi regénye, amelyben így ír: „2002. május 15-én agyvérzésem volt, emiatt lettem afáziás. Az afázia nem más, mint a nyelvhasználati képesség részleges vagy teljes elvesztése, ezt egyes agyi struktúrák károsodása okozza. Amikor visszanyertem a beszédképességemet, és újra dolgozni próbáltam, Beata Mikołajko logopédus asszony azt javasolta, hogy a terápia részeként írjak egy könyvet. Írás közben fokozatosan nyertem vissza az emlékezőtehetségemet. Ennek köszönhetően 2005-ben, amikor befejeztem a könyvet, már sokkal több eseményt tudtam felidézni, és le is tudtam írni őket. [...] Ebben a könyvben különböző ismert és kevésbé ismert emberekről esik szó, és azt is elmondom, milyen helyzetekbe kerültem életem során.” (Mrożek, 2007). Különösen érdekesek a gyógypedagógus számára a környezet reflexiói a betegség miatt megváltozott viselkedésre.

A szegénység okozta akadályok

A magyar szépírói szociográfia és a gyermeklélektan különös találkozását eredményezi Illyés Gyula és Kozmutza Flóra vállalkozása a XX. század első felében. Tudományos és művészi eszközökkel bizonyították, hogy egy kis alföldi faluban, az akkori Magyarországnak gazdaságilag és életszínvonalilag egyik legmélyebbre jutott helyén (Doboz községben) milyen hatással van a normális, európai szintű táplálkozás a testi és lelki fejlődésre. Kutató-feltáró munkájuknak látható eredménye és bizonyító ereje volt: százötven, nagyon szegény családban élő gyermek naponta háromszor emberi ételt kapott. A különbséget, amelyet a testsúly és a magasság, a tüdő, de még a fog, a szem, sőt a haj is – a fejlődés során – mutatott, szakorvosok állapították meg sokféle műszerrel.

A lelki, illetve a szellemi állapot fölmérése közvetlenül előszóval fölített kérdésekben és a társalgáson kívül főleg tesztekkel folyt. „Ezt a munkát öt éven át megismételve, egy filozófiailag is képzett, emelkedett szellemű (szép termetű és arcú) fiatal pszichológusnő végezte, a tudós Szondi egyik legközelebbi, s tudtommal kedvelt tanítványa [...] A lélektani vizsgálatokat végző kedves pszichológusnő reggel nyolctól este hatig, néha tízig megszakítás nélkül egy szellőzhetetlenül áporodott levegőjű – mert mindig néppel teli – teremben dolgozott, vasárnapot sem engedélyezve magának. [...] A szülők és tanítók véleménye szerint az étkeztetett gyermekek sokkal elevenebbek, vidámabbak, barátságosabbak; a munkában is szívesen segítenek, azt jobban is bírják. Lassan-lassan az iskolában is egész változáson mentek át: bátrabban felelnek, nagyobb az önbizalmuk, figyelnek arra, amit a tanító magyaráz. ‘Nem jár folyton az evésen az eszük.’ – jegyezte meg az egyik fiatal tanítónő.” (Illyés Gy. 1976, 582.; 1977, 199–202.).

Ez a vizsgálat és kísérlet azért lett modell értékű a gyógypedagógiában, mert a vizsgált gyermekek fejlettségi állapotának leírását kiegészítették a fejlődés kedvező irányú befolyásolásával, majd ennek hatását is bizonyították.

Tudományos megközelítés

A tanulási nehézségek okainak, megjelenési formáinak, gyakoriságának, terápiás befolyásolásának kutatása a XX. század második felétől robbanásszerűen tört be a pszichológia, a gyógypedagógia, a szociológia területére, majd terjedt át más tudományágakra is. Ebben a kérdésben különösen indokolt a rokontudományok ide vonatkozó eredményeinek megismerése. Az említett tudományágak külön-külön nézőpontból vizsgálják a tanulási folyamatokban megmutatkozó problémákat. Néhány jellemző megközelítési, értelmezési mód:

Halmozottan hátrányos helyzet

A szegénység hatásainak vizsgálatait, új vizsgáló és adatfeldolgozó módszerekkel, ötven év múltán is hasonló felismerésekhez vezettek, mint a fent említett dobozi vizsgálat. Ma már minden szociológus kutató és gyakorlati szociális szakember számára nyilvánvaló, hogy a családok életkörülményei (iskolázottság, munka, lakás, jövedelem stb.) milyen befolyást gyakorolnak a gyermekek iskolai tanulmányaira, pályaválasztásukra, szocializációs esélyeikre. Az alapprobléma azonban – az adott környezetből való kiemelkedés nehézsége, gyakran lehetetlensége – gyakorlatilag szinte változatlan (Kozma, 1994).

A halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek tömeges megjelenése az egykori kisegítő iskolákban nehezen volt magyarázható csak a gyermeki személyiség fejlődési problémáiból kiindulva. Éppen ezekkel a gyermekekkel kapcsolatban jelent meg az iskola elvárásai és a gyermek adottságai közötti „összeillési zavar” fogalma: a nevelés akkor megfelelő a gyermek számára, ha igazodik a gyermek fejlődési ütemét és fejlődési

perspektíváját összefoglalóan kifejező egyedi nevelhetőségéhez. Az iskola számára nehézséget jelent valamennyi gyermek egyedi jellegéhez alkalmazkodni, ezért a nevelés és nevelhetőség találkozási pontján összeillési zavarok – tanulási és beilleszkedési nehézségek – alakulnak ki. „A nevelhetőség és a nevelés összhangjának megbomlása egy új típusú iskolai eredetű esélyegyenlőtlenség forrásává válik. [...] Ez az esélyegyenlőtlenség a gyermek mikrokörnyezetében és biológiai állapotában fennálló különbségekre vezethető vissza, és ezért átfogóbb iskoláztatási problémát jelöl meg, mint az esélyegyenlőtlenség előtérben lévő szociológiai értelmezése.” (Illyés S. 1984, 9).

A nehezen tanuló gyermekek iskolai elhelyezésével kapcsolatban a szociológia kérdéseket tett/tesz fel a gyógypedagógiának, ez utóbbi pedig önmagának, illetve mindketten egymástól függetlenül is a társadalom különböző szereplőinek. A gyógypedagógia identitásával szorosan összefüggő kérdés, hogy milyen mértékben és milyen kérdésekben képes/kompetens a hatalmas méreteket öltött szegénység következményeinek a kezelésére. Nyilvánvaló lett, hogy a társadalmi méretű szociális problémát nem lehet csak az iskola szintjén kezelni (Szabó Á.-né, 1996).

Nehezített tanulás

A gyógypedagógia gyakorlatának és elméletének leginkább ismert területét a fogyatékosági csoportok szerint kialakult egyes speciális pedagógiák (látássérültek pedagógiája, mozgássérültek pedagógiája, hallássérültek pedagógiája stb.) alkotják. Ezek átfogó ismérveként fogalmazták meg a XX. század elejétől többen is azt a közös vonást, miszerint mindegyik speciális pedagógia mindazon gyermekek oktatásának, nevelésének és gondozásának tana, akiknek testi-lelki fejlődését individuális és szociális tényezők tartósan akadályozzák. E felfogás szerint az iskolai oktatás szempontjából minden hallássérült, látássérült, mozgáskorlátozott, beszédfejlődésében, viselkedésében rendellenességet mutató és értelmi fejlődésében elmaradó gyermek tanulását személyiségének belső feltételei nehezítik (Illyés S., 2000).

A XX. század második felében egyre nyilvánvalóbb lett, hogy a tanulást nehezítő belső feltételek mellett a gyermek külső körülményei is döntő szerepet játszanak a tanulás eredményességében. Ekkor ismerték fel, hogy egyre nagyobb számban jelennek meg azok a gyermekek az iskolában, akik a hagyományos gyógypedagógiai csoportokba (különösen az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek csoportjába) nehezen vagy egyáltalán nem sorolhatók be. Ezt a besorolási bizonytalanságot jelezte a következő fogalmak/kifejezések megjelenése: mentális retardáció, határeset, minimális cerebrális diszfunkció, familiáris eredetű értelmi fejlődési zavar, tanulási képességzavar stb. Különösen problémát jelentett a részképességzavarok, a speciális tanulási zavarok vagy a hiperaktivitással összefüggő iskolai teljesítményzavarok megítélése (Lányiné, 1996).

Tanulási akadályozottság

A tudomány számára alapfeltétel a vizsgált jelenség definiálása, a jelenségre vonatkozó szaktudományi fogalmak megalkotása és ezek alkalmazása a szakszókincsben. Ennek a folyamatnak két lépcsőfokát írta le Kuhn, amikor a megfigyelési nyelvről és az elméleti nyelvről fejtette ki gondolatait. „A megfigyelések, kísérletek és mérések észlelhető eredményeivel közvetlen kapcsolatban álló, a tapasztalat segítségével azonosítható tulajdonságokat, eseményeket és relációkat leíró állítások alkotják a *megfigyelési nyelvet*. Ez a nyelv a maga elemi formájában mindenki számára közvetlenül és azonos módon érthető. Ebből jön létre különféle okfejtések alapján a nem megfigyelhető entitásokra vonatkozó *elméleti nyelv*.” (Idézi: Laki, 2006, 25.)

A tanulási problémák megfigyelési tapasztalatai alapján dolgozta ki és vezette be a szaktudomány a *tanulási akadályozottság* fogalmát. Eszerint a tanulási problémák legátfogóbb formája a tanulási akadályozottság, amely együtt járhat speciális tanulási zavarokkal is (diszpraxia, diszlexia, diszkalkulia, figyelemzavar, speciális beszédfejlődési zavarok stb.). A tanulási akadályozottság kialakulásában egyidejűleg több külső, illetve belső tényező játszik szerepet, és együtt jár a képességek fejlődésének zavarával. Ezek a zavarok minden esetben egyéni kombinációkat mutatnak az oki tényezők, a képességterületek, a súlyosság, az eredményes taníthatóság szempontjából (Mesterházi és mtsai, 1998).

Kulturális értékek

Az európai kultúrát szokás „Leonardo-világnak” is nevezni, amelynek eszméi és valósága a kutatáson, az argumentáción és az önreflexív magatartáson alapulnak (Buchka et. al., 2006). Hol a helye ebben a kultúrában a gyógypedagógiának? Mit tett a gyógypedagógia ennek a kultúrának a megőrzéséért és gyarapításáért?

A magyar gyógypedagógiának, ezen belül a gyógypedagógus-képzésnek hagyományos kulturális gyökerei vannak. Évszázados története során kialakította a maga identitását, érték- és normarendszerét, az intézmények munkakultúráját és kapcsolatrendszerét, gondot fordít múltjának ápolására, leírta a magyar gyógypedagógiai tudomány szerkezetét kidolgozta a szaknyelvet, befogad új nézőpontokat, eljárásokat, a fogyatékos emberrel, való viszonyában meghatározó etikai alapokra támaszkodik (Gordosné, 2000).

A gyógypedagógus-képzés gyakorlatában ez az értékrendszer és szemléletmód kialakította az önismeret és a személyes képességek fejlesztésének igényét. Jelentősnek tartja az ismeretszerzés, a tudásgyarapítás és a gyakorlat egységét, kapcsolatát. Ehhez napjainkban új formákat keres: a problémák új szempontú megközelítését; a segítő kapcsolatok új formáit; a párbeszéd- és együttműködés képességét; az eredményes szakmai megoldások megvalósításának képességét; a tapasztalatok rendszerezett feldolgozásának igényét (Mesterházi, 2007).

Kedves Kollégáim!

Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar tanszékei, intézete, könyvtára, kutató- és munkacsoportjai, testületei, továbbképző központja, kollégiuma, gyakorló intézményei, oktatói és hallgatói szervezetei, gazdasági és adminisztratív apparátusa az eddig létrehozott értékeket együtt teremtették meg, és a jövőben is együttesen őrizhetik és újíthatják meg. Ezt kívánom a következő generációknak. Köszönöm megtisztelő figyelmüket!

Források

- ARISZTOTELÉSZ (1987): *Nikomakhoszi etika.* (Ford.: Szabó M.) Európa Könyvkiadó, Budapest.
- BACHMANN, W. (1985): *Das unselige Erbe des Christentums: Die Wechselbälge.* Justus Liebig Universität, Giessen.
- BUCHKA, M. – JÜRGENS, D. – KASCHUBOWSKI, G. et. al. (2006): *Ausbildungskulturen.* In KASCHUBOWSKI, G.: *Struktur und Kultur – Dilemma oder Quelle fruchtbarer Auseinandersetzung?* SZH – CSPA Ed. 145–185.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2000): *A magyar gyógypedagógus-képzés története.* ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- HELL J. (1997): *Etika* (szócikk). In *Pedagógiai lexikon* (főszerk.: BÁTHORY Z. – FALUS I.) Keraban Kiadó, Budapest, 421–422.
- HESSE, H. (1997): *Gyermeklélek.* (Ford.: Horváth G.) Cartafilus Kiadó, Budapest.
- ILLYÉS GY. (1976 és 1977): *Lélek és kenyér.* In ILLYÉS GY.: *Itt élned kell.* Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest, 379–652; *Dániel az övéi közt.* In ILLYÉS GY.: *Embereljük meg magunk.* Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest, 195–372.
- ILLYÉS S. (1984): *A kutatás szemléleti kerete.* In ILLYÉS S. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola I.* Oktatókutató Intézet, Budapest, 5–16.
- ILLYÉS S. (2000): *A magyar gyógypedagógia hagyományai.* In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 15–38.
- KOZMA T. (1998): *Társadalmi egyenlőtlenségek az iskolában.* In *Tanulmányok a közoktatásról.* Oktatási Minisztérium, Budapest, 131–162.
- LAKI J. (2006): *A tudomány természete.* Gondolat Kiadó, Budapest.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1996): *Értelmi fogyatékosok pszichológiája I.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. és mtsai (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (2007): *Változik-e a gyógypedagógia identitása?* *Iskolakultúra*, XVII/6–7., 150–163. (Megjegyzés: az előadás megtartásakor kéziratban.)

- MROZEK, SŁ. (2007): *Baltazár* (önéletrajz). (Ford.: Mihályi Zs.) Európa Könyvkiadó, Budapest.
- SZABÓ Á.-NÉ (1996): *Szegénység és iskola. Kor- és kórkép a tanulásban akadályozott népesség iskoláztatásáról*. Trezor, Budapest.
- TOLSZTOJ, L. (1965): *A balga*. In *Az első orosz olvasókönyv meséi*. (Ford.: Mátyás St.) Magyar Helikon, Budapest, 669–675.
- ZÁSZKALICZKY P. (2005): *A gyógypedagógiai antropológia a gyógypedagógia diszciplínarendszerében*. (Ph. D. disszertáció, kézirat.) ELTE Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.

Mesterházi Zsuzsa ny. főiskolai tanár
Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

URS HAEBERLIN

ETHISCHE GRUNDLAGEN DER HEILPÄDAGOGIK ABSTRACT

Heilpädagogik ist wertgeleitete Pädagogik. Sie ergreift Partei für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, welche im Bildungs- und Berufswesen wie auch in anderen gesellschaftlichen Einrichtungen benachteiligt und im Anspruch auf Lebensqualität und Selbstbestimmung gedemütigt sind. Sie lässt sich vom Grundsatz leiten, dass alle Menschen Anspruch auf Bildung und gesellschaftlich garantierte Lebensqualität haben. Dies gilt für ausnahmslos alle Menschen, also selbstverständlich auch für jene, die körperlich, intellektuell, emotional-sozial oder ethnisch von einer gesellschaftlich erwarteten „Normalität“ abweichen. Der europäische Bildungsbegriff bedeutet aus dieser Sicht oft eine Demütigung für einen Teil der Menschen. Das heilpädagogische Verständnis von Bildung darf für keinen Menschen aussondernd sein. Die Basis bilden Unterstützung und Reifenlassen von zwischenmenschlichen Beziehungen; wenn sich darauf aufbauend bei vielen Menschen kognitives Lernen, Sprechen, kulturelles Tun sowie beruflicher und materieller Erfolg einstellen können, ist dies ein den zufälligen Umständen zu verdankendes Geschenk, aber kein Bewertungskriterium für Gebildetheit oder gar für „höherwertiges“ Menschsein. Bildbarkeit und Bildungsrecht von Menschen, die von einer stets gesellschaftlich vermittelten „Normalität“ stark abweichen, werden vor dem Hintergrund des elitären Bildungsbegriffs in unserer Kultur immer wieder in Frage gestellt. Urteile wie „nicht bildbar“, „nur praktisch bildbar“, „erbkrank“ u.a.m. und die daraus resultierende Verweigerung von Bildung werden immer wieder zur Gefährdung des Lebensrechts der Betroffenen. Dies hat sich im Laufe der europäischen Geschichte – beginnend mit der klassischen Antike – immer wieder manifestiert. In der Gegenwart beginnt sich erneut eine Denkweise zu verbreiten, die für das Lebens- und Bildungsrecht intellektuell Leistungsschwacher und anderer von der kulturellen Norm stark Abweichender verhängnisvoll werden kann. Argumente zu Gunsten der zunehmend gentechnisch machbar werdenden Züchtung von im elitären Sinne intellektuell Bildbaren werden immer hemmungsloser in den Medien diskutiert und stoßen zunehmend auf Befürworter. Die lange europäische Geschichte von gruppenspezifischen Menschenfeindlichkeiten beginnt sich wieder zuzuspitzen. Wir dürfen unsere heilpädagogischen Hoffnungen auf partnerschaftliche Anerkennung ausnahmslos aller Mitmenschen nicht zur Illusion werden lassen und müssen deshalb

wieder vermehrt gesellschaftliche Realitäten ideologiekritisch prüfen. Damit ihr das heilpädagogische Ideal vom partnerschaftlichen und jegliche Verschiedenheit akzeptierenden Menschenbild nicht abhanden kommt, benötigt Heilpädagogik immer wieder Besinnung auf ihre Grundwerte: Lebensrecht für alle, Bildungsrecht für alle, höchstmögliche Selbständigkeit für alle und höchstmögliche Lebensqualität für alle.

A GYÓGYPEDAGÓGIA ETIKAI ALAPJAI

A gyógypedagógia mint inkluzív pedagógia

A gyógypedagógiát olyan etikai alapvetésre kell építeni, amely előjogokat nyújt minden olyan gyermek, fiatal és felnőtt számára, akik a képzés, a munka világában és más társadalmi területeken egyaránt hátrányt szenvednek, életminőségükben és önrendelkezésükben korlátozottak. Ennek a gondolkodásmódnak az alapelve az, hogy az embereknek joguk van a neveléshez és az oktatáshoz – függetlenül az intelligenciájuktól, teljesítőképességüktől, külső megjelenésüktől, származásuktól és etnikai hovatartozásuktól. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a gyógypedagógiának kötelezettséget kell vállalnia az általános igazságosságért és a különbözőség elfogadásáért. A gyógypedagógia fentiekben leírt etikai alapja összecseng az „inkluzív pedagógia” gondolatával, amely feltételezi, hogy „minden felnövekvő embernek joga van ahhoz, hogy az iskolába befogadják és a szociális csoport odafigyelésre méltó tagja legyen, anélkül, hogy ehhez kvalifikálnia kellene magát (...).” (Hinz, 2006, 258.)

Az oktatás fogalmának újradefiniálási szükségessége

A vázolt etikai alapvetés megköveteli az európai oktatás fogalmának revízióját. Az oktatást alapvetőnek jogként kell értelmeznünk, senkit sem szabad kizárni belőle. Az alapvetőnek tekintett oktatás középpontjában a fejlesztés és a társas kapcsolatok szabad kibontakoztatása áll. Ha a kognitív tanulásra, a kommunikációra, a kulturális tevékenységekre, valamint a szakmai és az anyagi sikerekre építünk, vigyáznunk kell arra, hogy ezek ne váljanak a képzettség és az értékes emberi lét kritériumaivá. Az elit értékelés kezdetektől fogva jelen van az európai oktatás fogalmában, és kizárja az értelmi akadályozottság, a tanulási zavarok, a beszédakadályozottság és más, a „képzetlenség” jegyeivel élő embereket. Európa történelme újra és újra bebizonyította, hogy az oktatás normatív kapcsolata a nyelvvel, a kultúrtechnikákkal, a kulturális értékeléssel és a társadalmi szemlélettel az embereket képzetlenné és képezhetetlenné devalválja. A „képezhetetlenség” ítélete az érintettek emberi méltóságát és élethez való jogát háttérbe szorítja. Ékes példája volt ennek a nemzetiszocialista Németországban az öröklött betegségben szenvedő utódok államilag elrendelt kiirtása. Az oktatásból és az élethez való jogból való kizárás tendenciája azonban mindenhol érezhető volt. Így bontakozik ki napjainkban is a biotechnológiai eszköztár bővülésének következtében az a gondolat, amely különösképpen az értelmileg akadályozottak oktatáshoz és élethez való jogát veszélyezteti. A kívánatos „tenyésztése” és a nemkívánatos megsemmisítése, géntechnológia által megvalósítható volta összeillik az európai elit oktatásfogalommal mindaddig, amíg bizonyos emberek képezhetőségéhez kétség fér.

Ne csökkenjen a gyógypedagógia elkötelezettsége az akadályozott emberek iránt

Ha a gyógypedagógia csökkenti az akadályozott emberek iránti morális elkötelezettségét, áldozatává válhat annak az európai tradíciónak, amely bizonyos embercsoportokkal szemben ellenségessé, rasszistává lehet. A gyógypedagógiának mint inkluzív pedagógiának maga mögött kell hagynia az akadályozottság szűkítő fogalmát, mert az kétértelmű, tisztázatlan, és lehetővé teszi az érintettek csoportjának tetszőleges kiterjesztését és behatárolását. Már önmagában a kérdés tisztázatlansága – hogy az európai országokban kik és hányan vannak azok az emberek, akik beletartoznak az úgynevezett akadályozottak körébe – szükségessé teszi az erről a kétértelmű fogalomról történő lemondást. Az Európai Unióban a rendelkezésre álló statisztikák alapján körülbelül 38 millió olyan ember él, akiket akadályozottnak deklarálnak, ők az európai össz népesség körülbelül 10%-a. Ezeknek az embereknek statisztikailag kimutatott részaránya az egyes EU-tagországok össz népességéhez képest 5,8% (Románia) és 32,2% (Finnország) között szóródik (*Tremel, 2006, 240.*). Nyilvánvalóan hatalmas különbségek vannak Európán belül az „akadályozottság” attribútumainak leírása és az azzal összefüggésben álló különleges segítségnyújtás és szociális juttatások biztosítása terén. A gyógypedagógia az utóbbi harminc évben hozzácsokolt ahhoz, hogy klienskörét „akadályozottnak” tekintse. Ez a nyelvi megszokás oda vezetett, hogy mindenki akadályozottként definiálódik, aki bármilyen speciális iskolatípusban vagy a többségi iskolán belül az integratív oktatás keretein belül tanul. Az „akadályozottsággal élő” gyermekek és fiatalok többségi iskolákban megvalósuló integrációjával több gyermeket sorolunk a „speciális nevelési szükségletűek” kategóriájába, mint korábban az eltérő tantervű iskolába irányítottak kategóriájába. Ez a jelenség több országon belül empirikusan bizonyítást nyert, így például az Amerikai Egyesült Államokban (például *Julich, 1996, 125.*), Németországban (például *Schröder, 1993*) és Svájcban (például *Bless-Kronig, 1999*). Az integráció „a gyógypedagógia illetékességi köréből folyamatosan kilépni” látszik (*Kronog, 2005, 97. vö. Kronig, 2007*), és a másság iránti toleranciát csökkenti, ahelyett hogy növelné. Ez a tendencia az úgynevezett tanulásban akadályozottak körére is érvényes, amelyet majdhogynem tetszőlegesen kiszélesít, hiszen esetükben legtöbbször egy szociális és iskolai normák által létrehozott kategóriáról van szó, amelyet megtévesztő módon „akadályozottnak” nevezett gyermekekre és fiatalokra vonatkoztatnak.

Ezért szükséges, hogy a gyógypedagógia fellépjen a különböző embercsoportok kizárásának társadalmi tendenciája ellen. Az akadályozott emberek devalválása és elkülönítése csak egy része a társadalmi kizárás sokkal átfogóbb szindrómájának. *Heitmeyer (2006, 21.)* a „csoportra vonatkozó emberellenesség” fogalmát használja. Kutatások bizonyítják, hogy a mai Németországban a csoportra vonatkozó emberellenesség a rasszizmus, az idegenellenesség, az antiszemitizmus, az iszlámfóbia, az előjogok elismerése, a nők elleni szexizmus, a homoszexuális emberekkel szembeni ellenségeskedés, a haj-

léktalanok és az akadályozott emberek devalvációjának szindrómájaként mutatkozik meg. Vizsgálatok támasztják alá, hogy a német népesség esetében ezek a szindrómaelemek egymással korrelálnak (Asbrock-Wagner-Christ, 2006). Valószínűsíthető, hogy más országokban további vagy más elemeket is (mint például a cigányellenességet) figyelembe kell venni.

Nem tartom ajánlatosnak a gyógypedagógia etikai alapjának az „akadályozottság” jelenségére való leszűkítését. Erre a következtetésre kell jutnunk, mihelyst az akadályozott emberek el nem ismertségét és kirekesztését más csoportokkal együtt történelmi szempontból és ideológiákat elemző, reflektáló módon szemléljük. Sőt, élesen fogalmazva azt is mondhatnám, hogy a gyógypedagógiát fenyegeti a rasszizmus kérdése, ha csak az akadályozott emberek jóllétének megteremtésére és az el nem fogadásuk elleni küzdelemre korlátozza magát, és nem reflektál más érintett embercsoportokkal szembeni előítéletekre és ezen embercsoportok megaláztatására. A gyógypedagógiának saját etikai alapja keresése mellett ki kell lépnie a sérült emberek megsegítésének és fejlesztésének „odújából”, és el kell határolódnia a történelmi és jelenkori szociális egyenlőtlenségektől, a bizonyos csoportokkal szembeni emberellenességtől. El kell jutnia ahhoz a felismeréshez, hogy a gyógypedagógián belül létező etikát és emberképet a társadalomfilozófiával és -kritikával szükségszerűen össze kell kötni. Ez nem újdonság, ezt a kapcsolatot már kétszáz évvel ezelőtt Johann Heinrich Pestalozzi megalapozta, aki akkoriban a hátrányos helyzetűek pedagógiájának megvalósításáért küzdött. Heinrich Hanselmann, az első gyógypedagógiai tanszék alapítója is mindig összekötötte „saját” gyógypedagógiáját társadalomkritikus gondolatokkal.

Gyógypedagógiai etika és közösség

Az Amerikai Egyesült Államokból származó kommunitarizmus képviselői azt feltételezik, hogy az inklúciónak csak akkor van esélye, ha az a közösségekben működőképes szociális kapcsolatokká alakul. Az amerikai szociológus, Etzioni – aki szintén híve ennek a mozgalomnak – úgy írja le a kommunitarizmust, mint „egy mozgalom, amely egy jobb morális, szociális, politikai környezetért” küzd (Etzioni, 1998, 277.). Az utat a szociális háló erősítésében látja, „amelyet a lakóotthonok, munkahelyek közösségei, az etnikai klubok és szövetségek nyújtanak” (Etzioni, 1998, 278.). Hasonló megoldásra jut az amerikai szociológus, Richard Sennett saját gondolatmenetében is azzal kapcsolatban, hogy hogyan tudnánk az új, flexibilis és globalizált kapitalizmus kényszereitől megszabadulni. A modern kapitalizmus egyik látens következménye „az emberek közösséghez tartozási vágya” (Sennett, 2000, 189.). A szintén a kommunitarizmus követőinek körébe tartozó filozófus, Alasdair MacIntyre a szociális függőség és függetlenség, illetve a kölcsönös segítségnyújtás etikája között fennálló feszült viszonyra alapoz. A függetlenségtől a segítségre való rászorultságig vezető úton minden ember másokra van utalva. Senki

sem tudhatja, hogy az elkövetkezendőkben nem kerül-e függőségi helyzetbe, azért, mert megbetegszik, akadályozottá válik vagy megöregszik. MacIntyre fontosnak tartja azt, hogy megtapasztaljuk, milyen segítséget adni és kapni. Sem az állam, sem pedig a család nem nyújt olyan ideális közösséget, amely az általánosan elismert függőség és az ebből fakadó segítőkészség erényét életben tudja tartani. „Ehelyett olyan helyi közösségeket kellene létrehozni, amelyekben a családi, a munkahelyi, az iskolai, a kórházi, a vitaklubon belüli, a sportegyesületi és a vallási csoportbéli tevékenységeknek is van helyük.” (MacIntyre, 2001, 160.). Az ilyen közösségek ideális esetben azzal jellemezhetőek, hogy minden személy – akkor is, ha súlyosan akadályozott, beteg vagy más okokból fakadóan függőségi helyzetben él – elismerést kap.

Ezzel a közösséghez kapcsolódó hitvallással belépünk a „mi-érzés” veszélyes területére, amely a bizonyos csoportok elleni emberellenességet táplálhatja. Az inkluzív oktatással egy hegygerinc megmászására vállalkozunk, ahonnan azonban könnyen lezuhanhatunk. Az egyik oldalon lesben áll a közösségen belüli kapcsolatok szűkösségének, az intoleranciának és az elutasításnak a veszélye, a másik oldalon a modern értelemben vett team-ben fennáll a barátságtalanság, a kötődésszegénység és a gyökértelenség esélye. A német nyelvű vitákban különösen hangsúlyosak a kommunitarista „kitekintés” veszélyei. Ennek történelmileg megalapozott okai vannak: a nemzetiszocialista ideológiában a közösség kategóriáját arra használták, hogy megnyissák „az utat minden idegen totális kizárásához” (Honneth, 1997, 17.). Ezzel a háttérrel a kommunitarizmus gyakran a liberális és nyitott társadalmat veszélyeztető elemként mutatkozik meg. Valószínűleg nem létezik olyan út az inklúzió irányába, amely ne fenyegetne a tévutak veszélyével. Mégis az áttekinthető közösségek oktatása tűnik az inklúzió egyik, sőt talán egyetlen lehetőségének. A közösségfogalom prioritása ad támpontot jövőnk alakításához: a gyógypedagógiai és rehabilitációs nagyüzemeknek teljes mértékben meg kell szűnniük. Az iskoláknak és pedagógiai intézményeknek méreteiket tekintve áttekinthetőeknek kell lenniük. Elsődleges szempont, hogy a pedagógiai ellátást a lakóhelyek közelében kell megszervezni. A gyermeket, akár szegregáltan, akár integráltan tanul, nem szabad hosszan utaztatni. Újra kell gondolni a viszonyt a pedagógiai közösségek professzionális és nem professzionális tagjai között. Nekünk, szakképzett gyógypedagógusoknak kell nyitnunk a nem professzionális résztvevők felé.

Nehéz feladat lesz megakadályozni az intoleráns, zárt és kifelé emberellenes közösségek létrejöttét. Ehhez nincsen használati útmutató. A gyógypedagógiának az ambivalenciákkal a jövőben is együtt kell élnie! Ahhoz, hogy a nehézségeket elviseljük, még sokat kell tanulnunk és tanítanunk!

Fordította: Péntes Éva

Irodalom

- ASBROCK, F.; WAGNER, U.; CHRIST, O. (2006): *Diskriminierung. Folgen der Feindseligkeit*. In HEITMEYER, WILHELM (Hrsg.): *Deutsche Zustände*. Folge 4. Suhrkamp: Frankfurt a. M., 156–175.
- BLESS, G.; KRONIG, W. (1999): *Wie integrationsfähig ist die Schweizer Schule geworden?* In Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN 68, 414–426.
- ETZIONI, A. (1998): *Die Entdeckung des Gemeinwesens. Das Programm des Kommunitarismus*. Fischer: Frankfurt a. M.
- HEITMEYER, W. (2006): *Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit. Gesellschaftliche Zustände und Reaktionen in der Bevölkerung aus 2002 bis 2005*. In HEITMEYER, W. (Hrsg.): *Deutsche Zustände*. Folge 4. Suhrkamp: Frankfurt a. M., 15–36.
- HINZ, A. (2006): *Integration und Inklusion*. In WÜLLENWEBER, E.; THEUNISSEN, G.; MÜHL, H. (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart, 251–261.
- HONNETH, A. (1997): *Individualisierung und Gemeinschaft*. In ZAHLMANN, C. (Hrsg.): *Kommunitarismus in der Diskussion*. 2. Aufl., Rotbuch, Hamburg, 16–23.
- JÜLICH, M. (1996): *Schulische Integration in den USA. Bisherige Erfahrungen bei der Umsetzung des Bundesgesetzes „Public Law 94-142“ – dargestellt anhand einer Analyse der „Annual Reports to Congress“*. Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- KRONIG, W. (2007): *Die systematische Zufälligkeit des Bildungserfolgs*. Haupt, Bern.
- KRONIG, W. (2005): *Expansion der Sonderpädagogik*. In Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN 74, 94–103.
- MACINTYRE, A. (2001): *Die Anerkennung der Abhängigkeit. Über menschliche Tugenden*. Rotbuch, Hamburg.
- SCHRÖDER, U. (1993): *Alle reden von Integration – und die Zahl der Sonderschüler steigt?* In Sonderpädagogik 23, 130–141.
- SENNETT, R. (2000): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. 3. Aufl. Berlin Verlag, Berlin.
- TREMEL, I. (2006): *Behindert in Europa*. In Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN 75, 239–249.

Prof. Dr. Urs Haeberlin
 Universität Freiburg (Schweiz)
 Heilpädagogisches Institut
 Petrus-Kanisius-Gasse 21
 1700 Fribourg

NAGY JÓZSEF

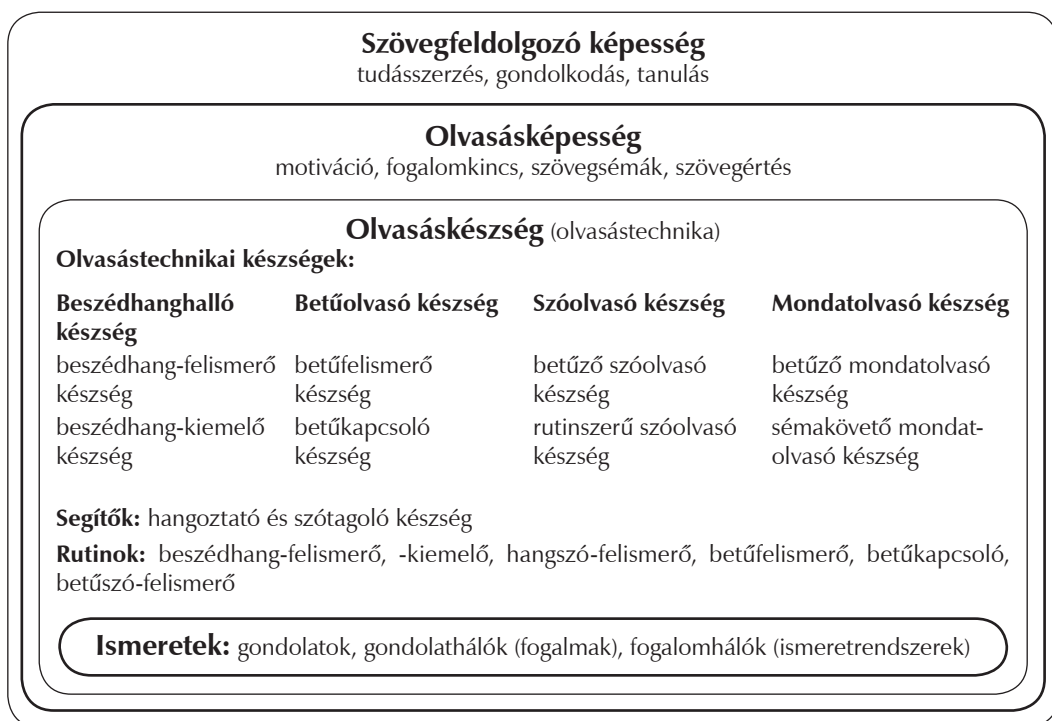
AZ ALAPKÉPESSÉGEK FOLYAMATOS KRITÉRIUMORIENTÁLT KIFEJLESZTÉSE

A személyiség működését, adaptációját, fejlődését alaprendszere (operációs rendszere) teszi lehetővé (Nagy, 2001). Ezért a nevelés és az általános képzés központi feladata, hogy elősegítse a személyiség alaprendszerének kifejlődését a társadalmi beilleszkedéshez szükséges szinten. Az alaprendszer tucatnyi kulcskompetenciából (nyelvi, önvédő, önellátó, önmegismerő, önfejlesztő, szociális kommunikatív, proszociális, együttélési, érdekérvényesítő, tudásszerző, tudásfeltáró, gondolkodási, tanulási), a kulcskompetenciák komponensrendszerei háromtucatnyi alapmotívumból és alapképességből szerveződnek. Például a nyelvi kulcskompetencia alapképességei: a beszédképesség, a beszédértő képesség, az olvasásképesség, a fogalmazásképesség; az érdekérvényesítő kulcskompetencia alapképességei: az együttműködési, a vezetési és a versengési képesség; a gondolkodási kulcskompetencia alapképességei: a konvertáló képesség, a rendszerező képesség (a Piaget-féle gondolkodási műveletrendszer), a kombinatív képesség, a következtető képesség. Ez az előadás az *olvasásképesség* példájával szemlélteti mondanivalóját.

Az alapképességek kifejlődése sokéves folyamat. Ezért a hagyományos letanító stratégiától eltérően a témákon, fél éveken, tanéveken, sőt az iskolafokokozatokon átívelő folyamatos fejlesztésre van szükség. E nélkül nem remélhető az alapképességek szükséges színvonalú elsajátításának elősegítése (amint például az olvasásképesség évtizedek óta ismert problémáinak megoldásában a hagyományos „letanító” pedagógiai kultúrával nincs haladás). A „szükséges színvonal” leggyakrabban pontatlan, kidolgozatlan elvárás. Ennek a hiányosságnak a felszámolását segíti az elsajátítási kritériumok kidolgozása, ami lehetővé teszi a kritériumorientált fejlesztést (Nagy, 2007; Nagy, Józsa, Vidákovich és Fazekasné, 2004b). Ez az előadás a *folyamatos kritériumorientált kifejlesztés stratégiájának feltételeit ismerteti* az olvasásképesség, az olvasáskészség példájának segítségével.

Az alapképességek komponensrendszerének feltárása

Az alapképességek meghatározott pszichikus komponensek (készségek, egyszerűbb készségek, szokások, rutinok, ismeretek) rendszerei. Az eredményesebb fejlesztés érdekében mindenekelőtt fel kell tárni a fejlesztendő alapképesség komponensrendszerét.



1. ábra. Az olvasásképeség szerveződése (Forrás: Nagy, 2004a)

Az alapképességek átfogóbb (általánosabb) képességek, valamely kulcskompetencia működésének feltételei. Példánk esetében az *olvasásképeség* a *nyelvi kulcskompetencia* egyik alapképessége. Az olvasásképeség funkcióját tekintve az élményszerzés és az információszerzés, a tudásszerzés egyik alapvető eszköze. Továbbá a szöveg implicit információinak feltárását, megfejtését, valamint az ismeretlen fogalmakat, összefüggéseket tartalmazó szövegek megértését lehetővé tevő átfogóbb *szövegfeldolgozó képesség* kritikus feltétele.

Ugyanakkor az olvasásképeség működésképtelen, használhatatlan az *olvasáskészség* (az olvasástechnika) optimális kifejlettsége nélkül. Amint az 1. ábra szemlélteti, az olvasáskészség bonyolult pszichikus komponensrendszer: négyféle egyszerűbb készségből, amelyek mindegyike két-két további egyszerűbb készségből, valamint rutinok készleteiből szerveződik. A *beszédhanghalló* készség a *beszédhang-felismerő* és a *beszédhang-kiemelő* készséggel és ezek valamennyi beszédhangot felismerő és kiemelő rutin készletével működik. A *beszédhanghalló* készség teljes kifejlődése nélkül az olvasáskészség elsajátítása lehetetlen (a témáról lásd: Fazekasné Fenyvesi Margit, 2000, 2006). A *betűolvasó* készség a *betűfelismerő* és a *betűkapcsoló* készségekkel működik valamennyi betű és valamennyi kapcsolási módjuk rutinjainak teljes készletével (e készség kifejlesztése a kezdő olvasástanítás feladata). A *betűolvasó* készség a *szóolvasó* készség

kifejlődésének kritikus feltétele. A szóolvasó készség kétféle fejlettségű változattal működik: a betűző szóolvasó készséggel és a gyakorlott szóolvasó készséggel.

Mivel a szóolvasó készség magában foglalja a beszédhanghalló és a betűolvasó készséget, ezekkel működik, ezért a szóolvasó készséget az egyszerűség érdekében olvasáskészségnek is nevezhetjük. Tudván azt, hogy az optimálisan működő olvasáskészség fontos feltétele a mondat-séma-követő mondatolvasó készség elsajátítása is. Ez azonban a jól működő szóolvasó készséggel spontán módon kialakulhat, elegendő különböző jellegű szöveg elolvasása esetén. (A sémakövető mondatolvasó készség kifejlesztésének szándékos segítésére is van mód, de előadásom további részében csak a központi jelentőségű, olvasáskészségnek is nevezhető szóolvasó készséggel foglalkozom.)

A betűző szóolvasó készség kiépülése, optimális használhatósága akkor következik be, amikor a nyelv milliónyi szavának mindegyikét/bármelyikét kibetűzve (a betűket sorra véve és összeolvasva) biztonságosan el tudjuk olvasni. Akiknek egyes betűk felismerése, hosszabb, bonyolultabb, kevésbé ismert szavak betűinek összeolvasása problémát okoz, azok még az olvasáskészség elsajátításának előkészítő szintjén vannak, ők még analfabéták. A funkcionális analfabéták rendelkeznek már a betűző olvasáskészséggel, amely azonban nem teszi lehetővé az olvasásképesség alapfunkcióinak teljesítését (terjedelmesebb szövegek elolvasását, a szövegértést, az információszerzést, az élményszerzést), mert a kibetűzés, a silabizálás leköti a figyelmet, rendkívül nehézkes, fárasztó és időigényes.

A gyakorlott olvasáskészség kifejlesztése akkor következik be, amikor a leggyakoribb szavak a másodperc tört része alatt rutinszerűen, rápillantással felismerhetők. A szógyakorisági törvény értelmében a köznyelvi írott szövegek 96 százaléka a leggyakoribb 5000 szóból variálódik. A nyelv leggyakoribb 5000 szava az olvasáskészség és az olvasásképesség (az értő olvasás) kritikus komponenskészlete (részletesebben lásd Nagy, 2004a). Ezeknek a szavaknak ismerni kell a jelentését, és rutinszerűen, rápillantással kell felismerni ahhoz, hogy gyakorlott, optimálisan használható olvasáskészséggel rendelkezünk, ami kritikus előfeltétele a szövegértő, élményszerző olvasásképesség elsajátításának. Az összes többi szó betűző olvasása a ritka előfordulás miatt nem zavarja az olvasás alapfunkcióinak teljesülését. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy jól működő betűző szóolvasó készség nélkül sem teljesülhetnek az olvasásképesség alapfunkciói, hiszen a ritkán előforduló szavakat nem tudnánk elolvasni.

Az alapképességek négy bonyolultsági (elemi, egyszerű, összetett és komplex), továbbá szenzomotoros, szóbeli és írásbeli nyelvi/fogalmi, valamint formalizált (vázlatokat, illetve formulákat használó) absztrakciós szinten sajátíthatók el, e szinteken használhatók. Ezért alapvető feladat annak tisztázása és eldöntése, hogy a fejlesztendő alapképesség elsajátítását az általános képzés végső céljaként, illetve aktuálisan melyik bonyolultsági és absztrakciós szinten kívánjuk elősegíteni.

Példánk esetében az olvasásképesség elemi szintje a betűző (silabizáló olvasás), ami a kezdő olvasástanítás célja. Egyszerű szint a leggyakoribb 5000 szó ismeretével és gya-

korlott (rápillantó) felismerésével működő olvasásképesség, melynek a kifejlesztése az alsóbb évfolyamok (például az első 6 évfolyam) feladata lehetne. Összetett a mondatsémákkal segített olvasásképesség. Végül a komplex olvasásképesség különböző szövegfajták szövegsémáinak használatával és úgynevezett áttekintő olvasással is működik.

Az olvasásképesség legalacsonyabb absztrakciós szintje köznyelvi szókinccsel fogalmazott *narratív (cselekményes, leíró) szövegek* olvasását teszi lehetővé. Az *értelmező szövegek* szabályszerűségeket, összefüggéseket elemeznek, ismertetnek túlnyomóan absztrakt fogalmakkal. A *formalizált szövegeknek* két szintjét célszerű megkülönböztetni: a vázlatot és a formulát. A vázlat kiszabadul a mondatokból, és különálló szavakat, számokat, kifejezéseket használ. Ilyenek a táblázatok, menetrendek, adatlapok, a formalizált életrajzok, szavakkal is segített ábrák stb. A legmagasabb absztrakciós szintű szövegek formulákat tartalmaznak, amelyek már a szavaktól is megszabadultak, absztrakt szimbólumokkal (leggyakrabban betűkkel) írják le a szabályszerűségeket, összefüggéseket. A narratív köznyelvi szövegek olvasásképességének elsajátítása a gyermekkor, az értelmező szövegek és a vázlatok olvasásképességének elsajátítása a serdülőkor, a formulákat tartalmazó szövegek olvasásának képessége pedig az ifjúkor lehetősége.

Ha nem ismerjük az elsajátítandó alapképesség komponensrendszerét, bonyolultsági és absztrakciós szintjeit, csak hályogkovács módjára vagyunk képesek segíteni az elsajátítást. A perszonális, a szociális és a kognitív kompetencia háromtucatnyi alapképessége közül a pedagógiai gyakorlat még a tantervileg előírt alapképességeknek sem ismeri a teljes kritikus komponensrendszerét. A szegedi kutatások eddig tucatnyi alapképesség, alapkészség teljes kritikus komponensrendszerének feltárását végezték el az olvasásképesség példájával szemléltetett módon.

Talán belátható, hogy az alapképességek kritikus komponensrendszereinek ismeretében eredményesebben segíthető az optimális használhatóságú elsajátítás. A tanulók egy részében (főleg a családi körülményeinek köszönhetően) a hályogkovács stratégiával is kialakulhatnak az alapképességek. A kevésbé motivált, a kevesebb előfeltétel-tudással rendelkező tanulók esetében azonban nagy szükség lenne a kifejlesztendő alapképességek komponensrendszereinek részletes ismeretére.

Feltételezhető, hogy a fejlődési fáziskéséssel küzdő, a fogyatékos gyermekek esetében különösen fontos lenne az alapképességek kritikus komponensrendszereinek ismerete. Ezért az eredményesebb képességfejlesztés egyik fontos lehetősége az alapképességek kritikus komponenskészletének, bonyolultsági és absztrakciós szintjeinek feltárása, és a feltárt ismeretek felhasználása.

Az optimális használhatóság kritériumainak kidolgozása

A hagyományos pedagógiai kultúra az elsajátítandó tartalmak megválasztására koncentrálna. Nem tisztázza az elsajátítás elérendő szintjét, nem határozza meg a teljesítendő kritériumokat: a tartóssági, a bonyolultsági, az absztrakciós szintek, valamint a használhatóság, vagyis a kiépülés és a gyakorlottság kritériumait.

A memóriakutatások eredményei alapján pedagógiai szempontból három tartóssági kritériumot célszerű használni: az aktuális, az időleges és az állandósult tartósságot. Munkamemóriánkban (operatív memóriánkban) folyamatosan rengeteg motívum, információ aktiválódik, amelyek túlnyomó többségét felhasználásuk után rövidesen elfelejtjük. Ez az eszközjellegű *aktuális tartósság kritériuma*. Az aktuális pszichikus komponensek egy szűkebb köre időleges tartósságúvá, a jövőben szükség szerint felhasználhatóvá tárolódik. Ha egy ideig nem használjuk, elfelejtődik. Ez az *időleges tartósság kritériuma*. A hagyományos pedagógiai kultúra gyakorlatilag az időleges tartósságra van berendezkedve. Minden, amit tanít, annak túlnyomó többsége néhány nap, hét, hónap múlva a felejtés sorsára jut. Ez természetes folyamat. A probléma abból származik, hogy a személyiség működésének, adaptációjának, fejlődésének feltételeit képező állandó, bármikor aktiválható pszichikus alapkomponeksek (amelyek a tantervi anyag töredékét teszik ki) létrejötté a véletlenül múlik. Nincs tisztázva, hogy mely pszichikus komponenseket kell mindenki állandóvá, bármikor használhatóvá fejleszteni, melyekhez rendelendő az *állandó tartósság kritériuma*. Példánk esetében az olvasásképeség és annak valamennyi készsége, rutinja állandó tartósságúvá fejlesztesendő. (A fent felsorolt és az olvasásképeséggel szemléltetett bonyolultsági és az absztrakciós szintek mint kritériumok maguktól értetődőek, részletesebb értelmezésükre nem szükséges kitérni.)

Amennyiben az alapképességeket, alapkészségeket komponensrendszerként értelmezzük, és feltártuk komponensrendszerüket, akkor az optimális elsajátítás szintjének kritériumait: a kiépülés és a gyakorlottság kritériumait kell kidolgozni és a szóban forgó alapkomponekshoz hozzárendelni. A *kiépülés kritériuma* azt írja elő, hogy a fejlesztendő alapképesség, alapkészség valamennyi kritikus komponensét el kell sajátítani. Ez így egyszerűnek látszik, de minél bonyolultabb a képesség, a készség, annál nehezebb a kiépülés kritériumát kidolgozni. A betűző olvasásképeség kiépülési kritériuma valamennyi betű rutinszerű (párhuzamos modell szerinti rápillantással megvalósuló) felismerése és a szavak betűinek rutinszerű összeolvasása. Ennek az alapkészségnek a kiépülési kritériuma valóban egyszerű: valamennyi betű felismerésének és valamennyi lehetséges betűkapcsolat összeolvasásának elsajátítása. Más a helyzet a gyakorlott szóolvasó készség kiépülési kritériumával. Csak az utóbbi évtizedek kutatásai alapján vált lehetővé a készség kiépülési kritériumának kidolgozása: a köznyelvi szövegek leggyakoribb 5000 szavának ismerete (lásd az előző cím alatti ismertetést).

Az alapképességek, alapkészségek kritikus komponenskészleteinek kiépülésével az elsajátítás nem fejeződik be. Évekig tartó rendszeres használó gyakorlásra van szükség

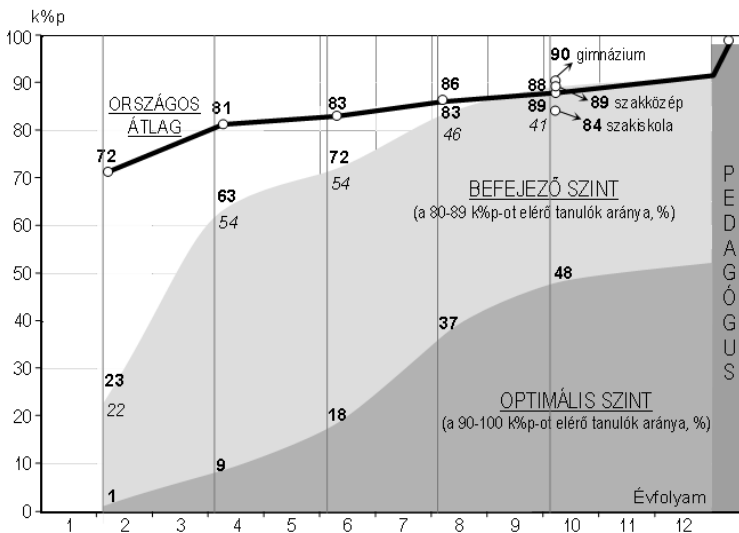
ahhoz, hogy a gyakorlottság optimalizálódjon. Az *optimális gyakorlottság kritériumát* az azt rendszeresen használó felnőttek gyakorlottságának felméréseivel lehet kidolgozni (az értelmezést lásd a következő cím alatt).

Feltételezhető, hogy a többségi tanulók esetében előnyös, a fejlődési fáziskésést mutató és a fogyatékos gyermekek esetében pedig különösen fontos lenne az alapképességek elsajátítási kritériumainak ismerete. Ezért az eredményesebb képességfejlesztés egyik fontos lehetősége valamennyi alapképesség elsajátítási kritériumainak kidolgozása és felhasználása.

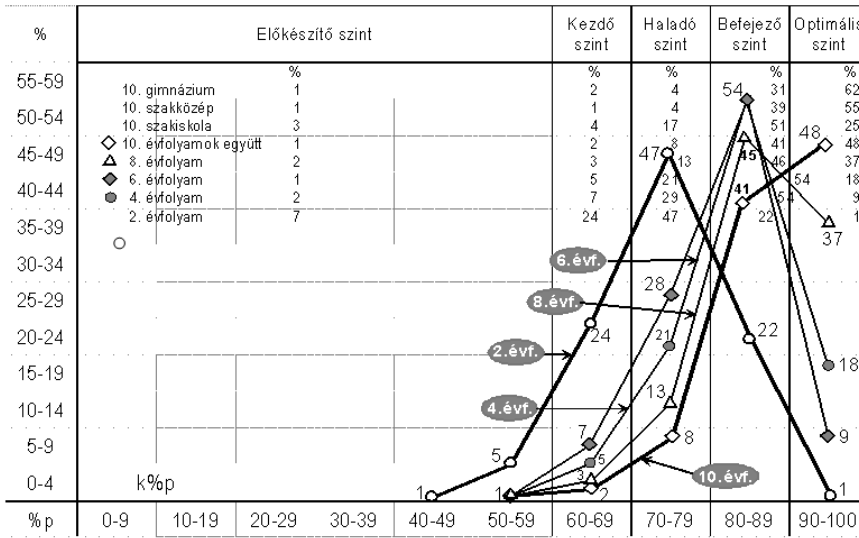
Az alapképességek elsajátítási folyamatainak feltérképezése

Ha feltártuk az alapképesség kritikus komponensrendszerét, és meghatároztuk a köve- tendő, viszonyítási alapként használandó kritériumokat, kifejlcszthetjük az elsajátítási folyamat kritériumorientált diagnosztikus feltérképezését lehetővé tevő tesztrendszer- t. A használhatóság két feltételét: a kiépülés és a gyakorlottság fejlődési folyamatát kell mérhetővé tenni.

Példánk esetében a szóolvasó készség kritikus szókészletének ismeretét, elsajátítási, *kiépülési* folyamatát törekszünk feltérképezni. Ez azt jelenti, hogy mind az 5000 szó- nak szerepelnie kell a tesztrendszerben. Először 10, majd a tapasztalatok alapján 20 ekvivalens tesztváltozat készült. Az ekvivalens tesztváltozat azt jelenti, hogy tartalmi szempontból (példánk esetében a különböző gyakoriságú szavak azonos arányban sze- repelnek minden tesztváltozatban) és az eredmények átlaga, szórása, eloszlása szerint sem különböznek egymástól.



2. ábra. Az olvasáskészség kritikus szókészletének fejlődése (Forrás: Nagy, 2004a)



3. ábra. A kritikus szókészlet fejlődésbeli különbségeinek alakulása (Forrás: Nagy, 2004a)

Ennek köszönhetően egy tanuló csak egy változatot old meg, és elegendően nagy minta esetén minden szóról megtudhatjuk az egymást követő évfolyamokon elért elsajátítási szinteket, vagyis részletes diagnosztikus térkép birtokába juthatunk. (Az adatok rendelkezésre állnak, majd a témáról szóló könyv mellékleteként jelennek meg.) Az egyes tanulókra vonatkozóan is diagnosztikus térképekkel rendelkezhetünk: a résztesztek eredményeivel, a különböző gyakoriságú szavak ismeretével; a tesztek ekvivalenciájának köszönhetően becsülhető a még nem ismert szavak köre. Ezek az adatok elősegíthetik az eredményesebb fejlesztést.

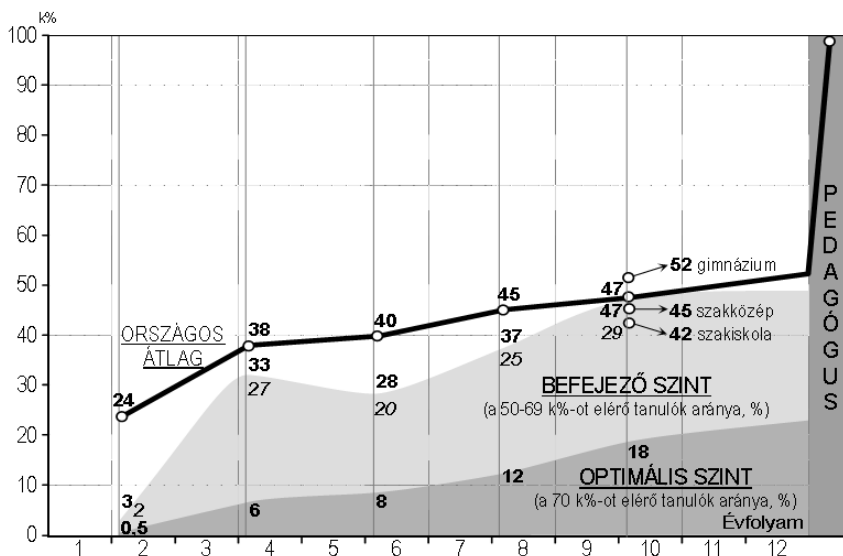
A 2. ábra mutatja a szokásos országos átlagokat is, amelyek szerint már a 2. évfolyam elején 72 százalékpontos az 5000 leggyakoribb szó ismeretének átlaga, ami a 10. évfolyam végéig 88 százalékpontra növekszik. Szokásos szemléletmódunkkal ez jó eredménynek mondható. A kritériumhoz viszonyító értékelés új mutatók segítségével diagnózist tesz lehetővé, megmutatja, hogy a tanuló, az osztály, az iskola, az ország hol tart a kritériumhoz viszonyítva, mit kell még tenni az optimális használhatóság kritériumának elérése érdekében. A kritériumhoz viszonyított elsajátítás öt szintjét célszerű megkülönböztetni: az előkészítő, a kezdő, a haladó, a befejező és az optimális fejlettség szintjét. Az optimális kiépülés kritériuma a reliabilitás négyzete. Mivel a tesztváltozatok reliabilitása 0,95 körüli, ezért az optimális elsajátítás kritériuma a legalább 90 k%p (k=kritérium). A 3. ábrán az eredmények eloszlása alapján érthető, hogy az előkészítő szint 0–59, a kezdő 60–69, a haladó 70–79, a befejező szint pedig 80–89 k%p.

Visszatérve a 2. ábrához, azt láthatjuk, hogy már a 2. évfolyam elején van egyszázaléknyi tanuló, akik eljutottak az optimális szintre, de még a 8. évfolyamon is csak 37, a

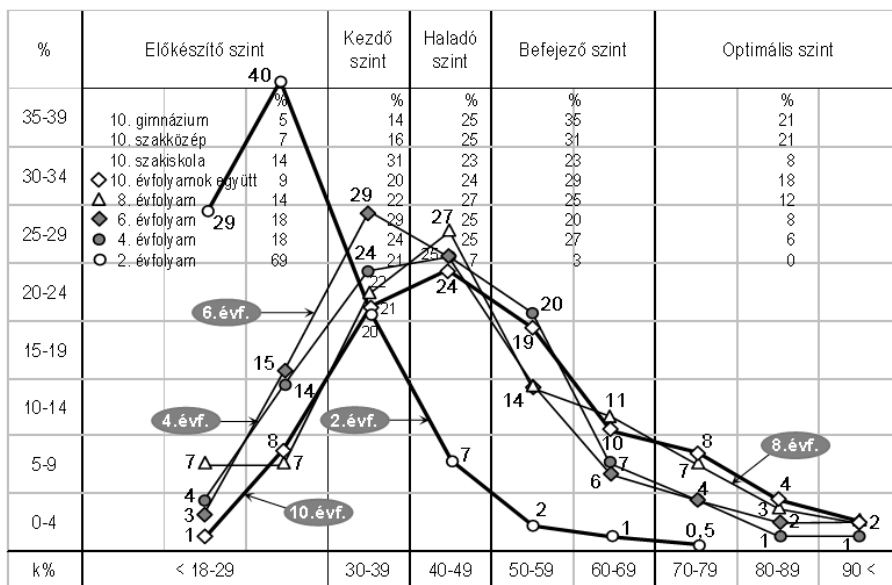
tizediken csak 48 százaléknyi ilyen tanuló létezik. Ez azt jelenti, hogy ők az 5000 leggyakoribb szóból legalább 4500-at ismernek. A szógyakorisági törvény értelmében az 5000 szó a köznyelvi szövegek 96, a leggyakoribb 4000 szó 95 százalékát teszi ki. Ezért a befejező szintet elérő tanulók szóolvasó készségének eredményes működését a kritikus szókincs ismeretének ilyen mértékű hiánya kevésbé akadályozza. A 2. ábra szerint a 2. évfolyam elején a tanulók 77, a negyedikesek 37, a nyolcadikosok 17, a tizedikesek 11 százaléka nem rendelkezik az értő olvasás elemi feltételét képező alapszókinccsel. Holott az alapszókincs elsajátítása rendszeres mesehallgatással, beszélgetési lehetőséggel a serdülés kezdete tájáig minden ép értelmű tanuló által lehetséges lenne. A 3. ábra tovább részletezi a kritériumhoz viszonyított tanulók közötti különbségeket, amelyeknek semmi köze sincs a tehetséghez. Ez a tudatlanságunk, a hagyományos pedagógiai kultúra természetes velejárója, következménye.

A *gyakorlottságot* legegyszerűbben a teszt megoldására felhasznált percek számával értékelhetjük. Ha a tesztet megoldatjuk az alapképességet, alapkészséget rendszeresen használó felnőttekkel (az olvasáskészség esetében pedagógusokkal, bölcsészhallgatókkal), akkor az általuk felhasznált percek száma alapján kidolgozható az optimális gyakorlottság kritériuma. Ha az átlagot 100 k%-nak vesszük, akkor a szóolvasó készség esetében –2 szórás 70 k%. A gyakorlott olvasó felnőttek néhány százaléuktól eltekintve 70–130 k%-os gyakorlottságú szóolvasó készséggel rendelkeznek. Ennek értelmében a szóolvasó készség optimális elsajátításának kritériuma legalább 70 k%, vagyis a gyakorlott felnőttek legalacsonyabb szintje (a gyakorlottsági kritérium kidolgozásának részletes ismertetést lásd Nagy, 2004a és 2006).

Az olvasáskészség gyakorlottságának fejlődését a 4. ábra szemlélteti. Ha a pedagógusok átlagos fejlettségét 100 k%-nak tekintjük, akkor ehhez viszonyítva a másodikos tanulók gyakorlottságának átlaga 24, a negyedikeseké 38, a nyolcadikosoké 45, és még a tizedikes gimnazistáké is mindössze 52 k%. (Ez nem a szokásos átlag, hanem a 100 k%-hoz viszonyított átlag, ezért k%.) Már ez is jelzi az olvasáskészség gyakorlottságának súlyos problémáit.



4. ábra. A szóolvasó készség gyakorlottságának fejlődése (Forrás: Nagy, 2004a)



5. ábra. A gyakorlott szóolvasás fejlődésbeli különbségeinek alakulása (Forrás: Nagy, 2004a)

A probléma tragikus súlyosságával akkor szembesülhetünk igazán, ha az optimális használhatóság kritériumához viszonyítva megvizsgáljuk, hogy a tanulók hány százaléka jutott el az optimális gyakorlottság szintjéig (legalább k70%-ig). Már a 2. évfolyam elején létezik 0,5 százaléknyi tanuló, akik optimális használhatóságú szóolvasó készséggel rendelkeznek. Ezt követően nagyon lassú spontán fejlődés valósul meg: a negyedikesek 6, a nyolcadikosok 12, és még a tizedikesek is mindössze 18 százaléka rendelkezik optimálisan használható szóolvasó készséggel.

Az 5. ábra részletesen mutatja a tanulók olvasáskészségének fejlettségbeli különbségeit. Az előkészítő szint azt jelenti, hogy ezen a szinten még a betűk felismerésével és összeolvasásával is vannak problémák, vagyis még a betűző, silabizáló olvasás sem működik megfelelően. Ez még az analfabetizmus szintje. A 2. évfolyam elején a tanulók 69 százaléka még analfabéta, ami a 4. évfolyam elejéig 18 százalékra csökken. Ez természetes fejlődési folyamat. A döbbenetes eredmény az, hogy a nyolcadikosok 14, a tizedikesek 9 százaléka analfabéta, a silabizáló olvasáskészsége sem működik.

A jól működő betűző olvasáskészség a funkcionális analfabetizmus szintje, mivel rendkívül nehézkes, fárasztó, demotiváló, ezért lehetetlenné teszi a szövegértő, élményszerző olvasást. Az olvasáskészség kezdő és haladó szintjét elérő tanulók jutnak el erre a szintre. A másodikosok 21, a nyolcadikosok 22, a tizedikes szakiskolások 31 és a 10. évfolyam elején a gimnazisták 14 százaléka is funkcionális analfabéta. A haladó és a befejező szintre eljutó tanulók spontán módon gyakorlott olvasóvá fejlődhetnek, ha rendszeresen olvasnak eleinte rövid, cselekményes, érdekes szövegeket. Arányuk az optimumot elérőkkel együtt: a másodikban 10, a nyolcadikban 64, a tizedikben 71 (a szakiskolások 54, a gimnazisták 81) százaléka.

A szövegértő olvasás felmérésének eredményei azt mutatják, hogy az általános iskola a tanulók harmadát nem képes megtanítani a szövegértő olvasásra. Ebből azt a következtetést vonja le a szakma, hogy a szövegértő olvasást kell fejleszteni. Ez fontos cél. A fenti adatok, melyek szerint a nyolcadikosok 36, a tizedikesek 29 százaléka funkcionális analfabéta (egy szűkebb részük analfabéta), ennek következtében csak akkor válhatnak szövegértő, élményszerző olvasókká, ha az olvasáskészségük optimális, de legalább befejező szintűvé fejlődik. A hagyományos pedagógiai kultúra az olvasáskészség optimális használhatóságúvá fejlesztésével nem foglalkozik, ami érthető, hiszen mind ez ideig nem ismerte az optimális elsajátítás kritériumát és a kritériumhoz viszonyított elsajátítási folyamatokat.

A fentiek alapján feltételezhető, hogy a többségi tanulók esetében előnyös, a fejlődési fáziskésést mutató és a fogyatékos gyermekek esetében különösen fontos lenne valamilyeni alapképesség, alapkészség kritériumorientált elsajátítási folyamatainak feltérképezése. Ennek köszönhetően lehetővé válna a fejlődés egyéni diagnosztikus térképének nyomon követése és az egyénre szabott folyamatos kritériumorientált fejlesztés.

Az alapképességek kritériumorientált kifejlesztésének stratégiája

A kritériumorientált fejlesztés azt jelenti, hogy az alapmotívumok, az alapképességek, az alapkészségek és az alapismeretek fejlődésének segítése mindaddig tart, amíg a meghatározott bonyolultsági és absztrakciós szinten minden tanuló el nem jut az optimális használhatóság kritériumáig mind a kiépülésben, mind a gyakorlottságban, függetlenül attól, hogy a tanuló hány éves és hányadik évfolyamra jár. (A kompetenciák, a kulcskompetenciák csak motívumrendszerük, képességrendszerük, készségrendszerük és ismeretrendszerük kifejlesztése által lehetséges.)

Az alapképességek, alapkészségek kritériumorientált kifejlesztése rendszeres, folyamatos fejlesztést jelent. A folyamatos fejlesztés az alapképesség, alapkészség működtetését, használatát jelenti óvodáskorban, valamennyi erre alkalmas mesével, játékkal, iskoláskorban valamennyi erre alkalmas tantárgy tartalmaival (a tantárgyak és tartalmuk többségével működtethetők az alapképességek, alapkészségek). Röviden összefoglalva ezt nevezzük az alapképességek, alapkészségek kritériumorientált fejlesztési stratégiájának.

A folyamatos kritériumorientált fejlesztést eddig két négyéves OTKA kísérlettel valósítottuk meg. Az első kísérlet (Nagy, 1999–2002, OTKA T30489) az eredményes iskolakezdés kritikus készségeinek fejlesztésére vállalkozott 4–8 éves életkorban, mesékkel és játékokkal (az eredményekről lásd például: Fazekasné, 2000 és 2006; Józsa, 2000a, 2000b; Józsa és Zentai, 2007; Miskolcziné, 2005; Nagy, 2000; Nagy, Józsa, Vidákovich és Fazekasné, 2004a, 2004b; Zsolnai, 2006; Zsolnai és Józsa, 2002). A második kísérlet (Nagy, 2002–2005, OTKA T043480) az 5–6. évfolyamon folyt az alapkészségek, az elemi alapképességek kritériumorientált fejlesztésére vállalkozva, öt tárgy tartalmaival (az eredményeket lásd például: Józsa, 2005; Nagy, 2003, 2004a és 2004b; Pap-Szigeti, 2007; Pap-Szigeti, Zentai és Józsa, 2006; Zentai, 2005).

Az eredmények összefoglalóan azzal jellemezhetők, hogy egy-egy tanévnyi folyamatos kritériumorientált fejlesztéssel a spontán fejlődés kétszeresét-háromszorosát lehetett elérni. Mivel a folyamatos kritériumorientált fejlesztés stratégiája azt írja elő, hogy a fejlesztést mindaddig folytatni kell, amíg a meghatározott bonyolultsági és absztrakciós szintű alapképesség, alapkészség optimális használhatóságúvá nem válik, adódott a kérdés, milyen eredmények lennének elérhetőek egy longitudinális kísérlettel az óvoda középső csoportjától a 6. évfolyam végéig. Ezt a célt szolgálja a harmadik OTKA pályázat (Józsa, azonosító: 68798). Kiderült azonban, hogy a 3–4. évfolyamos tanulókra nem alkalmazhatók sem a 4–8 évesek, sem az 5–6. évfolyamosok esetében működő módszerek. Ezért a 3–4. évfolyamosok számára újabb OTKA pályázatot készítünk elő.

Az eddigi eredmények azt mutatják, hogy a mesékkel, játékokkal, majd a tantárgyak tartalmaival végzett folyamatos kritériumorientált fejlesztés stratégiájával a túlnyomó többség esetében megoldható az alapmotívumok, az alapképességek, alapkészségek, alapismeretek optimális elsajátítása, amennyiben a fentiekben ismertetett kutatásokat, kí-

sérleteket elvégezzük, kidolgozzuk az értékelő eszközöket, a módszertani segédanyagokat és a sajátos tanulói fejlesztő eszközöket. Feltételezhető, hogy a fejlődési fáziskésést mutató és a fogyatékos gyermekek számára is eredményesebbé válhat a fejlesztés a folyamatos kritériumorientált stratégiával és eszközrendszerével.

Irodalom

- FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2000): *A beszédhanghallás kritériumorientált fejlesztése*. Új Pedagógiai Szemle, 7–8. 279–285.
- FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2006): *A beszédhanghallás fejlesztése 4–8 éves életkorban*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- JÓZSA K. (2000a): *A számlálási készség kritériumorientált fejlesztése*. Új Pedagógiai Szemle, 7–8. 270–278.
- JÓZSA K. (2000b): *Az elsajátítási motiváció szerepe a kritériumorientált pedagógiában*. Új Pedagógiai Szemle, 10. 78–82.
- JÓZSA K. (2005): *Szövegfeldolgozó képességfejlesztés*. V. Országos Neveléstudományi Konferencia, Tartalmi Összefoglalók, 296–301.
- JÓZSA K. (2006–2009): *Kritériumorientált képességfejlesztés*. OTKA kutatási pályázat, azonosító: 68798.
- JÓZSA K. ÉS ZENTAI G. (2007): *Hátrányos helyzetű óvodások játékos fejlesztése a DIFER Programcsomag alapján*. Új Pedagógiai Szemle, 5. sz. 3–17.
- MISKOLCZINÉ RADICS K. (2005): *Az írásmozgás-koordináció fejlesztése 4–8 éves korban*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- NAGY J. (1999–2002): *Kritikus kognitív készségek fejlesztése egyéni fejlődési mutatók alapján*. OTKA T043480.
- NAGY J. (2000): *A kritikus kognitív készségek és képességek kritériumorientált fejlesztése*. Új Pedagógiai Szemle, 7–8. 255–269.
- NAGY J. (2001): *A személyiség alaprendszere*. Iskolakultúra, 9. 22–38.
- NAGY J. (2002–2005): *A tudásszerző képesség kritériumorientált fejlesztése tantárgyi tartalmakkal az 5–6. évfolyamon*. OTKA T043480.
- NAGY J. (2003): *A rendszerező képesség fejlődésének kritériumorientált feltárása*. Magyar Pedagógia, 3. 261–314.
- NAGY J. (2004a): *A szóolvasó készség fejlődésének kritériumorientált diagnosztikus feltérképezése*. Magyar Pedagógia, 2. 123–142.
- NAGY J. (2004b): *Az elemi kombinatív képesség kialakulásának kritériumorientált diagnosztikus feltárása*. Iskolakultúra, 8. 4–20.
- NAGY J. (2006): *A korrekt értékelés alapjai*. Iskolakultúra, 12. 83–97.
- NAGY J. (2007, szerk.): *Kompetencia alapú kritériumorientált pedagógia*. Mozaik Kiadó, Szeged.

- NAGY J. (2007–2009): *Alapkészségek folyamatos kritériumorientált fejlesztése tantárgyi tartalmakkal a 3–4. évfolyamon*. Készülő OTKA pályázat.
- NAGY J., JÓZSA K., VIDÁKOVICH T., ÉS FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2004a): *DIFER: Diagnosztikus fejlődésvizsgáló és kritériumorientált fejlesztő rendszer 4–8 évesek számára*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- NAGY J., JÓZSA K., VIDÁKOVICH T., ÉS FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2004b): *Az elemi alapkészségek fejlődése 4–8 éves életkorban*. Mozaik Kiadó, Szeged.
- PAP-SZIGETI R. (2007): *Kritériumorientált fejlesztés SZÖVEGFER programcsomaggal: eredmények*. In NAGY J. (szerk.): *Kompetencia alapú kritériumorientált pedagógia*. Mozaik Kiadó, Szeged. 334–346.
- PAP-SZIGETI R., ZENTAI G. ÉS JÓZSA K. (2006): *A szövegfeldolgozó képességfejlesztés módszerei*. In JÓZSA K. (szerk.): *Az olvasási képesség fejlődése és fejlesztése*. Dinasztia Tankönyvkiadó, Budapest.
- ZENTAI G. (2005): *A rendszerezési képesség kritériumorientált fejlesztése*. V. Országos Neveléstudományi Konferencia, Tartalmi Összefoglalók, 303.
- ZSOLNAI A. ÉS JÓZSA K. (2002): *A szociális készségek kritériumorientált fejlesztésének lehetőségei*. *Iskolakultúra*, 4. sz. 12–20.
- ZSOLNAI A. (2006): *A szocialitás fejlesztése 4–8 éves életkorban*. Mozaik Kiadó, Szeged.

Nagy József professzor emeritus
Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet
6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 30–34.

FRANZ B. WEMBER

VERGLEICHENDE HEILPÄDAGOGIK – FENSTER ZUR FÖRDERUNG VON FERTIGKEITEN UND FÄHIGKEITEN

ABSTRACT

Zentrale Methode der vergleichenden Heilpädagogik ist der interkulturelle Vergleich mit dem Ziel empirischen Analysierens und einführenden Verstehens. Wenn dieses gelingt, kann das eigene Denken und Tun sensibilisiert, vielleicht sogar problematisiert werden; denn Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in anderen Ländern und Kulturen verfolgen manchmal ähnliche, aber manchmal auch unterschiedliche Ziele, erkennen andere Probleme oder sehen bekannte Probleme anders, prägen eigene Begriffe und Theorien zur Beschreibung und Erklärung von Problemen, erfinden neue oder modifizierte Methoden der Problemlösung, entwickeln eigene Institutionen und Traditionen. Als zentrale Aufgaben schulischer und außerschulischer Heilpädagogik stellen sich im internationalen Vergleich die soziale Integration und die individuelle Qualifikation von benachteiligten und behinderten Menschen. Die im Titel angesprochene Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten steht im Zentrum der Qualifikationsfunktion: An Beispielen aus den Bereichen Schriftspracherwerb und Mathematiklernen wird gezeigt, dass diese Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten diagnostisch fundiert, planvoll, spezifisch und individualisiert erfolgen sollte. Beim Lesen lernen kann man Lesefluss und Lesegenauigkeit differenziert messen, gezielt fördern und prüfen, ob die Förderung erfolgreich war. Beim Rechnen lernen kann man individuelle Fehlerstrategien des oder der Lernenden erkennen und als Heilpädagoge einfühlsam und ermutigend helfen, korrekte Lösungsstrategien zu entwickeln und in geeigneten Situationen anzuwenden.

ÖSSZEHASONLÍTÓ GYÓGYPEDAGÓGIA – ABLAK A KÉSZSÉGEK ÉS KÉPESSÉGEK FEJLESZTÉSÉHEZ

*„Wenn jemand eine Reise tut,
So kann er was erzählen;
Drum nahm ich meinen Stock und Hut,
Und tät das Reisen wählen.”¹²*

Matthias Claudius (1740–1815) „Urian utazása a világ körül” című verse első strófájának tanácsát gyógypedagógusok figyelmébe is ajánlhatjuk. Mivel a megállapítás egybevág a saját tapasztalatommal is, írásomban olyan, a tudomány és a kutatás területéről származó gondolatokat szeretnék ismertetni, amelyeket példákkal és egy-egy asszociációval kommentálok. A témát három lépcsőben elemzem:

– *Az összehasonlító gyógypedagógia metodikája és célkitűzése.*

Az első részben azt próbálom bemutatni, hogy a nemzetközi gyógypedagógia legfőbb módszere az interkulturális összehasonlítás, fő célja pedig az, hogy a megfigyelésen, a kikérdezésen és az empirikus analízisen keresztül eljussunk a beleérző megértés más, olykor ismeretlen elméletéhez és gyakorlatához.

– *Integráció és képességfejlesztés mint a gyógypedagógia fő feladatai.*

A második részben kifejtem, hogy a gyógypedagógia a nemzetközi összehasonlításban két fő területtel foglalkozik: a hátrányos helyzetű és az akadályozott emberek szociális integrációjával és individuális képességeik fejlesztésével. Argumentálok, hogy mindkét cél fontos, és hogy az individuális képességfejlesztést soha nem szabad elhanyagolnunk, ez az eszközünk az első céldimenzió megvalósításához.

– *Példák a hatékony gyógypedagógiai fejlesztéshez.*

A harmadik részben ismertetem, hogy a címben említett készség- és képességfejlesztésnek diagnosztikusan megalapozottnak, tervszerűnek, specifikusnak, individualizáltnak és kritikusnak kell lennie. Indoklásomat két diplomamunkából származó példával fogom alátámasztani, amelyek az olvasástanulással és a matematikatanítással foglalkoznak.

¹² Matthias Claudius tanácsa arra vonatkozik, hogy csak az utazásra vállalkozónak lehetnek élményei.

Az összehasonlító gyógypedagógia metodikája és célkitűzése

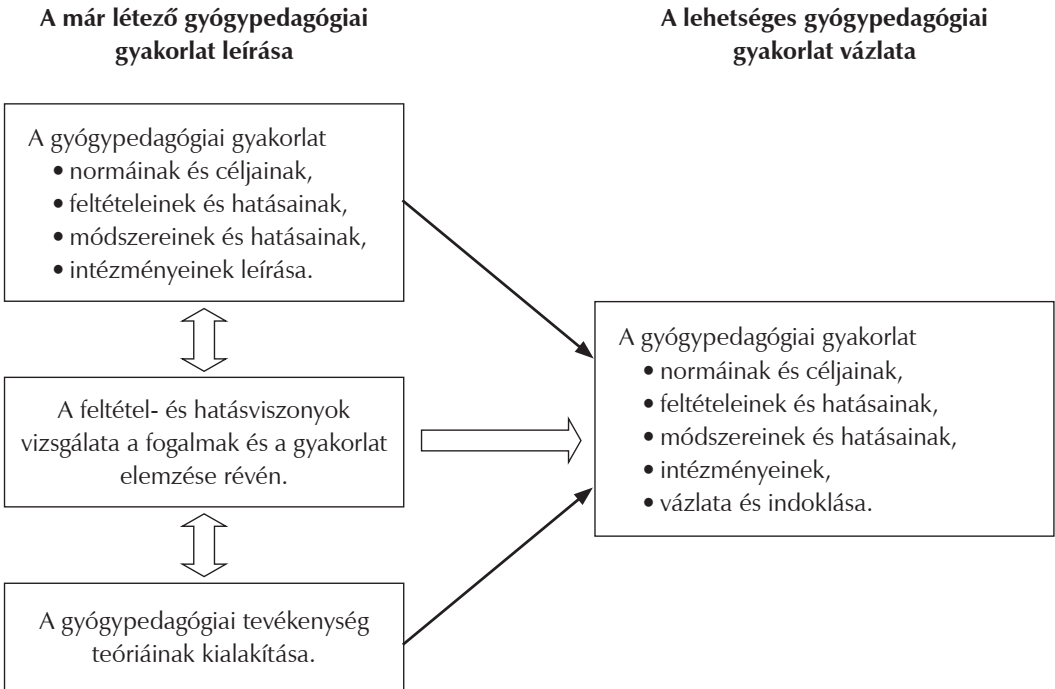
Mi is tulajdonképpen az összehasonlító gyógypedagógia? Engedjék meg, hogy idő hiányában a gyógypedagógiának azt a rövid és tömör definícióját megadjam, amelyet mássutt már részletesen bemutatam és megvitattam (Wember, 1987, 1995, 2003): eszerint a gyógypedagógia egy alkalmazott tudomány. Elméletben és gyakorlatban foglalkozik a nehezített körülmények között folyó oktatással és neveléssel, pontosabban a sérült emberek nevelésével és oktatásával, vagyis azon személyekkel, akiket akadályozottság fenyeget, illetve már akadályozottak vagy funkciókieséssel küzdenek.

A gyógypedagógiának mint alkalmazott tudománynak három fő feladata van:

- *Gyakorlati kutatás és dokumentáció:* A gyógypedagógus bemutatja a gyógypedagógiai fejlesztés valós gyakorlatát a társadalomban és kultúrában. Alkalmazza a szisztematikus megfigyelés és kikérdezés módszerét, a kvalitatív és kvantitatív eljárásokat, lehetőség szerint objektíven, teljes körűen és megbízhatóan dokumentálja megfigyeléseit.
- *Gyakorlati kutatás és hipotézisvizsgálat:* A gyógypedagógus megpróbálja elmagyarázni gyakorlati megfigyeléseit és szakvéleményét, tekintetbe véve a lehetséges körülményeket és hatásokat. Hipotetikus beszámolóját további megfigyelések során vizsgálja felül, betartja a megcélzott határidőket, a körülményeket a kísérlet szempontjaihoz igazítja, és összefoglalja azokat a hipotéziseket, amelyek szigorú felülvizsgálat után is helytállóan bizonyultak.
- *Reflexió a gyakorlatra és cselekvési terv:* A gyógypedagógus reflektál a gyakorlati pedagógiai munka normatív és etikai alapjaira, megalapozott cselekvési célokat tűz ki, és saját kutatására alapozva beavatkozásokat javasol.

Talán észrevették, hogy e mögött a rövid magyarázat mögött az a felfogás húzódik meg, hogy a gyógypedagógiának mint tudományos diszciplínának empirikusan megalapozottnak kell lennie. Vagyis gyógypedagógusként nem elégedhetem meg azzal, hogy a szobámban ülve különböző megsegítési módszereket találok ki, hanem a gyakorlatban kell felülvizsgálnom, hogy a beavatkozásaim valóban segítségnek bizonyulnak-e (Kanter, 1985; Wember, 2006). Bizonyára az is feltűnt, hogy a gyógypedagógia az én megközelítségemben nem értékmentes. Ahogy Haebler is hangsúlyozza, a gyógypedagógia szükségképpen normákkal és értékekkel foglalkozik, illetve – és itt most Klauer analízisét követem – cselekvési javaslatokat tesz. Ebben az összefüggésben is fontos az empirikus munka: a normákat, a célokat és a cselekvési preferenciákat nemcsak teoretikus, hanem valóságos alapokra helyezve kell meghatározni. Tanulmányozni kell a valós hatásokat és a lehetséges mellékhatásokat, mert csak az elmélet és gyakorlat összefüggéseit figyelembe véve sikerülhet a hibákat felfedezni, és a már meglévő problémamegoldási stratégiákon lassanként javítani (Wember, 2003, 2006). Tehát valószínűleg a gyógypedagógiában sem megy ez másként, mint egyéb tudományos diszciplínákban.

1. ábra. A gyógypedagógiai kutatás tudományos és normatív-utópisztikus feladatai



Az 1. ábra sematikusan összefoglalja az egyszerre empirikus és kritikus gyógypedagógia feladatait. Bal oldalt olvashatják a gyógypedagógiai elméletképzés valós alapját, amelyben megjelenik az, *ami van, ami meglévő*: a gyakorlat és az azzal összeillesztett ok-okozati-elméleti összefüggések és vizsgálatuk tanulmányozása. A gyakorlatleírás és az elméletfejlesztés szorosan egymásra utaltak, mert az elmélet biztosítja a fogalmakat a gyakorlat leírásához. A visszacsatolás a valósághoz gondoskodik a realitáskontrollról, amely egy alkalmazott tudomány esetében elengedhetetlenül fontos.

Jobb oldalt láthatják a gyógypedagógiai kutatás normatív-utópisztikus célkomplexumát, amelynek fejlesztése és megalapozása az, *ami lehetne*. A gyakorlat leírása, magyarázata és az elméletfejlesztés mindig új normák, célok, módszerek kifejlesztésével és megalapozásával foglalkozik, mert a gyógypedagógia mint alkalmazott tudomány az emberek szolgálatában áll: végső soron abból a hatásból meríti létjogosultságát, amellyel az emberek életkilátásainak jobbításához és életkörülményeik javításához járul hozzá (Wember, 1997).

Minden ilyen feladat során hasznos „átpillantani a kerítés fölött és körülnézni”: „Mit csinál a szomszédom?” Ugyanis minden iskolai és iskolán kívüli fejlesztés szoros összefüggésben áll azzal a társadalmi rendszerrel, amelyből származik és amelyet szolgál. Az oktatás és nevelés – formalizáltan – felállított szabályainak kell kiegészítenie és folytatnia

a családi nevelést; és segítenie kell továbbadni a felnövekvő generációknak egy társadalom kulturális és politikai tradícióit. Következésképpen az óvodában és iskolában folyó munka a kultúra része, és ugyanakkor a kulturális fennmaradás ágense. A pedagógia része a szellemi és művészeti teljesítmények összességének, és ezeket kell közvetítenie. A pedagógia összeköttetésben áll a társadalom etikai-morális zsinórmértékével, és ezt kell szolgálnia. A pedagógia bevezet a gondolkodás és cselekvés eszközeinek alkalmazásába, és segítenie kell ezeket továbbfejleszteni. Ez összhangban áll azzal a gondolattal, amely szerint minden társadalom újra felfedezi magának és jelenének az iskolát. Ahogy változnak az emberek és a körülmények, amelyek között élnek, az iskolának is folyamatosan változnia és alkalmazkodnia kell – a kelet-európaiak mesélhetnének egy bizonyos gyorsan lezajló változási folyamatról...

A társadalommal és a kultúrával való szoros összefüggés a gyógypedagógiára is érvényes: mindig az oktatási és nevelési rendszer részterületeként jelenik meg. A gyógypedagógiai részterület nagymértékben függ a kulturális értékektől: a civil társadalom lényeges ismertetőjele, hogy minden tagját egyformán fontosnak tartja, és azoknak, akik betegek, hátrányos helyzetűek vagy akadályozottak, biztosítja a hozzájutást a speciális segítséghez – ahogyan Urs Haeblerin korábban nyomatékosan utalt erre az összefüggésre (*Haeblerin, 1996*).

A (gyógy)pedagógia és a kultúra szoros kapcsolatának van azonban egy nem kívánatos mellékhatása is: vakfoltokat eredményez. Mi, emberek ugyanis hajlamosak vagyunk arra, hogy a kulturális konstrukciókat természetes adottságként értékeljük. Például, azt gondoljuk, hogy a városi parkban a fák maguktól nőttek. Nem gondolunk arra, hogy ezeket a fákat év elején, külön erre a célra képzett kertészek trágyázzák, nyáron locsolják, ősszel metszik – e nélkül az ápolás nélkül a fák a parkban egészen másként néznének ki, néhány már valószínűleg ott sem lenne. Azt gondoljuk, hogy a tanulási zavarral küzdő vagy akár az értelmileg akadályozott gyermekek egy speciális iskolához tartoznak, hiszen ott célzottan fejleszthetők, nem kell őket mindig más gyerekekkel összemérni, akik őket majdnem minden szempontból túlszárnyalják. Nem gondolunk arra, hogy a speciális iskolák intézményesülése nem természetes reakció a gyermekek különbözőségeire, hanem több európai országban egy konkrét történelmi helyzetben – az iparosítás térhódítása és a fiatalokra nehezedő képesítési kényszer kapcsán – valósult meg. 1860-ban a „kiséítő iskolák” megalakulása egyrésztől egy fontos kulturális vívmány volt, mert innentől kezdve nem tolhatták félre, hanem komolyan vették azoknak a gyermekeknek és fiataloknak a problémáit, akikről a népiskolákban már lemondtak, és ettől kezdve próbálták meg speciális megsegítést biztosítani számukra. Megoldhatták volna azonban ezeknek a diákoknak a problémáit másképpen is, például speciális osztályok népiskolán belüli létrehozásával vagy népiskolai osztályokba integráltan plusz segítségnyújtással. Javaslatok éppenséggel voltak, még ha nem is tudták megvalósítani őket (*Möckel, 2001*).

A természet és a kultúra kapcsolódásából eredő vakfoltok elérik a fogalmaktól, normáktól kezdve az elméleteken és módszereken keresztül a gyógypedagógiai munka intézményeit. Itt következzen néhány epizód a saját életemből!

Fogalmak: 1977–78-ban lehetőségem volt az Amerikai Egyesült Államokban speciális pedagógiát tanulni. Németországban a szakom a tanulásban akadályozottak pedagógiája volt, Amerikában pedig a tanulásban akadályozottak oktatása. Először azt gondoltam, hogy ez a kettő nagyjából ugyanaz, észre sem vettem, hogy a „tanulásban akadályozott” diagnózisú gyermekek közül egyik sem szociálisan hátrányos vagy peremhelyzetű családból származik. Az amerikai felfogás szerint ezek a gyermekek nem gyógypedagógiai segítséget kapnak, hanem a hátrányos helyzetűek fejlesztésének jóval kevésbé intenzív programjaiban vesznek részt (Wember, 2000). Nehezemre esett azon gyermekek többségének kizárását elképzelni, akik az én hazámban tanulásban akadályozottnak számítottak; és az volt a benyomásom, hogy ennek a határvonalnak a meghúzása csak az oktatás szempontjából gazdaságos és túlságosan önkényes volt. Amerikai csoportársaim ellenben nem értették, hogy a „jó öreg” Németországban miért tágítják ki ilyen túlzó módon a tanulásban akadályozottak csoportját. Beszélgetésünk az egyszerűnek és alapvetőnek vélt fogalmakról és azok valóságos pedagógiai hatásairól megmutatták nekünk, mennyire relatívak, nem értékmentesek, messze hatóak és önkényesek a szak kifejezések.

Normák: Tavaly előadásorozatot tartottam a fejlődési diagnosztikáról Dél-Tirolban, Olaszországban. A példák egyike egy olvasási és helyesírási problémákkal küzdő gyermekről szólt. Javasoltam ezen a területen az individuális tanulási feltételek analízisét és felülvizsgálatát annak kiderítésére, hogy a gyermek tudna-e még egyáltalán valamit profitálni a tanórából. Két hallgató szólalt fel lelkesen és vehemensen: egy gyermek tanulási képességeinek individuális felmérése már eleve a szegregáló gondolkodás kezdetét jelenti. A gyermek integrációjának mindig elsődlegesnek kell lennie, semmi kétség nem fér hozzá, hogy a fejlesztést igénylő kislánynak saját évfolyamában kell maradnia. Az intenzív vita során megtapasztalhattam, hogy milyen érzékenyek voltak ezek a hallgatók a rejtett normákra; egyben lehetőséget kaptunk arra, hogy elgondoljunk a diagnózisokról, a diagnosztikus eljárásokról és ezek gyógypedagógiai alkalmazásáról.

Elméletek és módszerek: A behaviorizmus mint viselkedésemélet és mint viselkedésmódifikáció elfogadhatatlan volt számomra német gyógypedagógus hallgatóként, „romboló technológia” volt, amelynek a gyógypedagógiában semmi keresnivalója nincs. Aki azonban az Amerikai Egyesült Államokban gyógypedagógiát tanul, az ilyen fenntartásokkal nem sokra megy. Csodálkozva állapítottam meg, hogy a „rombolónak vélt technokraták” a valóságban lelkes és megértő kollégák és kolleginák voltak; a viselkedésmódifikáció semmi esetre sem hidegen és technokrata módon zajlott, hanem barátságosan, a mindennapokba integráltnak. A gyermekek sokat tanultak, és nem keltettek boldogtalan benyomást. Az tette különlegessé ezt a „speciális oktatást”, hogy mindig

az adott gyermek viselkedéséhez igazodott, ötletgazdag, célzott és kritikusan értékelt volt (Wember, 1987).

Célok: Amikor néhány évvel ezelőtt dortmundi hallgatók egy csoportjával vendégségben voltunk Budapesten, óvodákat és iskolákat látogattunk meg. Feltűnt nekünk, hogy a tiszteletünkre majdnem minden osztályban egy német dalt énekeltek, egy-egy táncot, vagy körjátékot is bemutattak. Egy ilyen hatásos bemutató után egy dortmundi hallgató megkérdezett egy budapesti tanárnőt, hogy nem veszítenek-e így túl sokat a szisztematikus fejlesztésre szánt időből. A tanárnő válasza nemcsak rám, hanem a hallgatókra is mély benyomást tett: „A magyarok – mondta emlékezetem szerint – egy életvidám nép. Az éneklés és a tánc egy fontos emberi és mindenekelőtt gyermeki kifejezésforma, és mint ilyen, hangsúlyos eleme a gyógypedagógiai fejlesztésnek. Nézzétek csak, milyen lelkesek a gyerekek! Milyen embereket nevelnénk, ha nem engednénk őket kedvükre énekelni és táncolni?”

Ezek a példák, amelyek saját tapasztalataimból erednek, azt hivatottak alátámasztani, hogy a nemzetközi összehasonlítás, amely minden összehasonlító gyógypedagógia magját képezi, tanulságos lehet, ha nyitottak vagyunk az új ötletekre és javaslatokra. Elkezdünk töprengeni eddig magától értetődően használt fogalmakon, gondolkodni kezdünk az etikai alapokról és normákról, megvizsgáljuk a már megkedvelt módszereket és intézményeket, megvitatjuk a célkitűzéseket. A nemzetközi összehasonlítás eszköze a logikus analízis és a szövegek hermeneutikus magyarázata, ahogy ide tartozik a gyakorlatok megfigyelése és empirikus tanulmányozása, illetve a gyógypedagógiai tevékenység vizsgálata is. A nemzetközi összehasonlítás céljának a beleérző megértésnek kell lennie. Ha a gyógypedagógiai fejlesztést egy adott országban, egy adott időben akarom megragadni, igyekeznem kell egy kulturális körképet készíteni, fel kell derítenem, hogy milyen problémák léteznek a számomra ismeretlen társadalomban, és ezek hogyan érthetők meg. Az elméleteket és gyakorlatokat mint ezekre a problémákra adható lehetséges válaszokat kell értékelnem (Wember, 1991).

A kutatást kritikus alapokra kell helyezni, mert a tudománynak az emberek informálásához kell hozzájárulnia. Ezért a nemzetközi összehasonlítás esetében mindent megvizsgállok, semmit sem fogadok el fenntartás nélkül, azonban késznek kell lennem arra, hogy a dolgok számomra idegen nézőpontját is közel engedjem magamhoz, és az új gyakorlatokat alapvetően értelmes problémamegoldási kísérletként értelmezzem. Hiszen a fölérendelt összefüggések ismeretéből majdnem mindig kiderül a részletek jelentősége. (Példaértékű Olaszországból: *Brugger-Paggi*, 2000, európai tekintetben: *Hausotter*, 2000.) A nemzetközi összehasonlítás következképpen nehéz és összetett feladat, nem ígér gyors és olcsó megoldásokat. Egyrészt „egy új koncepció nem lehet csak azért jó, mert egy másik országban találták és dolgozták ki”, írja Sander a „Végkövetkeztetések a tanulás hatáiról” című könyvében, másrészt pedig tulajdonképpen nem is tudunk másoktól, csak saját magunktól, önállóan tanulni. Javaslatokat éppenség-

gel kaphatunk, de az egyszerű transzfer nem lehetséges, „ahhoz már önmagukban a rendszerkülönbségek túl nagyok” (Sander, 2000, 23.).

Integráció és képességfejlesztés mint a gyógypedagógia fő feladatai

Ha az összehasonlító gyógypedagógia irodalmát tanulmányozzuk, esetleg *Bürli* (1997, 2003) és *Hausotter* (2000) összehasonlító szempontjait, vagy a nemzeti ábrázolást *Klauer-Mittel* (1987), *Artiles-Larsen* (1998), *Hallahan-Keogh* (2001) műveiben vagy *Meijer-nél* (2001), szembetűnő a fogalmak, elméletek, problémák és problémamegoldások sokszínűsége. A gyógypedagógiai gondolkodás és cselekvés ezen európai és először igazán globális sokszínűsége nem vezethet néhány frappáns szabályhoz. Ha mégis megpróbálom felfedezni a vezető kérdésselvetést e mögött a sokszínűség mögött, akkor két, évtizedek óta a szakmai eszmecserét uraló, még mindig a viták kereszttüzeiben álló vezérmotívumot találok: az integráció és a képességfejlesztés kérdéseit.

Az integráció az első vezérmotívum, amellyel egyszerűen és határozottan azt mondjuk ki, hogy egy társadalomban minden ember együtt él, senki számára nincs kijelölve egy bizonyos tartózkodási terület, hacsak nem önszántából választja azt vagy bizonyos kényszerhelyzetekben ez a választás nem kerülhető el. Egy integratív társadalomban az akadályozott emberek köztünk élnek. Mindenhol ott vannak. Találkozunk velük az utcán, a moziban, a munkahelyen. Gyermekként nem kell speciális óvodába vagy iskolába járniuk, fiatal felnőttként nem mennek speciális szakképzési helyre, felnőttként nem élnek speciális otthonokban és lakóközösségekben. A gyógypedagógia számára ebből az következik, hogy lehetőség szerint minden hátrányos helyzetű és akadályozott gyermeket integráltan kell beiskoláztatni, azért, hogy ne rekesztődjenek ki, és hogy a gyermekek közös megélésével a felnőttkori integrációt előkészítsük.

A második vezérmotívum az individuális képességfejlesztés. Ez alatt azt értjük, hogy a gyógypedagógia elsődleges feladata abban áll, hogy a hátrányos helyzetű és akadályozott embereket pedagógiai eszközökkel segítse, fejlessze. A gyógypedagógiának a nevelést és oktatást nehezített feltételek mellett kell megvalósítania, és hozzá kell járulnia a rá bízott gyermekek és fiatalok kognitív, emocionális és szociális erőinek teljes körű kibontakoztatásához. A képességfejlesztési funkció eszközszinten biztosítja az integráció megvalósítását. A munkahelyi integráció lehetőségei például sok, nem individuális feltételen kívül az adott személy tudásától és képességeitől is függ. Ha egy integrációra alkalmas osztály kész mindenkit befogadni, a közös élet és tanulás többé-kevésbé könnyen kialakul. Az eredmény azonban a hátrányos helyzetű és akadályozott diákok tanulási és fejlődési folyamatától is függ. Tömören: a gyógypedagógiai fejlesztés mint individuális segítségnyújtás alapvető feladat. Erre a feladatra az előadásom harmadik részében szeretnék összpontosítani, ahogy azt a megadott témafelvetésem megkívánja.

A készségek és képességek hatékony fejlesztése

A gyógypedagógiai módszerekre is érvényes az a megállapításunk, amit a gyógypedagógiai fogalmakról és elméletekről megfogalmaztunk: nem ültethetőek át az egyik országból a másikba minden további nélkül. Aki a nemzetközi tapasztalatokból tanulni szeretne, annak meg kell próbálnia azonosítani és felülvizsgálni a gyógypedagógiai fejlesztés azon ismertetőjeleit és alapjait, amelyek egy másik kultúrkörben különösen hatékonyak bizonyultak: vajon a helyi viszonyokra átültethetőek-e. Ennek érdekében a nemzetközi irodalom alapján két példán keresztül mutatom be azokat az ismerveket, amelyeket különösen hatékonyak találtam, és amelyeket a gyógypedagógiai fejlesztés zsinórmértékeként vehetünk figyelembe.

Azok a körülmények, amelyek között manapság a gyermekek felnőnek, minden ipari államban más-más iskolát és más oktatást tesznek szükségessé. Azok a követelmények, amelyek a mai kor gyermekeire nehezednek, önállóbb és felelősségteljesebb iskolai munkát követelnek meg az akadályozott és nem akadályozott gyermekekre vonatkozóan egyaránt. Ezekkel a szükségletekkel magyarázható, hogy a nyílt tanulási/tanítási formák bevonulnak az általános iskolákba, még fokozottabban a speciális iskolákba, és ez érvényes Európa országaira, Észak-Amerikára, Ausztráliára és Új-Zélandra egyaránt. Manapság szerte a világon hangsúlyozzák, sokkal jobban, mint 20-30 évvel ezelőtt, a szabad tanulás jelentőségét, vagyis a heti terv szerinti önálló tanulást és a közös produktív projekteken belüli tevékenykedést. A nyílt iskolai tanulási környezet, amelyben a tanulók részt vesznek a tananyag és a módszerek kiválasztásában, a hátrányos helyzetű és akadályozott gyermekek számára is motiváló, de a hatékony gyógypedagógiai fejlesztésnek többet kell nyújtania az aspecifikus ösztönzésnél. Ezek a gyermekek kevesebbet, lassabban tanulnak, és hajlamosabbak hibák elkövetésére, az ösztönzést spontánul, segítség nélkül kevésbé hatékonyan tudják hasznosítani, gyakrabban van szükségük explicit irányításra, közvetlen oktatásra, szisztematikus gyakorlásra. A készségek és képességek hatékony gyógypedagógiai fejlesztésének tervezettnek, diagnosztikusan megalapozottnak, specifikusnak és individualizáltnak kell lennie.

- *Tervezettnek* nevezünk egy fejlesztést, ha annak lehetséges céljait a gyermekkel és a szülőkkel egyeztettük, és egy közösen elfogadott rangsorban megállapodtunk. Köztes célokban és időhatároknak is meg kell egyeznünk.
- *Diagnosztikusan megalapozott* egy fejlesztés, ha a gyermek tanulási képességeinek alapos vizsgálatával kezdődik annak érdekében, hogy a gyógypedagógus előremozdítsa a fejlődését. Diagnosztikusan megalapozott a fejlesztés továbbá, ha a gyakorlat folyamatában felülvizsgáljuk, mert csak ez esetben tudjuk megállapítani, vajon a fejlesztési program elérte-e a remélt hatást, kell-e változtatásokat bevezetni.
- *Specifikus* egy fejlesztési program, ha nem általános képességek fejlesztését írja elő, hanem specifikus készségekét. A specifikus fejlesztési program meghatározott, gyakorlati szempontból értékes képességfejlesztést biztosít.

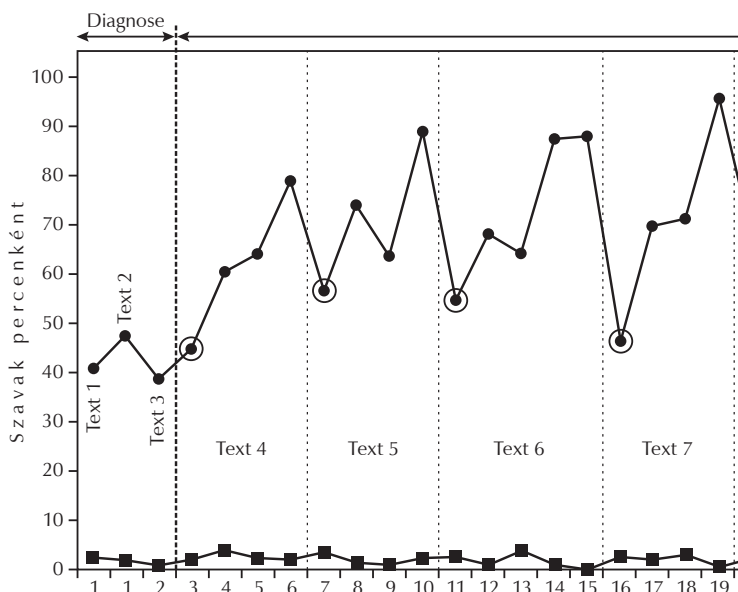
– *Individualizált* egy fejlesztés, ha nemcsak diagnosztikusan megalapozott, hanem az egyes gyermekre hangolt és a gyakorlat alapján értékelt. Újra és újra felül kell vizsgálni, hogy a gyermek sikeres-e tanulmányaiiban, a specifikus tanulási célokhoz közelebb jutott-e, mert csak a visszatérő, a tanulási folyamatot követő mérések révén kerülhetjük el a fenyegető hibákat, és csak így tudjuk a fejlesztési lépéseket újra szabályozni, a gyermekhez egyénileg hozzáigazítani.

Hogy hogyan is kell a fejlesztésnek kinéznie? Szóljon arról két példa, amelyek nem „nagy” kutatásból, hanem dortmundi diplomamunkákból származnak. Ezek a példák nem komplex beavatkozásokról szólnak, hanem olyanokról, amelyekhez nem szükséges körülményes eszköztár és sok szempontú adatelemzés. Az egyszerűség előnye: a fejlesztő programok könnyen használhatóak, motiváltsággal és hozzáértéssel a megszokott, mindennapi feltételek között is megvalósíthatók.

Szisztematikus olvasásfejlesztés

Az első példa az olvasással foglalkozik. A 2000-es és 2003-as PISA-vizsgálatból kiderül, hogy hazám azok közé az országok közé tartozik, amelyekben túl sok fiatal az iskola elhagyása után sem rendelkezik megfelelő olvasási kompetenciával. Akadozva, fáradtságosan, hibásan olvasnak, az iskolából kikerülve analfabétizmus fenyegeti őket. Ezért az olvasási nehézséggel küzdő gyermekeknek az első, olvasástanulással eltöltött év után is gyakorolniuk kell a betűk folyamatos és hibátlan dekódolását, jó esetben megfelelő szövegek ismételt olvasásával. Ezért szükséges, hogy ilyen feladatokat elég hosszú ideig végeztessünk, és a tanulás sikerességét rendszeresen felülvizsgáljuk. 1999-ben létrehoztam egy keretprogramot a célzott szövegválasztáshoz és a szisztematikus gyakorláshoz, amely diagnosztikus fázissal kezdődik: a tanuló próbaóra keretében többféle különböző olvasástechnikai nehézségi szintű szöveget olvas. A tanár ezt a szövegeket szisztematikusán választja ki, figyel az átlagos szó- és mondat hosszúságra, illetve a tartalmi redundanciára, majd analizálja az olvasási teljesítményt a szövegek nehézségi fokától függően. Két, három nap után általában sikerül megállapítani, milyen nehézségi szintű szövegek felelnek meg egyénileg, vagyis melyek azok, amelyek nem túl könnyűek, de nem is túl nehezek a tanuló számára. A beavatkozási szakaszban, amely néhány héttől hónapig is eltarthat, számos, egyénileg megfelelő szintű szöveget kínálunk fel. A szövegeket általában kettő-négy napig ismételve gyakoroljuk. Minden gyakorlóóra egy háromperces olvasási teszttel zárul, amelynek eredményét írásban rögzítjük és grafikusán ábrázoljuk. A tanuló napról napra feljegyezi, hogy percenként hány szót tudott helyesen és hányat hibásan elolvasni, esetleg feljegyezheti, hogy a szöveg tartalmi részére vonatkozó kérdésekből hányra tudott jó választ adni. Sikeresség esetén a tanuló az idő múlásával megállapítja, hogy a gyakorlatok során gyorsabb és biztosabb olvasási képességre tett szert, a pedagógus pedig gyakran egy idő után a szövegek nívósintjét is emelni tudja.

2. ábra. Egy 11 éves, olvasási nehézséggel küzdő gyermek olvasástanulási görbéje (Fejlesztőiskola tanulásfejlesztési súlyponttal, 5. évfolyam, Heinrich-Winkelgrund, 2006, 84.)



A 2. ábra grafikusán ábrázolja egy 11 éves, fejlesztő iskola 5. osztályába járó gyermek olvasástanulási görbéjét. Tanárnője szerint célzott olvasásfejlesztésre volt szüksége, mert akadozva, sok megszakítással, ismeretlen vagy nehezebb szavakat pedig suttogva olvasott. Jan Heinrich-Winkelgrund diplomamunkája keretében egy 46 napos egyéni fejlesztést ajánlott, a 2. ábra az első időszak eredményeit mutatja: a diagnosztikus szakaszban, amely 3 napig tartott, a gyermek három, olvasástechnikai szempontból eltérő nehézségű szöveget olvasott. Teljesítménye 40-48 jól olvasott szó volt, 2-3 hibával – a szöveg nehézségét a feladatnak megfelelően állították be. A gyakorlási fázis negyedik napjától a gyermek egy kivándorlókról és indiánokról szóló gyermekregényből olvasott 6, öt érdeklő olyan szöveget, amelyek olvasástechnikailag számára megfeleltek. Az adatok alakulása tipikus alakzatot mutatott: minden szövegnél sikerült a tanuló olvasási tempóját növelni és a hibák számát alacsonyan tartani, sőt csökkenteni. Amikor a teljesítményére vonatkozó adatokat önállóan megadta a számítógépnek, azonnal láthatott egy aktuális grafikát, amelyből közvetlenül megtudhatta, hogy teljesítménye a gyakorláson keresztül javult. Bár az értékek eleinte minden új szöveg esetében csökkentek, a tanuló minden váltásnál megtapasztalhatta, hogy teljesítményét saját erőfeszítése révén növelni tudja – a fejlesztési kísérletek tapasztalataiból pedig kiderült, hogy a gyermekek gyakran hétről hétre igényesebb szövegek olvasására képesek, az olvasási kompetencia lassan, de folyamatosan javul. A gyermekek számára különösen lelkesítő, hogy meg tudjuk nekik mutatni a teljesítményük folyamatos javulását, hiszen láthatják, ahogy az

olvasási görbe emelkedik. Azok a gyermekek és fiatalok, akik évekig lemondtak az olvasásról, most felbátorodnak. Belső tanulási motivációt képesek kifejleszteni, mert saját erőfeszítésüket közvetlenül össze tudják kapcsolni a javuló olvasási teljesítménnyel.

A számolás célzott fejlesztése

Sina Thünken diplomamunkájában egy fejlesztő iskola 5. és 6. osztályos tanulóit kérte meg arra, hogy írják fel a „hiba” fogalmával kapcsolatos asszociációikat. A 3. ábra egy tipikus reakciót mutat: a tanulók a „hibával” kizárólag olyan fogalmakat kötöttek össze, mint a „rosszul csinálom”, a szégyen és a düh. Ez nagy kár, hiszen a hibák hozzátartoznak a tanulási folyamathoz. A hibákból tanul az ember, ahogy egy régi német közmondásból tudhatjuk: csak akkor tanulom meg biztosan, hogyan kell jól csinálnom, ha a hibát felismerem és kijavítom. Ebből a szempontból a hibák fölöttébb fontos visszajelzések a tanulók, de a tanárok számára is. A matematikaóra során a tanár a gyermekek hibáiból megtudhatja, hogy ő maga eredményesen dolgozott-e, hogy a gyermekek valóban megértették-e, amit nekik elmagyarázott. Ezenkívül az individuális hibák pontos analízise arra enged következtetni, hogy a gyermek a tanulási folyamat nehézségeinek tekintetében pontosan hol tart. Ugyanis hibák nem csak a tanulási problémákkal küzdő gyermekeknél jelentkeznek, ahogy azt a matematikai-didaktikai kutatások is mutatják (Gester, 1982; Pradberg, 2005). A tanár egy írásbeli számolási eljárást mutat be, és elmagyarázza az algoritmust lépésről lépésre, azonban a gyermekek csak a kezdeti tanulási sikerek után, a következő hetekben kezdik el kialakítani saját gondolataikat, amelyek – a helyes megoldási út variációiként – minél individuálisabbak, annál eltérőbbek.

3. ábra. Egy fejlesztő iskola tanulójának spontán asszociációi a „hiba” fogalmáról



A Sina Thünken diplomamunkájában szereplő gyermekek már több mint fél éve tanulták az írásbeli kivonást, és a tanárnő véleménye szerint már képesek voltak 1000-es számkörben kivonni. Thünken ezeknek a gyermekeknek adott egy hibaérzékeny diagnosztikus tesztet, amelyet Gerster (1982, 51.) nyomán készített el. A 4. ábrán olvashatjuk a vizsgálat kimenetét.

4. ábra. Néhány hibaérzékeny kivonási feladat és ezek nehézségi mutatói

	Nincs nulla	Nulla a kivonandóban	Nulla a kisebbítendőben
Nincs maradék	1. 45 <u>-32</u>	2. 958 <u>-104</u>	3. 309 <u>-4</u>
Van maradék	4. 72 <u>-49</u>	5. 773 <u>-407</u>	6. 690 <u>-23</u>

Az első mező egy egyszerű alapfeladattal kezdődik. A feladatoknak ezen típusával megvizsgálhatjuk, hogy a gyermek tud-e egyáltalán írásban kivonni, vagy a számolási eljárást meg kell neki tanítani. A második mezőben egy nehezebb feladatot találunk: itt háromjegyű számokat kell kivonni, és a kivonandóban szerepel egy nulla. A nulla az írásbeli számolási eljárásokban gyakran vezet hibákhoz, és épp ezért a tanulási problémákkal küzdő gyermekek esetében különös figyelemmel kell rá lenni (Kornmann, Frank, Holland-Rummer & Wagner, 1999). A harmadik mezőben a kisebbítendőben szerepel egy nulla: a kutatások szerint érdemes ezt az esetet is hangsúlyosan kezelni. A feladatok szisztematikusan eltérnek egymástól. Ennek az az előnye, hogy a későbbiekben a válasz- és hibamintázatot rendezni és analizálni tudjuk aszerint, hogy az adott gyermek esetében a feladatnak melyik ismertetőjegye vezetett hibához, és a kivonás melyik aspektusát kezeli viszonylagos biztonsággal.

Az ötödik mezőben egy olyan feladatot találunk, amelyik csak egy jegyében tér el az első mezőben található feladattól. Az első részszámolás után maradék áll elő, amelyet a tanulóknak figyelembe kell venniük. Ez egy hibaforrás, amellyel sok gyermek küzd: a maradékot elfelejtik vagy rossz helyre viszik át. A hatodik és hetedik mezőben lévő feladatok hasonlóképp illeszkednek a felettük elhelyezkedő feladattípusokhoz, ezzel hozzájárulnak a differenciáldiagnosztikai értékeléshez: a gyerekek megoldásait nemcsak egy soron belül vizsgálhatjuk szisztematikusan, hanem a megoldásokat a sorok között a feladatok meghatározott ismertetőjegyeire vezethetjük vissza.

5. ábra. Niels négy hibás megoldása

1. feladat	4. feladat
72	994
-49	-198
37	184

6. feladat	14. feladat
958	1000
-104	-694
804	419

Az ötödik ábra Niels négy megoldását mutatja. Az első feladatnál nyilvánvaló probléma van a számolás irányával. Bár a helyi értékeknek megfelelően számol, és az egyesekkel kezdi, de a helyi értékeken belül mindig a nagyobból vonja ki a kisebbet, és nem figyel a kivonandóra, illetve a kisebbtendőre. A negyedik feladatnál feltűnik (az egyeseknél és onnan tovább), hogy Niels két azonos, a tízesek helyén álló számjegy esetében összead pótlás helyett, majd bár egy tízest helyesen átvisz a százások helyére, ismételt összead pótlás helyett. A hatodik feladatban probléma mutatkozik a tízesek helyén álló nullával, a nehéz tizennegyedik feladatban pedig már egy igencsak túlterhelt tanuló látható. Nielsnek nyilvánvalóan fejlesztésre van szüksége.

Sina Thünken (2006) Nielszel és más gyerekekkel 5 tanórán keresztül dolgozott. Az első órában a tanulókkal közösen megbeszélték a feladatmegoldásokat, és felhívta a figyelmüket a hibáikra. A második órán tachométer segítségével dolgozták fel a feladatot Nielszel, mert a tárgyi eszközök segítik a tanulót abban, hogy elkerülje az iránytévesztést számolás közben, vagyis azt a hibát, amit Niels majdnem minden feladatnál elkövetett. A harmadik órán eljátszott vásárlási szituációban számos feladatot oldottak meg, amelyek a pénzüsszegek átváltását és a maradék átvitelét teszik szükségessé. A negyedik és ötödik órában írásbeli számolási feladatokkal foglalkoztak: azoknak a részképességeknek a fejlesztését célozták meg, amelyek korábban problémát okoztak, például a maradékátvitel és a nullával való számolás esetében.

Vajon segített ez az öt fejlesztő óra Nielsnek? Az első teszt után két héttel a hibaanalitikus teszt egy változatát alkalmazták: Niels, aki az első alkalommal 18 hibát ejtett, a fejlesztés után csak hármat. Nem tévesztette el a számolás irányát, nem követett el hibát a nullával. A második tesztben szereplő három hiba mindegyike a maradékátvitellel volt kapcsolatos, de ott is csak nehezebb feladatok esetében, amelyekkel kapcsolatban azonban nem érezte túlterheltnek magát, mint az első teszt 14. feladatánál.

Összegzés

Előadásom címe: „Összehasonlító gyógypedagógia – ablak a készségek és képességek fejlesztéséhez”. – Amellett érveltem, hogy mindannyian tudunk egymástól tanulni. Az összehasonlító gyógypedagógia sok érdekességet ígér ugyan, de könnyű és gyors megoldásokat nem. A készségek és képességek fejlesztésének területén nem vehetünk át kész programokat. Ez ellen szólnak az országok és a nemzeti oktatási rendszerek közötti jelentős különbségek (Sander, 2000). Elemezhetjük azonban a sikeres ötleteket, és megpróbálhatjuk a sikerrel kecsegtető kezdeményezéseket saját berkeinken belül átdolgozni és alkalmazni (Hegarty, 1998). Az olvasásfejlesztésről és a matematikatanításról szóló két példával próbáltam megmutatni, hogyan működhetnek ezek a fejlesztő programok, ha figyelembe vesszük az általam előnyben részesített kritériumokat: diagnosztikával kezdnek, tervezetten haladnak, specifikusan irányítják a folyamatot, individuálisan fejlesztenek és a gyakorlat alapján értékelnek.

Gyógypedagógiai fejlesztés – teljesítménytréning? Biztos vagyok benne, hogy a gyógypedagógiai fejlesztés több, mint a tanulási teljesítmény fejlesztése: nem utolsósorban Magyarországon tanulhattam meg, hogy milyen fontos a tánc, az ének, a játék és a szórakozás. A zenés tevékenység minden öröme mellett szükséges azonban a hátrányos helyzetű és az akadályozott gyermekek oktatása, mindenekelőtt józan, szisztematikus, tartós hatást célzó munkával. Ahogy az Magyarországon is hosszú ideje ismert, 1916-ban Berlinben megjelent egy könyv, amely egyike az európai gyógypedagógiára nagy hatást gyakorló műveknek. Már a címe rávilágít a lényegre: „Az iskolás gyermekek olvasásgyengesége /legaszténia/ és számolásgyengesége /arithmaszténia/ a vizsgálatok fényében”. A szerző Ranschburg Pál volt, a magyar gyógypedagógia egyik „ősatya”. „A kutatás eszköze a lehető legegyszerűbb, de mégis kielégítően precíz formában végzett pszichológiai kísérlet. Az itt közölt próbálkozások meglehetősen szerények, mégis az a véleményem, hogy a mikropszichológiai példák sorozatát nyújtják, és ily módon az experimentális vizsgálattal egészen intim módon bepillantást nyerhetünk az olvasás és a számolás művelete során végbemenő szellemi történés finom struktúrájába. Jóllehet tudományosan értékes, azonban gyakorlatilag jelentéktelen kis munka ez, amelyhez az olvasó figyelmét és türelmét kérem. Az orvos és a pedagógus számára nemcsak a sajátos állapot pszichológiájának feltárása fontos, hanem hogy idejekorán meghatározható legyen az állapot súlyosságának mértéke, eldönthesse annak normális vagy patológikus természetét, megállapíthassa a prognózist, és megtervezhesse a gyógypedagógiai kezelési tervet.”¹³

¹³ Wember professzor idéz Ranschburg Pál 1916-ban német nyelven megjelent tanulmányából. A fordítás a Pákozdi Kenderessy Katalin által szerkesztett *Szemelvénygyűjtemény a gyógypedagógia történetéhez VII. (Logopédiatörténet)* című, 1987-ben megjelent szöveggyűjteményből származik. Ez a Ranschburg-tanulmány első magyar megjelenése, Feketéné Gacsó Mária fordításában.

Reméljük, hogy ma, 90 évvel később a különösen nehéz élethelyzetben lévő emberek gyógypedagógiai megsegítésének módszerein javítani tudunk; és emellett képesek vagyunk tanulni egymástól – jóból és rosszból egyaránt –, mert sajnos nem mindig érünk el sikereket, gyakran csak a hibák elemzéséből építkezhetünk. Egy *Ranschburg* (1916) felfogásában értelmezett empirikus gyógypedagógiában lassú és fáradságos, nem hibamentes, a jobbítás szándékával építkező folyamattal számolunk. Urian, az utazó is ezt állapította meg Matthias Claudius versének utolsó versszakában:

„Und fand es überall wie hier,
Fand überall 'n Sparren,
Die Menschen grade so wie wir,
Und eben solche Narren.”¹⁴

Fordította: Péntes Éva

Irodalom

- ARTILES, A. J. & LARSEN, L. A. (1998): *Learning from special education reform movements in four continents*. European Journal of Special Needs Education, 13 (1), 5–133. [Themenheft]
- BRUGGER-PAGGI, E. (2000): *Integration von Menschen mit Behinderung in Italien*. In HANS, M. & GINNOLD, A. (Hrsg.): *Integration von Menschen mit Behinderung – Entwicklungen in Europa* (S. 146–171). Berlin, Luchterhand.
- BÜRLLI, A. (1997): *Sonderpädagogik international. Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven*. Luzern, Edition der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik.
- BÜRLLI, A. (2003): *Normalisierung und Integration aus internationaler Sicht*. In A. LEONHARDT. & F. B. WEMBER (Hrsg.): *Grundfragen der Sonderpädagogik* (S. 128–164). Weinheim, Beltz.
- GERSTER, H.-D. (1982): *Schülerfehler bei schriftlichen Rechenverfahren – Diagnose und Therapie*. Freiburg, Herder.
- HALLAHAN, D. P. & KEOGH, B. K. (Eds.). (2001): *Research and global perspectives in learning disabilities*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum.
- HAEBERLIN, U. (1989): *Heilpädagogik zwischen Realität und Utopie*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 40, 75–82.
- HAEBERLIN, U. (1996): *Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft*. Bern, Haupt.
- HAUSOTTER, A. & OERTEL, B. (2000): *Integration in der Schule – Ein Weg in Richtung Chancengleichheit im Blickpunkt der Europäischen Union*. In HANS, M. & GINNOLD,

¹⁴ A vers azzal a tapasztalattal zárul, hogy Urian máshol sem lelt jobb megoldásokra, más emberekre, csak olyanokra, amilyenek mi magunk is vagyunk: esendőkre és butákra.

- A. (Hrsg.): *Integration von Menschen mit Behinderung – Entwicklungen in Europa* (S. 25–42). Berlin, Luchterhand.
- HAUSOTTER, A. (2000): *Integration und Inklusion – Europa macht sich auf den Weg*. In HANS, M. & GINNOLD, A. (Hrsg.): *Integration von Menschen mit Behinderung – Entwicklungen in Europa* (S. 43–83). Berlin, Luchterhand.
- HEGARTY, S. (1998): *International perspectives on special education reform*. *European Journal of Special Needs Education*, 13 (1), 112–133.
- HEINRICHS-WINKELGRUND, J. (2006): *Leseförderung bei ADHS – eine explorative Fallstudie an einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen (unveröffentlichte Hausarbeit)*. Dortmund, Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften.
- KANTER, G. O. (1985): *Ansätze zu einer empirischen Behindertenpädagogik*. In U. BLEIDICK (Hrsg.): *Theorie der Behindertenpädagogik* (Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 1, S. 343–382). Berlin, Marhold.
- KLAUER, K. J. (1977): *Erkenntnismethoden der Lernbehindertenpädagogik*. In G. O. KANTER & O. SPECK (Hrsg.): *Pädagogik der Lernbehinderten* (Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 4, 76–89). Berlin, Marhold.
- KORNMANN, R., FRANK, A., HOLLAND-RUMMER, C. & WAGNER, H.-J. (1999): *Probleme beim Rechnen mit der Null*. Weinheim, Deutscher Studien Verlag.
- MEIJER, C. (ed.). (2001): *Inclusive education and effective classroom practices. An investigation into classroom practices across Europe*. Middelfart, European Agency for Development in Special Needs Education.
- MÖCKEL, A. (2001): *Geschichte der besonderen Grund- und Hauptschule* (4. Aufl.). Heidelberg, Winter.
- PADBERG, F. (2005): *Didaktik der Arithmetik*. (3. Aufl.) Heidelberg, Spektrum.
- SANDER, A. (2000): *Einführung – Von anderen lernen*. In HANS, M. & GINNOLD, A. (Hrsg.): *Integration von Menschen mit Behinderung – Entwicklungen in Europa* (S. 13–24). Berlin, Luchterhand.
- THÜNKEN, S. (2006): *Die Fehleranalyse als Grundlage für spezifische Fördermaßnahmen im Lernbereich Mathematik – eine explorative Studie an einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen (unveröffentlichte Hausarbeit)*. Dortmund, Universität Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften.
- WEMBER, F. B. (1987): *Sonderpädagogik als Integrationswissenschaft und Interventionswissenschaft: Betrachtungen zur Rezeption der operanten Lernpsychologie*. *Heilpädagogische Forschung*, 13, 164–176.
- WEMBER, F. B. (1991): *Ein argumentativer Versuch über Möglichkeiten und Grenzen des Einfühlenden Verstehens als Methode sonderpädagogischer Forschung und Praxis*. *Heilpädagogische Forschung*, 17, 61–73.

- WEMBER, F. B. (1995): *Interdisziplinäre Forschung, interdisziplinäre Praxis? Anmerkungen zur Identität der Sonderpädagogik als Wissenschaft*. Heilpädagogische Forschung, 21, 194–205.
- WEMBER, F. B. (1997): *Der Heilpädagoge als Homo Faber? Kleine Provokationen über Mängel des Redens und den Segen des Tuns, oder: Interventionsforschung als zentrale Aufgabe einer wertgeleiteten wissenschaftlichen Heilpädagogik*: In C. AMREIN & G. BLESS (Hrsg.): *Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete im wissenschaftstheoretischen Diskurs. Versuche zur Verknüpfung von parteinehmenden Sichtweisen mit strukturierten Erkenntnisprozessen* (Festschrift zum 60. Geburtstag von Urs Haeblerlin, S. 122–148). Bern, Haupt.
- WEMBER, F. B. (1998): *Zweimal Dialektik: Diagnose und Intervention, Wissen und Intuition*. Sonderpädagogik, 28 (2), 106–120.
- WEMBER, F. B. (1999): *Besser lesen mit System. Ein Rahmenkonzept zur individuellen Förderung bei Lernschwierigkeiten*. Berlin, Luchterhand.
- WEMBER, F. B. (2000): *Kompensatorische Erziehung*. In J. BORCHERT (Hrsg.): *Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie* (S. 314–324). Göttingen, Hogrefe.
- WEMBER, F. B. (2003): *Bildung und Erziehung bei Behinderungen: Grundfragen einer wissenschaftlichen Disziplin im Wandel*. In A. LEONHARDT. & F. B. WEMBER. (Hrsg.): *Grundfragen der Sonderpädagogik* (S. 2–42). Weinheim, Beltz.
- WEMBER, F. B. (2006, in Druck): *Empirische Behindertenpädagogik*. In H. GREVING (Hrsg.): *Kompodium der Heilpädagogik*, Bd. 1. Troisdorf, Bildungsverlag E1ns.

Prof. Dr. Franz B. Wember
Universität Dortmund
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
D-44227 Dortmund, Emil-Figge-Str. 50

CSAPÓ BENŐ

KOGNITÍV FEJLŐDÉS ÉS ISKOLAI TUDÁS

Az iskolai oktatás céljainak meghatározásában többnyire három fő szempont érvényesül: (1) a tudomány által létrehozott tudás közvetítése, a szakmai tanulmányok megalapozása, (2) a gyakorlatban, a környező társadalmi-kulturális közegben, a hétköznapi életben alkalmazható tudás, széles körű műveltség kialakítása és (3) az értelem kiművelése, a gondolkodás, a képességek fejlesztése. A célok kitűzésében hol az egyik, hol a másik előtérbe kerül, és a célok valamint a gyakorlati megvalósítás között is jelentős szakadékok keletkeznek. A tudományos kutatás robbanásszerű fejlődése nyomán az iskolai tanulás diszciplínaközpontúvá vált, a tantárgyak keretében közvetített tudás nagyrészt a tudományok logikája szerint szerveződik. Az alkalmazható tudás közvetítésének és a képességek fejlesztésének szempontjai háttérbe szorulnak.

A probléma részletes vizsgálatára, az iskola által közvetített tudás természetének feltérképezésére a Szegedi Tudományegyetemen egy hosszabb időszakot átfogó kutatási program zajlott le. A vizsgálatokat keretbe foglaló elméleti modell a felmérések változórendszerét négy szinten rendezi el. (1) Az első szinten a tudás felszíni rétegeit jellemző iskolai osztályzatok jelennek meg. Ezek magukban foglalják a tanári értékelés bizonytalanságát, szubjektivitását, a helyi értékrendek különbözőségét. (2) A második szinten szerepel a tudásszintmérő tesztekkel felmérhető tudás. Ez még mindig kötődik a tananyaghoz, de az elsajátított tudást már egységes mércével méri. (3) A harmadik szint az alkalmazható, működőképes tudást vizsgálja. (4) Végül a negyedik szinten a gondolkodás, az általános képességeik fejlettségét vizsgáló mérőeszközök jelennek meg. A vizsgálatokat két hullámban, először a matematika és természettudomány, majd a humán tárgyak és a társadalomtudomány körében végeztük el. Mindegyik felmérés két korosztályra, a 7. és a 11. évfolyamra terjedt ki, és a négy szinten összefoglalt változók mellett a háttér adatok széles körét is rögzítette.

A vizsgálat számos érdekes eredményt hozott. Kiderült, hogy a tanárok osztályozási eljárása egyes tantárgyakban nagyon megbízhatatlan, a tesztekkel mért tudáshoz viszonyítva a jegyek jelentős ingadozást mutattak, nemcsak a különböző osztályok között (a mérték helyi különbségei), hanem egy osztályon belül is (szubjektív megítélés). A tudásszintmérő tesztek megmutatták, hogy a tanulók nagyrészt elsajátítják a tananyagot, és változatlan formában többnyire képesek is reprodukálni azt, az alkalmazási tesztek tanúsága szerint azonban nem tudják tudásukat új helyzetekben hasznosítani. A két vizsgált évfolyam között négy év különbség van, ez alatt az időszak alatt a tanulók óriási

tömegű tananyagot sajátítanak el, ugyanakkor képességeik alig fejlődnek, sőt, mindkét vizsgálatban találtunk olyan képességterületeket, melyeken az idősebb tanulók átlagosan gyengébben teljesítettek.

Csapó Benő egyetemi tanár
Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Intézet
MTA–SZTE Képességkutató Csoport Neveléstudományi Doktori Iskola
6722 Szeged, Petőfi sgt. 30–34.

KISS ÁGNES – ZSOLDOS MÁRTA

A KÉPESSÉGRENDSZER VÁLTOZÁSAI FEJLESZTÉSBEN RÉSZESÜLŐ TANULÓKNÁL. A SINDELAR-PROGRAM TAPASZTALATAI

A tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok legutóbbi években készült országos statisztikai felmérései és adatszolgáltatásai szerint a hazai közoktatásban évről évre egyre nagyobb számban vannak jelen a tanulási zavar valamely formáját mutató gyermekek. Sajátos, hogy ezzel a tendenciával párhuzamosan megfigyelhető egyfajta terminológiai és diagnosztikai rendezetlenség is. Nem egyértelmű a tanulási zavar tág kategóriáján belüli specifikus, differenciált fogalmak és definíciók használata vagy a tüneti leírások és az egyéni fejlesztési-nevelési igényeket kielégítő segítségnyújtási lehetőségek rendszere (Nagyné Réz, 2004). Napjaink hazai diagnosztikai és terápiás módszertani kutatásaiban, továbbképzési programjaiban azonban nyomon követhető a tanulási zavar megállapítását és befolyásolását célzó egységes vizsgálati és terápiás szemléletet kialakító szükségszerű törekvés, hiszen minél összetettebb egy gyermek problémája, annál részletesebb fejlesztési folyamat kidolgozására van szükség, és annál pontosabban kell megválasztani a tanulási zavar kezelésére alkalmas eljárások körét.

Empirikus kutatásunkkal kísérletet tettünk egy, a tanulási képességeket fejlesztő eljárás hatékonyságának részleges tudományos igazolására, és ezáltal – közvetve – a diagnosztika, illetve a szakszerű segítségnyújtás megválasztása körül kialakult bizonytalanság csökkentésére.

A tanulási zavar gyakori, neurogén kórereditű formájának megelőzésére és befolyásolására Magyarországon több módszer ismert, így a Brigitte Sindelar osztrák klinikus pszichológus által kidolgozott kognitív képességfejlesztő program is. Az enyhe fokú idegrendszeri érési vagy funkcionális eltérésre visszavezethető tanulási teljesítményzavar terápiás eljárásának ma érvényes elméleti magyarázatoként fogadhatjuk el a kognitív pszichológia és a neveléstudomány újabb irányzatait, az adaptív plaszticitás és a kompetencia alapú oktatás koncepcióját (Hámori, 2005; Csapó, 2003, 2004; Csépe, 2005; Nagy, 2002). A Sindelar-program olyan komplex módszer, amely egy tartós megfigyelésre épülő feltáró és a terápiás tervet kijelölő vizsgálattal indul, majd ezt követi a minimum 10 hónapos fejlesztési periódus, végül ezután kerül sor az eredményességet ellenőrző kontrollvizsgálatra. A kognitív képességprofil rendszerét feltáró diagnosztika és a fejlesztési folyamat integrált egységet alkot, melyben a hangsúly a terápiás perióduson van, vagyis a főbb kognitív tanulási képességek (részképességek) – a figyelem, az észlelés,

a téri orientáció, az emlékezet, az intermodális integráció és a szerialitás – tréningjén. A következetes tervezésű, napi rendszerességű funkcionális gyakorlással érhetjük el, hogy a gyenge szintű részképességek biztosabban működjenek (Zsoldos, 2004 a, b).

A 2003-ban lezárult, korábbi empirikus kutatásunkban 96 óvodás és általános iskolát kezdő, 5–7 éves korú gyermek képességstruktúrájának változásait elemeztük. Ők egy tanéven keresztül részesültek a Sindelar-féle kognitív képességfejlesztésben (Zsoldos, Kiss, 2004). Mivel eredményeink az életkorral összefüggésben jellegzetes pozitív irányú változásokat igazoltak a fenti mintában, ennek következtében joggal merült fel a kérdés, hogy vajon az idősebb, az általános iskolába járó gyermekek esetében is megmutatkozik-e ez a pozitív tendencia.

Kérdésfeltevésünk motivált bennünket munkánk folytatására.

Újabb kutatásunk célja az volt, hogy

- a fejlesztő gyakorlatban egyre szélesebb körben használt módszer, a Sindelar-féle kognitív fejlesztő terápia iskolás korosztályra kidolgozott hazai adaptációjának hatékonyságát részlegesen igazoljuk, és így hozzájárulunk az eljárás célravezetőbb, eredményesebb használatához,
- a Sindelar-féle képességfejlesztésben részesülő, neurogén tanulási zavart mutató iskolások körében differenciált kvalitatív és kvantitatív elemzést végezzünk, feltárjuk a tanulási folyamat különböző szakaszaiban megfigyelhető jellegzetes fejlődési-fejlesztési tendenciákat, és ismereteket szerezzünk ezek belső hatásmechanizmusáról.

Általános iskolások és a középiskola első szakaszában tanuló diákok 90 fős mintájának egy tanéven keresztül történő fejlesztése képezte vizsgálatunk empirikus háttérét. Összehasonlító elemzésünkben nyomon követtük a terápiás folyamat kezdetén és befejezésekor vizsgált kognitív képességprofilok minőségi változásait, és ellenőriztük a tanulási teljesítmények értékelésének alakulását.

Hipotéziseink az alábbiak voltak:

1. Az adott fejlesztési körülmények között a fiatalabb tanulócsoportnál nagyobb mértékű a kognitív képességrendszer fejlődése, mint idősebb társaiknál, mivel a kisiskolásoknál még számolhatunk az életkori sajátosságokból adódó idegrendszeri plaszticitással, és tanulási képességzavaraik is kevésbé súlyosak.
2. Az idősebbek osztálycsoportjaiban a fejlesztés hatása behatároltabb, vagyis elsősorban a célzottan fejlesztett részképességek megerősödésében mutatkozik meg, miközben az alsóbb osztályfokokon – részben az életkori sajátosságokból adódó transzfer- és interferenciahatásoknak köszönhetően – átfogóbb a változás. A kognitív képességprofil bázisfunkciói és komplexebb működései korspecifikus sajátosságokat mutatnak.
3. A fejlesztést követően az egyes részképességek közötti kapcsolatok (együttjárások) erősebbek, mint a gyakorlást megelőzően, ami a képességrendszer összehangoltabb

működését jelenti. Ez a tendencia a fiatalabb gyermekek osztálycsoportjaiban markánsabb, mint az idősebbeknél, megerősítve a minél korábbi beavatkozás előnyét.

4. Az adott fejlesztési folyamat pozitív hatása közvetetten megmutatkozik az iskolai teljesítményekben is, ami megfigyelhető az év végi osztályzatok javulásában minden osztálycsoportban. A Sindelar-program használatától elsősorban az anyanyelvi kultúrtechnika, illetve a magyar nyelv és irodalom tantárgyakban várható kedvező változás.

A kutatási mintánkat adó tanulók jelentős többsége a főváros belvárosi körzetéből és a zuglói zöldövezetből származott, ezért ők egy előnyösebb szociodemográfiai környezetet reprezentáltak (1. táblázat). A minta azért szerveződött így, mert ezeknél a tanulónál volt biztosítható a Sindelar-féle kognitív képességfejlesztési folyamat szigorúan előírt napi rendszeressége és szoros szakmai koordinálása. A terápiás folyamat időtartama minimum egy tanév volt, és a mintából kikerültek azok a gyermekek, akiknél a gyakorlási feltételek nem voltak betarthatók. A munkát irányító szakemberek (gyógypedagógusok-logopédusok, fejlesztő pedagógusok) az eljárás használatát módszertani továbbképzés során sajátították el.

Osztálycsoportok	Átlagéletkor (hónap)	Fiú (fő)	Lány (fő)	Fiú+lány (fő)	Fiú+lány %
1–2. osztály	99	15	11	26	29
3–4. osztály	121	19	12	31	34
5–6. osztály	143	13	4	17	19
7/8. oszt. =<	166	11	5	16	18
Összesen:		58	32	90	100

1. táblázat. A vizsgálati minta életkor, osztálycsoport és nem szerinti megoszlása

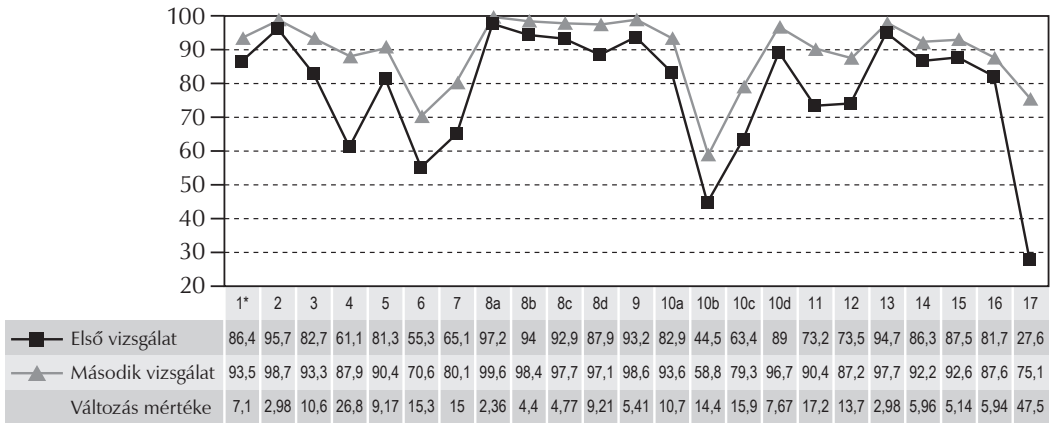
A tanulók nehezen befolyásolható parciális teljesítményzavaraik miatt kerültek a szakemberek látókörébe. Szembetűnő volt az adott osztályfok követelménye és értelmi fejlettségi szintjük közötti jelentős különbség, ezért az alminták kialakítása során ésszerűbbnek látszott az életkor helyett az osztályfok figyelembevétele. A 90 tanulót négy osztálycsoportba soroltuk, és az így meghatározott övezetekben könnyebben rendezhettük az életkori heterogenitást, a túlkorosság vagy az évisméltések előfordulását. A várákoszásnak megfelelően a nemi megoszlás a fiúk magasabb arányát mutatta. Külön meg kell említenünk a középiskola első szakaszában tanulók aránytalanul alacsony létszámát. Mindössze hat gimnazista diákról van szó, akik azért kerültek a mintába, mert kognitív

képességfejlesztésük az általános iskola befejező szakaszában kezdődött el, és még nem zárult le. Példájuk – egyúttal – alkalmat adott arra is, hogy tapasztalatokat szerezhessünk a Sindelar-program e korosztályban való alkalmazhatóságának kipróbálásáról.

Mivel vizsgálati mintánk 99%-ánál az elsődleges panasz a parciális teljesítményzavar volt, ezért a gyermekek egy része a Sindelar-módszerrel párhuzamosan vagy korábban más megsegítést is kapott. Erre a körülményre, valamint a fentiekben említett mintavételi sajátosságokra külön figyelemmel voltunk a program részleges hatékonyságával kapcsolatos következtetéseink megfogalmazásánál.

Eredményeink értékelésénél két fő szempontot tartottunk szem előtt: 1) az osztálycsoportok közötti fejlődésbeli eltérések és hasonlóságok feltárását a terápia kezdetén és befejezésekor történt – első és második – vizsgálati eredmények összevetésével; 2) a Sindelar-féle programon kívül más megsegítésben részesült és nem részesült tanulók csoportjának összehasonlítását a fejlődés mértékének és az osztályzatok alakulásának függvényében.

A teljes minta vizsgálatakor (1. ábra) azt tapasztaltuk, hogy a fejlesztési periódus végére valamennyi tanuló mind a 17 vizsgálati feladatban, vagyis minden részképesség esetében jelentősen nagy mértékű, pozitív irányú változást mutatott ($p < 0,01$).

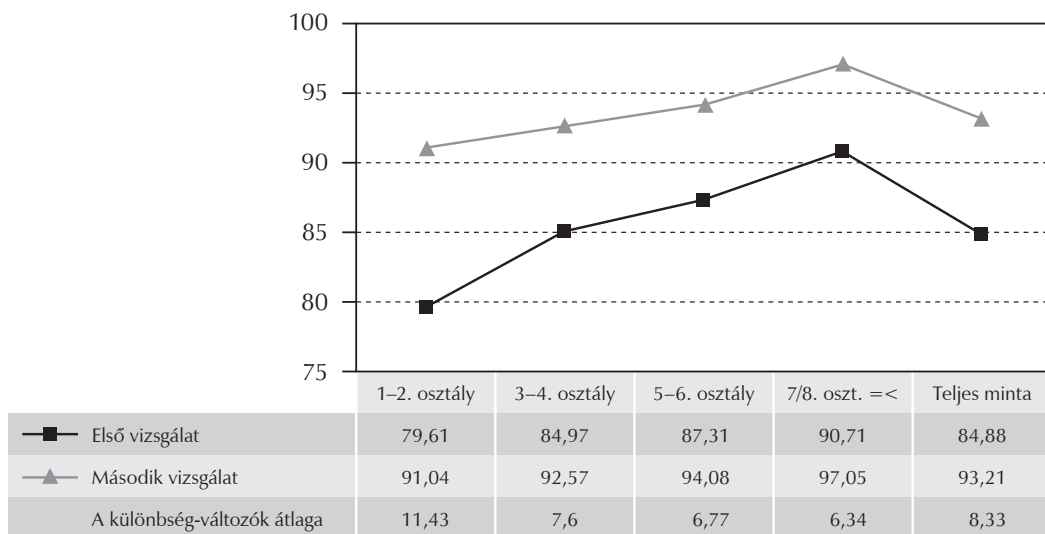


1. ábra. Az első és második vizsgálat százalékban kifejezett átlagteljesítményeinek grafikonja feladatonként a teljes mintára vonatkozóan

Ez hangsúlyozottan jelent meg két bázisfunkció (téri orientáció, vizuális differenciálás) és három komplexebb képesség (szeriális észlelés, vizuális és auditív emlékezet) esetében, ahol a szignifikanciaértékek még markánsabb változást fejeztek ki, mint a többi képességterületen ($p < 0,00$).

Az osztályfok és a fejlődés mértékének összehasonlításakor azt találtuk, hogy bár az iskolai tanulás különböző szintjein álló gyermekek képességstruktúrájának terápia hatására történő változása nagyon hasonló tendenciát mutat, az 1–2. osztályos gyerme-

keknél mégis nagyobb mértékű fejlődés figyelhető meg az összteljesítményben. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a tréningperiódust megelőzően valamennyi területen ők teljesítettek a leggyengébben, továbbá számításba kell vennünk az életkori érési sajátosságokat is (2. ábra).



2. ábra. Az első és második vizsgálat összesített átlagteljesítmény-százalék értékei osztálycsoportonként a teljes mintában

A fejlődés általános mértékének varianciaanalízissel történő almintánkénti vizsgálata igazolta, hogy a legfiatalabb osztálycsoportban valóban szignifikánsan nagyobb a változás mértéke, mint az idősebb gyermekeknél (2. táblázat). Ők reagáltak legérzékenyebben a kognitív funkcionális gyakorlásra, és kezdeti lemaradásukat a fejlesztési folyamat végére behozták.

Független változók: Fejlettség állapota
osztálycsoport

Függő változó: összteljesítmény (minden részképességet beleértve)

	Szabadságfok	Variancia	F	p
Fejlesztés hatása	1	2695,708	372,197	<0,00
Osztály hatása	3	522,031	22,433	<0,00
Interakció	3	61,840	8,538	<0,00

2. táblázat. A fejlesztés és az osztálycsoport együttes hatása a teljes képességrendszerre

A fenti tapasztalatok okát és hátterét keresve összehasonlítottuk az egyes részképességek fejlesztés hatására bekövetkező, matematikai statisztikailag igazolható változásait. Öt részképességnél – három bázisfunkciónál (auditív és vizuális figyelem, alak-háttér tagolás, auditív emlékezet – $p < 0,00$) és két komplexebb működésnél (szeriális észlelés, intermodális szeriális emlékezet, – $p < 0,01$; $p < 0,05$) – regisztrálhattuk a kisiskolásokra jellemző jóval jelentősebb mértékű fejlődést.

Jól ismert ennek az öt funkciónak a kognitív képességprofilban betöltött szerepe, hiszen az auditív és a vizuális figyelem (alak-háttér tagolás) olyan alapvető megismerési képességek, amelyek minden nemű akusztikus-verbális, illetve vizuális információ megszerzésének elemi feltételei. Kapuként működnek, mert csak az itt bejutó ingereknek van esélyük arra, hogy tudásunkba beépüljenek. Felelősek az adott ingerre irányuló tartós kiválasztásért, az egyre összetettebb információ feldolgozásért, hosszabb távon a tanulási stratégiák és az iskolaérett magatartás kialakulásáért stb. A szeriális észlelés és emlékezet olyan összetett kognitív képességek, mely biztosítják az ingersorok (például képek, formák, betűelemek) strukturált kódolását, bevésését és felidézését, az intermodális emlékezeti funkció pedig megalapozza a hangzó és betűkép, illetve a hangzó és szóképek összekapcsolódását. Valamennyien meghatározóan fontosak az anyanyelvi kultúrtechnika, az olvasás-íráskészség kialakításában, ráadásul szoros kölcsönhatásban működnek, hiszen például minél sikeresebb a betű-hangzó társítás, annál könnyebb a betűsor megjegyzése.

Megnyugtató, hogy mintánkban – kiemelt hangsúllyal az 1–2. osztálycsoportban – ennél az öt kognitív funkciónál megfigyelt jelentős fejlődés statisztikailag igazolható módon kiegyenlítettebbé tette az iskolai tanulást megalapozó kognitív rendszert. Azt is fontos jelzésnek vettük, hogy nemcsak a bázisfunkciók, hanem egyes magasabb szintű működések is biztosabbá váltak.

A kognitív képességek közötti kapcsolatok (együttjárások) terápia hatására történő változását korrelációs számításokkal és faktoranalízissel elemeztük, azt várva, hogy a fejlesztés következtében szorosabbá váló és megerősödő kapcsolatok garantálják a kognitív rendszer összehangoltabb működését. Ezúttal röviden összefoglaljuk a korrelációs számítás eredményeit, és részletesebben ismertetjük a faktoranalízis tapasztalatait.

A statisztikailag értelmezhető együttjárások vizsgálata szerint a terápia végére a képességprofilok mintázata egységesebbé vált, mert jelentősen nőtt a képességek közötti szignifikáns korrelációk száma és ereje. Az egyes osztálycsoportokban azonban más és más tendenciák figyelhetők meg. A legfiatalabbaknál általánosabb és inkább a bázisfunkciók integrációjára irányuló fejlődésről beszélhetünk, szemben a magasabb osztályfokon tanulókkal, akiknél a változás körülírta és csak bizonyos részképességek összehangoltabb működésében nyilvánul meg. Minél magasabb az osztályfok, annál inkább jellemző a behatároltabb fejlődés (Zsoldos, 2008).

A faktoranalízis segítségével az azonos fejlődési tendenciát mutató részképességek csoportjait kerestük, számolva azzal, hogy az interferenciák révén az egyes funkciók

nem egymástól függetlenül fejlődnek. Azt tapasztaltuk, hogy az osztálycsoportokban megfigyelhető faktorok alátámasztják a korrelációs mátrixban megfigyelhető összefüggéseket.

Az 1–2. osztálycsoportban a gyakorlási periódust megelőzően a képességek három nagyobb csoportba rendeződtek, leszámítva a téri orientációt, az auditív differenciálást és a vizuális szeriális észlelést. A fejlesztés hatására azonban működésük összehangoltabbá vált, és a téri orientáció kivételével a részképességeket feltáró valamennyi vizsgálati feladat egy faktort alkotott (3. táblázat).

Részképeség (változó)	1. vizsgálat			2. vizsgálat
	1. faktor	2. faktor	3. faktor	1. faktor
Vizuális differenciálás összteljesítmény			,710	,905
Vizuális tagolás összteljesítmény	,524			,450
Vizuális emlékezet összteljesítmény		,578		771
Vizuális szerialitás				,657
Auditív szerialitás	,778			,501
Szeriális összteljesítmény	,631			,725
Intermodalitás vizuális-auditív összteljesítmény		,803		,505
Intermodalitás auditív-vizuális összteljesítmény		,687		,732
Intermodalitás összteljesítmény		,755		,844
Auditív differenciálás				,435
Auditív tagolás összteljesítmény	,801			,631
Auditív emlékezet összteljesítmény	,606			,850
Téri orientáció				

3. táblázat. A képességek kapcsolatrendszere a fejlesztés előtt és azt követően az 1–2. osztálycsoportban

A téri orientáció eltérő viselkedésének egyik lehetséges magyarázata az, hogy vizsgálati feladatában a mozgáselemek és mozdulatsorok követésekor és utánzásakor több részképesség együttes, összehangolt működése szükséges. Ezzel szemben a többi feladat során csak egy-egy kiemelt funkció vizsgálata a cél.

A 3–4. osztályos gyermekeknél a legfiatalabbakhoz viszonyítva még inkább szórt struktúrát találtunk a fejlesztési periódus kezdetén, ráadásul számos képesség egyik faktor képzésében sem vett részt. Ez alátámasztja azt a következtetést, hogy a fejlesztés

tést megelőzően ebben a csoportban a képességrendszer működése még kevésbé volt összerendezett, mint az 1–2. osztálycsoportban (4. táblázat).

Részképeség (változó)	1. vizsgálat			2. vizsgálat
	1. faktor	2. faktor	3. faktor	1. faktor
Vizuális differenciálás összteljesítmény	,585		,710	,680
Vizuális tagolás összteljesítmény	,683			
Vizuális emlékezet összteljesítmény		,480		,599
Vizuális szerialitás				,525
Auditív szerialitás				,543
Szeriális összteljesítmény				,777
Intermodalitás vizuális-auditív összteljesítmény		,787		,677
Intermodalitás auditív-vizuális összteljesítmény			,744	,704
Intermodalitás összteljesítmény		,743		,819
Auditív differenciálás				
Auditív tagolás összteljesítmény	,714			,714
Auditív emlékezet összteljesítmény	,571			,571
Téri orientáció				,445

4. táblázat. A képességek kapcsolatrendszere a fejlesztés előtt és azt követően a 3–4. osztálycsoportban

A 3–4. osztálycsoportban a fejlesztés hatására a kognitív képességek – néhány kivétellel – egy faktort alkottak. A korrelációs elemzésekből azt is tudjuk, hogy ez a rendeződés leginkább a bázisfunkciók és a magasabb rendű képességek kapcsolataira utal.

Fontos tapasztalat a vizsgáló eljárás validitását illetően, hogy az azonos modalitású részképeségek külön faktorba rendeződhetnek. A vizsgálat feladatainak eredményei ugyanis kiegészíthetik egymást a tréningprogram kijelölésének mérlegelésekor. Vegyünk egy példát: az auditív figyelem/alak-háttér tagolás (8. vizsgálati feladatsor) és a hasonló hangzású szavak helyes sorrendben történő felidézése (10. vizsgálati feladat) elengedhetetlen feltétele a jól működő auditív szeriális emlékezetnek (12. vizsgálati feladat). Ezért lehetséges, hogy a három részképeség egy külön faktort is alkot. Ezen az iskolai tanulási szinten tehát már jobban építhetünk a kognitív funkciók közötti interferencia hatásokra.

Az 5–6. osztálycsoport faktorépítkezése sajátos. A kognitív képességrendszer bázis-funkciói és komplexebb működései között szoros kapcsolat mutatkozott már a fejlesztés kezdetekor (5. táblázat).

Részképesség (változó)	1. vizsgálat		2. vizsgálat	
	1. faktor	2. faktor	1. faktor	2. faktor
Vizuális differenciálás összteljesítmény	,575		,905	,576
Vizuális tagolás összteljesítmény	,796		,450	,711
Vizuális emlékezet összteljesítmény	,714	,528	771	
Vizuális szerialitás	,757		,657	
Auditív szerialitás	,727	,487	,501	,619
Szeriális összteljesítmény	,915		,725	,533
Intermodalitás vizuális-auditív összteljesítmény	,476	,665	,505	
Intermodalitás auditív-vizuális összteljesítmény	–,428	,774	,732	
Intermodalitás összteljesítmény		,864	,844	
Auditív differenciálás			,435	,511
Auditív tagolás összteljesítmény	,513		,631	
Auditív emlékezet összteljesítmény	,475		,850	
Téri orientáció	,481			

5. táblázat. A képességek kapcsolatrendszere a fejlesztés előtt és azt követően az 5–6. osztálycsoportban

Az 5–6. osztálycsoportban a külön faktort alkotó auditív-vizuális intermodális emlékezet, a vizuális emlékezet és az auditív szerialitás kapcsolata jól magyarázható, hiszen ez utóbbi két komplexebb képesség kiegyenlített működése előfeltétele az elsőnek. Feltehetően a tanulási problémákat az okozhatja, hogy az intermodális emlékezet működése, vagyis a különböző modalitásból származó ingerek összekapcsolásának képessége ellentétes irányú kapcsolatot mutatott az azt megalapozó valamennyi bázisfunkcióval.

A sindelari fejlesztés lezárásakor a fent említett képesség szoros kapcsolatba került a vizuális differenciáló, illetve szeriális észleléssel, az auditív emlékezettel és a téri orientációval egyaránt. Tehát két bázisfunkció és két újabb komplex képesség alapozta meg az intermodális emlékezet kielégítő működését. Az egyes modalitásokból származó ingerek összehangoltabb feldolgozására utalhat az is, hogy néhány auditív és vizuális képesség közösen egy külön faktort alkotott.

A 7–8. osztálycsoport, illetve a középiskola első szakaszának tanulóinál a fejlesztést megelőzően tapasztalt kevés számú korreláció mögött a mentális rendszer komplexebb képességeinek viszonylag szoros kapcsolatrendszere húzódott meg (6. táblázat). Az intermodális integráció, az auditív szeriális észlelés, a vizuális és auditív észlelési bázis-funkciók, illetve az auditív emlékezet már kezdetben összehangoltnak mutatkoztak. Néhány alapvető vizuális képesség azonban hiányzott a rendszer kielégítő működéséhez. Ezek a részképességek az auditív emlékezettel együtt egy olyan sajátos ellentétes irányú viszonyban álltak az auditív-vizuális intermodális emlékezettel, ami akadályozhatta az információ-feldolgozás folyamatát. Ráadásul a vizuális alap- és komplexebb képességek, valamint a téri orientáció és az auditív tagolás szintén negatív irányú kapcsolatokat mutattak egymás között, ami tovább súlyosbíthatta a kognitív rendszer zavarát.

Részképesség (változó)	1. vizsgálat			2. vizsgálat		
	1. faktor	2. faktor	3. faktor	1. faktor	2. faktor	3. faktor
Vizuális differenciálás összteljesítmény	,544	,472		,805	,447	
Vizuális tagolás összteljesítmény			-,591	,689		
Vizuális emlékezet összteljesítmény		,580	,509	,877		
Vizuális szerialitás		,434	-,595			,566
Auditív szerialitás	,471				,446	
Szeriális összteljesítmény	,420					
Intermodalitás vizuális- auditív összteljesítmény	,876			,777		
Intermodalitás auditív- vizuális összteljesítmény	,620	-,510		,840		
Intermodalitás összteljesítmény	,812			,931		
Auditív differenciálás				,723	,446	
Auditív tagolás összteljesítmény	,786		,496	,862		
Auditív emlékezet összteljesítmény	,672	,582			,744	
Téri orientáció			-,633			,786

6. táblázat. A képességek kapcsolatrendszere a fejlesztés előtt és azt követően a 7–8. osztálycsoportban és a középiskola első szakaszában

A legidősebbek almintájában a kognitív fejlesztő terápia következtében összehangolt működésű vizuális és auditív bázisfunkciók jó alapot biztosíthattak az ingerek megfelelő összekapcsolásához, vagyis az intermodális integrációhoz. Sajátos azonban – a komplexebb képességek közül – a szeriális észlelés helyzete, amely auditív, vizuális és téri bázisfunkciókkal egyaránt mutat kapcsolatot, de mégsem integrálódott szervesen a teljes képességrendszerbe.

A faktoranalízis segítségével tehát nem csupán alátámaszthattuk a korrelációk elemzésekor talált osztálycsoportonkénti sajátos fejlődést, hanem részletesebb eredményeket is kaptunk a képességek rendszerének mechanizmusáról. Részösszegzésként azt emelhetjük ki, hogy az általános fejlődési tendenciát mutató kisiskolásoknál egyetlen funkció – a téri orientáció – nem integrálódott még a képességrendszerbe. Az idősebb gyermekeknél pedig az a tendencia jellemző, hogy minél magasabb osztályfokon tanulnak, annál körülírtabban jelentkeznek a problémák és a fejlesztés befolyására jelentkező javulások egyaránt.

A párhuzamos és megelőző terápiák Sindelar-programot befolyásoló hatásának vizsgálata varianciaanalízissel történt. Különbségváltozókat képeztünk képességterületenként a korábban fejlesztésben nem részesült 55 tanuló, valamint az előzetes fejlesztésben részesült 35 tanuló első és második vizsgálatban elért átlagteljesítményének százaléktételei alapján. A minőségi elemzés során összehasonlítottuk a korábbi terápiában nem részesült, valamint az egy vagy többféle előzetes terápiában – logopédiai, fejlesztő pedagógiai, pszichológiai stb. – részesült tanulók fejlődésének mértékét egymással és a teljes mintára vonatkozó fejlődés mértékével is.

A korábbi terápiák hatásának mérlegelésekor több elbizonytalanító körülménnyel kellett szembenéznünk: a fejlesztő foglalkozások igen változó időtartama és típusa, az intenzitásra és rendszerességre vonatkozó adatok hiányossága. Ezen túlmenően arra is figyelemmel kellett lennünk, hogy a megelőzően fejlesztésben részesült gyermekek általában súlyosabb, feltűnőbb problémákkal küzdenek. Tehát óvatosan kell kezelnünk azt az eredményt, amely szerint vizsgálatunkban az előzetes terápiás ellátás nincs olyan mértékű befolyással a Sindelar-módszerrel végzett fejlesztés eredményességére, mint feltételezhetjük. Ugyanis a két csoport – vagyis a megelőzően fejlesztésben részesült és a nem részesült tanulók almintáinak – fejlődése között nem találtunk szignifikáns eltérést ($p > 0,05$).

A fő módszerrel párhuzamosan alkalmazott terápiák befolyása sokkal többet mondhat a Sindelar-program hatékonyságáról. Mintánkban 22 tanuló részesült más párhuzamos fejlesztő foglalkozásban, miközben 68 tanuló csak a Sindelar-féle módszertől kapott segítséget. Az adatokból megállapíthatjuk, hogy a paralel folyó terápiák bizonyos részképességek esetében hozzájárulhatnak a Sindelar-féle fejlesztés következtében tapasztalható kedvező változásokhoz. A szignifikáns, egymás hatását erősítő összefüggés azonban itt sem általános.

Mindössze négy részképesség esetében találtuk azt, hogy a párhuzamos fejlesztésben részesülő tanulók fejlődése statisztikailag igazolható módon nagyobb mértékű:

- vizuális figyelem/tagolás (másolás): $p < 0,00$,
- auditív szerialitás: $p < 0,05$,
- auditív differenciálás: $p < 0,05$,
- auditív figyelem/tagolás – („gy” hang): $p < 0,05$.

Részleges magyarázatként hozzáfűzzük, hogy a logopédiai terápiák általában ezeknek a képességterületeknek a fejlesztésére és megerősítésére irányulnak. Azonban tisztában kell lennünk azzal, hogy az eredményeket ezúttal is fokozott óvatossággal fogadhatjuk, mivel mintánk mérete, életkori heterogenitása, a problémák eltérő mértéke miatt tapasztalataink nem általánosíthatók.

A Sindelar-program hatékonyságát az osztályzatokban mérhető fejlődés szempontjából is elemeztük. Megvizsgáltuk az iskolai tanulási teljesítmények pedagógusi értékelését, melynek többféle formája ismeretes közoktatási gyakorlatunkban. A többségi iskolarendszerben ma is a legáltalánosabb és legelterjedtebb értékelési mód az osztályozás, annak ellenére, hogy pedagógiai és pszichológiai kutatások a módszer bizonytalanságairól számolnak be (Csapó, 2003). Az osztályozás alapvetően nem objektív, hiszen ugyanazt a tudást különböző tanárok más és más jeggyel értékelhetik. Ennek ellenére azt mondhatjuk, hogy a gyermekek iskolai tanulási kudarcai – legyen az szubjektív vagy objektív módon megítélve – végső soron az osztályzatokban realizálódnak, és abban válnak a szülő számára is világossá. Ezért tartottuk fontosnak azt, hogy a kutatásunkban részt vevő tanulók iskolai osztályzatait nyomon kövessük. Ugyanis azt feltételeztük, hogy a Sindelar-tréning hatására bekövetkező képességfejlődés közvetlenül megmutatkozik a főbb tantárgyakban nyújtott tanulási teljesítményekben is.

Ismételt méréses T-próbával összehasonlítottuk a fejlesztést megelőző és a fejlesztést követő év végi osztályzatokat a magyar irodalom, a magyar nyelvtan és a matematika tantárgyakban. A teljes mintára nézve azt találtuk, hogy a Sindelar-terápiát követően a tanulók mindhárom tantárgyból szignifikánsan jobb értékelést (osztályzatot) kaptak ($p < 0,00$). Ezt az eredményt azonban szintén igen óvatosan kell kezelnünk a megítélés szubjektív lehetősége miatt. Előfordulhat, hogy a tanító, illetve a tanár a legapróbb változást is jobb osztályzattal jutalmazza, ami önmagában még nem jelent képességfejlődést. A pedagógusok a gyermek valódi, diagnosztizálható problémáinak feltárása után jóindulatból, az egyéni elbírálást alkalmazva hajlamosak lehetnek a megsegítést kapott tanuló pozitívabb irányú értékelésére.

A továbbiakban azt néztük meg, hogy miként alakultak az osztályzatok az egyes almintákban. Kétszemponos varianciaanalízis segítségével elemeztük az osztályfok hatását az egyes tantárgyakon belüli osztályzatok javulására.

A teljes minta elemzésekor leírt statisztikailag igazolható pozitív irányú változás az egyes osztálycsoportokon belül is megfigyelhető mindhárom tantárgy esetében

($p < 0,00$). Az osztálycsoportok között azonban nem találtunk szignifikáns eltérést az osztályzatok alakulásában sem matematikából, sem magyar nyelv és irodalomból.

Ha megvizsgáljuk a 7. táblázatot, azt láthatjuk, hogy a neurogén eredetű képességzavarok leginkább a nyelvtani teljesítmények elmaradásaiban manifesztálódnak az iskolában, mindamellett, hogy a tanulók más tantárgyakban is gyengén teljesítenek. Az is tisztán leolvasható, hogy az 5–6. osztályos gyermekek magyar nyelv és irodalomból jóval alacsonyabb értékelést kaptak a fejlesztés kezdetekor, ami feltehetően a felső tagozat okozta váltásnak és a problémák súlyosbodásának tudható be. Matematikából viszont a fejlesztés kezdetén a legidősebbek csoportjába tartozó tanulók nyújtották a leggyengébb teljesítményt, aminek egyik oka a kognitív képességbeli diszfunkciók más, magasabb szintű gondolkodási folyamatokra gyakorolt kedvezőtlen hatásában kereshető.

Osztálycsoportok	Irodalom/olvasás osztályzatátlag		Nyelvtan osztályzatátlag		Matematika osztályzatátlag	
	1. vizsgálat	2. vizsgálat	1. vizsgálat	2. vizsgálat	1. vizsgálat	2. vizsgálat
1–2. osztály	3,00	4,00	2,63	3,42	3,04	3,75
3–4. osztály	3,17	4,09	2,87	3,65	3,04	3,87
5–6. osztály	2,77	3,38	2,31	2,92	2,62	3,31
7/8. osztály =<	3,00	3,55	2,55	3,36	2,55	3,36
Teljes minta	3,01	3,85	2,63	3,39	2,89	3,65

7. táblázat. A magyar nyelv és irodalom, valamint a matematika tantárgyak osztályzatainak átlagai a fejlesztést megelőzően és követően osztálycsoportonként és a teljes mintában

A táblázat adatai szerint a fejlesztési periódus lezárásakor minden almintában mindhárom vizsgált tantárgy osztályzatainál egységes javulást regisztrálhattunk, kiugró vagy említésre méltó különbséget azonban nem találtunk a változás mértékében az egyes osztálycsoportok között. Megjegyezzük, hogy az értékelésben az is szerepet játszott, hogy a gyermekek többsége tanult, érdekérvényesítő családból származott.

Itt említjük meg, hogy a gimnázium első szakaszában tanulók kis létszámú csoportjának vizsgálati eredményeit differenciáltan, minőségi szempontból külön elemeztük, és ki kell jelentenünk, hogy a Sindelar-féle kognitív fejlesztő terápia részleges hatása nem volt bizonyítható ebben az életkori övezetben.

Eredményeinket összefoglalva, a hipotézisekre adható válaszok tükrében a következő részleges megállapításokat fogalmazhatjuk meg az iskolás korosztályra kidolgozott Sindelar-féle kognitív fejlesztő terápia hazai adaptációjának hatékonyságára vonatkozóan:

1. Az 1–2. osztályos gyermek csoportjában nagyobb mértékű a kognitív képességrendszer fejlődése, mint az idősebb tanulóknál. Ez a tapasztalat megerősíti a preventív,

időben történő beavatkozás elvét, mert a kisiskolásoknál még számolhatunk az életkori spontán éressel és a transzferhatásokkal, ami nagymértékben elősegítheti a pozitív irányú változásokat a teljes képességrendszerben.

2. A legfiatalabbak csoportjában a kognitív képességprofil átfogóbb, általánosabb jellegű változása tapasztalható, ami az életkori sajátosságokból adódhat. Az iskolai tanulási folyamat magasabb szintjén álló tanulóknál a fejlődés behatároltabb ugyan, de az interferenciahatásoknak köszönhetően nem csak a célzottan fejlesztett részképességek megerősödésében mutatkozik meg.

Mindezen túl a kognitív képességfejlesztés hatására bekövetkezett változások nagyon hasonló tendenciát mutatnak az egyes osztálycsoportokban, és csak néhány részképességnél figyelhető meg a legfiatalabbak jelentősebb mértékű fejlődése.

3. A gyakorlási periódus végére a részképességek közötti együttjárások száma megnövekedett, és a már meglévő kapcsolatok megerősödtek. Ebből arra következtethetünk, hogy a fejlesztés hatására a kognitív képességrendszer összehangoltabban, integráltabban működik. Minél magasabb osztályfokon tanul egy gyermek, annál körülírta a tanulási zavar kognitív háttere és a fejlesztés hatása egyaránt.

4. A kognitív képességek fejlődése, összehangoltabb működése közvetetten megmutatkozik a magyar nyelv és irodalom, illetve a matematika osztályzatok javulásában egyaránt. Az érdemjegyek odaítélésénél azonban a kognitív képességek pozitív változásának ellenőrizhetőségén túl több más szempont is érvényesül.

Kutatásunkkal a Sindelar-féle kognitív képességfejlesztő program hatékonyságának bizonyításához szándékoztunk hozzájárulni a tudományos ellenőrzés eszközeivel, és diagnosztikai, illetve terápiás támpontokat kívántunk adni az iskolás korosztállyal foglalkozó fejlesztő szakemberek számára. Egyértelmű megállapításokat még nem fogalmazhatunk meg a módszer beválásával kapcsolatban, mert több befolyásoló szempontra és körülményre figyelemmel kellett lennünk, így például a kisiskolásoknál tapasztalt spontán életkori érés szerepére, a párhuzamos és megelőző terápiák befolyására vagy a mintavétel korlátaira. Mindezzel együtt úgy gondoljuk, hogy kutatási tapasztalatainkkal és eredményeinkkel közelebb jutottunk a tanulási teljesítményzavar hátterében meghúzódó gyenge szintű kognitív működések pontosabb feltárásához, a képességprofil belső hatásmechanizmusának megismeréséhez, valamint a Sindelar-módszer alkalmazásának tudatosabb tervezéséhez a különböző osztályfokokon tanuló gyermekeknél.

Irodalomjegyzék

- CSAPÓ B. (2003): *A képességek fejlődése és iskolai fejlesztése*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- CSAPÓ B. (2004): *Tudás és iskola*. Műszaki Kiadó, Budapest.
- CSÉPE V. (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- HÁMORI J. (2005): *Az emberi agy plaszticitása*. Magyar Tudomány, 1, 43–51.
- NAGY J. (2002): *XXI. század és nevelés*. Osiris Kiadó, Budapest.
- NAGYNÉ RÉZ I. szerk. (2004): *ELTE GYFK Gyakorló Gyógypedagógiai Szolgáltató Intézmény Szakértői és Rehabilitációs Bizottság 2000–2004. évi vizsgálati zárótanulmányai*. (Projektbeszámoló az egykori Fogyatékos Tanulók, Gyermekek Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány számára.)
- ZSOLDOS M. (2004): *Kognitív fejlesztő terápia a modern gyógyító pedagógiában*. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia – nevelés és terápia*. Medicina, Budapest, 461–475.
- ZSOLDOS M. (2004): *Kognitív fejlesztő terápia a tanulási zavarok kezelésében*. Brigitte Sindelar kognitív fejlesztő programja. In MARTONNÉ TAMÁS M. (szerk.): *Fejlesztő pedagógia. A fejlesztés főbb elméleti és gyakorlati eljárásai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 72–88.
- ZSOLDOS M., KISS Á. (2004): *A képességrendszer változásai fejlesztésben részesülő 5–7 éves gyermekeknél*. In LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.): *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában*. Pszichológiai Szemle Könyvtár 7. Akadémia Kiadó, Budapest, 78–95.
- ZSOLDOS M. (2008): *A kognitív képességfejlesztés jelentősége és korspecifikus sajátosságai a neurogén tanulási zavar terápiajában. A Sindelar-program részleges hatásvizsgálata*. In MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája: Út az evidencián alapuló gyakorlat felé*. (Megjelenés alatt.)

Zsoldos Márta főiskolai tanár

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Hallássérültek Pedagógiája Tanszék
1078 Budapest, Damjanich u. 41-43.

Kiss Ágnes gyógypedagógiai tanár

Fővárosi Beszédjavító Intézet és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény
1052 Budapest, Deák Ferenc utca 17.

SZEKERES ÁGOTA

AZ IDENTITÁS ALAKULÁSA TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT FIATALOK KÖRÉBEN

Bevezetés

Tanulásban akadályozott (ezen belül enyhén értelmi fogyatékos) fiatalok személyiségének alakulásáról keveset tudunk. A különböző képességek (kommunikációs, kognitív) megismerésével kapcsolatosan folynak hazai és nemzetközi kutatások, de az identitásuk jellemzői és kialakulása még rejtély előttünk.

Vizsgálatom elsődleges célja az volt, hogy megpróbáljam James Marcia identitásparadigma elméletét erre a csoportra is alkalmazni. Vajon besorolhatóak-e ők is ezekbe a kategóriákba? Érdemes-e ezeket velük kapcsolatban megtartani, és vizsgálni ezeket az állapotokat? A legtöbb kutatás valamilyen egyéb céllal készült, így teljes összehasonlításra nem lesz lehetőségem. Mégis igyekszem a meglévő információkkal összevetni saját eredményeimet.

Ehhez azonban mindenképp Erikson pszichoszociális fejlődési modelljéből kell kiindulni. Az elmélet alapgondolata szerint a személyiség összetevői veleszületetten adóttak, de kibontakozásukhoz van egy életkorfüggő optimum. Ezek a képességeink a társas interakciókban nyerik el végső formájukat. A legfontosabb összetevők 8 életkori ciklusban jelennek meg. Ezeken az állomásokon normatív kríziseken kell átesni, erőfeszítéseket kell tenni bizonyos képességek birtoklásához (V. Komlósi, 2000). A krízis fordulópontot jelent, amelyet egyre növekvő sérülékenység és feszültség jellemez. A krízisek a fejlődés epigenetikus elvének megfelelően alakulnak, vagyis az érett szervezet meghatározott terv szerint bontakozik ki (Marcia, 1987; Erikson, 1997). Erikson a 8 szakaszt 3 tényező (testi-fizikai érés, mentális műveletek, társkapcsolati jellemzők) változásával hozta kapcsolatba, ott jelölt ki egy új stádiumot, ahol ez a három tényező új mintákba szerveződött (V. Komlósi, 2000).

A személyiségnek a konfliktusok után erősödik a belső egysége, megtanul „helyesen cselekedni”. Valamennyi fázis válságba torkollik, majd tartósan megoldódik. Így tehát minden egyes lépcsőfok potenciális válságforrás is (Erikson, 1991).

Erikson elméletének 5. szakaszában a serdülőknél az azonosság és a folyamatosság új érzését keresve – amely már a nemi érettséget is magába foglalja – újból szembe kell nézniük a korábbi évek válságával. Mindezek egyben a serdülőkori problémákat is megmutatják:

- Az 1. szakasz hozadéka az önmagába és a másokba vetett bizalom igénye, amely akkor válik nyilvánvalóvá, ha a serdülő buzgón keres olyan embereket (eszméket), amelyekben hihet, és akiknek bebizonyíthatja saját megbízhatóságát is. Egyúttal fél is az elkötelezettségektől, ezért sokszor cinikusan bizalmatlan.
- A 2. szakasz hozadéka az autonómia, így a serdülő a szabad választást gyakorolhatja. Mindeközben retteg, hogy olyasmire kényszerülhet, amiben nevetséges lesz. Ezért választja inkább a felnőttek neheztelését, mint azt, hogy a kortársak elítéljék.
- A 3. szakasz hozadéka maga a korlátlan képzelet. Keresik az olyan emberek társaságát, akik távlatokat adhatnak törekvéseiknek. Nem érik be a felnőttek által nyújtott valóság korlátaival. Hevesen tiltakoznak bármilyen nemtetszés ellen.
- A 4. szakasz hozadéka a vágy a dolgok jó működtetésére. Ez kihat a foglalkozásválasztásra is. Inkább nem dolgoznak egy ideig, ha számukra nem okoz örömet, nem hoz sikert a munka. Többé már nem a tanárnak, nem a szülőnek teljesítenek, hanem önmaguknak (Cole, Cole, 1998).

Az erre a szakaszra jellemző elidegenedés az identitászavar. Képtelenek azonosulni egy bizonyos foglalkozással, vagy éppen annyira azonosulnak egy csoporttal, hogy látszólag veszendőbe megy individualitásuk. Ekkor még a szerelem nagyrészt beszélgetésből áll, mert a céljuk az, hogy egyre tisztábban látva jussanak el saját azonosságuk meghatározásához. Az ideológiai állásfoglalás is fontos kérdés e szakaszban (Erikson, 1991).

A fiataloknak a felnőtté válásuk során meg kell tanulniuk bánni a szexuális késztetéseikkel és eleget tenni a társadalom követelményeinek. Ez egy integrációs folyamat, amelynek eredményeképpen jön létre az identitás. Az identitás vélekedések rendszere, amit a serdülő önmagáról alkot. Összhangba kell kerülnie a gyerek vélekedéseinek, képességeinek, vágyainak a normákkal. Ez a serdülőkor központi válsága.

Erikson szerint az egyén személyes integrációján túlmutat ez a folyamat, mert mind a személyes, mind pedig a társas közegben meg kell teremtenie identitását. Az identitásképzés folyamata a következőktől függ:

- a serdülők miként ítélnék meg másokat,
- mások hogyan látják őket,
- mit gondolnak a fiatalok mások ítéleteiről,
- mennyire képesek szem előtt tartani a kulturális, társadalmi kategóriákat, amikor másokról véleményt alkotnak.

A serdülők önjellemzéseikben általános és elvont fogalmakat használnak, sokat gondolkodnak magukról, és megpróbálják integrálni régi énjeiket egy elképzelt jövőbeli énnel (Cole, Cole, 1998).

Az identitásparadigma elmélet

Erikson nézeteire alapozva *James Marcia* (1966, idézi *Cole, Cole*, 1998) dolgozott ki egy interjúmódszert, amelyben a pályaválasztásra, vallási és politikai nézetekre tért ki. 86 fővel készített kutatása alapján 4 típust különített el az identitásképzés folyamatában lévő serdülőknél:

- Elért/valódi identitás: a serdülők túl vannak már a keresés folyamatán, meghozták döntésüket a pályaválasztásról, vallási nézeteikről. Innentől kezdve aktívan törekszenek céljaik elérésére. A legflexibilisebb, a legintegratívabb, a legmegismerőbb a státuszok közül. Saját magukra már nem úgy gondolnak, mint pszichológus hallgatóra, hanem mint jövődöbéli pszichológusra. Ez az általános énfelfejlődés magas szintje.
- Korai zárás: ezek a fiatalok is már elköteleződtek valami mellett, de nem estek át identitáskrizisen. A szüleiktől átvett identitásmintákat használják, igazából sohasem szervezték át a személyiségüket. A családjuk álláspontját sohasem kérdőjelezték meg. Nagyon közeli kapcsolatban vannak családjukkal, amit ők melegnek és gyermekcentrikusnak érzelnek, és akiktől nekik nagyon nehéz különbözniük. Lehetnek közöttük elkötelezettek, együttműködők, de merevek és dogmatisták is. Ha valaki megkérdőjelezné átvett mintáikat, teljesen elvesznének. A kognitív és a morális fejlődést tekintve a legalacsonyabb szintű állapot. Hajlanak az izolációra.
- Moratórium: éppen átélik az identitáskrizist, még nem köteleződtek el semelyik oldal felé, aktívan keresik a válaszokat. Morálisan és személyesen a legérzékenyebbek. Hajlanak ambivalens kapcsolatra a családjukkal. Ellentétes viselkedésmintákat mutatnak: ellenállás és belenyugvás.
- Diffúz identitás: ezek a serdülők már több identitást kipróbáltak anélkül, hogy elköteleződtek volna bármelyik mellett. Sokszor cinikusan viszonyulnak a problémákhoz. Nem rendelkeznek integrált énképpel. Erikson kategóriái között ez az identitáskonfúzió nevet kapta (*Waterman*, 1982; *Marcia*, 1987; *Cole, Cole*, 1998).

A típusokat az 1. táblázat foglalja össze:

		KERESÉS	
		IGEN	NEM
ELKÖTELEZŐDÉS	IGEN	elért identitás	korai zárás
	NEM	moratórium	diffúz identitás

1. táblázat. Marcia identitásállapotainak ábrázolása 2 dimenzió mentén

Ha ábrázolni szeretnénk a négy állapotot, akkor 2 dimenziót adhatunk meg: az elköteleződést és a keresés folyamatát. E kettő mentén el tudjuk különíteni az állapotokat. Elért identitás esetén mind az elköteleződés, mind pedig a keresés megtörtént. Korai zárás esetén volt elköteleződés, de a keresés kimaradt a serdülő életéből. Moratóriumban lévő személynél a keresés éppen folyamatban van, de még nem történt meg az elköteleződés. A diffúz identitás állapotnál egyik sem figyelhető meg. Általában a korai zárást és a diffúz identitás állapotát alacsonyabb identitásszintnek tartják, míg a moratóriumot és a valódi identitást magasabb szintű állapotnak (*Stephen, Fraser, Marcia, 1992*).

Waterman (1985, idézi Cole, Cole, 1998) vizsgálatai szerint az identitást elérők aránya az életkorral nő, mindeközben a diffúz identitás szintjén lévők aránya csökken. Tehát elmondhatjuk, hogy *Waterman* eredményei megerősítik *Marcia* azon elvárását, hogy ahogy a fiatalok nőnek, úgy haladnak a diffúz identitás felől az elért identitás irányába. Természetesen az identitás szintje különböző területeken eltérhet, általában alacsonyabb a politikai nézetek esetében, mint a foglalkozásra vonatkozóan.

Grotevent, Cooper (1985, idézi Cole, Cole, 1998) vizsgálataiban azt találta, hogy a serdülők szüleikkel való interakciója kapcsolatban volt az identitás keresésével. A fiúk esetében ez az apával való kapcsolatnál volt megfigyelhető. Hajlandó-e az apa a kompromisszumkeresésére vagy arra, hogy álláspontját a fiáéhoz közelítse. A lányok identitáskeresése ott volt intenzívebb, ahol kifejezték azt, hogy nem értenek egyet szüleikkel. Megállapítható, hogy a család a legalkalmasabb arra, hogy elősegítse az identitás elérését (biztos háttérrel nyújt ehhez és bátorítja is a serdülőt).

Marcia (1987) megállapításokat tett, amelyekben ötvözi saját paradigmaelméletét és *Erikson* identitásteóriáját:

Az identitás alakulása egy megadott sorrendben történik.

Egy „átlagos” környezetben az identitás kialakulása természetes esemény az ember személyes fejlődésében. Az egyén identitásállapota bejósolható az előző pszichoszociális stádium kimeneteléből, és egyben bejósolható a következő pszichoszociális stádium kimenetele is.

Kognitív, pszichológiai és szociális feltételek szükségesek ahhoz, hogy elsőre érett identitás alakuljon ki a késő serdülőkorban.

A legelőször kialakuló identitás nem az utolsó. Az az állapot, amit a serdülő kialakít, csak az első választ jelenti az identitás kérdésére. A serdülő és később a fiatal felnőtt továbbra is nyitott az új tapasztalatokra, hogy ezt a krízist később is sikeresen tudják megoldani. A sikertelen megoldás a késő serdülőkorban nem feltétlenül jelenti azt, hogy soha nem lesz érett identitása az egyénnek. Számos egyensúlybontó esemény van az életben, amely például a korai zárás állapotából kimozdíthatja a személyt, és ez előhívja az identitáskrízist.

A késő serdülőkorban kialakult kezdeti identitás több tényező eredménye. Ezek a tényezők:

- a gyerekkori identifikációk szintézise,
- szociális értékelés,
- kivételes képességek, szükségletek és pszichológiai adottságok,
- a szociális kísérletezés pozitív és negatív eredményei.

Az identitás tehát szintetizáló folyamatok eredménye. Mind a társadalom, mind pedig a családja felől különböző hatások érik a személyt a hivatásválasztással vagy az ideológiával kapcsolatosan. Ezeket a hatásokat egyesíti a személy az identitásában.

Az identitásállapotot feltérképező interjú különböző területeket tartalmaz (például foglalkozás, vallás, szexualitás), amelyek külön-külön is jelezhetik a struktúra meglétét vagy hiányát.

Az identitásállapotot minden területen külön-külön állapítják meg, ezért előfordulhat, hogy valaki a foglalkozás terén a moratórium állapotában van, míg a vallás esetében korai zárás történt. Rendszerint azért egy státusz érvényesül a fő területeken. De a különböző területek identitásstátusza közötti kapcsolat és az átfogó identitásállapot két külön úton haladhat.

Az identitás állandó változásban van, de serdülőkor után fokozatosan lelassul ez a változás.

Az identitással kapcsolatos újabb elgondolások

Berzonsky, Sullivan (1992) kapcsolatot próbált keresni az identitásstílus és a különböző szociál-kognitív diszpozíciók között, úgymint: az információk iránti igény vagy a tapasztalatok iránti nyitottság, introspekcióra való hajlam. Az információk iránti igény értelmezésük szerint azt jelenti, hogy az egyének mennyire élvezik és vesznek részt az aktív információkereső folyamatban. Vizsgálatok úgy találták, hogy akiknek magas az információk iránti igénye azok hatékonyabban oldanak meg problémákat (Heppner, Reeder, Larson, 1983, idézi Berzonsky, Sullivan, 1992). A tapasztalatok iránti nyitottság (Costa, McCrae, 1978, 1980, idézi Berzonsky, Sullivan, 1992) jellemzői közé tartozik az újszerű gondolatokra való fogékonyság, a kreativitás, a pszichológiai beállítottság, a különböző életfelfogások és hitek tudatossága, a liberális értékek és az intellektuális kíváncsiság.

Az identitásstílus a szerzők értelmezésében arra vonatkozik, hogy a személy jellemzően miként dolgoz fel önmagával kapcsolatos információkat, hogyan old meg személyes problémákat, miként hoz döntéseket, illetve miként tekint az identitásának bizonyos részeire.

Az egyik ilyen identitásstílus – vizsgálataik alapján – az információorientált stílus lett. Ezek a személyek aktív információkeresők, ami azt jelenti, hogy problémamegoldás és döntéshozás során szándékosan keresnek, alakítanak ki és használnak önmagukkal

kapcsolatos információkat. Ők azok, akik *Marcia* (1987) elképzelései szerint az elért identitás vagy a moratórium állapotában vannak.

A következő a normaorientált identitásstílus, amikor is az egyén hajlik megvédeni magát a potenciálisan disszonáns tapasztalatoktól és információktól. Nem zárnak be az általános információk előtt, csak olyan speciális információk előtt, amelyek disszonanciát kelthetnek. Hajlanak arra, hogy alkalmazkodjanak azokhoz az előírásokhoz és szttenderdekhez, amelyeket a számukra fontos másik, illetve a referenciacsoport hoz. *Marcia* (1987) őket nevezte korai záróknak.

A harmadik csoportba a diffúz, elkerülő identitásstílussal rendelkező ember került be, aki védekező manővereket használ, szisztematikusan megkísérli elkerülni a problémákat és az „énes” információkat. Vonakodik szembenézni a problémákkal és a konfliktusokkal. Állandóan halogat, késleltet dolgokat, és végül a szituáció követelményei és következményei határozzák meg viselkedésbeli reakcióit. Ez a külsőleg kontrollált identitásstílus *Marcia* (1987) diffúz identitásállapotával vonható párhuzamba.

A 90-es évek elején az identitáskutatásban új irányzat kezdődött, az identitásállapotok felől a kialakulási folyamatok felé terelődött az érdeklődés. A fő paradigma az előző fejezetben már ismertetett *Marcia*-féle elmélet volt. Az identitás viszont – mint tudjuk – egy folyamatban kialakuló mintázat, egy dinamikus énstruktúra. Hiba volna azt gondolni, hogy ezt a problémát csak egyszer, a serdülőkorban kell megoldani. Az emberek a felnőttkoruk középső szakaszáig is folytatják e problémával való foglalkozást. A kezdetektől fogva felmerült az a gondolat, hogy a pszichoszociális stádiumoknak megfelelően az identitásszintek is hierarchikus rendet követnek. Az volt a feltevés, hogy a serdülőkor középső szakasza a korai zárás vagy a diffúz identitás állapotával kezdődik, a moratóriummal folytatódik, végül eljutnak a valódi (kivívott/elért) identitáshoz. A vizsgálatok ezt nem erősítették meg (*Adams, 1988, idézi Stephen, Fraser, Marcia, 1992*). Helyette úgy találták, hogy az egyéni különbségek kiemelten fontosak, a folyamat nem lineáris, hanem inkább fluktuál, ingadozik a különböző állapotok között. Longitudinális kutatások eredményei azt mutatták, hogy az elért identitás állapotából is néha visszaesnek az emberek fejlődésük alacsonyabb szintre, a korai zárás vagy a diffúz identitás állapotába (*Slugoski, Marcia, Koopman, 1984, idézi Stephen, Fraser, Marcia, 1992*).

Az identitás nem lezárt állapot. Az identitásállapotok nyitottak, változékonyak és hajlanak arra, hogy átdolgozzák őket. Ezért *Marcia* (1980, idézi *Marcia, 1987*) kiterjesztette ezeket az állapotváltozásokat egészen az élet végéig. Ő úgy látta, hogy ebben a fejlődési folyamatban a keresés és az elköteleződés állandóan váltakozik. Ennek eredményeképpen jön létre a MAMA (M: moratórium; A: achieved identity=elért/valódi identitás) ciklus, amelyben váltakozik a valódi identitás és a moratórium állapota.

Waterman (1982) szerint korai zárással vagy diffúz identitással kezdődik a fejlődés. Jellemző az egyikre az extrém mértékű merevség, míg a másikra az elköteleződés hiánya. A keresés maga az, ami továbbbillenti, kiigazítja a felborult egyensúlyt. Ha van lehetsé-

ge komoly alternatívák mérlegelésére, a személy elhagyja a korai zárás állapotát, miután megfontolta választását, lemond a rigiditásról. Az aktív keresés alatt a diffúz identitás állapotában van, keres az alternatívák közt, küzd az értelmes önmeghatározásért. Amint egyensúlyba kerül a két pólus, integrálja és interiorizálja a folyamatokat, majd a keresés intenzitása lecsökken, az egyén elkezd megalkotni az elköteleződéseit, amelyek az új, kialakult személyes identitás eredményei. Az aktuális elkötelezések fontos területekre vonatkoznak, például vallási nézetek, politikai ideológiák, szexuális viselkedés formái, foglalkozás kérdése. Általában a késő serdülőkorban fordul a figyelem és az energia az elkötelezések teljesítése felé. Néhány ember esetében ez a kezdeti identitás lehet a végső is egyben, de a legtöbben többször átmennek ezen a folyamaton. Ennek okai lehetnek belső pszichológiai változások vagy akár külső életesemények is, például válás, munkahely elvesztése stb.

A folyamat során a régi identitásállapot elveszti egyensúlyát, elveszik a „tudom, ki vagyok” érzés. Végül az új struktúra konszolidálódik, újabb szilárd elkötelezések jönnek létre. Ez a ciklus akár a késői pszichoszociális stádiumokban is lejátszódhat, például az intimitás, generativitás, integritás szakaszaiban.

Stephen, Fraser, Marcia (1992) a MAMA-ciklust mint egy dialektikus fejlődési folyamatot írják le, ahol 2 szélső pólust lehet elkülöníteni. Az egyik az elért identitás, a másik végpont pedig a korai zárás. Bizonyos személyek fixálódnak az egyik póluson, teljesen kirekesztve a másikat. A keresési folyamatban történő leragadások, illetve az a jellemző, hogy valaki képtelen szelektálni a különböző alternatívák között, elvezet az identitáskrizis megoldatlanságához. Ezt *Marcia* (1980) szavaival élve a karakteriológiai moratórium állapotának nevezhetjük.

Stephen, Fraser, Marcia (1992) elkülöníti az instrumentális és a tapasztalati orientációjú embert, más-más jellemző rájuk. Az instrumentális orientáció 2 fő jellemzője a célkeresés és a teljesítményorientáció. Ezeknek a személyeknek az energiája és figyelme kívülre irányul, a külső értékekre. Percepciójuk és figyelmük megszűri az információkat, értelmezéseik hajlanak a fixálódásra. Szelektivitás és biztonság jellemzi őket, támogatják az elköteleződést. Számukra a serdülőkor középső, kereső periódusa kevésbé értékes vagy fontos, mert azt bizonytalanság jellemzi, ezért azon minél hamarabb szeretnének túlesni. Az egyoldalú instrumentális orientáció gátolja az identitás fejlődését a későbbi életben, eleve kizárja az érdeklődés lehetőségét egyéb identitásalternatívák irányába. Az identitásállapot rigiddé válhat, így ellenállva a keresési folyamatnak, megakadályozva a MAMA-ciklust.

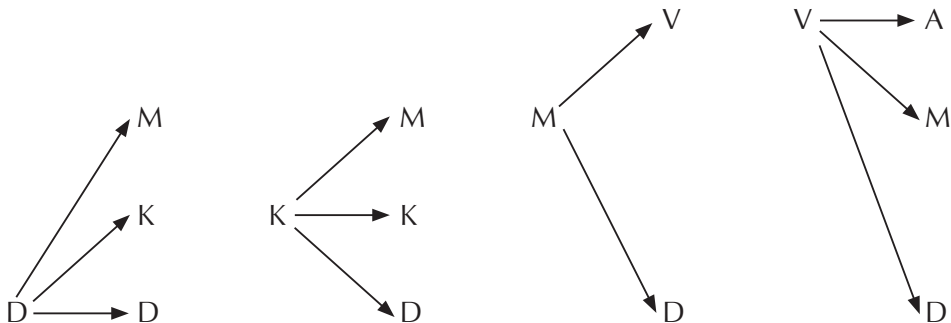
A tapasztalati orientációjú ember elsődlegesen keres, inkább, mint elfogadja azt, amit a szülők vagy a kortárs csoport tagjai értelmesnek tartanak. Számára az a legfontosabb, hogy ezeket saját maga fedezze fel. Az energiája és a figyelme belülről összpontosul, a belső értékekre figyel. Fő jellemzői a kíváncsiság és a fogékonyság. Percepciója és figyelme kevésbé szelektív. Maga a keresés a folyamat értelme, amikor egy új tapasztalat jelenik meg, ami a jobb megértést segítheti. Így a keresés nem fog befejeződni, elkö-

teleződései folyamatosan változnak. A szélsőségesen tapasztalati orientációjú emberek nagyon szenzitívek. Az ellentmondó üzenetek azt sugallják számukra, hogy megértésük még nem teljes, egy-két szempontot még figyelembe kell venniük. Kutató személyiség az ilyen ember, de ez meg is gátolhatja az elköteleződés kialakítását. Hiszen az elköteleződés burkoltan magában foglalja azt is, hogy lezárja az alternatívákat, ezért emiatt a kiemelkedően tapasztalati orientációjú személyek képtelenek lehetnek az elköteleződésre.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a tapasztalati orientációjú személy tapasztalatait használja arra, hogy megértse önmagát és a világot, míg az instrumentális orientációjú személy identitását arra használja, hogy megválogassa és megszűrje megelőző tapasztalatait. Mindezeknek megfelelően *Stephen, Fraser, Marcia* (1992) azt feltételezték, hogy a moratórium állapotában lévő egyének tapasztalati orientációjúak, míg a korai zárók esetében az instrumentális orientáció a meghatározó. A diffúz identitás állapotában mindkettő alacsony, az elért identitás esetében pedig mérsékelt magasak.

Magát a folyamatot úgy képzelték el, hogy az identitás fejlődésének kezdetén a serdülőkorban 2 szélsőség jellemző: a rigiditás (korai zárás) és az önmeghatározás hiánya (diffúz identitás). Az „identitáskrízis” az első mozzanat ezeknek a szélsőségeknek az integrációja felé és az identitás megszilárdításához. A keresés periódusa után (moratórium) a személy releváns választásokat fog tenni a korábbi szerepekből, attitűdökből: elköteleződik. Ekkor fogjuk valódi identitásként kategorizálni. Az idő múlásával igyekszik elköteleződéseinek megfelelően teljesíteni. Majd a kezdeti identitás egyensúlyát veszti, egy eddig fontos elköteleződés válik már nem annyira fontossá, többé már nem illik az új gondolatokhoz, értékekhez. Általában a személyt külső események hajtják a változtatás felé. Így valószínűleg újra a moratórium állapotába kerül, és kezdődik a ciklus újra. Ezért maga az identitás folyamata jobban leírható egy spirállal, mint egy lineáris vonallal.

Ezt a spirális fejlődési útvonalat erősítik meg *Waterman* (1982) elképzelései, amelyek a következő modellre épülnek (lásd 1. ábra):



1. ábra. Waterman modellje

- D→M: az identitás diffúz állapotából el lehet jutni a moratóriumba, ha a személy komolyan elkezd keresni a különböző identitásalternatívákat.
- D→K: lehet belőle korai zárás, ha tudatára ébred az első igazi lehetőségnek, követni szülei elképzeléseit.
- D→D: folytathatja a diffúz identitás állapotát, nem tesz komoly erőfeszítést arra, hogy kidolgozza identitását.
- K→M: korai zárásból lehet moratórium, ha a korai elköteleződéseit megváltoztatja úgy, hogy alternatív lehetőségeken gondolkodik.
- K→K: maradhat korai záró, folytathatja elköteleződéseit felnőttkorban azok felé a célok és értékek felé, amelyeknek a prioritását még a serdülőkorban határozta meg.
- K→D: diffúz identitás is lehet belőle, ha a kezdeti elkötelezések fokozatosan válnak egyre inkább jelentésnélkülivé úgy, hogy közben ennek megakadályozására nem tesz lépéseket.
- M→V: moratóriumból lehet valódi identitás, ha a személy erős, jelentésteli elkötelezések hoz létre specifikus célok és értékek irányába.
- M→D: diffúz identitás is lehet belőle, ha feladja erőfeszítéseit, hogy megtalálja az értékeit, mielőtt még elköteleződött volna.
- V→V: valódi identitás állapotában maradhat az egyén, ha fenntartja elköteleződéseit azon célok és értékek irányába, amelyeket az identitáskrisis során dolgozott ki.
- V→M: ismét kialakulhat moratórium is, amikor az egyén újra belép a krízisbe, mivel úgy találta, hogy korábbi megoldásai a kipróbálás során nem bizonyultak elég hatékonyak.
- V→D: diffúz identitás válhat belőle, ha az elkötelezések, amelyeket létrehozott, fokozatosan vesztenek életképességükből új krízis előidézése nélkül.

Az akadályozottság mint stigma

Az emberek egyes személyeket valamilyen módon megjelölnek. Ez a jel, stigma (bélyeg) a közösséget sajátos viselkedésre készíti a megjelölttel szemben. A megjelölt pedig a jelnek megfelelően viselkedik, sőt a magáról kialakított képet is a jelhez igazítja. Tehát hatása kétirányú: a környezet felé felszólító jellegű, sajátos magatartást vált ki, a személy felé pedig énkép-alakító. Ez a stigma nem közvetlenül hat az énképre, hanem a szociális tükör által. Az ember saját tapasztalatai és a szociális tükör segítségével fogja kialakítani reális énképét, ami általában nehezebb egy sérült személynek. A környezet gyakran segít abban, hogy ne ismerje meg magát a fogyatékos ember reálisan (például: nem is látsz te olyan rosszul) (Pálhegyi, 1998). A társadalom sajátos magatartása általában negatív előjelű, ezt különböző vizsgálatok is igazolják. Ebben a témában főleg a Bogardus társadalmi távolságmérő skálával folytak vizsgálatok. Shears és Jensema (1969, idézi Illýs, Mérei, 1975) 1969-es vizsgálatai 10 fogyatékoscsoportot mért fel, többek között az ér-

telmi fogyatékosokat, a vakokat, a siketeket, a mozgásszervi fogyatékosokat stb. Először a vizsgálati személyeknek meg kellett határozniuk, hogy milyen sorrendben fogadnák el az egyes csoportokat barátként. Másodszor egy elviselhetőségi sorrendet állítottak fel a kísérleti személyek saját magukra vonatkozólag. Utoljára pedig Bogardus 6 helyzetében kellett megítélni az egyes csoportokat. Ezek a következők voltak: kivel lakna azonos országban, kivel állna szóba szívesen, kinek a szomszédságában lakna, kivel dolgozna együtt szívesen, kivel barátkozna és végül kivel kötne házasságot. Illyés Sándor és Mérei Vera vizsgálata szintén a Bogardus-skálát alkalmazta. Eredményeik megegyeztek egymással voltak. A szociális elfogadhatóság rangsora a következő lett: pöszék, látás-sérültek, dadogók, hadarók, hallás-sérültek, értelmi fogyatékosok. Az épek tartózkodó vagy visszautasító magatartása a fogyatékosokkal szemben részben a fogyatékosok interakciós, kooperációs, teljesítménybeli akadályozottságára, részben a fogyatékosokkal szembeni előítéletekre vezethető vissza. Az épek elzárkóznak attól, hogy közösséget vállaljanak a fogyatékosokkal, mert nem akarják vállalni a nehézségeket, lemondásokat, amelyeket különböző élethelyzetek adhatnak. Azért tartózkodnak a fogyatékos személyek elfogadásától, mert bizonyos helyzetekben a társas kapcsolatokat velük hátrányosnak ítélik meg. De ez a reális nehézségek felismerésére utal. Az előítéletek jelentősen torzító hatását csak az értelmi fogyatékosoknál találták, az ő elutasításuk kiemelkedően magas. Ennek oka az, hogy az emberek nincsenek a fogalommal tisztában, sokszor az elmebeteg jellemzőivel ruházzák fel őket. A valóságosnál rosszabbaknak, a társas kapcsolatokra alkalmatlannak ítélik őket (Illyés, Mérei, 1975).

Több ok is meghúzódhat annak hátterében, hogy a kapcsolatot a stigmatizált emberrel kerülik az „ép” emberek. Ha azt feltételezzük, hogy az elutasítás a hajdani biológiai szelekcióból származik, akkor azt mondhatjuk, hogy ma már ebben semmilyen biológiai célszerűség nincs, ebből nem származik haszna az emberi közösségnek (Pálhegyi, 1998). Goffman (1981) szerint az embereket ezek a jelek arra emlékeztetik, amikor még a társadalomban szankcióként használták őket (például szökéssel próbálkozó rabszolgák orrát levágták). Ma ezt a tudattalanná vált erkölcsi elutasítást az akadályozott személyekre is használjuk. Végül, de nem utolsósorban szorongást válthat ki az „ép” emberben a fogyatékosági bélyeget hordozó ember jelenléte. Ennek több forrása is lehet:

- Feszültséget kelthet a diszharmonikus mozgás vagy éppen az aránytalan test.
- Sokszor nem tudjuk, mi lenne a helyes magatartás a sérültekkel szemben.
- A velük való találkozás eszünkbe juttathatja, hogy ez velünk is előfordulhat vagy előfordulhatott volna (Pálhegyi, 1998).

Mindezek miatt és a saját énképének fenntartása érdekében sok fogyatékos fiatal megpróbálja a reális önmegismerést elhárítani, ehhez különböző technikákat alkalmaznak, ezek együttesét identitáspolitikának nevezzük (Haeberlin, 1996b):

- A stigma eltüntetésének kísérlete, például a megvakult ember nem akar bottal járni.

- A sérült képességek fejlesztése, például mozgássérült emberek túlzott sporttevékenysége, ha nem az öröm motiválja, hanem a realitás elfedése és önmaga értékének bizonygatása.
- Az épen maradt funkciók területén végzett kompenzáció: ez nagyon fontos, de a motiváció milyensége itt is meghatározó.
- Szakítás a valósággal, például az álmodozás.
- Másodlagos haszon a stigmából: a sérült ember minden balsikerét a stigmának tulajdonítja, ezért gyakran – még ha van is lehetősége – nem szeretne szabadulni tőle.
- A stigma átértelmezése: meggyőzi magát arról, hogy jobb így neki. Olyan képességei alakultak ki, amelyek egyébként nem lennének ilyen magas színvonalon (*Pálhegyi, 1998; Goffmann, 1981*).

Az akadályozottság bizonyos esetekben a társadalmi véleményalkotás folyamataként is értelmezhető, ebben az értelemben a társadalmi címkézési folyamat (a stigma megalkotása) eredménye. A stigma mint negatív, feltűnő ismertetőjegy az ember identitását rendkívül erősen befolyásolja. Az emberi identitásnak *Goffmann (1967, idézi Haeblerlin, 1996a)* szerint a következő aspektusai vannak: a **szociális identitás** fogalmába beletartozik minden olyan tulajdonság, amit mások tartanak az adott személyről. Ennek tartalma részben bizonyított, részben csak feltételezett, ezért meg kell különböztetnünk az aktuális és a virtuális szociális identitást. Az **aktuális szociális identitás**ba olyan ismertetőjegyek tartoznak, amelyek bizonyítottak, és amelyek nem titkolhatók el. A **virtuális szociális identitás**ba viszont olyan jegyek tartoznak, amelyek csak feltételezettek, anélkül, hogy bizonyíthatók lennének. Fontos megemlíteni még a **személyes identitás** fogalmát, eszerint „minden embert mint egyedi jelenséget lehet és kell is elismerni”. (*Haeblerlin, 1996a, 32.*) Kiemelendő még egy fogalom, mégpedig az **énidentitás**, ami azt jelenti, hogy az egyes emberek szubjektíven hogyan érzékelik saját szociális és személyes identitásukat. Ha egy ember valamilyen stigmával rendelkezik, az az identitás valamennyi aspektusára kihathat. Gyógypedagógusként feladatunk a stigmatizációs mechanizmusok ellen hatni.

A tanulási akadályozottság fogalma

A tanulásban akadályozottság fogalma a hazai gyógypedagógiai szaknyelvben csak az utóbbi években terjedt el. Ahhoz, hogy a fogalom tisztázása pontos legyen, az értelmi fogyatékoság meghatározásából kell kiindulnunk.

A Budapest-vizsgálat a következő definícióból indult ki: „Az értelmi fogyatékoság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeként alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első élet évektől kezdve – számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott.” (*Czeizel, Lányiné, Rátay, 1978, 18.*) Ez a meghatá-

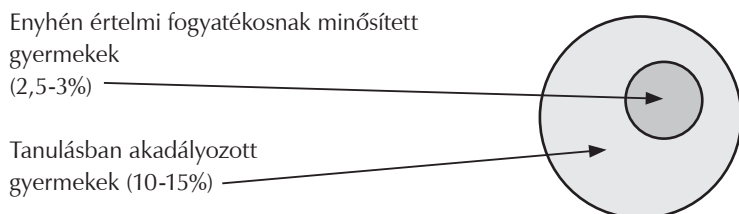
rozás még differenciálatlanul tárgyalja az értelmi fogyatékoságot, a későbbiekben az egyes csoportokat külön-külön határozzák meg. Az egyik legfrissebb így szól: „*Enyhén értelmi fogyatékosok*: az értelmi fogyatékosok (mentálisan sérültek) egyik alcsoportját képezik. (Korábbi elnevezésüket: debilisek, a modern gyógypedagógia már nem használja.) Az enyhén értelmi fogyatékosok személyiségfejlődési zavara, akadályozottsága az idegrendszer enyhe, különféle eredetű, örökölt vagy korai életkorban szerzett sérülésével és/vagy funkciózavarával függ össze. Az enyhe fokú értelmi fogyatékoság (mentális sérülés) diagnosztizálása elsősorban orvosi, gyógypedagógiai és pszichológiai feladat... Pszichodiagnosztikai vizsgálatokkal megállapítható a kognitív funkciók lassabb fejlődése, emellett a nem kifejezetten intellektuális területeken is jelentkezhetnek eltérések. A BNO szerint az intelligenciatesztekkel mért értelmességük az 50–69 IQ tartományba esik (intelligenciasérülés). Diagnosztikus ismérvek: »A megértés és a nyelvhasználat lassabban alakulhat ki, a kifejező beszédképességek hiányosságai egészen a felnőttkorig észlelhetők, és lassítják az önállóság kialakítását. Csak kisebb részüknél lehet organikus okokat felfedezni. Autizmus és más fejlődési rendellenességek, epilepszia, magatartászavarok és testi fogyatékoságok változó arányban találhatóak« (BNO-10, F 70). Az enyhén értelmi fogyatékosok fejlődése igen változatos, attól függően, hogy milyen egyéb érzékszervi, motorikus, beszédfejlődési, viselkedési stb. rendellenességeket mutatnak, amelyek vagy oksági összefüggésben állnak az értelmi fogyatékosággal, vagy következményesen egyéb hatásokra alakulnak ki. Tanulási helyzetekben megfigyelhető jellemzőik: a téri tájékozódás, a finommotorika, a figyelemkoncentráció, a bonyolultabb gondolkodási folyamatok, a kommunikáció, valamint a szociális alkalmazkodás fejlődésének eltérései. Ezek egyénenként változó mértékben és mindig egyedi kombinációban jelennek meg; a tanulási képesség különböző mértékű fejlődési zavarát mutatják, és akadályozzák az iskolai tanulás eredményességét...” (Mesterházi, 2001, 76–77.)

A 20. század derekától kezdve a követelmények növekedésével kialakult egy gyermekcsoport, amely nem teljesíti az értelmi fogyatékoság kritériumait (idegrendszeri károsodás és 70 alatti IQ). Viszont a szokásos iskolai feltételek mellett nem tudnak eredményesen tanulni, bukdácsolnak, lemorzsolódnak. Köztük sok a szociokulturálisan hátrányos helyzetű gyermek. Emellett folyamatosan bírálták/bírálják a régi nevén kiségitő iskolát, mai szóhasználattal az eltérő tantervű általános iskolát (EÁI), mert nemcsak az enyhén értelmi fogyatékosnak minősülő gyermekek kerültek/kerülnek be, hanem a szociokulturálisan leghátrányosabb helyzetű, illetve roma családok gyermekei is.

Így mindkét csoport fejlesztése – a ténylegesen enyhén értelmi fogyatékosoké és az általános iskolában gyengén haladóké – nem biztosítható az általános iskola jelenlegi feltételei mellett. Ők egyéni, pedagógiai megsegítést igényelnek. Mindkét csoport külön segítségadás nélkül akadályozott a tanulási folyamatokban.

Mindezek alapján a tanulásban akadályozott gyermekek körébe tartoznak egyrészt a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság által enyhén értelmi

fogyatékosnak minősített gyermekek, akik a tanköteles korú népesség 2,5-3%-át jelentik, másrészt az általános iskolában elégtelen vagy gyenge teljesítményt nyújtó tanulók, akik az előző csoporttal együtt a tanköteles korú gyermekek mintegy 10-15%-át alkotják (Gaál, 2000). A 2. ábra ezt foglalja össze:



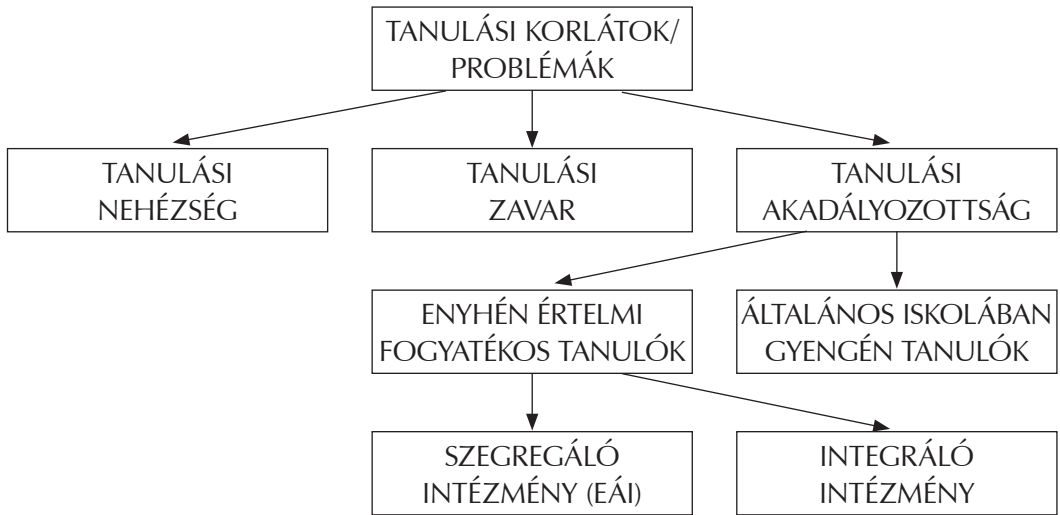
2. ábra. Tanulásban akadályozott és enyhén értelmi fogyatékos gyermekek a tanköteles korú népességben

A legújabb meghatározások a következőképpen szólnak: „A tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikai okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak.” (Mesterházi, 1998, 54.) „Tanulásban akadályozottnak számítanak azok a gyermekek és fiatalok, akik fejlődésbeli hiányosságok, a központi idegrendszer sérülése vagy szociokulturális depriváció miatt bekövetkező csökkent intelligenciateljesítmények az iskolai tanulást oly mértékben befolyásolják, hogy a tananyag felfogása, tárolása és feldolgozása nem az életkornak megfelelő szinten történik.” (Englbrecht, Weigert, 1996, 27.) Tehát az idegrendszeri károsodás mellett és helyett ezekben a meghatározásokban megjelenik a szociális környezet igen erős befolyásoló hatása, ami a későbbi tanulási sikerességet pozitívan vagy negatívan befolyásolhatja.

A ma Magyarországon használt fogalom teljes értelmezéséhez fontos megemlíteni a német szakirodalomban használt fogalmakat, valamint ezek definiálását.

Kanter (1996) több szempont figyelembevételével értelmezi a tanulásban akadályozottság fogalmát. Első megközelítésben a tanulási akadályozottságot pedagógiai értelemben definiálja, eszerint egy bizonyos határok között mozgó magatartási teljesítményképet jelent, amely egy adott társadalmi és kulturális közeg elvárt normáinak nem felel meg. Így értelmezhető a személy nehézségeként vagy akár a környezet követelményeivel kapcsolatosan is. Másik fontos jellemzője a fogalomnak, hogy a tanulás során fellépő gátló tényezők korlátozzák a személy pszichikus fejlődését, személyiségfejlődését, vagyis ez azt jelenti, hogy a tanulási akadályozottság folyamatjellegű. Ehhez kapcsolódóan csak mint dinamikus folyamat és komplex jelenség írható le, sohasem

statikus adottság. Harmadrészt kiemelendő, hogy nem beszélhetünk a tanulási képesség globális hiányáról a tanulási akadályozottság kapcsán, mivel eddig nem sikerült még az emberi tanulási képességet globálisan leírni. A német szakirodalom különbséget tesz a tanulási akadályozottság és a különböző tanulási korlátok között. A fogalmak áttekintéséhez nézzük meg a 3. ábrát:



3. ábra. A tanulási korlátok/problémák köre

Kanter (1996) definiálásának utolsó szempontja az, hogy milyen állapotokat nem sorolunk a tanulásban akadályozottság körébe. Ide sorolja az érzékszervi károsodást, a testi fogyatékoságot, a beszédzavart, az elsődleges magatartászavart, a körülírt klinikai kórképeket, valamint az értelmi fogyatékoságot. Jól látható, hogy a német és a magyar fogalom nem teljesen fedi egymást, hiszen a magyar szaknyelvben ide tartoznak az enyhén értelmi fogyatékos személyek, a gyermekek is.

Tanulásban akadályozott fiatalok identitásával kapcsolatos elméletek, vizsgálatok

Számos tanulmányban olvasható az, hogy az enyhén értelmi fogyatékos személyek intelligenciája és a foglalkozásbeli sikerességük között nincs kapcsolat, míg a személyes és szociális készségekre vonatkozó jellemzők gyakran különböznek sikeres és sikertelen személyeknél. Viszonylag keveset tudunk az enyhén értelmi fogyatékos fiatalok személyiségében lezajló folyamatokról. Cleland (1978, idézi Levy-Shiff, Kedem, Sevilla, 1990)

szerint az értelmi fogyatékos személyek az ép fiatalokhoz hasonló változásokon mennek keresztül például szociális, kulturális területeken. Velük kapcsolatban is hasonló témák foglalkoztatták a kutatókat: szexualitás, énkép/énfogalom stb. *Zetlin, Turner (1985)* vizsgálatai azt mutatták ki, hogy a szülők szerint a kamaszkor problémásabb, mint a gyermekkor vagy mint a felnőttkor. Általában egyetértettek a serdülőkori konfliktusok és a „szórakozottság” természetében. Ezt a „szórakozottságot” növelheti a hiányos kompetencia érzése és a limitált, gyakran sikertelen tapasztalatok ezeknél a serdülőknél (*Abramson, Ash, Nash, 1978; Irwin, 1977; Paulson, Stone, 1973, idézi Levy-Shiff, Kedem, Sevilla, 1990*).

Az enyhén értelmi fogyatékos kamaszok sokszor nem képesek átlátni azt a független szerepet, amelyet a társadalom elvár más serdülőktől. Hajlanak arra, hogy folytassák eddigi függőségüket, habár ezzel együtt sokuknál megjelenik a függetlenség igénye is. Különböző kognitív, családi, szociális és emocionális tényezők akadályozhatják az identitás megszilárdulását náluk. Meg kell küzdeniük a kamaszkor különböző problémáival, a felnőttkorba való átmenettel, kognitív deficitjeikkel, amelyek a következőket jelenthetik: gyengébb idői fogalmak, idői orientáció, rosszabb koordináció és megértés (*Inhelder, 1968, idézi Levy-Shiff, Kedem, Sevilla, 1990*). Ráadásul ezek a hiányok adaptív viselkedésekben (kommunikációs készség) is megjelennek. Pedig az identitás létrehozásában a 2 legfontosabb tényező: a kognitív és a kommunikációs készségek.

A szülők is gyakran nagyon bizonytalanok, nem igazán tudják, hogyan készítsék fel őket a felnőttkorra. Sokszor a függőséget ösztönzik vagy a gyerekes viselkedést, nem pedig a függetlenséget, az önirányítást, a felelősséget és a szexuális tudatosságot.

A kapcsolat a kortársakkal és a limitált szociális tapasztalat negatívan hathat az identitás megalapozására, mert szociálisan sokszor visszautasítottak és izoláltak, kevés lehetőségük van szabadidős tevékenységekben részt venni (*Wilson, 1970, idézi Levy-Shiff, Kedem, Sevilla, 1990*). Ebben az időszakban a családi, a kortársi és a saját elvárások konfliktusba kerülhetnek, mert az életkor, a fizikai érettség és a funkcionális kapacitás között diszkrépancia áll fenn. A fogyatékos státusz következményei egyre inkább szembeötlőbbé válnak, és a tapasztalataik – szülői korlátozás, kortársi visszautasítás, az elvárások és a teljesítmény diszkrépanciája – hozzájárulnak a fiatalok nyugtalanságához és elégedetlenségéhez.

Levy-Shiff, Kedem, Sevilla (1990) feltételezik, hogy a fogyatékos serdülők egyedi identitásprofil mutattak, amely jelzi számunkra a fiatalok sajátos tapasztalatait, hiányos képességeit. Ezért az identitásalakulásuk nem egyszerűen valami „lemaradást” jelent az épekhez képest, vagyis nem fog megegyezni az identitásuk a fiatalabb, de hasonló mentális korú gyerekekével. Vizsgálataik megerősítették feltételezéseiket. Kérdőívükben több területen is mérték az identitást, 3 területen találtak diffúz identitást: testkép, ügyesség, jelentéstelenség. A fogyatékos fiatalok kifejezték azt az érzésüket, hogy életük nem érdekes, hanem üres és jelentéstelen. *Zetlin, Turner (1985)* szerint az elvárások és a teljesítmény közti diszkrépancia jelzi azt, amit sok sérült személy tapasztal meg

serdülőkorban. Megélik különbözőségüket, és lassú tanulóként definiálják magukat. Sokuknak átlagos elvárása van önmagával szemben, és frusztrálttá válnak, amikor realizálják, hogy céljaik elérését gátolja az akadályozottságuk. Hasonló tevékenységeket szeretnének végezni, mint testvéreik és nem fogyatékos kortársaik, de gyakran fel kell ezt a vágyat adniuk. Az eredmények viszont azt is megmutatták, hogy stabilabb és folytonosabb identitásállapotot mutattak, mint a nem sérült fiatalok. *Frankenstein* (1970, idézi *Levy-Shiff, Kedem, Sevilla*, 1990) azt állítja, hogy a fogyatékos serdülők is átesnek az identitásalakulás folyamatán eriksoni értelemben, csak specifikusan, mivel a folyamat akadályozott, hiszen ehhez adekvát és ép képességek szükségesek. Emellett még azt találták, hogy a sérült lányok sokkal diffúzabb identitást mutattak, mint a fiúk.

Zetlin, Turner (1985) vizsgálatában sérült felnőttek és szüleik tekintettek vissza a serdülőkori évekre. A minta 84%-a a serdülőkor időszakában „differenciálódott”, és ez hatással volt szociális identitásukra. Két fontos összetevő jelent meg saját magukkal kapcsolatban: az elvárás–teljesítmény diszkrepanciája és az elfogadás–visszautasítás problémája. Az előbbivel kapcsolatosan a minta 56%-a jelezte, hogy serdülőkorukban realizálták fogyatékoságukat. Egyre érzékelhetőbbé váltak hiányosságaik az iskolai teljesítményben, inadekvátnak definiálták magukat. Az elfogadás–visszautasítás problémájával kapcsolatosan a minta 68%-a jelezte, hogy elutasítást tapasztalt a családtagok vagy a kortárs csoport felől. Tudatosult, hogy szüleik csalódtak bennük. Szüleik éreztették és kifejezték, hogy ők mások. Más iskolába küldték őket, míg testvéreik folytathatták otthoni életüket, más viselkedési sztenderdeket vártak el tőlük és testvéreiktől.

Néhányan testvéri visszautasításról is beszámoltak: például arról, hogyan kritizálták őket, vagy fogyatékosnak nevezték őket, és hogy ez mennyire fáj nekik. A kortárs csoport is sokszor hasonlóan cselekedett. A vizsgált személyek 23%-ának nem volt olyan barátja, akivel szabadidejét tölthette volna. Másik 23%-nak nem volt szerelme abban az időszakban, amikor a kortársainak már igen.

A fentieknek fontos szerepük van az akadályozott fiatalok esetében a felnőtt életbe való beilleszkedés során. Bármilyen segítő program hatékonyságát megnöveli a szülők jelenléte, aktivitása. A sérült kamaszoknak is meg kell tanulniuk tervezni és menedzselni életüket, mert enélkül az iskolát elhagyva nem tudnak elérni pozitív eredményeket felnőttkorban. A gyenge eredmények oka sokszor az identitás hiánya. *Morningstar, Turnbull, Turnbull* (1995) vizsgálataiban több területről kérdezték a fiatalokat. Többek között a munkával kapcsolatos véleményeket és a család támogató hatását igyekeztek feltárni az identitás kialakításával kapcsolatban. A sérült fiatalok sokféle foglalkozást jelöltek meg, melyekben bizonyítottnak találták a család hatását. Túlsúlyban voltak azok a kijelentések, amelyek a családról szóltak, például sokan olyan szakmát jelöltek meg, amely már a családban megtalálható volt (orvos, állatorvos, nővér, pincér, kozmetikus stb.). Néhányuknak volt alkalma fontos döntéseket hozni, másoknak pedig úgy kellett kialakítaniuk az identitásukat néhány területen, hogy a szüleik hozták helyettük a döntéseket. Néhány serdülőnek az volt az érzése, hogy felelősek saját életükkel kapcsolatos

fontos döntések meghozatalában, például szabadidő eltöltése, késői kimaradás, ivás, elköltözés otthonról. Azok, akik fontos döntéseket hoztak, érezték a felelősséget, amire szükségük lesz a felnőtt életük során. Ugyanakkor ők rendszeresen beszéltek is szüleikkel erről, és érezték, hogy választásaikban támogatják őket. Más tanulmányokban is azt találták, hogy az enyhén értelmi fogyatékos emberek is aktív szerepet tudnak vállalni az életükkel kapcsolatos döntésekben (Faw, Davis, Peck, 1996).

A legújabb kutatások a sérültekkel kapcsolatban leginkább az identitás szociális aspektusát igyekeznek feltárni. Vizsgálják a családtagok szociális identitását, illetve a fogyatékoság szociális oldalát olyan személyeknél, akiket hivatalosan értelmi fogyatékosnak nyilvánítottak. Az egyik tanulmányban – a jelenlegi elméletekkel szemben – azt találták, hogy a család konstruál magának egy olyan világot, amelyben a fogyatékoság nem stigmatizál, nem problematikus az identitásuk szempontjából. Ezt igyekeznek másoknak is így értelmezni, céljuk a stigma elkerülése (Taylor, 2000). Más kutatók egy csoportterápia során igyekeztek ezt az elméletet az enyhén értelmi fogyatékos emberek javára fordítani. Az adott személyeknél úgy próbálták meg kialakítani és fenntartani önbecsülésüket, hogy pozitívan tekintettek saját szociális csoportjukra. Ez nehezen lehetséges olyan egyéneknél, akik stigmatizált csoport tagjai. Ezért megpróbálták pozitívan tekinteni a társtagokra, akik saját stigmatizált csoportjukból valók. Ez pozitívan hatott a csoportterápiában résztvevők önbecsülésére (Aviram, Rosenfeld, 2002).

A vizsgálat hipotézisei

Vizsgálatom megkezdése előtt a következő hipotéziseket állítottam fel:

- A szakirodalom tanulmányozását követően feltételezem, hogy az életkor növekedésével az általam vizsgált minta esetében is egyre nagyobb arányban fogok valódi identitású serdülőket találni, és egyre kevesebb diffúz identitású személyt.
- A tanulásban akadályozott fiatalok sajátosságait szem előtt tartva feltételezem, hogy náluk a korai zárók aránya sokkal nagyobb lesz. Kognitív területeken megfigyelhető hiányosságaik következtében úgy gondolom, hogy a szülői minták, gondolatok, viselkedések meghatározóak lehetnek. Mindezek mindhárom területre (munka, szabadidő, szerelem/barátság) jelentős mértékben fognak hatni.
- A hasonló mintán végzett kutatások alapján feltételezem, hogy jelentős nemi különbségek lesznek az egyes mért területeken. Mégpedig a nők nagyobb arányban fognak diffúz identitású állapotot mutatni.
- Feltételezem, hogy a szülőkkal való beszélgetés (amelyre a kérdőívben rákérdezek) kapcsolatban fog állni a munka területén kapott identitásállapottal. Minél több alkalma és lehetősége van a fiatalnak ezt megbeszélni, megvitatni szüleivel, annál inkább határozott elképzeléssel (elköteleződés) fog rendelkezni a szakmaválasztásával kapcsolatban. Ez azt jelenti, hogy vagy valódi identitású lesz, vagy a szülői mintát követve korai záró.

- A szakirodalmi áttekintés után feltételezem, hogy a Szabó (2002) által összeállított kérdőív szülői és társas támogatás skálái a különböző területeken mért identitással kapcsolatban lesznek. Úgy gondolom, hogy mindkét támogatásnak jelentős hatása van az identitásfolyamatra, annak kialakulására. Minél nagyobb mértékű támogatásról számolnak be a fiatalok, annál kevésbé figyelhetünk meg diffúz identításra utaló válaszokat.

A vizsgált minta

A vizsgált személyek egy budapesti speciális szakiskolába járó fiatalok voltak, akikkel osztályfőnökük töltötte ki a kérdőívet egy osztályfőnöki óra keretében (45 perc). Speciális szakiskolába járnak ma Magyarországon azok a fiatalok, akiket a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság enyhén értelmi fogyatékosnak diagnosztizál, az EÁI elvégzése után itt tanulhatnak tovább. Az 1985. évi I. törvény teremtette meg ehhez a jogi feltételeket, itt csökkentett tananyagú szakmai képzést kapnak a fiatalok. „A speciális szakiskolákban szerzett bizonyítvány szakmunkási, illetőleg betanított munkakör betöltésére képesít.” [86. paragrafus (4) pontja.] Az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról egyértelműen kizárja a nem fogyatékos tanulókat ebből az intézménytípusból: „A többi tanulóval fogyatékosága miatt együtthaladásra képtelen tanulók részére a tizedik évfolyam elvégzése, illetve a tankötelezettség megszűnése után speciális szakiskola és munkára felkészítő iskola, tagozat, csoport szervezhető.” [30. paragrafus (1) pontja.] A speciális szakiskolák feladata a munkába álláshoz és az életkezdéshez szükséges ismeretek átadása, ill. felkészítenek az Országos Képzési Jegyzékben szereplő szakképesítések körében szakmai vizsgára. Emellett biztosítaniuk kell a tanulásban akadályozott fiatalok pályaválasztásának segítségét, munkába állásának előkészítését, melyek az önálló életvezetés feltételei.

A vizsgálati módszer

A szakirodalom alapos áttekintése után kerestem egy módszert, amely a fiatalok sajátosságainak megfelel. *Biegelbauer Helga* (2003) és *Szabó Gábor* (2003) szakdolgozatukban lefordítottak egy angol nyelvű, identitást mérő kérdőívet. Ez Bennion, Adams 1986-ban megalkotott eljárása volt, az Identitás Állapotot Mérő Objektív Kérdőív Kiterjesztett és Átdolgozott Változata (Extended Objective Measure of Ego Identity Status – revised version), röviden az EOMEIS-2 kérdőív, amelyet először ők adaptáltak magyar gimnazisták részére. Az általam vizsgált személyek számára ez a fordítás, illetve ezzel együtt a kérdőív maga nehéznek bizonyult. Az állítások többszörösen összetett mondatok voltak, melyeket 1–6-ig tartó skálán kellett értékelniük a diákoknak, mennyire értenek vele egyet. Néhány példa a mondatokra: „1. Még nem döntöttem olyan foglalkozás mellett,

amely igazán érdekelné, azt fogom csinálni, amire lehetőségem van mindaddig, amíg valami jobb nem jön.” Vagy: „8. A politika olyan valami, amelyben soha nem lehetek elég biztos, mert a dolgok olyan gyorsan változnak. De azt gondolom, fontos tudnom, milyen politikai nézetet vallok, és miben hihetek.” A kérdőív 64 állítása közül 32 mondat az identitás ideológiai aspektusát, a másik 32 mondat pedig az identitás interperszonális aspektusát közelíti meg. Az ideológiai megközelítés kategóriájába a munkával, a politikai nézetekkel, a vallással, az életstílussal kapcsolatos kijelentések tartoztak. Az interperszonális identitás állításai a szabadidőre, a barátokra, a párkapcsolatra kérdeztek rá. Mind az ideológiai, mind pedig az interperszonális aspektusra vonatkozó mondatokat 4 csoportba lehetett besorolni a *Marcia*-féle identitásállapotoknak megfelelően: diffúz identitás, valódi identitás, moratórium, korai zárás.

A kérdőív alapos áttekintése után úgy gondoltam, hogy annak segítségével egy teljesen új kérdőívet készítek. Az eredeti kérdőívből az interperszonális aspektust megtartottam, az ideológiai megközelítésből pedig a munkára vonatkozó mondatokat. Kihagytam a politikára, a vallásra és az életstílusra vonatkozó állításokat. Az egyszerű szerkezetű mondatokat meghagytam, a bonyolultabbakat igyekeztem könnyebbé alakítani. Maradtak kijelentések az eredeti kérdőívből is, például a „29. Nincsenek közeli barátaim, jelenleg nem is keresek.” az én kérdőívemben is megjelent a 13. sorszámmal. Emellett természetesen teljesen új állításokat is létrehoztam. A vizsgált 3 területről mind a 4 identitásállapokra létrehoztam 4-4 kijelentést.

A kérdőíves vizsgálatot kiegészítettem néhány olyan nyitott, félig nyitott kérdéssel, amelyek előreláthatólag kapcsolatban vannak a serdülő egyes területein kapott identitásállapotával. (A pontos kérdések a 1. sz. mellékletben olvashatók.) Végül a kérdőív végére kerültek a *Harter* (1988) koncepciója alapján *Szabó L.* (2002) által kidolgozott kérdőívnek azon állításai, amelyek a fiatalok társas és szülői támogatottságára vonatkoznak. Ennek pontos kiértékelése a 2. sz. mellékletben olvasható.

A vizsgálat eredményei

Alapstatisztikák

A kísérleti csoport nemek szerinti megoszlása a következőképpen alakult (lásd 2. táblázat).

	Fő	Százalék
Férfi	63 fő	61%
Nő	40 fő	39%
Összesen	103 fő	100%

2. táblázat. A minta nemi megoszlása

A speciális szakiskolában, ahol kitölttettem a kérdőíveket, az egyes osztályokból ilyen arányban kerültek be férfiak és nők a vizsgálatba. Általában sokkal több fiú tanul ebben az iskolatípusban, mint lány, ezt jól mutatja a minta is.

Az életkort tekintve a fiatalok 16 éves kortól járhatnak ebbe az intézménybe, felső korhatárt nem szabnak. A vizsgálatban résztvevők életkora így alakult (lásd 3. táblázat):

Életkor	Fő	Százalék
16	5	4,9%
17	15	14,6%
18	46	44,7%
19	17	16,5%
20	9	8,7%
21	6	5,8%
22	1	1%
23	3	2,9%
Nem válaszolt	1	1%
Összesen	103	100%

3. táblázat. A vizsgált minta életkori megoszlása

Látható, hogy a fiatalok majdnem 45%-a 18 éves volt a vizsgálat idején. Kevés 16 éves, illetve 21 éves vagy annál idősebb serdülő járt az iskolába. 1 fő nem válaszolt erre a kérdésre.

A diákok 6 különböző szakma tanulói közül kerültek ki, amelyek a következők voltak (lásd 4. táblázat).

Szalmák	Fő
Burkoló	15
Kőműves	2
Szobafestő	13
Gépíró	12
Eladó	13
Dísznövénytermesztő	48
Összesen	103

4. táblázat. A minta szakmák szerinti eloszlása

A kérdőívben rákérdeztem arra is, hogy milyen szakmát szerettek volna tanulni. Az erre adott válaszokat 3 csoportba soroltam. Voltak olyanok, akik azt szerették volna tanulni, amit most tanulnak. A következő csoportba azok a serdülők kerültek, akik legszívesebben másikat és reális, értelmi képességeiknek megfelelő szakmát választottak volna, de valamilyen okból mégsem tehették. Például: egészségügyi okokból vagy mert betelt a létszám annál a szakmánál. Az utolsó kategóriába pedig azok a válaszok kerültek, amelyekben valamilyen nem reális, értelmi képességeiknek nem megfelelő foglalkozást neveztek meg a kísérleti személyek. Például: ügyvéd, állatorvos, történész, régész, jósnő, asztrológus stb. Nézzük meg, hogyan alakultak a válaszok a fentieknek megfelelően (lásd 5. táblázat).

	Fő	Százalék
Ugyanaz a szakma	27	26,2%
Más, de reális szakma	50	48,5%
Más, de nem reális szakma	12	11,7%
Nem válaszolt	14	13,6%
Összesen	103	100%

5. táblázat. A nem megvalósult szakmaválasztás

Viszonylag kevés fiatalnak volt arra lehetősége, hogy azt tanulja, amit eredetileg is szeretett volna. Majdnem 50% más foglalkozást nevezett meg, de ők reális másikat szerettek volna választani. 12% irreális hivatást jelölt meg, és körülbelül ugyanennyien nem választottak erre a kérdésre.

A következő kérdés arra szeretett volna rávilágítani, hogy beszélgetnek-e a szakmaválasztásról otthon a szülők a fiatalokkal (lásd 6. táblázat). A későbbiekben ez érdekes lehet, abból a szempontból, hogy van-e valamilyen kapcsolat a munkára vonatkozó identitás és az e kérdésre adott válasz között.

	Fő
Beszélgetnek	78
Nem beszélgetnek	23
Nem válaszolt	2
Összesen	103

6. táblázat. A „Szoktak-e a szüleid beszélgetni veled arról, hogy milyen szakmát tanulj?” kérdésre adott válaszok

A munkával kapcsolatos kérdéseket a szabadidő eltöltésére vonatkozó rész követte. Minden kísérleti személy felsorolta a szabadidős tevékenységeit, aminek az volt a célja, hogy az identitás kérdőívnél vissza tudjanak emlékezni az itt már felsoroltakra vagy akár visszalapozni ide. A „Miért ezekkel a dolgokkal töltöd a szabadidődet?” kérdésre 4 válaszlehetőség közül kellett kiválasztaniuk egyet (lásd 7. táblázat).

	Fő
Szeretem ezeket	72
Szüleim tanácsolták	4
Másra nem volt lehetőségem	6
Barátaim is ezzel töltik	8
Nem válaszolt	13
Összesen	103

7. táblázat. A minta szabadidős tevékenységének motivációja

Jól látható a táblázatból, hogy a serdülők nagy része ebben a mintában olyan szabadidős tevékenységeket választ, amelyeket szívesen végez, nem feltétlenül a szülői vagy a baráti befolyás a döntő.

A kérdőív 9. kérdése azt tudakolta meg a serdülőkötől, hogy vannak-e közeli barátaik? A válaszolók közül 93 fő jelezte, hogy vannak, 9 fő nemmel válaszolt, 1 fő pedig nem írt semmit erre a kérdésre. Az eredményeket a 8. táblázat foglalja össze:

	Fő
Igen	93
Nem	9
Nem válaszolt	1
Összesen	103

8. táblázat. A „Vannak-e közeli barátaid?” kérdésre adott válaszok

A „Ki választja meg a barátaidat?” kérdésre 95 fő azt válaszolta, hogy saját maga. 2 fő esetében a szülei határozzák meg, hogy kivel barátkozhat, 3 serdülő pedig azt jelezte, a szüleivel közösen választja ki a barátait. 3 fő nem válaszolt a kérdésre (lásd 9. táblázat).

	Fő
Én	95
Szüleim	2
Én a szüleimmal közösen	3
Nem válaszolt	3
Összesen	103

9. táblázat. A „Ki választja meg a barátaidat?” kérdésre adott válaszok

A 10. kérdés a partnerkapcsolat felől tudakozódott (lásd 10. táblázat). A fiatalok 80%-a járt már valakivel, 20%-nak még nem volt partnere.

	Fő
Igen	82
Nem	21
Összesen	103

10. táblázat. A „Jártál-e már valakivel?” kérdésre adott válaszok

A partnerválasztással kapcsolatban 93 fő maga választja meg, 3 serdülőnél e tárgyban a szülők döntenek, 2 fiatal pedig a szüleivel közösen választja ki szerelmét. Ismét 3 fő nem felelt a kérdésre (lásd 11. táblázat).

	Fő
Én	93
Szüleim	3
Én a szüleimmal közösen	2
Nem válaszolt	3
Összesen	103

11. táblázat. A „Ki választja ki a partneredet?” kérdésre adott válaszok

Az identitás kérdőívre kapott eredmények

A dolgozatban olvasható elemzésekhez az SPSS statisztikai programot használtam fel. Először megnéztem, hogy az egyes identitáskategóriákon belül a 3 vizsgált területen milyen eredmények születtek. Minden igen válasz 1 pontot ért, és minden területre 4

állítás vonatkozott. Így összesen 4 pont volt szerezhető egy identitás területre; például diffúz identitás a munka területén.

Az első identitásállapot a diffúz identitás volt, a következő eredményeket kaptam (lásd 12. táblázat).

Igen válaszok száma	S z a b a d i d ő	Fő	S z e r e l e m	Fő	M u n k a	Fő
0		6		17		14
1		24		24		31
2		32		34		27
3		28		22		22
4		12		3		5
Nem válaszolt		1		3		4
Összesen		103		103		103

12. táblázat. A diffúz identitás válaszok megjelenése

A szabadidő területén 12 személynél találtam diffúz identitást, 28-an 3 kérdésre is így válaszoltak. 6 főre ezen területen egyáltalán nem volt jellemző a diffuzitás. A szerelemre és a barátságokra vonatkozó állításoknál csak 3 fő mutatott diffúz identitást, és még 3-an közelítették ezt meg. 17 fő egyetlen mondatot sem jelölt igennel ezek közül. A munka terén 5 fő diffúz identitású, és még 22 fő hajlott arra, hogy ezeket a kijelentéseket igaznak fogadja el. 14-en viszont egyetlen ilyen mondatot sem találtak jellemzőnek magukra. Összességében elmondható, hogy a legtöbben a szabadidő terén diffúz identitásúak, míg a szerelem és a foglalkozás kapcsán már határozottabb, körvonalazottabb elképzeléseik vannak néhányuknak.

Nézzük meg, hogyan alakultak a serdülők válaszaik a valódi identitás tekintetében (lásd 13. táblázat):

Igen válaszok száma	S	Fő	S	Fő	M	Fő
0	z a b a d i d ő	1	z e r e l e m	2	u n k a	1
1		2		3		4
2		7		12		19
3		26		29		35
4		64		57		42
Nem válaszolt		3		0		2
Összesen		103		103		103

13. táblázat. A valódi identitás válaszok megjelenése

Itt sokkal nagyobb számokat láthatunk, mint az előző táblázatban a 4 igennel válaszolók sorában. Szabadidő tekintetében 64 fiatal valódi identitásúnak tekinthető, mind a 4 kijelentésre igennel válaszoltak. Ha ehhez hozzászámoljuk azokat, akik 3 mondattal egyetértettek (26 fő), akkor ez már az egész minta 87%-át kiteszi. 1 fő minden állításra nemmel válaszolt, 2 fő is csak 1-1 mondatot talált jellemzőnek magára. A szerelmi és baráti kapcsolatok terén 57 fő valódi identitásúnak tekinthető, a 3 igen választ adók pedig 29-en voltak, ez összesen a minta 83%-a. Az előző két csoporthoz képest kevesebben vannak olyanok, akik a foglalkozásválasztás terén is valódi identitásúnak mutatkoztak. 42 személy 4 alkalommal válaszolt igennel, míg 35 személy 3 alkalommal tette ugyanezt. Ez a minta 74%-a. Ahogy a diffúz identitásnál, itt is úgy tűnik, hogy a szabadidő terén van a legtöbb valódi identitású fiatal.

A következő identitásállapot a moratórium (lásd 14. táblázat).

Igen válaszok száma	S	Fő	S	Fő	M	Fő
0	z a b a d i d ő	2	z e r e l e m	12	u n k a	18
1		11		21		20
2		34		33		26
3		33		22		15
4		18		11		22
Nem válaszolt		5		4		2
Összesen		103		103		103

14. táblázat. A moratórium válaszok megjelenése

A keresés időszakában tart 18 serdülő a szabadidő kapcsán, 33 fő pedig hajlik a moratórium felé. Csak 2 személy nem adott igenlő választ az erre a területre vonatkozó kijelentésekre. Szerelem és barátságok esetében 11 fiatal keres még, 22 személy pedig hasonló helyzetben van, eredményeik erre mutatnak. 12 serdülő pedig úgy gondolja, túljutott vagy épp még nem ért el ehhez az állapothoz, egyetlen ilyen állítással sem értettek egyet. A legtöbben (22 fő) a munka területén vannak a moratórium állapotában, és 15-en hajlanak erre. Viszont ezen a területen vannak a legtöbben olyanok is (18 személy), akik már vagy még nincsenek a moratórium fázisában. Érdekes eredmény az, hogy sokan jelöltek 2 állításnál is igent, viszont a másik két mondatnál inkább a nem választ jelölték be. Jelezheti ez számunkra azt, hogy a fiataloknak a moratórium állapothoz válogatott kijelentések nem voltak megfelelőek.

Az utolsó vizsgált állapot a korai zárás volt (lásd 15. táblázat).

Igen válaszok száma	S	Fő	S	Fő	M	Fő
0	z a b a d i d ő	53	z e r e l e m	43	u n k a	16
1		23		16		34
2		14		16		32
3		9		17		13
4		1		7		7
Nem válaszolt		3		4		1
Összesen		103		103		103

15. táblázat. A korai záró állapot megjelenése

A szülői minták átvétele legkevésbé a szabadidő terén mutatkozik meg, hiszen 53 fő egyetlen erre vonatkozó állítással sem értett egyet. 23 személy 1 mondatot talált igaznak magára, majd egyre kevesebben gondolják ezt több mondat kapcsán. Végül 1 személy az, aki a szabadidő terén korai zárónak tekinthető, de 9 gyermek hajlik errefelé, mivel 3 igen választ is adtak. A szerelem és barátságok kapcsán ismét igen sokan, bár kicsit kevesebben (43 fő) jelezték egyet nem értésüket. 7 főnél a szülői minták, vélemények a meghatározóak e területen, de 17 személy ismét háromszor egyet értett ezekkel az állításokkal, náluk is fontos a szülői hozzászólás. A munka kapcsán csak 16 serdülő gondolta úgy, hogy a szüleinek ezzel kapcsolatos elgondolásai nem meghatározóak számára. Sokan jelöltek 1 vagy 2 állításnál igent, ami jelezheti azt, hogy a minta 64%-ának fontos a szülei véleménye a foglalkozásválasztás kapcsán. Itt is 7 fő tekinthető korai zárónak, akik teljesen a szülei elgondolásait követik.

Az előző elemzésben végignéztük azt, hogy az egyes identitásállapotokba hány fő került, hányszor válaszoltak az egyes kérdésekre igennel a fiatalok. Emellett igen érdekes

az is, hogy egyes személyeket be lehet-e sorolni a 3 terület alapján egy-egy identitáskategóriába. Látni fogjuk, hogy ez nem olyan egyszerű, a 4 identitásállapoton kívül egyéb kategóriákat is be kell vezetni. Tehát nézzük meg azt, hogy a 3 terület alapján milyen kategóriákat tudtam létrehozni, amely során már az előző fejezetben ismertetett *Waterman* (1982) elképzeléseit követtem.

Minden személyre kaptam egy három betűből álló eredményt, amelynek az első betűje a szabadidő, második a szerelem/barátság, harmadik pedig a munka területén talált identitástípust mutatja. A betűk a következőket jelentik: 0=egyik identitásállapotonak sem feleltethetők meg a válaszok, D=diffúz identitás, V=valódi identitás, M=moratórium, K=korai zárás.

Amikor 3 azonos betű szerepel, a személy összidentitásának megállapítása a legegyszerűbb. 2 azonos betű esetén is abba a kategóriába fogom besorolni a személyt, halványabban jelölöm ezeket a táblázatban. Nézzük meg, milyen kategóriák alakultak ki (lásd 16. táblázat):

Identitás állapot	Fő	Kategória
D (diffúz identitás)	0	–
D	0	–
V (valódi identitás)	10	VVV
V	32	0VV; DVV; V0V; VDV; VV0; VVM; VVK; VMV; VKV; MVV; KVV
M (moratórium)	8	MMM
M	18	VMM; MVM; MM0; MMV; MMK; MKM
K (korai zárás)	5	KKK
K	9	VKK; MKK; K0K; KK0; KKV; KKM
M → V	8	00V; 0VD; 0MV; V00; V0M; VDM; MV0; MVD
D → M	1	00M
K → M	12	DVK; V0K; VMK; VKM; M0K; MVK; MK0; MKV
Összesen	103	–

16. táblázat. A minta besorolása az identitáskategóriákba

Tehát tisztán diffúz identitásúnak egyetlen kísérleti személy sem mutatkozott, se egy, se két területen senki sem mutatott diffúz identitást. Valódi identitásúak elég sokan lettek, 10 fő közülük mindhárom területen egyértelműen ide sorolható. 32 személynél 2 esetben is ez jött ki, ezért ők is ebbe az identitásállapotba kerültek. A táblázatban látható, milyen sokféle variáció fordult elő a fiatalok között. Moratórium állapotában lévő serdülő 8 fő lett, és még 18-an csatlakoznak ehhez, mivel ők 2 területen még a keresés

állapotában vannak. Olyanok, akik mindhárom területen a szüleik mintáit követik, összesen 5-en vannak. 9 fő pedig 2 területen is meghatározónak tartja szülei véleményét és elgondolásait.

Ezt követően olyan átmeneti állapotok következnek, amikor nem dominál egy identitásstruktúra sem. 3 átmeneti állapotot hoztam létre, az első esetében a fiatal a moratóriumból tart a valódi identitás felé. Például már egy területen kivívta az identitást, míg másokon még meghatározhatatlanok az elképzelései (V00) vagy a kivívott identitás mellett egy diffúz identitás is megjelenik (OVD). *Waterman* (1982) szerint ez akkor következik be, ha a személy erős, jelentésteli elköteleződéseket hoz létre specifikus célok és értékek irányába.

A következő állapot során a diffúz identitás felől tart a fiatal a moratórium állapota felé, a keresés folyamata indul el. Ebbe a kategóriába 1 eset került bele: 00M, amikor egy területen elindult a keresés folyamata, a többi esetében pedig még nem behatárolható az identitás állapota. *Waterman* (1982) ezt úgy képzei el, hogy a személy elkezd komolyan keresni a különböző identitásalternatívákat.

Az utolsó kategóriába azok a fiatalok kerültek, akik a korai zárás állapotából tartanak a moratórium állapota felé. Valamikor elköteleződtek a szülői mintáknak, de most elindult náluk egy keresési folyamat, tehát megváltoztatják korai elköteleződéseiket úgy, hogy alternatív lehetőségeken kezdenek el gondolkodni (*Waterman*, 1982).

A khi-négyzet próba és a kapcsolati mutatók eredményei az identitás kérdőív alapján

A vizsgálat során használt változók diszkréték, nem pedig folyamatos változók, ezért ennek megfelelő statisztikai próbákat alkalmaztam. Érdekesnek tartottam a nemi és az életkori különbségeket is vizsgálni az egyes változók esetén. A Pearson-féle khi-négyzet megállapítása mellett a kapcsolati mutatók közül a Cramer-féle kontingencia együttható kiszámítására került sor.

Lássuk először a nemmel kapcsolatos eredményeket. Elkészült minden területre a gyakorisági táblázat is. Nézzük meg a diffúz identitásnak a szabadidő területén kapott eredményeit (lásd 17. táblázat).

	Diffúz identitás szabadidő						
Nem	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen	összesen	százalék
Férfi	4	15	19	20	5	63	61,8
Nő	2	9	13	8	7	39	38,2
Összesen	6	24	32	28	12	102	
%	5,9	23,5	31,4	27,5	11,8		100

17. táblázat. Diffúz identitás választ adók száma a szabadidő területén

Az oszlopok tetején található számok jelzik számunkra azt, hogy a diffúz identásra kérdező, szabadidőre vonatkozó kijelentések közül hányra érkezett igenlő válasz. 0 azt jelenti, hogy nem válaszolt egyetlen ilyen állításra sem igennel 4 férfi és 2 nő. Összesen 5 férfi lett teljesen diffúz identású ezen a területen, a nők közül pedig heten. Ide vehetjük a 3 igen választ adókat is, 20 férfi és 8 nő került ebbe a csoportba. A khi-négyzet próba eredménye 3,3037, ami nem szignifikáns. Ennek megfelelően a Cramer-féle kontingencia együttható: $V=0,1799$. Úgy tűnik, hogy a nem erre a területre jelentéktelen hatást gyakorol.

Nézzük meg a khi-négyzet próbát és a kapcsolati mutatókat minden egyes identitás-állapotra és -területre (lásd 18. táblázat).

	Cramer-féle kontingencia együttható	Khi-négyzet próba	Szign.
Diffúz identitás szabadidő	0,1799	3,3037	
Diffúz identitás szerelem	0,1614	2,6051	
Diffúz identitás munka	0,1409	1,9665	
Valódi identitás szabadidő	0,2046	4,1868	
Valódi identitás szerelem	0,2366	5,7694	
Valódi identitás munka	0,2848	8,1948	+
Moratórium szabadidő	0,1781	3,1085	
Moratórium szerelem	0,1663	2,7379	
Moratórium munka	0,0726	0,5326	
Korai zárás szabadidő	0,2237	5,0083	
Korai zárás szerelem	0,2560	6,4917	
Korai zárás munka	0,1025	1,0724	

18. táblázat. A próbák eredményei az egyes mért területeken

Jelölés: +: $p < 0.10$; *: $p < 0.05$; **: $p < 0.01$

A táblázatban felsorolt értékekből jól látszik, hogy az egyes változók és a nem közötti kapcsolat nem szignifikáns. A munka területén a moratórium állapota nincs kapcsolatban a nemmel ($V=0,0726$; khi-négyzet= $0,5326$), egyenlő arányban jelentek meg a férfiak és a nők is. Hasonló eredményeket mutatnak azok, akik a munka területén korai záróknak tekinthetők ($V=0,1025$; khi-négyzet= $1,0724$). Férfiak és nők is azonos számban jelennek meg ebben a kategóriában. A legerősebb kapcsolatot a valódi identitásuk között találjuk, akik a munka területén rendelkeznek kialakított véleménnyel ($V=0,2848$; khi-négyzet= $8,1948$). Ez tendenciának tekinthető, de ebben a mintában ez

a kapcsolat a legnagyobb. A következőben itt ezt az eredményt részletesen mutatom be (lásd 19. táblázat).

Nem	Valódi identitás munka				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Férfi	1,6%	4,8%	21%	24,2%	48,4%
Nő	0%	2,6%	15,4%	51,3%	30,8%

19. táblázat. Valódi identitást mutatók száma a munka területén

A százalékos eredményekből látható a változók közötti kapcsolat. A nem és a valódi identitás a munka területén tendenciaszerűen kapcsolatban áll egymással. A nőknek több mint 50%-a háromszor is igenlő választ adott ezekre a kijelentésekre, 30%-uk pedig mind a négyszer egyetértett az állításokkal. A férfiak nagyobb arányban találták teljesen igaznak magukra a mondatokat (48%), háromszor pedig 24% ikszelt igen választ.

Megnéztem a három területre (szabadidő, szerelem, munka) kapott identitás és a nem kapcsolatát. A 3 terület közül tendenciaszerű kapcsolatot találtam a nem és a szerelemre vonatkozó identitásállapotok között, a Cramer-féle kontingencia együttható $V=0,2841$, khi-négyzet=8,3139+. A másik két terület esetén jelentéktelen a kapcsolat. Ez az eredmény megerősíti az eddigi elemzéseket.

Most pedig nézzük meg az életkorral kapcsolatos eredményeket. A válaszolók életkora 16 és 23 év között volt. Ahhoz, hogy az első hipotézisemet vizsgálni tudjam, csoportokat alkottam koruknak megfelelően. Így kerültek egy csoportba a 16 és 17 évesek, a következőbe a 18 és 19 évesek, végül pedig a 20 és 23 év közöttiek. Az egyes korcsoportokba a következő arányban kerültek be a kamaszok (lásd 20. táblázat):

Életkori csoport	Fő
16–17 év	20
18–19 év	63
20–23 év	19
Nem válaszolt	1
Összesen	103

20. táblázat. Életkori csoportok

Hasonlóan a nemhez, itt is végignézttem az egyes területek kapcsolatát az életkori csoportokkal (lásd 21. táblázat).

	Cramer-féle kontingencia együttható	Khi-négyzet próba	Szign.
Diffúz identitás szabadidő	0,1540	4,7936	
Diffúz identitás szerelem	0,3620	25,9508	**
Diffúz identitás munka	0,2728	14,5932	+
Valódi identitás szabadidő	0,1792	6,4256	
Valódi identitás szerelem	0,2672	14,5699	+
Valódi identitás munka	0,2089	8,7300	
Moratórium szabadidő	0,2277	10,0626	
Moratórium szerelem	0,3133	19,4371	*
Moratórium munka	0,2258	10,2015	
Korai zárás szabadidő	0,2401	11,4154	
Korai zárás szerelem	0,3035	18,0542	*
Korai zárás munka	0,2285	10,5473	

21. táblázat. A próbák eredményei az egyes mért területeken

Jelölés: +: $p < 0.10$; *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

Az életkor függvényében már több szignifikáns eltérést kaptam. A következőkben ezen szignifikáns eredményekre térek ki részletesen. A legerősebb eltérés a diffúz identitás esetében a szerelem kapcsán jelentkezett. Érdekes százalékos eredmények alapján folytatni az értékelést, amit az adott korcsoport létszámából számoltam ki (lásd 22. táblázat):

Életkor	Diffúz identitás szerelem				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
16–17 év	10,5%	26,3%	10,5%	52,6%	0%
18–19 év	22,6%	16,1%	43,5%	14,5%	3,2%
20–23 év	5,6%	50%	22,2%	16,7%	5,6%

22. táblázat. Diffúz identitást mutatók aránya a szerelem területén az életkor függvényében

Az így kapott eredményeket már érdemes összehasonlítás alapjául venni, ami így sem egyszerű. Az viszont jól látható, hogy a 16–17 év közöttiek több mint 50%-a 3 igennel is felelt ezekre az állításokra. Míg a 20–23 év közöttiek 50%-a csak egyszer felelt helyesen ezekre a tételekre. A 18–19 év közöttiek pedig pont a kettő között helyezkednek

el, mert náluk 44% 2 esetben jelölte be az igen választ. Ezek alapján mondhatjuk azt, hogy az életkor növekedésével a diffúz identitású válaszok aránya csökken, mégpedig 1%-os szignifikancia szinten állíthatjuk ezt.

Szignifikanciát találtam a moratóriumban lévő személyeknél a szerelem/barátság területén, bár nem olyan erőset, mint az előző értelmezésben. Az eredményeket továbbra is százalékban szeretném bemutatni (lásd 23. táblázat).

	Moratórium szerelem				
Életkor	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
1–17 év	10%	5%	15%	45%	25%
18–19 év	15%	23,3%	38,3%	18,3%	5%
20–23 év	5,3%	31,6%	36,8%	10,5%	15,8%

23. táblázat. Moratórium állapotát mutatók aránya a szerelem területén az életkor függvényében

Tehát a khi-négyzet próba eredménye 19,4371 lett, ami 5%-os szignifikanciát jelent, vagyis a moratórium szerelem/barátság területén beszélhetünk életkori különbségekről. A legfiatalabbak 45%-a háromszor is egyetértett az erre a területre vonatkozó állításokkal. 25%-uk pedig négyszer is. Tehát a legfiatalabb korosztály igen meggyőzően helyeselt ezekre a tételekre. A középső korosztály 38%-a kétszer választotta az igent. Lényegesen kevesebben háromszor vagy négyszer. Az idősebbek nagy része pedig egyszer vagy kétszer értett egyet az állításokkal. Megállapíthatjuk, hogy az életkor növekedésével a fiatalok egyre kevésbé tartózkodnak a moratórium állapotában a szerelem és a barátságok területén.

Hasonló erejű kapcsolatot találtam a korai zárás állapot szintén szerelemre vonatkozó kérdéseinél (lásd 24. táblázat):

	Korai zárás szerelem				
Életkor	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
16–17 év	35%	30%	5%	25%	5%
18–19 év	51,7%	10%	23,3%	8,3%	6,7%
20–23 év	27,8%	22,2%	5,6%	33,3%	11,1%

24. táblázat. Korai zárást mutatók aránya a szerelem területén az életkor függvényében

Ezen a területen a khi-négyzet próba eredménye 18,0542, ami 5%-os szignifikanciának felel meg. Tehát 95%-os biztonsággal állíthatjuk, hogy ezen a területen fontosak az életkori hatások. Bár a fenti táblázatban látható eredmények igen nehezen értelmezhetőek. Úgy tűnik, hogy a 18–19 évesek között nagy arányban jelennek meg azok, akik

egyetlen, a szerelem területén korai záró állítással sem értettek egyet. Érdekes, hogy az idősebbek közül újra többen vannak azok, akik helyeselnek ezeknél az állításoknál. Feltételezhetően a középső életkori csoport feladta az egyéb identitásállapotát, és éppen a moratórium szakaszában vannak. Az idősök közül pedig úgy tűnik, hogy néhányan visszatértek a jól bevált szülői sémákhoz. Az igazi választ erre csak longitudinális vizsgálat adhatná meg.

2 terület kapcsán tendenciát találtam, ezek között van a valódi identitás a szerelem területén. Így látható, hogy a 3 mért terület közül a szerelem esetében minden identitásállapotonál találtam valamilyen szintű életkori eltérést. Nézzük meg ezeket a tendenciákat (lásd 25. táblázat):

Életkor	Valódi identitás szerelem				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
16–17 év	0%	5%	10%	10%	75%
18–19 év	0%	3,2%	12,7%	33,3%	50,8%
20–23 év	10,5%	0%	10,5%	31,6%	47,4%

25. táblázat. Valódi identitást mutatók aránya a szerelem területén az életkor függvényében

A khi-négyzet próba eredménye: 14,5699. Azt láthatjuk, hogy minden csoportnál több valódi identitású választ adtak a fiatalok. Ami meglepő, hogy leginkább ilyen választ a legfiatalabb korosztály adott, az idősebbeknél ez megoszlik a 3 és a 4 igen válasz között.

A diffúz identitásnál a munka terén csak tendenciát találtam (khi-négyzet próba: 14,5932). Nézzük meg, hogyan alakultak az eredmények, melyek segíthetik majd az értelmezést (lásd 26. táblázat).

Életkor	Diffúz identitás munka				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
16–17 év	0%	226,3%	42,1%	36,6%	0%
18–19 év	20%	38,3%	18,3%	16,7%	6,7%
20–23 év	10,5%	15,8%	42,1%	26,3%	5,3%

26. táblázat. Diffúz identitást mutatók aránya a munka területén az életkor függvényében

Hasonlóan érdekes eredményeket kaptunk, mint az előző elemzésnél. A legfiatalabbak diffúz válaszokat adtak kétszer, és háromszor is igen sokan. A 18 év körüliek adták a legkevesebb ilyen választ, egyszer vagy egyszer sem értettek vele egyet. Az idősebbek szintén ismét diffúzabbnak mutatkoznak.

Megnéztem a munka területén mutatott identitás és a kérdőív 6. kérdése („Szoktak-e a szüleid beszélgetni veled arról, hogy milyen szakmát tanulj?”) közötti viszonyt. Igen mérsékelt kapcsolat volt kimutatható: $V=0,1929$, nem szignifikáns.

A társas és szülői támogatásra vonatkozó tételek eredményei

A Susan Harter (1988) koncepciója által magyar mintára átdolgozott kérdőívből a társas támogatásra és a szülői támogatásra vonatkozó tételek szerepeltek (Szabó, 2002). A fiatalok válaszaiból két csoportot hoztam létre: az egyikbe azok a személyek kerültek, akik magas támogatásról számoltak be, a másikba pedig azok, akik alacsony szülői vagy társas támogatottságról nyilatkoztak. Nézzük meg, hogyan alakultak a csoportok (lásd 27. táblázat).

	Társas támogatás	Szülői támogatás
Alacsony	33 fő	32 fő
Magas	32 fő	32 fő
Nem válaszolt	38 fő	39 fő
Összesen	103 fő	103 fő

27. táblázat. A társas és szülői támogatás tételeire adott válaszok alapján létrehozott csoportok

A válaszadók számából látható, hogy sokan nem vagy nem helyesen töltötték ki ezt a részt. Az alább olvasható rész ezeket az eredményeket elemzi, 65, illetve 64 fő esetében.

Érdeemesnek tartottam azt is megnézni, hogy a két támogatottság mennyire kapcsolódik össze. Elvárom szerint erős kapcsolat van a két változó között. Ez így is lett: khi-négyzet próba= $11,2792$, ami 1%-os szignifikanciát jelent, ez a következőképpen néz ki (lásd 28. táblázat).

Szülői támogatás	Társas támogatás	
	Alacsony	Magas
	Alacsony	22
Magas	9	21

28. táblázat. A szülői és a társas támogatás együttjárása

Tehát 22 fő esetében az alacsony társas támogatás együtt jár az alacsony mértékű szülői támogatással. 21 fő esetében pedig a magas társas támogatottság kapcsolódik össze az alacsony szülői támogatottsággal.

Feltételezéseim szerint ezeknél a válaszoknál is találhatunk nemi különbségeket. A szülői támogatás és a nem kapcsolatának vizsgálatakor a khi-négyzet próba=1,0666 lett. A társas támogatás és a nem kapcsolatának vizsgálatakor hasonló eredményt kaptam: khi-négyzet próba=0,0090. Egyik sem jelez kapcsolatot a két változó között.

Az előzőekhez hasonlóan az életkor sem befolyásolta a támogatásra adott válaszokat. A társas támogatás esetén khi-négyzet=4,2093; a szülői támogatás esetén pedig khi-négyzet=0,4677 lett az eredmény, egyik sem szignifikáns.

A Szabó (2002) által összeállított kérdőív szülői támogatásra kérdező tételeit összevettem a következő változókkal (lásd 29. táblázat):

	Kontingencia együttható	Khi-négyzet próba	Szign.
Diffúz identitás szabadidő	0,3565	8,1343	+
Diffúz identitás szerelem	0,2343	3,3502	
Diffúz identitás munka	0	0	
Valódi identitás szabadidő	0,2848	5,1099	
Valódi identitás szerelem	0,2784	4,9610	
Valódi identitás munka	0,4056	10,5311	*
Moratórium szabadidő	0,2135	2,8266	
Moratórium szerelem	0,4208	10,9800	*
Moratórium munka	0,2289	3,2507	
Korai zárás szabadidő	0,1467	1,3564	
Korai zárás szerelem	0,2597	4,1822	
Korai zárás munka	0,1912	2,3041	

29. táblázat. A szülői támogatás kapcsolata az identitás állapotokkal

Jelölés: +: $p < 0.10$; *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

A következőkben a szignifikáns eredmények részletezésére kerül sor.

A szülői támogatás tendenciaszerűen befolyásolja a szabadidő területén diffúz identitásra utaló válaszokat. Nézzük meg ezt részletesen (lásd 30. táblázat):

	Diffúz identitás szabadidő				
Szülői támogatás	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	4	10	11	3	4
Magas	0	8	11	10	3

30. táblázat. A szülői támogatás hatása a diffúz identitásra a szabadidő területén

A válaszokból úgy tűnik, hogy mind a jól, mind a kevésbé támogatottak egyenlő arányban adtak 2 igen választ ezekre az állításokra. Az alacsony támogatottságúak kevésbé válaszoltak ezekre helyeslően, legfeljebb egyszer-kétszer. A szülők által jobban támogatott csoport többször válaszolt akár háromszor-négyszer is igent. Ez igen érdekes eredmény. Látszólag a szülői támogatás valamilyen mértékben a diffúz identitás felé tereli őket a szabadidő eltöltésével kapcsolatban. Előfordulhat, hogy a fiatalok elképzelései és a szülők vágyai nem egyeznek, ez hajtja vissza őket a diffúz állapotba.

5%-os szignifikáns eredményt kaptam a szülői támogatás és a valódi identitás munka kapcsán (lásd 31. táblázat):

	Valódi identitás munka				
Szülői támogatás	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	0	1	5	17	9
Magas	1	2	8	5	16

31. táblázat. A szülői támogatás hatása a valódi identitásra a munka területén

A szülői támogatásnak fontos szerepe van a munka területén kialakuló valódi identitásra. Azok a fiatalok, akiket jobban támogatnak, inkább egyértelműbben valódi identitásúak a munka területén. Közülük 16 fő négyszer is igennel felelt ezekre a kijelentésekre, 5 fő pedig háromszor. Az alacsonyan támogatott csoportnál 9 fő válaszolt négyszer helyeslően, 17-en pedig háromszor.

A moratórium szerelem kapcsán is komoly összefüggést találtam (lásd 32. táblázat):

Szülői támogatás	Moratórium szerelem				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	9	3	6	9	4
Magas	2	10	11	5	3

32. táblázat. A szülői támogatás hatása a moratórium állapotára a szerelem területén

Az eredmények azt mutatják számunkra, hogy az alacsony szülői támogatásban részesülő serdülők válaszaik jobban megoszlának a 0 igen és a 4 igen válaszok között. Ezzel szemben a magas támogatottságot élvezők legnagyobb részben 1 vagy 2 igen választ adtak. Ez utóbbi azt jelentheti, hogy egy részük túl van már a moratórium állapotán a szerelem terén, míg egy másik személy talán most tart majd az adott állapot felé.

A társas támogatással kapcsolatba hozott változók is érdekes eredményeket hoztak (lásd 33. táblázat):

	Kontingencia együttható	Khi-négyzet próba	Szign.
Diffúz identitás szabadidő	0,2933	5,5947	
Diffúz identitás szerelem	0,2963	5,5309	
Diffúz identitás munka	0,2736	4,7936	
Valódi identitás szabadidő	0,3537	7,8813	+
Valódi identitás szerelem	0,3593	8,3926	+
Valódi identitás munka	0,2023	2,6622	
Moratórium szabadidő	0,2809	5,1306	
Moratórium szerelem	0,4261	11,4385	*
Moratórium munka	0,3330	7,0999	
Korai zárás szabadidő	0,1789	2,0825	
Korai zárás szerelem	0,3595	8,1446	+
Korai zárás munka	0,2406	3,7071	

33. táblázat. A társas támogatás kapcsolata az identitás állapotokkal

Jelölés: +: $p < 0.10$; *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

A következő eredmények közül a legérdekesebbeket tárgyalom.

Egyetlen területre jött ki szignifikáns kapcsolat, ez pedig a moratórium a szerelem területén, amelyre a szülői támogatásnak is volt hatása. Nézzük meg itt, milyen kapcsolatot találhatunk (lásd 34. táblázat):

	Moratórium szerelem				
Társas támogatás	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	8	3	6	10	4
Magas	2	11	11	5	3

34. táblázat. A társas támogatás hatása a moratórium állapotára a szerelem területén

Hasonló megállapításokat tehetünk, mint a szülői támogatás esetében. Az alacsony támogatottságú csoport esetében a válaszok megoszlanak, míg a magas támogatásban részesülők közül ismét 11-11 fő 1 vagy 2 igen választ adott ezekre a mondatokra. Egy részük talán még a moratórium állapot elején tart, míg egy másik részük pedig éppen onnan tart valamelyik egyéb identitás felé.

Tendenciát találtam három területen is. Az egyik ezek közül a valódi identitás a szabadidő területén (lásd 35. táblázat):

	Valódi identitás szabadidő				
Társas támogatás	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	0	1	4	10	17
Magas	1	0	1	4	25

35. táblázat. A társas támogatás hatása a valódi identitás állapotára a szabadidő területén

Az alacsony társas támogatottságú csoportban is sokan 3 vagy 4 igennel feleltek, de a másik kategóriában lévők közül 25-en mind a négy állításra helyeslően válaszoltak. A magas támogatottság – úgy tűnik – megerősíti a valódi identitást a szabadidő eltöltésével kapcsolatban.

A valódi identitás állapot a szerelem területén is hozott valamilyen mértékű kapcsolatot a társas támogatottsággal, nézzük meg, milyet (lásd 36. táblázat):

	Valódi identitás szerelem				
Társas támogatás	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	2	1	4	5	21
Magas	0	0	3	14	15

36. táblázat. A társas támogatás hatása a valódi identitás állapotára a szerelem területén

A kevésbé támogatottak közül 21 fő kialakult valódi identitással rendelkezik a szerelem/barátság területén. Érdekes, hogy a jobban támogatott csoportban 14 fő 3 igen, 15 fő pedig 4 igen választ adott ezekre az állításokra. Mintha ez utóbbi csoportnál a társas támogatás következtében nem egyértelműen jelennének meg e téren a valódi identitásra utaló válaszok.

Az utolsó terület, ahol tendenciát találtam, a korai zárás a szerelem területén (lásd 37. táblázat):

Társas támogatás	Korai zárás szerelem				
	0 igen	1 igen	2 igen	3 igen	4 igen
Alacsony	17	3	8	3	1
Magas	11	7	3	9	1

37. táblázat. A társas támogatás hatása a korai zárás állapotára a szerelem területén

Azok a fiatalok, akik alacsony társas támogatottságban részesülnek, kevésbé követik szülei mintáit és értékeit a szerelem/barátság kapcsán. Már ismertettem, hogy a szülői és a társas támogatás együtt jár, vagyis akik kisebb mértékű társas támogatásról számoltak be, valószínűleg kisebb mértékű szülői támogatásban is részesülnek. Ez okozhatja azt, hogy 17 fő egyetlen korai zárásra vonatkozó állításra sem felelt igennel. A magas társas támogatottságúak között már többen 1, 2 vagy 3 igen választ adtak.

A vizsgálat eredményeinek összefoglalása és értelmezése

A vizsgált minta nemi megoszlása nem okozott számomra meglepetést, hiszen mindig is több fiút diagnosztizáltak enyhén értelmi fogyatékosként, mint lányt. Ebből következőleg ebben az intézményben is több férfi tanul, amit a minta eloszlása is jelez számunkra.

A serdülők 90%-a betöltötte a 20. életévét, átlagéletkoruk pedig 18 év 4 hónap lett.

A fiatalok 12%-a irreális hivatást jelölt meg maga számára, amelyet tanulni szeretett volna. Itt szeretnék visszautalni *Morningstar, Turnbull, Turnbull* (1995) vizsgálatára, ahol ők is találtak ehhez hasonló vágyakat. Értelmezésük szerint a szülők foglalkozása vagy egyéb családtagok hivatása befolyásolhatta a kamaszok döntéseit. Mintámban is előfordultak olyan válaszok, amelyek a fentieket jelzik: régész, történész, állatorvos stb. Mutatják még azt is, hogy a gyerekek nem látták át saját korlátaikat, ez pedig a kritikátlanságukkal hozható összefüggésbe.

A mintaadók $\frac{3}{4}$ részének volt alkalma otthon beszélgetni a pályaválasztásról.

Egyenként nézzük meg a hipotézisekre adható válaszokat:

1. AZ ÉLETKOR NÖVEKEDÉSÉVEL EGYRE NAGYOBB ARÁNYBAN LESZNEK VALÓDI IDENTITÁSÚ SERDÜLŐK, ÉS EGYRE KEVESEBB DIFFÚZ IDENTITÁSÚ SZEMÉLY.

Az életkor szerepe csak néhány területen meghatározó. Ezek közül kiemelkedő volt a szerelem/barátság, mert itt valamilyen szintű hatást mind a 4 identitásállapotnál találtam. A legerősebb befolyást a diffúz identitás esetében, amikor is jól láthatóan csökken az ilyen válaszok száma az életkorral.

5%-os szintű hatást találtam ugyancsak a szerelemnél, a korai záró és moratórium felé mutató válaszoknál. Úgy tűnik, hogy a 18–19 évesek között nagy arányban jelennek meg azok, akik egyetlen, a szerelem területén korai záró állítással sem értettek egyet. Érdekes, hogy az idősebbek közül újra többen vannak, akik helyeselnek ezeknél az állításoknál. Feltételezhetően a középső életkori csoport feladta egyéb identitásállapotát, és éppen a moratórium szakaszában van. Az idősek közül pedig úgy látszik, hogy néhányan visszatértek a jól bevált szülői sémákhoz. Az igazi választ erre csak egy longitudinális vizsgálat adhatná meg.

A moratórium esetében szintén egyenes irányú kapcsolat figyelhető meg, vagyis az életkor növekedésével e téren a fiatalok egyre kevesebb ilyen választ adnak.

A valódi identitás kapcsán a szerelem/barátság területén csak tendencia volt tapasztalható. Minden életkori csoportnál több helyeslő választ adtak ezekre a kijelentésekre. Egyértelmű életkori változás azonban nem volt leolvasható az eredményekből.

Még egy területen találtam tendenciát, ami igen érdekes okokra mutathat. A diffúz identitás a munka területén kisebb életkori hatást jelzett. A következő volt megfigyelhető: a legfiatalabbak közül igen sokan diffúz válaszokat adtak kétszer és háromszor is. A 18 év körüliek adták a legkevesebb ilyen választ, egyszer vagy egyszer sem értettek vele egyet. Az idősebbek szintén ismét diffúzabbnak mutatkoznak. A fiatalabbak most kerültek be a szakmai képzésbe, így a hivatásuk terén még diffúz állapot lehetséges. Akik már egy ideje részt vesznek az oktatásban, határozottabb elképzelésekkel rendelkezhetnek. A legidősebbek pedig (20–23 év) közel vannak az elhelyezkedés problémájához, láthatják ennek nehézségeit, ez ismét elbizonytalaníthatja őket, a diffúz identitásállapot felé hajlanak. Az idősek visszaesését e terén magyarázhatja még az is, hogy ők később kerültek be a képzésbe, lehet némi tapasztalatuk a munka világával kapcsolatban. *Waterman* (1982) elképzelései szerint az egyes identitásállapotok meghatározott másik identitásállapotba fordulhatnak át. A moratórium állapotából is vissza lehet csúszni a diffúz identitás állapotába, ha a személy feladja erőfeszítéseit, hogy megtalálja az értékeit, mielőtt még elköteleződött volna. Akár a valódi identitásból is vissza lehet jutni a diffúz állapotba, ha a személy elköteleződései, amelyeket létrehozott, fokozatosan vesztenek életképességükből új krízis előidézése nélkül. Mindkettő állhat a legidősebb korcsoport válaszai mögött.

Összességében nem lehetett igazolni a felállított hipotézist. Egyértelműen a szerelem/barátságok területén volt kimutatható a diffúz állapot csökkenése az életkor növeke-

désével. A munka terén már csökkenés, majd növekedés volt megfigyelhető. A valódi identitás kapcsán a szerelem területén az életkorral párhuzamos növekedés nem volt megfigyelhető.

2. A TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT FIATALOK SAJÁTOSÁGAI TARTVA FELTÉTELEZEM, HOGY NÁLUK A KORAI ZÁRÓK ARÁNYA SOKKAL NAGYOBB LESZ. MINDEZEK MINDHÁROM TERÜLETRE (MUNKA, SZABADIDŐ, SZERELEM/BARÁTSÁG) JELENTŐS MÉRTÉKBEN FOGNAK HATNI.

Az eredményeim ezt a hipotézist sem erősítették meg. Összességében egyetlen kamasz sem került általánosan a diffúz identitás kategóriájába, 42 fő valódi identitást mutatott, 26 fő moratórium, 14 fő pedig korai záró állapotba került. Az általam alkotott 3 átmeneti kategóriába: K-M 12 fő, D-M 1 fő, M-V 8 fő került. Látható, hogy a valódi identitású személyek igen jelentős számban vannak, sokan kerültek a moratórium állapotába is, ehhez képest kevesen vannak korai zárók.

3. A HASONLÓ MINTÁN VÉGZETT KUTATÁSOK ALAPJÁN FELTÉTELEZEM, HOGY JELENTŐS NEMI KÜLÖNBΣÉGEK LESZNEK AZ EGYES MÉRT TERÜLETEKEN. MÉGPEDIG A NŐK NAGYOBB ARÁNYBAN FOGNAK DIFFÚZ IDENTITÁSÚ ÁLLAPOTOT MUTATNI.

Vizsgálatom kapcsán ezt a hipotézisemet sem tudtam igazolni, annak ellenére, hogy az angol nyelvű szakirodalom beszámol ilyen eredményekről. Egy területen találtam tendenciát a nemi különbségekre, ez pedig a valódi identitás volt a munkára vonatkozólag. Ennek okai – úgy gondolom – a társadalmi változásokban keresendők. Egy jó pár évtizede elkezddött folyamat során a nők a munkavállalás és a munkavégzés kapcsán hasonló jogokat formálnak, mint a férfiak. Ma már erre vonatkozólag is kell alakítaniuk identitásukat. Tehát úgy gondolom, hogy az időben előbb készült tanulmányok (*Frankenstein*, 1970, idézi *Levy-Shiff, Kedem, Sevilla*, 1990; *Zetlin, Turner*, 1985) jelezte különbség elhalványulóban van. A tendenciaszerű különbség jelzi számunkra, hogy valaha ez nagyobb volt. Ma már még az enyhén értelmi fogyatékos nők is elindultak a munka terén az identitáskeresésben, talán kicsit később, mint mások.

Összességében nem találtam olyan jelentős nemi különbségeket, melyek a gazdasági és társadalmi változásokkal indokolhatóak. Megállapítható, hogy a munka területén a fogyatékos embereknek is egyre inkább ki kell alakítaniuk identitásukat. Az előző rendszerben a róluk való gondoskodást a védőmunkahelyek megteremtése vagy a különböző segélyek folyósítása jelentette. Ma már egyre hangsúlyosabb a munkavállalásuk, elhelyezkedésük, foglalkoztatásuk. Mindez a nőkre ugyanúgy vonatkozik, mint a férfiakra.

4. FELTÉTELEZEM, HOGY A SZÜLŐKKEL VALÓ BESZÉLGETÉS (AMELYRE A KÉRDŐÍVBEN RÁKÉRDEZEK), KAPCSOLATBAN FOG ÁLLNI A MUNKA TERÜLETÉN KAPOTT IDENTITÁS-ÁLLAPOTTAL. MINÉL TÖBB ALKALMA ÉS LEHETŐSÉGE VAN A FIATALNAK EZT MEGBESZÉLNI, MEGVITATNI SZÜLEIVEL, ANNÁL INKÁBB HATÁROZOTT ELKÉPZELÉssel (ELKÖTELEZŐDÉS) FOG RENDELKEZNI A SZAKMAVÁLASZTÁSÁVAL KAPCSOLATBAN. EZ AZT JELENTI, HOGY VAGY VALÓDI IDENTITÁSÚ LESZ, VAGY A SZÜLŐI MINTÁT KÖVETVE KORAI ZÁRÓ.

Ezt a hipotézisemet sem tudom megerősíteni. Nem találtam még mérsékelt kapcsolatot sem a beszélgetés és bármelyik identitáskategória között. Vagyis ahol beszélgetnek a szakmaválasztásról, ugyanolyan eredményeket kaptam, mint ahol nem. Ez azt sugallja, hogy valószínűleg egyéb befolyás lesz a meghatározó. A kortársak véleménye, saját tapasztalatok a munka világával kapcsolatosan vagy akár a gyermekhez közel álló nevelők véleménye. Később látni fogjuk, hogy általában véve a szülői támogatás igenis befolyásolja az identitást, de ez sokkal komplexebb, mint csupán egy beszélgetés.

5. A SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS UTÁN FELTÉTELEZEM, HOGY A SZABÓ L. (2002) ÁLTAL ÖSSZEÁLLÍTOTT KÉRDŐÍV SZÜLŐI ÉS TÁRSAS TÁMOGATÁS SKÁLÁI A KÜLÖNBÖZŐ TERÜLETEKEN MÉRT IDENTITÁSSAL KAPCSOLATBAN LESZNEK. MINÉL NAGYOBB MÉRTÉKŰ TÁMOGATÁSRÓL SZÁMOLNAK BE A FIATALOK, ANNÁL KEVÉSBÉ FIGYELHETÜNK MEG DIFFÚZ IDENTITÁSRA UTALÓ VÁLASZOKAT.

Nem találtam kapcsolatot az egyes tételek és a nem, illetve az életkor között. A szülői támogatás több területre is jelentékeny hatást gyakorol. Szignifikáns kapcsolatban áll a valódi identitás állapotával a munka területén. Azok a fiatalok, akiket a szüleik támogatnak, határozottabban valódi identitásúak a munka területén. Több helyeslő választ adtak, mint az a csoport, amely alacsony szülői támogatást kap. A támogató szülők kíváncsiak gyermekük véleményére, megértők, minden helyzetben számíthatnak rájuk a fiatalok, megérik, ha valami bántja gyermeküket. Mindezek a hivatásválasztás körülményeire is hatással vannak. A támogató szülők inkább a valódi identitás felé terelik gyermekeiket, mely eredmények megerősítik más tanulmányok elemzését is (*Morningstar, Turnbull, Turnbull, 1995; Zetlin, Turner, 1985*).

A szülői támogatás – úgy tűnik – a moratórium állapotára a szerelem/barátságok területén is nagy befolyást gyakorol. A kevésbé támogatott fiatalok minden kategóriában (0 igen – 4 igen) megjelennek. A jobban támogatott csoport leginkább 1 vagy 2 igen választ adott. Ez azt jelentheti, hogy egy részük túl van már ezen az állapoton, másik identitástatuszba tart például moratóriumból a valódi identitás felé, vagy épp a diffúz identitás állapotába (*Waterman, 1982*). A fiatalok másik csoportja még csak most tart erre, például diffúz identitásból vagy korai zárásból a moratórium állapotába (*Waterman, 1982*).

Sokkal kevésbé jelentős hatást találtam a diffúz identitás kapcsán a különböző szabadidős tevékenységekre vonatkozólag. A tendencia azt mutatja, hogy az alacsony szülői támogatottságú csoport kevesebb helyeslő választ adott ezekre a kijelentésekre, mint

a magasan támogatott csoport. Ez azt sugallja, hogy a szülői támogatás a diffúz identitás felé tereli a fiatalokat a szabadidő kapcsán. Ennek oka az lehet, hogy a fiatalok és a szülők elképzelései nem egyeznek meg, ezért ez a kettő együtt zavart okoz a serdülő fejében. Így diffúz identitás alakul ki vagy alakulhat ki ismét. Azoknál a személyeknél, akiknél alacsony ez a támogatás, követhetik saját vágyaikat, nem kerülnek konfliktusba szüleikkel. Így ők kevesebb diffúz identitásra utaló választ adnak.

A társas támogatás kapcsán egy szignifikáns eredményt kaptam, szintén a moratórium szerelem kapcsán, melyre a szülői támogatás is nagy hatást gyakorolt. Az eredmények hasonló eloszlást mutatnak, mint az előző értelmezésnél. Vannak a magasan támogatott fiatalok között olyanok, akik éppen a moratórium állapota felé tartanak, mások pedig már továbblépnek onnan.

Tendenciaszerű kapcsolatot több területen is találtam. A valódi identitás a szabadidő területén volt az egyik. Itt a magas társas támogatottságban részesülő csoport nagy arányban 4 igennel válaszolt az állításokra. A magas társas támogatottság megerősíti a valódi identitást e téren. Hiszen a társas támogatottság magába foglalja a következőket: a társak együttérzését, figyelmességét, megbízhatóságát, titoktartását.

A szerelem/barátság kapcsán a korai zárás állapota is minimális kapcsolatban volt a társas támogatottsággal. Azok a személyek, akik alacsony társas támogatásról számoltak be, inkább elutasították a korai zárásra utaló mondatokat. Ennek oka az lehet, hogy aki alacsony társas támogatottságú, az sok esetben alacsony szülői támogatottságú is. Így ők azok, akik kevésbé veszik át szüleik mintáit, értékeit.

Összességében a szülői és a társas támogatás befolyással van az identitásállapotokra, de nem abban az irányban, ahogy vártam. A valódi identitás a munka területén egyértelmű kapcsolatban állt a szülői támogatással. Minél inkább támogatják, annál inkább valódi identitású a serdülő. A diffúz identitással kapcsolatos eredmények nem ennyire egyértelműek. A szabadidő eltöltésével kapcsolatos válaszok inkább a szülői támogatás ellenkező irányú hatását mutatják. Minél nagyobb a szülői támogatás, annál inkább diffúz identitást mutat a serdülő.

Irodalomjegyzék

- AVIRAM, R. B. – ROSENFELD, S. (2002): *Application of Social Identity Theory in Group Therapy with Stigmatized Adults*. International Journal of Group Psychotherapy, Vol. 52. No. 1, 121–130.
- BERZONSKY, M. – SULLIVAN, C. (1992): *Social-Cognitive Aspects of Identity Style*. Journal of Adolescent Research, Vol. 7. No. 2, 104–155.
- BIEGELBAUER, H. (2003): *A serdülőkorú kötődés jelentősége*. Szakdolgozat. ELTE Pszichológia szak, Budapest.
- COLE, M. – COLE, S. H. (1998): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest.
- CZEI ZEL E. – LÁNYINÉ E. Á. – RÁTAY CS. (1978): *Az értelmi fogyatékosok kóreredete a „Budapest-vizsgálat” tükrében*. Medicina Kiadó, Budapest.
- ENGLBRECHT, A. – WEIGERT, H. (1996): *Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? avagy Nem jelenthet akadályt a tanulási akadály!* BGGYTF, Budapest.
- ERIKSON, E. H. (1991): *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- ERIKSON, E. H. (1997): *Az emberi életciklus*. In BERNÁTH L. – SOLYMOSSI K. (szerk.): *Fejlődéslélektan olvasókönyv*. Tertia Kiadó, Budapest, 27–41.
- FAW, G. D. – DAVIS, P. K. – PECK, C. (1996): *Increasing Self-determination: Teaching People with Mental Retardation to Evaluate Residential Options*. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 29. No. 2, 173–188.
- GAÁL É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 429–459.
- GOFFMAN, E. (1981): *A hétköznapi élet szociálpszichológiája*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest, 179–239.
- HAEBERLIN, U. (1996a): *Meghatározás*. In GAÁL É. (szerk.): *Emberkép gyógypedagógusoknak. Szemelvénygyűjtemény az emberkép tanulmányozásához*. BGGYTF, Budapest, 19–33.
- HAEBERLIN, U. (1996b): *Gyógypedagógia és emberkép*. In GAÁL É. (szerk.): *Emberkép gyógypedagógusoknak. Szemelvénygyűjtemény az emberkép tanulmányozásához*. BGGYTF, Budapest, 34–54.
- HARTER, S. (1988): *Developmental Processes in the Construction of the Self*. In YAWKEY, T. D. – JOHNSON, J. E. (eds.): *Integrative Processes and Socialization: Early to Middle Childhood*. Lawrence Erlbaum Associates, 45–79.
- ILLYÉS S. – MÉREI V. (1975): *Elfogadás és elutasítás az épek fogyatékosokhoz fűződő társas kapcsolataiban*. In GÖLLE SZ V. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve VIII*. Budapest.
- KANTER, G. (1996): *Tanulási akadályozottság mint a nevelési hatások specifikus jellegének magyarázó elve*. In GAÁL É. (szerk.): *Emberkép gyógypedagógusoknak. Szemelvénygyűjtemény az emberkép tanulmányozásához*. BGGYTF, Budapest, 76–87.

- LEVY-SHIFF, R. – KEDEM, P. – SEVILLIA, Z. (1990): *Ego Identity in Mentally Retarded Adolescents*. American Journal on Mental Retardation, Vol. 94. No. 5, 541–549.
- MARCIA, J. (1987): *The Identity Status Approach to the Study of Ego Identity Development*. In HONESS, T. – YARDLEY, K. (eds.): *Self and Identity. Perspectives Across the Lifespan*. Routledge&Kegan Paul Ltd., 161–171.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (2001): *Enyhén értelmi fogyatékosok. Szócikk*. In MESTERHÁZI ZS. (szerk.): *Gyógypedagógiai lexikon*. OM, Budapest, 76–77.
- MORNINGSTAR, M. E. – TURNBULL, A. P. – TURNBULL, H. R. (1995): *What Do Students with Disabilities Tell Us about the Importance of Family Involvement in the Transition from School to Adult Life?* Exceptional Children, Vol. 62. No. 3, 249–260.
- PÁLHEGYI F. (1998): *Dinamikus összefüggések a gyógypedagógiai pszichológiában*. In PÁLHEGYI F. (szerk.): *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 52–92.
- STEPHEN, J. – FRASER, E. – MARCIA, J. E. (1992): *Moratorium – Achievement (Mama) Cycles in Lifespan Identity Development: Value Orientations and Reasoning System Correlates*. Journal of Adolescence, 15, 283–300.
- SZABÓ G. (2003): *A serdülőkorú identitás és a személyiség összefüggései. Identitástatusz és szociometriai pozíció*. Szakdolgozat. ELTE pszichológia szak, Budapest.
- SZABÓ L. (2002): *A serdülőkorú önértékelés jellemzői és meghatározó tényezői középiskolásokkal végzett kérdőíves vizsgálatok alapján*. (PhD-disszertáció).
- TAYLOR, S. J. (2000): *„You’re not a Retard, you’re just Wise”: Disability, Social Identity and Family Networks*. Journal of Contemporary Ethnography, Vol. 29. No. 1, 58–92.
- V. KOMLÓSI A. (2000): *A személyiség értelmezései*. In OLÁH A. – BUGÁN A. (szerk.): *A pszichológia alapterületeiből*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 187–275.
- WATERMAN, A. S. (1982): *Identity Development from Adolescence to Adulthood: An Extension of Theory and a Review of Research*. Developmental Psychology, Vol. 18. No. 3, 341–358.
- ZETLIN, A. G. – TURNER, J. L. (1985): *Transition from Adolescence to Adulthood: Perspectives of Mentally Retarded Individuals and their Families*. American Journal of Mental Deficiency, Vol. 89. No. 6, 570–579.
- Az 1985. évi I. törvény az oktatásról. In Az óvodai nevelés, az alapfokú nevelés-oktatás területére vonatkozó jogszabályok. 1986–1988. Dabasi Nyomda.
- Az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról. Művelődési Közlöny, XXXVII. évfolyam 21. szám. (1993. augusztus 27.)

1. sz. melléklet

KÉRDŐÍV

1. Név:

2. Nem: fiú lány

3. Életkor:

4. Milyen szakmát tanulsz itt?

5. Milyen szakmát szeretnél volna tanulni?

6. Miért nem azt választottad?.....

.....

7. Szoktak-e a szüleid beszélgetni veled arról, hogy milyen szakmát tanulj?

.....

8. Mit csinálsz a szabadidődben?

.....

9. Miért ezekkel a dolgokkal töltöd a szabadidődet? (Karikázd be a helyeset!)

szeretem ezeket

szüeim tanácsolták

másra nem volt lehetőségem

barátaim is ezzel töltik

egyéb:

10. Vannak-e közeli barátaid? (Húzd alá a megfelelőt!)

igen

nem

11. Ki választja meg a barátaidat? (Húzd alá a megfelelőt!)

én szüleim én a szüleimmel közösen

12. Jártál-e már valakivel? (Húzd alá a megfelelőt!)

igen nem

13. Ki választja ki a partneredet? (Húzd alá a megfelelőt!)

én szüleim barátaim én a szüleimmel közösen

14. Kérlek, tegyél X-et a véleményednek megfelelően minden egyes mondat után!

	IGEN	NEM
1. Mindig el tudom dönteni, hogy mivel töltssem a szabadidőmet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nem foglalkozom azzal, hogy mivel fogok pénzt keresni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ugyanazzal foglalkozom a szabadidőmben, mint a szüleim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Még nem tudom, hogy mit várok el egy randevútól.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nem érdekel, hogy randevúom vagy se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Elvegyülök a tömegben, mert nincsenek közeli barátaim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tudom, hogy mit fogok dolgozni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Még nem látom világosan, hogy egy férfinak és egy nőnek mi a feladata a házasságban.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nem tudom, hogy milyen foglalkozást válasszak, mert sok a lehetőség.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Én választom meg, hogy mit csinálok a szabadidőmben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Most még különböző partnerkapcsolatokat próbálok ki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nem választottam foglalkozást, jelenleg nem is érdekel ez a kérdés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nincsenek közeli barátaim, jelenleg nem is keresek ilyet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mindig tudom értelmesen tölteni a szabadidőmet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Csak olyan barátokat választok, akiket a szüleim elfogadnak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Én választottam meg a szakmámat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bármilyen szabadidős tevékenység jó nekem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Olyan szakmát választottam, ami a szüleimnek is tetszett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Csak olyanokkal megyek el szórakozni, akiket a szüleim szeretnek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Megesik, hogy semmit sem csinálok a szabadidőmben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IGEN NEM

- | | IGEN | NEM |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 21. Nem foglalkoztat az a kérdés, hogy egy férfinak és egy nőnek milyen szerepe van a házasságban. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Szeretem gyakran változtatni azt, hogy mit csinálók a szabadidőmben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Még mindig nem tudom, hogy milyen munkára lennék képes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Barátaimat magam választottam ki. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Majd döntök valamilyen munka mellett, de ennek még nem jött el az ideje. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. A szüleim megmondják nekem, hogy mit csináljak a szabadidőmben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Csak olyanokkal randevúozom, akik megfelelnek szüleimnek. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Sok szakma közül kiválasztottam azt, amelyik a legjobban tetszik. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ha hívnak, részt veszek szabadidős tevékenységekben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Szüleim megmondták, hogy milyen foglalkozást válasszak. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Tapasztalataim alapján tudom, hogy milyen barátokat keresek. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sokféle szabadidős tevékenységet kipróbáltam, és megtaláltam, amivel szívesen foglalkozom. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Keresem még a barátaimat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Keresem a nekem megfelelő foglalkozást, de még nem találtam meg. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Tapasztalataim alapján tudom, hogy milyen partnerrel szeretnék randevúzni. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Majd azzal foglalkozom, ami éppen adódik. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Sosem tudom előre megmondani, hogy mivel töltöm majd a szabadidőmet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Világosan látom, hogy egy nőnek és egy férfinak milyen szerepe lehet a házasságban. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Szüleim eldöntötték a foglalkozásomat, én követem terveiket. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Nem érdekel, hogy mit csinálók a szabadidőmben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Most már pontosan tudom, milyen foglalkozást szeretnék. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Még nem tudom, melyik szabadidős tevékenység a legjobb számomra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Mindig ugyanazzal töltöttem a szabadidőmet, mint a szüleim, nem próbáltam ki mást. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. A szüleim választják ki számomra a barátaimat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Egyetértettem abban a szüleimmel, hogy mivel érdemes töltenem a szabadidőmet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | IGEN | NEM |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 46. Úgy gondoltam, hogy a szüleim jobban tudják nálam, milyen szakmát érdemes választanom. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Még nem tudom, hogy mit csinálok a legszívesebben a szabadidőmben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Bármilyen munka jó lesz számomra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Az alábbi kérdőívben olyan mondatokat olvashatsz, amelyek fiatalokról szólnak. A mondat egyik és másik fele más-más állítást tartalmaz. Kérlek, olvasd el figyelmesen a mondatokat, és először azt dönts el, a mondat első vagy második felében szereplő állítás igaz vagy jellemző rád! Ha ezt a kérdést tisztáztad, ítéld meg azt is, milyen mértékben jellemző rád az állítás (nagyon igaz vagy igaz), és írd X-et abba a kockába, amelyik a helyes mértéket jelöli!

Vannak fiatalok,...

Nagyon igaz
igaz rám

Nagyon igaz
igaz rám

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|------------|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akiknek a szülei nincsenek tekintettel a gyermekük érzelmeire, | MÍG | mások szülei tapintatosak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akiknek a szülei azonnal észreveszik, ha gyermeküket bántja valami, | MÍG | mások szülei nem figyelnek oda az ilyesmire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akik nem bízhatják rá nyugodt szívvel a titkaikat senkire társaik közül, | MÍG | mások bízhatnak a többiek titoktartásában | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akik sohasem támaszkodhatnak társaikra, ha baj van, | MÍG | mások mindig számíthatnak társaik segítségére | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akiknek a szülei kifecseggik a gyermekük problémáit, | MÍG | mások szülei ilyet sosem tennének | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akiknek együttérző társai vannak, | MÍG | mások egyedül maradnak az érzéseikkel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vannak fiatalok,...

Nagyon igaz rám	Igaz rám			Nagyon igaz rám	Igaz rám	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akiknek társai sokszor megsértik az érzelmeit,	MÍG	mások érzelmeit tiszteletben tartják	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akik mindig számíthatnak a többiekre, ha meg akarnak valósítani egy jó ötlet,	MÍG	mások csak magukra támaszkodhatnak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akiknek a szülei meg sem hallgatják a véleményét,	MÍG	mások véleményére kíváncsiak a szülők	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akiknek a véleményét a társaik figyelembe veszik,	MÍG	mások véleményére nem adnak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akik mindig számíthatnak a szüleikre,	MÍG	mások szülei elzárkóznak a gyermekük problémái előtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akiknek a szülei megértők,	MÍG	mások szülei kevésbé értik meg a gyermekük problémáit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Köszönöm a segítségedet!

2. sz. melléklet

	Nagyon igaz	Igaz	Nagyon igaz	Igaz
1. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
2. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont
3. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
4. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
5. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
6. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont
7. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
8. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont
9. állítás	1 pont	2 pont	4 pont	3 pont
10. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont
11. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont
12. állítás	4 pont	3 pont	1 pont	2 pont

38. táblázat. A támogatottságra vonatkozó tételek értékelése

A szülői támogatásra vonatkozó tételek: 1; 2; 5; 9; 11; 12

A társas támogatásra vonatkozó tételek: 3; 4; 6; 7; 8; 10

Szekeres Ágota adjunktus

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék

1097 Budapest, Ecséri út 3.

JÓZSA KRISZTIÁN –
FAZEKASNÉ FENYVESI MARGIT

TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT GYERMEKEK TANULÁSI MOTIVÁCIÓJA

A motiváció mindenféle emberi tevékenységnek az alapja. A motiváció, a motívumok adnak késztetést, energiaforrást például a gondolkodáshoz, tanuláshoz, társas aktivitáshoz. Régi felismerés, hogy a motiválás segíti a tanulást, ezen keresztül pedig a készségek, képességek fejlődését. Az utóbbi évtizedben jelentősen megnőtt a tanulási motivációval foglalkozó nemzetközi kutatások száma, ez ma már az egyik legintenzívebben vizsgált pedagógiai területnek számít. Ennek ellenére a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjának elemzése a nemzetközi és a hazai vizsgálatokban egyaránt elhanyagolt területnek mondható. Nem ismertek olyan hazai empirikus vizsgálatok, melyek a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjára irányulnának. Tanulmányunk megírását e hiány enyhítése ösztönözte. Írásunk első felében rövid áttekintést adunk a tanulási motivációról, a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjának jellemzőiről. Ezt követően empirikus vizsgálataink eredményeit ismertetjük: keresztmetszeti vizsgálattal tártuk fel a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjának alakulását, motivációjukat többségi iskolába járó társaikéval hasonlítottuk össze.

Tanulási motiváció

A pedagógia nézőpontjából a motiváció elsősorban mint személyiségfejlődést meghatározó tényező érdekes. A személyiségnek azok az összetevői kapnak kiemelt figyelmet, melyek alapján egy viselkedés megkezdéséről, folytatásáról – tudatosan vagy tudattalanul – döntést hozunk (Nagy, 2000). A viselkedésnek ezeket a viszonyítási alapjait *motívumoknak* nevezzük. Az emberi motívumok egy része már az élet legkorábbi szakaszában, az idegrendszer kevésbé fejlett állapotában is működik, ilyenek például az alapvető biológiai motívumok, mint az éhség, szomjúság vagy az értelmi fejlődésben kulcsfontosságú, elsajátítási motívumok. Az egyén élete során szerzett tapasztalatai nyomán a motívumok változnak, fejlődnek, a *motívumokat is tanuljuk*. Ez részben az öröklött alapú motívumok változását (fejlődést, elsovadását), részben pedig a motívumkészlet további gyarapodását, szerveződését, hierarchizálódását jelenti. Motívumok – mint az emberi viselkedés döntési alapjai – például a célok, beállítódások, meggyőződések, vélekedések, szociális normák, az énkép.

A tanulási motiváció vizsgálatával csak a múlt század közepe felé kezdtek intenzívebben foglalkozni. A kezdeti, ötvenes, hatvanas években jellemző értelmezésére a *teljesítménymotivációval* (achievement motivation) kapcsolatos kutatások gyakoroltak jelentős befolyást. A teljesítménymotiváció kutatása az ötvenes évek vége felé indult meg, McClelland, Atkinson, majd Heckhausen vizsgálatai váltak a terület meghatározó alapirodalmává. Ezekben a főképp laboratóriumi körülmények között folytatott kutatásokban a teljesítménymotiváció elsődleges mutatójának a sikerorientáltságot (a siker elérésére való törekvést) és a kudarckerülést (kudarckorrekcióra való törekvést) tekintették (Atkinson, 1966; Maehr és Sjogren, 1971; Réthyné, 1995). A teljesítménymotivált viselkedést elsősorban a sikerorientált–kudarckerülő dichotómia mentén írták le.

A XX. század második felének több tanulási motiváció elméletében dominál a teljesítménymotivációt jellemző dichotóm szembeállítás. A hetvenes-nyolcvanas évek motivációkutatásában meghatározó volt az önjutalmazó (belső, idegrendszerhez kapcsolható, úgynevezett intrinzik) motívumok szembeállítása a külső környezetből érkező (úgynevezett extrinzik) motívumokkal (Deci, 1975). Később pedig a teljesítmény és az elsajátítási célok mint motívumok szembeállításával foglalkoztak sokat a kutatók (Dweck és Leggett, 1988; Harter, 1981).

Az utóbbi évek nemzetközi kutatásait ugyanakkor alapvetően új szemléletmód jellemzi: a korábbi dichotóm megközelítéseket kezdik felváltani a motívumok ötvöződésére, a különböző motívumok egymásra ható működésének, fejlődésének integrált vizsgálatára irányuló kutatások (Deci, Koestner és Ryan, 2001; Hidi és Harackiewicz, 2000; Pintrich, 2001). Egyre nyilvánvalóbbá válik: nem egy-egy motívum domináns volta adja a fejlett tanulási motívumrendszert, hanem sokkal inkább egy többkomponensű, optimálisan fejlett motívumrendszer, amely lehetővé teszi a környezeti feltételekhez, a tanulási környezethez való adaptív alkalmazkodást. Ezek a kutatások határozott lépéseket tettek a motiváció különböző elméleteinek integrálására, egy koherens elméleti rendszer létrehozására.

Jelentős, új felismerés, hogy a motívumok és a képességek fejlődése szorosan egymásba fonódik, nem választható szét, és egymást is segíti (Bickhard, 2003). Ez egyben azt is jelenti, hogy fejlesztésüket egyidejűleg lehet és kell végezni. Ez a felismerés a kilencvenes években alapvetően megújította a motivációkutatást, paradigmaváltás értékű változásokat eredményezett (Réthyné, 2001, 2003). Ennek köszönhetően nyertek teret azok a nagyon fontos kutatások, amelyek az értelmi fejlődést motivációs szempontból vizsgálják. Megkezdődött a korábban szinte teljesen külön területként létező motivációkutatások és kognitív kutatások egymásba integrálódása.

A motivációkutatás paradigmaváltás értékű változásként jellemzett kutatási irányvonalába illeszkedik Nagy József személyiségelmélete (Nagy, 2000), amelyben a személyiségnek két alapvető komponens(rendszer)ét határozza meg: a motívumrendszerét és a képességrendszerét. A személyiséget motívumok és képességek szerveződésekként definiálja.

Az egyéni sikereket és kudarcokat nem érthetjük meg a maguk valóságában, ha csak a készségek, képességek vagy csak a motívumok vizsgálatára szorítkozunk. Készségfejlesztő munkánk jelentős része kárba veszik, ha közben a motívumokkal nem foglalkozunk. Egy leegyszerűsített modellben a következőképpen fogalmazhatunk. A készségek, képességek fejlettsége szabja meg, hogy mire vagyunk képesek: hogyan tudunk olvasni, számolni, konfliktusokat megoldani stb. A motívumok fejlettsége pedig meghatározza, hogy ezekből a készségekből, képességekből mit és hogyan használunk: mit sajátítunk el, mit tanulunk meg, milyen céljaink vannak, kikkel barátkozunk stb. Motívumok fejlesztése hozzájuk kapcsolódó készségek, ismeretek nélkül parttalan és értelmetlen dolog. A motívumok nem önmagukért léteznek, működnek, hanem valamihez kapcsolódva, mindig valamire vagyunk motiváltak. Hétköznapi példával élve: hiábavaló fáradság az olvasási képesség fejlesztése, ha közben a gyermek megutálja az olvasást.

A képességek és a motívumok párhuzamos, egymásba kapcsolódó fejlődésének megértéséhez jelentősen hozzájárulnak az elsajátítási motívumok megismerésével kapcsolatos kutatások. E munkák rávilágítanak: az elsajátítási motívumok a tanulási motívumrendszer alapvető összetevői, megfelelő fejlettségük a tanuláshoz és a készségelsajátításhoz is kritikus előfeltétele. Az elsajátítási motívumok egy készség, képesség elsajátítására, begyakorlására készítetnek. A motívumok megfelelő körülmények között mindaddig működnek, amíg a kihívás, a megoldás bizonytalansága fennáll, azaz amíg az elsajátítás meg nem történik (Józsa, 2001, 2002a, 2005).

A motivációkutatások változásának további jellemzője a társas tényezők szerepének előtérbe kerülése. Míg a klasszikus elméletek a motívumok működését az egyén személyes jellemzőjeként kezelték, napjaink megközelítései arra mutatnak rá, hogy a motívumok működése nem ragadható ki abból a környezetből, amelyben a tanulás zajlik (Réthyné, 2001; Rueda és Moll, 1999). A motiváció szociokulturális megközelítése szerint a társas interakcióknak, illetve a kulturálisan megalapozott tudásnak kiemelkedő jelentősége van a tanulási motívumok fejlődésében. Az eltérő szociális, kulturális közeg jellegzetes különbségeket alakíthat ki a tanulók motívumrendszerei között (Rueda és Moll, 1999). Az egyén elsődlegesen arra motivált, hogy a környezete elfogadja. Jellegzetes eltérések mutathatók ki például a roma és a többségi tanulók tanulási motivációjában. A társas motívumok a romák esetében erőteljesebben hatnak (Fejes, 2005). Ez nem jelenti azonban feltétlenül azt, hogy a roma tanulók kevésbé lennének motiváltak a tanulásra. Korábbi kutatásunk eredményei szerint a roma és a nem roma tanulók tanulási motivációja között nincs szignifikáns különbség (Fejes és Józsa, 2007). A hátrányos helyzetű gyermekek tanulási motivációja ugyanakkor számottevő mértékben elmarad társaikéhoz képest (Fejes és Józsa, 2005).

Tanulási motiváció és tanulásban akadályozottság

Általánosan elfogadott vélekedés, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja gyenge és nehezen alakítható (Mesterházi, 1998). Hazai kutatási adatokkal azonban nem rendelkezünk ezen a területen, a nemzetközi kutatások száma is szerénynek mondható. A tanulásban akadályozott gyermekeket elsősorban, sőt szinte kizárólag az értelmi fejlettség különböző dimenziói mentén szokás jellemezni, a kutatások ebből a szempontból közelítik meg őket (Switzky, 2003).

A tanulásban akadályozott gyermekek jelentős részénél több területet érintő, tartós elmaradást tapasztalunk (Gordosné, 1995; Mesterházi, 2001). Az elemi alapkészségek fejlettségében a tanulásban akadályozott gyermekek többségi társaikhoz képest átlagosan 5-7 évnyi fejlettségbeli elmaradást mutatnak. Az egyes készségek fejlettségében gyermekenként is jelentős eltérések vannak (Józsa és Fazekasné, 2006a, 2006b).

Az értelmi fejlődés elmaradása a tanulásban akadályozott gyermekek jelentős részénél döntően a környezeti hatások következménye (Gaál, 2000). A fejlődést akadályozó környezetnek többnyire alapvető karaktere a szegénység, mely a legtöbb esetben tartós, állandósult állapot. A gyermekek szüleinek jövőképe általában pesszimista, beletörődnek sorsukba, öngazoló teóriákkal érvelnek (Lányiné, 1992). Sokuknál működik az ún. Pygmalion-effektus: a feljük közvetített csekély elvárások önbeteljesítő jóslatként hatnak (Józsa, 2007). A környezet érdektelensége miatt a gyermekek motivációs szempontból is veszélyeztetettek lehetnek: ha a környezetükben a tanulásnak, a tudásnak nincs értéke, akkor a tanulási motivációjuk sem fejlődik, mert nem kap szociális megerősítést (Józsa, 2002b).

A tanulási motivációt a sikeresség erősíti. A hátrányos környezeti feltételek között élő gyermekek azonban hamar eltávolodnak sikeres társaiktól. Az eltérő külső megjelenés, életmód az előítéletességet korán megjeleníti, és ezzel az iskolai sikertelenség is fokozódik (Szabóné, 2003). A gyermek érzelmei, tapasztalatai mellett fontos az is, hogy a család felnőtt tagjai hogyan viszonyulnak az iskolához, pl. milyenek voltak saját iskolai tapasztalataik; milyen érzelmek kísérték az iskolai tanulásukat; milyen az iskolai végzettségük. A tanulás értékét a tanulásban akadályozott gyermekek egy része számára csak az iskola képviseli.

A tanulási motiváció alakításában meghatározó az iskola személyi összetétele, a szakképzettek aránya, elkötelezettsége, a tanítást segítő tárgyi felszereltség minősége. A tanulásban akadályozottak iskoláinak jelentős hányada a harmonikus személyiségfejlesztéshez szükséges személyi és tárgyi feltételeknek csupán a töredékével rendelkezik (Havas, 2004).

Másképpen formálódik a tanulási motiváció akkor, amikor az elsődleges ok az idegrendszer biológiai, genetikai sérülése. Ha a sérülést nem kíséri a fejlődést hátráltató szociális-kulturális háttér, akkor reménykedhetünk a környezet támogatásában. Ez azonban csak abban az esetben igaz, ha az organikus sérülés tényét a gyermek környezete

el tudja fogadni. Az akadályozottságot tagadó vagy mellőző környezet nincs tekintettel a gyermek korlátozott képességeire. A túl magas teljesítményre, erőfeszítésre ösztönző úgynevezett túlkövetelés félelmet, szorongást kelt a gyermekben. Ez pedig olyan önvédelmi stratégiát alakít ki, amellyel el tudja kerülni a teljesítési helyzeteket, ezáltal próbálja megóvni magát a további sikertelenségek megélésétől (Szabóné, 2003).

Mint látható, a tanulási akadályozottságot okozó organikus, illetve környezeti tényezők eltérően formálják a tanulás folyamatát kísérő motivációs rendszert. Az oki különbségek ellenére a tanulás és a viselkedés módja lényegében hasonló (Mesterházi és Gerebenné, 2006; Papp, 2004). Ugyanezt feltételezhetjük a tanulási motiváció esetében is. Hipotézisünk szerint a meglassult értelmi működés befolyásolja a tanulást kísérő mechanizmusokat. A tanulásban akadályozott gyermekeknek jelentős nehézséget jelent a fogalmak megértése, emiatt pontatlanul értelmezik a verbális visszajelzéseket, többnyire csak formális következtetéseket alkotnak (Gaál, 2000). Nem jutnak el személyükre értendő egzakt következtetéseikig. A helytelen konklúziók, a formális általánosítások miatt nincsenek pontos ismereteik saját tudásukról, képességeikről, jobban kiszolgáltatottak a felnőtt környezet véleményének. Nem jellemző rájuk, hogy mérlegeljék a róluk alkotott képet, hajlamosak azok szelekció nélküli elfogadására.

A tanulás a kognitív aktivitás mellett egy intenzív motivációs-emocionális helyzetet is teremt (Szvatkó, 2006). A tanulásban akadályozott gyermekek emocionális szabályozó rendszere különbözik többségi társaikétól. Kevesebb ismeretük van az őket körülvevő világról, ezért nagyobb a biztonságigényük, máshogyan különböztetik meg a számukra kívánatos és kellemetlen tényezőket. Az információk eltérő, hiányos feldolgozása saját viszonyulást eredményez a siker és a sikertelenség megéléséhez. Siker esetén hajlamosak túlhangsúlyozni a véletlen szerepét.

Kanter és Speck (1980) 15 éves, tanulásban akadályozott serdülők tanulási motívumait vizsgálta. Összegezésükből kitűnik, hogy a vizsgált tanulók céljaikat az elérhető teljesítményszint alatt határozzák meg. Gyorsabban elbizonytalanodnak, a sikertelenséget is előbb élik meg. A nem kívánt érzelm elkerülése esetükben erőteljesebb. A próbálkozások izgalma – ebbe az átmeneti kudarc is belefér – számukra nem kihívás, hanem biztonságcsökkentő, frusztrációt okozó tényező. Önálló elsajátítási késztetésük alacsonyabb.

A tanulási motivációt befolyásolja a tanítás segítésének és elismerésének a módja (Mesterházi, 1998). A tanítás és tanulás folyamatában kevésbé építhetünk a metakognícióra (a gyermekek saját tudásukról létező tudására; lásd részletesebben Csíkos, 2006, 2007), mert a tanulásban akadályozott gyermekeknek nincs biztos tudásuk saját tudásukról, képességeikről. Az ingtag, hiányos önismeret maga után vonja a tanulási motiváció néhány összetevőjének bizonytalan működését is.

A tanulási motívumok alakulásában fontos szerepe van a tanulók munkájára adott értékelésnek. A tanulók többségénél a segítő, formáló visszacsatolás segíti leginkább a tanulási motiváció erősödését (Hidi, 2000; Réthyné, 1989). A tanulásban akadályozott

gyermekek esetében kiemelt fontosságú, hogy az értékelési módszereket képességeikhez, fejlettségi állapotukhoz igazítsuk. Ezzel segíthetjük őket a folyamatos visszacsatolásban, hogy saját tudásukról realisabb képet kapjanak, és az önszabályozás mechanizmusát stabilabb alapokra helyezték.

A tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésénél fontos, hogy tanulási motívumaik alakítására közvetlen módon figyelmet fordítsunk, célirányos tanulásuk alapjává tegyük. A motívumok fejlesztése céljából érdemes arra törekedni, hogy a tanulás érdekes és kellemes tevékenység legyen, amelyben a gyermek jól érzi magát. Ennek a kellemes érzésnek, öröme az átélése tanulásra ösztönzi a gyermeket, motívumait erősíti. Az iskoláskor kezdetén és az alsó tagozatban a tanulásra ösztönzés könnyebben sikerülhet, ha a tanulás a funkcióöröm kedvéért történik, a spontán figyelem erőteljes aktivizálásával (Englbrecht és Weigert, 1999).

A motívumok alakulására pozitívan hathat, ha a gyermekek saját maguk tudják alakítani, megválasztani a tanulás tartalmát; ilyen lehetőséget nyújt például a szabad tanulás (Horváth, 2005). A szabadon megválasztott aktivitás, közvetlen tapasztalatszerzés, cselekvő tanulás, társas aktivitás pozitívan hat a motívumok alakulására. A tanulásban akadályozott gyermekek fejlesztésében jelentős szerepe lehet a saját tudásukról bennük lévő tudás alakításának, az ún. metakognitív stratégiáik kiépítésének (Csíkos, 2006, 2007), az önszabályozó tanulásuk fejlesztésének (Molnár, 2002a, 2002b). Fontos, hogy következetesen és változatos kommunikációs módon kapjanak visszacsatolást a munkájukra. Kapjanak biztatást, egyértelmű impulzusokat.

A motívumok alakítása szempontjából is alapvető jelentőségű a képességek fejlettségéhez igazodó, ún. kritériumorientált fejlesztési stratégia (részletesen lásd Nagy, 2007, jelen kötet). E módszerekkel elérhető, hogy az alapvető készségek begyakorlása, optimális elsajátítása megtörténjen. Emellett a készségek fejlettségi szintjéhez igazodó fejlesztés erősítheti az önálló elsajátítási próbálkozást, elősegítheti az elsajátítási öröm átélését. A tanulásban akadályozott gyermekeknél fokozatosan és lassan lehet kiépíteni a tanulás iránti önkontrollt és felelősségérzetet, hogy „fokról fokra váljanak a tanulók önmaguk mesterévé” (Englbrecht és Weigert, 1999, 134.).

Az iskolának a tanulási motívumok alakításában fokozott szerepe és felelőssége van abban az esetben, ha a gyermek családi környezete nem támogató. Figyelemmel kell lenni a gyermek környezetének értékrendjére, kultúrájára. A fejlesztő munkát segíti, ha a pedagógusok ismerik és elfogadják a gyermek környezetét, kultúráját, az ebből eredtethető motivációs hátteret.

Vizsgálatunk célja

Empirikus vizsgálatunk célja a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motívumainak elemzése, valamint a többségi és a tanulásban akadályozott iskolások motívumainak összehasonlítása.

Korábbi kutatásokból ismert, hogy a többségi tanulók esetében a tanulási motiváció az iskolai évek alatt folyamatosan csökken (Józsa, 2002b, 2007). Vajon kimutatható-e ez a jelenség a tanulásban akadályozott gyermekek esetében is? Igazolható-e az a szakirodalomban olvasható feltételezés, hogy a tanulásban akadályozottak tanulási motivációja alacsonyabb szintű és nehezebben alakítható, mint a többségi tanulóké?

Minta

Céljainknak megfelelően két vizsgálati mintát szerveztünk:

(1) A *többségi tanulók* 495 fős mintáját egy átlagos családi háttérű, kisvárosi általános iskola 2–8. osztályai alkották. Az elsős tanulókat nem vontuk be a mérésbe. Az iskola minden évfolyamán 3-3 osztály, évfolyamonként körülbelül 70 tanuló volt. Elemzéseinkben azt feltételezzük, hogy ezek a tanulók kellő megbízhatósággal reprezentálják a többségi tanulók populációját.

(2) A *tanulásban akadályozottak* mintáját négy speciális tantervű (szegregált) iskola 2–8. osztályos tanulói tették ki. Évfolyamonként 50-60 fő, összesen 418 gyermek. Ez esetben is feltételezzük, hogy ez a négy, eltérő háttérű iskola megfelelően leképezi a tanulásban akadályozottak összetételét.

Vizsgálatunkban a tanulásban akadályozott gyermekek átlagosan 1,5-2 évvel idősebbek a velük azonos évfolyamra járó, többségi társaiknál. Úgy véljük, az életkori eltolódás tekintetében közelítőleg ez lehet az országos helyzet is. Az elemzések során az összehasonításokat az azonos évfolyamra járó tanulók között fogjuk megtenni, de az adatokból, ábrákból emellett az azonos életkorú tanulók összevetése is kiolvasható.

Mérőeszközök

Iskoláskorban a többségi gyermekek tanulási motivációjának nagymintás vizsgálatánál a kérdőíves módszer tekinthető a legelterjedtebbnek, mert így viszonylag rövid idő alatt nagy mennyiségű adatot lehet gyűjteni. A kérdőíves módszer érvényességét megfigyelések, illetve interjúk során szerzett információkkal történő összevetés alapján szokás igazolni: valid kérdőív esetén ezek a módszerek közel azonos képet adnak a gyermekről. A kérdőívek segítségével a pedagógusok és a szülők jellemezhetik a gyermekek motívumainak fejlettségét, emellett a gyermekek önjellemzéssel adhatnak képet saját motívumaikról (Józsa, 2007).

A fentiekből kiindulva vizsgálatunkban a tanulási motívumok feltárására kérdőíveket alkalmaztunk: (1) A többségi és tanulásban akadályozott gyermekek egyforma kérdőívet töltöttek ki (részletesebben lásd a tanulói kérdőív adaptációjáról szóló részben). (2) A tanulásban akadályozott gyermekek motivációját két-két pedagógus is jellemezte. A pedagógusok számára készített kérdőív a tanulóival azonos szerkezetű volt, a benne szereplő mondatok a tanulói kérdőív analóg változatai. A többségi gyermekek pedagógusai nem töltöttek ki kérdőíveket.

A kérdőívek 35, Likert-típusú állítást tartalmaztak. Az állításokkal való egyetértést háromfokú skálán kellett kifejezniük a kérdőív kitöltőinek. Ezeknek a fokozatoknak a megnevezései a következők voltak: (1) nem, (2) kicsit, nem mindig, (3) igen.

A tanulási motívumok alábbi összetevőit vizsgáltuk: elsajátítási motívum, elsajátítási öröm, érdeklődés az iskolai tanulás iránt, biztonságsszükséglet, kötődés a pedagógushoz, osztálytársak hatása, szülői késztetés. Mind a hét motívumot 4-6 állítással tanulmányoztuk. Az 1. táblázatban minden motívumhoz bemutatunk példaként egy-egy hozzá társított állítást a kérdőívből. Ezekre a Likert-típusú állításokra megjelölt értékekből számítottuk az egyes motívumok fejlettségét jellemző mutatót.

1. táblázat. A vizsgált tanulási motívumok és egy-egy állítása példaként a kérdőívből

Tanulási motívumok	Példatétel
Elsajátítási motívum	Szeretek sokáig dolgozni azért, hogy jó legyen a feladatom.
Elsajátítási öröm	Örülök, ha egy feladatot jól oldottam meg.
Érdeklődés az iskolai tanulás iránt	Érdekes dolgokat tanulok az iskolában.
Biztonságsszükséglet	Szeretem az osztálytermünket, jó ott lenni.
Kötődés a pedagógushoz	Fontos nekem, hogy megdicsérjen a tanító néni (bácsi).
Osztálytársak hatása	Örülök, ha jobban tudok valamit, mint az osztálytársaim.
Szülői késztetés	Szüleim megkérdezik, hogy mit tanultam az iskolában.

A tanulói kérdőív adaptációja

A tanulási motiváció vizsgálatára a többségi tanulóknál korábbi kutatásainkban használt kérdőív néhány mondatának szerkezetét, a benne szereplő fogalmak egy részét túlzottan bonyolultnak véltünk. Szükségesnek láttuk ezeket átdolgozni a tanulásban akadályozott gyermekek vizsgálatához. Az adaptáció során tekintettel voltunk a tanulásban akadályozottak önkifejezési korlátaira. Az eredeti kérdőív állításait egyszerűsítettük, néhányat átfogalmaztunk. Különösen figyelniük kellett a tagadó állításokra, amelyeket ők sokkal nehezebben értelmeznek, mint a kijelentő mondatokat. Az iskolai oktatás különbségeinek következményei miatt kihagytuk azokat a mondatokat, amelyek a tanulásban

akadályozottak számára ismeretlen szituációkra vonatkoznak. A Likert-típusú állításokra a gyermekeknek a szokásos ötfokú skála helyett csak háromfokú skálán kellett megadniuk a válaszukat.

A felsorolt, körültekintő adaptáció mellett az instrukciók megértéséhez többféle segítséget javasoltunk: felolvasást, szómagyarázatot, definíciókérést, körbeírást. Ezért a kérdőívek mellé részletes tanári útmutatót is melléeltünk, amely az adatfelvételi instrukcióra, a szómagyarázatra, a terhelhetőség mértékére és a felvétel ütemére is vonatkozott.

A többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek összehasonlíthatósága miatt a többségi gyermekek is az átdolgozott kérdőívet töltötték ki.

Adatfelvétel

Az adatfelvételre 2006 októberében került sor. A többségi tanulók csoportos vizsgálat keretében, osztályfőnöki órán töltötték ki a kérdőíveket, ez körülbelül 20 percet vett igénybe. A kitöltés előtt az adatfelvételt végző pedagógustól rövid instrukciókat kaptak. Az alsó tagozatos gyermekek esetében a tanító felolvasta a kérdőív mondatait, ezt követően jelölték a gyermekek a saját kérdőívükön a válaszukat. A kérdőív értelmezése, kitöltése az alsóbb évfolyamokon sem jelentett gondot a gyermekek számára.

A vizsgálat egyik kulcskérdése volt, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek esetében megbízható-e a kérdőíves vizsgálat: mennyire értik, hogyan értelmezik a kérdőívben szereplő mondatokat, mennyire tekinthető megbízhatónak a válaszaik alapján nyert adatok. Ez okból esetükben a pedagógusok részletesen jegyzőkönyvezték az adatfelvétel tapasztalatait, ezeket az alábbiakban összegezzük.

A tanulásban akadályozott, alsó tagozatos gyermekeknél a kérdőív kitöltése egyéni vizsgálat keretében történt. A pedagógusok felolvasták, szükség esetén értelmezték, néhány esetben példákkal egészítették ki a mondatokat. Nagyon ügyeltek azonban arra, hogy a gyermekek válaszait ne befolyásolják, és az értelmezés az eredeti mondat tartalmára vonatkozzon. A tartalom megértésén túl a gyermekeknek a kérdőív logikáját is meg kellett ismerniük. Mindezen óvintézkedések a kérdőív első felének felvételét lelassították. A felső tagozatban már körükben is megvalósítható volt a kérdőívek csoportos kitöltése. A vizsgálati elrendezésnek köszönhetően az olvasott szöveg megértése nem nehezítette a válaszadást, a mérés megbízhatósága ezáltal – megítélésünk szerint – növekedett. A pedagógusok szükség esetén egyes kifejezéseket velük is értelmeztettek.

Az adatfelvétel során értékes adatokhoz jutottunk az absztrakt fogalmak megértésével kapcsolatban. Olyan fogalmakat, mint például a *feladat*, *hiba*, *jutalom*, *osztálytárs* a másodikosok csak konkrét szinten értelmezték, például feladat: írás, számolás; osztálytárs: Matyi, Beáék. Mindezt kissé általánosítottabb formában, de még mindig a tanulási tevékenység valamilyen formájával magyarázták a harmadik és negyedik osztályosok.

A kérdőív mondataiban előforduló érzelmeket (például szeretem, örülök, szomorú vagyok, unatkozom) tevékenységgel párosított jelzős szerkezettel értelmezték (például unatkozom, ha számolunk). Negyedik osztálytól már az elemi absztrakció is működött (például a kíváncsi fogalmát emberi tulajdonságként magyarázták). Az iskolai tevékenységek körülírására többnyire nem volt szükség.

Az adatfelvétel jegyzőkönyveiből képet kaptuk arról is, hogy mely mondatokat nem értik, illetve értelmezik félre a tanulók. Jelentős segítséget adnak ezek a jegyzőkönyvek a kérdőív további átdolgozásához, fejlesztéséhez.

A vizsgálat megbízhatósága

A jegyzőkönyvek, valamint a tanulói kérdőív empirikus mutatói alapján 27 mondatról véltük, hogy ezek a tanulásban akadályozott gyermekek esetében is megbízható mutatókat adnak. Elemzéseink során csak ezeket az állításokat dolgoztuk fel. A kérdőív 27 mondatának reliabilitása a többségi tanulók mintáján 0,85, a tanulásban akadályozott gyermekek esetében 0,79. Előzetes feltételezésünkkel egyezően azt látjuk, hogy a többségi tanulók esetében a kérdőív valamivel megbízhatóbban működik. De a többségi és a tanulásban akadályozott gyermekekre számolt reliabilitásérték közötti különbség, a kérdőív körülmények között értelmezésnek köszönhetően, nem túl jelentős. A megbízhatósági mutató azt jelzi, hogy a vizsgálati elrendezésünk során alkalmazott kérdőíves módszer a tanulásban akadályozott gyermekek esetében is kellő megbízhatósággal működik.

A tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motívumait a pedagógusok is jellemezték. A pedagógusok kérdőívének megbízhatósági mutatója kifejezetten magas: a reliabilitás 0,93.

A tanulási motívumok életkori változása

Hazai és nemzetközi vizsgálatok egyaránt kimutatták, hogy a többségi tanulók tanulási motivációja az iskolai évek alatt jelentős mértékben csökken (*Anderman és Maehr, 1994; Hidi, 2000; Józsa, 2002b, 2007, Veczkó, 1986*). A kutatások áttekintése alapján *Anderman és Maehr (1994)* megállapítja, hogy az iskolai tanulási motiváció apadása harmadik és hatodik osztály körül kezdődik, és ezt követően a középiskolában is folyamatos. Ezt a jelenséget erősíti meg az elsajátítási motiváció alakulását vizsgáló kutatásunk is, mely a felső tagozattól, ötödik osztálytól kezdve jelezte az elsajátítási motívumok csökkenését (*Józsa, 2007*).

Jelen vizsgálatunkkal a tanulásban akadályozott és a többségi gyermekek tanulási motivációjának életkori változásait hasonlítjuk össze.

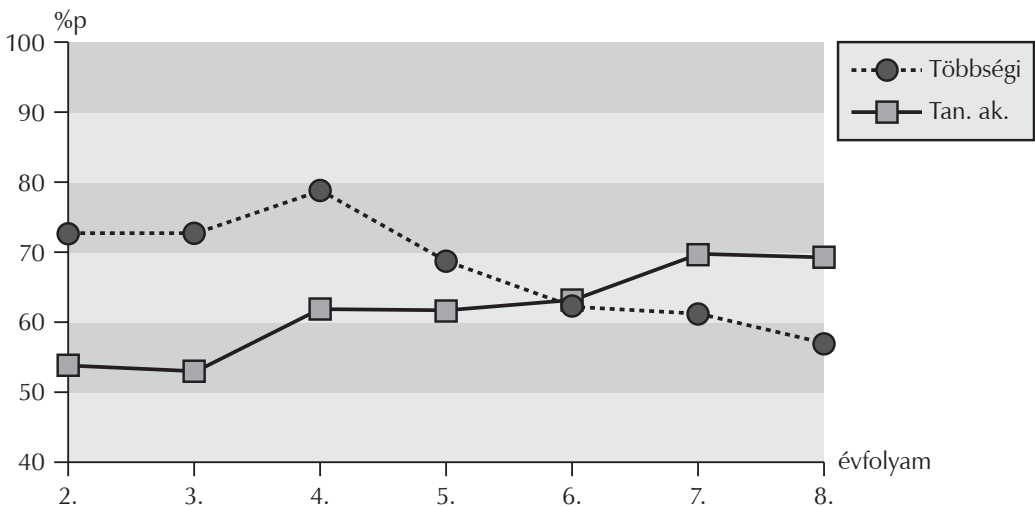
Keresztmetszeti vizsgálatunk adatait az 1–9. ábrákon szemléltetjük, mindkét mintánk esetében megadjuk a tanulási motívumok életkori alakulását.

Az elsajátítási motívum – amely a készségek, képességek gyakorlására, elsajátítására irányuló késztetést adja – életkori változását az 1. ábra mutatja. Korábbi nagymintás vizsgálatunkkal (Józsa, 2007) összhangban most is azt tapasztaljuk, hogy ez a motívum a többségi tanulók esetében sem túl erőteljes, és emellett negyedik osztálytól számottevően csökken: az elsajátítási motívum átlagos fejlettsége negyedik osztályban 79%p, nyolcadikban pedig már csak 57%p.

Alsó tagozaton a tanulásban akadályozott gyermekek önálló elsajátítási késztetése nagyon csekély: második-harmadik osztályban jelentősen, 20% ponttal elmarad e motívumuk a többségi társaikhoz képest. A tanulásban akadályozott gyermekek többségében ebben az életszakaszban nincs meg az a késztetés, hogy problémahelyzetben kipróbálják önmagukat, mérlegre tegyék saját tudásukat, képességüket. Kockázatvállalás helyett gyakran a biztonságos megoldás mellett döntenek, például a felnőtt irányítására hagyatkoznak (a pedagógushoz való kötődésről írtakat lásd később). Ennek oka részben az is lehet, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek közül sokan – a speciális tantervű iskolába helyezésük előtt – kudarcok sokaságát élték át a többségi iskolában.

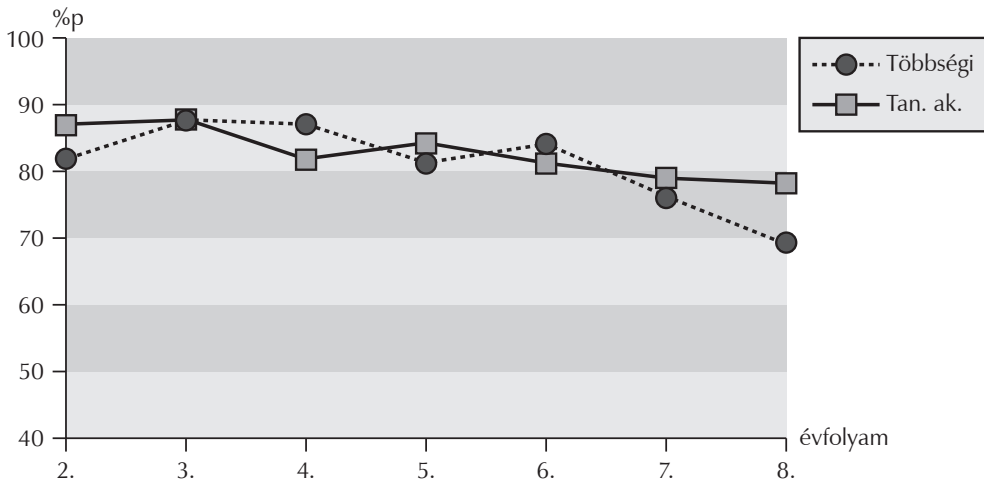
A tanulásban akadályozottak elsajátítási motívuma harmadik osztálytól erősödik, hatodik osztályra eléri a többségi tanulók átlagát, hetedik-nyolcadik osztályra pedig szignifikánsan meghaladja azt. Motívumfejlődésük a többségi tanulók motívumcsökkenésével ellentétes irányú, egyértelműen pozitív jelenség. Feltételezzük, hogy ebben a kedvező tendenciában jelentős szerepe van a speciális tantervű iskolák sajátos munkájának. A gyógypedagógiai módszerek és eljárások segítő visszacsatolást biztosítanak, a tanulásban akadályozott gyermekek kellő késztetéshez jutnak. Az elsajátítási motívum növekedése azért is figyelemre méltó, mert a többségi tanulóakra irányuló korábbi kutatásainkban egyetlen tanulási motívum esetében sem tapasztaltunk erősödést az iskolai évek alatt.

1. ábra. Az elsajátítási motívum életkori változása



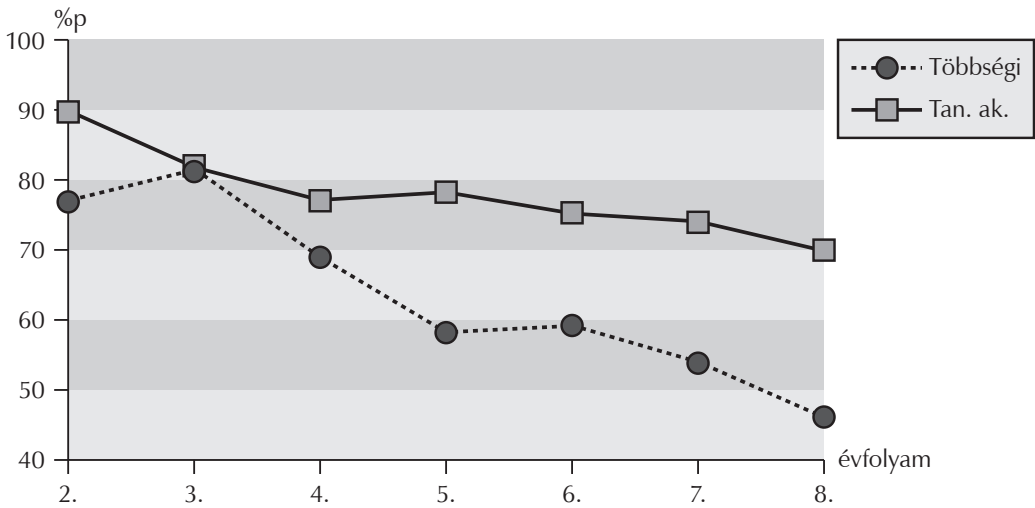
A tanulásnak, elsajátításnak fontos megerősítője, visszacsatolása a folyamat során átélte érzélem. Az elsajátítási öröme a tanulási motiváció alakulásában is jelentős szerepe van (Józsa, 2007). A 2. ábra görbéi szemléltetik, hogy a többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek tanulását milyen mértékben kíséri az elsajátítás öröme. Az eredmények azt mutatják, hogy ebből a szempontból iskoláskorban nincs túl nagy különbség a tanulásban akadályozott és a többségi tanulók között, az örömet – saját megítélésük szerint – közel hasonló mértékben élék meg. Mindkét mintára jellemző, hogy az idősebb tanulók úgy érzik, kevésbé élék már át ezt az emóciót. Második osztálytól nyolcadik osztályig a többségi tanulóknál 13%p, a tanulásban akadályozottaknál 9%p az elsajátítási öröm átlagának a csökkenése. A többségi tanulóknál tapasztalt nagyobb mértékű csökkenés eredményeként nyolcadik osztályban már szignifikáns, 9%p-nyi a különbség a tanulásban akadályozott gyermekek javára.

2. ábra. Az elsajátítási öröm életkori változása



Fontos tanulási motívum az iskolai tanulás iránt mutatott érdeklődés, az iskolai tevékenységek, mint például az olvasás, számolás, írás iránti pozitív attitűd. Vizsgálatunk adatai alapján úgy tűnik, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek érdeklődőbbnek vélik magukat, mint többségi társaik (3. ábra). Felső tagozatos korban jelentős, 20% pontot meghaladó a különbség javukra. Mindkét mintánál megmutatkozik, hogy az évek múlásával némileg elfordulnak a tanulók ezektől a tevékenységektől, csökken a motivációjuk az iskolai tanulás iránt. A csökkenés 2–8. osztály között a többségi tanulóknál 31%p, a tanulásban akadályozottaknál lényegesen kevesebb, csak 20%p. Említésre érdemes az is, hogy a tanulásban akadályozott gyermekeknél az átlag második osztályban 90%p, ami azt jelzi, hogy ebben az osztályfokban szeretnek írni, olvasni és számolni. Összességében megállapítható, hogy a kép ennél a motívumnál is a tanulásban akadályozott gyermekek esetében mutatkozik kedvezőbbnek.

3. ábra. Az iskolai tanulás iránti érdeklődés életkori változása



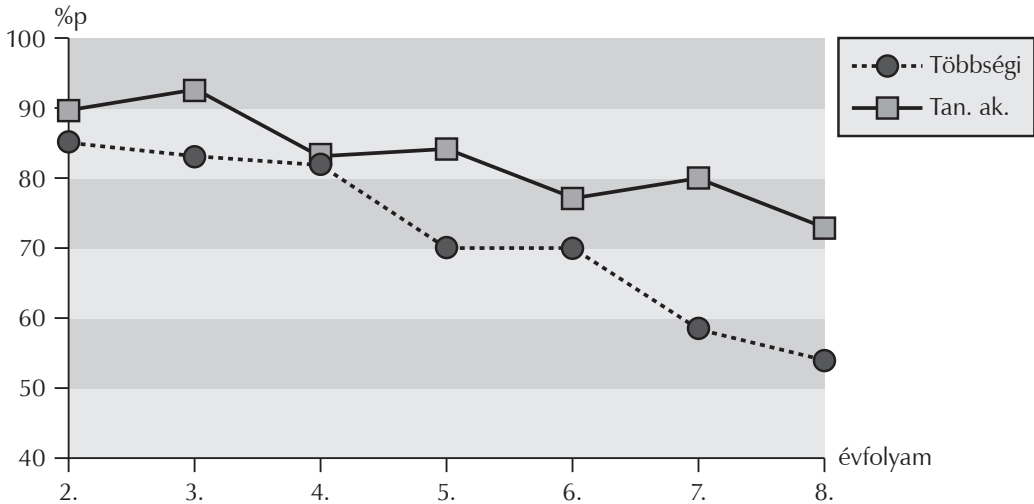
A gyermek szociális környezetének, társas viszonyainak jelentős szerepe van a tanulási motiváció alakulása szempontjából. A szociokulturális kutatások egyértelművé tették, hogy a gyermek a közösségének, kultúrájának elsajátítására motivált. Ez szolgálja számára a közösségbe való beilleszkedést, a közösség általi elfogadtatást. Ez azt jelenti, hogy a család, a közösség, a kortársak normái alapvető szerepet játszanak a tanulási motívumok fejlődésében is. A különböző kultúrákba tartozó gyermekek tanulási motívumai eltérőek lehetnek, ami komoly pedagógiai kihívást jelenthet (Fejes, 2005; Fejes és Józsa, 2005, 2007, Rueda és Moll, 1999).

A gyermekek szociális közegében kiemelt szerepe van a szülőknek. A tanulásban akadályozott gyermekek többsége hátrányos helyzetűnek tekinthető, családjukban többnyire nem számít értéknek a tanulás. „A szülő gyakran érzi magát lenézettnek a középrétegek normáira kialakított iskolai követelmények között, ebből gyakran fakad ellentétes érzület, gyermeke számára az iskolai oktatás fontosságának el nem ismerése” (Lányiné, 1996, 91.). Ennek ellenére vizsgálataink szerint a tanulásban akadályozott gyermekek nem észlelnek kevesebb ösztönzést szüleik részéről, mint többségi társaik (4. ábra). Sőt, esetükben az e motívum átlagos erősségét jellemző görbe felette fut a többségi tanulókénak.

A tanulásban akadályozott gyermekek szociális függősége általában erősebb (Illýés, 2001). Vizsgálatunk adatai szerint az iskolai évek elején nincs szignifikáns különbség ebből a szempontból a többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek között. Mindkét mintánál jellemző, hogy az életkor előrehaladtával csökkenni érzik a családi háttér készítségét. A többségi gyermekek esetében a 2–8. osztály között az átlagos csökkenés 31%p, a tanulásban akadályozottaknál csak 17%p. A többségi gyermekeknél mutatózó erőteljesebb csökkenés miatt, hetedik és nyolcadik osztályban már számottevő-

en nagyobb a tanulásban akadályozott gyermek átlaga. Adataink szerint a tanulásban akadályozott gyermekek szignifikánsan erőteljesebb késztetést éreznek szüleik részéről, mint többségi társaik. Elképzelhető, hogy e mögött részben a tanulásban akadályozott gyermekek erőteljesebb szociális függőségének igénye húzódik meg. Olyannak ítélik meg szüleiket, amilyenek látni szeretnék őket, akik mellett így erőteljesebb biztonságot érezhetnek.

4. ábra. A szülői késztetés percepciója mint tanulási motívum életkori változása



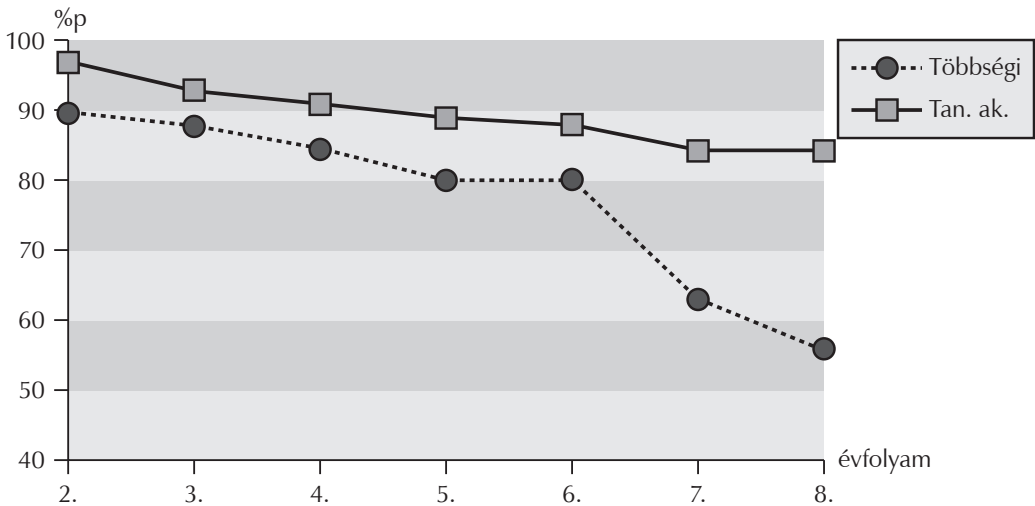
A gyermekek szociális környezetének meghatározó szereplői a szülők mellett a pedagógusok. A pedagógushoz fűződő viszony, a kötődés fontos tanulási motívumként funkcionál. Az iskolázás kezdeti szakaszában egy kisgyermek tanulásszeretete szinte szétválaszthatatlan attól, hogy szereti-e tanítóját. A kötődés mint tanulási motívum alapját a stabil kora gyermekkori gondozó–gyerek kötődés adja (*Barkóczi és Putnoky, 1980*). Annál a gyermeknél, aki nem élte át a kora gyermekkori kötődés nyújtotta biztonságot, a pedagógushoz való kötődés is nehezebben alakítható, így kisebb az esélye, hogy a ragaszkodás tanulási motívumként működik.

Vizsgálatunk adatai szerint a pedagógus szerepe a tanulásban akadályozott gyermekeknél minden életkorban egyértelműen erőteljesebb, mint a többségi tanulóknál (5. ábra). Az iskolai évek alatt a tanulásban akadályozott gyermekeknél folyamatosan, de csak kismértékben csökken a pedagógus tanulási motivációban betöltött szerepe, motiváló ereje még serdülőkorban is meghatározó marad.

A többségi, alsó tagozatos tanulóknál is erőteljes a pedagógushoz való kötődés. Az alsó tagozatos évfolyamokon a tanulásban akadályozott gyermekeknél kicsivel fontosabbnak tűnik a pedagógus szerepe, mint a többségi tanulóknál. Hatodik osztálytól – vélhetően a kamaszkor kezdetéhez köthetően – jelentősen esik ennek a motívumnak

az átlagos erőssége a többségi tanulók esetében. Nyolcadik osztályban már 29% ponttal alacsonyabb a többségi tanulók átlaga a tanulásban akadályozottakénál. Ez az eredmény összhangban van a szegregált iskolában tanító nevelők tapasztalataival. E szerint a gyermekek kezdeti ragaszkodása később sem csökken számottevően. Felső tagozatban sincs leválás, kevésbé tapasztalják a többségi iskolákban jellegzetesen megnyilvánuló kamaszkori önérvényesítő törekvéseket.

5. ábra. Kötődés a pedagógushoz mint tanulási motívum életkori változása



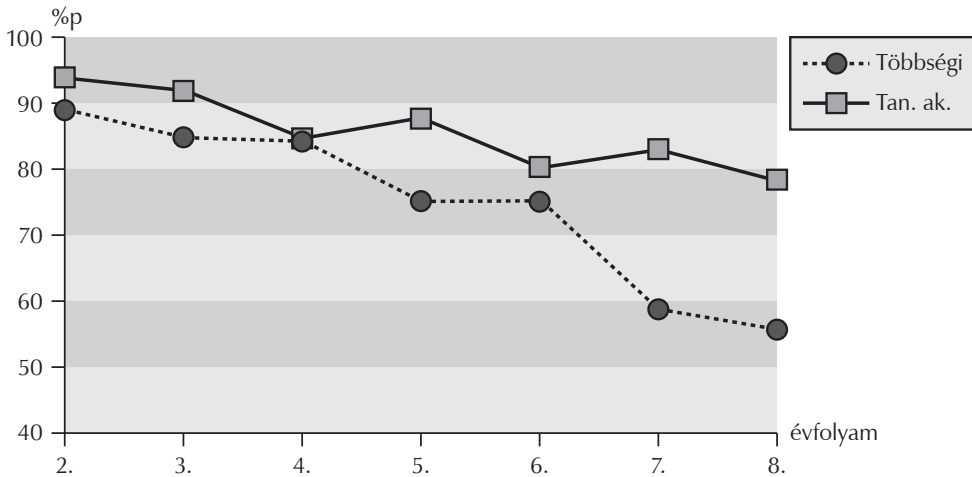
A társas környezet tanulásra, motivációra gyakorolt fontos további elemét jelentik a kortársak, osztálytársak. E motívum viszonyítási alapját a többiek teljesítménye, a többiek szociális elismerése adja; mások teljesítményének elérése, túlszárnyalása a cél. A kompetenciaérzés attól függ, mennyivel teljesít többet, jobban a többieknél (*Hidi és Harackiewicz, 2000*). A motívum működésében fontos szerepe van a versengésnek. A gyermekek már hároméves koruk körül képessé válnak az egyszerű versengésre: például ki lesz kész előbb az öltözéssel, kivel játszik az óvó néni. Ekkor még nem a versengés az elsődleges cél, megfigyelhető azonban, hogy szünetet tartanak, lassabban folytatják vagy esetleg abbahagyják a tevékenységet, ha a másik fél, a „győztes” befejezte (*Jennings, 1996*). Az óvodáskorban megjelenő versengés iskoláskorra a gyermekek életének szerves részévé válik. „A versengés egyik legnyilvánvalóbb és legfontosabb funkciójának tartják a motiváló erejét” (*Fülöp, 2001. 8.*). A versengés mellett a gyermekek közötti együttműködés, egymás munkájának elismerése is jelentős motiváló erővel bír (*Józsa és Székely, 2004*).

Vizsgálatunk adatai szerint a társas összehasonlítás, az egyszerű versengés a tanulásban akadályozott gyermekek esetében is jelen van (6. ábra). Az osztálytársak szerepe hasonlít az előbbieken elemzett másik két társas tanulási motívumához. Alsó tagozat-

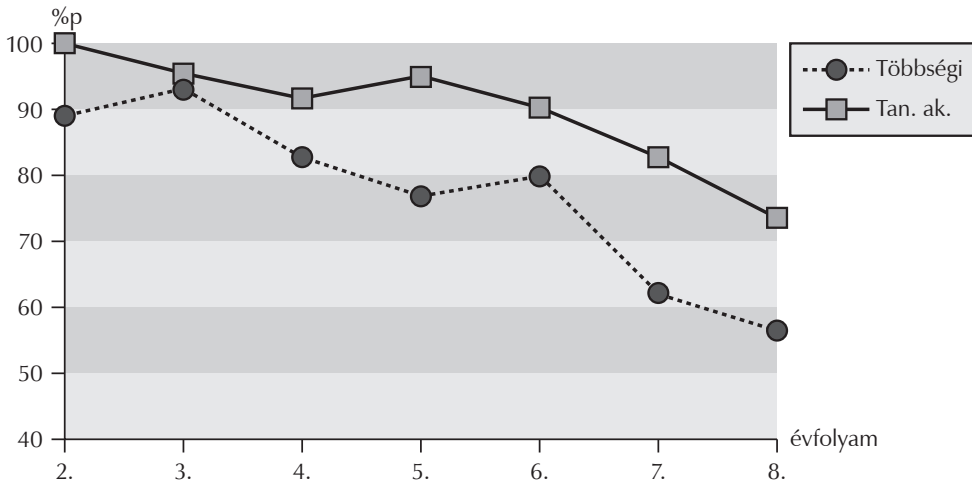
ban nincs lényegi különbség a többségi és tanulásban akadályozott gyermekek között. Az életkor előrehaladtával a többségi gyermekeknél jelentős e motívum csökkenése. 2–8. osztály között a többségiéknél 33%p, a tanulásban akadályozottaknál kevesebb, mint fele, 14%p a csökkenés.

A tanulásban akadályozott gyermekek mind saját, mind társaik tudását, teljesítményét csak korlátozott mértékben képesek megítélni. Emiatt úgy véljük, saját teljesítményük növeléséhez társaik csak részben jelentenek szempontot. Az osztálytársakra elsősorban a szociális biztonságigényük, az együtt átélt események megerősítése miatt van szükség, ami felső tagozatban sem csökken jelentős mértékben.

6. ábra. Versengés az osztálytársakkal mint tanulási motívum életkori változása



7. ábra. Komfortszükséglet mint tanulás motívum

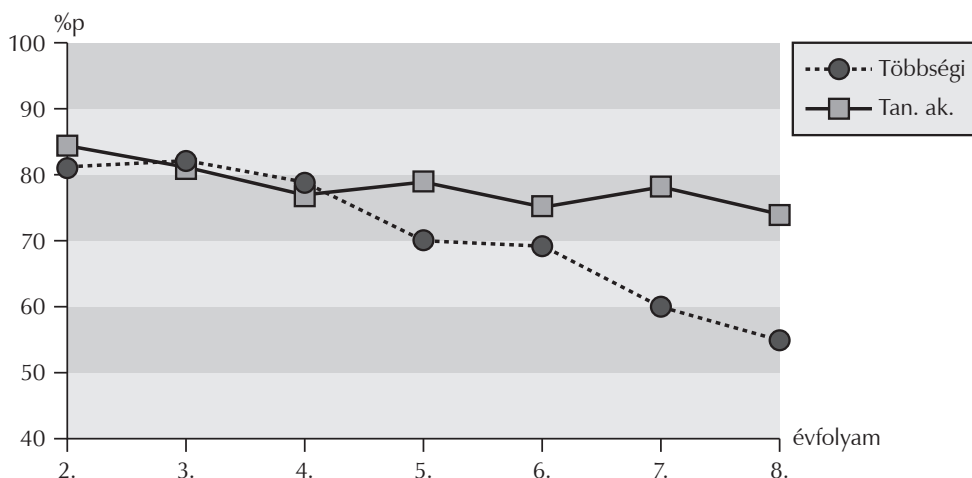


A tanulásban akadályozott gyermekek alapvető jellemzőjének tekintik, hogy nagyon erős a biztonságigényük. „Az alkalmazkodási készségük csökkent, de védett környezetben, ahol támogatást kaphatnak, az enyhe mentálisan retardáltak alkalmazkodásának ezek a hátrányos vonásai nem válnak nyilvánvalóvá” (BNO-10 1994, idézi *Lányiné*, 1996, 106.). Kérdőívünkben néhány állítás ahhoz kapcsolódott, hogy mennyire érzi a gyermek komfortosnak, biztonságosnak az osztályát mint tárgyi környezetet. E motívum az alapvető maslow-i hiánymotívumok közé sorolható. Ebben az értelemben a tanulási motiváció egyik alappillére. Vizsgálatunk adatai egyértelműen igazolták várakozásunkat: e motívumok erősebbek a tanulásban akadályozott gyermeknél (7. ábra, l. a 172. oldalon). Esetükben alsó tagozatban ez számít a legerőteljesebb motívumnak.

A tanulási motiváció életkori változása

Kérdőívünk a tanulási motívumoknak csak egy szeletét fedi, összetettsége miatt azonban alkalmasnak véljük a tanulók közötti különbségek jellemzésére. A vizsgált motívumok súlyozatlan összevonásával, átlagával egy összegzett mutatót hoztunk létre, ezt a változót tekintjük a tanulási motiváció mérőszámának. Azért is jogosnak véljük e mutató létrehozását, mert a vizsgált tanulási motívumok között szignifikáns, közepes erősségű korrelációk állnak fenn, a kérdőív reliabilitása jó.

8. ábra. A tanulási motívumok életkori változása



A 8. ábrán a tanulási motiváció életkori alakulását mutatjuk be. Eredményeink szerint alsó tagozatos korban nincs lényegi eltérés a többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja között. Mindkét mintánál megfigyelhető, hogy a tanulási motiváció az iskolai évek alatt folyamatosan csökken. Ez a folyamat a többségi tanulók esetében sokkal erőteljesebb, negyedik osztályt követően felgyorsul. Az apadás a ta-

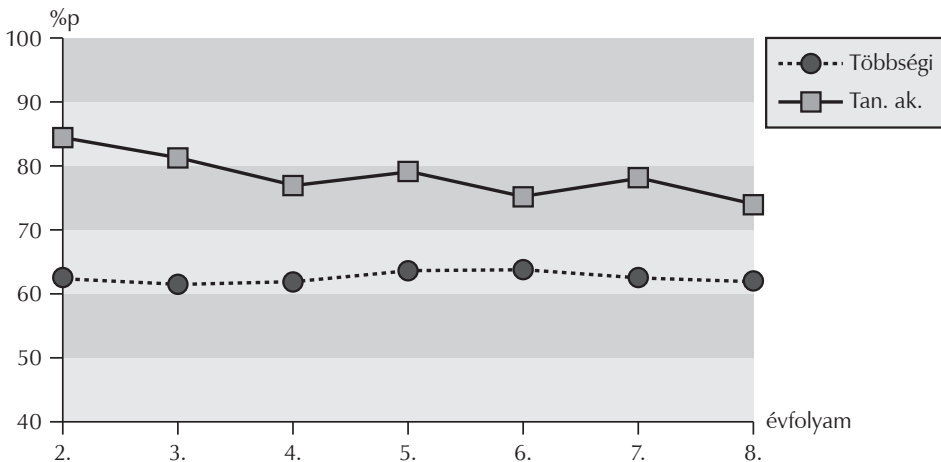
tanulásban akadályozott gyermeknél a 2–8. osztály között 10%p, a többségi tanulóknál 26%p. A többségi tanulóknál megmutatkozó jelentős csökkenés miatt ötödik osztálytól szignifikáns különbség van a többségi és a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációja között. A különbség ötödikben 9%p, hatodikban 7%p, hetedikben 18%p, nyolcadikban 19%p.

A tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjának jellemzéséhez minden osztályban két- pedagógus is kitöltötte a tanulókéval analóg kérdőívet. A tanárok motivációról adott jellemzését jelen tanulmányunkban részletesen nem elemezzük, néhány eredményt emelünk csak ki. A két tanár értékelése között szignifikáns, 0,72 erősségű korrelációt kaptunk. Ez azt jelzi, hogy a pedagógusok meglehetősen hasonlóan ítélik meg tanulóik motivációját.

A tanárok megítélése és a tanulók önjellemzése között már csak közepes, 0,36 erősségű az együttmozgás. Ez a közepes mértékben szignifikáns korreláció mégis fontos adat, mert azt mutatja, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek önmagukról alkotott megítélésében van realitás. A tanárok által alkotott kép összefügg a gyermek saját magáról alkotott megítélésével.

A pedagógusok a különböző életkorú, tanulásban akadályozott tanulók tanulási motivációjának erősségét azonosnak érzik. A tanulók önjellemzései motiváltabbnak mutatják saját magukat, mint a pedagógusok megítélése alapján kirajzolódó kép: a tanári jellemzések átlagai minden korcsoportban alacsonyabbak a tanulókéval. A tanulásban akadályozottak tanulási motivációjáról adott tanári értékelésekben nem figyelhető meg az életkor előrehaladtával csökkenés (9. ábra). Megjegyezzük, hogy ez az eredményünk nincs összhangban a többségi tanulókkal korábban végzett kutatásunkkal: többségi tanulók esetében a pedagógusok is jelentős motivációcsökkenést éreznek az iskolai évek múlásával (Józsa, 2007).

9. ábra. Tanulásban akadályozottak tanulási motívumainak életkori változása: pedagógusok és tanulók megítélése



Regresszióanalízissel végzett elemzéseink azt is megmutatták: a tanulási motiváció erősségének megítélésében a pedagógusok leginkább az elsajátítási motiváció erősségét veszik figyelembe. A gyermekek között leginkább az önálló elsajátítási késztetésben látnak különbségeket. Ez alapján érthető, hogy a pedagógusok jellemzésében a tanulási motiváció nem csökken az életkor előrehaladtával, hiszen az elsajátítási motívum a gyermekek önjellemzése szerint sem csökken, sőt ez a motívum növekedést mutat az iskolai évek alatt (vö. 1. ábra).

Összegzés

Tanulmányunkban többségi és tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motivációjának elemzésével, összehasonlításával foglalkoztunk. Empirikus vizsgálatunk során kérdőívet alkalmaztunk, melyet mindkét minta tanulói kitöltöttek. Emellett a tanulásban akadályozott gyermekek motívumait a pedagógusaik is jellemezték analóg kérdőív segítségével. Írásunkban részletesen a tanulók önjellemzéseit elemeztük, ez alapján alkotunk képet tanulási motívumaikról. Bebizonyosodott, hogy a kérdőíves módszer kellő körülményekkel a tanulásban akadályozott gyermekeknél is alkalmazható. A tanulásban akadályozottak vélekedése saját maguk motiváltságáról összefügg a pedagógusaik által adott megítélésével. Ez alapján úgy véljük, hogy a tanulásban akadályozott gyermekeknél is van érvényessége, realitása az önjellemzésnek, körükben is alkalmazhatóak az önjellemző kérdőívek.

Vizsgálati eredményeink egyértelműen azt mutatják, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek motiváltabbnak érzik magukat, mint többségi társaik. Esetükben a tanulás szociális motívumai határozottan erőteljesebbek. A felnőttek elismerését, megerősítését jobban igénylik, mint többségi társaik. A pedagógushoz való kötődésük intenzívebb, ami jelentős motiváló tényezőként hat. A szülők és az osztálytársak ösztönző erejét is erősebbnek vélik, mint többségi társaik. Az iskolai tanulási környezethez kapcsolódóan erős a biztonság- és komfortszükségletük. Mind a szociális függőségük, mind a biztonságigényük a felső tagozatban is kifejezetten erős marad, ezzel szemben a többségi tanulóknál az életkor előrehaladtával e motívumok jelentős csökkenését látjuk. A tanulásban akadályozottak önálló elsajátítási késztetése, elsajátítási motívumai alsó tagozatban gyengébbek többségi társaikénál. Az elsajátítási motívumok a tanulásban akadályozott gyermekeknél az iskolai évek alatt erősödnek. Ez a kedvező tendencia ellentétes a többségi gyermekekével, ahol a motívum csökkenését figyelhetjük meg.

Kérdésként vethető fel, hogy vajon mennyire tekinthető reálisnak a tanulásban akadályozottak saját magukról alkotott képe. Mennyire befolyásolja megítélésüket készségeikre és képességeikre vonatkozó, korlátozott tudásuk. Feltételezhetően a meglapult értelmi funkciók és az erőteljesebb emocionális szabályozás miatt a motívumok rendszere sajátos mechanizmussal működik. E terület részletes feltárása későbbi kutatások feladata.

Tanulmányunk keretében – terjedelmi okok miatt – részletesen csak a tanulói kérdőíveket elemeztük. További érdekes tanulságokat hozhat majd a pedagógusok által kitöltött kérdőívek részletes feldolgozása. Vizsgálatunk tapasztalatai alapján tervezzük a kérdőív továbbfejlesztését. Szükségesnek látjuk nagymintás vizsgálat keretében részletesebben feltárni a tanulásban akadályozott gyermekek tanulási motívumait. További fontos kutatási feladat a tanulási motívumok és a kognitív, szociális készségek, valamint az intelligencia összefüggésének feltárása tanulásban akadályozott gyermekek körében. Vizsgálandó a háttértényezők szerepe is, az iskolai környezet, a személyi-tárgyi feltételek, az alkalmazott nevelési program, az osztályközösség, valamint a családi háttér tanulási motivációra gyakorolt hatása.

Vizsgálatunk eredményeit alkalmasnak véljük arra, hogy képet adjon a tanulásban akadályozott tanulók tanulási motivációjáról. Az adatok ismeretében remélhető, hogy módosul a tanuláshoz való viszonyukról, tanulási motivációjukról alkotott kép, és ez hatással lesz képésük, személyiségfejlesztésük tervezésére.

Köszönetnyilvánítás

A kutatás az OTKA T043480 támogatásával valósult meg, az Oktatásméleti Kutatócsoport és az SZTE MTA Képességkutató Csoport keretében készült. A többségi tanulók vizsgálatának megszervezésében Székelyné Pálfi Zsuzsanna, a tanulásban akadályozott gyermekek vizsgálatában a Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kiskőrösi Közoktatási Intézménye, a miskolci Tüskevár Iskola, a kecskeméti Nyíri Úti Eltérő Tantervű Általános Iskola és a szegedi Általános Iskola és Logopédiai Intézet pedagógusai működtek közre. A tanulmány megírása alatt Józsa Krisztián *Bolyai János Kutatási Ösztöndíjban* részesült.

Irodalom

- ANDERMAN, E. M. és MAEHR, M. L. (1994): *Motivation and schooling in the middle grades*. Review of Educational Research, 64. 287–309.
- ATKINSON, J. W. (1966/1988): *A kockázatvállaló viselkedés motivációs meghatározói*. In BARKÓCZI I. és SÉRA L. (szerk.): *Az emberi motiváció I–II*. Tankönyvkiadó, Budapest, 179–201.
- BARKÓCZI I. és PUTNOKY J. (1980): *Tanulás és motiváció*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- BICKHARD, M. H. (2003): *An Integration of Motivation and Cognition*. In SMITH, L., ROGERS, C. és TOMLINSON, P. (szerk.): *Development and motivation: joint perspectives*. Leicester: British Psychological Society, Monograph Series II, 41–56.
- CSÍKOS CS. (2006): *A metakogníció pedagógiai értelmezése*. In KELEMEN E. és FALUS I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből 2005*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 25–43.

- CSÍKOS CS. (2007): *Metakogníció: a tudásra vonatkozó tudás pedagógiája*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- DECI, E. L. (1975/1988): A kognitív értékelés elmélete. Az extrinzik jutalmak hatása az intrinzik motivációra. In BARKÓCZI I. és SÉRA L. (szerk.): *Az emberi motiváció I–II*. Tankönyvkiadó, Budapest, 333–360.
- DECI, E. L., KOESTNER, R. ÉS RYAN, R. M. (2001): *Extrinsic rewards and intrinsic motivation in education: Reconsidered once again*. *Review of Educational Research*, 71. 1. sz. 1–27.
- DWECK, C. S. ÉS LEGGETT, E. L. (1988): *A social-cognitive approach to motivation and personality*. *Psychological Review*, 95. sz. 256–273.
- ENGLBRECHT, A. ÉS WEIGERT, H. (1999): *Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? Avagy nem jelenthet akadályt a tanulási akadály!* ELTE BGGYFK, Budapest. 132–136.
- FEJES J. B. (2005): *Roma tanulók motivációját befolyásoló tényezők*. *Iskolakultúra*, 15. 11. sz. 3–13.
- FEJES J. B. és JÓZSA K. (2005): *A tanulási motiváció jellegzetességei hátrányos helyzetű tanulók körében*. *Magyar Pedagógia*, 105. 2. sz. 185–205.
- FEJES J. B. és JÓZSA K. (2007): *A tanulási motiváció és az iskolai eredményesség kulturális jellemzői: roma és többségi tanulók összehasonlítása*. *Iskolakultúra* (megjelenés alatt).
- FÜLÖP M. (2001): *A versengés szerepe*. *Új Pedagógiai Szemle*, 10. sz. 3–17.
- GAÁL É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest. 429–461.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (1995): *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- HARTER, S. (1981): *A model of mastery motivation in children*. In COLLINS, W. A. (szerk.): *Minnesota Symposia on Child Psychology*. Vol. 14., Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, 215–255.
- HAVAS G. (2004): *Rossz feltételek között – hátrányban*. *Petőfi Népe*, március 31. 3. o.
- HIDI, S. (2000): *An interest researcher's perspective: the effect of extrinsic and intrinsic factors on motivation*. *Intrinsic and extrinsic motivation*. In SANSONE, C. és HARACKIEWICZ, J. M. (eds.): *Intrinsic and extrinsic motivation: the search for optimal motivation and performance*. Academic Press, San Diego, California, 309–339.
- HIDI, S. és HARACKIEWICZ, J. M. (2000): *Motivating the academically unmotivated: A critical issue for the 21st century*. *Review of Educational Research*, 70. 2. sz. 151–179.
- HORVÁTH M. (2005): *Nyitott tanulási formák alkalmazása a tanulási és kommunikációs képességek, valamint a szociális kompetencia fejlesztése területén, tanulásban akadályozott gyermekeknél*. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2. sz. 121–128.

- ILLYÉS S. (2001): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. BGGYTFK, Budapest.
- JENNINGS, K. D. (1996): *Mastery motivation and the formation of self-concept from infancy through early childhood*. In MESSER, D. J. (ed.): *Mastery motivation in early childhood: Development, measurement and social processes*. Routledge, London and New York, 36–54.
- JÓZSA K. (2001): *Az elsajátítási motiváció és a kognitív kompetencia fejlesztése*. In CSAPÓ B. és VIDÁKOVICH T. (szerk.): *Neveléstudomány az ezredfordulón*. Tankönyvkiadó, Budapest. 162–174.
- JÓZSA K. (2002a): *Az elsajátítási motiváció pedagógiai jelentősége*. Magyar Pedagógia, 102. 1. sz. 79–104.
- JÓZSA K. (2002b): *Tanulási motiváció és humán műveltség*. In CSAPÓ B. (szerk.): *Az iskolai műveltség*. Osiris Kiadó, Budapest. 239–268.
- JÓZSA K. (2005): *A képességek és motívumok kölcsönös fejlesztésének lehetősége*. In KELEMEN E. és FALUS I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből*. Műszaki Könyvkiadó. 283–302.
- JÓZSA K. (2007): *Elsajátítási motiváció*. Műszaki Kiadó, Budapest (megjelenés alatt).
- JÓZSA K. és FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2006a): *A DIFER Programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél – I. rész*, Gyógypedagógiai Szemle 2. sz. 133–141.
- JÓZSA K. és FAZEKASNÉ FENYVESI M. (2006b): *A DIFER Programcsomag alkalmazási lehetősége tanulásban akadályozott gyermekeknél – II. rész*, Gyógypedagógiai Szemle 3. sz. 161–176.
- JÓZSA K. és SZÉKELY GY. (2004): *Kísérlet a kooperatív tanulás alkalmazására a matematika tanítása során*. Magyar Pedagógia, 3. sz. 339–362.
- KANTER, O. G. és SPECK, O. (1980): *Handbuch der Sonderpädagogik*. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1992): *A szegénységkutatás és a hajléktalankérdés gyógypedagógiai és szociálpolitikai összefüggései*. Gyógypedagógiai Szemle, 22. 1. sz. 43–55.
- LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (1996): *Értelmi fogyatékosok pszichológiája*. I. kötet. BGGYTK, Budapest.
- MAEHR, M. L. és SJOGREN, D. D. (1971/1997): *Atkinson elmélete a teljesítménymotivációról*. In OLÁH A. és PLÉH CS. (szerk.): *Szöveggyűjtemény az általános és a személyiségpszichológiához*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 214–229.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYFK, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (2001): *Gyógypedagógiai lexikon*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. és GEREBEN F.-NÉ (2006): *Tanulás-tanulási képességek–tanulási nehézségek–képességzavarok. Fogalomtár*. ELTE BGGYFK. (belső vitaanyag, kézirat)
- MOLNÁR É. (2002a): *Az önszabályozó tanulás*. Iskolakultúra. 12. 9. sz. 3–17.

- MOLNÁR É. (2002b): *Önszabályozó tanulás: nemzetközi kutatási irányzatok és tendenciák*. Magyar Pedagógia, 102. 1. sz. 63–79.
- NAGY J. (2000): *XXI. század és nevelés*. Osiris Kiadó, Budapest.
- NAGY J. (2007): *Az alapképességek folyamatos kritériumorientált kifejlesztése* (jelen kötet).
- PAPP G. (2004): *Tanulásban akadályozott gyermekek a többségi általános iskolában*. Comenius Bt., Pécs.
- PINTRICH, P. R. (2001): *The Role of Goal Orientation in Self-Regulated Learning*. In BOEKAERTS, M., PINTRICH, P. R. és ZEIDNER, M. (eds.): *Handbook of self-regulation: Theory, research and applications*. Academic Press, San Diego, California, 452–503.
- RÉTHY E.-NÉ (1989): *Teljesítményértékelés és tanulási motiváció*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- RÉTHY E.-NÉ (1995): *Tanulási motiváció*. Új Pedagógiai Közlemények. ELTE Neveléstudományi Tanszék és Pro Educatione Gentis Hungariae Alapítvány, Budapest.
- RÉTHY E.-NÉ (2001): *A tanulási motiváció elemzése*. In CSAPÓ B. és VIDÁKOVICH T. (szerk.): *Neveléstudomány az ezredfordulón: Tanulmányok Nagy József tiszteletére*. Tankönyvkiadó, Budapest, 153–161.
- RÉTHY E.-NÉ (2003): *Motiváció, tanulás, tanítás. Miért tanulunk jól vagy rosszul?* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- RUEDA, R. és MOLL L. C. (1999): *A motiváció szociokulturális megközelítése*. In O'NEIL, H. F. JR. és DRILLINGS, M. (eds.): *Motiváció: elmélet és kutatás*. Vince Kiadó, Budapest. 129–148.
- SWITZKY, H. N. (szerk.) (2003): *International review of research in mental retardation. Personality and motivational systems in mental retardation*. Vol. 28. Elsevier, San Diego, California.
- SZABÓ Á.-NÉ (2003): *Velük vagy rajtuk? A roma gyermekek és szüleik szükségletei*. Gyógypedagógiai Szemle, 31. 2. sz. 97–110.
- SZVATKÓ A. (2006): *A tanulási motiváció mentálhigiénéjének néhány szempontja*. ELTE BGGYFK. (belső vitaanyag, kézirat)
- VECZKÓ J. (1986): *Gyerekek, tanárok, iskolák*. Tankönyvkiadó, Budapest.

Józsa Krisztián egyetemi docens

Szegedi Tudományegyetem, Neveléstudományi Intézet
6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 30–34.

Fazekasné Fenyvesi Margit főiskolai tanár

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecséri út 3.

KRAJCSI ATTILA

SZÁMOLÁSI ZAVAROK IDEGRENDSZERI ALAPJAI

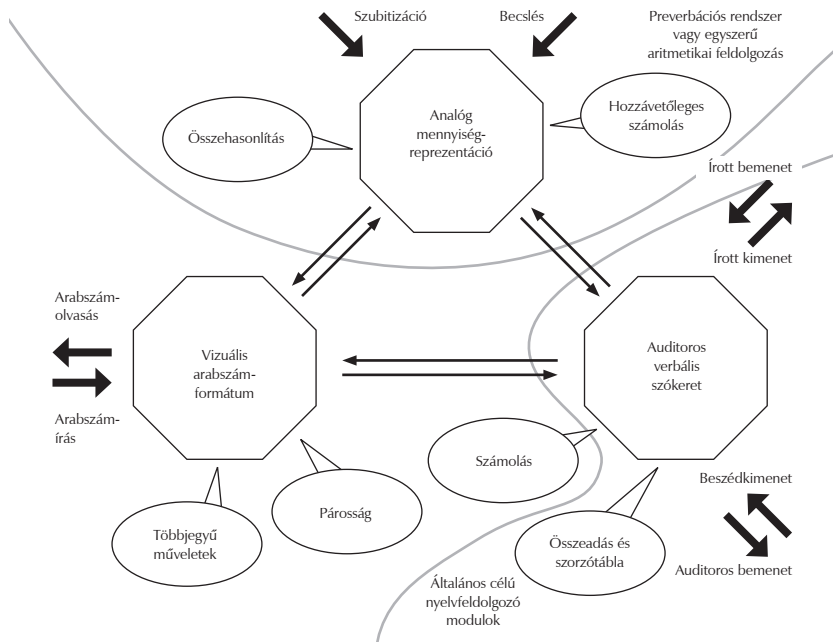
A numerikus megismerés fejlődési zavarai igen gyakori problémák. A mérési módszerektől függően a gyerekek 3-6 százalékát diagnosztizálják fejlődési diszkalkuliának (*Shalev & Gross-Tsur, 2001*). Alapvető probléma, hogy mind a mai napig nem tudjuk pontosan, hogy mi okozza a számolási nehézségeket. Ennek következtében a pontos, objektív diagnózis felállítása nehézségekbe ütközik, nem is beszélve a fejlesztési vagy a kompenzációs stratégiák kialakításának lehetőségeiről. Az alábbi írásban betekintést nyújtunk a numerikus megismerés kutatás legújabb eredményeibe, áttekintjük azt, hogy a numerikus fejlődési zavarok okát a mai szakirodalom hol keresi, és bemutatunk néhány lehetséges diagnosztizálási módszert is. Előzetesen sem rejtjük véka alá azt a véleményünket, hogy a számolási zavarok főbb okait mind a mai napig nem ismerjük, és a diagnózis kérdése sem megnyugtató. Az írás a megoldások ismertetése helyett az útkeresést mutatja be. A téma felvillantott komplexitása egyben magyarázatot ad arra is, hogy miért birkózik meg nehezen a modern kognitív tudomány ezzel a kérdéssel.

A tanulmány első részében néhány, a numerikus feladatok megoldásához szükséges rendszert ismertetünk, hogy a további példáink érthetővé váljanak. A második rész két fejlődési zavart mutat be: a fejlődési diszkalkulia (FD) a numerikus feladatok megoldásának szelektív sérülése, míg a Williams-szindróma (WSZ) egy súlyosabb, sokkal több tünetet felvonultató fejlődési rendellenesség, amely a matematikai feladatok megoldásának nehézségével is párosul. A harmadik rész a manapság szokásos papír-ceruza tesztek és három reakcióidő-mérési módszert ír le, példákat mutatva be a mérési eszközök előnyeire és hátrányaira Williams-szindrómás, fejlődési diszkalkuliás és normál csoportokon.

A numerikus feladatok megoldását segítő rendszerek

Az olyan egyszerű műveletek elvégzése, mint egy összeadás is, számos képességet igényel. Most nem egyszerűen a más feladatokban is fontos szerepet betöltő bemeneti és kimeneti, illetve az általános feladatmegoldásra vonatkozó funkciókra gondolunk, hanem arra, hogy a szűk értelemben vett aritmetikai feladatrészt megoldásához is számos rendszer járul hozzá. A manapság legelterjedtebb, legkiforrottabb és empirikusan leggazdagabban alátámasztott elképzelés Stanislas Dehaene **hármás kódolás** modellje (magyarul lásd *Dehaene, 2003*). Eszerint numerikus feladatoknál nem egységes rep-

rezentációt használunk, hanem három különböző rendszert (lásd 1. ábra). A három rendszer egymástól eltérő módon reprezentálja a numerikus információt, ennek következtében más-más feladatokban működhetnek hatékonyan, és más-más tulajdonságokkal is rendelkeznek (Dehaene, 1992, 2001, 2003). Az alábbiakban először a három rendszer jellegzetességeit vesszük sorra, majd a hármas kódolás modellt kiegészítjük olyan rendszerekkel, amelyek számos vizsgálat eredménye szerint bizonyosan szükségesek numerikus feladatok megoldásához.



1. ábra A hármas kódolás elmélet sémája. Dehaene (1992) nyomán

Hármas kódolás

Az egyik reprezentáció az analóg mennyiség-reprezentáció, amit a szemléletesség kedvéért **mentális számegyenesnek** is neveznek. Ezt egy olyan számegyenesnek kell elképzelnünk, amelyben a reprezentáció annál „nagyobb”, minél nagyobb értéket reprezentál (ahogyan általában a számegyenesek vagy vonalzóok reprezentálják a számosságot). A mentális számegyenes reprezentációja zajos, vagyis nem tudja pontosan tárolni az értékeket. Ennek megfelelően számos, Weber-törvényének megfelelő jelenséget tapasztalhatunk a rendszer működésekor. Ilyen például a két érték összehasonlításakor jelentkező úgynevezett numerikus **távolsághatás**: minél kisebb két szám közt a relatív különbség, annál nehezebb megkülönböztetni őket, és így a mért reakcióidő annál hosszabb (Moyer & Landauer, 1967). Például a 3 és 4 összehasonlításnál a 4 33%-kal na-

gyobb, mint a 3, ezért könnyű a két szám közül a nagyobbat kiválasztani. Ezzel szemben a 20 és 21 összehasonlításnál a különbség már csak 5%, ami nehezebbé teszi a feladatot. Az „értelmes”, ám pontatlan reprezentáció markánsan szembeállítható a másik két rendszer, a verbális rendszer és az arab számformátum tulajdonságaival.

Az auditoros verbális szókeret vagy rövidebben **verbális rendszer** az információk hangok sorozataként tárolja. Míg az analóg reprezentáció pontatlan, addig a verbális és az arab rendszer képes pontosan tárolni az értékeket. A verbális rendszer azonban a pontossága ellenére „nem érti” a tárolt adat értékét. Így például önmaga nem tudja megállapítani, hogy két hangsorozat, például a „huszonnyolc” és az „ötven” közül melyik képvisel nagyobb értéket. A verbális rendszer azonban a számegyenessel ellentétben képes pontos információkat is eltárolni, például a szorzótáblát verbális kódban reprezentáljuk (Spelke & Tsivkin, 2001). Korábbi vizsgálatok kimutatták az úgynevezett **probléma méret hatást**, miszerint például egyszerű összeadásnál vagy szorzásnál a végrehajtáshoz szükséges reakcióidő az operandusok nagyságával változik. Utóbbi adatok többek között arra utalnak, hogy a szorzótábla értékeinek reprezentációi mátrixszerűen kapcsolódnak össze egy aktivációs hálózatban, és minél messzebbre kell eljutnunk a mátrixban a kiindulási pontunktól, annál tovább tart az előhívás (összefoglalást lásd például Ashcraft, 1992).

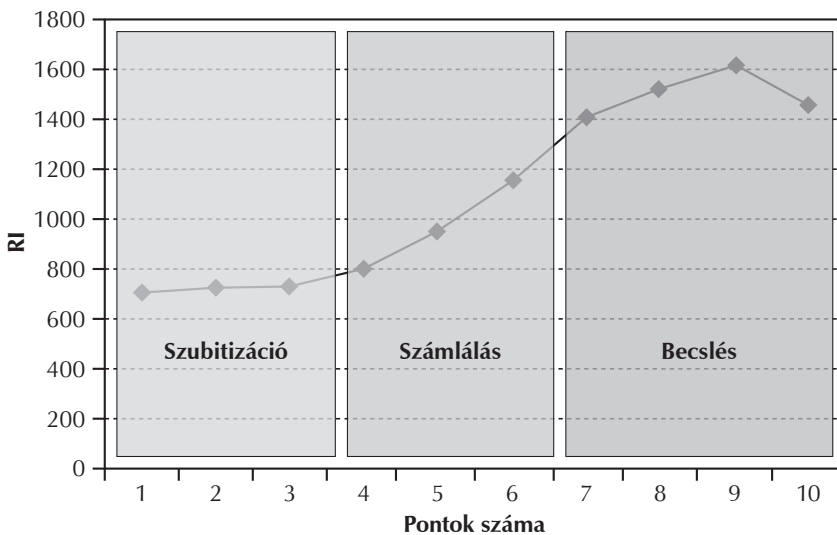
A **vizuális arab szám formátum** az arab számok szimbólumával tárolja a számokat. Egyik feltételezett funkciója, hogy a számok párosságát tárolja (Dehaene, Bossini, & Giraux, 1993). Egy másik feltételezett szerepe, hogy írásban végrehajtott aritmetikai műveleteknél használjuk ezt a reprezentációt. A kutatások középpontjában elsősorban az analóg és verbális rendszerek tulajdonságai állnak, míg az arab formátumról kevesebb szó esik.

A három rendszer összekapcsolódik, és az értékeket átfordíthatják az egyik reprezentációból a másikba. Mindegyik rendszer külön bemenetet kap és külön kimenetet küld. Az arab reprezentáció az arab számok írását és olvasását végzi, a verbális a betűket olvassa és írja, továbbá a hallott és kimondott számneveket értelmezi, míg az analóg rendszer a vizuális becslésekért felelős.

További rendszerek

A numerikus feladatok mögött meghúzódó többszörös reprezentáció jól nyomon követhető objektumok kvantifikálásakor is. Vizuálisan bemutatott tárgyak mennyiségének megállapításakor három eltérő folyamat különíthető el (lásd 2. ábra). **Becslés esetén** objektumok halmazának hozzávetőleges értékének megállapítását jelenti (például nagyjából 10 pohár van az asztalon – lehet, hogy pontosan 8 vagy 12, de a részleteket nem tudja megállapítani). Ezt a funkciót a mentális számegyenes láthatja el. A becsléssel szemben a **pontos számolás**nak némiképp más jellemzői vannak. Tárgyak számlálásakor a tárgyak számától függően a reakcióidő mintázata egy relatíve gyors és egy lassú

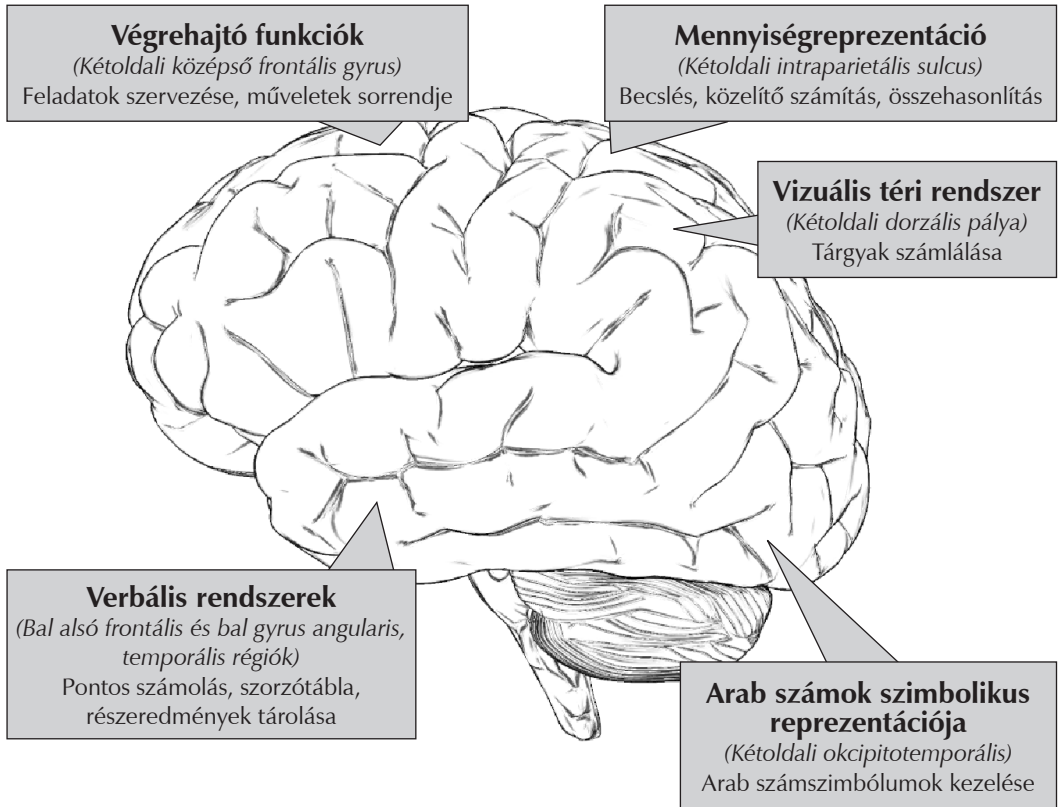
szakaszra különíthető el. A gyors szakasznál (nagyjából háromig vagy négyig) minden újabb tárgy hozzáadása 50-80 ms-mal növeli a latenciát, míg a lassú szakaszban (3 vagy 4 fölött) minden újabb tárgy nagyjából 200 ms-mal lassítja az összesített időt (Mandler & Shebo, 1982). A gyors szakaszt hívják **szubitizációnak**, vagyis amikor kisszámú tárgyak számosságát szinte közvetlenül vagy azonnal meg tudjuk állapítani. Ezzel szemben több tárgy esetében egy soros számlálási mechanizmusra van szükség. A lassú szakaszban a tárgyakat egyesével (esetleg kettesével-hármasával, de mindenképp sorosan) számláljuk végig, feltehetően verbális címkéket használva a számosság jelölésére. Ezzel szemben a gyorsabb szakaszban, szubitizációkor valamifajta közvetlen, párhuzamos feldolgozás történik. A gyors szubitizációs szakasz okáról viták vannak: egyesek szerint a mentális számegyenes gyors működéséről van szó (Dehaene, 2003; Gallistel & Gelman, 2000), míg mások a vizuális figyelmi rendszerek szerepét hangsúlyozzák (Pylyshyn, 2001; Trick & Pylyshyn, 1994). Saját vizsgálataink és a szakirodalom áttekintése is a vizuális megoldás előnyét jelzik (lásd például Krajcsi, 2006; Krajcsi & Palatinus, 2004), így a továbbiakban mi is azt feltételezzük, hogy a pontszámolás elsősorban a vizuális rendszerek feladata.



2. ábra. Pontok számolásának reakcióidő: a szubitizáció, számolás és becslés szakasza

A numerikus feladatokban szerepe lehet a végrehajtó funkcióknak is. Aritmetikai feladatok megoldását vizsgálva Siegler azt találta, hogy a gyerekek a fejlődés során különböző stratégiákat használnak (Siegler, 1999). A kezdeti erőfeszítéssel és szervezéssel járó eljárások irányából egyre inkább az automatikus előhívás felé mozdulnak el. Mindez jól nyomon követhető felnőttek esetében is: új aritmetikai feladatok tanulásakor a frontális szervezéshez köthető területek aktivitását a verbális előhívásra jellemző területek aktivitása váltja fel (Delazer és mtsai., 2003).

Összefoglalva az eddigieket, a hármas kódolás elmélet három rendszerén kívül (mentális számegyenes, verbális rendszer és arab formátum) még legalább két további rendszert kell figyelembe vennünk (lásd 3. ábra). Egyrészt az úgynevezett dorzális vizuális funkciók fontosak, amelyek hozzájárulhatnak tárgyak mennyiségének megállapításához vizuális bemenet esetén, másrészt a végrehajtó funkciók játszhatnak kulcsszerepet többlépcsős feladatokban, amelyek rendre részt vesznek relatíve komplex aritmetikai feladatok megoldásában (például két kétjegyű szám összeadása már komplexnek számíthat ebből a szempontból).



3. ábra. Numerikus feladatokat alátámasztó rendszerek, feladataik és lokalizációjuk

Érdemes csak felsorolásszerűen válogatni azok közül a további funkciók közül, amelyek számításba jöttek a numerikus feladatok megoldásának elemzésekor. Rourke (1993, idézi Butterworth, 2003) szerint **téri-vizuális zavar** és **auditoros-perceptuális** képességek alapvetők a numerikus feladatokhoz. Koontz és Berch (1996, idézi Shalev & Gross-Tsur, 2001) általában a **munkamemóriára** helyezi a hangsúlyt. Temple (1991, idézi Ansari & Karmiloff-Smith, 2002) a **tények és eljárások kettős disszociációját** állapítja meg. Brian Butterworth (2003) mások kutatásait összegezve felsorol még pár lehetséges rendszert:

szemantikus emlékezet zavara, általános lassú feldolgozás, gyenge fonetikus reprezentáció. Feltehető tehát, hogy numerikus feladatok megoldásában nem csak a fentebb említett öt rendszer vesz részt, ám a fenti rendszerekről megbízható és többé-kevésbé részletes adatok állnak a rendelkezésünkre.

Számolási zavarok

Számolási nehézségek alapvetően három esetben jelentkeznek. A **szerzett diszkalkulia** felnőttkorban bekövetkező agyi sérülés (daganat, stroke, baleset stb.) miatti számolási zavart jelent, míg a **fejlődési diszkalkulia** esetében ilyen jellegű sérülés nélkül tapasztaljuk a számolási nehézséget. Ismert genetikai eredetű **fejlődési rendellenességek** esetében ugyancsak gyakran találkozhatunk számolási zavarokkal, mint például a Williams-, Turner- vagy törékeny X-szindrómák esetében. Bár a fejlődési diszkalkulia és az imént említett fejlődési zavarok is feltehetően genetikai okokra vezethetők vissza, érdemes külön kezelniük őket, ugyanis míg a fejlődési diszkalkulia esetében a fő tünet a számokkal kapcsolatos művetek zavara, addig a többi fejlődési rendellenesség esetében számos más probléma is felmerül.

Ebben az alfejezetben először a fejlődési diszkalkuliával (FD), majd a Williams-szindrómával (WSZ) foglalkozunk, egyrészt mivel a mérés problémája a fejlődési diszkalkuliások diagnózisában merül fel hangsúlyozottan, másrészt mivel a mérési eljárások helyességét a Williams-szindrómás adatokon fogjuk bemutatni.

Fejlődési diszkalkulia

Az FD elnevezésén kívül más terminológiák is elterjedtek, attól függően, hogy mit tekintenek a számolási probléma okának. A további elnevezéseket az okok taglalásakor ismertetjük majd.

A gyerekek igen nagy hányadának okoz komoly nehézséget a matematika. Valószínűleg sok olvasó magára ismer most, azonban az FD esetében egy elemibb deficitről van szó, amely a hétköznapi helyzetekben is gyakran megnyilvánul. A diszkalkuliás gyerekek és felnőttek nehezen boldogulnak a vásárlással, nehezen becsülik meg, hogy mennyibe kerülnek az árucikkek, mennyi visszajárót kapnak vásárláskor, mennyi borralalót kell adniuk, nehezen kezelik az órát, nem értik a pontozásos sportokat, problémát okoz a mérés (például hőmérséklet, magasság), általában nem értik a számokkal kapcsolatos helyzeteket. Jól jellemzi ezt egy szerzett diszkalkuliás beteg példája, aki nem tudta megmondani, hogy hány pohár van az asztalon. Végig tudja ugyan mondani a mondókát, hogy egy-kettő-három-négy stb., és sorban tud mutogatni a tárgyakra, és azt is tudja, hogy az utolsó elhangzó szám az, amit kérdeznek, de valahogy nem érti, hogy mi az, hogy „3”. Gyerekeknél ez érzelmi zavarokkal is társul, ami egyáltalán nem meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy ezek a gyerekek sokszor csak a rossz matematikai teljesítményük miatt ismételnék évet, és mivel a pedagógusok gyakran nem tudnak a

problémáról, egyszerűen csak butának gondolják a gyerekeket. A helyzet sok szempontból hasonlít arra, amikor 30 évvel ezelőtt a diszlexiát specifikus olvasási zavar helyett butaságnak gondolták.

A DSM (DSM-IV – A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve IV. kiadás) és a BNO (BNO-10) szerint **a fejlődési diszkalkulia kritériuma a matematikai képességek elmaradása, amelyet nem magyaráz az illető életkora, mentális életkora vagy az oktatás elégtelensége.** A gyakorlatban a diagnózist intelligencia- és matematikai képességek speciális vizsgálatával állítják fel. (A diagnózis pontosabb leírását lásd később.) A gyerekek 3-6%-a fejlődési diszkalkuliás. Az adott szám függ a mérési eljárástól, és ezzel el is érkeztünk az első problémához: mi is pontosan az FD oka. Először is szögezzük le: nem tudjuk. Két fő megközelítést ismertetünk a fejlődési diszkalkulia lehetséges okainak kutatásából. Az egyik megközelítés szerint többféle sérülés is eredményezhet diszkalkuliát, ennek megfelelően több típusát különböztethetjük meg. További problémát jelent, hogy a sérülés elsődlegesen nem a matematikai feladatokra specializálódott rendszert érinti, és emiatt más jellegű problémák is megfigyelhetők az adott gyerekeknél. Ez az elképzelés évtizedek óta jelen van a pszichológiában, a diszkalkulia felismerése óta. (Az akalkulia szót először Heschen, svéd neurológus használta 1920-ban.) A másik elképzelés csak matematikai zavart tételez fel, és az utóbbi évek kutatásai alapján különösen plasztikussá vált, miszerint az FD a mentális számegegyenes specifikus zavara.

NEM MATEMATIKASPECIFIKUS SÉRÜLÉS

Sokak szerint a matematikai rendellenességek egy része valójában valamilyen egyéb sérülés következménye. Már Hans Berger bevezeti 1926-ban a diszkalkulia elsődleges és másodlagos formáját. Az elsődleges formánál nincs más sérülés, míg a másodlagos formában valami egyéb kognitív zavar is fellelhető.

A másodlagos jellegű zavarok listája igen hosszú, számos kutató javasolt valamilyen nem matematikaspecifikus sérülést, amely a számolási zavarok alapja lenne. *Rourke* (1993, idézi *Butterworth*, 2003) szerint téri-vizuális zavar és auditoros-perceptuális zavar is eredményezhet diszkalkuliát. *Koontz* és *Berch* (1996, idézi *Shalev & Gross-Tsur*, 2001) munkamemória-zavart javasol magyarázatként. *Temple* (1991, idézi *Ansari & Karmiloff-Smith*, 2002) a tények és eljárások kettős disszociációját állapítja meg. *Ansari* és *Karmiloff-Smith* (2002) szerint a számolási készség deficitje sokszor összefügghet genetikai problémákkal és az alacsony intelligenciával, ami más típusú probléma, mint amit tisztán aritmetikai zavarként diagnosztizálunk. *Shalev* és *Gross-Tsur* (2001) különböző, egymástól független problémákat fedez fel: aritmetikai táblák (mint például szorzótábla) tanulási zavara, aritmetikai eljárások megértésének zavara (például nem tud írásban szorozni), számfogalom megértési zavara, nem tudja leírni vagy kiolvasni a számokat (például „kétszázhusz” írásai módja nála 20020). *Butterworth* (2003) mások kutatásait

összegezve felsorol még pár lehetséges okot: szemantikus emlékezet zavara, általános lassú feldolgozás, gyenge fonetikus reprezentáció. További lehetséges okokra és csoportosításra jó magyar nyelvű forrás Márkus (2000) összefoglalója.

És ezzel a listánk még nem ért véget. Egyesek ugyanis olyan okokkal állnak elő, ahol a zavar a diagnózis kritériuma alapján nem is tekinthető diszkalkuliának, ám mégis érdekes ezeket a lehetőségeket is figyelembe vennünk. Miller és Mercer (1997, idézi Shalev & Gross-Tsur, 2001) szerint a rossz oktatás okozhat matematikai problémákat. Ashcraft és Kirk (2001) a matematikai szorongást vetik fel lehetséges okként. Elképzeléseik szerint egyes gyerekeknél kialakul a félelem a matematikától (ami egyes oktatási intézmények viszonyait tekintve nem elképzelhetetlen). A szorongás minden olyan helyzetben megjelenik, amely a matematikára emlékezteti a személyt (például számokkal kell műveleteket végeznie). Ez a szorongás a munkamemória központi végrehajtójának a kapacitását csökkenti, ami lassabb feladatmegoldáshoz vezet, időkorlátos feladatoknál pedig több hibázáshoz. A szorongás és a rossz oktatási módszer szerepét hangsúlyozza Krüll (2000) magyar nyelven megjelent kötete is.

MATEMATIKASPECIFIKUS SÉRÜLÉS

A mentális számegyenes felfedezése szinte kézenfekvővé teszi azt a feltevést, miszerint ennek a rendszernek a deficitje okozza a számolási zavarokat. Mint már említettük, szerzett diszkalkuliánál gyakran figyelték meg, hogy a nagyagy alsó parietális területének sérülése után az analóg rendszerre jellemező funkciók estek ki, mint például becslés, számok szubjektív megértése stb. (összefoglalást lásd például Butterworth, 1999; Dehaene, 2003). Butterworth (2003) szerint ennek a rendszernek a deficitje jelenti az FD okát is. A sérülés következtében a számok jelentése elvész a személy számára, és csak kompenzációs mechanizmusok segítségével tudja megoldani az aritmetikai feladatokat. (Például a számolás lehet az „egy-kettő-három stb.” mondóka végigmondása, közben a tárgyak egyenkénti rámutatása, majd az utolsó szó kimondása. Hasonlóképp az összeadás „kettőmegkettőaznégy” típusú verbális ismeretek előhívását jelenti, még ha az amúgy helyes végeredmény a személy számára értelmetlen, jelentés nélküli is.) Ez az állapot hasonlít például a színvakságra, ahol az agy egy specifikus régiójának a deficitje miatt a személy elveszíti a színlátás képességét. Innentől kezdve csak egyéb jelzésekre támaszkodhat: a közlekedési lámpa színeit a pozíciójukból tudhatja, egyes tárgyak színét pedig egyéb szemantikus ismeretei révén. Ez adja az ötletet, hogy az FD-t számvakságnak is nevezzük.

A fejlődési diszkalkuliával kapcsolatos problémák tehát még korántsem tisztázódtak. Először is még mindig nem világos, hogy pontosan mi sérül FD esetében, továbbá hogy hány altípusa létezik. Ennek megfelelően nem rendelkezünk megfelelő diagnosztikus eszközökkel sem. Még tovább lépve: szinte semmilyen, a kísérleti pszichológia szigorával végzett vizsgálatunk nincs arra vonatkozóan, hogy milyen terápiás, kompenzációs

stratégiát vagy egyéb képességeket fejlesztő foglalkozások lennének valóban sikeresek az FD-vel küzdő személyek számára.

Williams-szindróma

A Williams-szindróma (WSZ) egy ritka genetikai sérülésen alapuló fejlődési neurológiai zavar, amely súlyos szív- és érrendszeri, valamint mozgásszervi zavarok mellett értelmi fogyatékoságot és a megismerő funkciók sajátos mintázatát idézi elő (*Williams, Barratt-Boyes, & Lowe, 1961*). A WSZ hátterében álló genetikai sérülés igen ritka, hozzávetőlegesen csak minden 20 000. élveszületésnél fordul elő (*Arnold, Yule, & Martin, 1985*). A szindróma kialakulásáért a 7. kromoszóma egy részének mikrodéliációja a felelős (lásd *Monaco, 1996*). WSZ-ban jellegzetes fiziológiai és pszichológiai fenotípus jelenik meg, amely genetikai vizsgálat nélkül is diagnosztikai értékű lehet (*Jarrold, Baddeley, & Hewes, 1998*). A WSZ-gyerekek vérében igen gyakran magas a kalciumszint, többnyire vese-, szív- és ízületi problémák jellemzik őket. Jellegzetes a szindróma fizikai megjelenése is: a Williams-szindrómások növekedése elmarad a normálistól. A legtöbb, ebben a szindrómában szenvedő gyerekek jellegzetes arcvonásai vannak: jellemző rájuk a lapos orrgyök, a széles száj, az átlagosnál nagyobb távolság az orr és száj között, a ritkás, egymástól távol ülő, nagy, lapos fogak (lásd *Bellugi, Lichtenberger, Jones, & Lai, 2000*). A szindróma legszembetűnőbb pszichológiai sajátossága a nyelvi és más intellektuális képességek szétválása. A WSZ személyek intelligenciahányadosa 40 és 90 között található, szókincsük azonban közelíti az életkoruknak megfelelő szintet (*Bellugi, Wang, & Jernigan, 1994*). Az eddig elvégzett agyi strukturális vizsgálatok eredményei szerint a WSZ személyek agyának térfogata és súlya kisebb, mint a kontrollszemélyeké, a legjelentősebb térfogatcsökkenés a parietális és okcipitális kéregben található, a kisagy térfogata viszont nagyobb, mint az egészséges kontrolloké (lásd *Reiss és mtsai., 2000*). WSZ-ban az enyhétől a közepes fokozatig terjedő értelmi fogyatékoság mellett a kifejező nyelvi készségek viszonylag megőrzöttek. A produktív nyelvi képességek azonban gyakran felülmúlják a megértést. A viszonylagosan jó nyelvi készségekkel, a gazdag szókincssel szembehelyezhető a téri-vizuális kogníció súlyos deficitje, ez alól csak a kivételesen jó arcfelismerési készség jelent kivételt (*Bellugi és mtsai., 2000*).

A WSZ személyek nagyon rossz teljesítményt nyújtanak a téri kogníciót vizsgáló hagyományos tesztekben is, a Wechsler Intelligencia Teszt Mozaik-próbájában például még a legelemibb formák reprodukciója is nehézséget jelent számukra (*Wang, Doherty, Rourke, & Bellugi, 1995*). Általában a minták egyes elemeit képesek részben reprodukálni, de a struktúra hiányzik az általuk készített formákból. A neuropszichológiai teszteken nyújtott teljesítmény egybevága a hétköznapi életben megfigyelhető problémákkal. A WSZ személyek számára a téri tájékozódás alapvető problémát jelent, a legegyszerűbb téri elrendezés elsajátítása is hosszú és kimerítő feladat számukra (*Bellugi és mtsai., 2000*). A verbális és téri képességek longitudinális vizsgálata pedig feltárta, hogy a két

megismerési terület eltérő ütemben fejlődik, a nyelvi és a téri képességek közötti kezdeti különbségek egyre nagyobbak lesznek a növekedés folyamán (*Jarrod és mtsai, 1998*).

A WSZ személyeknek igen rossz a matematikai teljesítménye is. *Howlin, Davis és Udwin (1998)* átfogó vizsgálatában a WISC-R teszt aritmetika altesztjében a felnőtt WSZ személyek a 7-8 évesek szintjén teljesítenek. *Bellugi és munkatársai (1988)* három WSZ személlyel végeztek el két klasszikus Piaget-tesztet. A sorba rendezési feladatban a serdülőkorú résztvevőknek a pálcikákat növekvő sorba kellett rendezniük. A feladatot nem tudták megoldani, mivel leginkább csak két pálcikára tudtak egyszerre koncentrálni, így képtelenek voltak több párost összerendezni. Egy másik feladatban különböző konzervációs feladatokat használtak, például számokkal, kétdimenziós térrel, folytonos mennyiségekkel, anyaggal stb., amelyeket a WSZ személyek ismét nem tudtak megoldani.

Paterson és munkatársai életkorukat tekintve átlagosan 2,5 éves WSZ gyerekekkel végeztek vizsgálatokat, a számossági diszkrimináció képességét nézési preferenciával vizsgálták, és az eredmények szerint a WSZ gyerekek a mentális és kronológiai kor alapján illesztett csoporthoz hasonlóan tudnak 2 és 3 tárgy között diszkriminálni (*Paterson, Brown, Csödl, Johnson, & Karmiloff-Smith, 1999*). Patersonék értelmezésében ez ismét azt bizonyítja, hogy a fejlődési rendellenességeknél nem a felnőttkori teljesítményt kell alapul vennünk. Érdemes megjegyeznünk azonban, hogy az utóbbi időben az eddigi adatokat értelmezve egyesek arra a következtetésre jutottak, hogy ezt a feladatot nem feltétlenül a mentális számegyenes oldja meg (*Feigenson, Dehaene, & Spelke, 2004*).

Ansarinak és munkatársainak (2003) vizsgálatában 'Mennyi' (Mennyi üveggolyót látsz itt?) és 'Adj valamennyi' (Adj nekem 3 üveggolyót!) feladatokat oldottak meg WSZ és egészséges gyerekek. A kontrollcsoportot téri-vizuális feladat alapján illesztették. Az eredmények szerint a WSZ gyerekek így hasonló teljesítményt nyújtanak, mint az illesztett kontrollok. Ám míg a kontrolloknál a teljesítményt leginkább a kronológiai kor és a téri-vizuális képességek jósolják be, addig WSZ esetében a verbális képességek. Ez azt jelezné, hogy WSZ esetében a kardinalitás elérését a verbális rendszer indítja be, vagy erre építve érik el a gyerekek.

Mérési módszerek a reakcióidő felhasználásával

A fejlődési diszkalkulia diagnózisa két okból is nehézségekbe ütközik: egyrészt nem tudjuk, hogy a numerikus deficitnek mi az oka, másrészt nem tudjuk, hogy milyen eszközzel tudnánk érvényesen és megbízhatóan mérni az adott problémát. A két ok természetesen összefügg egymással. Az alábbiakban négy módszert mutatunk be: elsőként a ma használatos papír-ceruza tesztet, amellyel kapcsolatban számos probléma merül fel. Ezek után három olyan eljárás következik, amelyben a reakcióidőket (RI) mérjük: az RI-mintázat meglétét, az RI általános lassulását, illetve az RI-mintázat meredekségét (utóbbit a szelektív terhelés módszerén keresztül).

Érdemes már itt leszögezni, hogy az ígéretes kezdeti eredmények mellett sem áll még rendelkezésünkre elég mérés és vizsgálat, amely a ma használatos papír-ceruza tesztheink mellett alternatívát jelenthetnének. A mai ismereteink szerint tehát még mindig a lehető legjobb megoldás, ha a jelenlegi tesztek használjuk, ugyanakkor a jövő számára ígéretesnek tűnik a reakcióidő mérésének módszertana.

Papír-ceruza tesztek

Korábban már említettük, hogy a gyerekek hozzávetőlegesen 5%-a tekinthető diszkalkuliásnak, bár a pontos szám függ a mérési eljárástól. Ezekben a vizsgálatokban nagyon gyakran az iskolai felmérőkhöz hasonló feladatokat oldanak meg a gyerekek. Ez azonban számos problémát felvet, hiszen például nem lehet kiszűrni a hiányos oktatás hatását, illetve a túltanult vagy kompenzációs folyamatokat.

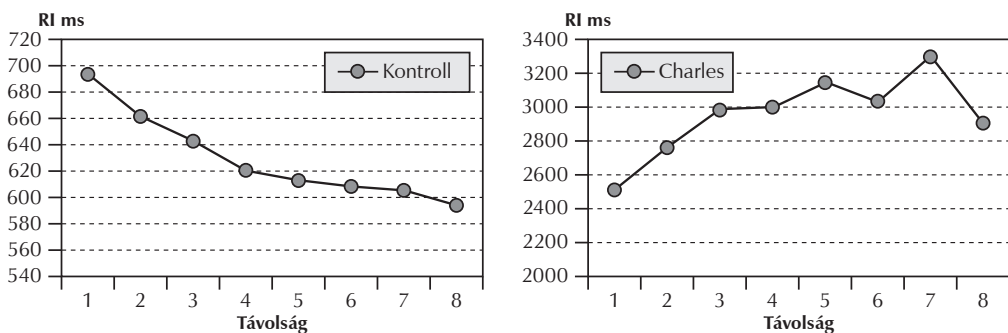
Magyarországon a Dékány Judit által kidolgozott módszer (részletesen lásd Dékány, 1999) terjedt el leginkább. A módszer az iskolai felmérőktől számos ponton eltér, figyelembe veszi az FD gyerekek tipikus problémáit. Dékány szerint az FD gyerekek legfőbb gondja a számfogalom megértése. Ennek megfelelően a feladatok közt szerepel például számlálás, mennyiségi relációk (melyik szám nagyobb), mennyiség állandóság (ha a korongokat átrendezem, ugyanannyi marad-e), számjegyek írása, alapműveletek leírása és elvégzése, szöveges feladatok, matematikai szabályok felismerése (sorozatok folytatása) stb. Mindezek a módszerek a gyerek életkorának és iskolai osztályának megfelelő nehézségűek. Emellett szerepelnek olyan feladatok is, amelyek gyakran problémásak FD esetében, ám nem diagnosztizálják a diszkalkuliát (Dékány, személyes közlés), és amelyek összhangban vannak a mentális számegyenes elmélettel is. Így például a szám-émlékezet (mondj vissza, hogy 3-6-2-5) független a számfogalom fejlettségétől. Ez észszerű elképzelés Baddeley munkamemória modellje alapján is (magyarul lásd Baddeley, 2001), miszerint a számisméltés egyszerű verbális feladatként is megoldható, nem szükséges hozzá a számok szemantikus megértése, amit a mentális számegyenes biztosítana. A feladatok között szerepel a téri viszonyok megértésének vizsgálata is (például írd le a nevedet a papír bal felső sarkába vagy tedd a kezéd az asztal fölé), amely gyakran zavart szenved FD esetében, ám nem tekinthető megbízható kritériumnak a diagnózisban. Részben érthető, hogy a parietális lebeny kiterjedt zavara téri deficitet is okoz, ám ez független lehet a mentális számegyenesestől. A Dékány-féle teszt tehát pontosabb a matematikai felmérőknél, ugyanis egy jobban körülhatárolt koncepciót vizsgál (a számfogalom megértését), ám van egy fontos hátránya. Más tesztekkel ellentétben a diagnózist nem a feladatok pontozásából, majd az ott elért összpontszám alapján állítja fel. A feladatok végrehajtása után ugyanis egy szubjektív benyomásra támaszkodik: vajon a gyerekek a feladat során a koruktól elvárható gyorsasággal oldották-e meg azokat, gyakran használták-e a kezüket számolásra, túlságosan bizonytalanok voltak-e stb. A gyakorlatban tehát a diagnózist végző szakember a feladatok alapján elgondolkodik,

majd döntést hoz. Ez a szubjektivitás sok gyakorló szakember számára okoz nehézséget, hiszen nincsen objektív kritérium a diagnózis felállításához.

Az eredmények szubjektivitása mellett a fenti feladatokkal problémás lehet azok kiszűrése, akik egyszerűen az oktatás elégtelensége miatt szerepelnek rosszul (vagyis diszkalkuliásnak diagnosztizálnak nem diszkalkuliás gyerekeket), illetve az ügyesen kompenzálók is átmehetnek a szűrőn (azaz diszkalkuliás gyerekeket nem diagnosztizálnak diszkalkuliásnak) (Ansari & Karmiloff-Smith, 2002; Butterworth, 2003). A feladatsor valószínűleg jó eszköz arra, hogy a megfelelő szakember a megoldást vizsgálva megállapítsa az FD meglétét, ám a kritériumokat nem sikerült explicitté tenni, illetve néhány explicit pontja körül viták zajlanak. Ez a probléma nemcsak a hazai gyakorlatra jellemző, hanem a világ számos országában keresnek objektívebb, pontosabb FD tesztek.

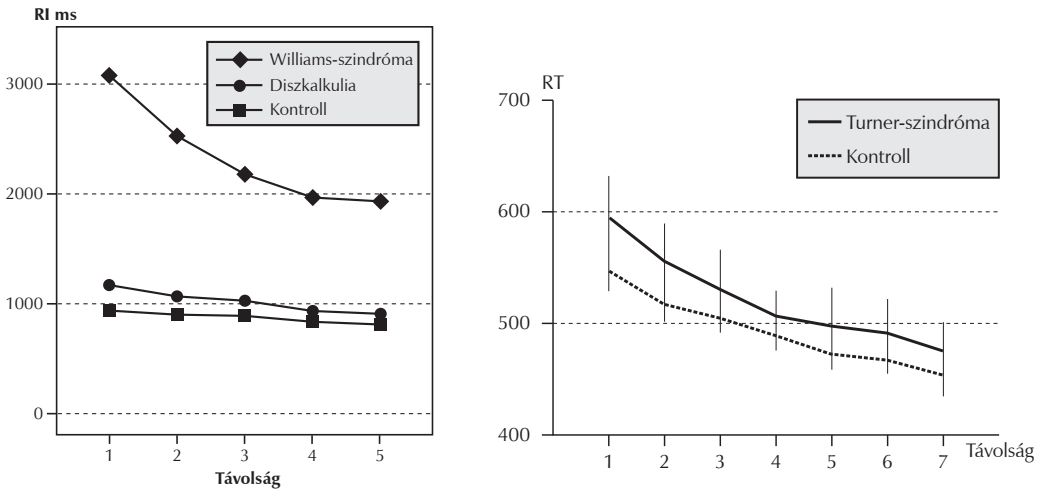
Reakcióidő-mintázat hiánya

A jelenleg használt papír-ceruza tesztek tehát számos problémát vetnek fel, emiatt merült fel, hogy a mostani módszerek helyett inkább a reakcióidő adataiból érdemes kiindulni (Ansari & Karmiloff-Smith, 2002). Az egyik ígéretesnek indult kezdeményezés szerint fejlődési diszkalkuliában a mentális számegegyenes sérül. Eszerint a sérülést (a rendszer nem megfelelő működését) az jelezheti, hogy a mentális számegegyenes működésének jelei (mint például a távolsághatás számok összehasonlításakor) megváltoznak. Brian Butterworth (2002) valóban ezt az eredményt kapta egyik FD betegével, Charleszal (lásd 4. ábra). Normál személyeknél összehasonlítási feladatban minél nagyobb két szám közt a távolság, annál gyorsabban válaszolnak. Ezzel szemben egy fejlődési diszkalkuliás, Charles esetében azt látjuk, hogy a távolság növekedésével a reakcióidő is nő. Butterworth értelmezése szerint ez a mentális számegegyenes hiányát és egyben egy kompenzációs stratégia használatát jelzi: Charles talán verbális számolás segítségével állapítja meg a nagyobb számot, vagyis elkezd az egyik számtól felfelé számolni, és addig csinálja ezt, amíg el nem éri a másik számot. Utóbbi stratégia éppen növekvő időt jósolna nagyobb távolságokra.



4. ábra. Távolsághatás szám-összehasonlítási feladatban fejlődési diszkalkuliás személynél és kontroll csoportnál (Butterworth, 2002 nyomán)

Butterworth adatait több labor is megpróbálta megismételni, egyelőre sikertelenül. Egy korábbi vizsgálatban (Krajcsi, Racsomány, Pléh, 2004) Williams-szindrómás és fejlődési diszkalkuliás gyerekeket vizsgáltunk. Butterworthék eredményével szemben mindkét csoportban a normális irányú távolsághatást tapasztalhatjuk (lásd 5. ábra). Ez akkor is igaz, ha nem a csoportátlagokat vizsgáljuk, hanem az egyes személyek adatait. Megfigyelhető volt azonban, hogy a leggyorsabban az egészséges kontroll gyerekek oldották meg a feladatot, míg a fejlődési diszkalkuliások lassabbak voltak, és a Williams-szindrómás gyerekek mutatták a legnagyobb latenciát. Ez utóbbi eredményre hamarosan visszatérünk.



5. ábra. Távolsághatás szám-összehasonlítási feladatban Williams-szindrómás, fejlődési diszkalkuliás és Turner-szindrómás csoportokban

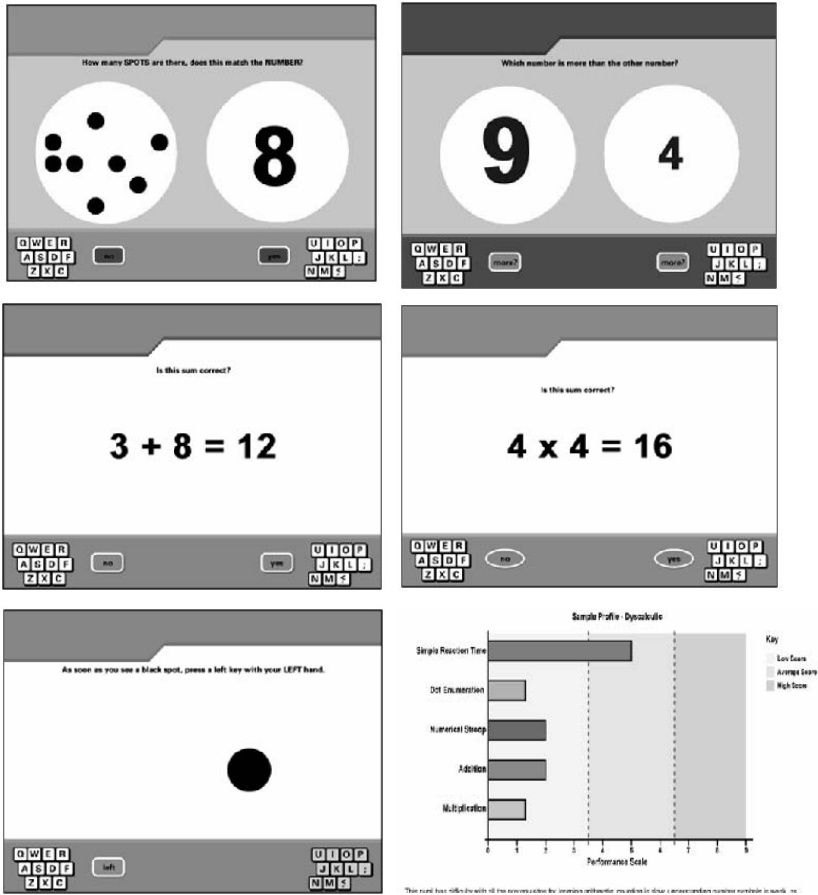
Bruandet és munkatársai (Bruandet, Molko, Cohen & Dehaene, 2003) Turner-szindrómás fiatalokat vizsgáltak meg. A Turner-szindróma egy olyan genetikai rendellenesség, amely 2500 nőből egyet érint az egyik X kromoszóma részleges vagy egészes deléciója következményeként. A jellegzetes fizikai tulajdonságokon kívül rendellenes a serdülőkori fejlődés és az ösztrogéntermelés. A kognitív jellemzők köréből érdemes megemlíteni a vizuális emlékezet, a téri-vizuális és figyelmi, illetve a szociális deficitet a normális verbális intelligencia mellett (Rovet, 1993). A mi szempontunkból természetesen a matematikai deficit a lényeges (Temple & Marriott, 1998). Bruandet-ék eredményei szerint a normál kontrollcsoporthoz képest a Turner-szindrómások lassabbak voltak ugyan, ám a távolsághatást jelző görbe a megfelelő irányba lejtett, csakúgy, mint a WSZ és FD adatok esetében. Ha nem a csoport együttes teljesítményét nézzük, hanem minden egyes személy adatát külön vizsgáljuk, akkor is változatlanul minden távolsághatás görbe normál irányú lejtést mutat (Dehaene, személyes közlés). Butterworth elképzelése tehát számos szisztematikus ismétlési próba során bizonyult helytelennek. Elképzelhető,

hogyan Charles talán csak bizonytalan numerikus feladatokban (ez derült ki korábban például pontszámolási feladatban), emiatt talán a helyes választ verbális stratégiával is ellenőrzi, és az ellenőrzéssel egybekapcsolt reakcióidőt láthattuk fentebb. A reakcióidő tipikus mintázatának teljes hiánya a gyakorlatban tehát nem bizonyult megfelelő diagnosztikus eszköznek, ezért egy másik eljárást ismertetünk a következő részben.

A reakcióidő lassulása

Brian Butterworth az előbbi eljáráson kívül javasol egy másik, gyakorlatban alkalmazható eljárást is. Alternatív javaslata szerint a diszkalkulások diagnózisára használt tesztben egy adott numerikus feladatban kapott reakcióidőt kellene vizsgálni. Erre az elgondolásra építve dolgozott ki egy **Diszkalkuliaszűrő** nevű tesztet (Butterworth, 2003). Ismét az az elképzelés jelentette a kiindulást, hogy az FD a mentális számegegyenes deficitje. Azért fontos újra hangsúlyozni, hogy ez csak feltételezés, mert egyelőre nincsenek teljesen meggyőző bizonyítékaink a feltevés helyességére, bár több adat is utal erre, és a feltevés ésszerűnek is tűnik. A számítógépes tesztben ötféle feladatot használnak (lásd 6. ábra): pontok számolása (annyi pont van-e a bal oldalon, mint amennyi a jobb oldali szám értéke), számok összehasonlítása (a bal vagy a jobb oldalon lévő szám értéke nagyobb-e – függetlenül az arab szám fizikai méretétől), összeadás és szorzás (helyes-e a felírt művelet eredménye) és egyszerű reakcióidő (a pont megjelenése után azonnal meg kell nyomni egy gombot). A legfontosabb mért érték minden feladatnál a hibázással korrigált reakcióidő. Az egyszerű reakcióidős feladatot arra használják, hogy az általános gyorsaság ne befolyásolja a számok feldolgozásával kapcsolatos reakcióidőt. A numerikus feladatok két komponensre mérnek Butterworth szerint. Az egyik komponens a mentális számegegyenes, amelyet a pontszámolás és az összehasonlítás mér, míg a másik komponens a teljesítménymutató, amely részben független a számegegyenestől, inkább az oktatás mennyisége van rá hatással, és a szorzás és osztás feladata méri.

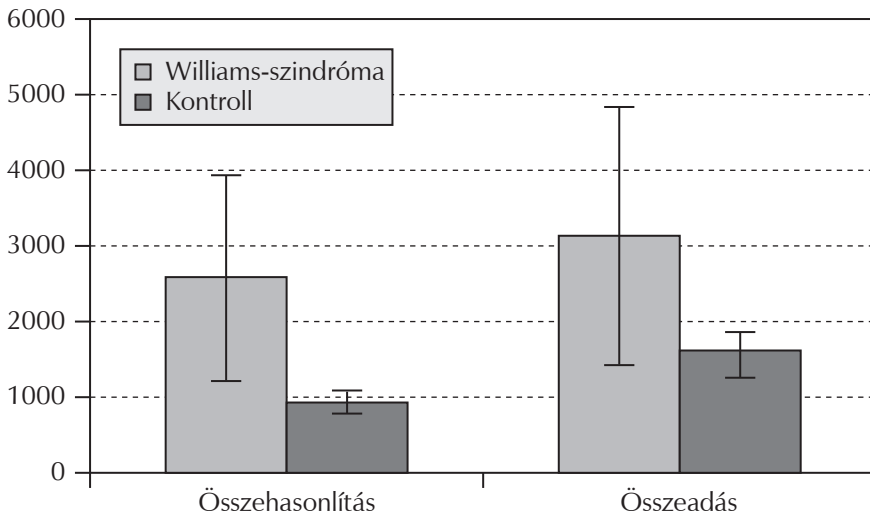
A 6. ábra mutatja egy diszkalkulációs gyermek profilját is: az oszlopok azt jelzik, hogy valaki átlag felett (hosszú oszlop) vagy átlag alatt (rövid oszlop) teljesít-e a saját korcsoportjához képest. A konkrét példán a legfelső oszlop normál egyszerű reakcióidőt mutat, míg az összes többi feladatban átlag alatti teljesítményt, ami a mentális számegegyenes deficitjére utal. Ha a matematikai nehézség oktatási problémából származna, akkor csak a szorzás és összeadás feladatban találnánk átlag alatti teljesítményt, míg a pontszámolásban és az összehasonlításban nem. A reakcióidők tehát pontosabb és objektívabb diagnózist ígérnek Butterworth elképzelése szerint. A tesztet Butterworthék széles körben sztentendrizálták Angliában, és 2002 szeptemberétől általánosan használják a brit iskolákban a diszkalkulációs gyerekek szűrésére.



6. ábra. Képernyőminták Brian Butterworth Diszkalkuliaszűrő tesztjéből. Butterworth (2003) nyomán

További adatok azonban azt mutatják, hogy a módszer nem feltétlenül a mentális szám-egyenes teljesítményét méri. Fejlődési diszkalkuliás, Williams-szindrómás és egészséges kontrollgyerekek oldottak meg *Butterworth* feladataihoz hasonlókat (Krajcsi és mtsai., 2004). Az összehasonlítási feladat eredményei 6 WSZ, 14 FD és 11 kontrollszemély adatai alapján láthatóak, míg az összeadási feladatban 7 WSZ, 13 FD és 11 kontroll személy szerepelt. A WSZ csoport átlagéletkora 16, míg az FD csoport átlagéletkora 11 év volt. A kontrollszemélyek 10 éves kisiskolások, ők az előzetes adatok alapján a legfiatalabbak, akik a fenti feladatokat viszonylag kevés hibázással meg tudják oldani. Ez azt is jelenti, hogy az itt bemutatott adatok nem a végleges eredmények, ám egyes tendenciák már így is jól megfigyelhetők. A feladatokban rendre a kontrollgyerekek voltak a leggyorsabbak, a WSZ gyerekek a leglassabbak, és a diszkalkuliás csoport az előbbi kettő között helyezkedett el. (A WSZ és kontroll adatokat az összehasonlítás és összeadás feladatokban lásd a 7. ábrán.) Érdekes, hogy ez a mintázat figyelhető meg egyszerű reakció-

idő feladatban is, ami nyilvánvalóan nem igényli a mentális számegyenes használatát, illetve hasonló sorrend látható egy vizuális figyelmi feladatban (többszörös tárgykövetés feladatban, *Pylyshyn*, 2001). Ezek az eredmények felvetik annak a lehetőségét, hogy a fenti feladatok talán nem is a mentális számegyenes teljesítményét mérik, hanem valami mást: például általános gyorsaságot, a vizuális bemenet feldolgozási sebességét, a válaszadás sebességét stb.



7. ábra. Összehasonlítás és összeadás reakcióidőinek átlagai és szórásai a Williams-szindrómás és a kontroll csoportnál

Hogy pontosabb képet kapjunk, megvizsgálhatjuk a WSZ gyerekek teljesítményét a kontrollgyerekekéhez képest. Ha a reakcióidők átlagát vizsgáljuk, azt találhatjuk, hogy összehasonlításnál a WSZ gyerekek átlagosan 2,8-szer lassabbak, míg az összeadás esetén ez az arányszám csak 1,9. Ez azt jelentené, hogy az összehasonlításnál relatíve erősebb deficitről van szó, mint az összeadásnál. Vegyük azonban figyelembe azt is, hogy a kontrollcsoportnál az összehasonlítási feladatban a reakcióidők szórása sokkal kisebb, mint az összeadás esetében. Ha kiszámoljuk, hogy a WSZ gyerekek átlaga a kontrollgyerekek átlagától hány szórásnyira vannak, akkor azt tapasztaljuk, hogy az összehasonlításnál ez a különbség majdnem 16-szoros, míg összeadásnál csak alig több 5-nél. Vagyis azt láthatjuk, hogy az összehasonlítás esetében a deficit sokkal markánsabb, mint összeadásnál. Ez összhangban van a korábbi eredményekkel is: jól tudjuk, hogy a WSZ gyerekek vizuális és téri problémákkal küzdenek (magyar vizsgálatokhoz lásd például *Racsmány*, 2004). Az összehasonlítási feladat a mentális számegyenes működését igényli, amely az agykéregben az intraparietális sulcusba lokalizálható (*Dehaene, Molko, Cohen & Wilson*, 2004; *Eger, Sterzer, Russ, Giraud & Kleinschmidt*, 2003), vagyis arra a területre, amely részben a téri feldolgozásért is felelős. Ezzel szemben az össze-

adási feladat verbális előhívást igényel. A verbális területeken azonban a WSZ gyerekek elmaradása nem olyan markáns, mint az előbb említett területeken (a magyar WSZ gyerekek adatait lásd Lukács, Pléh, Racsmány, 2004). Mindez összhangban van Ansari és munkatársainak (2003) egy korábbi vizsgálatával is, ahol azt találták, hogy Williams-szindrómás gyerekek numerikus teljesítményét leginkább a verbális teljesítmény jósolja meg (kontrollgyerekeknél a numerikus teljesítményt a téri teljesítmény jósolta be, nem a verbális). Ez ismét arra utal, hogy a verbális rendszer relatíve jól működik, sőt ez segíthet a numerikus feladatokban egyfajta kompenzáló mechanizmusként.

Az előzetes adatok szerint a fejlődési diszkalkulációs esetében hasonló markáns különbséget nem tapasztaltunk: igaz ugyan, hogy szinte minden feladatban lassabbak, ám a különbségek nem annyira kiugróak, mint a WSZ és a kontrollcsoport között volt. Az is feltűnő, hogy az adatok alapján nem látható a mentális számegegyenes specifikus sérülése. Ismét hangsúlyozzuk, hogy az itt bemutatott kontrollcsoport egyelőre nem pontos illesztés alapján kiválasztott gyerekeket, hanem egy korábbi becslés alapján összeállított mintát jelent, ám így is feltűnő az FD- és a kontrollcsoport teljesítménymintázatának hasonlósága, holott világos az FD csoport matematikai helyzetekben mutatott markáns deficitje. Az FD-csoport hasonló teljesítménye azt sugallná, hogy a fejlődési zavar okait nem a fent vizsgált rendszerekben kell keresnünk (így például nem a mentális számegegyenes zavara okozza az FD-t), vagy pedig ezek a feladatok ilyen formában nem alkalmasak a megbízható diagnózisra.

A reakcióidő lassulása tehát önmagában nem ad teljesen megbízható képet. A fentiekben egyrészt a különböző feladatok közti mintázatot vizsgáltuk, illetve a kontrollcsoport átlagához és szórásához viszonyítottunk eredményeket. Így az értelmezésünk megalapozottabbnak tűnik, ám nyilvánvalóvá vált a reakcióidő lassúságából való következtetés hátránya is: nem tudhatjuk, hogy egy adott feladatban mutatott lassú teljesítmény melyik rendszer lassulása miatt figyelhető meg. Vajon az összehasonlítás azért lassú, mert a mentális számegegyenes deficitje áll mögötte, vagy pedig azért, mert bármely egyéb, nem matematikaspecifikus rendszer működik rosszul? A probléma kiküszöbölésére született meg a szelektív terhelés módszere.

A szelektív terhelés módszere

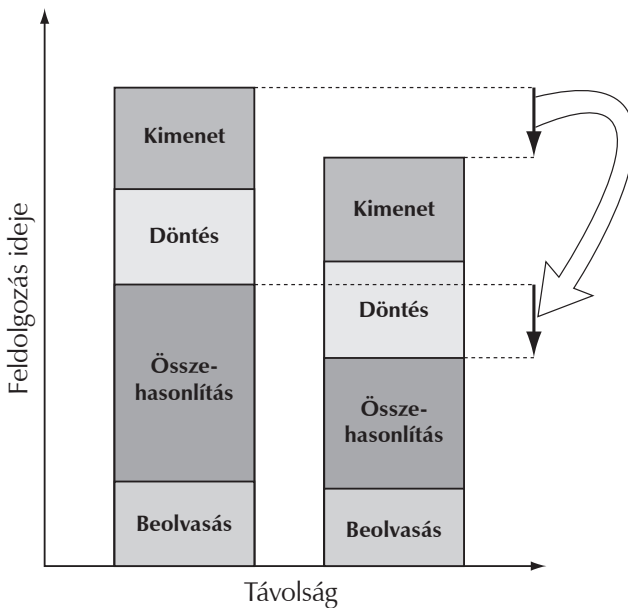
A reakcióidő lassulása egy adott feladatban hasznos információ lehet, ám a teljes reakcióidőn belül nem tudjuk megmondani, hogy pontosan melyik modul lassulása okozta a mért reakcióidő megnyúlását. Vagyis például egy egyszerű és túltanult összeadási feladat során azért lassú a válasz, mert az előhívás lassan működik, vagy egyéb rendszerek lassítják a választ? Ennek a problémának a kiküszöbölésére dolgoztuk ki a szelektív terhelés módszerét (Krajcsi, 2005). Az eljárás abból a feltevésből indul ki, hogy egy egyszerű feladat megoldása során is az agy egymás után oldja meg a különböző alfeladatokat. A példa kedvéért vegyünk egy szám-összehasonlítási feladatot. A vizuális rendszer be-

olvassa a megfelelő információt, a végrehajtó rendszer kiadja az utasítást, hogy az ingerekkel mit kell tenni (például összehasonlítani és nem összeszorozni kell a számokat), a feladat közvetlen megoldását a mentális számegeyes számolja ki, majd ez alapján döntés születik a válaszról, végül a motoros rendszer kiküldi a gombnyomásra vonatkozó parancsot. Kétségtől léteznek párhuzamos folyamatok az agyban, ám számos esetben egy feldolgozási szakasz nem kezdődhet el, míg az előző szakasz nem adja meg számára a kiindulási pontot. Például nem lehet összehasonlítani két számot, ha a számegeyes nem kapja meg a vizuális rendszertől a két összehasonlítandó számot. Hasonlóképp a motoros rendszer nem adhatja ki a gombnyomás parancsát, amíg a számegeyes nem döntött arról, hogy melyik szám a nagyobb.

Az egymás után következő lépéseket teszteli *Dehaene* (1996), ahol *Sternberg* **additív faktor módszere** alapján viselkedéses és kiváltott válaszadatokkal mutat konkrét képet az egymás utáni szakaszokról. *Sternberg* (1969) Donders kivonásos elképzelésére építve olyan elrendezést javasol, aminek segítségével tesztelni lehet, hogy egy feladat valóban egymás után következő funkciókból áll-e. Az egyes funkciókra különböző tényezők hathatnak, *Dehaene* vizsgálatában például egy összehasonlítási feladatban a mentális számegeyes funkcióra az ingerek távolsága hat (távolsághatás), vagy a válaszadás motoros funkciójában a gombnyomás oldala (bal vagy jobb), illetve a beolvasás funkciójánál a bemenet típusa: betű vagy arab. Ha a három funkció (beolvasás, számegeyes és motoros válasz) valóban időben egymás után következnek, akkor a három tényező (inger típusa, számok távolsága, illetve válasz oldala) egymástól független hatást gyakorolnak, azaz a három hatást variálva a reakcióidőben a tényezők hatásai összeadódnak. Statisztikai szempontból nézve ez azt jelenti, hogy a három tényezőnek a hatása nem lép interakcióba. *Dehaene* (1996) valóban ezt az eredményt kapja: a három tényező egymástól függetlenül hat a teljes reakcióidőre. A kiváltott válaszadatok ugyancsak megerősítik ezt az elképzelést: a három tényező szerint felbontott görbék más időben és más helyen mutatnak eltéréseket. A teljes reakcióidő tehát több funkció megoldási idejének összegzéséből keletkezik. A szelektív terhelés módszere ezt a kiindulási pontot használja fel.

A teljes reakcióidő tehát több komponens feldolgozási idejéből áll össze. A kérdésünk továbbra is az, hogy honnan tudjuk, hogy a teljes reakcióidő melyik komponens megnyúlása miatt lesz hosszabb. A szelektív terhelés módszere egy egyszerű trükköt alkalmaz ennek kiderítésére. A korábban látott 4. ábra azt mutatta, hogy számok összehasonlításánál a két szám közti távolság növekedésével a reakcióidő csökken. Nézzük meg, hogy egy ilyen mintázat esetén hogyan alakul a teljes reakcióidőn belül az alszakaszok ideje. Egy lehetséges elrendezést mutat a 8. ábra. Jól látható, hogy a két szám távolságától függetlenül a legtöbb rendszer azonos idő alatt oldja meg a feladatot, hiszen például a látórendszer számára nem nehezebb az 5 vs. 4, mint a 9 vs. 3 számpár felismerése. Hasonlóképp konstans a motoros kimenet ideje, hiszen a távolságtól függetlenül ugyanazt az egyszerű mozdulatot kell vezérelnie. Hasonló nehézségűek a feladaton belül a szervező funkciók is, vagyis például az, hogy fejben kell tartanunk,

hogyan a számokat összehasonlítani és nem összeadni kell, azaz a végrehajtó funkciók szintén függetlenek attól, hogy a két szám közt mekkora távolság van. Az egyetlen funkció, amelynek nem mindegy, hogy mekkora a két összehasonlítandó szám közötti különbség, a mentális számegegyenes. Ez a pont a kulcsmozzanat a szelektív terhelés módszerénél. Feltételezzük ugyanis, hogy a teljes reakcióidőben mérhető távolsághatár a mentális számegegyenes relatíve gyors (nagy távolság) vagy lassú (kis távolság) működése eredményezi. Éppen ezért **a távolság szerint eltérő próbák reakcióidőinek különbsége megegyezik a mentális számegegyenes feldolgozási sebességének különbségével. Így kiszűrhetőek a bemenet, kimenet és egyéb, a feladatra általában jellemző lépések feldolgozási idői.**



8. ábra. Összehasonlítási feladatnál a feldolgozás hipotetikus szakaszai különböző numerikus távolságok esetében

A kulcsmozzanat tehát az, hogy a feladat próbáit olyan jellegzetesség alapján bontjuk csoportokra, amely szelektíven csak egy – számunkra kritikus – funkció számára lesz relatíve könnyebb vagy nehezebb. Jelenlegi példánkban az összehasonlítás feladat felbontása az összehasonlítandó számok távolsága alapján pusztán a mentális számegegyenes számára jelent könnyebb vagy nehezebb feladatot, azonban más funkciók számára a feladat nehézsége konstans: vagyis a mentális számegegyenest szelektíven terheljük.

Hasonló módon más feladatokat is felbonthatunk (vagy akár egy feladat több módon is felbontható), hogy a csoportosítás szelektíven egy funkció számára legyen nehéz vagy könnyű. Például összeadásnál a méret hatás a verbális kódolású mátrixból való előhívás idejére utal. A csoportosítással így az adott funkcióra jellemző mutatót kaphatunk.

Az elképzelést több, alapos tesztnek vetettük alá. A részletek magyarul is olvashatóak (Krajcsi, 2005; Krajcsi és mtsai., 2007), ezért azokat itt nem részletezzük. A validálási vizsgálatok megmutatták, hogy a szelektív terhelés módszerével egy-egy modulról közvetlenebb adatokat nyerhetünk, mint a teljes reakcióidő mérésével. Hogy a módszer helyességét a fejlődési zavarok esetében is kimutathassuk, a fentebb ismertetett Williams-szindrómásokkal nyert adatokon is elvégeztük ezt az elemzést. Ismét felhívjuk a figyelmet arra, hogy a szelektív terhelés módszerével képzett mutatók nem két érték különbségét, hanem hányadosát tartalmazzák, amellyel a személy általános lassúságát ki tudjuk küszöbölni. Ez különösen fontos WSZ gyerekeknél, ugyanis az ízületi problémák miatt bármilyen feladatban relatíve lassabb latenciát produkálnak. Az összehasonlítási feladatban a távolsághatás mutatói a kontrollcsoportban 0,87 lett, míg a WSZ csoportban 0,68 (lásd 1. táblázat). Ez azt jelenti, hogy a WSZ csoportnál a reakcióidő mintázatára illesztett görbe meredeksége sokkal nagyobb, vagyis a feladat nehezedésével radikálisabban romlanak. Ráadásul a mutató már kiküszöböli azt, hogy a WSZ gyerekek lassabbak a kontrollcsoportnál, vagyis még ha normalizált mutatót használunk, akkor is markáns a WSZ csoport hátránya az összehasonlítási feladatban. Ezzel szemben az összeadási feladatban a kontrollcsoport mutatója 0,81, míg a WSZ csoporté 0,79, vagyis a különbség jóval kisebb. Ha – szemben a csak a lassúságot mérő előző eljárásunkkal – a szelektív terhelésnél figyelembe vesszük a Williams-szindrómások általános lassúságát, a különbség eltűnik.

	Williams-szindróma	Fejlődési diszkalkulia	Kontrollcsoport
Összehasonlítás méret hatás	0,68	0,83	0,87
Összeadás probléma méret hatás	0,79	0,76	0,81

1. táblázat WSZ-, FD- és kontrollcsoportok mutatói két feladatban a szelektív terhelés módszerével

Az FD-csoport itt sem különbözik szignifikánsan a kontrollcsoporttól egyik feladatban sem, ám ismét felhívjuk a figyelmet, hogy az itt ismertetett adatok nem a végleges kontrollcsoportot mutatják, ezért csak a markáns eredmények tekinthetőek megbízhatónak (mint a WSZ-csoport rossz összehasonlítási teljesítménye).

A szelektív terhelés módszere tehát a fejlődési zavarok esetében is jól értelmezhető eredményeket ad, megerősítve a WSZ-csoport számegyenes-zavarát, és azt, hogy az FD-csoport markáns teljesítményromlása nem feltétlenül a számegyenes vagy pusztán az előhívás zavara.

Összegzés

A tanulmányban bemutatottuk a numerikus képességek mögött meghúzódó mentális folyamatok gazdagságát: a röviden felvázolt analóg mennyiség rendszer, a verbális rendszerek, az arab szám formátum, a központi végrehajtó és a vizuális komponensek még nem is adják kimerítő listáját azoknak a rendszereknek, amelyekre szükség van a számokkal végzett műveletekhez. A számolással kapcsolatos fejlődési zavaroknak sok altípusát különíthetjük el. Egy részük jól azonosítható genetikai sérüléshez kapcsolódik, ám a ma legnagyobbak tekinthető csoport, a fejlődési diszkalkulia okai kevésbé tisztázottak. A lehetséges okok közt gyakorlatilag a számolás mögött meghúzódó funkciók teljes listáját felsorakoztatták már. A jelenlegi kutatások a különféle mérési módokkal próbálják egyes rendszerek deficitjét kimutatni.

A ma szokásos papír-ceruza gyakran használatosak a gyakorlatban, ám az értékelésnél nem létezik könnyen számszerűsíthető, objektív eredmény, másrészt nem világos, hogy a jól kompenzáló vagy a rossz oktatási rendszerből jövő gyerekeket megbízhatóan ki lehet-e szűrni. A reakcióidő mintázat hiányát egyetlen kezdeti méréstől eltekintve senki sem tudta reprodukálni, sőt éppen ellenkezőleg: a legkülönbözőbb fejlődési problémák esetében sikerült kimutatni a jól ismert hatások jelenlétét. Egy másik elterjedt elképzelés szerint a rendszer sérülése az adott feladat lassabb megoldásával jár együtt. Ilyen mérések esetében érdemes a sztenderd adatok több paraméteréhez viszonyítani a lassulást, illetve mindenképp szükséges, hogy több feladat mintázatát vizsgáljuk. Az újonnan kidolgozott szelektív terhelés módszere arra az elképzelésre épít, hogy egy jól ismert hatás esetében a reakcióidő megnyúlását csak egyetlen rendszer lassulása okozza, vagyis a mért relatív lassulás nem a feldolgozásban részt vevő összes rendszert jellemző mutató, hanem szelektíven egyetlen modul teljesítményét méri. A szelektív terhelés módszerét egyelőre normál személyeken korrelációs vizsgálattal sikerült igazolni, másrészt a Williams-szindrómás csoporttal végzett mérések is jól értelmezhető eredményeket adtak. Amíg a reakcióidő vizsgálati módszereket nem sikerül pontosabban kidolgozni, a gyakorlatban egyértelműen a jelenleg használt papír-ceruza eljárásokat érdemes használni.

A fent említett mérési módszerek azt mutatják, hogy fejlődési diszkalkulia esetében nem az analóg mennyiség reprezentáció sérülése az elsődleges, míg Williams-szindróma esetében ez a rendszer súlyos károsodást szenved. Az ilyen kezdeti megállapításokon kívül azonban hosszas kutatásra van szükség ahhoz, hogy a számolás fejlődési zavarainak okait, diagnózisát és fejlesztési lehetőségeit feltárjuk.

Irodalomjegyzék

- A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása: klinikai leírás és diagnosztikus útmutató. WHO.
- DSM-IV – *A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve IV. kiadásának diagnosztikus kritériumai*. Animula Kiadó, Budapest.
- ANSARI, D., DONLAN, C., THOMAS, M. S. C., EWING, S. A., PEEN, T., & KARMILOFF-SMITH, A. (2003): *What makes counting count? Verbal and visual-spatial contributions to typical and atypical number development*. *Journal of Experimental Child Psychology*, 85, 50–62.
- ANSARI, D., & KARMILOFF-SMITH, A. (2002): *Atypical trajectories of number development: a neuroconstructivist perspective*. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(12), 511–516.
- ARNOLD, R., YULE, W., & MARTIN, N. (1985): *The psychological characteristics of infantile hypercalcaemia: a preliminary investigation*. *Developmental Medicine And Child Neurology*, 27, 49–59.
- ASHCRAFT, M. H. (1992): *Cognitive arithmetics: A review of data and theory*. *Cognition*, 44, 75–106.
- ASHCRAFT, M. H., & KIRK, E. P. (2001): *The relationships among working memory, math anxiety, and performance*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130(2), 224–237.
- BADDELEY, A. (2001): *Az emberi emlékezet*. Osiris Kiadó, Budapest.
- BELLUGI, U., LICHTENBERGER, L., JONES, W., & LAI, Z. (2000): *The neurocognitive profile of Williams syndrome: A complex pattern of strengths and weaknesses*. *Journal Of Cognitive Neuroscience*, 12, 17–29.
- BELLUGI, U., MARKS, S., BIHRLE, A., & SABO, H. (1988): *Dissociation between language and cognitive functions in Williams syndrome*. In D. BISHOP & K. MOGFORD (eds.): *Language development in exceptional circumstances*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 177–189.
- BELLUGI, U., WANG, P. P., & JERNIGAN, T. L. (1994): *Williams syndrome: An unusual neuropsychological profile*. In S. BROMAN & J. GRAFMAN (eds.): *Atypical Cognitive Deficits In Developmental Disorders: Implications For Brain Function*. NJ, Erlbaum, Hillsdale, 23–56.
- BRUANDET, M., MOLKO, N., COHEN, L., & DEHAENE, S. (2003): *A cognitive characterization of dyscalculia in Turner syndrome*. *Neuropsychologia*.
- BUTTERWORTH, B. (1999): *The mathematical brain*. Macmillan, London.
- BUTTERWORTH, B. (2002): *Mathematics and the Brain*. Paper presented at the Opening Address to the Mathematical Association.
- BUTTERWORTH, B. (2003): *Dyscalculia Screener*. nferNelson, London.
- DEHAENE, S. (1992): *Varieties of numerical abilities*. *Cognition*, 44, 1–42.

- DEHAENE, S. (1996): *The organization of brain activations in number comparison: event-related potentials and the additive-factors methods*. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 8, 47–68.
- DEHAENE, S. (2001): *Précis of The Number Sense*. *Mind & Language*, 16, 16–36.
- DEHAENE, S. (2003): *A számérzék*. Osiris Kiadó, Budapest.
- DEHAENE, S., BOSSINI, S., & GIRAUX, P. (1993): The mental representation of parity and mental number magnitude. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, 371–396.
- DEHAENE, S., MOLKO, N., COHEN, L., & WILSON, A. J. (2004): Arithmetic and the brain. *Current Opinion in Neurobiology*, 14, 218–224.
- DÉKÁNY J. (1999): *Kézikönyv a diszkalkulia felismeréséhez és terápiájához*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- DELAZER, M., DOMAHS, F., BARTHA, L., BRENNEIS, C., LOCHY, A., TRIEB, T. & MTSAI. (2003): *Learning complex arithmetic – an fMRI study*. *Cognitive Brain Research*, 18, 76–88.
- EGER, E., STERZER, P., RUSS, M. O., GIRAUD, A.-L., & KLEINSCHMIDT, A. (2003): *A supramodal representation in human intraparietal cortex*. *Neuron*, 37, 719–725.
- FEIGENSON, L., DEHAENE, S., & SPELKE, E. S. (2004): *Core systems of number*. *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 307–314.
- GALLISTEL, C., R., & GELMAN, R. (2000): *Non-verbal numerical cognition: from reals to integers*. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(2), 59–65.
- HOWLIN, P., DAVIES, M., & UDWIN, O. (1998): *Cognitive functioning in adults with Williams syndrome*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 183–189.
- JARROLD, C., BADDELEY, A. D., & HEWES, A. K. (1998): *Verbal and nonverbal abilities in the Williams syndrome phenotype: evidence for diverging developmental trajectories*. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 39, 511–523.
- KRAJCSI A. (2003): *Numerikus képességek*. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 4(4), 331–382.
- KRAJCSI A. (2005): *Numerikus feladatok mögött meghúzódó elemi funkciók mérése a szelektív terhelés módszerével*. *Magyar Pszichológiai Szemle*(4), 457–478.
- KRAJCSI A. (2006): *Enumerating objects: the cause of subitizing and the nature of counting*. Eötvös Loránd University, Budapest.
- KRAJCSI A., PALATINUS ZS. (2004): *Subitizing: analog magnitude system or visual index system?* Paper presented at the 27th European Conference on Visual Perception, Budapest.
- KRAJCSI A., RACSMÁNY M., IGÁCS J., PLÉH CS. (2007): *Fejlődési zavarok diagnózisa reakcióidő méréssel*. In RACSMÁNY M. (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálómódszerei. Neuropszichológiai diagnosztikai módszerek*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- KRAJCSI A., RACSMÁNY M., PLÉH CS. (2004): *Számolási problémák Williams-szindrómában és fejlődési diszkalkuliában*. *A Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Országos Tudományos Nagygyűlése*, Debrecen.

- KRÜLL, K. E. (2000): *A diszkalkuliás (számolásgyenge) gyerekek*. Akkord Kiadó, Budapest.
- LUKÁCS Á., PLÉH CS., RACSMÁNY M. (2004): *Language in Hungarian children with Williams syndrome*. In S. BARTKE & J. SIEGMÜLLER (eds.): *Williams Syndrome across Languages*. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam, 187–220.
- MANDLER, D., & SHEBO, B. J. (1982): *Subitizing: An analysis of its component processes*. *Journal of Experimental Psychology, General*, 111, 1–22.
- MÁRKUS A. (2000): *A matematikai képességek zavarai*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 279–308.
- MONACO, A. P. (1996): *Dissecting Williams-syndrome*. *Current Biology*, 6, 1396–1398.
- MOYER, R. S., & LANDAUER, T. K. (1967): *Time required for judgement of numerical inequality*. *Nature*, 215, 1519–1520.
- PATERSON, S. J., BROWN, J. H., GSÖDL, M. K., JOHNSON, M. H., & KARMILOFF-SMITH, A. (1999): *Cognitive modularity and genetic disorders*. *Science*, 286, 2355–2357.
- PYLYSHYN, Z. W. (2001): *Visual indexes, preconceptual objects, and situated vision*. *Cognition*, 80, 127–158.
- RACSMÁNY M. (2004): *A munkamemória szerepe a megismerésben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- REISS, A. L., ELIEZ, S., SCHMITT, J. E., STRAUS, E., LAI, Z., JONES, W. és M TSAI. (2000): *Neuroanatomy of Williams Syndrome: A high-resolution MRI study*. In U. BELLUGI & M. ST. GEORGE (eds.): *Linking cognitive neuroscience and molecular genetics: New perspectives from Williams Syndrome* (pp. 65–73): MIT.
- ROVET, J. F. (1993): *The psychoeducational characteristics of children with Turner syndrome*. *Journal of Learning Disability*, 26(5), 333–341.
- SHALEV, R. S., & GROSS-TSUR, V. (2001): *Developmental Dyscalculia*. *Pediatric Neurology*, 24(5), 337–342.
- SIEGLER, R. S. (1999): *Strategic development*. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(11), 430–435.
- SPELKE, E. S., & TSIVKIN, S. (2001): *Language and number: a bilingual study*. *Cognition*, 78, 45–88.
- STERNBERG, S. (1969): *The discovery of processing stages: Extension of Donders' method*. *Acta Psychologica*, 30, 276–315.
- TEMPLE, C. M., & MARRIOTT, A. J. (1998): *Arithmetic ability and disability in Turner's syndrome: A cognitive neuropsychological analysis*. *Developmental Neuropsychology*, 14, 47–67.
- TRICK, L. M., & PYLYSHYN, Z. (1994): *Why are small and large number enumerated differently? A limited-capacity preattentive stage in vision*. *Psychological Review*, 101, 80–102.

- WANG, P. P., DOHERTY, S., ROURKE, S. B., & BELLUGI, U. (1995): *Unique profile of visuo-perceptual skills in a genetic syndrome*. *Brain and Cognition*, 29, 54–65.
- WILLIAMS, J. C. P., BARRATT-BOYES, B. G., & LOWE, J. B. (1961): *Supravalvular aortic stenosis*. *Circulation*, 24, 1311.

Krajcsi Attila egyetemi adjunktus

Szegedi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet

Megismeréstudományi Csoport

6722 Szeged, Petőfi S. sgt. 30–34.

Harvard Medical School, Brigham & Women's Hospital, Department of Radiology

SIEGLIND ELLGER-RÜTTGARDT

MODELLE ALLGEMEINER SCHULEN MIT
ABWEICHENDEM
LEHRPLAN IM AUSLAND

ABSTRACT

Seit der Salamanca-Erklärung vom 1994 spricht man in Europa von einer „Schule für alle“. Aber was heißt „Schule für alle“? Je nachdem, ob man die Wörter „Schule“ oder „alle“ betont, ändern sich Sinn und Bedeutung dieses Schlagworts. Die These ist, dass es von den jeweiligen historisch-kulturellen Gegebenheiten eines europäischen Landes abhängt, wie der Slogan interpretiert wird. Dieses soll am Beispiel der Debatte in Frankreich und Deutschland exemplarisch diskutiert werden.

ELTÉRŐ TANTERVŰ ÁLTALÁNOS ISKOLÁK KÜLFÖLDÖN

Mindenekelőtt szeretném megköszönni a meghívást és a lehetőséget arra, hogy az igen tisztelt Mesterházi Zsuzsa professzorasszony tiszteletére rendezett szimpózium alkalmából beszélhetek. Arra kértek, hogy beszéljek a „külföld” fejlődéséről. A feladat teljesítése szinte lehetetlen, hiszen a „külföld”, mint ismeretes, nem létezik. Vannak viszont individuálisan nagyon különböző országok, heterogén kulturális fejlődéssel, ami végül minden összehasonlítási kísérletet meghiúsít.

Először is szeretném kifejezni tiszteletemet és nagyrabecsülésemet német perspektívából a magyar nép és fontos politikai képviselői iránt azokért a lépésekért, amelyekkel hozzájárultak a háború utáni Európa szabadságához és demokratizálódási folyamatához. A mai Németországban is emlékszünk az 1956-os magyar felkelésre. Az akkori szabadságtörekvések az Önök országában újra vita tárgyát képezik a jelenlegi nehéz politikai helyzetben. Mielőtt a kommunista „keleti blokk” végleg összeomlott volna, Magyarország volt az az ország, amely a fal leomlása előtt, 1989 nyarán az NDK-ból érkező szökevényeknek politikai menedékjogot adott.

A gyógypedagógia területén is van Magyarországnak és Németországnak közös tradíciója. A XX. század nagyjai, Ranschburg, Szondi, Vértes, Tóth, Bárczi, Illyés, Gordos-Szabó, Lányi-Engelmayer és Mesterházi Zsuzsa biztosítékot jelentenek a szoros kötődésre, és ezért nagy örömmel és hálával állapíthatjuk meg, hogy a magyar gyógypedagógia képviselőinek állhatatos és folyamatos kapcsolattartása révén nemcsak a Kelet- és Nyugat-Németország közötti, újra és újra széthulló hidakat építhettük újjá, hanem megőrizhettük a gyógypedagógia történetének erőteljes történelmi tudatosságát.

Jelenleg a gyógypedagógia történetének leírásán dolgozom, és azon próbálkozásom révén, amelyben az országhatárokon igyekszem átpillantani, kiderült számomra, milyen szoros és intenzív – már az Osztrák–Magyar Monarchia fennállása óta – a kapcsolat és a kölcsönös befolyás a német és a magyar gyógypedagógia között. Emlékezzünk csak a siketek 1802-ben, Vácott alapított intézményére. Ez is Magyarországon történt, ahol 1928-ban „Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolát” hoztak létre, amely teljes joggal tarthat igényt arra a címre, hogy Európa első gyógypedagógiai főiskolájának tekintsük (Erdélyi, 2002, 154.). Azonban, ahogy ez a tegnapi, a budapesti Holokauszt Múzeumban tett látogatásom alkalmával világossá vált számomra, a német–magyar kapcsolatnak nemcsak pozitív tradíciói vannak, hanem sötét foltjai is. Gondolok itt különösképpen azokra a negatív, rasszista ideológiákra, amelyek szintén megjelentek a német–magyar kapcsolat során, és amelyek feltárhatók lehetnek egy gyógypedagógiai összehasonlító holokauszt kutatásban.

Térjünk vissza eredeti témánkhoz. Az 1994-es Salamancai Nyilatkozat óta beszélünk Európában a „mindenki iskolájáról”. De mit is takar a „mindenki iskolája”? Attól függően, hogy „iskolát” vagy „mindenkit” emlegetünk, változik ennek a kifejezésnek az értelme és a jelentése. Ha azt mondom, egy iskola mindenki számára, akkor az iskolarendszer inkluzív jellegét hangsúlyozom, és az akadályozott és nem akadályozott gyermekek együttnevelését várom el. Ha azonban azt mondom: egy iskola *mindenkinek*, akkor azt szeretném egyértelművé tenni, hogy minden akadályozott gyermek bizonyosan rész vesz iskolai nevelésben-oktatásban. Max Kreuzer nemrég, egész pontosan 2004-ben, a „Gyógypedagógia nemzetközi aspektusai” szimpóziumon, Zittau-Görlitzben rámutatott arra, hogy nem lehetséges külföldről konkrét gyakorlati útmutatásokat átvenni, ugyanakkor az összehasonlításból származó gondolatok nagyon hasznosak lehetnek a saját perspektívák és kezelési utak kialakításában (Kreuzer, 2006). Mit jelent ez a salamancai követelmények, a „mindenki iskolájának” követelményei vagy akár konkrétan a tanulási akadályozottság aspektusai szempontjából? A válasz csak az lehet, hogy minden országnak úgy kell reagálnia ezekre a követelményekre, hogy megtartja a gyógypedagógia saját, történelmileg kialakult és kulturálisan hosszú ideje formálódó rendszerét. A válasz attól függően fog megszületni, hogy ezek a kialakult rendszerek mennyire strukturáltak. Ezzel kapcsolatban két európai ország példáját szeretném megemlíteni, amelyek, bár közvetlen szomszédok és már több mint 50 éve barátságos partnerkapcsolatot ápolnak, a pedagógia területén nemcsak nagyon eltérőek, hanem keveset is tudnak egymásról. Németországra és Franciaországra gondolok. Ezzel kapcsolatban engedjenek meg néhány gondolatot.

Az ismert francia pszichoanalitikus, Julia Kristeva a 2003-ban megrendezett, Akadályozott Emberek Európai Évének előestéjén nyilvánosságra hozott egy, a Francia Köztársaság elnökének, Jacques Chiracnak címzett nyílt levelet, amelyben az akadályozottsággal kapcsolatos gondolatok és bánásmód jegyében „kulturális forradalomra” szólított fel (Kristeva, 2003). Számos európai országgal egyetértve az akadályozott emberek társadalmon belüli peremhelyzetét és a töretlenül orvosi dominanciájú, deficitorientált meghatározás helytelenségét hangsúlyozta. Kristeva – Zola¹⁵ hagyományát követve – poézissel és retorikai érzékkel követelte az akadályozott emberek egyenjogú polgárként való elismerését, akiknek különbözősége – ahogy védőbeszédében elhangzott – nem más, mint az emberi sokszínűség egyik formája. Az akadályozott emberek életkörülményeinek javítására irányuló felhíváshoz hozzátartozott a *minden* gyermek és fiatal számára elérhető oktatási kínálat biztosítása is. Ez a német szemszögből meglepő kíváncságot Franciaország történelmi fejlődésére tereli a figyelmet, amely a némettől nagymértékben különbözik.

1909-ben Franciaországban, az általános iskolákban a lemaradó gyermekek számára megalapított segélykasszák létrehozásával egyúttal egy döntés is született, amelynek

¹⁵ Émile Zola *J'accuse* című (Editions Complexe, 1988) könyvére utal a szerző.

strukturális hatásai a mai napig érezhetőek, mert az általános tankötelezettséget csak a gyenge tehetségű gyermekek körére terjesztették ki. Bizonyos személyek – mint a medikus Bourneville, aki Séguin követője volt és a pedagógus Gustave Bager – fáradhatatlan küzdelmeinek ellenére az akadályozott gyermekek csoportja továbbra is kimaradt a nemzeti nevelésügy beiskolázási köréből. Az értelmileg akadályozott, a vak, a siket és a mozgássérült emberekről való gondoskodást hosszú ideig nem pedagógiai, hanem elsősorban orvosi, illetve szociális feladatként értelmezték, amely szinte kizárólag a magánkezdemenyvezések körében maradt, és később ez a terület a Szociális és Egészségügyi Minisztérium irányítása alá került.

Az a történelmi jelenség, hogy az akadályozott tanulók nagy részét kizárták a nemzeti oktatásból az oka annak, hogy a mai napig – másként mint Németországban – nem az Oktatási Minisztérium illetékes minden gyermek neveléséért és oktatásáért. A történelmi fejlődés következtében a tanulási zavarral küzdő és az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek az Oktatási Minisztérium illetékességi körébe tartoznak, míg az akadályozott gyermekek fennmaradó csoportjaiért az Egészségügyi, illetve a Munkaügyi és Szociális Minisztérium tartozik felelősséggel.

Az a tény, hogy a 20. század 40-es, 50-es éveiben szegregált iskolai hálózat fejlődött ki (elsődlegesen az Egészségügyi és Szociális Minisztérium pártfogása alatt), adta a hátterét annak az általános oktatásügyi vitának, amely a 60-as években a demokratizálódásért, az esélyegyenlőségért és a társadalmi integrációért folyt. A nyilvános diszkusszió ahhoz a sajnálatos állapothoz vezetett, hogy még a 20. század második felében sem valósult meg a minden akadályozott gyermekre kiterjedő, átfogó rehabilitáció, amelynek a pedagógiai fejlesztés is része. Az 1975-ben közreadott törvényben (La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées¹⁶) két fontos célkitűzésről olvashatunk. Az egyik annak a nemzeti kötelességnek a teljesítése, hogy az akadályozott emberek átfogó szociális beillesztését megvalósítsák. A másik pedig az akadályozott és nem akadályozott emberek legnagyobb mértékű egységének megteremtése. Ezt a törvényt mérföldkőnek tekinthetjük az új, akadályozott emberekre vonatkozó oktatás- és szociálpolitikában, emellett kettős célkitűzésével hasonlít a szintén 1975-ben megjelent amerikai törvényre (The Education of All Handicapped Children Act¹⁷). Az akadályozott emberek autonómiáját célzó francia törvény hangsúlyozza ugyan a speciális intézmények jövőbeli létjogosultságát, azonban kétséget kizáróan megállapítja azt a preferenciát, miszerint az akadályozott és nem akadályozott emberek közössége kiterjed az oktatás, a munka, a lakhatás és a szabadidő területeire.

A nemzetközi vita kapcsán a francia kutatók arra is felhívták a figyelmet, hogy az integráció fogalma a francia nyelvhasználatban kétértelmű, olyan intézkedések tartoznak

¹⁶ Törvény a fogyatékos személyek támogatásáról (a szerk.).

¹⁷ A minden akadályozott gyermekre kiterjedő oktatást célul kitűző törvény (a szerk.).

alá, amelyeket más európai országokban nem integrálók, hanem éppen speciális pedagógiai intézkedésként értelmeznek (Plaisance, 2005).

Az integráló osztályként leírt CLIS a mi értelmezésünkben inkább speciális osztályként határozható meg, és csak az általános iskolában alkalmazták. Majd 1995-ben kísérletet tettek arra, hogy az integrációt kiterjesszék az 5–10. osztályfokokra (úgynevezett Unités Pédagogiques d' Integration – UPI¹⁸), ezzel kapcsolatban hozzáférhetőek a legfrissebb tapasztalatok.

Az akadályozott gyermekek és fiatalok neveléséről és oktatásáról szóló, Franciaország és Németország között zajló vitával kapcsolatban összekötő és szétválasztó elemeket egyaránt megnevezhetünk: teoretikus síkon kétségtelenül túlsúlyban vannak a hasonlóságok, mint az akadályozottság társadalmi-kulturális kontextusának hangsúlyozása, az integráció fogalmának problematizálása, a másság és az individualitás elismerésének kívánalma és végül olyan társadalom- és oktatáspolitikai célok formálása, mint az antidiszkrimináció és az inkluzív iskolák létrehozása és társadalmi részvétele. Különbségek elsősorban az intézményrendszer és a szakmaiság síkján találhatók. Miközben Németországban az elmúlt évszázad 60-as éveitől kezdve minden akadályozott gyermek tankötelezett, és annak teljesítése az oktatás keretein belül megoldott, addig Franciaországban mindeddig nem terjedt ki minden akadályozott gyermekre a tankötelezettség, valamint az Oktatási Minisztérium illetékessége sem realizálódott. Az orvoslás és a pszichológia mai napig érezhető erős befolyása, a pedagógia hagyományosan gyengébb pozíciója, a felelősség különböző minisztériumok közötti megosztottsága, a minden sérült gyermekre kiterjedő oktatáshoz való jog elismerésének és megvalósulásának akadályozottsága képezi összességében a francia fejlődés specifikumát, amelyet régóta fennálló hagyományok jellemeznek.

Összességében azt mondhatjuk, hogy mindkét ország számára káros lenne egy olyan iskolarendszer, amely erősen szelektív, még akkor is, ha a francia iskolarendszer formálisan jobban hasonlít az alapozó iskolára (Gesamtschule). Míg a németországi gyógypedagógia képviselői kétségtelenül magasan képzettek, egyetemet végzettek és már nemcsak a speciális iskolákban tevékenykednek, hanem elismert és biztos helyük van a többségi oktatásban is, addig mindez Franciaországban csak csíráiban van jelen. A szakmai profil erősítésének negatív hatásai nehezítik a más szakmákkal való kooperációt. Ezért a német tapasztalat arra tanít minket, hogy legyünk képesek újragondolni a szerepeket a mindenki számára megfelelő iskola megteremtésekor, amelynek sikere azon a magától értetődő állításon nyugszik, hogy közösen döntünk és cselekszünk.

Franciaországban egyre inkább közzismertté válik az a tény, hogy az akadályozott gyermekek oktatását és nevelését tekintve Európa sereghajtójává válhat. A következő években elvállik, hogy milyen mértékben lesz képes Franciaország – Európa egyik élőlovasa – az akadályozottságról szóló európai és nemzetközi vitákhoz csatlakozni. Az

¹⁸ A Pedagógiai Integráció Akcióegysége (a szerk.).

új, 2005-ös törvény nagy előrelépést jelent az 1975-öshöz képest, amelyben minden akadályozott gyermek tankötelezettségét kimondták. A válasz azonban arra a kérdésre, hogy mennyire lesz tartós a mentalitásváltozás abban a tekintetben, hogy az akadályozottságot az emberi élet sokszínűségének egyik aspektusaként tekintsék, illetve hogy az akadályozottságot és sérülékenységet az emberi élettel kapcsolatban alapvetőnek ismerjék el, még várat magára (Gardou, 2005).

Németországban is szemléletváltásra van szükség: búcsút kell venni a pedagógiai egyöntetűségen nyugvó szelektív iskolarendszertől, és nyitni kell az esélyegyenlőséget biztosító, a heterogenitást megértő iskolavilág felé.

Összegzés

Végezetül szeretném hangsúlyozni, hogy a két európai „építőmester”, Franciaország és Németország között az oktatás és a kultúra területén nemcsak óriási különbségek vannak, hanem idegenek is maradtak egymás számára. Szerencsétlenség ez? Mit jelent ez a jövőbeli Európa számára? Véleményem szerint minden országnak – figyelembe véve saját történelmét és kultúráját – meg kell találnia a saját útját, a különbségek pedig semmi esetre sem jelentenek hátrányt, sőt, inkább előnyt, ha el szeretnénk érni Európa kulturális sokszínűségét. Az áttekintés saját országunk határain túlra elengedhetetlenül fontos a perspektívák változásához és saját pozíciónk átgondolásához. Az egyes európai országok a „megfelelő” megoldást csak saját kulturális hagyományaikkal szembenézve találhatják meg. Önök itt Magyarországon megélték, hogyan kell a „kerítésen” kíváncsian és érdeklődően áttekinteni úgy, hogy saját gyökereikhez hűek maradjanak. Ehhez a nyitottsághoz szeretnék Önöknek szívből gratulálni – kiemelten Önnek, kedves és igen tisztelt Mesterházi Zsuzsa!

Fordította: Péntes Éva

Irodalom

- ALBRECHT, F., BÜRLI, A., ERDÉLYI, A. (2006) (Hrsg.): *Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik. Aktuelle Diskussionen, Ergebnisse und Herausforderungen*. Bad Heilbrunn.
- AMREIN, C., ZÁSZKALICZKY, P. (1994) (Hrsg.): *Die Sonderpädagogik im Prozess der europäischen Integration. Beiträge der 30. Arbeitstagung der Dozenten/innen für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern vom 30. September bis 2. Oktober 1993 an der Bárczi-Gustáv-Hochschule für Heilpädagogik Budapest*. In: VHN 63, Heft 2.
- ELLGER-RÜTTGARDT, S. (2006): *Behinderung als Phänomen und Konstrukt im französischen Diskurs – eine kulturelle Revolution?* In Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN), 75, 317–225.
- ELLGER-RÜTTGARDT, S. (2007): *Geschichte der Sonderpädagogik. Eine Einführung*. München (in Druck).
- ERDÉLYI, A. (2002): *Ungarische Heilpädagogik im Wandel. Entwicklung und Situation in Ungarn angesichts des politischen Systemwandels unter besonderer Berücksichtigung der Geistigbehindertenpädagogik. Aktuelle Diskussionen, Ergebnisse und Herausforderungen*. Würzburg.
- GARDOU, C. (2005): *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité. Pour une révolution de la pensée et de l'action*. Ramonville Saint-Agne.
- KREUZER, M. (2006): *Vom Ausland lernen – Perspektiven der international vergleichenden Sonderpädagogik und Behindertenhilfe*. In ALBRECHT, F., BÜRLI, A., ERDÉLYI, A. (Hrsg.): *Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik*. Bad Heilbrunn, 61–79.
- KRISTEVA, J. (2003): *Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, a l'usage de ceux qui le sont et ceux qui ne le sont pas*. Paris.
- MESTERHÁZI, ZS. (2006): *Die Heilpädagogik im Wissenschaftssystem aus ungarischer Sicht*. In ALBRECHT, F., BÜRLI, A., ERDÉLYI, A. (Hrsg.): *Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik*. Bad Heilbrunn, 93–102.
- PLAISANCE, E. (2005): *The integration of „disabled“ children in ordinary schools in France: a new challenge*. Paris (unveröffentlicht).

Prof. Dr. phil. Siegling Ellger-Rüttgardt
 Humboldt-Universität zu Berlin
 Institut für Rehabilitationswissenschaften
 Unter den Linden 6
 10099 Berlin

PAPP GABRIELLA

AZ ENYHÉN ÉRTELMI FOGYATÉKOS GYERMEKEK INTEGRÁLT OKTATÁSA, NEVELÉSE HAZÁNKBAN

A fogalomhasználat kritikája

Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek integrált oktatása Magyarországon több mint két évtizedre nyúlik vissza (*Mesterházi, 1988; Papp, 1995; Párdányi, 1991*). A kutatás praxisorientált ága a „Korrekciós nevelés átfogó, tudományos megalapozása” című programon belül néhány gyermek részleges integrált oktatásának vizsgálatával indult, majd több iskola bekapcsolódásával folytatódott (*Mesterházi, 1988; Párdányi, 1991*). Az integrált oktatás kialakulása hazánkban sajátos utat járt be, nem a civil szféra politikai síkú megközelítése, hanem a gyógypedagógiai tanárképzés szakmai erőinek oldaláról indult. A kezdeményezés az iskolán kívül a szakemberképzés átalakítását is célul tűzte ki maga elé. A kísérleti jelleggel bevezetett integrált oktatás legitimitását az 1993. évi LXXIX., a közoktatásról szóló törvény teremtette meg, majd annak a 2003. évi LXI. törvénnyel történt módosítása teljesítette ki.

A törvény fogalomhasználata erősíti a szakadékot a tudományos-szakmai oldal és a napi gyakorlat között, és nem követi az európai áramlatokat sem.

A szakmai fogalomhasználatban a sajátos, speciális nevelési szükséglet szószerkezet a gyermek különleges bánásmódra utaltságát jelenti. Ez az állapot a gyermek bizonyos nevelési feltételek között kialakuló helyzeti tulajdonsága. A fogalom erősíti azt a biopszicho-szociális egységet, amely a környezet és a gyermek viszonyrendszerében ragadja meg a (gyógy)pedagógiai tevékenységet. Hangsúlyozza a gyermek nevelhetőségének kérdését, úgy értelmezve azt, mint amihez igazodva ki sem alakul a ráutaltság, illetve szükségtelen a fogalom használata, míg összeillési zavar esetén a gyermek képességét javító, különleges pedagógiai bánásmóddal kiegyenlítődik a gyermek–környezet viszony (*Illyés, 2000; Illyés, 1984, 1985, 1986*).

A közoktatásról szóló törvény (*121. §-ában*) a „Sajátos nevelési igényű tanulók” kifejezést használja:

Az „igény” jogosnak tartott kívánságként értelmezhető. A jogosság megítélése esetleges ebben az esetben, valamint kívánságaink sem szorulnak mindig kielégítésre. A szükségletnél lágyabban fogalmaz ez a szószerkezet.

A törvény a továbbiakban két részre osztja a fogalmat.

Elsőként testi, érzékszervi, értelmi, beszéd fogyatékos, autista, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos személyekről beszél.

E csoporton belül az értelmi fogyatékos kifejezést használja, ami differenciálatlan kategória, nem jeleníti meg a súlyosság szerinti különbségeket, jóllehet azoknak közoktatási következményei vannak. Ezenkívül nincs szinkronban a nemzetközi fogalomhasználattal sem, illetve éppen a fent vázolt egyén és környezet, egyén és pedagógiai többlétszolgáltatás viszonyát nem tudja kifejezni, valamint tartalmából következően az állapot háttérében kizárólag genetikai, organikus okot jelenít meg. Az enyhén értelmi fogyatékos tanulók, gyermekek, az okok, a környezet hatása, a nevelhetőség értelmezése és az azokhoz igazodó pedagógiai többlétszolgáltatások ismeretében a tanulásban akadályozott személyek köréhez tartoznak. Tanulásban akadályozottak ugyanis azok a gyermekek és fiatalok, akik a tanulási képesség fejlődési zavara miatt tartósan nehezen tanulnak. Az okok között nem kizárólag a szervi háttér szerepelhet, a környezeti tényezők (család, iskola) is befolyásolhatják a kialakulását. A megfelelő diagnosztizálás után a gyógypedagógiai többlétszolgáltatások biztosításával a tanulási akadályozottság részben megelőzhető, részben csökkenthető súlyosságának mértéke (Mesterházi, 1998a; 1998b).

Másodikként elkülöníti a törvény szövege a pszichés fejlődés zavarai miatt a nevelési, tanulási folyamatban tartósan és súlyosan akadályozott (például diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, mutizmus, kóros hiperkinetikus vagy kóros aktivitászavar) gyermekek és tanulók csoportját.

Statisztikai adatok

Az oktatásért felelős minisztérium évente statisztikai adatokat tesz közzé a közoktatás mennyiségi mutatóiról. A mellékelt adatok (1. táblázat) az együttnevelésben részesülő, fogyatékosnak minősített tanulók számának évenkénti alakulását szemlélteti. Az intézmények adatszolgáltatása néha pontatlan. A tanulók gyógypedagógiai diagnózis szerinti besorolását nem tudják minden esetben helyesen megfeleltetni a statisztikai táblázat szempontjainak, valamint a táblázat nem differenciál kellőképpen, mégis jól követhető az együttnevelés tendenciája. Ismert az a tény is, hogy a tanulásban akadályozott (enyhén értelmi fogyatékosnak minősített) gyermekek száma a legmagasabb a fogyatékos tanulók körében. Így erre a csoportra is vonatkoztathatók a hivatkozott adatok.

Tíz év alatt – a nemzetközi folyamatok hatására – megtöbbszöröződött hazánkban az integráltan tanuló gyermekek száma. A korábbi, főleg a Bárnczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola kezdeményezésére elkezdődött integrációs gondolatok és az abból következő kisszámú, kísérleti jellegű gyakorlat a közoktatásról szóló törvényben megerősítést kapott.

1993-ban lehetővé vált alternatívaként az együttnevelés. Három évvel a törvény által biztosított zöld úton a fogyatékos tanulók 0,2 százaléka tanult együtt nem fogyatékos társaival. Évente egy tizeddel nőtt ez a szám, míg 2006-ra három és fél százalékot ért el. Az intenzív növekedés oka a törvény 2003. évi módosítása volt. Nyomatékos szerepet kapott az integráció: a társadalmi, nyilvános viták, a média megerősítő szerepe, a politikai akarat a közoktatás fókuszába állította a napi gyakorlat szintjén is.

A tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok beiskolázási, diagnosztikus tevékenységét is nagytól alá vette az államigazgatás, és ösztönözte az integrált beiskolázási gyakorlatot. Mindezekkel összefüggésben az iskolafenntartó önkormányzatok alapellátási feladataira fordítható összegek csökkenése is az együttnevelés körének bővítését indukálta.

A	B	C	D	J	P	R	%
Tanév	Intézmény	Feladat- ellátási hely	Tanuló	Kezdő évfolya- mos	Gyógypedagó- giai oktatás- ban tanuló	Integráltan tanuló	
1996/1997		3965	980 522	130 759	38 475	1928	0,2
1997/1998		3952	976 566	133 464	40 304	3195	0,3
1998/1999		3931	976 342	131 875	42 834	4183	0,4
1999/2000		3897	972 901	127 382	44 617	5181	0,5
2000/2001		3875	960 790	122 580	45 596	6722	0,7
2001/2002	3423	3852	947 037	117 689	46 575	8275	0,9
2002/2003	3421	3793	933 171	117 262	49 967	12 956	1,4
2003/2004	3375	3748	912 959	108 469	54 057	18 586	2,0
2004/2005	3293	3690	890 551	104 771	56 922	24 067	2,7
2005/2006	3141	3614	961 858	101 192	60 654	29 933	3,5

1. táblázat. Integrált oktatásban részt vevő tanulók az oktatási minisztérium adatai alapján

A többségi pedagógus szerepe az integrált oktatásban

Az integrált oktatás, valamint az inklúzió megváltozott szerepeket vár el a rendszer valamennyi résztvevőjétől, kiemelten vonatkozik ez a többségi pedagógusra és a gyógypedagógusra. Az előbbi csoport felkészültsége ma még elmarad a szükségéstől. A pedagógusképzés és a továbbképzés erősen elkülönített egymástól szervezetében és tartalmában is. A többségi pedagógusok nem vagy alig hallottak a speciális nevelési

szükségletéről, nem szereztek alapvető gyógypedagógiai ismereteket sem. Gyakorta előítéletekkel közelítettek a problémához, vagy nagy tisztelettel övezték a gyógypedagógusokat, ezzel is az elkülönülést mintázva. Az integrációtól függetlenül sem találkoztak a frontális oktatás mellett létező egyéb tanulásszervezési, tanulásirányítási technikákkal, jóllehet ezek számukra is hasznos tudások lettek volna. Több forrásból származó tapasztalatok is azt bizonyítják, hogy először a tanulással kapcsolatos nézeteiken változtatni tudó iskolák, pedagógusok váltak alkalmassá a befogadó közeg szerepére (Ainscow, 1993a; 1993b; Papp, 2004; Perlusz, 1997). Az integrált oktatásban részt vevő kollégák tanulásirányítási szokásai azonban alig vagy egyáltalán nem változtak, nem alkalmazzák a differenciálás különféle fajtáit, a kooperáció technikáit nem ismerik, így nem is használják azokat sem a tanulók irányításában, sem pedig a tanulókat támogató szakmai szolgáltatásokban (Papp, 2004). Ez utóbbi probléma a szerepbővülés, szerepváltás buktatóira is rámutat. A magyar gyakorlatban a legelterjedtebb az egyedül dolgozó pedagógus. Ez alól csak az óvónők jelentenek kivételt, amikor két óvodapedagógus együtt van bent a csoportban. A szakmai segítség is az esetek többségében külső segítség. A szülő viszi el gyermekét más szakemberhez, nem a szakember látogat el a csoportba. Egymás meglátogatása, megfigyeléssel való segítése nem szokás. Az együttnevelés esetében pedig elengedhetetlen a csoporton belüli együttműködés, a csoporton belüli gyermek megfigyelése, a csoporton belüli segítségadás. Az együttműködés másik formája a különböző szakemberekkel, közülük is kiemelten és elsősorban a gyógypedagógussal való közös munka. Hiányzik még az együttgondolkodás rutinja, a különböző tudások összehasonlítása, összekapcsolása, egymáshoz illesztése.

A gyógypedagógus szerepe az integrált oktatásban

A gyógypedagógus társadalom is lassan tanulja az új szerepet, a partnerséget. A viselkedésükben bekövetkező változásokat segíti a gyógypedagógus-képzésbe beépített, az integrált oktatásra vonatkozó tananyag, valamint az intézményi struktúra átalakulása. Az integrációt támogató háttér ma már sok elemből áll. A közoktatásról szóló törvény rendelkezik az egységes gyógypedagógiai módszertani intézményekről (továbbiakban EGYMI). Továbbra is kiemelten folyik az ELTE GYFK vezetésével a gyógypedagógiai terapeuta- és tanárképzésben, a klinikai és közoktatási specializációban, valamint a továbbképzésben a gyógypedagógusok felkészítése a tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelésére.

Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény

A többségében eddig elkülönített nevelést-oktatást végző gyógypedagógiai intézmények egységes gyógypedagógiai módszertani intézménnyé alakulva szakszolgálatok és szakmai szolgáltatások révén nagy segítséget tudnak nyújtani az integráltan nevelt-oktatott gyermekek/tanulók számára. Mindez lehetővé válik az intézményekben korábban felhalmozott tudás és tapasztalatanyag, a személyi feltételrendszer: a szakmailag kompetens gyógypedagógiai tanárok, terapeuták, szakpedagógusok, gyógypedagógiai asszisztensek által. Már működnek ilyen tartalmi és szerkezeti átalakuláson túljutott intézmények, amelyek gazdag, kölcsönözhető, speciális fejlesztő eszközállománnyal, szakkönyvtárral, tanácsadói és utazótanári hálózattal látják el az integráltan tanuló gyermekeket. Több, korábban szegregáltan nevelő-oktató intézmény pedig a szerkezeti átalakulás folyamatát éli jelenleg.

Az EGYMI-k létrehozásának feltételeit a közoktatási törvény (továbbiakban: Ktv.) 33. § (12) bekezdése, feladatkörét a Ktv. 33. § (12) bekezdésén belül a 34. § a), b), e), g), h) pontja szabályozza. Szakszolgáltatásként az alábbi feladatkörrel ruházta fel:

- Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás
- Fejlesztő felkészítés
- Logopédiai ellátás
- Konduktív pedagógiai ellátás
- Gyógytestnevelés
- Utazószakember-hálózat működtetése

A szakmai szolgáltatások köre az alábbiakban formálódik:

- Szaktanácsadás, amelynek feladata az oktatási, pedagógiai módszerek megismertetése és terjesztése.
- Pedagógusok képzésének, továbbképzésének és önképzésének segítése, szervezése.
- Tanulói tájékoztató, tanácsadó szolgálat, amelynek feladata a tanulók, a tanulóközösségek, a diákönkormányzatok segítése, a jogaik érvényesítéséhez szükséges ismeretek nyújtásával, tanügy-igazgatási, közgazdasági, jogi stb. információk közvetítésével.

Az EGYMI megalakulásáról, feladatairól, kifejezetten az integrált gyermekek, tanulók szak- és szakmai szolgáltatásának intézményi háttéréként rendelkezik a törvény (Papp-Faragóné, 2007).

Innovációk, fejlesztések

Az integrált oktatás törvényi kereteinek létrehozásán túl az elmúlt két évben további intézkedések születtek a feltételek megteremtése érdekében.

A Nemzeti Fejlesztési Terv (továbbiakban NFT I.) szellemében a Humán erőforrás Operatív Program (HEFOP) keretében, a sulíNova Kht. fejlesztésében több projekt jött

létre, melyekben szakértők által készített program-, eszköz-, tudástár született a hátrányos helyzetű, elsősorban roma tanulók, továbbá a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók oktatásában érintett szakemberek számára.

A sajátos nevelési igényű tanulók számára létrehozott központi program öt projektben az alábbi termékeket alkotta meg:

1. Pedagógusképzési programok kifejlesztése és bevezetésének támogatása a felsőoktatási intézményekben.
2. Pedagógus-továbbképzési programok és szakértői képzések kifejlesztése és megvalósítása.
3. A társadalmi érzékenységet, illetve az integrációs oktatás iránti támogatást növelő képzések kidolgozása és megvalósítása helyi döntéshozók, a fenntartók képviselői és nem pedagógus szakemberek számára.
4. Az integrált oktatás know-how-jának fejlesztése, módszertani adatbank és szolgáltatói programcsomagok létrehozása.
5. Kutatási programok, prevenciós módszerek és modellek kidolgozása az idő előtti iskolaelhagyás megelőzésére és a lemorzsolódás kockázatának csökkentésére.

Az enyhén értelmi fogyatékos gyermekek, tanulók integrált oktatásában, nevelésében részt vevő pedagógusok, elsősorban többségi pedagógusok – a többi fogyatékosági terület mellett – bibliográfiában tájékozódhatnak a legfontosabb magyar szakirodalmak felől. Fogalomtár gazdagítja a szakszókincsben történő eligazodást. Dokumentációs útmutató mutatja be a gyermeket, tanulót kísérő szakvélemények, egyéb dokumentumok célját, tartalmát, elemzi, értelmezi azokat. Eszköztár-gyűjteményben keresheti a leghatékonyabb segítséget a pedagógus. Az EGYMI-k működését írja le egy újabb kötet.

A fenti projekt középpontja a kompetencia alapú oktatás. Az együttneveléstől függetlenül is új feladat elé állítja ezzel a pedagógusokat. Gyógypedagógus szakértők készítettek ajánlásokat az egyes kompetenciaterületekhez az egyes fogyatékosági populációkra vonatkoztatva, így a tanulásban akadályozott, enyhén értelmi fogyatékos óvodás- és iskoláskorú népességre is. Mivel a programcsomag moduláris szerkezetből építkezik, további eszköz készült a modulok szintjén is a tanulásban akadályozott tanulókhöz illeszkedő adaptációhoz.

Ma még ezek a fejlesztések szűk körben érhetők el. A jövőben elvárható a hatékonyság érdekében, hogy a disszemináció következtében az integrációban részt vevő valamennyi, ma még segítség nélkül dolgozó szakember számára is hozzáférhetővé váljanak.

Magyar modellek az enyhén értelmi fogyatékos tanulók integrált oktatásában

A XXI. század első évtizedének második felében számos példa értékű megoldás született az enyhén értelmi fogyatékos tanulók integrált oktatásában.

Úttörő munkát jelent a Gyermek Háza Program a magyar közoktatás palettáján. A kisszámú, valóban befogadó, inkluzív iskolák egyike. Másfél évtizede fogadnak mindenféle fogyatékos tanulót, köztük enyhén értelmi fogyatékos gyermekeket is. Taneszközrendszerük, curriculum szemléletük minden tanuló számára hatékony oktatást eredményez. Akkreditált tanfolyamok keretében adják át tudásukat az innovatív pedagógusok tanulni vágyó társaiknak.

A kéttanáros modell gyakorlatának fejlesztésében, elterjesztésében oroszánrészt vállalt a Prizma Általános Iskola és a Pannónia Általános Iskola. A gyógypedagógus és a többségi pedagógus a különböző intézmények hatékony együttműködésének ezt a formáját új partnerek bevonásával fejlesztik tovább.

A fent említett EGYMI jelenti a harmadik típusú szervezeti keretet az együttnevelés számára. Biztató perspektívájú intézmény és szerepvállaló a közoktatás palettáján. A törvény által meghatározott szakmai és szakszolgáltatáson belül a helyi sajátosságokra való tekintettel sokféle együttműködési forma létrejötte várható. Az EGYMI előnye a magas szintű módszertani kultúra, eszköztár, a teammunka megléte.

Az EGYMI-hez kötöten, illetve korábban a szegregált intézmények vagy éppen a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok szervezésében jött létre az utazótanári hálózat. Az utazó gyógypedagógus egy vagy több többségi intézmény munkáját segítheti. Mind a szak-, mind pedig a szakmai szolgáltatást ellátja.

Az elmúlt években több többségi iskola vezetője döntött úgy, hogy pedagógusait gyógypedagógussá képeztesse. Ahol nagyobb számban tanultak enyhén értelmi fogyatékos tanulók, indokoltnak tűnt ez a megoldás. Az így gyógypedagógussá vált kollégák tapasztalatai szerint nem szerencsés ez a megoldás. Az intézményben egyedül dolgozó gyógypedagógus, aki mögött nem áll módszertani közösség, aki nem tudja problémáit kollégáival megosztani, akinek nincs módja eszköztárának, módszertani kultúrájának bővítésére, kevésbé tud hatékonyan működni. Az ilyen körülmények között dolgozó gyógypedagógus elszigetelődhet a többségi kollégáitól is.

Az integráció szükséges feltételei az iskola világában

Az együttnevelés nem csupán szervezeti forma. Nem egyszerűen két, korábban külön tanított gyermekcsoport egy térbe terelése. Nem jelenthet épülettel, munkaerővel való jobb gazdálkodást. A szakszerű, hatékony integráció nem olcsó.

- Mi szükséges az enyhén értelmi fogyatékos tanulók hatékony együttneveléséhez?
- Megfelelő módszertani kultúrával rendelkező tanító, gyógypedagógus.
 - A sérült, fogyatékos, akadályozott emberek iránti pozitív attitűd.
 - A rehabilitációs és rehabilitációs tevékenység céljának, tartalmának helyes értelmezése.
 - A (gyógy)pedagógiai diagnózis megismerése.
 - A projektpedagógia alkalmazása.
 - A kooperációs technikák alkalmazása.
 - A tevékenységközpontú pedagógiák megismerése.
 - Heterogén tanulócsoport differenciált tanórai fejlesztése.
 - Taneszközrendszer ismerete, alkalmazása.
 - Együttműködés más szakemberekkel.
 - Tanulói értékelési formák gazdagítása.
 - Az integrált oktatás jogszabályi hátterének ismerete.
 - Intézményfejlesztési ismeretek működtetése.
 - Programadaptációs ismeretek működtetése.
 - A módszertani kultúra hiányának pótlására pedagógus-továbbképzéseken való részvétel.
 - Mentori támogatás igénybevétele a többségi intézményben.
 - Adaptációs szakértő igénybevétele a többségi intézményben.
 - A fenntartó megfelelő tudása a jogi, gazdasági, szakmai támogatás érdekében.
 - A fenti ismeretek hiányában tréningeken való részvétel.
 - Felkészült szülők, civil szervezetek.
 - A fentiek hiányában tréningeken való részvétel.

A központi akaratot követő, a takarékoság jegyében született döntések következtében, a törvényes és szakmai feltételek figyelmen kívül hagyásával ma még sok enyhén értelmi fogyatékosnak minősített, tanulásban akadályozott gyermek esik áldozatául az integrált oktatásnak titulált nevelésnek. Számos fenntartó gazdasági szempontot lát az integrált oktatásban, vagy csak szervezeti átalakításként értelmezve hozza meg intézkedéseit, így éppen a fent vázolt feltételeket, szakmai hátteret, szakembergárdát nem rendel hozzát a strukturális átalakításhoz. Az intézmények vezetőinek szakmai érdekérvényesítő képessége sok helyen alacsony szintű, illetve függőségi viszonyukból eredően nem merik hangsúlyozni azt.

A ma Magyarországa színes képet fest az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített, tanulásban akadályozott tanulók integrált neveléséről, oktatásáról. A rossz, szélsőséges, káros példák és az Európai Unióban is példa értékű modellek egyaránt megtalálhatók hazánkban.

Irodalomjegyzék

- AINSCOW, M. (1993a): „*Special needs in the classroom*”, *Teacher Education Resource Pack*, UNESCO, Paris.
- AINSCOW, M. (1993b): „*Special needs in the classroom*”, *Teacher Education Guide*, UNESCO, Paris. Magyar kiadás: BODORNÉ NÉMETH T. (szerk.) (1996): *Speciális szükségletek az osztályban*. Tanári kézikönyv, BGGYTF, Budapest.
- CSÁNYI Y. (1990): *Fogyatékosok integrációja – nemzetközi és hazai áttekintés*. *Gyógypedagógiai Szemle*, 4., 271–279.
- CSÁNYI Y. – ZSOLDOS M. (1994): *Világkonferencia a speciális szükségletűek neveléséről*. *Új Pedagógiai Szemle*, 12., 41–50.
- CSÁNYI Y. (1995): *Speciális nevelési szükségletek – integrált iskolai fejlesztés, főiskolai kutatás*. In PERLUSZ A. (szerk.): *Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében*. BGGYTF, Budapest, 5–17.
- CSÁNYI Y. (szerk.) (1996): *Közösen. Szemelvénygyűjtemény az integratív nevelésről és oktatásról*. BGGYTF, Budapest.
- CSÁNYI Y. (1998): *Fogyatékosok integrált nevelésének kutatása Magyarországon*. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 48–53.
- CSÁNYI Y. (2000): *A speciális nevelési szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése-oktatása*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 377–408.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- HALÁSZ G. – LANNERT J. (2003): *Jelentés a magyar közoktatásról 2003*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest.
- ILLYÉS S. (1984, 1985, 1986): *Nevelhetőség és általános iskola*. (I. Eszközök és módszerek, II. Elméletek és viták, III. A zalai iskolák, IV. A nevelhetőség értelmezése.) Oktatókutató Intézet, Budapest.
- ILLYÉS S. (2000a): *A magyar gyógypedagógia hagyományai és alapfogalmai*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest, 15–38. o.
- ILLYÉS S. (2000b): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1988): *A korrekciós nevelés átfogó, tudományos megalapozása*. (1988. jan. 1.–1990. dec. 31.) Kutatási témaismertető, BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *A nehezen tanuló gyermekek tanulási képessége*. Kandidátusi értekezés, BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1998a): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1998b): *A tanulási akadályozottság helye a gyógypedagógiai tipológiában*. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1., 17–20. o.

- PAPP G. (1995): *Tanulásban akadályozott gyermekek integrációja*. In PERLUSZ A. (szerk.): *Fogyatékos gyermekek integrált nevelése hazai kísérletek tükrében*. BGGYTF, Budapest, 94–143.
- PAPP G. (1998): *Integrált oktatás, inkluzív iskola*. In MESTERHÁZI ZS.: *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest, 215–223.
- PAPP G. (2004): *A tanulásban akadályozott gyermekek a többségi általános iskolában*. Comenius Bt. Pécs.
- PAPP G. – FARAGÓNÉ BIRCSÁK M. (2007): *Inkluzív nevelés. Útmutató tanulásban akadályozott gyermekek, tanulók együttneveléséhez*. sulinoVa, Budapest.
- PÁRDÁNYI T. (1991): *Enyhe értelmi fogyatékos tanulók részleges integrációja az iskolában*. Előzetes információ, Gyógypedagógiai Szemle, 3., 171–179.
- PERLUSZ A. (1997): *A hallássérült gyermekek hazai integrált oktatás-nevelése, különös tekintettel az integrált nevelést befolyásoló tényezőkre*. Kandidátusi értekezés, Budapest.
- SALNÉ LENGYEL M. – KŐPATAKINÉ MÉSZÁROS M. (2001): *Az együttnevelés jelenlegi helyzete – egy OKI kutatás tapasztalatai*. www.oki.hu.
- Special Needs Education – Statistics and Indicators (2000). OECD, Paris.
- A közoktatásról szóló (a 2003. évi LXI. törvénnyel módosított) 1993. évi LXXXIX. törvény

Papp Gabriella főiskolai tanár

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecséri út 3.

HORVÁTH MIKLÓS

A SZABAD TANULÁS HAZAI ADAPTÁCIÓJA

Több mint másfél évtizede már, hogy keresni kezdtük azt a módszert, eljárást, ami a nehezen tanuló gyermekek iskolai kudarcait felszámolhatná, eredményes tanulásukat biztosíthatná.

Pedagógusok sora számolt be sikertelenségekről, mivel a tanulók jelentős részét nem sikerült alkalmazni képes tudáshoz juttatniuk. Az ördögi körbe került pedagógusok és tanulók egyaránt frusztrálódtak az eredménytelenségektől. Tudtuk, hogy nem mi egyedül keressük a „gyógyírt” erre a problémára.

Bár hittük, hogy a „hagyományos”, az értékekre és tapasztalatokra támaszkodó pedagógia eszközeivel is hozzá lehet segíteni a tanulókat az ismeretek megszerzéséhez, úgy gondoltuk, olyan eljárást kell keresnünk, amely eredményt és sikert biztosít, amelynek köszönhetően a segítés és a tanácsadás individualizált, ráadásul a tanulók jól is érzik magukat tanulás közben.

Mindenekelőtt megnéztük, milyen lehetőségeket találhatunk az alternatív pedagógiák területén. A „nyitott oktatás” körében természetesnek tűnő alapelv a tanítás-tanulás folyamata során a gyermekhez alkalmazkodás, képességeik, aktuális érdeklődésük, motíválhatóságuk, tanulási stílusuk, tanulási szokásaik, aktuális fizikai és pszichikai állapotuk figyelembevételével. Mindez jellemzi például a reformpedagógiákat, mégsem gondolhatuk, hogy mondjuk kizárólag a „Montessori-pedagógia” lehetne számunkra a keresett megoldás. Ugyanígy el kellett vetnünk többek között Freinet, Petersen, Nagy László pedagógiájának, illetve a napi-, hetitervnek, az állomások szerinti tanulásnak vagy akár a projektoktatásnak is a kizárólagos alkalmazását. Mindezek közös gyökerét kerestük (Gaál–Horváth, 2001).

Szinte véletlenül bukkantunk rá a német nyelvterületen széles körben alkalmazott „Freiarbeit”-re. Heidenheimben a „Christophorus Förderschule” hallgatóink számára gyakorlati lehetőséget kínált, itt találkoztunk először a „Freiarbeit” alkalmazásával. Látuk, hogyan vált lehetővé nagyfokú differenciálással a tanulási folyamat individualizálása, miközben a tanuló számára a legnagyobb szabadságot és önállóságot biztosították. Szabadon választhatták meg széles kínálatból feladataikat a tanulók, amelyeket egyéni úton haladva, igényeiknek megfelelően oldhattak meg. Szabadon, tanári befolyásolás nélkül választhatták meg tanulásuk célját, tartalmát, a munkaformát, az eszközöket, a munkatempót, az időtartamot, a módszereket és a helyszínt is. A szociális keretet is megválaszthatták, egyedül, párban vagy csoportban kívánnak-e dolgozni (Gaál–Horváth 2001).

Úgy éreztük, a „Freiarbeit” lehet az alapja az általunk elképzelt tanulás-szervezési eljárásnak.

A szükséges elméleti háttér megszerzésében az Oldenburgi Egyetem, majd a Dortmundi Egyetem volt segítségünkre. Minél mélyebbre ástuk magunkat a „Freiarbeit” tanulmányozásába, annál inkább láttuk, hogy bizonyos változtatások, kiegészítések szükségesek lesznek a hazai adaptáció során. A választás szabadságát, a mozgásszabadságot, a nagyfokú differenciálást és egyéb jellemzőket szerettük volna természetesen megtartani, azonban úgy láttuk, hogy a magyar sajátosságoknak megfelelően át kell dolgoznunk, ki kell egészítenünk ezt a tanulás-szervezési eljárást (Horváth, 2005).

Az iskoláskort megelőző évek során nagy szerepet játszik a gyermekek felkészülésében a környezet és a tudatos felkészítés. Az iskolába lépéskor az alapképességek területén kívánatos a megfelelő fejlettségi szint, mivel az eredményes tanuláshoz szükséges a figyelem, koncentráció, emlékezet, tájékozódás, önkifejezés stb. Tapasztalatunk szerint nagyon sok gyermek alapképességei nem kellően fejlettek. Ezt az iskola nem hagyhatja figyelmen kívül. További figyelmeztetés az iskolai munkát szabályozó dokumentumokban olvasható mondat is: „Az írás, olvasás alapjainak lefektetéséhez két év áll rendelkezésre...” Ez is indokolja az alapképességek fejlesztésének középpontba helyezését és a tanulás sikeressége érdekében a tanulási képességek megfelelő fejlesztését. Természetesen a gyermek képességeinek függvénye a szükséges differenciálás mértéke. A differenciálás pedig annál inkább biztosítja az ismeretszerzés eredményességét, minél inkább alkalmazkodunk a gyermek egyéni igényeihez, érdeklődéséhez, motiválhatóságához, tanulási stílusához stb.

Mindezek figyelembevételével kiegészítettük a Németországban tapasztaltakat, és az általunk ajánlott, reményeink szerint eredményt és segítséget biztosító tanulás-szervezési eljárást „szabad tanulás”-nak neveztük el, emlékeztetve a „gyökerekre”, de a változtatásokra is utalva.

Az átdolgozott tanulás-szervezési eljárás főbb jellemzői között elsősorban a szükségleteknek megfelelő, individuális szempontú maximális differenciálás áll a tanítási-tanulási folyamat során (Gaál–Horváth, 1999).

Ingergazdag, a hagyományostól eltérő tanulási környezet kialakításával szerettük volna megadni a lehetőséget a tartalom, a célok, módszerek, anyagok, eszközök, a kivitelezés formája, a helyszín, a munkatempó és a szociális keret megválasztásához. A gyermekek játékok során is arra töreksenek, hogy zavartalan és sikeres lehessen tevékenységük, ennek érdekében szabályokat alkotnak és társaikkal folyamatosan kompromisszumokat kötnek. A tanulási folyamat megtervezésébe aktívan bevont tanulók szívesen alakítanak ki szabályokat, amelyek betartásáról is ők maguk gondoskodnak. A tanulók érdeklődéséről, motiválhatóságáról, fáradtságáról, pszichés állapotáról stb. folyamatosan tájékozódni kell. Erre a legmegfelelőbb lehetőség a beszélgetés. Beszélgetőköröket, rendszeres beszélgetéseket kell szervezni a tájékozódás érdekében. A hosszú hétvégi kikapcsolódás után természetesen a hosszabb, reggelente elegendő a rövidebb beszélgetés, amelyek

során felmérhetjük a szükségleteket, igényeket, meghallgathatjuk a vágyakat, véleményeket, fény derülhet különböző problémákra, és nem utolsósorban levezethetjük a felgyülemlett indulatokat, feszültségeket. A beszélgetések oldottabbak, ha nem a helyükön ülnek közben a tanulók, hanem egymás felé fordulhatnak, mondjuk a tanterem egyik szegletében kialakított „beszélgetősarokban” elhelyezett szőnyegen ülve. Az egyes feladatoknak természetesen a mindennapi élettel kapcsolatosnak kell lenniük, de ezenkívül „meg is kell szólítaniuk” az egyes tanulókat. A beszélgetések során tájékozódunk az aktuális egyéni érdeklődés és motiválhatóság kérdésében, a tapasztaltakat naprakészen, folyamatosan dolgozzuk fel és alkalmazzuk a feladatok összeállításakor. A tanulók számára a feladatok megoldása során – az aktuális pedagógiai szituációnak megfelelően – a legszélesebb körű lehetőségek állnak rendelkezésre, változatos szervezési keretek és munkaformák alkalmazására nyílik lehetőség. A munka során természetesen segítségre is számíthatnak a tanulók, azonban mihamarabb meg kell tanulniuk, hogy a segítség forrása nem kizárólag a pedagógus vagy a társ lehet. Egyre nagyobb önállóságra kell törekedni ezen a téren is.

A gyermekek szívesen ismernek meg új dolgokat, örülnek az eredményeknek, szívesen szereznek tapasztalatokat arról, hogy mire képesek. Töreksenek arra, hogy önmagukat is egyre jobban megismerjék, képességeiket próbára tegyék, korlátaikat megtapasztalják. A megszerzett tudás öröme további erőfeszítésekre ösztönzi őket. A tudatos tanulás segíti önismeretük fejlődését, annak belátását, hogy valamire még nem képesek. A szabad tanulás során a tanulók sikereiket és kudarcaikat saját cselekvésük következményeként élik meg. A tanulási folyamat tartalmának és formájának megtervezése kezdetben a tanulókkal közösen történik, a döntési képesség fejlődése során egyre nagyobb lesz a tanulók önállósága, egyre reálisabb lesz választásuk, a tanulás tervezése. A szabad tanulás során a tanulóknak lehetőségük nyílik arra, hogy reális célokat tűzzenek maguk elé, megtervezzék a tanuláshoz szükséges időmennyiséget, maguk dönthessenek tanulási helyzetekben. Így ők döntenek el a tanulás időpontját és tartalmát, a feladatok nehézségi fokát. Az ellenőrzés és értékelés, ami hagyományosan a pedagógus feladata, a szabad tanulás alkalmazásakor egyre inkább a tanuló önellenőrzésére és önértékelésére épül (Gaál–Horváth, 1998).

Miután elkészültünk a „szabad tanulás” tematikájával, tisztáztuk a bevezetéshez szükséges feltételeket. Az alkalmazó pedagógusnak azonosulnia kell a szabadság gondolatával, képesnek kell lennie a megváltozott pedagógusszerepre. Személyesebb és nyitottabb kapcsolatokat kell tudnia kiépíteni a tanulókkal. Ezért olyan önként jelentkező iskolákat és pedagógusokat kerestünk, ahol, illetve akik szívesen kipróbálják és alkalmazzák ezt a tanulászervezési eljárást. A négy helyszínen történt sikeres kipróbálás és bevezetés után tovább finomítottuk a tematikát, és kezdetben szabadon választható, majd később kötelező főiskolai tanegységben ismertettük meg a hallgatókat a szabad tanulással (Gaál–Horváth, 1999). A szabad tanulást alkalmazó pedagógusok és a szabad tanulás elemeivel megismerkedett hallgatók beszámolóit, valamint a megjelent publiká-

ciók egyre több pedagógust tettek kíváncsivá erre a tanulás-szervezési eljárásra. Ettől a tanévtől kezdve az érdeklődők számára akkreditált 60 órás tanfolyam keretén belül válik lehetővé a szabad tanulás alkalmazására a felkészülés.

A szabad tanulást alkalmazó pedagógusok beszámolóí és személyes vizsgálataink eredményei alapján meglehetősen hamar megállapítható volt, hogy a szabad tanulókkal dolgozó osztályok tanulóinak tanulmányi teljesítménye legalább olyan szintű, mint a szabad tanulást nem alkalmazó osztályok tanulóié, több esetben meg is haladták azt. A tanulók önmagukhoz viszonyított tanulmányi teljesítménye számos esetben javult a szabad tanulás alkalmazása során. Ebben a légkörben a gyermekek kockázatmentesen feltárhatják erősségeiket és gyenge pontjaikat. Megtanulják egymást kölcsönösen elfogadni, azaz egymás iránt nyitottá, figyelmessé válnak, gyakorolják a közösségi magatartást. Jelentős fejlődést tapasztalhattunk szociális képességeik területén.

A tanulók aktivizálása, bevonásuk saját tanulásuk szervezésébe, döntési lehetőségük, sikereik jelentősen növelik a tanulásra való motiváltságukat. A tanulási folyamatban a feladatok választhatósága, a döntés lehetősége, a segítség és az ellenőrzés sajátos formája nagyfokú önállóság kialakulását teszi lehetővé a tanulók számára.

Az elmúlt időszakban több vizsgálatot folytattunk a szabad tanulás eredményességét, beválását kutatva azzal a céllal, hogy a kapott eredményeket felhasználva esetleg elvégezhessük a szükséges változtatásokat, levonhassuk a tanulságokat.

Még dr. Gaál Éva főiskolai docens irányításával méréseket végeztünk a tantárgyi teljesítményekkel kapcsolatban. Több publikációban beszámoltunk a teljesítmények alakulásáról. Megállapítottuk, hogy a tanulók elérik, több esetben meg is haladják a hagyományos módszerekkel dolgozó osztályok tantárgyi teljesítményeit (Horváth, 2005).

A Józsa Krisztián PhD, egyetemi adjunktus által kidolgozott eljárás és mérőlap (Józsa, 2003) alapján mértük a tanulási motiváció alakulását, erről is publikációban számoltunk be.

Hosszabb ideje folyik és jelenleg is tart az a kutatás, amely a szabad tanulókkal dolgozó osztályok tanulóinak képességét, a képességek fejlődését vizsgálja.

Irodalomjegyzék

- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1997): *Szabad tanulás – Új kezdeményezés a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített) gyermekek iskolai fejlesztésében.* In *Fejlesztő Pedagógia.* 4–5. szám. 49–51.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1998): *Zárótanulmány: „A szociális és tanulási képességek fejlesztése hátrányos helyzetű családban, illetve gyermekotthonban nevelődő, tanulásban akadályozott gyermekeknél, a NAT Ember és társadalom, Ember és természet, Életvitel és gyakorlati ismeretek, valamint a Tanulás tanítása témakörein belül – a tanulási képességek fejlesztése a szabad tanulás elnevezésű tanulószervezési eljárás alkalmazásával.”* Kutatási zárótanulmány, kézirat.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1999): *Nyitott tanítási formák a tanulásban akadályozottak általános iskoláiban.* In SCHABLAUERNÉ KERTÉSZ K. (szerk.): *„Hogy eljövendő ne legyen, ami írva van ellene...”* Tudomány Sorozat. Kaposvár, Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola. 44–61.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (2001): *A „szabad tanulás” alkalmazása tanulásban akadályozott gyermekek differenciált fejlesztésében.* In *Alternativitás és pedagógusképzés.* Pilisborosjenő, Pedagógus-továbbképzési Módszertani és Információs Központ. 85–91.
- HORVÁTH M. (2005): *Nyitott tanítási formák alkalmazása a tanulás és kommunikációs képességek, valamint a szociális kompetencia fejlesztése területén, tanulásban akadályozott gyermekeknél.* In *Gyógypedagógiai Szemle.* XXXIII. évfolyam, 2. szám. 121–128.
- JÓZSA K. (2003): *Az elsajátítási motiváció fejlődése és összefüggése a kognitív alapkészségekkel 4–16 éves korban.* PhD-értekezés, Szeged, SZTE, Neveléstudományi Tanszék.

Horváth Miklós főiskolai docens

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék

1097 Budapest, Ecséri út 3.

VIRÁNYI ANITA

A SZABAD TANULÁS HATÁSA A TANULÁSI KÉPESSÉG VÁLTOZÁSÁRA

Bevezetés

Közismert pedagógiai tény napjainkban, hogy a képességek eltérő ütemű fejlődése, a nem egyforma tanulási tempó, a különböző tanulási technikák és módok a többségi iskolába járó tanulók körében a tanítási-tanulási folyamat újragondolását, a különbözőséghez jobban igazodó formák alkalmazását teszi szükségessé.

A tanulásban akadályozott gyermekek iskoláiban a gyógypedagógusok eddig is igyekeztek az oktatás során ezeket a szempontokat érvényesíteni. Azonban egyre inkább úgy tűnik, hogy az eddig alkalmazott formák nem tudnak igazodni a növekvő diverzitáshoz, az alkalmazott keretek nem teszik lehetővé a tanulók képességeinek szükséges mértékű individualizált fejlesztését.

Az Európai Unió által 2000-ben megjelölt, a Lisszaboni Stratégiában kifejezésre juttatott oktatási irányvonalak a magyar közoktatás egészére érvényesek. Ezek a célkitűzések a tudásra, a versenyképes ismeretekre, az élethosszig tartó tanulásra helyezik a hangsúlyt a társadalmi folyamatok alakításában (szerző nélkül, 2000).

Látható, hogy mindez szükségessé teszi, hogy a tudás megszerzésében és annak versenyképes alkalmazásában a tanulási problémáik miatt akadályozott tanulók iskolai oktatása megoldást találjon. A zárt, az egyéni szükségletekhez, igényekhez alkalmazkodni nehezen tudó oktatási formák helyett az individuális oktatási feltételeknek jobban megfelelő nyitott oktatási formák kerülhetnek előtérbe.

A szabad tanulás nyitott oktatási forma, amely figyelembe veszi és épít a tanulók egyéni érdeklődésére, valamint a szervezeti keretek és formák, a szervezési módok és a munkaformák széles skáláját az aktuális igényekhez igazítva alkalmazza. Fontos szerepet kap a tanulók önismerete, az önértékelés fejlesztése. Ezekre építve igyekszik kialakítani és hasznosítani a tanulási folyamat során a gyermekek önálló választását. A tanulási folyamat tartalmának és formájának megtervezése kezdetben a tanulókkal közösen történik, majd a döntési képesség fejlődésével nagyobb mértékben a diákok választásán és tervein alapul. A pedagógus szerepe a tanulási folyamat koordinálása, támogatása, facilitálása a klasszikus irányító szerep helyett. Ennek megfelelően az ellenőrzés, értékelés is nagyobb mértékben épül a tanulói önellenőrzésre, önértékelésre (Gaál–Horváth, 1999).

A szabad tanulás alkalmazása (a fenti alapvető jellemzők alapján) a tanulási folyamat során a képességek egyénileg lehetséges maximális fejlődését szolgálja.

A kutatás

A szabad tanulás mint tanulásszervezési eljárás „alkalmasságát” számos területen és szempontból célszerű és szükséges vizsgálni.

Legalapvetőbb – különösen a mai közoktatási tendenciák ismeretében – a képességekre, különösen a tanulási képességre gyakorolt hatásának megismerése. A tanulási képesség komplex képesség, Nagy József (2000) értelmezésében a kognitív kompetencia négy, egymással átfedést mutató komplex képességének egyike.

A vizsgálat célja, hipotézisek

A vizsgálat célja volt feltárni a szabad tanulás tanulási képességre gyakorolt hatását, illetve összehasonlítani az eljárást alkalmazó és nem alkalmazó tanulói csoportok tanulási képességének fejlődése közötti különbséget.

Fő hipotézisem, hogy a szabad tanulást alkalmazó, vizsgált csoport tanulási képessége ugyanannyira vagy nagyobb mértékben fejlődött a vizsgált időtartam alatt, mint a hagyományos keretek között tanuló csoport.

Alhipotéziseim voltak:

- a vizsgált csoport a Hiskey-Nebraska Tanulási Képességet Vizsgáló Teszt több szubtesztjében mutat pozitív irányú változást,
- a vizsgált csoport több szubtesztben mutat statisztikailag szignifikáns fejlődést,
- a vizsgált csoport tanulási kvóciense (TQ) szignifikáns változást mutat.

A minta bemutatása

A szabad tanulás tanulási képességre gyakorolt hatásának vizsgálatát 39 hatodik és nyolcadik osztályos tanulóval végeztem. Mindannyian tanulásban akadályozott gyermekek.

A vizsgált csoportot 10 hatodik osztályos (továbbiakban V6 csoport) és 11 nyolcadik osztályos tanuló (továbbiakban V8 csoport) alkotta, összesen 21 fő.

A kontrollcsoportban 8 hatodik (továbbiakban K6 csoport) és 10 nyolcadikos gyerek (továbbiakban K8 csoport) szerepelt, összesen 18 fő. Mindkét csoport intézményi háttere szegregált keretek között működő EÁI.

A minta csoportjainak globális értelmi teljesítményátlagának meghatározása a tanulók aktuális szakértői javaslataiban található adatokon alapul (1. táblázat).

1. táblázat. A minta életkori és intelligenciaszint-átlaga

	6. osztály		8. osztály	
	Vizsgált csoport	Kontrollcsoport	Vizsgált csoport	Kontrollcsoport
IQ-átlag	65,1	72,2	67,4	72,9
Életkori átlag	12,7	12,2	13,7	14,3

A módszer bemutatása

A tanulási képesség vizsgálatára a Hiskey-Nebraska Tanulási Alkalmassági Tesztet (Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude, a továbbiakban: HNTLA) alkalmaztam (a tesztről bővebben: Nagyné-Zsoldos, 1994).

A teszt nonverbális, longitudinális felépítésű, életkori érvényessége 3–18 év, a szubtesztek a tanulási képességet is alkotó képességterületeken nyújtott teljesítményt mutatják meg. A teszt Magyarországon adaptált, azonban magyar sztenderdje még nincs.

A vizsgálóeljárás szabályainak megfelelően az életkor függvényében a mintán hét szubteszt felvételére került sor.

Kiegészítő eljárásként alkalmaztam az emberalak-ábrázolás vizsgálatát Goodenough nyomán.

Az eredmények értékelésének szempontjai

A tanulási képesség vizsgálata során egyrészt a HNTLA szubtesztjeinek teljesítménykorban kifejezett értékeit, azok változását elemeztem, illetve a változások mértékét hasonlítottam össze a vizsgált és a kontrollcsoport esetében. Másrészt a HNTLA globális mutatójának, a tanulási kvóciensnek a változását értelmeztem, hasonlítottam össze csoporton belül, illetve a vizsgált és a kontrollcsoport között.

Kiegészítésként a Goodenough-féle emberalak-ábrázolás révén kiszámított rajzkvóciens (RQ) értékeltem.

A vizsgálódásom alapvetően a fenti értékek és mutatók változásának irányára, mértékére és az esetleges szignifikancia megállapítására irányult.

Az adatok statisztikai értelmezése az SPSS 13.0 program segítségével, az adatok rang- vagy intervallumskálán való értelmezésének problematikája, valamint a viszonylag kis elemszám miatt paraméteres (egymintás t-próba és kétmintás t-próba) és nemparaméteres (Wilcoxon-próba és Mann-Whitney próba) matematikai statisztikai próbák alkalmazásával történt.

Az elvégzett paraméteres és nem paraméteres eljárások megközelítően azonos eredményeket mutattak szinte minden esetben.

Munkámban itt a nemparaméteres próbák eredményeit jelenítem meg.

Elemzésemben nem kívántam foglalkozni az eredmények pszichológiai, pszichometriai vonatkozásaival. Az adatok ilyen szempontú értelmezése a kutatás későbbi szakaszának feladata, a szükséges végzettséggel és tapasztalattal rendelkező szakember(ek) bevonásával.

Az eredmények bemutatása

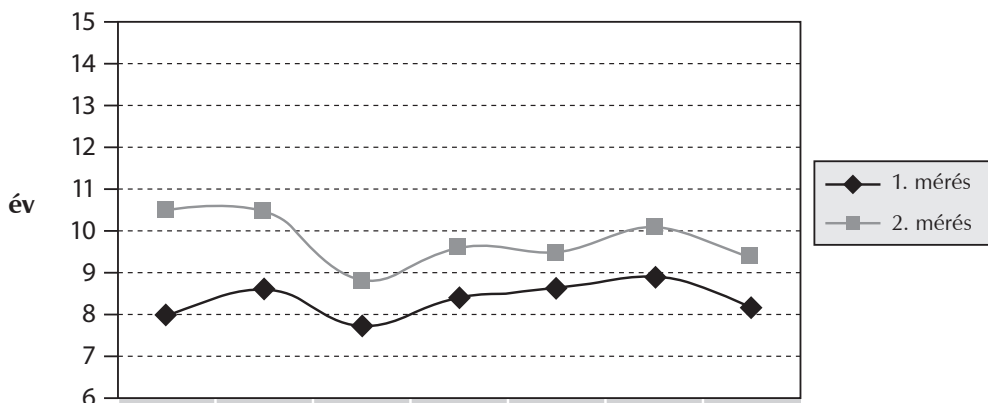
A csoportok HNTLA tesztben mért szubtesztenkénti, teljesítménykorban kifejezett átlageredményeinek elemzése során a kapott értékek azt mutatták, hogy a V6 és K6 csoport vonatkozásában a vizsgált csoport profilja kiegyenlítettebb, mint a kontrollcsoporté. A V6 csoport esetében nincs, a K6 csoportnál három esetben figyelhető meg negatív irányú változás (ebből egyben jelentősebb, 1,5 éves a visszaesés mértéke) a vizsgált periódus ideje alatt.

A V8 és K8 csoport profiljait illetően hasonlóan egyértelmű különbség tapasztalható, vagyis a vizsgált nyolcadikos csoport esetében kiegyenlítettebb profilrajzolat látható, mint a kontrollcsoportba tartozó tanulók esetében. A V8 csoportnál egy szubtesztben nem jelentős visszaesés, stagnálás figyelhető meg a teljesítményben, míg ugyanilyen megközelítésben rosszabb képet láthatunk a kontrollcsoportról, mert négy szubtesztből kettőnél jelentősebb (5, 2 és 0,6 év), kettőnél kisebb mértékű visszaesést tapasztalhatunk a mérések alapján.

Különösen az összetettebb, magasabb szerveződési szintet feltételező képességterületeket mérő 'Kockaépítés' és 'Téri gondolkodás', valamint a vizuális figyelem területén megfigyelhető szimultán emlékezetet mérő 'Vizuálisfigyelem-terjedelem' szubtesztek esetében feltűnő a tapasztalt változás.

A SZUBTESZTEK TELJESÍTMÉNYKOR-ÁTLAGAI CSOPORTONKÉNT

*Szubtesztek teljesítménykor-átlagai
V6 csoport*



◆ 1. mérés

■ 2. mérés

Vizuálisfigyelem-terjedelem

Kockaépítés

Rajzkiegészítés

Szám-émlékezet

Kockarejtvény

Képanalízis

Téri gondolkodás

10,5

10,5

8,8

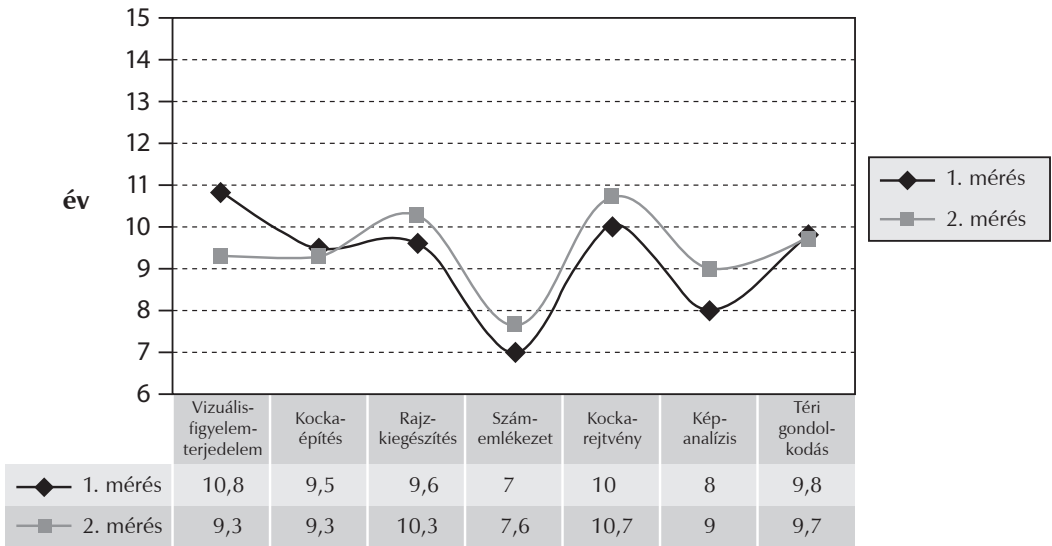
9,6

9,5

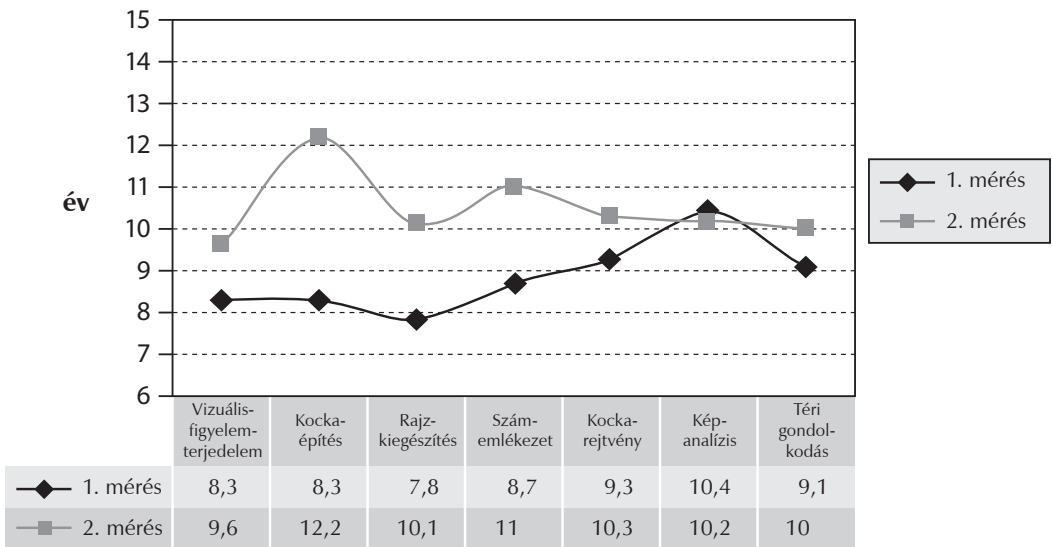
10,1

9,4

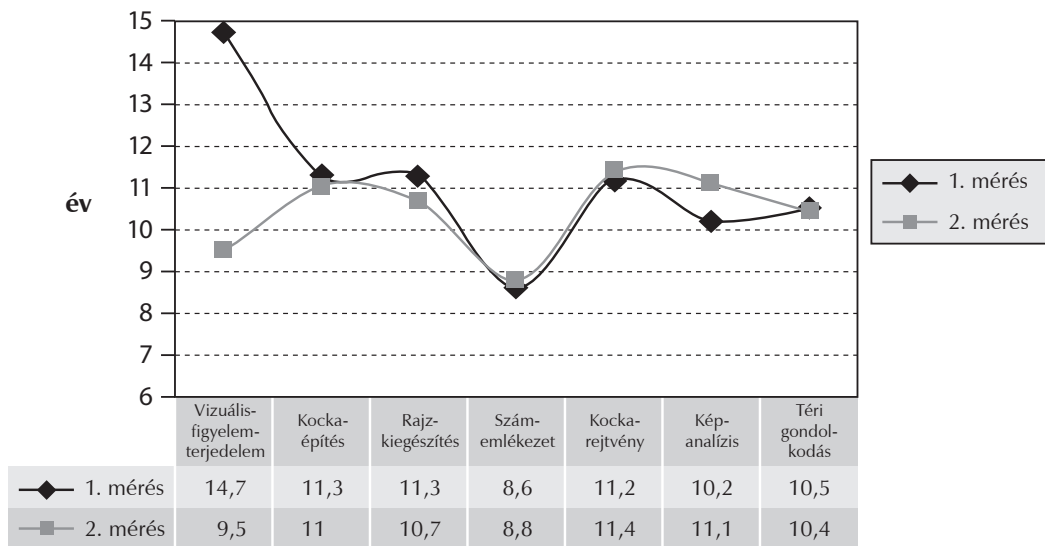
Szubtesztek teljesítménykor-átlagai
K6 csoport



Szubtesztek teljesítménykor-átlagai
V8 csoport



Szubtesztek teljesítménykor-átlagai
K8 csoport



A két összetartozó minta eredményeinek összehasonlítása

A csoporton belüli fejlődés mértékének és a változás szignifikanciájának vizsgálata azt mutatta, hogy a vizsgált csoport esetében a hatodik évfolyamos tanulónál csak egy szubtesztben, a nyolcadikos diákok körében pedig három szubteszt által mért képességek fejlődésében nem volt szignifikáns a változás statisztikai értelemben (lásd 2. táblázat).

A globális mutató mindkét esetben igen erősen szignifikáns fejlődést jelez, ami következhet a jól fejlődő képességterületekben bekövetkezett változások összegződéséből is. A kiegészítő vizsgálat eredménye a hatodikosoknál az RQ változását is szignifikánsnak mutatja. A nyolcadikosok esetében ez nem tapasztalható. Az okok feltárása további pszichológiai, pszichometriai vizsgálódás tárgya lehet.

2. táblázat. A vizsgált csoporton belüli fejlődés jellemzői

6. évfolyam	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,011	,011	,018	,027	,041	,027	,106	,046	,044

8. évfolyam	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,136	,005	,003	,067	,016	1,000	,157	,003	,722

A félkövérrel kiemelt esetekben a változás szignifikáns.

A csoporton belüli, szubtesztekben mért teljesítmények elemzése a *kontrollcsoport* esetében kevesebb képességterületen mutatott szignifikáns fejlődést (lásd 3. táblázat).

Mindössze egy területen volt statisztikailag kimutathatóan jelentős fejlődés a *hatodikos tanulóknál*, a 'Rajzkiegészítés' próbánál, a *nyolcadikosok* esetében a HNTLA egyetlen szubtesztjében sem volt szignifikáns fejlődés.

A tanulási kvóciens értékének változása a kontrollcsoportban egyik évfolyamon sem szignifikáns, a nyolcadikosok esetében pedig jelentős visszaesést jelez.

A kiegészítő vizsgálóeljárás esetében a rajzkvóciens fejlődésének jelentős visszaesése (negatív irányú változása) tapasztalható.

3. táblázat. A kontrollcsoporton belüli fejlődés jellemzői

6. évfolyam	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,279	,673	,034	,157	,071	,140	,916	,326	,017

8. évfolyam	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,012	,763	,478	,684	,408	,369	,785	,092	,574

A szürke színnel jelölt oszlopok értékei negatív irányú változás eredményei.

A félkövérrel kiemelt esetekben a változás szignifikáns.

A KÉT FÜGGETLEN MINTA EREDMÉNYEINEK ÖSSZEHAONLÍTÁSA

A vizsgált és a kontrollcsoporttól származó mérési adatok statisztikai összehasonlítására alkalmas próba eredménye azt mutatta, hogy az első mérésnél a *hatodik évfolyam* esetén az *első mérésnél* minden vizsgált területen a kontrollcsoport eredményei jobbak, ezen belül három szubteszt által mért képességterületen jelenik meg szignifikáns különbség a vizsgált és a kontrollcsoport teljesítményében (lásd 4. táblázat).

Az említett szubtesztek a 'Rajzkiegészítés', a 'Számemlékezet' és a 'Kockarejtvény', melyek főként a rész-egész vizuális percepcióján, a cselekvéses fogalomalkotáson, a vizuális emlékezet terjedelmén és a szerialitásán, a téri percepción és a praxia megfelelő működésén alapulnak. A tanulási képesség globális mutatója, a tanulási kvóciens esetében is szignifikáns eltérés tapasztalható a vizsgált és a kontrollcsoport között, a kiegészítő vizsgálat eredményei között azonban statisztikai értelemben nem figyelhető meg jelentős különbség.

Az értékek közötti távolságra kevésbé érzékeny nemparaméteres eljárás a *második vizsgálat* idején a szignifikáns eltérések megtartását jelzi az említett szubtesztekben és a tanulási kvóciens esetében is (lásd 4. táblázat).

A vizsgált csoport jobb teljesítménye a 'Számemlékezet' szubtesztben a második vizsgálatkor is érvényesül, szignifikancia közeli értékkel szerepel. Mindez arra utal, hogy a szubteszt által mért képességterületekre a szabad tanulás sajátos elemei jelentős hatást gyakorolhatnak.

A kiegészítő vizsgálat eredményeiben sem az első, sem a második méréskor statisztikai értelemben nem figyelhető meg jelentős különbség.

4. táblázat. A vizsgált és a kontrollcsoport teljesítménye közötti különbség az első és a második mérés alapján a 6. évfolyamon

1. mérés	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,183	,163	,004	,024	,027	,444	,075	,006	,229

2. mérés	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,289	,414	,016	,037	,048	,466	,748	,007	,859

A félkövérrel kiemelt esetekben a változás szignifikáns.

A statisztikai összehasonlítás a *nyolcadikos csoportoknál* az *első mérés* adatai alapján a K8 csoport szignifikánsan jobb teljesítményét jelezte három szubteszt, a 'Vizuális fi-

gyelem terjedelme', a 'Kockaépítés' és a 'Rajzkiegészítés' által mért képességterületeken (lásd 5. táblázat). A TQ eredményeiben szignifikánsan magasabb értékek jelentek meg a kontrollcsoport javára, ami feltehetően a szubtesztben összességében nyújtott jobb teljesítmény összegződésének eredménye.

Ezt a tendenciát a paraméteres eljárással elvégzett elemzés is megerősítette, hasonló erősségű szignifikanciát mutatott az említett három szubtesztben és a tanulási kvóciens vonatkozásában is.

A második méréskor kapott adatok elemzéséből kitűnik, hogy a vizsgált csoport fejlődése dinamikusabb, nagyobb mértékű volt a vizsgált periódus alatt, ugyanis az első mérésre jelzett három szubtesztbeli, szignifikánsan jobb kontrollcsoportbeli teljesítmény itt már nem látható (lásd 5. táblázat).

A kontrollcsoport és a vizsgált csoport fejlődésének mértéke közötti különbség a szignifikancia „elvesztését” eredményezte, valamint néhány szubteszt esetében a V8 csoport teljesítménye ennek következtében meghaladta a K8 csoportét, bár a különbség nem volt statisztikai értelemben véve szignifikáns.

5. táblázat. A vizsgált és a kontrollcsoport teljesítménye közötti különbség az első és a második mérés alapján a 8. évfolyamon

1. mérés	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,001	,013	,000	,918	,512	,863	,132	,004	,349

2. mérés	vizfigy- terj	kockaep	rajz- kieg	szam- eml	kocka- rejt	kepanal	teri- gond	TQ	RQ
Szignifikancia (p)	,349	,654	,282	,114	1,000	,512	,973	,705	,973

A félkövérrel kiemelt esetekben a változás szignifikáns.

Vizsgálatomban alapvetően a változás tendenciájára voltam kíváncsi, a minőségi szempontú átalakulás, az eredmények közötti összefüggések megállapítására jelen dolgozat keretei között nincs lehetőségem, csak a nyilvánvaló, egyértelmű esetekkel foglalkoztam.

Az összehasonlításból kiderül (ezt húzza alá az összetartozó minták eredményeinek és a két független minta eredményeinek összevetése is), hogy a kezdetkor alapvetően gyengébb teljesítményt nyújtó, vizsgált csoport esetében több és jelentősebb mértékű fejlődés volt megfigyelhető a vizsgált periódusban. A korábban jelzetteknek megfelelően két tendencia kiemelhető az eredmények közül.

Az egyik, hogy a motoros, cselekvéses próbák esetében ('Kockaépítés', 'Rajzkiegészítés', 'Kockarejtvény', 'Téri gondolkodás' szubtesztek) a vizsgált csoport mindkét évfolyamán közel azonos mértékű, kiegyenlített fejlődés jelentkezett, a nyolcadikos csoport esetében két szubtesztnél jelentősebb mértékű változást is eredményezve (ennek hátterében az életkori tényező szerepét feltételezem). Ugyanezen próbáknál a kontrollminta esetében nem vagy igen kis mértékben történt fejlődés.

A másik, hogy a figyelmi teljesítménnyel szorosan összefüggő próbában a kontrollcsoportnál mindkét évfolyam tanulói esetében, a csoportátlagot figyelembe véve jelentős visszaesés jelentkezett, míg a vizsgált mintában mindkét évfolyamnál jelentős (1,3 év <) mértékű volt a fejlődés ebben a vonatkozásban.

Ez abból a szempontból is érdekesnek mondható, hogy a minta bemutatása során jól látható volt, hogy a vizsgált csoport tanulóinak intelligenciaszintje általánosan alacsonyabb volt, körülményeiket tekintve pedig jóval nagyobb volt közöttük azon gyermekek aránya, akik intézményes keretek között élnek. Ezek az előzetes tapasztalatok többnyire nem befolyásolják pozitív irányban a gyermekek tanulási képességeit, gyakori a negatív hatások megjelenése az iskolai tanulás során, a tanulási folyamat alakulásában.

A kapott eredmények tehát azt jelzik, hogy a szabad tanulás alkalmazása csökkentheti a fentebb említett negatív tényezők hatását a tanulási képességek fejlődése során, vagyis az egyéni szükségletekhez igazodó lehetőségek és formák biztosíthatják az egyes tanulók számára a képességeik (különösen a tanulási képesség) egyénileg lehetséges maximális fejlődését.

Összegzés

A hipotézisek beválása

A vizsgálatom megkezdése előtt felállított hipotéziseimre kapott válaszok tehát a következőképpen alakultak.

Főhipotézisem, hogy a vizsgált minta tanulási képessége ugyanannyira vagy nagyobb mértékben fejlődik a vizsgált periódusban, mint a kontrollmintáé, összességében beigazolódt. Nézzük meg ehhez a részhipotézisek beválását is:

- *Több szubtesztben feltételeztem a vizsgált minta esetében pozitív irányú változást, mint a kontrollminta esetében.* Ez a feltevésem beigazolódt, hiszen a vizsgált csoportban a szubtesztek teljesítmény-korátlagai alapján csak egy próba esetében (V8 csoport – 'Képanalízis') nem volt pozitív a változás iránya. A kontrollminta esetében ez a V6 csoportban három szubtesztben, a V8 csoportban négy szubtesztben történt meg.
- *Több szubteszt esetében feltételeztem szignifikáns különbséget a fejlődés mértékében a vizsgált mintánál, a kontrollmintához képest.* Beigazolódt ez a feltevésem, mert a statisztikai elemzések bizonyították, hogy a vizsgált mintában a hatodikos csoportnál egy kivételével minden szubtesztben, a nyolcadikos csoportnál pedig három

szubteszt kivételével mindegyikben (tehát négyben) szignifikáns volt a fejlődés, míg a kontrollmintában a hatodikos tanulónál egy, a nyolcadikosoknál egy szubtesztben sem jelentkezett szignifikáns változás.

- *A vizsgált mintában a TQ szignifikáns fejlődését vártam.* Igazolódott ez a feltevésem, a vizsgált minta mindkét évfolyamán jelentős mértékben fejlődött a tanulási kvóciens (Wilcoxon $p = 0,046$ és $0,003$). Ehhez képest a kontrollmintában a K6 csoport esetében a fejlődés nem volt szignifikáns, a K8 csoportnál pedig negatív irányú változás jelentkezett.

A fentiek alapján az adott mintára érvényesen kijelenthetőnek látszik, hogy a szabad tanulás a tanulási képességeket igen pozitív irányban és módon befolyásolta. A tanulás-szervezési eljárás individuális igényekhez, szükségletekhez igazodó elemei, sajátosságai inkább lehetővé tehetik a tanulásban akadályozott tanulók számára képességeik kibontakozását, a fejlődési maximumaik elérését a tanulási képességeik tekintetében, mint a hagyományos, zárt oktatási forma alkalmazása.

Következtetések, javaslatok

A hagyományos pedagógia válságára a megoldást sokan sokféle alternatív tanulási út kipróbálásában, a rugalmas tanulás-szervezési formák létrehozásában látják. Itt azonban szükséges hangsúlyozni, hogy célként a hatékony, eredményes tanulás fogalmazódik meg. Ez elősegítheti az említett változásokhoz való igazodást a diákok tanulási folyamataiban, a szükséges tudás megszerzésében, a képességek kialakításában is. Különösen fontos ez a tanulásban akadályozott gyermekek esetében, az akadályozottság alapproblémáját jelentő tanulási képesség fejlődési zavara miatt.

A vizsgálatom során hipotéziseim bizonyítást nyertek (igaz, hogy a minta kis elemszáma és az alkalmazott vizsgálóeljárás magyar sztenderdjének hiánya miatt csak adott mintára érvényes megállapításként), miszerint ez a tanulás-szervezési eljárás alkalmas a tanulási képesség fejlesztésére, hiszen szignifikánsan fejlődött a vizsgált minta a tanulási képességekben a kontrollmintához képest.

Az eredmények alapján úgy vélem, hogy szükséges és érdemes folytatni a szabad tanulás hatásának vizsgálatát. A további kutatások lehetséges irányai és területei lehetnek:

- A jelen vizsgálat *nagyobb elemszámú mintán való elvégzése* segíthet a képességtérületek fejlődése közötti összefüggések értelmezésében, tendenciák felfedezésében, illetve a Nagy József-i értelemben vett kognitív kompetencia hierarchiájának, szerveződésének, viselkedésének, önmódosulásának, önfejlődésének értelmezésében is. Mindez a tanulók iskolai beválása, valamint a változó tendenciákhoz való alkalmazkodás (például élethosszig tartó tanulás) szempontjából igen fontosnak tűnik.

- Célszerű lehet a *kognitív képességek komponensrendszerében szereplő készségeket a DIFER teszt alkalmazásával vizsgálni*, a részletesebb feltérképezés érdekében, az aktuális kutatási eredmények, tapasztalatok függvényében (a teszt alkalmazásáról többségi tanulók körében már jelentős kutatási eredmények állnak rendelkezésre).
- A szabad tanulás *hatását érdemes vizsgálni* olyan egyéb képességek, kompetenciák vonatkozásában is, mint a *szociális kompetencia területe*, melynek fejlődése szintén várható ezen tanulásszervezési eljárás alkalmazásának eredményeképpen, illetve a *tanulási motivációra gyakorolt hatása* szintén érdekes lehet a fentiek tükrében is.

Az iskolai oktatás a hagyományos tanulásszervezési eljárások alkalmazásával általában nem valósítja meg teljes mértékben feladatait, a tanulók egy része csak töredékesen sajátítja el a célként megjelölt tananyagot.

A szabad tanulás tanulásszervezési eljárás sajátosságai lehetővé tehetik e probléma kiküszöbölését, mivel a tanulók önálló kezdeményezésére, cselekvő aktivitására épít, figyelembe veszi az érdeklődés, a képességek, a motiváció, a tanulási stílus és tempó stb. terén jelentkező egyéni különbségeket, reális önértékelésre, önmagunk és mások iránti felelősségre nevel (Gaál–Horváth, 1999, 53), ezáltal jobban figyelembe vehető az individuális különbségek az oktatási folyamat során.

Irodalomjegyzék

- FALUS I. (szerk.) (1993): *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Keraban Könyvkiadó, Budapest.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1997): *Szabad tanulás – Új kezdeményezés a tanulásban akadályozott (ezen belül az enyhén értelmi fogyatékosnak minősített) gyermekek iskolai fejlesztésében*. In *Fejlesztő Pedagógia*, 4–5., 49–51.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1998): *Zárótanulmány: „A szociális és tanulási képességek fejlesztése hátrányos helyzetű családban, illetve gyermekotthonban nevelődő, tanulásban akadályozott gyermekeknél, a NAT Ember és társadalom, Ember és természet, Életvitel és gyakorlati ismeretek, valamint a Tanulás tanítása témakörein belül – a tanulási képességek fejlesztése a szabad tanulás elnevezésű tanulószervezési eljárás alkalmazásával.”* Kutatási zárótanulmány, kézirat.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (1999): *Nyitott tanítási formák a tanulásban akadályozottak általános iskoláiban*. In SCHABLAUERNÉ KERTÉSZ K. (szerk.): *„Hogy eljövendő ne legyen, ami írva van ellene...”* Tudomány Sorozat. Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola, Kaposvár, 44–61.
- GAÁL É. – HORVÁTH M. (2001): *A „szabad tanulás” alkalmazása tanulásban akadályozott gyermekek differenciált fejlesztésében*. In *Alternativitás és pedagógusképzés*. Pedagógus-továbbképzési Módszertani és Információs Központ, Pilisborosjenő, 85–91.
- GAÁL É. (2000): *A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- HORVÁTH M. (1998): *Nyitott tanítási formák az enyhén értelmi fogyatékosnak minősítettek általános iskoláiban*. In *Gyógypedagógiai Szemle*, XXVI. évfolyam, 3. szám. 213–217.
- HORVÁTH M. (2000): *Szerezhet-e örömet a tanulás a tanulásban akadályozott gyermekeknek? Egy lehetséges megoldás: A szabad tanulás*. In *Gyógypedagógiai Szemle*, XXVIII. évfolyam, 2. szám. 133–139.
- HORVÁTH M. (2005): *Nyitott tanítási formák alkalmazása a tanulás és kommunikációs képességek, valamint a szociális kompetencia fejlesztése területén, tanulásban akadályozott gyermekeknél*. In *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXIII. évfolyam, 2. szám. 121–128.
- JÓZSA K. (2003): *Az elsajátítási motiváció fejlődése és összefüggése a kognitív alapképességekkel 4–16 éves korban*. PhD-értekezés. Szeged.
- NAGY J. (2000): *XXI. század és nevelés*. Osiris Kiadó, Budapest.
- NAGYNÉ RÉZ I. – ZSOLDOS M. (1994): *Hallássérültek tanulási zavarának diagnosztikus kérdései a Hiskey–Nebraska tanulási alkalmasságteszt tapasztalatai alapján*. In KERESZTESSY É. (szerk.): *A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnózisa és terápiája*

hallássérült gyermekeknél. Bárczi Gusztáv Tanárképző Főiskola Szurdopedagógiai Tanszék, Budapest, 59–69.

NAGYNÉ RÉZ I.: (2004): *Hallássérült fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív képességei.* Esettanulmány. In LÁNYINÉ ENGELMAYER Á. (szerk.): *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában.* Pszichológiai Szemle Könyvtár 7. Akadémiai Kiadó, Budapest. 125–153.

SZERZŐ NÉLKÜL (2000): *Presidency conclusions Lisbon European Council 23 and 24 March.*

Virányi Anita, tanársegéd

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri u. 3.

SÁNDOR ÉVA

„SZABADFESTÉS VÉDELEM ALATT”. KÉPZŐMŰVÉSZETI PEDAGÓGIAI TERÁPIA

Bevezetéképpen egy két és fél éves leánygyermek festőtevékenységének egyik részletét mutatom be, amelyben jól megfigyelhető a kislány feszültségoldó munkája alkotás közben. Az elhárítás egyik – Gerő Zsuzsa által leírt – pozitív formáját figyelhetjük meg a bemutatott videoszemelvényen (Gerő, 2003).

Gerő a játékterápia tapasztalataira hivatkozik, miszerint a gyermeki élményfeldolgozásban működő pozitív értékű elhárító mechanizmus az elaboráció. A játékfolyamatokban rendre megjelennek olyan produktív cselekvési formák, amelyek az elaborációs eredményei. Gerő a rajzolást elaborációs értelmezésben ugyanúgy produktív cselekvési formának tekinti, mint a játékot.

Az említett filmrészletben, amiből itt csak a legjellegzetesebb néhány filmkockát tudom bemutatni, a két és fél éves gyermek fest és rajzol, képet alkot. Mivel azonban kommunikációra alkalmas, stabil szimbólumai még nem alakultak ki, az ő tevékenysége átmeneti jellegű, játék és képi alkotás egyszerre. A felvétel megmutatja, hogy az átéltek (képi élmény, felnőttek magyarázata, átélt élményelemek) és az anyaggal való érintkezés hatására hogyan indul el a játékszerű produktív cselekvési forma, a képi alkotás, amelyben megfigyelhetők a gyermek feszültségei, indulatai, félelmei, valamint az, hogy egy adott pillanatban hogyan jelenik meg valamiféle kreatív ötlet nyomán a megnyugvás, a szorongó állapotból való kilépés. Itt minden a fantázia síkján történik. A valóság-élmények elemei (sötétség, világosság, denevér, boszorkány, a sötétségből kivezető út, amin sétálnak a „kis leánykák”) a képzeletben kavarnak, és az anyaggal való munka során, egy másik szinten, az alkotás szintjén újra átélhetővé válnak. A drámai konfliktus a formateremtésben feszültségcsökkenés nélkül jut kifejezésre. A feszültség levezetése a helyzet más szintű újrateemtése nyomán, a problémának az alkotás szintjére emelésével, egyenes reakció helyett a megfogalmazásban (vizuális kifejezésben) történik meg. Ez a Gerő Zsuzsa által említett primer elaboráció, az elaboráció alapformája (Gerő, 2003).

A film egyetlen foglalkozás alatt történt eseményekről tudósít bennünket. A történetnek íve van, a feszültségek megjelenésétől azok oldódásáig, az élményfeldolgozó munkán keresztül a játéktól az alkotás megjelenéséig vezet az út.

A továbbiakban rövid képsorozattal mutatom be ennek a folyamatnak a legfontosabb állomásait.

1. rész: Kísérletezés az anyaggal – elmélyülés, magas dinamikus interaktivitás

A gyermek hosszasan, elmélyülten játszik az anyaggal, saját gesztusai, nyomhagyásai új és új tevékenységre inspirálják. A dinamikus interaktivitás fogalmát Vass Zoltán vezette be 1995-ben. „A dinamikus interaktivitás azt a folyamatot jelöli, amely a vizsgált személy és a képi ábrázolás között jön létre rajzolás közben. A dinamikus kifejezés ebben az összefüggésben a kölcsönhatás folyamatosságára és az állandó változásra utal. A képi ábrázolás olyan folyamat, melynek alakulását befolyásolja az ábrázolás már elkészült része. Az ábrázolás elszakad az egyén belső világától, a külvilág részévé válik, és reakcióból ingerré alakul át.” (Vass, 2006, 87.) A leírt kölcsönhatás a már létrehozott képszerű képződmény (ábrázolás) adott elkészítettségi szintje (ábrázolási döntések, produkciós stratégiák stb.) és a folytatás (mozgásterv, motoros program) között jön létre. „A magas dinamikus interaktivitás az alkotó élményvilágában azt a benyomást hozza létre, hogy a kép önmagát alkotja meg, és a képben rejlő vizuális erők, törvényszerűségek irányítják a kép további alakulását.” (Vass, 2006, 87.)

Igen fontos a mi számunkra Vass Zoltán megjegyzése, miszerint: „Magas dinamikus interaktivitás jellemzi a festéssel maszatoló gyermeket, aki még nem a világ tárgyainak ikonikus reprezentációjára törekszik, hanem a funkcióöröm vezérli.” (Vass, 2006, 84.)

Kérdés tehát, hogy mi történik a filmen látható maszatoló kisgyermek esetében, akinek tevékenységében egyértelműen felismerhető a funkcióöröm és a nagyfokú dinamikus interaktivitás. Vajon mi történik a játékszerű cselekvés során, amíg a gyermek az örömteli maszatolástól, az asszociációk és fantáziák megjelenésétől szorongások és megkönnyebbülések átélésén keresztül eljut a képalkotásig, amelyben a rajzolási folyamat kognitív modelljét is megfigyelhetjük?

Az első képsorok a gyermek elmélyült játékát mutatják. Élvezi az anyag tapintását, a színt, a formát. Észreveszi a mozgás és a látvány közötti összefüggést, tevékenysége egyre tudatosabbá válik.

1. kép



2. kép



3. kép



2. rész: Asszociációk megjelenése

A múltbeli élménymaradványok és a jelenbeli festéskor megjelenő spontán képi, mozgásos, tapintásos stb. élmények, érzések, összekapcsolódnak.

A következő képen a gyermek teljes tenyerét ráfekteti a csúszos festékkel teli papírlapra (a vízszintes felületre), és finoman jobbra-balra mozgatja a tenyerét. „Így megy a hajó” – dűnnyögi közben. Múltbeli hajóélményeit (látási, taktilis, kinezetikus és proprioceptív érzékelés a vízszintesen, simán, egyenletesen mozgó járművel kapcsolatban) a jelen tevékenység közben átélt érzések (a csúszos, sima festék tapintása, kezének egyenletes, vízszintes mozgása, a mozgás közbeni testtartása stb.) hívják elő.

4. kép:

„Így megy a hajó, így szokott menni a hajó”



5. kép:

„Itt a csiga, ott a csiga” – ismételteti a mozgás ritmusában



Az 5. képen a gyermekben saját foltja – amihez egy kis csápszerű foltelem kapcsolódik – idézi fel a csiga képzetét, ezért kezd csigavonalat rajzolni. A csigaszerű kép a dinamikus interaktivitás eredményeképpen alakul ki, véletlenszerű jelenség, nem tudatos ábrázolás eredménye.

3. rész: Élményfeldolgozás – negatív élmények, szorongások felbukkanása

A hosszú, elmélyült, kísérletező, játékszerű festőtevékenység egy szakaszában a gyermek izgatottá válik. Ütögeti az egyre sötétülő vastag festékréteget, gyors, erős, ritmikus mozgással változatos vonalkavalkádot hoz létre a festékben táncoló ujjával (6. kép).

6. kép



7. kép



Majd amikor az erős mozgás hatására a festékszínek mély sötétre keverednek össze, felbukannak a fantáziák, képek jelennek meg, amik szorongást okoznak, negatív élményeket idéznek fel. „Nézd, milyen sötét!” – mondja. Este a sötétben boszorkányok és denevérek jönnek, mindent tönkretesznek és félelmetesek.

4. rész: A feszültség oldódása

Festés közben spontán megjelenik egy új vizuális elem – a gyermek ujját a festékbe nyomva világos foltocskát hoz létre –; ez pozitív élményt elevenít fel, ez segíti a feszültség oldódását.

8. kép: „Ott a kicsi villany” – a kis foltból vonalat húz – „Nézd, kisbabaút, itt mennek a kisbabák”



9. kép: Más vonalakat is húz: „Ezen az úton mennek a kis leánykák” – mondja



Majd tovább maszgatol, jó érzéssel simogatja a fekete festéket, és újabb kicsi fehér foltot hoz létre az ujjával. „Ha ilyen kicsi villanyt felkapcsolunk, akkor nem jönnek be boszorkányok” – mondja.

10. kép: „Milyen kicsi ez a út, milyen kicsi ez a út!”
– ritmikusan ismételteti a mondatot, szinte énekel,
már jókedvű



11. kép: „Nézd csak, milyen hosszú kanyarodós
utat csinállok.”



Ezután rengeteg sűrű sárga festéket tesz fel a rajzlapra (12. kép).

12. kép: „Itt ég a fény! Nagyon sok fény van!”



13. kép: „Kis babakinta!”



A babakinta festésére az inspirálja, hogy piros színnel, vízszintesen fest. A 8–13. filmkoc-kák alapján bemutatott történekek során megfigyelhetjük, hogy a kisgyermek maszatóló, kísérletező játéka során beinduló szorongásos fantáziák hogyan oldódhatnak, azaz egy adott pillanatban hogyan jelenik meg valamiféle kreatív ötlet nyomán a megnyugvás, illetve a kilépés a szorongó állapotból.

5. rész: Az alkotás megjelenése. Megszületik az első emberséma

A 13. képen látható kép (a gyermek szerint babakinta) festése után új papírt kér, hogy megfesthesse a hintázó gyereket.



A szivaccsal megfestett emberséma megfestéséhez a következőket fúzi:

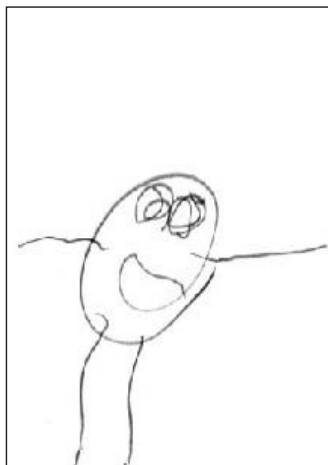
„Itt van a gyerek egyik keze, itt a másik keze, itt van a feje, itt a nyaka (a fejet körbe kerüli a nyaka), itt az egyik lába, itt a másik lába, itt az anyuka egyik lába, itt a térdé, itt az anyuka másik lába, itt a térdé, itt a gyerek egyik lába, itt a térdé, itt a gyerek másik lába, itt a térdé, itt a nagrágja, ilyen hosszú nagrágja van a gyerekeknek.”

A 14. képen látható emberséma a gyermek rajzfejlődésének fontos állomását mutatja. Ennek előzményeként már rendelkezésre állt a zárt forma, amit adott állapotban és adott pillanatban sokféleképpen nevezett meg, megfigyelhetők voltak juxtapozíciót mutató ábrázoláskezdemények, de ilyen jól szerkesztett emberséma még nem volt megfigyelhető. Érdekes, hogy ezt a sémát később elfelejti, és heteken keresztül kizárólag boszorkányokat rajzol óriási aktivitással, amelyek a sémaképzés szempontjából klasszikus fejláb sémáknak nevezhetők (15., 16., 17. kép).

15. kép



16. kép



17. kép



A fentiekben bemutatott, jó verbalitású kisgyermek esete terápiás munkánk legfontosabb elvi alapjait demonstrálja:

- A gyermek alkotásaiban belső képei válnak láthatóvá.
- A megjelenő kép élményeiről és problémáiról tanúskodik.
- Az alkotást erős érzelmek kísérik – öröm, szorongás, düh stb.
- A problémák, élmények nyomán megjelenő képek sorozatos ismétlése feszültségoldáshoz, illetve probléma- és élményfeldolgozáshoz vezethet (Gerő, 2003).
- A problémafeldolgozó munka önmagában is örömeleménnyel jár.
- A megjelenő kép esztétikai minőség, ami erősíti az örömeleményt és növeli az én-erőt.
- A problémafeldolgozó munka öröme és az esztétikai élmény a gyermeket újabb és újabb képalkotásra készíti. Így az alkotó tevékenység öngyógyító gyakorlattá válhat.

Mindezek alapján művészeti terápiánk lényegét a következőképpen fogalmazzuk meg: *„Célunk olyan pszichikus modell kialakulásának segítése pedagógiai eszközökkel, amely során a megnyugvás, megkapaszkodás, biztonságérzet kialakulása pszichikus tétáguláshoz vezet, és a gyermek alkotóképessé válik.”* Ezzel összefügg a képi kifejezéskor a diffúz „jólesik”-ből kialakuló „alak” (határokkal bíró forma) megjelenése is, ami megteremti a lehetőséget olyan képsorozatok előhívásának, amelyek a további fejlesztés alapjául szolgálhatnak, és *„amelyek arra inspirálják a gyermeket, hogy ez a tevékenység öngyógyító gyakorlattá váljon”* (Sándor, 1996, 13.). Mint már említettük, ennek a folyamatnak fontos mozgatórugója az alkotás öröme, a szép kép megjelenése. A *művészeti pedagógiai terápia az alkotás elemzése helyett magát az alkotás folyamatát használja fel a személyiség építéséhez, pedagógiai eszközökkel dolgozik, a személyiség egyes összetevői között lévő egyensúly megteremtésére törekszik, nagy hangsúlyt fektet az esztétikumra és a művészeti technikák elsajátítására.*

A terápia eszköze tehát az alkotás (szabadfestés, szabad rajz), módszere pedig maga a rendszer, aminek legfontosabb elemei a védő tér, a védő személy és a terápiás attitűd. Ezért a terápia elnevezése: Szabadfestés védelem alatt.

Jelen munkánkban az elemzett filmben megjelenő kisgyermek kreatív munkájának vizsgálata azért jelentős a számunkra, mert a terápiáinkon megjelenő, valamilyen okból verbális vagy vizuális kommunikációra nem képes gyermekek alkotó tevékenységének jobb megértéséhez adhat támpontokat. A film elemzése alapján két fontos kérdés vetődik fel, amelyek megválaszolása terápiás munkánk elemzését lényegesen befolyásolhatja.

- Vajon van-e a festésnek mint produktív cselekvési formának anyagi sajátosságai révén (színes, képlékeny, csúszós, kenhető eszköz) különleges jelentősége az élményfeldolgozásban, illetve az elaborációban, olyan gyermekek vagy felnőttek esetében, akiknél a verbális és a vizuális kommunikáció is hiányzik?
- A festékekkel kísérletező kisgyermek magas dinamikus interaktivitási szintje segítheti-e a képi kommunikáció megjelenését, a sémák kialakulását?

Az első pontban megfogalmazott kérdéssel kapcsolatban mindenképpen szólnunk kell a művészeti pedagógiai terápia és az esztétikum kapcsolatáról. Ez a téma számos művészeti pszichoterápiával és művészeti terápiával foglalkozó szerzőt foglalkoztat.

Jakab (1985) például az imagináció gyógyító erejét, a katarzisban játszott szerepét hangsúlyozza, ugyanakkor a terápiás hatásban nem az alkotások esztétikai értékét, hanem a kreatív folyamat tudatos és tudattalan összetevőinek a megértését tartja fontosnak. *Trixler és Tényi* (1998) viszont a művészetterápia során történő nagyfokú energiafelszabadulásról beszél, ami szintén az esztétikumhoz köthető.

A *művészeti pedagógiai terápiában* az esztétikumnak fontos szerepe van. A terápiás munka során megszülető kép mélyen determinált a gyermek problémái által, de egyben esztétikai minőség is. Ezért egyszerre segíti a negatív élményektől való eltávolodást és a pozitív önértékelés kialakulását. A megszülető mű, éppen esztétikai értéke miatt, óriási

örömforrás, ami arra ösztönzi, hogy ez a metódu s rendszeres öngyógyító gyakorlattá váljon (Sándor, 1996).

Klaniczay Sára szerint gyermek-pszichoterápiás munkájában, a jól működő terápiás kapcsolat esetén egy idő után megjelenik a szép, s ez nemcsak a művészi adottságú gyermekeknél fordul elő (Klaniczay, 1992, 1996). Megjegyzi továbbá, hogy a terápiás foglalkozáson megjelenő esztétikum nem tárgya az analitikus értelmezésnek. „A szép önmagában hordoz megoldást, a konfliktusokat átdolgozottan tükrözi. A szép megjelenésének a gyermek-pszichoterápiában gyógyító funkciója van: együttes élmény, s mint ilyen – Mérei Ferenc szavaival élve – »minőségi többletet visz a terápiás kapcsolatba« (cit. Klaniczay, 1996. 292.) A fentiek meggondolása, valamint Gerő Zsuzsa gyermekrajzok esztétikumával kapcsolatos munkásságának tanulmányozása és saját 15 éves pedagógiai terápiás munkám tapasztalatai egyre inkább arról győznek meg, hogy a *művészeti pedagógiai terápia* esetében az esztétikai momentum döntő jelentőségű.

Gerő Zsuzsa a gyermekrajzok esztétikumát vizsgálva megállapítja, hogy a grafikus kifejezés az áttétel módjában lényegesen eltér az egyéb feszültség-elvezető kifejezéstől, például a játéktól, mivel a képalkotásnál az élmény feszültségét formába kell „átfordítani”. Arra azonban, hogy ez az „átfordítás” valóban megtörtént-e, éppen a kép *esztétikai szempontú vizsgálata* alapján adhatunk választ. A közömbös sablonokkal túltengő rajzok esetében ugyanis élményfeldolgozás helyett a feszültség elhárítása történik. Így a *grafikus sémák mechanikus rajzolása nem feszültségoldó hatású, hanem éppen a feldolgozó munkát megkerülő pótcselekvés* (Gerő, 2003).

A mi első kérdésünk azonban egy maszatoló kisgyermek munkájával kapcsolatos, akinek még nem vagy alig állnak rendelkezésére a vizuális kommunikáció eszközei (sémák, szimbólumok), így az élményfeszültség formába öntése, „átfordítása” alig lehetséges. A mi példánkban tehát még nem grafikus kifejezésről, nem gyermekrajzról van szó (kivéve a foglalkozás végén megjelenő gyermekábrát, amikor megjelenik a séma), hanem játékszerű cselekvésről, mégis fantáziák, képek jelennek meg, amikről csupán a gyermek szóbeli közlése nyomán értesülhetünk. Vass Zoltán a maszatoló kisgyermek dinamikus interaktivitását a funkcióörömmel hozza kapcsolatba. *Mi azonban az említett eset kapcsán azt tapasztaltuk, hogy a festéssel való intenzív kapcsolat közben a gyermekben olyan fantáziák, képsorok jelentek meg, amelyek érzéseket, indulatokat, félelmeket, jó és rossz érzéseket indukáltak anélkül, hogy az élményfeszültség formába öntése megtörtént volna.*

Ennek alapján azt feltételezzük, hogy olyan gyermekeknél, akár felnőtteknél, akiknél az átfordításhoz szükséges vizuális kifejezési eszközök valamilyen akadályozottság következtében nem állnak rendelkezésre, a festéssel való intenzív kapcsolat (mázolás, maszatolás, az anyag fizikai érintése, motorikus kapcsolat) érzések, indulatok vagy belső képek, fantáziák megjelenése révén eredményezhet feszültségoldást, élményfeldolgozást anélkül is, hogy a tevékenység nyomán a kép megjelenne.

Második feltett kérdésünkre, mely szerint segítheti-e a festékekkel való intenzív, szabad munka a gyermekek sémaképzését, további kutatómunkára van szükségünk. Eddigi gyakorlatunk azt mutatja, hogy a festékekben való rendszeres mozgás-improvizációs gyakorlatok siettetik a sémák megjelenését a kisiskolás gyermekeknél. Az itt bemutatott példa esetében is meggondolandó, hogy a gyermek egy hosszú élményfeldolgozó maszatolás után alkotta meg az első embersémáját.

Terápiánkkal kapcsolatos további kutatásainkban az itt felvetett két kérdés feltétlenül szerepet fog játszani.

Irodalom

- GERŐ ZS. (2003): *A gyermekrajzok esztétikuma*. Flaccus Kiadó, Budapest.
- JAKAB I. (1985): *The healing power of the image*. Japanese Bulletin of Art Therapy, 16.
- KLANICZAY S. (1996): *Művészeti terápia és gyógyító pedagógia*. In Gyógypedagógiai Szemle, 4., 288–293.
- KLANICZAY S. (1992): *A „Szép megjelenése” az analitikus gyermekpszichiátriában*. In Esetek a gyermekpszichiátria területéről. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Cerberus, Budapest, 128–134.
- SÁNDOR É. (1996): *„Szabadjfestés védelem alatt”. Képzőművészeti pedagógiai terápia tanulásban akadályozott, diákotthonban élő, 10 éves gyermekek számára*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- TRIXLER M., TÉNYI T., GÁTI A.: (1998): *A grafikus kifejezőmód szerepe pszichotikus betegek diagnózisában és terápiájában*. In FODOR I. (szerk.): *Félelmek és Boldogságok*. Előadások a művészeti nevelés pedagógiai, pszichológiai, művészetterápiái és pszichiátriai vonatkozásairól. Devi Art Alapítvány, Pécs.
- VASS Z. (2006): *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai*. Flaccus Kiadó, Budapest.

Sándor Éva ny. főiskolai docens

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Általános Gyógypedagógiai Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

SÓSNÉ PINTYE MÁRIA

A WALDORF-PEDAGÓGIA SZEREPE NAPJAINKBAN

A Waldorf-pedagógia törekvései az egészséges gyermeki fejlődés elősegítésére

Az első Waldorf-iskola 1919-ben jött létre Stuttgartban, kifejezetten szociális indíttatásból gyári munkások gyermekei számára. Akkorra már az antropozófia szinte teljes életreform-mozgalommá vált, és az élet több területére megtermékenyítő hatást gyakorolt. A spirituális élet, a biodinamikus mezőgazdaság, a természetszemlélet, a művészetek, az építészet, orvoslás és gyógyszergyártás területén egyaránt mutatkoztak eredményei.

A Waldorf-iskola a mögötte álló emberszemlélet segítségével két alapvető célt valósít meg azóta is:

- Olyan szociális képességeket alakít ki a gyermekekben, melyek a különböző életkori sajátosságoknak megfelelően, de mindenkor a gyermekek közötti együttműködést, a közösség egészséges fejlődését teszik lehetővé. A felnövekvő ifjak a közösségek működésének dinamikáját, törvényszerűségeit átélve más, az életben adódó családi, munka-, baráti közösségekben is egyéni erejükkel, teremtő módon, de másokhoz is alkalmazkodva tudjanak részt venni.
- A gyermekek egyéni fejlődésükhöz olyan támogatást kapnak, mely a különböző életkorokban kibontakozó képességek mind szélesebb körű megjelenését teszi lehetővé, ezzel teremtve biztos alapot az egészséges személyiségfejlődéshez (kiegyenlítő képességfejlesztés). Majd az alapképességek talaján később, esetleg csak a középiskola éveiben megmutatkozó valódi, egyéni tehetségek kibontakozását és gondozását segíti (egyéni életút kibontakozásának segítése).

Jelen előadás e két folyamatnak a megvalósítási lehetőségeit mutatja be a Magyar Waldorf Iskolák Tanterve alapján. A tantervet az Oktatási Minisztérium a reformpedagógiák közül elsőként fogadta el és engedélyezte. A tanterv nem tananyag-orientált, hanem az egyes gyermeki érési, fejlődési folyamatokhoz életkor szerint rendeli hozzá az egyes tantárgy- és tananyagcsoportokat. A Waldorf-tanterv a gyermek fejlődését az iskolába kerüléstől (7 éves kor, iskolaérettség) egészen az ifjúkorig (nagykorúvá válás, önállósodás) egységes, 12 osztályos keretbe foglalja. A folyamatot azonban finom belső tagolással differenciálja, figyelembe véve azt is, hogy az egyes gyermekek fejlődési üteme eltérő lehet még az átlagos fejlődésmenet ellenére is. Az egyes tananyagok és

tantárgyak feldolgozásakor tevékenységorientált tanulásból indul, és eljut a saját véleményalkotásig, az alkotó gondolkodásig. A gyermekeknek nemcsak a gondolkodását, hanem érzelmi életét és cselekvőképességét is egyaránt szükségesnek tartja fejleszteni, ennek a különböző életkorokban arányosan, 1/3-1/3-1/3 részben biztosít helyet, hagyományos és csak a Waldorf-iskolára jellemző tantárgyak keretein belül.

A Waldorf-pedagógia tehát szemléletében korszerű, ma azt mondhatnánk, kompetencia alapú oktatást valósít meg, melynek jól kipróbált eszköze pl. a korszakos tanítás, mely leginkább a projektmunkához hasonlít, valamint az egyéni és csoportos differenciálás. Ezek a követelmények a Waldorf-tanároktól is képességeik folyamatos fejlesztését és ismereteik állandó bővülését kívánják, valamint olyan módszerek gyakorlását, melyek lehetővé teszik a viszonylag nagy létszámú osztályokban is a gyermekekre való egyéni odafigyelést. Az előadás ezen módszerek részleteibe is bepillantást enged.

Sósné Pintye Mária oligofrénpedagógia és logopédia szakos gyógypedagógiai tanár,

a Karon óraadó

Óbudai Waldorf Iskola

1037 Budapest, Bécsi u. 375.

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék

1097 Budapest, Ecseri út 3.

BRUCKNER LÁSZLÓ

TANULÁSBAN AKADÁLYOZOTT, SZAKKÉPZETT FIATALOK MUNKÁBA ÁLLÁSRA VALÓ FELKÉSZÍTÉSE UTÓGONDOZÓI MODELLKÍSÉRLET KERETÉBEN

Ma Magyarországon kb. 140 intézményben – speciális szakiskolában, tagozaton vagy integrált körülmények között – szerezhetnek a sajátos nevelési igényű fiatalok OKJ szerinti képesítést. A képzésben részt vevő közel 9000 diák mintegy 70%-a tanulásban akadályozott.

A Nemzeti Szakképzési Intézet legfrissebb adatai szerint az érintett intézményi hálózatban kb. 60, főként gyakorlatorientált szakma képzése folyik. Noha egyes képesítések kurrens volta elvitathatatlan, a speciális szakiskolák kínálatában számos olyan képzés található, amely pályakezdő munkanélküliségre predesztinál, de legalábbis más (újabb) szakmák elsajátítására ösztönöz.

A szakképzés-fejlesztési stratégia (2005–2013) követelményeivel összhangban, a Fogyatékos Gyermekéért Közalapítvány támogatása mellett 7 régió 7 speciális szakiskolájában került sor átfogó utókövetéses vizsgálatra 2005 májusában. A *Dr. Tausz Katalin* és *Kőpatakiné Mészáros Mária* nevével fémjelzett felmérés megállapítása szerint a végzett diákoknak csak mintegy harmada képes önállóan, segítség nélkül elhelyezkedni, munkát vállalni. A pályakezdő fiatalok több mint 95%-a – szakképzettségtől függetlenül – betanított munkakörben, jelentős hányadban nem tanult szakmájában kerül alkalmazásba. A kutatás rávilágított arra is, hogy a szakiskolai tantervek nem vagy csak nagyon hiányosan tartalmaznak a munkába állásra való felkészítéshez szükséges képzési tananyagterületet, tréningyszerű gyakorlatot.

A pályázati keretek között megvalósult felmérést egy utógondozói modell kidolgozása követte a hét intézmény szakmai team-jének közreműködésével. Mindenütt arra törekedtek, hogy az iskola koordináló szerepének megtartása mellett aktívan bevonják a helyi munkaügyi és civil szervezeteket a támogatói szolgáltatás kialakításába. Az eredeti pályázati szándék szerint a helyi modellek kidolgozásán és validálásán keresztül, a tapasztalatok összegzése nyomán multiplifikálható utógondozói modell jött létre.

A tapasztalatok tanulsága szerint a tanulásban akadályozott fiatalok elhelyezkedését meg kell előznie egy, a mainál sokkal korszerűbb pályairányítási gyakorlatnak, valamint

a szakmai kompetenciák oktatása mellett erőteljesebben kell fókuszálni az általános munkavállalási kompetenciák elsajátítására.

A megváltozott munkáltatói elvárásoknak megfelelően két területen jelentős változás prognosztizálható az integráltan oktató szakiskolai, speciális szakiskolai képzési rendszerben. Egyfelől a képzők felelősségét ki kell terjeszteni a képesítés sikeres megszerzését követő időszakra is. Másfelől, ezzel összhangban, a közoktatási rendszerben már felhalmozott gyógypedagógiai módszertani kompetencia kihasználásával a jelenlegi intézményi hálózatnak be kell kapcsolódnia a felnőttképzés rendszerébe. Utóbbi a szakemberképzésben is súlypont-eltolódást indukálhat, különös tekintettel az inaktív fogyatékosok ma még igen magas, 77%-os arányára.

Bruckner László igazgató-helyettes, a Karon főiskolai tanársegéd

Újbudai Speciális Szakiskola, 1119 Budapest, Leiningen u. 27–35.

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

HORVÁTH PÉTER

MUNKAPIACI HELYZETKÉP A SPECIÁLIS SZAKISKOLA ELVÉGZÉSE UTÁN

A fogyatékos személyek munkapiaci jelenléte a 2001. évi népszámlálási adatok alapján 9%-os, szemben az Európai Unió „régii” 15 országában mért 45-50%-os aránnyal. A munkavállalási korú, fogyatékos emberek be-, ill. visszavezetése a munka világába nemcsak társadalom-, hanem gazdaságpolitikai érdek is. Fontos, hogy a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar képzési kínálatát kiegészítse a foglalkozási rehabilitáció, ill. a rehabilitációs foglalkoztatás ismereteivel, akár a létező BA szintű képzésekben integrált módon, akár új BA vagy szakirányú felsőfokú továbbképzési szintű képzés bevezetésével.

A foglalkozási rehabilitáció definíciója az ILO (Munkaügyi Világszervezet) szerint a munka vállalása, a munkahely megtartása, ill. a munkában való előmenetel esélyének jelentős csökkenése valamely megfelelő módon megállapított testi vagy értelmi fogyatékoság miatt. Az értelmileg és a tanulásban akadályozott fiatalok „eleve” sajátos munkavállalási képességgel érik el a munkapiacot. Ezért számukra biztosítani kell a foglalkozási rehabilitációt.

A foglalkozási rehabilitáció elsődleges színterei az Állami Foglalkoztatási Szolgálat keretében működő megyei (fővárosi) munkaügyi központok, illetve kirendeltségeik. Itt veszik nyilvántartásba a betölthető munkahelyeket és az álláskeresőket. A rehabilitációs munkacsoportok nyújtanak különböző típusú segítséget – többek között – az értelmileg és a tanulásban akadályozott álláskeresők megfelelő munkához juttatása érdekében. A tájékozódást a megyei szinten kiépített Rehabilitációs Információs Centrumok is segítik.

A munkaadók ösztönzését szolgálják – többek között – a következő eszközök: rehabilitációs hozzájárulás fizetési kötelezettsége, rehabilitációs munkahelyteremtő és -megőrző támogatások, ide értve a munkahelyek akadálymentesítését is, a rehabilitációs foglalkoztatást bővítő bértámogatás, a társasági adó fizetésében megjelenő kedvezmény, illetve az akkreditált munkaadók támogatásának eszközei, ide értve a rehabilitációs munkatárs bérköltségének állami támogatását.

Speciálisnak mondható módszer a Salva Vita Alapítvány által adaptált és Magyarországon elterjesztett „Munkahelyi Gyakorlat” és a „Támogatott Foglalkoztatás”. Mindkét program célja a munkaadóknak és a munkavállalóknak nyújtott, egyéni szükségleteket figyelembe vevő személyes felmérés és tanácsadás.

A „rehabilitációs foglalkoztatás” fogalom alatt jelen előadás keretében a fogyatékos emberek foglalkoztatását értem, függetlenül attól, hogy az a nyílt vagy a „zárt” munkapiacra történik. Az értelmi fogyatékos emberek képesek lehetnek munkát végezni a többségi és a kifejezetten fogyatékos személyek számára létrehozott munkahelyeken.

Problémát jelent viszont a cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett személyek munkavállalási képességének értékelése, így a munkaviszony létesítésének lehetősége is. A helyzet jogi rendezése – az Értelmi Fogyatékosággal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége folyamatos figyelme mellett – napjaink egyik, a téma szempontjából releváns kihívása.

Horváth Péter főosztályvezető, a Karon óraadó

Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Fogyatékosügyi Főosztály

1054 Budapest, Akadémia u. 3.

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

VARGÁNÉ MOLNÁR MÁRTA –
SINKÓ EDINA – TÓTH ADRIENN

AZ EGÉSZSÉGGÁROSODÁS ÉS A KRÓNIKUS BETEGSÉGEK KAPCSOLATA A TANULÁSI KORLÁTOK KÜLÖNBÖZŐ FORMÁIVAL

„Sietek.
Nem érek rá
leckét írni,
kivinni a szemetet,
kitakarítani.
Be kell majszolnom az
egész világot,
mint egy paradicsomot,
mielőtt megöregszem,
mielőtt meghalok.”

(Ingrid Sjöstrand)

Gondolatok a tanulási korlátok és a krónikus betegségek összefüggéseiről

Napjainkban kevés figyelmet kapnak ösztársadalmi szinten az egészségkárosodott, különböző krónikus betegségekkel küzdő gyermekek és családjaik. Hazánkban részben az egészségügy és az oktatásügy folytonos fejlődésével, átalakulásával – korábban nem ismert – új körvonalak rajzolódnak ki a különböző betegcsoportok pszichés, pedagógiai és szociális ellátásával kapcsolatosan. Külföldi modellekben a pszichés és szociális elemek, valamint az egészséggel összefüggő életminőség felmérésével mára már megismerhetővé vált e gyermekek és családjaik helyzete a világ különböző pontjain. Sajnos a pedagógiai ellátásra való kitekintés – a szakirodalmi szűkösség miatt – nem preferált formája a holisztikus gyermek-/emberszemléletnek. Jelen tanulmányban a szerzők rávilágítanak azon jelentősebb kórképek közül néhányra, melyek a krónikus beteg gyermekek kognitív képességeinek fejlődését is befolyásolják, s melyek következtében a tanulási korlátok széles spektruma jelenik meg e klienscsoportban.

A krónikus beteg gyermeket „szomatomentális egységében, környezetének ismeretében kell megítélni, s individuálisan kell ellátni” (Peja és mtsai, 1992, 139.). A gyógypedagógus értelmezésében ez azt jelent(het)i, hogy a pedagógiai környezet individuális

kialakítása az adott szakterületre specializált (gyógy)pedagógus kompetenciája, sőt kötelessége. A cél az, hogy a hosszabb ideig kórházban kezelt gyermekek, ha kimaradnak az iskolából, ne kerüljenek halmozottan hátrányos helyzetbe, továbbá hogy a lehetőségekhez képest ne maradjanak ki az iskoláztatás normális folyamatából, s ezzel a lehető legrövidebb időtartamra szoruljon vissza a hospitalizáltsági időintervallum is.

A krónikus beteg gyermekek esetében az ágyhoz kötöttség, a tevékenység beszűkülése, megvonása különösen káros lehet, mivel ő nem tudja levezetni az agresszív, szexuális és szorongásos impulzusait. A gyermekek legtöbbször a betegséget és a kezelést büntetésként élik át. Az így kialakuló hospitalizációs ártalmak három szakasza (különös tekintettel a korai gyermekkorra): a tiltakozás, a kétségbeesés és az elszakadás (Hárdi, 1987).

Krónikus betegségek esetében a diagnózis ismertetése után a szülőknél kialakulhat bűntudat, agresszivitás, kétségbeesés, egymás vádolása. Éppen olyan ez, mintha a fogyatékos fejlődésmenethez hasonlóan a családok a „bánatkövel kirakott út” állomásait járnák be (Kálmán–Könczei, 2002). A család körüli mikrokörnyezet, a szülői, testvéri kapcsolatrendszerek teljesen felborulnak (lásd „belső válás”, „örök csecsemő”, „tehetetlenség”, „rokoni távolodás-izoláció”).

A sajátos nevelési igény minden egészséges ember életét is végigkíséri. Az újszülött és kisgyermekkor ugyanis valamiféle fiziológiás fogyatékoságnak tekinthető, melyet a gyermek fokozatosan „kinő”, idősebb korban pedig, ahogy romlik látásunk, hallásunk, mozgási képességünk, újra sajátos „nevelési” igényűek leszünk. De előidézheti ezt az állapotot baleset vagy betegség is (Kovács–Réthelyi, 2004), s ez megváltoztatja a későbbi életvezetést, életutat.

„Az emberi létezés lényegi meghatározója és fejlettségének mutatója az értelem működése, melynek jellegzetes megnyilvánulási módja a tanulásra való képesség. Az emberre jellemző tanulás az információs csatornák (pl. érzékelés) megnyitását, az információk befogadását, ezek összekapcsolását a már korábban befogadott információkkal, csomópontokra való koncentrálását, a tömörített információk magasabb (fogalmi/gondolati) szintre emelését, ezt követően a kezdeményező vagy válaszviselkedés befolyásolását, a viselkedés közben szerzett benyomások feldolgozását és ezzel újabb információk befogadásának lehetőségét és igényét jelenti. A tanulás tehát az értelem működésének különböző intenzitású változási folyamata, amelynek elősegítője és egyben eredménye a tanulási képesség. A tanulási képességnek nincs befejezett állapota, de van minőségi különbsége. Kialakulásához nemcsak a külvilágból érkező információk feldolgozásának folyamata járul hozzá, hanem az eközben végbemenő önreflexiók folyamat is” (Mesterházi, 1998, 38–39.).

A megismerő folyamat alapja az aktivitáskészítetés, ebből fejlődik ki csecsemőkortól a kíváncsiság készítettű kutató manipuláció, később pedig a legkülönbözőbb tevékenységek és ismeretek iránti szerteágazó érdeklődés (Nemes, 2000). Ebben az esetben már

magában a tevékenységben benne rejlik a jutalom, a cselekvés öröme. Az érdeklődés azonban csak akkor bontakozhat ki, ha:

- a környezet az életkornak megfelelő alkalmat nyújt a spontán tapasztalatszerzéshez,
- a környezet ingergazdagságával táplálja a kutatókedvet,
- a gyermek a számára megfelelő *szociális kontaktusban* részesül,
- a környezet nem nyomja el a gyermek világot felfedezni vágyó aktivitását,
- a környezet nem frusztrálja tevékenységét (Nemes, 2000).

A környezetnek tehát meghatározó szerepe van.

„Sokféle helyzet választja el ideiglenesen a szülőket gyermekeiktől, és ezekben az időszakokban a szülők nem képesek gyermekeik nevelését befolyásolni” (Cole–Cole, 2003, 272.). Ezek közül a helyzetek közül az egyik leggyakoribb és a legsúlyosabb: a kórházi tartózkodás. Sokan, sokféle helyzetben találkozhatunk a kórházi ellátás valamilyen formájával, legtöbbször ideiglenesen, rövid időre kényszerül a „fehér falak” közé, de vannak gyermekek, akik betegségük miatt több időt töltenek benne, mint otthon, az iskolában vagy akár ez utóbbi kettőben összesen. Ezen gyermekek többsége valamilyen krónikus betegség miatt kényszerül e helyzetbe, elhagyva ezáltal a többségi rendszerű oktatás nyújtotta lehetőségeket, s megérkezve a megváltozott fejlődésmenet első állomására, ahol a fent leírt tanulásra való képesség korlátai megnyílnak, ahol az említett környezeti tényezők csekély elemét lehet csak megtalálni.

A krónikus betegség meghatározása igen széles körű. Feloszthatjuk szerzett, veleszületett, illetve maradandó károsodások csoportjára, de minden esetben meghatározó az irreverzibilitás, egy státus kialakulása. Két nagy csoportot határozhatunk meg:

1. Hosszú idejű, életre szóló kórképek (például cukorbetegség, krónikus vesebetegség).
2. Súlyos, halálos kimenetelű betegségek (például rosszindulatú daganatok).

Mindkét esetben jellemző a hosszú kórházi tartózkodás. A betegség időtartama pedig már önmagában is hat (Hárdi, 1995, 41). „A tartós (6 napon túli) vagy összességében jelentős (negyedévente legalább 10 napos, illetve évente legkevesebb 30 napos) hiányzás súlyos hatással van a tanuló iskolai teljesítményére.” „Az évet ismétlő gyermekek 20%-ánál igazolható valamilyen egészségkárosodás” (Byrd, 2005, 2006). „Minden akut és krónikus betegség vezethet iskolai hiányzáshoz, melyek 75%-a orvosi okokkal magyarázható” (Byrd, 2006, 23.). A pusztán hiányzásnál azonban bonyolultabb ez a kérdés. A gyermekbetegségek esetében gyakran megfigyelhető jelenség a hospitalizmus, melynek tünete lehet a fejlődésben mutatott regresszió. A tanulási korlátok legenyhébb formája, a tanulási nehézség kialakulása, iskolapéldája lehetne e jelenségnek. Azonban mára már jól látszik, hogy nem feltétlenül áll itt meg a kognitív területen mutatott meglágyított fejlődés, a korlátok súlyosbodása sok esetben bekövetkezik. A gyermekek kórházi tartózkodásuk alatt visszaeshetnek tevékenységükben is, beszűkülhetnek érdeklődésükben, elszegényedhetnek kapcsolataikban (Mérei–Binét, 1981, Hárdi, 1995). Tehát már maga a kórházi tartózkodás is lehet kockázati tényező. Ezen

túlmenően azonban vannak olyan betegségek, melyek patomechanizmusukból adódóan befolyásolják a tanulási képesség kialakulását, fejlődését.

A krónikus betegség már állapot jellegéből adódóan rengeteg hasonlóságot mutat a fogyatékosok széles spektrumával, hiszen szintén egy egész életen keresztül befolyásolja az egyén életét. Így a krónikus beteg gyermekek speciális szükségletűek, sajátos nevelési igényűek, számos olyan problémával küzdenek, melyek a gyógypedagógia egésze által felvállalt szakmai-ellátási kompetenciák közé sorolandók. Az egyre népesedő betegcsoportok azonban egyre nagyobb úrt kell, hogy érzékeljenek e területen. A kórházpedagógia létrejöttével a kezdetekben e virtuális szakadék – a multidiszciplináris-rehabilitációs ellátási igény és a valós kezelés között – beszűkült, megszűnt. A kórházpedagógia az egészségügyi intézményekben kezelt (átmenetileg hospitalizált) gyermekek és fiatalok speciális nevelésének-oktatásának-foglalkoztatásának kérdéseivel foglalkozó diszciplína, a komplex rehabilitáció egyik fontos alapja. Eredetileg szabadlevegő-mozgalomként indult útjára, majd erdei iskolává alakult, később létrejöttek belőle az első iskolaszanatóriumok, ahol már a rosszabb egészségi állapotú gyermekek és fiatalok ápolása zajlott, egészen 1953-ig a gyógypedagógiai intézmények részeként. Az 1970-es évek közepétől pszichológusok, gyógypedagógusok alkalmazásával terápiás jellegű megsegítés zajlott e keretek közt az egészségügyi intézményekben (Volentics, 2001). A rendszerváltást követően azonban számos területen – mind mennyiségi, mind minőségi tekintetben – hanyatlásnak indult e tudományterület gyakorlati alkalmazása, elsősorban anyagi forrásokra hivatkozva. Például míg az 1990-es évek elején kiválóan működő, mai értelemben teljes team munkában megvalósított ellátást tudott biztosítani a krónikus vesebeteg gyermekek és családjaik részére a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központja, addig mára már a leépítések kiteljesedésével az országban hatalmas hiány uralkodik e területen. Míg folyamatosan a rehabilitáció fontosságát hangsúlyozzuk mind szakmai fórumokon, mind a közéletben, addig a fővárosi intézmények (egyetemekhez kapcsolt klinikák mint országos ellátást is biztosítók) is egyre kevesebb ilyen irányú rehabilitációs tevékenység végzésére alkalmas szakembert tudnak foglalkoztatni.

A krónikus betegségek és pszichoszociális vonatkozásaik, hatásuk a kognitív fejlődésre

Az alábbiakban néhány – a kognitív és pszichés fejlődésre mért hatásai miatt kiemelten fontosnak vélt – betegcsoport jellegzetességeit mutatjuk be. A teljesség igénye nélkül betekintést engedünk az epilepszia, a krónikus vesebetegség, a vérszegénység, az asztma és a rosszindulatú daganatos elváltozások rövid kórismertetéésébe.

Téveszmék és az ősi kórkép: az epilepszia

AZ EPILEPSZIA GYAKORISÁGA, FOGALMA

Az epilepszia a gyermekkor leggyakoribb neurológiai betegsége. Míg a fejlett országok felnőtt lakossága körében az előfordulási aránya 0,5%, addig ez a gyermekkorra vonatkoztatva 1%, tehát hazánkban közel 20 ezer gyermeket érint (Janszky és mtsai, 2001). „A felnőtt- és gyermekkori incidencia és prevalencia közötti különbség abból adódik, hogy az összes epilepsziák 2/3-a gyermekkorban kezdődik, és túlnyomó részük meg is gyógyul ebben az életperiódusban” (György, 2002, 711.).

„Az epilepszia az agy különböző eredetű működési zavara, az ingerlő és gátló folyamatok egyensúlyának megbomlása, egy nagyobb sejtcsoport együttes kislülése, mely rohamok formájában nyilvánul meg” (Jerney, 1998, 128.). Epilepsziáról akkor beszélünk, ha a betegség krónikus, és a rohamok jelentősebb kiváltó tényezők nélkül ismétlődnek (György–Kálmánchey, 2000). Ezzel szemben az alkalomszerű és provokáló tényezőkhöz köthető rosszulletek esetén alkalmi rohamokról beszélünk. Kiválthatja minden görcsküszöböt csökkentő és/vagy rohamkészséget fokozó állapot (láz, hypoglykaemia, hypocalcaemia, hyperammonaemia, alkohol- vagy drogmegvonás stb.). Az alkalmi rohamok elkülönítése az epilepsziától igen fontos, mert eltér a kezelés iránya (Halász–Rajna, 1990).

A GYERMEKKORI EPILEPSZIASZINDRÓMÁK, KEZELÉSÜK

Az epilepszia etiológiai és szindromatológiai szempontból egyaránt heterogén, így célszerű gyűjtőfogalomként kezelni. Az eltérő szindrómákat a következő szempontok szerint különítik el:

- etiológia szerint: idiopathiás (genetikailag meghatározott) vagy tüneti (a rohamot az agy veleszületett vagy szerzett károsodása okozza);
- domináló rohamtípus: generalizált rohamok (tónusos, klónusos, tónusos-klónusos, absence, atóniás, mioklónus, epilepsziás spazmus) esetén mindkét agyféltekére szimmetrikusan kiterjedő agyi elektromos izgalom észlelhető; parciális/fokális rohamok (elemi, komplex) esetén az agykéreg valamely körülírt területének kezdeti kóros aktivitációja figyelhető meg;
- iktális (roham alatti) és interiktális (rohamok közötti) EEG;
- manifesztációs kor;
- gyógyszerérzékenység;
- prognózis;
- csatlakozó pszichopatológiai tünetek (György–Kálmánchey, 2000).

A gyermekkorban előforduló epilepsziászindrómák köre széles, és jelentős részük az idiopathiás formakörbe sorolható, melyek kedvező prognózisúak. Mivel ebben az élet-

periódusban az agy folyamatosan érik, az epilepszia formája változhat is, a szindrómák átalakulhatnak (György, 2002), s a kognitív fejlődés érintetté válhat.

Néhány fontosabb gyermekkori epilepsziászindróma:

Kisgyermekkori absence epilepszia (pyknolepsia): generalizált és idiopathiás forma. Óvodás- és kisiskoláskorban manifesztálódik, lányoknál gyakoribb. Gyakran jelentkezik az éberség szintjének csökkenésekor, ha a gyermek fáradt, unatkozik. Serdülőkorra többnyire gyógyul (György, 1992).

Serdülőkori absence epilepszia: a tizedik életév után manifesztálódik, gyakran társulnak hozzá generalizált nagyrohamok, illetve absence státusz. Hajlamos a fotoszenzitivitásra. Prognózisa kedvezőtlenebb, és kisebb a gyógyszerérzékenysége (Rajna, 1996).

Juvenilis benignus mioklonus epilepszia (JME): 12–18 éves kor között jelenhet meg, generalizált és idiopathiás eredetű. Körülbelül az összes epilepsziák 5%-át sorolhatjuk ebbe a kategóriába. Rohamformája a mioklonus, mely akaratlan központi idegrendszeri eredetű izomösszehúzódás. Általában ébredéskor jelentkezik valamelyik végtagon. A rohamokat alváshiány és alkoholfogyasztás erősen provokálja. Gyógyszerrel jól kontrollálható (Neuwirth és mtsai, 2005).

West-szindróma: generalizált rohamokkal jelentkezik, tüneti és idiopathiás etiológiája is ismert. Gyakorisága a gyermekkori epilepsziák 8%-a. 3–18 hónapos kor között indul. A szindrómának három jellegzetessége: infantilis spasmus rohamok (BNS), jellegzetes interiktális EEG (hypsarrhythmia), mentális retardáció (korán felismert idiopathiás esetben hiányozhat). Prognózisa kedvezőtlen, a kórkép gyakran alakul át más epilepsziászindrómába (például Lennox-Gastaut-szindrómába) (Rajna, 1996).

Lennox-Gastaut-szindróma (LGS): generalizált, tüneti forma. A gyermekkori epilepszia egyik súlyosabb formája. A gyermekkorban jelentkező alakok 3–10%-a sorolható ide. Leggyakrabban 2–7 év között kezdődik, fiúknál gyakoribb. Többnyire rövid, különböző típusú rohamok (atóniás, absence, tónusos-klónusos, komplex parciális) jellemzik. A prognózis igen rossz, a betegek több mint 90%-ában mentális károsodás és/vagy magatartási zavar alakul ki (György-Kálmánchey, 2000).

Benignus gyermekkori epilepszia centrotemporális tüskékkel: idiopathiás, parciális epilepsziaforma. A gyermekkori epilepsziák 15-25%-a. A rohamok 2–14 éves kor között kezdődnek. A gyermekek intelligenciaszintjében nem észlelhető hanyatlás. A domináló rohamforma egyszerű parciális motoros roham (arc területén), melyeket szenzoros jelenségek kísérhetnek. Serdülőkorra általában gyógyul (Szupera, 2004).

Temporális lebeny epilepszia: tüneti, parciális epilepszia. Leggyakrabban 5–18 éves kor között kezdődik. Rohamformája a komplex parciális roham, esetenként generalizált tónusos-klónusos rohamok is előfordulhatnak. Jellemző tünete a memóriazavar, gyakran jár együtt pszichopatólogiai tünetekkel. Az antiepileptikumok kevésbé hatnak rá (Janszky és mtsai, 2001).

Landau-Kleffner-szindróma: nem állapítható meg pontosan, hogy idiopathiás vagy tüneti forma. A korábban jól beszélő gyermekben aphasia (auditív agnosia, expresszív

zavar) alakul ki, vagy a beszédfejlődés elakad. Szórványosan epilepsziás rohamok kísérhetik. Járhat globális mentális leépüléssel (*Rajna, 1996*).

Stimulusszenzitív epilepsziák: specifikus stimulusok váltják ki sztereotip módon. A leggyakoribb reflexepilepszia a fotoszenzitív, ami fényingadozással váltható ki. Általában tónusos-klónusos rohammal jelentkezik 8 és 20 év között, egészséges mentális státusz mellett. Erősen provokálja a fekete-fehér televízió és a diszkólámpa (*György–Kálmánchey, 2000*).

Status epilepticus: az agykéreg körülírt területének vagy egészének a tartós működészavara, folyamatosan fennálló, feltisztulás nélküli, elhúzódóan ismétlődő és egybemosódó epilepsziás rohamok formájában. Bármely rohamtípusnál jelentkezhet (*Halász-Rajna, 1990*).

Az epilepsziák terápiájának fő vonulata a gyógyszeres kezelés valamely antiepileptikummal (például Clonazepam, Clobazam, Fenobarbitál, Gabapentin, Valproát). A kezelőorvos célja, hogy egyetlen gyógyszerrel (monoterápia) érje el a rohammentes állapotot, hiszen a politerápia számos hátránnyal jár, mert a mellékhatások is összeadódnak (*Fogarasi és mtsai, 2001*). A különböző antiepileptikumoknak hasonló központi idegrendszeri hatásmechanizmusuk van, így a mellékhatások is gyakran hasonlóak, például: álmoság, dekoncentrálttság, kábultság, memóriazavar, fejfájás, látászavar, hányinger, szédülés, magatartászavar. A rendszeres, 2–5 éves gyógyszeresedéssel az epilepsziás gyermekek 70-80%-a meggyógyul, 5% pedig ezen felül is rohammentessé tehető (*Kóbor, 2006*).

Az epilepsziák körülbelül 20%-a a gyógyszeres kezeléssel szemben rezisztens, ezekben az esetekben megfontolandó a műtéti beavatkozás. Ezek két fő cél köré csoportosíthatók: góceltávolítás (mediális halántéklebenyi epilepszia esetén gyakori) vagy a görcs terjedésének megakadályozása (callosotomia, hemispherectomia) (*Fogarasi és mtsai, 2001*).

AZ EPILEPSZIA ÉS A TANULÁSI KORLÁTOK KAPCSOLATA, ÖSSZEFÜGGÉSEI

Az epilepszia önmagában nem jelent értelmi problémát, annak ellenére, hogy központi idegrendszeri betegség. Kezeletlen epilepsziás személyek vizsgálata során átlagos intelligenciakvóciensbeli értéket találtak (*Halász–Rajna, 1990*). Valamennyi epilepsziás gyermek között azonban az értelmi fogyatékosok aránya megközelítőleg 10-25% (*Rajna, 1996*). A látszólagos ellentmondást a rohamok és a gyógyszerek fokozatosan jelentkező károsító hatása magyarázza; továbbá a betegségen kívül még számos tényező befolyásolhatja az értelmi képességeket, a gyermek fejlődését, a tanuláshoz, a közösséghez való viszonyulását és személyiségének alakulását.

Az alábbiakban néhány szempont kerül felsorolásra:

1. *Etiológia.* Az idiopáthiás epilepsziák kevésbé érintik a mentális fejlődést, a tüneti epilepsziák hátterében pedig általában különböző agysérülések állnak, melyek gyakran okoznak értelmi fogyatékossgot is (ezért is fontos a komorbid tényezők ismerete!).

2. *Az epilepsziás rohamok típusa és gyakorisága.* A tónusos-klónusos rohamok és a status epilepticus tehető leginkább felelőssé az intellektuális működések hanyatlásáért.

3. *Az epilepsziás szindróma típusa.* Bizonyos szindrómák nagyobb gyakorisággal járnak értelmi fogyatékossgal. West-szindrómánál az intellektuális érintettség megközelítőleg 60%, Lennox–Gastaut-szindrómánál 66-80% (Rajna, 1996).

4. *Antiepilepsziás gyógyszerek mellékhatásai.*

5. *Az epilepszia fennállási ideje.* Akik régebben epilepsziások, azok valószínűleg több rohamot szenvedtek el, és régebben szednek gyógyszert (Halász, 2002).

6. *Pszichoszociális tényezők.* A hátrányos helyzetűek körében nagyobb arányban fordul elő a tanulási akadályozottság és az epilepszia. Ez egyrészt magyarázható azzal, hogy a családi életfeltételek befolyásolják a gyermekek biológiai jellemzőit (Bánfalvy, 2002). Másrészt a krónikus beteg gyermek gondozása megnehezíti a szülők elhelyezkedését, valamint az epilepsziás szülők gyakran rosszabb körülmények között élnek, gyermekeik pedig nagyobb valószínűséggel betegszenek meg maguk is epilepsziában.

A fenti tényezők nem elszigetelten, hanem gyakran összekapcsolódva fejtik ki hatásukat (például a Lennox–Gastaut-szindróma tüneti etiológiájú, gyakori rohamokkal jár, kezelése általában politerápia), melyek következtében az epilepsziások kis hányadában az intellektus progresszív hanyatlásával kell számolnunk (Halász–Rajna, 1990).

Az intellektustól függetlenül átmeneti vagy tartós tanulási és/vagy viselkedési zavar az epilepsziás gyermekek közel felénél észlelhető! (Rajna, 1996)

Különösen a mozgáskoordináció, a beszéd, a nyelvhasználat, a figyelem, az emlékezet, a logikai készség, az írás és az olvasás terén szorulnak fejlesztésre (Kassay, 1999). Nem ritka, hogy az epilepsziás gyermekeknek egyéb betegségük is van, mely lehet az epilepszia oka (hydrocephalus, anyagcsere-megbetegedések), vagy eredhet azonos kiváltó tényezőtől.

Az epilepszia és a tanulási akadályozottság egyidejű jelentkezésekor a gyermekek és családjuk két csoport halmazában helyezkednek el, így a hátrányos hatások halmozottan érintik őket. Az epilepsziát már önmagában is gyakran rokonítják a fogyatékos állapottal. Itt ismét vissza kell utalnunk a már említett „bánatkő” mechanizmusaira, melyek közös elemekként jelennek meg a különböző krónikus betegségekben (Kálmán–Könczei, 2002).

Másik kiemelt hasonlóságot mutató vonás: a két csoporttal szembeni előítélet, stigma és diszkrimináció, melyektől az epilepsziás személyek – saját elmondásuk szerint – jobban szenvednek, mint a betegség tüneteitől. Az epilepsziával szembeni előítéletek a mai napig tartó meglétére mi sem utal jobban, mint a betegséget körülvevő titok és hallgatás, mely kitűnő alapot nyújt ahhoz, hogy a félreértések, tévedések ne oszolja-

nak el. Gyakori, hogy az epilepsziát az emberek általánosítják, és egyetlen tüneteként a klasszikus nagyrohamot tartják számon (Jerney, 1998). Magyarországon 1994-ben, egy felmérésben a válaszolók 35%-a vélekedett úgy, hogy az epilepszia elmebetegség (Halász–Sitku, 1997). Pakisztánban egy vizsgálatban a részt vettek 28,2%-a szerint az epilepszia fertőző (Shafiq, 2007). Gyakran az emberek az epilepszia elengedhetetlen következményeként tartják számon az értelmi fogyatékossgot (Jerney, 1998).

Így az epilepsziával élők diszkriminációtól szenvednek életük számos területén. Sajnálatos tapasztalat, hogy az orvostársadalom vélekedése az epilepsziás személyekkel szemben negatívabb még az átlag lakosságénál is. Az epilepsziás felnőttek jelentős része nem jut képzettségének megfelelő munkakörbe, valamint a munkanélküliek száma az átlagnépességhez viszonyítva kétszer-háromszor magasabb körökben (Halász–Sitku, 1997).

Az iskola és pályaválasztás azok a területek, ahol az epilepsziás és tanulásban akadályozott gyermekek problémái a legkifejettebbek és a leginkább hasonlóak. A pedagógusok számára az epilepsziás gyermek kevés többletterhet jelent, mégis gyakran elutasítóak velük szemben, aminek oka a tájékozatlanság és a felelősségtől való félelem. Pedig a tanári attitűd nagyban meghatározza az epilepsziás gyermekek későbbi iskolai előmenetelét (Bishop–Boag, 2006). Számos epilepsziás gyermek nem részesül megfelelő iskolai oktatásban, betegségük miatt gyakrabban irányíthatják őket képességeiknél rosszabb iskolatípusba. Beilleszkedési nehézségeik, gyakori hiányzásaik miatt sokan kényszerülnek magántanulónak, kórházi tartózkodás esetén nem biztosítottak számukra a tanulási lehetőségek (Nikl, 1996). Sokan lemorzsolódnak és nem tanulnak tovább, egy felmérés szerint az epilepsziások 48%-a csupán az általános iskola nyolc osztályát végzi el (Halász–Sitku, 1997). A betegség és az akadályozottság együttes fennállásakor integrációjuk nagyban nehezített és fokozott megfontolást kíván.

A pályaválasztás – mely központi kérdés a pszichoszociális fejlődésben – a tanulásban akadályozott tanulók számára is korlátozott, de ezen korlátok egyidejű epilepszia-betegség esetén még kifejettebbek. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy minden epilepszia-kórkép egyéni elbírálás alá kell, hogy essen, de erre az általánosító törvényi szabályozás gyakran nem ad lehetőséget (Rajna, 1998). A tünetmentes, enyhe rohamokkal járó epilepsziák csekély korlátozás alá esnek, súlyosabb formáknál pedig a védett munkahelyek nyújthatnak megoldást (Mirnics, 1998). A speciális szakiskolákban oktatott szakmák jelentős része epilepsziás tanulók számára nem kifejezetten ajánlott. A bőrtárgykészítő, a dísznövénykertész, az állattenyésztő, az élelmiszer-eladó, a burkoló szakmák mind szigorú egyéni elbírálás alá esnek. A könyvkötő még a legenyhébb rohamformáknál is csak kézi üzemben lehetséges. Továbbá az asztalos, a szobafestő-mázoló-tapétázó, a kőműves mesterségek sem ajánlottak (Rajna, 1996).

A betegség és a vele járó tanulási, pályaválasztási, elhelyezkedési nehézségek, előítéletek és diszkrimináció kihat az epilepsziás személyek életminőségére. Az „Életminőség 95” vizsgálat szerint az enyhe értelmi fogyatékosok 54,4%-a szüleivel él (Bánfalvy, 1996),

ehhez hasonló arány (52%) figyelhető meg epilepsziásoknál is (a Szonda Ipsos 1994-es eredményeit idézi *Halász–Sitku*, 1997). Az epilepsziás személyek mintegy 58%-a a létminimumból tartja fenn magát (*Halász–Sitku*, 1997). Valószínűsíthető, hogy a két tényező együttes jelentkezésekor az önálló életvezetés hiánya és a megélhetési gondok is fokozottabbak. A betegeket sújtó hátrányos megkülönböztetés kivédésére a szülők és a gyermekek gyakran megpróbálják eltitkolni stigmájukat, melyet sokszor a gyógyulás után is viselniük kell.

AZ EPILEPSZIÁS GYERMEKEK REHABILITÁCIÓJA, A LEENDŐ SZAKEMBEREK TUDÁSÁRÓL (SAJÁT KUTATÁS BEMUTATÁSA)

Az epilepsziás gyermekek körében megfigyelhető szociális és pszichés problémák (szorongás, depresszió, agresszió) jelentős része megelőzhető lenne, ezt szolgálja az epilepsziás személyek komplex rehabilitációja, melyben fontos szerepet látnak el többek között a következő szakemberek: a családorvos és a gyermekneurológus feladata kiterjed a neuropszichológiai, pszichés és szociális deficittünetek felmérésére, kompenzálására, ezáltal az egyén életminőségének javítására (*Kóbor*, 2006). A pedagógusoktól előítéletmentes hozzáállás és minimális tájékozódás várható el, mellyel a gyermekek általános iskolai elfogadása zökkenőmentessé tehető. A gyógypedagógusok nemcsak az oktatási intézményekben vehetnek részt az epilepsziás gyermekek rehabilitációjában. Az epilepsziacentrumokban – melyek ezen gyermekek komplex ellátására jöttek létre – készségfejlesztés is zajlik. Ezt általában gyógypedagógus végzi, ő kíséri folyamatosan figyelemmel a gyermek fejlődését, pszichés státuszának alakulását a gyógyszerbeállítás, valamint gyógyszerváltás során (*Kassay*, 1999).

A pszichopedagógus megkönnyítheti a gyermek számára a kórházi tartózkodást, a beavatkozások elviselését és megértését, tanulással segít a lemaradás megakadályozásában (*Rózsáné*, 2004). A védőnő alapszűrések végzésével és a pedagógusokkal együttműködve részt vesz az esetleges tanulási nehézségek, magatartási problémák hátterének feltárásában (*Odor*, 1998). A szociális munkás számos feladatot láthat el az epilepsziás gyermekek segítése, érdekvédelme területén a kórházakban vagy az iskolákban (*Göncz*, 1994). A különböző szakemberek munkája akkor lesz igazán sikeres, ha ezért a közös célért teameben dolgoznak, ennek jegyében jöttek létre az epilepsziacentrumok.

Az epilepsziás gyermekek sokszor hátrányos helyzetéből és a rehabilitáció fontosságából kiindulva végeztük kutatásunkat 2005–2006 folyamán. Célunk a jövő szakemberei által birtokolt tudások, ismeretek és attitűd felmérése volt. Vizsgálatunk egy önkitöltős kérdőíves felmérésből állt, melybe 125 főt vontunk be, öt olyan végzős felsőoktatási hallgatói csoportra (tanító, általános szociális munkás, védőnő, orvos és gyógypedagógus) kiterjesztve, akik segítő szakmájuk révén, későbbi munkájuk során nagy valószínűséggel találkoznak majd epilepsziás gyermekkel (*Horváth*, 1998). Kérdőívünk kitért a vizsgálati személyek fontosabb jellemzőire, az egészségügyi ismeretekre, az epilepsziás szemé-

lyekkel kapcsolatos előítéletekre, az egymás munkájáról való tájékozottságra, valamint az epilepsziás gyermekek iskolai helyzetére.

A kapott válaszokat a felsőoktatási tanulmányok és az epilepsziával kapcsolatos érintettség vonatkozásában vetettük össze. A kérdőív első nagy egysége az epilepszia egészségügyi jellemzőinek, kórereditének, tüneteinek az ismeretére terjedt ki. Ezeket az ismereteket elsősorban a főiskolai/egyetemi tanulmányok jellege határozza meg. A tanító és az általános szociális munkás szakos hallgatók elenyésző és a gyakorlatban alig használható tudással rendelkeznek ezen a területen, többségük (68, illetve 72%) az epilepsziát kizárólag a köztudatban is nagyon ismert tónusos-klónusos rohammal azonosítja. Az alkalmi epilepsziás roham fogalma nem ismert széles körben a hallgatók körében, nem különül el az epilepszia betegségétől, ez okozhatja a nem epilepsziás gyermekek életmódjának felesleges korlátozását, stigmatizálásukat. A válaszadók jelentős része tudja, hogy a nagyroham eszméletvesztéssel, rángásokkal és szájhabzással jár, viszont a közben lezajló belgyógyászati folyamatokat (légzésmegállás, bőrpír, vérnyomás-emelkedés) még a védőnő szakos és az orvostanhallgatók is sokszor tévesen ítélik meg. A tanítói képzésben részesülők 84%-a nem ismeri az absence rohamot, mely sokszor jelentkezik tanóra alatt, így felismerése éppen a pedagógusok feladata lenne. Az elsősegélynyújtási teendők felsorolása között előfordulnak még olyan téves nézetek, mint az epilepsziás lefogása, szájába bizonyos dolgok tétele.

Az epilepsziás személyekkel szembeni attitűdre, elfogadására, a különböző tévhitek jelenlétére tért ki a következő kérdéscsoport. Az epilepsziás személyekkel szembeni előítéletek és oktatási szegregációjuk támogatása minden hallgatói csoportban – eltérő mértékben – megfigyelhetők. Az orvostanhallgatók 96%-a szerint az epilepszia nagyban determinálja a személyiséget, míg a gyógypedagógusok 44%-a ért csak ezzel egyet. A hallgatók 21%-a szerint az epilepsziás gyermekek számára még normál intellektus mellett sem megfelelő a többségi általános iskola, oktatásukra szegregált intézményi formákat javasolnak. A szemléletet nagyban meghatározza az epilepsziával kapcsolatos személyes érintettség mértéke: akinek szűk családjában, közeli baráti körében van epilepsziás személy, az inkább elzárkózik a diszkriminatív nézetektől, sztereotípiáktól.

A harmadik kérdéscsoport a társszakmák önmeghatározására és egymás kompetenciájának, fő feladatának ismeretére kérdezett rá. Az epilepsziás gyermekkel foglalkozó team tagjaként a pedagógust legkevesebben a tanító szakosok említették. Az általános szociális munkás feladatai, kompetenciája nem ismert széles körben a hallgatók körében. A gyógypedagógusok preventív tevékenysége nem eléggé hangsúlyos még a gyógypedagógus hallgatók között sem, sokak szerint feladatuk kizárólag a fogyatékos népességre terjedhet ki, ép értelmi képességeknél nincs szerepük. Fontos tény, hogy a hallgatók hiányos és differenciálatlan információkkal rendelkeznek a társszakmák munkájáról, kompetenciájáról, ami mindenképp hátráltatja majd az együttműködésüket.

Néhány hónappal a diplomaszerzés előtt a hallgatók 92%-a nem tartotta magát felkészültnek arra, hogy epilepsziás gyermekkel foglalkozzon. Ennek hátterében a tudáshiány, valamint a sztereotip, előítéletes nézetek előfordulásának szerepe tűnik relevánsnak. A hallgatók beállítódásának, szemléletének megváltoztatása mindenképp szükséges, ennek eszköze a tudáshiány pótlása, felvilágosító programok szervezése.

Ismeretlenség és tudatlanság: a krónikus vesebetegség

A KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG ÁLLAPOTA

A krónikus veseelégtelenség a veseműködés lassú, fokozatos, visszafordíthatatlan (irreverzibilis) csökkenése, majd megszűnése. Oka: valamilyen, mindkét vesét érintő, a veseszövet fokozatos pusztulásával járó, megállíthatatlanul előrehaladó (progresszív) veleszületett vagy szerzett vesebetegség. A veseelégtelenség során az anyagcserefermékek, melyektől a szervezet a vizelettel szabadulna meg, a beteg vérében maradnak, mely a tünetek kialakulásához vezet (hányinger, hányás stb.): ez az urémiás állapot.

Az urémiás állapot jellemzésére különböző laboratóriumi paramétereket használ a medicina (kreatinin clearance). A tünetek rendszerint későn jelentkeznek, nem feltűnőek, ezért a veseelégtelenség diagnózisát sokszor csak előrehaladott stádiumban sikerül felállítani.

A krónikus veseelégtelenségben szenvedő gyermek általában kicsi és sovány, színe szürkés-sápadt, étvágytalan, émelyeg, a lehelete vizeletszagú. Egyéb tünetként jelentkezik még, hogy egyre kevesebb vizelete lesz a gyermeknek, ödémássá, hipertóniássá, hiperkalémiássá, acedotikussá válik. Anémiás állapot, csontosodási és növekedési zavarok jellemzik a gyermeket. A betegség kihat a gyermek szinte teljes szervezetére, más súlyos működési zavarokat okozva: vérzékenység, szív- és érrendszeri, légzőszervi, emésztőszervi és idegrendszeri (!) megbetegedések.

Már az urémiás állapot időszakában és később még inkább mindent meg kell tenni az ellátó személyzetnek azért, hogy a gyermek és hozzátartozói képesek legyenek elviselni a kezelés nélkül halálos kimenetelű krónikus veseelégtelenség pszichés terhét, elfogadják a vele járó sarkalatos életforma-változásokat, megbízhatóan együttműködjenek a gyermeket kezelő, gondozó munkacsoporttal.

Millió gyermek közül évente öt jut el a terminális veseelégtelenség stádiumáig, amikor már vesepótló kezelésre, azaz peritoneális dialízisre, illetve hemodialízisre vagy transzplantációra szorul.

Peritoneális dialízis során a hasüregbe tartós katétert helyeznek, s ezen juttatják be a megfelelő összetételű dializáló oldatot, amelybe a vérből a hashártyán keresztül kerülnek át a salakanyagok.

Hemodialízisben (művesekezelés) a beteg vérének gépi berendezéssel egy nagy felületű, speciális műanyagból készült kapilláris rendszeren áramoltatják át, amelynek falán végbemenő folyamatok során a salakanyagok a vérből átkerülnek a dializáló folyadékba.

A kezelés heti három alkalommal több órát (4-5) vesz igénybe. A kezeléseket követően a gyermekek sokszor szédülnek, erős fejfájásra panaszkodnak, esetleg hánynak.

A veseátültetés (transzplantáció) során felhasználhatják közeli hozzátartozó (élő donor) vagy elhalt személy (cadaver donor) veséjét. A veseátültetett idegen szövet ellen irányuló reakcióját – mindaddig, amíg a beültetett vese működik – immunszuppresszív kezeléssel folyamatosan gátolni kell. A transzplantált betegek is állandó kontrollt igényelnek. A normális növekedést és a szexuális érést csak a transzplantáció biztosítja, ezért gyermekek kezelésében világszerte – hazánkban is – a vesepótlásnak ezt a módját részesítik előnyben (Balogh, 1997). Magyarországon 1973-tól hivatalos programként indult meg a transzplantáció az Egészségügyi Minisztérium finanszírozása által. (Az első, hosszú távon sikeres veseátültetést 1973. november 16-án végezték – még ma is élő betegen – a SOTE I. sz. Sebészeti Klinikáján.) 1994 óta működik a SOTE Transzplantációs és Sebészeti Klinikája. Egy év alatt 151 veseátültetést végeztek, és 1997 végére Budapesten meghaladták az 1500. átültetést. Emellett Szegeden, Debrecenben és Pécsen folyik veseátültetés (Járay, 2004). Napjainkban a dializáltak száma növekszik, míg a cadaver donorok száma csökken vagy stagnál. Ugyanakkor előnyben részesítik az élő donoros transzplantációt, annak élettani és pszichés szempontjai miatt is, azonban hazánkban ez igen ritka. A vesedonáció felajánlása azonnali és önkéntes, altruisztikus a szülők nagy részénél, bár az apák egy része bizonyos fokú ambivalenciát mutat. A donáció eldöntése sokkal nehezebb és összetettebb a testvérek számára, mely családon belüli konfliktushelyzethez is vezethet (Franklin–Crombie, 2003). Az élő donoros transzplantáció esetén az örömrzés mellett erőteljesen megjelenik a büntudat és a felelősség érzése is. A donációval kapcsolatos ambivalenciáról csak a 12 évnél idősebb gyerekek tudnak beszámolni. A kisebbeknél ez viselkedéses jelekből állapítható meg (Angster, 1980). Egyes vizsgálatok szerint azok a transzplantált gyermekek, akik cadaver donortól kapnak vesét, növekedést mutatnak a kisebb típusú magatartási zavarokban (Reynolds és mtsai, 1991).

A KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG PSZICHOSZOCIÁLIS VONATKOZÁSAI GYERMEKKORBAN, AZ EGÉSZSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG ALAKULÁSA

A krónikus vesebeteg gyermekek életfenntartó vesepótló kezelésén túlmutatóan a hosszú távú életésélyeiket meghatározó egyéb tényezők (például iskolai pályafutásuk, fogyatékoság jelenléte) ismerete alapvető fontosságú, de mostanáig hazánkban kevés figyelmet kapott területek.

Külföldi szakirodalmak beszámolnak a gyermekek és családjaik életkörülményeinek, pszichoszociális és edukációs helyzetének a betegséget követő negatív irányú változásairól (Reynolds és mtsai, 1991, Ehrich és mtsai, 1992, Soliday–Lande, 2000). Továbbá egyes vizsgálatok magas prevalenciát határoznak meg a különböző, veseelégtelenségben szenvedő gyermekek és fiatalok közt előforduló fogyatékoságok területén (Rizzoni és mtsai, 1992, Brouhard és mtsai, 2000, Ohta és mtsai, 2006), különös tekintettel az

alacsony intellektusra. A betegség okozta stressz, illetve depresszió (*Soliday–Lande, 2000, Brownbridge, 1994*) szintén komoly akadályt jelent e gyermekek életében, illetve az alacsony szociális rétegbeli érintettség is (*Fielding, 1999*). Az egészséges gyermekekéhez képest szignifikánsan alacsony életminőség-értékek tapasztalhatók a krónikus veseelégtelen gyermekek estében, mely a transzplantációt követően kedvező irányú változást hoz (*Goldstein és mtsai, 2006*), bár éppen a „school functioning”, azaz az iskolai sikeresség, beválás az a kiemelendő domain az életminőséget vizsgáló eljárásokban, mely több kutatási eredmény szerint a legkevésbé vagy egyáltalán nem mutat javulást a dialízis kötöttségéből felszabaduló transzplantált, „újjászületett” gyermekek esetében. A kedvezőtlenebb életminőség-eredmények továbbá rosszabb mortalitással és speciális iskolai ellátással párosulnak (*Qvit, 2004*).

Az e témában publikált csekély számú hazai vizsgálat más szinten és dimenzióban fókuszál e betegcsoportra, mint a külföldi, multicentrikus vizsgálatok. A debreceni gondozóhelyen történt 3 fős, nyomon követéses vizsgálat transzplantált gyermekekkel azt mutatta, hogy a gyermekek környezete egyértelműen a betegek teljes „kicserélődését” észleli a transzplantáció után, alapvetően mindkét területen: fizikailag (nőiesebb/férfiasabb külső) és pszichés egyensúly egyaránt (*Ittészné–Bobok, 1993*). Általában ez tapasztalati szinten és kutatási eredmények mentén is kirajzolódik bármely vizsgálatból. Azonban a transzplantáció sem örökérvényű, és nem feltétlenül a kizárólagos jóllét kíséri csupán.

A gyermek a szülő számára a létezés folytonosságát jelenti. A saját élet újra átélése. A gyermek súlyos krónikus betegsége esetén ez a rendszer felborul, és sokszor az élet minden addigi rendezőelvének felborulását is jelenti. Az orvos hiába mondja el a betegség százalékos várható kimenetelét, a gyermek elvesztése, halála közelségbe kerül. Az élet, a mikro- és makrokörnyezet alapvetően megváltozik a család körül. A szülők – főleg az anyák – csak a beteg gyermekekre összpontosítanak, s ennek sokszor a férj, a másik vagy a többi gyermek látja kárát. Ez természetesen a normális családi élet felborulásához vezet, ami visszahat a krónikusan beteg gyermekekre is. A család egyik tagjának súlyos betegsége esetén pszichésen az egész család sérül (*Szabó, 2002*). A családi struktúra megváltozására és a szociális helyzetre vonatkozóan látjuk az empirikus tapasztalatok s tudjuk a külföldi tanulmányok alapján, hogy akik gyermekkoruk óta végstádiumú veseelégtelenségben szenvednek, kevésbé érettek szociális szempontból. Többen élnek a szüleikkel, kevesebbüknek van családon kívüli intim kapcsolatuk, alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, és köztük nagyobb számban fordul elő a munkanélküliség is (*Reynolds és mtsai, 1993*). Érdekeseek továbbá az ide vonatkozó testvérkutatások, illetve a szülők pszichés állapotára utaló vizsgálati eredmények is, azonban e tanulmány nem hivatott ezek tárgyalására.

A KRÓNIKUS VESEELÉGTELEN GYERMEKEK KOGNITÍV FUNKCIÓINAK FEJLŐDÉSE,
A FOGYATÉKOSSÁGOK JELENLÉTE

„Mit gondolsz az új (transzplantált) vesédről?”

„Hogy jó. Mert műanyagból van...” (7 éves lány)

„Szerintem pár évig működni fog. Húsból van és úgy terem valahol.” (11 éves fiú)

„Az jó, hogy megkaptam, hogy én kaptam meg, a rossz pedig az, hogy egy másik gyereknek kellett meghalnia.” (9 éves fiú) (*Feszt és mtsai*, 2003).

A krónikus vesebeteg gyermekek számtalan iskolai-tanulási nehézséggel küzdenek (*Ehrich*, 1992, *Gerson*, 2006). Ezek súlyossága eltérő mértékű lehet, s tovább nehezítik a pontos leírást a különböző kultúrák különböző szakmai nyelvezete által tapasztalt nomenklaturális problémák (például a tanulási zavar – tanulási akadályozottság kérdésköre). Az elérhető külföldi szakirodalmak ebben nem mutatnak egységes képet. Medikális témájú kutatásokban a vizsgálati modellek jórészt az intelligenciakvóciént tüntetik fel mint kizárólagos meghatározó faktort, bár egyes vizsgálatok az iskolai bevárlást, sikerességet is tárgyalják több szinten.

A kognitív funkciózavarok megjelenését, szignifikánsan alacsonyabb intelligenciakvóciént tapasztaltak a kutatók, továbbá úgy tűnik, minél hosszabb a dialízissel történő kezelési idő, annál rosszabbak e téren az eredmények (*Brouhard*, 2000). A betegség jellegéből adódóan a motoros funkciókban megjelenő gyengeség is fontos szerepet játszik (*Eijsermans*, 2004).

A fejlődésneurológiai, neuropszichológiai tényezőkre feltárására irányuló vizsgálatok szerint a veleszületett és szerzett krónikus vesebetegségben szenvedő gyermekek fejlődésében különbségek rejtőznek. 13 veleszületett és 11 szerzett (végstádiumos) vesebetegséggel élő gyermek neuropszichológiai képességeinek összehasonlításakor (egyik betegnél sem diagnosztizáltak olyan szindrómát, mely érintené a központi idegrendszer is) azt észlelték a kutatók, hogy a két vizsgálati csoport között nem volt különbség az intelligencia, a viselkedés, a tanulmányi teljesítmény és a rövid távú memória terén. A veleszületett vesebetegséggel rendelkező gyermekek finommotoros koordinációja gyengébb volt, és nagyobb nehézséget okozott nekik a hosszú távú memóriát vizsgáló verbális és nonverbális tesztek megoldása is, mint a szerzett vesebetegségben szenvedő gyermekeknek. Mégis a veleszületett vesebetegségben szenvedő gyermekek neuropszichológiai teljesítménye sokkal kedvezőbb, mint azt előzőleg leírták.

A veleszületett vesebetegség előfordulása a vesebetegségek között gyermekkorban 50%-os. Valószínűsíthető, hogy a veleszületett veseelégtelenség negatív hatással van a gyermekek további fejlődésére. A krónikus vesebetegségben szenvedő gyermekek többségénél megfigyeltek microcephaliát és fejlődési elmaradást. Az évek során az orvosi

eljárásmód fejlődésével meglehetősen kedvezőbb kimenetelt mutattak ki ezen gyermekeknél az életminőség és a fejlődés szempontjából. A krónikus veseelégtelenségben szenvedő gyermekeknél a dialízis jótékony hatással van a fizikai és a kognitív tényezőkre. Ennek ellenére önmagában a dialízis nem tudja kompenzálni a normális („természetes”) vesefunkciót, sőt annak töredékére képesek. A dialízisben részesülő gyermekek krónikus betegek, ez az életfenntartó eljárás nyilvánvalóan korlátozást jelent mind a saját életükben, mind a családjuk életében. Nagyon sok krónikus vesebetegségben szenvedő gyermek a betegség jellegéből adódóan sokat hiányzik az iskolából, ami további tanulmányaikban is lemaradást eredményezhet.

A végstádiumban lévő vesebeteg gyermekeknél a transzplantáció az előnyben részesített kezelési mód. A vese-transzplantáció javuláshoz vezet a kognitív funkciók terén, valamint a szülők viselkedése is kedvezőbb, érzelmi beállítódásuk jobb, a transzplantációra váró gyermekek kedélyállapota, önképük, szociális működésük jobb, mint a hemodialízisben részesülő kortársaiké. Azonban sok gyermek számára elérhetetlen marad a szervdonor megtalálása, így hosszú ideig dialízisre szorulnak. A korrelációs analízis kimutatta, hogy minél korábban kezdődik és minél tovább áll fenn a veseelégtelenség, annál több károsító tényező hat a kognícióra.

A veleszületett veseelégtelenségben szenvedő gyermekek nem az elvárt szinten teljesítettek a neuropszichológiai tesztekben, szemben a szerzett veseelégtelenségben szenvedő gyermekekkel. Ennek a következő okai lehetnek:

1. az embrió utolsó fejlődési szakaszában a vese és az agy fejlődése egybeesik, az egyik szervrendszer kifejlődése hatással van a másikra;

2. a veleszületett krónikus veseelégtelenséggel élő gyermekek esetében hosszú időszakon keresztül elégtelen a táplálékfelvétel, és a tartós gyógyszeres kezelésnek neuropszichológiai következményei lehetnek;

3. a szerzett vesebetegségben szenvedő gyermekeknél még a betegségük kialakulása előtt, általában a kamaszkorban sor kerülhet egy nevelési, oktatási alap kiépítésére, mely minimalizálja az urémia káros hatásait;

4. megfigyelhető, hogy az idegmérgeknek való kiszolgáltatottság a korai időszakban kimutatható káros hatással van a későbbi fejlődésre és a tanulmányi teljesítményre más gyermekgyógyászati kezelésben részt vevő gyermekek esetében is, különösen azon fiatal gyermekeknél, akik kemoterápiában részesülnek vagy koponyai besugárzást kapnak. A rosszabb neuropszichológiai teljesítmény háttérben valószínűleg több tényező is szerepet játszik. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a gyermekek esélyeit speciális oktatási programmal kedvezőbbé lehetne tenni (Crocker és mtsai, 2002).

A különböző típusú fogyatékoságok előfordulási gyakorisága változó e betegcsoportban. Az érzékszervi fogyatékoságokkal élők száma alacsonyabb, általában valamely alapbetegséghez kötődik (például Alport-szindróma – hallássérülés), s az értelmi fogyatékosok és mozgáskorlátozottak száma sokkal jelentősebb. Egy hannoveri vizsgálat során a kutatók 617, 21 és 35 év közötti beteget vizsgáltak meg, akik még gyermekkorukban

kezdték a vesepótló kezelést: esetükben a fiatalok 16%-a fogyatékosok számára fenntartott speciális iskolába járt (*Ehrich és mtsai, 1992*).

Mit tehet akkor a gyógypedagógus? Van-e szerepköre? Milyen modell szolgálhat példaként ezen családok komplex rehabilitációjában? Tudjuk hazai tapasztalatokból is, hogy nagyon nehéz a gyermekeket, fiatalokat motiválni a tanulásra, meggyőzni, hogy járjanak iskolába, mert ha újra „egészségesek” (azaz transzplantáltak) lesznek, akkor szükségük lesz a tudásra, a szakmára. Sokszor nehéz a szülőket is rábírni arra, hogy ne kényszerítsék gyermekeiket a hagyományos betegszerepbe, fontos, hogy segítsenek beilleszkedni a régi közegbe, barátokhoz, a régi iskolába legalább egy héten kétszer járjanak, s közben magántanulókként vizsgázzanak majd le (*Ittészné–Bobok, 1993*).

Segítségül szolgálhat a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház Gyermekegészségügyi Központ korábbi működésének modellértéke. Az intézmény az iskoláskorú, kórházi kezelést igénylő krónikus betegek, károsodottak, fogyatékosok oktatását-nevelését igyekezett ellátni a 90-es évektől. A cél az volt, hogy a hosszabb időre kórházi kezelés alatt álló gyermekek, ha kimaradnak az iskolából, ne kerüljenek halmozottan hátrányos helyzetbe, továbbá hogy a krónikus beteg gyermekek állapotának javulását elősegítsék, mivel nem csupán testi-fizikai, hanem lelki-szellemi ápolásban is részesülnek. A végleges célkitűzés pedig az, hogy minél kisebb időtartamra szorítsák a hospitalizáltsági időintervallumot.

Működésének lényege volt, hogy a bekerüléstől a kibocsátásig a gyermekek hivatalosan átiratkoztak a kórház általános iskolájába, és tanulmányaikat is helyben a kórházban folytatták. Távozáskor értesítést kaptak az ott eltöltött időről (ez egy értékelést tartalmazott), s ez az anyaiskola számára is hozzáférhető, hasznos dokumentumként szolgált. Akik rövidebb ideig álltak kezelés alatt, azok nem kötelezettek, de részt vehettek az órákon, s erről mint korrepetálásról szóló igazolást kaptak (*Peja, 1993*).

Fentiekén túlmenően a gyógypedagógiai ellátást kiszélesítve, a multidiszciplinaritás elvét követve az alábbi szakemberek együttműködésével gondoljuk hatékonynak e betegcsoport rehabilitációs célú ellátását:

- medicina: gyermeknefrológus, gyermekpszichiáter, valamint az ápoló személyzet;
- pszichológus (családterápia és egyéb pszichoterápiák végzésére);
- gyógypedagógus (a fogyatékoságok jellegétől függően, továbbá a tanulási folyamatot felügyelni, alakítani képes, tanulásban akadályozottak pedagógiája szakos gyógypedagógus mellett működve);
- szociális szakember a család segítésére.

A REHABILITÁCIÓS IRÁNYOK KITAPINTÁSA (SAJÁT KUTATÁS BEMUTATÁSA)

A krónikus vesebeteg gyermekek pszichoszociális ellátásának vonatkozásai terén számos kérdés vetődik fel. Mivel hazánkban ez szinte érintetlen terület, ezért az első multidiszciplináris vizsgálat keretein belül a hangsúlyt a korábbiakban megismert, prob-

lematikusnak ítélt területek feldolgozásával kezdte meg munkacsoportunk. Jelenleg a kognitív funkciók és az ezzel összefüggésben álló pszichés-edukációs rehabilitáció realizálódása került a középpontba.

Kutatásaink során megközelítőleg 50 transzplantált gyermeket és szüleit vonjuk be a vizsgálatba. Széles körű módszertani gyűrése övezi a kutatást: az alapadatokat rögzítő kérdőíven – mely megcélozza a fejlődésmenet feltárását, a szociokulturális háttér megismerését, az iskoláztatási folyamat leírását, a betegség lefolyásának jellemzőit, az orvosi paramétereket – túlmenően a kognitív képességek felmérése (Woodcock–Johnson Cognitive Ability Test), a pszichés faktorok feltárása volt a cél. Utóbbit az alábbi, a betegség szempontjából kiemelten fontos területeken mérjük fel: depresszió (CDI/BDI), szorongás (STAI), gyermekviselkedési kérdőív (CBCL), coping (KidCope/WOC), továbbá minden gyermek esetében egy családrajz készítését is kérjük. A már létező szakértői vélemények is segítik a minél szélesebb körű feldolgozást, ezek valamely fogyatékoság fennállásáról vagy egyéb problémák megjelenéséről dokumentálnak. A kutatási eredmények még feldolgozási folyamatban vannak, azonban előzetes vizsgálataink (pilóta-vizsgálat) arra engedtek következtetni, hogy a gyógypedagógiai-pszichológiai ellátási igény igen jelentős ebben a populációban. Előzetes eredményeink: a betegek életkora $11;4 \pm 3;1$ év/hónap volt, a 17 betegből 11 volt fiú. Az elvégzett osztályok száma elmaradt az életkor szerint elvárhatótól. Speciális tantervű általános iskolában/integráltan egy gyermek tanult. Az iskolai életutat több alkalommal szakították meg hosszabb időre. A fogyatékos fejlődésmenethez hasonló megkésetttség tapasztalható szinte minden területen: motorikus gyengeség, pszichomotoros lassúság, emlékezetgyengeség, a téri és az idői tájékozódás zavara, emberalakábrázolás gyengesége [Goodenough; RQ: med.; (min.–max.): 74; (45–105)], a Bender-tesztben mért teljesítmény szintén évekkal elmaradt az átlagostól. A kultúrtechnikák terén jelentős különbség mutatkozik az életkor és az (elvárható/teljesített) osztályfok között: SON IQ: 42 (38, 118). A vizsgált betegek szüleinek iskolai végzettsége és szociális státusza igen alacsonynak bizonyult (Molnár–Varga és mtsai, 2007).

A vérszegénység és hatásai a fejlődésre

„Ha egységnyi térfogatú vérben a vörösvérsejtek száma, illetve a hemoglobin koncentrációja a normálshoz képest jelentősen lecsökken, anaemiáról beszélünk” (Ormai, 1996). A vérképzés és a vörösvérsejtek pusztulása egészséges emberben egyensúlyban van. Ha ez az egyensúlyi állapot felbomlik, kialakul a vérszegénység. Leggyakoribb okai: a kóros hemoglobin-képződés, mely sarlósejtes anaemiához vezet. Klinikai képe változó, a csecsemőkori haláltól a növekedési és fejlődési rendellenességeken át a hosszabb túlélést mutató enyhe esetekig terjedhetnek a variációk. Ismerünk továbbá úgynevezett hiányanaemiákat, illetve az egyik leggyakoribb betegséget, a vashiányos anaemiát (ebben az esetben a hemoglobin szintéziséhez szükséges vas hiányzik) (Sas, 2000),

illetve a vérsztéses/hemolitikus/aplasztikus anaemiát vagy a methahemoglobinaemiát, ploycytaemiát, Thalassaemiákat (Ormai, 1996, Papp, 1995).

A vérszegénységgel küzdő gyermekek körében gyakran lépnek fel központi idegrendszeri sérüléssel járó komplikációk, mint például stroke, de ennél gyakoribb probléma az úgynevezett „néma agyi infarktus”. Mindkét esetben számolni lehet neuropszichológiai következményekkel, mint például az iskolai teljesítmény romlásával, mely az egyik legnyilvánvalóbb megjelenési formája ezeknek, s mely a leginkább befolyásolja a gyermekek későbbi helyzetét, életminőségüket is beleértve. Esetükben megfigyelhető egy általános intelligenciacsökkenés, mely a következő területeket érinti: a nyelvi képességeket, a vizuomotoriumot, a vizuális-téri információk feldolgozását, a memória kapacitását, a figyelmi és a koncentrációs képességek csökkenését.

A tanulmányok, melyek a vérszegénységgel küzdő gyermekekről szólnak, már evidenciaként kezelik az iskolai teljesítményben bekövetkező romlást, számolnak valamilyen tanulási korláttal. A kutatások folyamatosan próbálnak olyan vizsgálati protokollokat kialakítani, melyek megelőzhetik egy későbbi stroke kialakulását, illetve fényt deríthetnek a „néma agyi infarktusokra”, melyek a problémák hátterében állnak (Wang, 2007, Pegelow és mtsai, 2001, Adams és mtsai, 1998, Adams, 2005, Schatz–McClellan, 2006, Kral és mtsai, 2001, Tarazi és mtsai, 2007).

Asztma – tanulás – viselkedés

Napjainkban már kevesebbet hallani az asztmáról, mint korábban, ez azonban nem jelenti azt, hogy gyakorisága is alacsonyabb lenne. Az orvosi diagnosztikai és terápiás eljárások fejlődésével azonban jobban kordában tartható, mint régebben.

Az asztmások egy kis hányada, irodalmi adatok szerint 5-10%-a a betegségnek egy olyan formájában – súlyos, terápiarezisztens asthma bronchialeban – szenved, amely a jelenleg rendelkezésre álló terápiás lehetőségek mellett sem gyógyítható sikerrel. Ezek a betegek az inhalációs szteroid és hosszú hatású hörgőtágító kezelés ellenére is folyamatosan kízó tünetekkel küszködnek, gyakran szorulnak sürgős kórházi vagy intenzív osztályos kezelésre, korlátozott a fizikai terhelhetőségük, munkaképességük, következőképpen rossz az életminőségük is (Harangi és mtsai, 2007, Herjavec és mtsai, 2006).

„Az asztma reverzibilis légúti obstrukció, a légutak krónikus gyulladása következtében kialakuló bronchiális hiperreaktivitás jellemzi. Klinikai tünetei: köhögés, sípoló légzés, mellkasi feszülés, nehézlégzés ismétlődő epizódjai. A tünetek rohamokban, időszakosan jelentkezik, a légúti gyulladás azonban folyamatosan jelen van” (Herjavec, 2001). A panaszok kialakulása rendszeres gondozással, megfelelő gyógyszeres kezeléssel megelőzhető, de a betegség nem gyógyítható. Általában minden asztmás beteg szenved valamilyen allergiától is. Ez a tüneteket súlyosbíthatja. A gyermekkorban kezdődő panaszok tinédzserkorra minimalizálódhatnak, de felnőttkorra újra visszatérhetnek. Befo-

lyásoló tényező az időjárás, a fizikai megterhelés, az emocionális állapot is (*Pallapies*, 2006).

Az asztmás gyermekek – hasonlóan más krónikus betegségben szenvedő társaikhoz –, gyakrabban hiányoznak az iskolából, ami megnehezíti tanulási folyamatukat. A súlyos asztmával küzdő gyermekek körében gyakrabban fordulnak elő az alábbi problémák: tanulási nehézségek, figyelemzavar, hiperaktivitás, magatartási problémák, depresszió. Nagyobb valószínűséggel nyúlnak drogokhoz (*Blackman–Curka*, 2007).

A rosszindulatú (malignus) elváltozásokról és azok következményeiről

A gyermekbetegségek közül talán a daganatos elváltozások vonják maguk után a leghosszabb kórházi tartózkodást, a legagresszívabb kezelési módokat. Ezekben az esetekben elengedhetetlenül fontos lenne a gyermekek rehabilitációjánál egy komplex csapatmunka megvalósítása, melyben fontos szerepe van a gyógypedagógusnak is. Ezek a gyermekek már csak a hosszas, gyakran fájdalmas kórházi tartózkodások miatt is bizonyosan elmaradnak iskolai tevékenységeikkel, hiszen a tanulmányoknál fontosabb problémáik is akadnak: életben kell maradniuk. Az viszont vitathatatlan, hogy akár még a kórházon belül is ezek a tevékenységek újra megerősíthetik bennük a földi élethez tartozás esélyét, fontosságát, az így átélt sikerek elősegíthetik a túlélést is.

Az orvostudomány már ismeri az esetleges tanulási zavarok, problémák kialakulását a gyermekeknél, illetve a magatartási, beilleszkedési zavarok megjelenését is.

A gyermekkorban előforduló leggyakoribb tünetek a malignus folyamat lokalizációjától függően változnak.

Leukémiák figyelemfelkeltő tüneteként előfordulhat sápadtság, bőrvérzés, tapintható nyirokcsomó, máj- és lépmegegyesülés, elhúzódó súlyos infekció.

A szolid tumorok közül agytumorra elsősorban a mással nem magyarázható magatartásváltozás, a tanulási eredmények romlása, fejfájás, szemüveggel nem korrigálható látásromlás, hányinger, reggeli hányás, szédülés, járásbizonytalanság utalnak, melyek általában azonnali kórházi kivizsgálást, neurológiai konzíliumot és MR-vizsgálatot igényelnek.

Gyakran elkésve merül fel a 2 éves kor alatt fellépő retinoblastoma, amelyre a pupillában megjelenő szürkés visszfény (leukocoria, macskaszemtünet) vagy hirtelen keletkező strabismus esetén kell gondolni.

Nagyon fontos külön kiemelni a ritka, elsősorban a tizenéves korban jelentkező csonttumorokat, melyeknél olykor több mint 1 éves anamnézis előzi meg a végleges diagnózist. Főként a magas növésű lányoknál és fiúknál jelentkező aszimmetrikus – valamely végtagra, gyakran csípőre vagy gerincre lokalizálódó – fájdalomkor merülhet fel ennek lehetősége. Irányadó lehet, ha a gyermek éjszaka alvás közben is felébred a fájdalomra, vagy ha a fájdalom tartósan, ismételten fennáll.

A többi szolid tumor esetében a tapintható terime, csontvelői áttét esetén az elégtelen vérképzés jelei irányadók lehetnek.

A korábban szinte minden esetben gyógyíthatatlan betegek átlag 65-70%-a manapság véglegesen meggyógyul (ez alól kivételek az agytörzsi tumorok és egyes ritka, előrehaladott állapotú, többszörös szervi áttétekkel jelentkező inoperabilis tumorok). Sajnos a laikus környezet a szülőben inkább a kilátástalanság érzetét erősíti, mint hogy segítséget nyújtana.

A gyermekek rehabilitációját már ekkor meg kell kezdeni, mivel a betegek számára a diagnózis feldolgozása és a környezet viselkedési attitűdjének megváltozása súlyos pszichés krízishelyzetet jelenthet. A rehabilitáció legaktívabb szakasza azonban a kezelés befejezése utáni időszakra helyeződik.

Az aktív kezelés befejezése után gyakori kérdés az iskolai rehabilitáció kérdésköre, körülményei, mely körülbelül 1-2 hónappal az aktív kezelés befejezése után javasolt.

Az aktív kezelés befejezése után a betegnek rendszeres kontrollvizsgálatokra kell vizsgájtania a gondozó intézetbe.

A koponyabesugárzást követően, különösen fiatalabb korban, 3–10 éves kor között (3 év alatt nem adható központi idegrendszeri besugárzás!) kisebb-nagyobb mértékű kognitív és mentális funkcióbeli elmaradások jelentkeznek, melyeket a szülővel el kell fogadtatni. Ezek az elmaradások tanulási nehézségekben, figyelmi problémákban materializálódnak. Mivel a túlélést csak ezekkel a kezelésekkal lehet biztosítani, számítani kell a következményekre, melyek természetesen függenek a tumor lokalizációjától, így az adott helyre történő sugárzás hatásától. Ennek megfelelően a gyermekek problémái különbözőek lehetnek. A tanulmányok azonban kimutatták, hogy ép társaikhoz képest jelentős elmaradást mutatnak, de az is előfordulhat, hogy csak könnyen behozható hátrányt szenvednek, ehhez azonban segítségre van szükségük (*Buizer és mtsai, 2005, Buizer és mtsai, 2006, Reddick és mtsai, 2006, Iuvone és mtsai, 2002*).

A végtag- és csontrendszeri besugárzások csont- és következményes végtag-növekedési zavarokat okozhatnak, melyeknek sokszor komoly ortopédiai korrekciója szükséges. Az ilyen problémával küzdő gyermekek esetében hatékony lehet egy szomatopedagógusi támogatás.

A gyermekek nagy segítséget igényelnek nemcsak a tanulás terén, de a szociális kapcsolatok, a kortárs közösségekbe való beilleszkedésnél is. Nehezebben kötnek barátságokat, és nehézségeik adódnak a szociális készségek esetében is. Egy olyan gyermek, aki nemrég még a halállal nézett szembe, nyilvánvalóan nehezebben találja meg azokat a közös témákat, melyekről könnyedén elbeszélgetve akár tartósabb kapcsolatokat is kiépíthet, megtalálhatja helyét a közösségben. Hangsúlyozottan fontos azonban, hogy egy sikeres kezelést követően a gyermeknek minél hamarabb vissza kell térnie az iskolába (*Barrera és mtsai, 2005, Gerhardt és mtsai, 2007, Reiter–Purtill és mtsai, 2003*). A javuló túlélési mutatók és az agresszív kezelés miatt mellékhatásként a kezelés befejezése után 5-20 évvel másodlagos malignus tumorok kialakulására is számítani kell.

A gyermekkori malignus daganatos betegségek kezelése és gondozása is komplex feladat, mely sok társszakma hatékony együttműködését igényli (Hauser, 2001).

Tudásunk, kompetenciánk, tanulságok

Számos krónikus betegség von tehát maga után olyan problémákat, ahol szükség lenne gyógypedagógiai segítségre is. A medicina fejlődésével nem csupán a halmozott fogyatékos személyek száma növekszik, hanem a krónikus beteg gyermekeké is. E jelenség nagy ütemben, viszonylag váratlanul tör rá a különböző társszakmákra.

A már említett átalakuló oktatásügy és egészségügy határterületi ellátási formái változni kényszerülnek. Nem hagyhatja szó nélkül a fejlődési, tudásgyarapodási igényt a gyógypedagógia ezen ága sem: kutatások kiterjesztését, képzések létrehozását, a civil szféra informáltságát, bevonását, az állampolgárokra való ráhatást is el kell érnie közvetlen vagy közvetett utakon. A gyógypedagógiának a krónikus beteg gyermek sajátos nevelési igényének kielégítése érdekében lépést kell tartania az egyre növekvő kompetencia-kiterjesztési igénnyel, abban az esetben is, ha a társszakmák és azok lehetőségei nem biztosítanak ideális bölcsőt e régi-új diszciplína, tevékenység gyakorlására.

„...Még néha előveszem legszebb mosolyom,
S mögé bújok.
Még néha van erőm,
Hogy az legyek, aki már régen nem vagyok. ...”
(Tóth Ágnes)

Irodalomjegyzék

- ADAMS, RJ. (2005): *TCD in sickle cell disease: an important and useful test*. In *Pediatr Radiol*, 35(3), 229–234.
- ADAMS, RJ., MCKIE, VC., BRAMBILLA D., CARL, E., GALLAGHER, D., NICHOLS, FT., ROACH, S., ABOUD, M., BERMAN, B., DRISCOLL, C., FILES, B., HSU, L., HURLET, A., MILLER, S., OLIVIERI, N., PEGELOW, C., SCHER, C., VICHINSKY, E., WANG, W., WOODS, G., KUTLAR, A., WRIGHT, E., HAGNER, S., TIGHE, F., WACLAWIW, MA. ET AL (1998): *Stroke prevention trial in sickle cell anemia*. In *Control Clin Trials*, 19(1), 110–129.
- ANGSTER, M. (1980): *A halál árnyékában. Művesekezelt gyerekek pszichológiai gondozásáról*. In *Gyermekgyógyászat*, (31), 397–405.
- BALOGH L. (1997): *Gyermekápolástan 1. (A beteg csecsemők és gyermekek ápolása)* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 321–323.
- BÁNFALVY CS. (1996): *A felnőtt értelmi fogyatékosok életminősége*. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- BÁNFALVY CS. (2002): *Gyógypedagógiai szociológia*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.
- BARRERA, M., SHAW, AK., SPEECHLEY, KN., MAUNSELL, E., POGANY L. (2005): *Educational and social late effects of childhood cancer and related clinical, personal, and familial characteristics*. In *Cancer*, 15;104(8), 1751–1760.
- BISHOP, M., BOAG, EM. (2006): *Teachers' knowledge about epilepsy and attitudes toward students with epilepsy: results of a national survey*. In *Epilepsy Behav.*, 8 (2), 397–405.
- BLACKMAN, JA., GURKA, MJ. (2007): *Developmental and behavioral comorbidities of asthma in children*. In *J Dev Behav Pediatr*, 28(2), 92–99.
- BROUHARD, BH DL., LAWRY, KW., MCGOWAN, KR., DROTAR, D., DAVIS, I., ROSE, S., COHN, RA TA. (2000): *Cognitive functioning in children on dialysis and post-transplantation*. In *Pediatr Transplant*, 4(4), 261–267.
- BROWNBRIDGE, G FD. (1994): *Psychosocial adjustment and adherence to dialysis treatment regimes*. In *Pediatr Nephrol*, 8(6), 744–749.
- BUIZER, AI., DE SONNEVILLE, LM., VAN DEN HEUVEL-EIBRINK, MM., VEERMAN, AJ. (2005): *Chemotherapy and attentional dysfunction in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: effect of treatment intensity*. In *Pediatr Blood Cancer*, 45(3), 281–290.
- BUIZER, AI., DE SONNEVILLE, LM., VAN DEN HEUVEL-EIBRINK, MM., VEERMAN, AJ. (2006): *Behavioral and educational limitations after chemotherapy for childhood acute lymphoblastic leukemia or Wilms tumor*. In *Cancer*, 1;106(9), 2067–2075.
- BYRD, RS. (2005): *School failure: assessment, intervention, and prevention in primary pediatric care*. In *Pediatr Rev.*, 26(7), 233–243.

- BYRD, RS. (2006): *A tanulási nehézségek kivizsgálása, kezelése és megelőzése a gyermekgyógyászati alapellátásban*. In Gyermekgyógyászati Továbbképző Szemle, 11 (1), 21.
- COLE M, COLE SR (2003): *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó, Budapest, 272.
- CROCKER, JFS., ACOTT, PD., CARTER, JEJ., LIRENMAN, DS., MACDONALD, GW., MCALLISTER, M., MACDONELL, MC., SHEA, S., BAWDEN, HN. (2002): *Neuropsychological outcome in children with acquired or congenital renal disease*. In Pediatric Nephrology (17), 908–912.
- HRICH, JH RG., BROYER, M., BRUNNER, FP., BRYNGER, H., FASSBINDER, W., GEERLING. W., SELWOOD, NH., TUFVESON. G., WING, AJ. (1992): *Rehabilitation of young adults during renal replacement therapy in Europe. 2. Schooling, employment, and social situation*. In Nephrol Dial Transplant, 7(7), 579–586.
- EIJSERMANS, RM., CREEMERS, DG., HELDERS, PJ., SCHRÖDER, CH. (2004): *Motor performance, exercise tolerance, and health-related quality of life in children on dialysis*. In Pediatr Nephrol (19), 1262–1266.
- FESZT T., SZABÓ J., REMPORT Á., REUSZ GY., SALLAY P., FÜLÖP E., JÁRAY J. (2003): *Az én világom*. Magyar Transzplantációs Társaság Kongresszusa, Visegrád.
- FIELDING, D BG. (1999): *Factors related to psychosocial adjustment in children with end-stage renal failure*. In Pediatr Nephrol, 13(9), 766–770.
- FOGARASI A. ÉS MTSAI (2001): *Epilepsziás gyermekek sebészeti kivizsgálása és kezelése*. In Gyermekgyógyászat, 53 (5), 450–457.
- FRANKLIN, P.M., CROMBIE, A.K. (2003): *Live Related Renal Transplantation: Psychological, Social, and Cultural Issues*. In Transplantation, 76 (8), 1247–1252.
- G. RIZZONI, JHHE., M. BROYER, F.P. BRUNNER, H. BRYNGER, W. FASSBINDER, W. GEERLINGS, N.H. SELWOOD, G. TUFVESON, A.J. (1992): *Rehabilitation of young adults during renal replacement therapy in Europe. 1. The presence of disabilities*. In Nephrol Dial Transplant, 7, 573–578.
- GERHARDT, CA., VANNATTA, K., VALERIUS, KS., CORRELL, J., NOLL, RB. (2007): *Social and romantic outcomes in emerging adulthood among survivors of childhood cancer*. In J Adolesc Health, 40 (5), 462.e9–15.
- GERSON, AC., BUTLER, R., MOXEY-MIMS, M., WENTZ, A., SHINNAR, S., LANDE, MB., MENDLEY, SR., WARADY, BA., FURTH, SL., HOOPER, SR. (2006): *Neurocognitive outcomes in children with chronic kidney disease: current findings and contemporary endeavors*. In Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, (12), 208–215.
- GOLDSTEIN, SL GN., BURWINKLE, T., WARADY, B., FARRAH, R., VARNI JW. (2006): *Health-related quality of life in pediatric patients with ESRD*. In Pediatr Nephrol, 21 (6), 846–850.
- GÖNCZ K. (1994): *Szociális munka az egészségügy különféle területein*. In CSATÓ ZS. (szerk.): *Szociális munka és egészségügy. Tanulmányok*. Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete, Budapest.

- GYÖRGY I. (1992): *Gyermekkori epilepsziáról szülőknek*. Medicina, Budapest.
- GYÖRGY I. (2002): *Neurológia*. In MARÓDI L. (szerk.): *Gyermekgyógyászat*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 711–725.
- GYÖRGY I., KÁLMÁNCHEY R. (2000): *A gyermekkori epilepszia*. In KÁLMÁNCHEY R. (szerk.): *Gyermekneurológia*. Medicina, Budapest, 289–327.
- HALÁSZ P. (2002): *Kérdések és válaszok az epilepsziáról*. B+V Kiadó, Budapest.
- HALÁSZ P., RAJNA P. (1990): *Epilepszia*. Innomark, Budapest.
- HALÁSZ P., SITKU V. (1997): *Az epilepsziával élők rehabilitációjának aktuális kérdései*. In *Rehabilitáció*, 7 (3), 115–119.
- HARANGI F., LŐRINCZY K., LÁZÁR A., ÖRKÉNYI M., ADONYI M., SEBŐK B. (2007): *Prevalence of childhood asthma in Baranya County, Hungary: two surveys over 3 years*. In *Orv Hetil*, 148 (35), 1643–1648.
- HÁRDI I. (1987): *Pszichológia a betegágnál (Orvos, nővér és a beteg)*. XVII. fejezet: *A gyermek, a betegség és a kórház*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 222–235.
- HÁRDI I. (1995): *Pszichológia a betegágnál*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 41.
- HAUSER, P.: *Gyermekkori malignus daganatos betegségek a háziorvosi gyakorlatban*. In *Hippocrates-családorvosi és foglalkozás-egészségügyi folyóirat*, 3 (4)
- HERJAVECZ I. (szerk.) (2001): *Az asthma bronchiale diagnosztikája és terápiája. A Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégium Ajánlása*. In *Medicina Thoracalis*, 54, 83.
- HERJAVECZ I., BÁNKÚTI B., CSOMA ZS. (2006): *Súlyos, terápiaerezisztens asthma bronchiale*. In *LAM*, 16 (12), 1033–1041.
- HORVÁTH Á. (1998): *Az epilepsziával élők rehabilitációjának akadályai*. In *Rehabilitáció*, 8 (2), 110–113.
- ITTZÉSNÉ N.B., BOBOK I. (1993): *Személyiségváltozás a krónikus veseelégtelenség különböző stádiumaiban*. In *Gyermekgyógyászat* (3), 200–203.
- IUVONE, L., MARIOTTI, P., COLOSIMO, C., GUZZETTA, F., RUGGIERO, A., RICCARDI, R. (2002): *Long-term cognitive outcome, brain computed tomography scan, and magnetic resonance imaging in children cured for acute lymphoblastic leukemia*. In *Cancer*, 15;95(12), 2562–2570.
- JANSZKY J. ÉS MTSAI (2001): *Műtéttel gyógyítható epilepszia – összefoglaló tanulmány*. In *Orvosi Hetilap*, 142 (30), 1597–1604.
- JÁRAY J. (2004): *Veseátültetés*. In KAKUK GY. (szerk.): *Klinikai nephrológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- JERNEY J. (1998): *Az epilepszia*. In ASZMAN A. (szerk.): *Az iskola-egészségügy kézikönyve*. Anonymus, Budapest.
- KÁLMÁN ZS., KÖNCZEI GY. (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó, Budapest.
- KASSAY M. (1999): *Új szemlélet az epilepsziás gyermekek gondozásában*. *Gyógyhírek*, Budapest.

- KÓBOR J. (2006): *Az epilepsziák kezelésének és gondozásának elvei*. In Magyar Orvos, (12), 27–28.
- KOVÁCS J., RÉTHELYI J. (2004): *A fogyatékoság jelensége a bioetikában*. In ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest.
- KRAL, MC., BROWN, RT., HYND, GW. (2001): *Neuropsychological aspects of pediatric sickle cell disease*. In Neuropsychol Rev, 11 (4), 179–196.
- MÉREI F., BINÉT Á. (1981): *Gyermeklélektan*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest, 38–40.
- MIRNICS ZS. (1998): *Az OPNI HIETE Epilepszia Centrum epilepsziával élők életminőségét és megküzdését vizsgáló kutatásának eredményei és gyakorlati tanulságai*. In Rehabilitáció, 8 (2), 98–101.
- MOLNÁR-VARGA M., REUSZ GY., SALLAY P., PÁSZTHY B., NOVÁK M. (2007): *The link between ESRD and learning disabilities*. 14th Congress of International Pediatric Nephrology Association 31 Aug-04 Sep 2007, Budapest, Hungary. In International Journal of Pediatric Nephrology, 22 (9), 1541.
- NEMES L. (2000): *A bennünk élő gyermek*. Filum Kiadó, Debrecen.
- NEUWIRTH M. ÉS MTSAI (2005): *A gyermekkori epilepsziák gyógyszeres kezelése*. In Gyermekgyógyászat, 56 (1), 33–41.
- NIKL J. (1996): *Epilepsziás gyermekek és serdülők életminősége*. In Ideggyógyászati Szemle, 49 (3), 265–271.
- ODOR A. (1998): *A védőnő lehetőségei és szerepe az iskolai egészségvédelemben*. In ASZMAN A. (szerk.): *Az iskola-egészségügy kézikönyve*. Anonymus, Budapest.
- OHTA, T MO., TAKAHASHI, K., HATTORI, M., SHISHIDO, S., WADA, N., GOTOH, Y., YANAGIHARA, T., HASEGAWA, A., SAKANO, T. (2006): *Kidney transplantation in pediatric recipients with mental retardation: clinical results of a multicenter experience in Japan*. In Am J Kidney Dis, 47 (3), 518–527.
- ORMAI S. (1996): *Élettan-kórélettan*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 74.
- PALLAPIES D. (2006): *Trends in childhood disease*. In Mutat Res, 28;608 (2), 100–111.
- PAPP Z. (szerk.): *Klinikai genetika*. Golden Book Kiadó, Budapest.
- PEGELOW, CH., WANG, W., GRANGER, S., HSU, LL., VICHINSKY, E., MOSER, FG., BELLO, J., ZIMMERMAN, RA., ADAMS, RJ., BRAMBILLA, D. (2001): *STOP Trial: Silent infarcts in children with sickle cell anemia and abnormal cerebral artery velocity*. In Arch Neurol, 58 (12), 2017–2021.
- PEJA M. (1993): *A miskolci gyermekrehabilitációs osztály 10 éves komplex rehabilitációs tevékenysége*. In Gyermekgyógyászat (5), 419–420.
- PEJA M., VELKEY L., KIRÁLY K. (1992): *A „kórházi iskola” célja és feladata*. In Gyermekgyógyászat (2), 139–141.

- QVIST, E NV., APAJASALO, M., RONNHOLM, K., JALANKO. H., ALMQVIST, F., HOLMBERG, C. (2004): *Psychosocial adjustment and quality of life after renal transplantation in early childhood*. In *Pediatr Transplant*, 8 (2), 120-125.
- RAJNA P. (1996): *Epilepszia. Családorvosok és klinikai társszakmák számára*. Springer, Budapest.
- RAJNA P. (1998): *Epilepsziás tünetek megítélése a gépjárművezetői alkalmasság szempontjából*. In *Rehabilitáció*, 8 (2), 105–108.
- REDDICK, WE., SHAN ZY., GLASS, JO., HELTON, S., XIONG, X., WU, S., BONNER, MJ., HOWARD, SC., CHRISTENSEN, R., KHAN, RB., PUI, CH., MULHERN, RK. (2006): *Smaller white-matter volumes are associated with larger deficits in attention and learning among long-term survivors of acute lymphoblastic leukemia*. In *Cancer*, 15;106 (4), 941–949.
- REITER-PURTILL, J., VANNATTA, K., GERHARDT, CA., CORRELL, J., NOLL, RB. (2003): *A controlled longitudinal study of the social functioning of children who completed treatment of cancer*. In *J Pediatr Hematol Oncol*, 25 (6), 467–473.
- REYNOLDS, JM., GARRALDA, ME., POSTLETHWAITE, RJ., GOH, D. (1991): *Changes in psychosocial adjustment after renal transplantation*. In *Arch Dis Child* 66 (4), 508–513.
- REYNOLDS, JM., MORTON, MJ., GARRALDA, ME., POSTLETHWAITE, RJ., GOH, D. (1993): *Psychosocial adjustment of adult survivors of a paediatric dialysis and transplant programme*. In *Arch Dis Child*. (1), 104–110.
- RÓZSÁNÉ CZIGÁNY E. (2004): *Pszichopedagógiai foglalkoztatás az egészségügyben*. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- SAS G. (2000): *Új lehetőségek a vashiányos anaemiák kezelésében*. In *Hippocrates: családorvosi és foglalkozás-egészségügyi folyóirat*, 2 (4), 228–231.
- SCHATZ, J., MCCLELLAN, CB. (2006): *Sickle cell disease as a neurodevelopmental disorder*. In *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 12 (3), 200–207.
- SHAFIQ, M. AND CO. (2007): *Epilepsy: Public knowledge and attitude in a slum area of Karachi, Pakistan*. In *Seizure*, 16 (4), 330–337.
- SOLIDAY E KE., LANDE MB. (2000): *Psychosocial adjustment in children with kidney disease*. In *J Pediatr Psychol*, 25 (2), 93–103.
- SZABÓ L. (2002): *Vesebetegek gyermekek rehabilitációja*. In POLNER K. (szerk.): *Vesebetegek rehabilitációs kézikönyve*. Nephrocentrum Alapítvány, 239–250.
- SZUPERA Z. (2004): *Az epilepszia gyógyszeres kezelése*. In *Ideggyógyászati Szemle*, 57 (3), 174–188.
- TARAZI, RA., GRANT, ML., ELY, E., BARAKAT, LP. (2007): *Neuropsychological functioning in preschool-age children with sickle cell disease: the role of illness-related and psychosocial factors*. In *Child Neuropsychol*, 13 (2), 155–172.

VOLENTICS A. (2001): *Kórházpedagógia (szócikk)*. In MESTERHÁZI ZS. (szerk.): *Gyógy-pedagógiai lexikon*. ELTE BGGYFK, Budapest, 118–119.

WANG, WC. (2007): *Central nervous system complications of sickle cell disease in children: an overview*. In *Child Neuropsychol*, 13 (2), 103–119.

Vargáné Molnár Márta tanársegéd

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Tanulásban Akadályozottak és Értelmileg Akadályozottak Pedagógiája Tanszék
1097 Budapest, Ecseri út 3.

Sinkó Edina gyógypedagógus (logopédus) ELTE Bárczi Gusztáv Gyakorló Általános
Iskola és Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény
1071 Budapest, Damjanich u. 41–43.

Tóth Adrienn gyógypedagógus (mozgásnevelő), főiskolai gyakorlatvezető
Mozgásjavító Általános Iskola
Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény és Diákotthon
1145 Budapest, Mexikói út 60.

MESTERHÁZI ZSUZSA MUNKÁSSÁGA

EREDMÉNYEK (1958–2006)

Gyakorlati eredmények

1958–64: A legelső hazai korai fejlesztő csoport létrehozása állami gondozott, fogyatékos kisgyermekek számára; gyógypedagógiai diagnosztikai és fejlesztő munka végzése, a Brunet-Lèzine francia gyermekfejlődési teszt adaptációjának előkészítése. (Fővárosi Csecsemőotthonok Központja, Budapest, VI. Kmetty u. 10.)

1966–1970: A legelső bejárásos fővárosi gyógypedagógiai óvoda létrehozása értelmi fogyatékos gyermekek számára (Budapest, VII. Dohány u. 65.). Az óvoda szakmai programjának kidolgozása, gyakorlati gyógypedagógiai munka végzése.

1971–75: Enyhén értelmi fogyatékos gyermekek gyógypedagógiai iskolájában (Budapest, V. Alkotmány u. 23.) igazgatói munkakörben az integrált nevelés kezdeteinek bevezetése: közös szabadidős programok: zene, sport, táborozás stb. az V. kerület általános iskoláival.

1978/79: A németországi (NDK) Sommerfeldben a Hellmuth-Ulrici Klinikán egy rehabilitációs osztály létrehozásának szakmai irányítása értelmi fogyatékos, autista, súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek és fiatalok (35 fő) számára. Feladat: a szakmai program és az osztály működési rendjének kidolgozása, csoportos és egyéni fejlesztő foglalkozások vezetése, a munkatársak (pedagógusok, gondozó személyzet) felkészítése a fejlesztő munkába való bekapcsolódásra.

Képzésfejlesztési eredmények

1989–1996: A gyógypedagógus-képzés reformja keretében tanszékvezetőként és szakfelelősként a „Tanulásban akadályozottak pedagógiája” szak létrehozása, a tantervfejlesztő munkacsoport irányítása. Az első képzési ciklus szakmai irányítása. A szak azóta is működik, jelenleg az ELTE BGGYFK-n, illetve néhány éve további három hazai egyetemen, igen nagy létszámú hallgatósággal.

1991–1996: Nemzetközi TEMPUS-projekt keretében a Waldorf-pedagógiai tanártoábbképzés bevezetése elsőként, hazai felsőoktatási intézményben. A 480 órás továbbképzés tantervének, indítási dokumentumainak kidolgozása. Az akkreditáció megújítása 2004-ben ismét megtörtént. A diplomás pedagógusok számára meghirdetett továbbképzés folyamatos működik jelenleg is, csoportonként mintegy 45-50 fővel.

1996–2004: Az egyetemi szintű „Gyógypedagógia” szak alapításának és indításának (különösen a tantervének) kidolgozását végző munkacsoport irányítása. A szakindítás engedélyezése megtörtént. A BCGYFK-n 2004-ben az esti tagozaton, 2005-ben a nappali tagozaton is megindult a gyógypedagógusok egyetemi szintű képzése.

1998–2003: Az európai szintű nemzetközi diplomát adó „Integratív gyógypedagógia” szak BA és MA szintű tantervét és képesítési követelményeit kidolgozó nemzetközi képzésfejlesztésben (német kezdeményezésre, magyar és finn partnerekkel) a magyar munkacsoport irányítása. A képzés németországi akkreditációja megtörtént, a képzés 2003-ban megindult (Evangelische Fachhochschule Darmstadt).

Tudományos eredmények

1980–1988: A nehezen tanuló gyermekek tanulási képességének vizsgálata különböző tudományos kutatási pályázati források támogatásával. A munka eredménye: megvédett kandidátusi disszertáció (1991) és tankönyv a gyógypedagógus-képzés számára („A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése”. ELTE BCGYTF, Budapest, 1998.)

1981–1989: A gyógypedagógiai terminológia terén végzett kutató-fejlesztő munka. Részvétel abban a nemzetközi kutatócsoportban, amely kidolgozta (a berlini Humboldt Egyetem irányításával és további 5 ország szakembereinek közreműködésével) a gyógypedagógia/rehabilitációtudomány összehasonlító enciklopédiáját. Ennek a munkának a továbbfejlesztésével készült el 24 gyógypedagógiai szakember közreműködésével a Pedagógiai Lexikonban közölt 105 gyógypedagógiai szócikk (Pedagógiai Lexikon, Keraban Kiadó, 1996. Gyógypedagógiai szakszerkesztő: Mesterházi Zs., majd a Gyógypedagógiai Lexikon, ELTE BCGYFK, 2001, szerk.: Mesterházi Zs.).

1981–2005: 12 szakmai, tudományos konferencia (többségük országos, nemzetközi) megszervezésének irányítása. Például a legutóbbi 5 évben (2001–2005) az MTA Pedagógiai Bizottsága által szervezett Országos Neveléstudományi Konferenciák keretében (az MTA Gyógypedagógiai Albizottságának elnökeként) különböző témakörökben a gyógypedagógiai szimpóziumok megszervezése.

1975–2006: Publikációs tevékenység: 104 publikáció a gyógypedagógia témaköréből. A legutóbbi években néhány publikáció a gyógypedagógia tudomány meghatározása, strukturálódása, fejlődése témakörben. („A gyógypedagógia elméletképzése”. In Tágabb értelemben vett gyógypedagógia, szerk.: Zászkaliczky P. ELTE BCGYFK, 2004. 15–65. o.)

PUBLIKÁCIÓK (1972–2006)

Könyv

- BACHMANN, W. – MESTERHÁZI ZS. (HRSG.) (1990): *Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik*. Justus Liebig Universität, Institut für Heil- und Sonderpädagogik. Giessen, p. 333
- MESTERHÁZI ZS. (ÉS MTSAI) (1998): *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. BGGYTF, Budapest, p. 235
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (2001): *Gyógypedagógiai Lexikon*. (másodközlés a Pedagógiai Lexikon szócikkei alapján), ELTE BGGYFK, p. 166

Könyv/tanulmánykötet fejezet

- MESTERHÁZI ZS. (1980): *Féléves munkám a sommerfeldi Hellmuth-Ulrici Klinikán*. In PÁLHEGYI F. (szerk.): *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola IX. évkönyv*. Budapest, p. 571–594.
- MESTERHÁZI ZS. (1984): *Az iskola működési feltételeinek mérése*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola I. Oktatókutató Intézet, Budapest, p. 65–91.*
- MESTERHÁZI ZS. (1985): *Az értelmi fogyatékoság változó meghatározásainak előfordulása gyógypedagógiai nevelési dokumentumokban*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola II. Oktatókutató Intézet, Budapest, p. 185–241.*
- MESTERHÁZI ZS. (1987): *Tanulási képesség összehasonlító vizsgálata*. In PÁLHEGYI F. (szerk.): *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola tudományos közleményei. X. évkönyv*. Budapest, p. 247–257.
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *Modell a kisegítő iskolai szakkollégiumra a tanítóképző főiskolán*. In FÁBIÁN Z. (szerk.): *Új modellek a tanítóképzésben*. Tankönyvkiadó, Budapest, p. 134–145.
- MESTERHÁZI ZS. (1990): *Was Lehrer wissen sollen über lernschwache Kinder in der allgemeinen Grundschule*. In BACHMANN, W. – MESTERHÁZI, ZS. (Hrsg.): *Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik*. Justus Liebig Universität, Giessen, S. 145–152.
- MESTERHÁZI ZS. (1993): *A gyógypedagógus-képzés átalakulásáról*. In S. FARAGÓ M. (szerk.): *Tanárképzésünk megújítása*. Felsőoktatási Koordinációs Iroda, Budapest, p. 83–88.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *A gyógypedagógia mint tudomány*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, p. 39–79.

- MESTERHÁZI ZS. – GEREKEN F.-NÉ (2001): *A tanulási nehézségek – a nehezen tanuló gyermek.* In BÁTHORY Z. – FALUS I. (szerk.): *Tanulmányok a neveléstudomány köréből.* Osiris Kiadó, Budapest, p. 333–351.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *A gyógypedagógiai folyamatról.* In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia – Nevelés és terápia.* Medicina, Budapest, p. 19–40.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): „...A mélyben folyamatosan ugyanaz a bűvópatak táplálta...” *A gyógypedagógia elméletképzésének főbb irányai.* In ZÁSZKALICZKY P. – VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE BGGYTF és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, p. 15–65.
- MESTERHÁZI ZS. (2005): *A gyógypedagógia és a neveléstudomány viszonya.* (Másodközlés) In ZSOLNAI J.: *A tudomány egésze. A magyar tudomány tudománypedagógiai szemléje.* Neveléstudományok, 268. tétel. Műszaki Kiadó, Budapest, p. 256. és CD-antológia (Válogatta és összeállította: Zsolnai J.) Nemzeti Tankönyvkiadó p.
- MESTERHÁZI ZS. (2006): *Rechte behinderter Menschen in Ungarn.* In GROSSE, K.-D. – SIEBERT, H. (Hrsg.): *Rehabilitationspädagogik in interdisziplinären Kontext. Festschrift für Prof. Dr. habil. Klaus-Peter Becker.* Verlag Kovač, Hamburg, p. 123–130.
- MESTERHÁZI ZS. (2006): „Hullámverés”-vita (a tanulásban akadályozott gyermekek iskolai oktatásáról). (Másodközlés) In GERŐ ZS. – CSANÁDI G. – LADÁNYI J. (szerk.): *Mobilitási esélyek és a kisegítő iskola.* Új Mandátum Kiadó, Budapest, p. 120–125.

Konferenciakötet (előadás, absztrakt)

- MESTERHÁZI ZS. (1977): *A matematikaoktatás problémái az értelmi fogyatékosok gyógypedagógiai nevelésében Magyarországon.* In CSOCSÁNNÉ HORVÁTH E. (szerk.): *Tanulási nehézségek matematikában.* Országos Pedagógiai Intézet, Budapest, p. 67–84.
- MESTERHÁZI ZS. (1983): *Korszerű didaktikai gondolatok a kisegítő iskola új nevelési-oktatási terve alapján.* Veszprém Megyei Pedagógiai Híradó, XIII/2. p. 1–4.
- BOLLÓ B. – GEREKEN F.-NÉ – MESTERHÁZI ZS. – VASSNÉ K. E. (1982): *Videotechnika a gyógypedagógus-képzés szolgálatában.* In *Képmagnetofon alkalmazása a pedagógusképzésben és továbbképzésben.* Országos Oktatástechnikai Központ, Veszprém, p. 291–297.
- MESTERHÁZI ZS. (1986): *A tanulási képesség összehasonlító vizsgálata.* In BARKÓCZI I. (szerk.): *Magyar Pszichológiai Társaság VIII. OTK. II. Tematikus vitaanyagok.* Budapest, p. 130–133.
- MESTERHÁZI ZS. (1986): *Szocialnoje polozsenyje pricsina otsztavanyija v ucsojbe.* UNESCO konferencia. Pedagógiai Tudományok Akadémiája, Moszkva, p. 19.
- MESTERHÁZI ZS. (1990): *Kierunki rozwojn wegierskiej pedagogiki leczniczej.* In SEKOWOSKA, Z. (red.): *Teoria i praktyka pedagogiki specjalnej.* Lublin p. 35–39.

- MESTERHÁZI ZS. (1994): *Lernklinische Tätigkeit als Funktionserweiterung der Sonderschulen*. In AMREIN, CH. – ZÁSZKALICZKY, P. (Hrsg.): *Sonderpädagogik im Prozess der europäischen Integration*. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete. (VHN) Jg. 63/2. S. p. 366–369.
- MESTERHÁZI ZS. (1995): *Az Értelmi fogyatékosok kórtana c. tárgy szerepe az oligofrénpedagógusok képzésében*. In BUDAY J. (szerk.): *Emlékezés és nemzetközi tudományos konferencia a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Kórtani Tanszéke fennállásának 40. évfordulója alkalmából*. ELTE BGGYTF, Budapest, p. 65.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *Der Beitrag der ungarischen Heilpädagogik zu einer vergleichenden Forschungsinitiative zum rehabilitationspädagogischen Prozess*. In *Komplexe Rehabilitation physisch-psychisch Geschädigter – Stand und Entwicklungstendenzen*. Wissenschaftliches Kolloquium in Berlin, 22, Februar, 1991. Humboldt Universität zu Berlin, Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, p. 65–67.
- MESTERHÁZI ZS. (1999): *A gyógypedagógus hallgatók felkészítése a főiskolai képzésben a diagnosztikai ismeretekre*. In NAGYNÉ RÉZ I. (szerk.): *A szakértői bizottságok 25 éves jubileumi tanácskozása*. Pest Megyei Pedagógiai Szolgáltató Intézet, Budapest, p. 15–17.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *Veränderungen der ungarischen Heilpädagogik im Zusammenhang mit der aktuellen Gesellschaftsentwicklung*. In S. ELLGER-RÜTTGARDT et al. (Hrsg.): *Sonderpädagogik und Rehabilitation auf der Schwelle in ein neues Jahrhundert*. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete (VHN), Nr. 3., p. 296–300.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *„Nincsen bánat mélyebb nálad...” – a fogyatékos gyermek sorsa a XX. században*. In PUKÁNSZKY B. (szerk.): *A gyermek évszázada*. Osiris Kiadó, Budapest, p. 43–49.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *A gyógypedagógus személyisége és kompetenciája*. In FÖLDES T. (szerk.): *A pedagógus személyisége...* VI. Logopédiai Napok Konferencia, Sopron, p. 13–16.
- MESTERHÁZI ZS. (2001): *A gyógypedagógiai nevelés mint terápia*. Iskolakultúra XI/2. p. 29–33.
- Mesterházi Zs. (2001): *A gyógypedagógia és a neveléstudomány viszonya*. In ZSOLDOS M. (szerk.): *Magyar Tudomány Napja*. Gyógypedagógiai Szemle, különszám, p. 90–93.
- MESTERHÁZI ZS. (2002): *Gyógypedagógia és integráció. Szimpózium összefoglaló*. In KÁRPÁTI A. (szerk.): *II. Országos Neveléstudományi Konferencia: A tudásalapú társadalom pedagógiája. Program, tartalmi összefoglalók*. MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 222–223.
- MESTERHÁZI ZS. (2002): *A pedagógiai és társadalmi integrációt elősegítő szakemberek képzése nemzetközi együttműködésben*. In KÁRPÁTI A. (szerk.): *II. Országos Neve-*

- léstudományi Konferencia. A tudásalapú társadalom pedagógiája. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 227.
- MESTERHÁZI ZS. (2003): *Nemzetközi hatások a hazai gyógypedagógiában.* In Zsoldos M. (szerk.): *Gyógypedagógiai Szemle, különszám* p. 43–51.
- MESTERHÁZI ZS. (2003): *A gyógypedagógia-tudomány fejlődése. Szimpózium összefoglaló.* In BUDA A. – HOLIK I. (szerk.): *III. Országos Neveléstudományi Konferencia. Az európai tanulási tér és a magyar neveléstudomány. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 104–105.
- MESTERHÁZI ZS. (2003): *A gyógypedagógia-tudomány struktúrájának változásai.* In III. Országos neveléstudományi Konferencia. *Az európai tanulási tér és a magyar neveléstudomány. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 106.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *Spezielle Unterstützung für behinderte und gesundheitsgeschädigte Personen in Ungarn.* In SEELISCH, W. (Hrsg.): *Soziale Verantwortung in Europa.* Bogen Verlag, Darmstadt, p. 135–144.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *A kommunikáció tanulásának akadályozottsága. Szimpózium összefoglaló.* In LEHMANN M. – NIKOLOV M. (szerk.): *IV. Országos Neveléstudományi Konferencia. Tanulás, kommunikáció, nevelés. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 324–325.
- MESTERHÁZI ZS. (2005): *A gyógypedagógus-képzés átalakulása. Szimpózium összefoglaló.* In FALUS I. – RAPOS N. (szerk.): *V. Országos Neveléstudományi Konferencia. Közoktatás, pedagógusképzés, neveléstudomány. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 49–50.
- MESTERHÁZI ZS. (2005): *Európai gyógypedagógus-képzési modellek és a gyógypedagógiai kompetencia napjainkban.* In FALUS I. – RAPOS N. (szerk.): *V. Országos Neveléstudományi Konferencia. Közoktatás, pedagógusképzés, neveléstudomány. Program, tartalmi összefoglalók.* MTA Pedagógiai Bizottság, Budapest, p. 52.

Folyóiratcikkek:

- MESTERHÁZI ZS. (1977): *Számolás-mérés a kiségitő iskola 4. osztálya számára.* *Gyógypedagógia*, 22/2. p. 36–38.
- MESTERHÁZI ZS. (1981): *A kiségitő iskolai matematika órák felépítésének sajátos vonásai.* *Gyógypedagógiai Szemle*, IX/3. p. 186–190.
- MESTERHÁZI ZS. (1981): *Táplálkozási ismeretek érvényes nevelési és oktatási tervekben – lehetséges konzekvenciák.* *Gyógypedagógiai Szemle*, IX/4. p. 185–189.
- MESTERHÁZI ZS. (1985): *Folytonosság és megújulás az értelmi fogyatékosok nevelésében.* *Gyógypedagógiai Szemle*, XIII/1. p. 34–44.

- MESTERHÁZI ZS. (1987): *Schüler mit ungleichen Fähigkeiten und deren Entsprechung im Erziehungs- und Unterrichtsprozess*. Behindertenpädagogik, 26. Jg. Heft 4. S. 380–382.
- Mesterházi ZS.–VINCZÉNÉ BÍRÓ E. (1986): *Gyógypedagógiai tanárok intenzív továbbképzése*. Gyógypedagógia, 32/6. p. 161–164.
- MESTERHÁZI ZS. (1988): *A tanulási képesség összehasonlító vizsgálata*. Gyógypedagógiai Szemle, XV/1. p. 34–38.
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *A magyar oktatási reform hatása a fogyatékosok nevelésére*. Gyógypedagógiai Szemle, XXVI/2. p. 104–108.
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *Bildungsreform in der Ungarischen Volksrepublik – Auswirkungen auf die Bildung und Erziehung Geschädigter*. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universität zu Berlin. 38. p. 739–741.
- MESTERHÁZI ZS. (1990): *Vázlat a magyar gyógypedagógus-képzés holnapjáról*. Gyógypedagógiai Szemle, XVII/2. p. 140–144.
- MESTERHÁZI ZS. (1994): *A Tanulási Klinika program a tanulási problémák megelőzéséért – gyermekeknek és pedagógusoknak*. Gyógypedagógiai Szemle, XXII/2. p. 120–123.
- MESTERHÁZI ZS. (1995): *A tanulási képességről és a tanulási akadályozottságról*. Gyógypedagógiai Szemle, XXIII/1. p. 12–33.
- MESTERHÁZI ZS. (1995): *A tanulási klinika a nehezen tanuló gyermekek és iskolák szolgálatában*. Megyei Pedagógiai Körkép (Veszprém), XXV/5–6. p. 16–19.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *A tanulást elősegítő gyógypedagógiai szolgáltatások kialakulása*. Gyógypedagógiai Szemle, XXIV/1. p. 35–41.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *A gyógypedagógia kompetenciakörébe tartozó népesség megnevezése és értelmezése Magyarországon (aktuális dokumentumok és szakmai álláspontok)*. Gyógypedagógiai Szemle, XXIV/3. p. 225–227.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *Hullámverés (vitacikk a tanulásban akadályozott gyermekek iskolai oktatásáról)*. Kritika, 10. sz., p. 46–47.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *Belső és külső történések a tanulás tanulása közben*. In OROSZLÁNY P. (szerk.): *Tanít-tani*. AKG Kiadó, 1. sz., p. 56–65.
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *A tanulási klinika a nehezen tanuló gyermekek és iskolák szolgálatában*. Speciális Pedagógia (másodközlés), 3/1., p. 19–23.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A tanulási akadályozottság helye a gyógypedagógiai tipológiában*. Gyógypedagógiai Szemle, XXVI/1. p. 17–20.
- MESTERHÁZI ZS. (1999): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola szakmai értékei és intézményi érdekei*. Gyógypedagógiai Szemle, XXVII/1. p. 60–66.
- MESTERHÁZI ZS. (2001): *A különtámogatást igénylő gyermekek szükségleteinek kielégítésére felkészült pedagógusok képzésének dilemmái*. In ILLYÉS S. (szerk.): *Fogyatékos fiatalok*. Educatio 10/2. p. 255–266.
- MESTERHÁZI ZS. (2002): *Integrált nevelés a nemzetközi és a hazai oktatásszervezésben*. Gyógypedagógiai Szemle, XXX/1. p. 10–13.

MESTERHÁZI ZS. (2002): *Az emberi erőforrás átalakulása a gyógypedagógiában*. Gyógypedagógiai Szemle, XXX/4. p. 252–259.

MESTERHÁZI ZS. (2003): *A pedagógiai és társadalmi integrációt elősegítő szakemberek képzése nemzetközi együttműködéssel*. Gyógypedagógiai Szemle, XXXI/3. p. 183–186.

Bibliográfiák

MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1980): *Kutatásmódszertani témabibliográfia a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola tudományos diákkörei számára*. BGGYTF, Budapest, p. 6

MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1983): *Bibliográfia a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola oktatóinak és kutatóinak munkásságából: 1975–1981*. Művelődési Minisztérium, Budapest, p. 201

MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1981, 1982, 1983): *Tananyag-bibliográfia a gyógypedagógiai tanárszakok nappali és levelező tagozata számára I.–IV.* BGGYTF, Budapest, p. 226, 237, 227

MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1988): *Bibliográfia a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola oktatóinak és kutatóinak munkásságából: 1982–1986*. BGGYTF, Budapest, p. 190

Enciklopédia, lexikon szócikkek, fejezetek

GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (1983): *Összehasonlító szakszótár, 19. rész: Populáció*. In GORDOSNÉ SZ. A. – THEINER, CH. (Hrsg.): *Vergleichendes Fachwörterbuch, Teil 19., Sachgruppe Population*. Humboldt Universität zu Berlin, Heft 27. p. 64

GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (1983): *Összehasonlító szakszótár, 20. rész: A populáció fő sajátosságai*. In GORDOSNÉ SZ. A. – THEINER, CH. (Hrsg.): *Vergleichendes Fachwörterbuch, Teil 20., Sachgruppe: Hauptmerkmal der Population*. Humboldt Universität zu Berlin. Heft 28. p. 43

GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (és mtsai): (1984): *Összehasonlító szakszótár, 37. rész: Fizikailag-pszichikailag sérültek képzőintézményei*. In GORDOSNÉ SZ. A. – THEINER, CH. (Hrsg.): *Vergleichendes Fachwörterbuch, Teil 37., Sachgruppe: Bildungsinstitutionen für physisch-psychisch Geschädigte*. Humboldt Universität zu Berlin. Heft 29. p. 85.

GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (1985): *Összehasonlító szakszótár, 48. rész: A fogyatékosok képzésének folyamata*. In GORDOSNÉ SZ. A. – THEINER,

- CH. (Hrsg.): *Vergleichendes Fachwörterbuch, Teil 48., Sachgruppe: Bildungs- und Erziehungsprozess Geschädigter*. Humboldt Universtät zu Berlin. Heft 56. p. 38
- MESTERHÁZI ZS. (1997): *Szócikkek gyógypedagógiai témakörben a Pedagógiai Lexikon I–II–III. kötetben* (főszerk.: BÁTHORY Z. – FALUS I.): *általános gyógypedagógia; Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola; Dahlmann, R.; Eichler, L.; enyhén értelmi fogyatékosok; gyógyító nevelés; gyógypedagógia; gyógypedagógiai andragógia; gyógypedagógiai antropológia; gyógypedagógiai gerontagógia; gyógypedagógiai nevelési folyamat; gyógypedagógiai szociológia (Bánfalvy Cs.-val közösen); gyógypedagógus; kiegészítő iskola; kompenzáló nevelés; König, K.; mentálisan retardáltak; oligofrénpedagógia; oligofrénpedagógus; összehasonlító gyógypedagógia; Renker, H.; tanulásban akadályozottak; tanulásban akadályozottak gyógypedagógiája; tanulásban akadályozottak nevelési folyamata; tanulási klinika; Wegman, I.* Keraban Kiadó, Budapest.
- MESTERHÁZI ZS. (1997): *Gyógypedagógiai szócikkek (260) szakszerkesztése. Pedagógiai Lexikon I–II–III.* (főszerk.: BÁTHORY Z. – FALUS I.), Keraban Kiadó, Budapest.
- GORDOSNÉ SZABÓ A. – MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (2006): *Gyógypedagógia/Heilpädagogik/Remedial Education (Ungarn)*. In BECKER, K-P. (Hrsg.): *Vergleichendes Fachwörterbuch der Pädagogik von Personen mit biopsychosozialen Beeinträchtigungen* (Zeitdokument: 1975–1989/90) CD, Berlin

Főiskolai jegyzetek/tankönyvek és egyes fejezetek

- MESTERHÁZI ZS. (1980): *Számolás-mérés (matematika) tanítása a kiegészítő iskolában.* Tankönyvkiadó, Budapest, p. 173
- MESTERHÁZI ZS. (1985): *Nevelés az óvodai tagozaton.* In VÁGÓ É. (szerk.): *Értelmi fogyatékosok pedagógiája.* BGGYTF, Budapest, p. 29–34.
- MESTERHÁZI ZS. – TÁLAS J.-NÉ (1986): *A matematika tanítása a kiegészítő iskola alsó tagozatán.* BGGYTF, Budapest, p. 174
- MESTERHÁZI ZS. – PÁRICSKA K. (szerk.) (1988): *Enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok iskolai nevelése.* Tankönyvkiadó, Budapest, p. 208
- MESTERHÁZI ZS. (1988): *A tanulási képesség megismerése és fejlesztése.* In MESTERHÁZI ZS. – PÁRICSKA K. (szerk.): *Enyhe fokban sérült értelmi fogyatékosok iskolai nevelése.* Tankönyvkiadó, Budapest, p. 72–83.
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1996): *Diszkalkuliáról – pedagógusoknak.* BGGYTF, Budapest, p. 260
- MESTERHÁZI ZS. (1996): *A matematikai feladatmegoldások hibái – diagnosztikus eljárások, megelőzési lehetőségek.* In MESTERHÁZI ZS. (szerk.): *Diszkalkuliáról – pedagógusoknak.* BGGYTF, p. 7–16.

Kutatási témaismertetők, zárótanulmányok

- MESTERHÁZI ZS. (1988): *Tanítójelöltek felkészítése problémás gyermekek nevelésére.* Közoktatási Kutatások Titkársága, Budapest, 10. p. 45–63.
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1988): *A korrekciós nevelés átfogó tudományos megalapozása.* (The Comprehensiv Scientific Basing of Corrective Education) BGYTF, Budapest, p. 39
- MESTERHÁZI ZS. (1989): *A nehezen tanuló gyermekek tanulási képessége.* (Kandidátusi disszertáció és tézisek) BGYTF–MTA, Budapest, p. 271
- MESTERHÁZI ZS. (2005): *A speciális támogatást igénylő hallgatók segítése a felsőoktatásban c. résztema a „Segítő modellek a szociális ellátásban” c. EU5-ös kutatási keretprogramban.* (Témavezető: Ritoók Pálné), ELTE BTK, Budapest
- MESTERHÁZI ZS. – BALÁZS J. – FARKASNÉ GÖNCZI R. – HORVÁTH P. (2005): *A fogyatékos kisgyermek korai fejlesztése – a családok bevonása a gyermekek állapotának javításába c. résztema a „Segítő modellek a szociális ellátásban”. EU5-ös kutatási keretprogramban.* (Témavezető: Ritoók Pálné), ELTE BTK, Budapest

Képzésfejlesztési dokumentumok, tanulmányok

- MESTERHÁZI ZS. (és mtsai): *Kisegítő iskolában tanító oligofrénpedagógia szakos gyógypedagógusok intenzív továbbképzési programja.* (Kézirat) BGGYTF, Budapest, p. 40
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1993): *Oligofrénpedagógia, Tanulásban akadályozottak tanári és terapeuta szakirány tanterve.* In TORDA Á. (szerk.): *A gyógypedagógus-képzés reformja.* (Kézirat) BGGYTF, Budapest, p. 36–40.
- MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (1993): *A gyógypedagógus-képzés képesítési feltételei.* In SZALAMIN E. (szerk.): *Képesítési követelmények a bölcsészettudományi szakágban.* JATEPRINT, Budapest, p. 130–150.
- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1997): *Képesítési követelmények a főiskolai szintű gyógypedagógiai tanár- és terapeutaképzésben és az egyetemi szintű okleveles gyógypedagógus-képzésben.* (Kézirat) BGGYTF, Budapest, p. 68
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A gyógypedagógus-képzés és a tanítóképzés együttműködésének tapasztalatai.* In SCHABLAUERNÉ KERTÉSZ K. (szerk.): *A tanítók és óvodapedagógusok felkészítése a fogyatékos gyermekek fejlesztésére.* Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola tudományos közleményei, Kaposvár, p. 5–15.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *Az óvodapedagógus- és tanítóképzésben gyógypedagógiai ismereteket oktatók felkészítése és továbbképzése.* In SCHABLAUERNÉ KERTÉSZ K. (szerk.): *Gyógypedagógiai ismeretek a tanító- és óvodapedagógus képzésben.* Csokonai Vitéz Mihály Tanítóképző Főiskola, Kaposvár, p. 21–25.

Iskolai tankönyvek, sorozatszerkesztés

- BŐDÖR J. – GOSZTONYI J.-NÉ – MESTERHÁZI ZS. (1976): *Számolás-mérés a kisegítő iskola 4. osztálya számára*. Tankönyvkiadó, Budapest, p. 195
- MESTERHÁZI ZS. (sorozatszerk.) (1999, 2000, 2001): TÖLGYSZÉKY GY.-NÉ: *A tantervtől a tanítási óráig*. TÁLAS J.-NÉ: *Életvitel és gyakorlati ismeretek. Matematika*. TÖLGYSZÉKY GY.-NÉ: *Ember és természet*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, p. 83, 96, 89

Útmutatók

- MESTERHÁZI ZS. (1972): *Gyógypedagógiai szempontok, tanácsok a retardált gyermekek neveléséhez, oktatásához*. In GÁSPÁRNÉ ZAUNER É. (szerk.): *Útmutató az 1. osztályosok kísérleti kompenzáló neveléséhez*. Országos Pedagógiai Intézet, Budapest, 36–54.
- MESTERHÁZI ZS. (1978): *Legyen részese mindennapi életünknek!* In RADVÁNYINÉ H. O. (szerk.): *Segítsük őket! Útmutató az értelmi fogyatékos gyermekeket nevelő szülőknek nyújtandó nevelési tanácsokhoz*. Művelődési Minisztérium, Budapest, p. 95–97.
- MESTERHÁZI ZS. (2001): *A tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelése és oktatása. Útmutató a szülőknek*. In CSÁNYI Y. (szerk.): *Értelmileg és tanulásban akadályozott gyermekek integrált nevelése és oktatása*. ELTE BGGYFK, Budapest, p. 55–74.

Háttér tanulmányok

- MESTERHÁZI ZS. (2002): *A speciális oktatás és az integráció*. (Kézirat, készült az Országos Közoktatási Intézet felkérésére, a *Speciális igények és egyenlőtlenségek c. könyvfejezethez*. p. 20) (Fejezetszerk.: CZACHESZ E. – RADÓ P., p. 349–376.) In HALÁSZ G. – LANNERT J. (szerk.): *Jelentés a magyar közoktatásról 2003*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest, p. 349–376.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *A gyógypedagógus-képzés helyzete*. (Kézirat, készült az Országos Közoktatási Intézet felkérésére, a „Jelentés a magyar pedagógusképzésről” c. munkaanyag számára.) OKI, p. 16
- MESTERHÁZI ZS. (2005): *A gyógypedagógus-képzés szerkezetének átalakulása néhány európai főiskolán és egyetemen – a kétciklusos képzésre való áttérés szabályozása*. (Kézirat, készült a HEFOP 3.3.1. alprojekt keretében.) BGGYFK, Budapest, p. 16

Interjúk

- MESTERHÁZI ZS. (kérdőző: Fehérvári A.) (2000): *A felsőoktatás integrációja*. *Educatio* (Felsőoktatás, tömegoktatás). 9/1. p. 124–130.
- MESTERHÁZI ZS. (kérdőző: Madarász G. I.) (2001): *Várják diplomásainkat*. *Magyar Felsőoktatás*. 1–2. sz. p. 6–7.
- MESTERHÁZI ZS. (kérdőző: Marikovszky A. – Tóth N.) (2002): „Az ember saját mestere kell legyen!” In OROSZLÁNY P. (szerk.): *Taní-tani*. p. 190–206.
- MESTERHÁZI ZS. (kérdőző: Bánfalvy Cs. – Szauder E.) (2006): *Visszaemlékezés gyógy-pedagógiai pályámra*. In BÁNFALVY CS. – SZAUDER E. – ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *Gyógypedagógus-történetek. Beszélgetések a magyar gyógypedagógia félmúltjáról*. ELTE BGCYFK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, p. 143–177.

Megemlékezések

- MESTERHÁZI ZS. (1999): *Visszatekintés*. *In memoriam dr. Göllesz Viktor*. (Elhangzott: 1999. április) *Gyógypedagógiai Szemle*, XXVII/2. p. 81–84.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *Búcsú László Andrástól*. (Elhangzott: 2000. január) *Gyógy-pedagógiai Szemle*, XXVIII/1. p. 49–50.
- MESTERHÁZI ZS. (2001): *Tiszteletteljes emlékezés a „jelenlevő” Illyés Sándorra*. (Elhangzott: 2001. október) *Gyógypedagógiai Szemle*, XXIX/4. p. 241–246.
- MESTERHÁZI ZS. (2002): *Illyés Sándor*. (Nekrológ) *Magyar Pszichológiai Szemle*, LVII/2. p. 359–370.
- MESTERHÁZI ZS. (2003): *Gaál Éva emlékére*. (Elhangzott: 2002. augusztus) *Gyógy-pedagógiai Szemle*, XXXI/1. p. 68–71.

Recenziók

- MESTERHÁZI ZS. (1996): *Urs Haebelin: Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft*. (Verlag Paul Haupt, Bern, Stuttgart, Wien, 1996, p. 383). *Gyógypedagógiai Szemle*, I. rész: XXIV/2., p. 149–154.; II. rész: XXIV/3., p. 232–237.; III. rész: XXIV/4., p. 311–316.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *Csocsán, Emmy és mtsai: MATEK – más szemmel. Vak gyermek az osztályban. Tanári kézikönyv a matematika tanításához. (MATHE – mit anderen Augen „gesehen”. Schildts Förlags, Dortmund/Helsinki, 2003)*. *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXIII/2. p. 151–153.
- MESTERHÁZI ZS. (2004): *Szücs Marianna: Esély vagy sorscsapás? A hiperaktív, figyelemzavarral küzdő gyermekek helyzete Magyarországon. (Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003)* *Gyógypedagógiai Szemle*, XXXII/3. p. 227–229.

Alternatív (Waldorf-) pedagógia

- MESTERHÁZI ZS. (szerk.) (1994): *Waldorfpädagogik in Ungarn*. (Kézirat) Waldorf-TEMPUS, Budapest, p. 28
- MESTERHÁZI ZS. (1997): *Gyermekmegfigyelés*. In OROSZLÁNY P. (szerk.): *Tanít-tani* 2. sz. p. 66. és 3. sz. p. 80.
- MESTERHÁZI ZS. (1998): *A Waldorf-pedagógia korszerűsége az ezredfordulón*. In PUKÁNSZKY B. (szerk.): *Pedagógiák az ezredfordulón*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, p. 31–52.
- MESTERHÁZI ZS. (2000): *Az individualitás és az öröklés kapcsolata a steineri pedagógiában*. In BALOGH L. (szerk.): *A jezsuita szabályzatoktól napjainkig. Neveléstörténeti füzetek 18*. OPKM, Budapest, p. 73–81.
- MESTERHÁZI ZS. (és mtsai) (2004): *Bevezetés a Waldorf-pedagógiába c. 480 órás pedagógus-továbbképző tanfolyam akkreditált programja*. (Kézirat) BGGYFK, Budapest, p. 42

Egyéb

- FEKETE GY. – MESTERHÁZI ZS. (1974): *Miskolci kísérlet*. Művészet 14/12. p. 40–41.
- MESTERHÁZI ZS. (1979): *Az ILSMH 7. világtalálkozója*. Gyógypedagógiai Szemle VII/1–2. p. 145–150.
- MESTERHÁZI ZS. (1981): *Megértő, felelősségteljes közreműködéssel*. Hallássérültek Lapja. 6. sz. p. 3.
- Mesterházi Zs. (1990): *A szabad iskola és az állam*. (Az „Europäisches Forum für Freiheit im Erziehungs- und Bildungswesen” megalapítása Wittenben) Országépítő, 2. sz. p. 51–52.
- MESTERHÁZI ZS. (1993): *A EFFE (Europäisches Forum für Freiheit im Erziehungs- und Bildungswesen) kollokvium Prágában*. Pedagógusképzés, 1. sz. 206–212.
- MESTERHÁZI ZS. (1995): *A 31. Dozenttagungról (Zürich)*. Gyógypedagógiai Szemle, XXIII/2. p. 136–138.
- BALÁZS J. – MESTERHÁZI ZS. (2005) (szerk.): *Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar/Bárczi Gusztáv Faculty of Special Education Eötvös Loránd University. (Ismertető füzet) ELTE BGGYFK, Budapest, p. 13*
- MESTERHÁZI ZS. (2006): *A gyógypedagógiai diagnosztikai munkát segítő alapfogalmak: osztályozási rendszerek – állapotleíró fogalmak*. In ZSOLDOS M. (szerk.): *Pedagógiai vizsgálat a komplex diagnosztikai eljárás keretében a nevelési tanácsadók és szakértői/rehabilitációs bizottságok számára*. Oktatási és Kulturális Minisztérium és Fogyatékos Gyermekekért Közalapítvány. Budapest.

MESTERHÁZI ZS. (2006): *Die Heilpädagogik in Wissenschaftssystem aus ungarischer Sicht*. In: Internationale und vergleichende Heil- und Sonderpädagogik (Hrsg.: Albrecht, F.–Bürli, A.–Erdélyi, A.) Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn, 93–102.