

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

A MAGYAR GYÓGYPEDAGÓGUSOK  
EGYESÜLETÉNEK FOLYÓIRATA

2022 – L. évfolyam

1

# GYÓGYPEDAGÓGIAI SZEMLE

*A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének folyóirata*

**Alapító-főszerkesztő:**

**Főszerkesztő:**

**Tervezőszerkesztő:**

**Szerkesztőbizottság:**

Gordosné dr. Szabó Anna

Virányi Anita

FORENO Nonprofit Kft.

Csányi Yvonne

Farkasné Gönczi Rita

Gereben Ferencné

Lénárt Zoltán

Mohai Katalin

Stefanik Krisztina

Szekeres Ágota

**Digitális megjelenés:**

[www.gyogypedszemle.hu](http://www.gyogypedszemle.hu)

**Szerkesztőségi titkár:**

Szekeres Szabolcs ([gyogypedszemle@gmail.com](mailto:gyogypedszemle@gmail.com))

**A szerkesztőség elérhetősége:** [gyogypedszemle@gmail.com](mailto:gyogypedszemle@gmail.com)

**Megvásárolható:**

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

HUISSN0133-1108

**2022. január–március**

Felelős kiadó:

Reményi Tamás – Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete  
1071 Budapest, Damjanich u. 41-43. ([remenyi.tamas@barczi.elte.hu](mailto:remenyi.tamas@barczi.elte.hu))

Postacím: 1476 Budapest, Pf. 78.

Web: [www.magye-1972.hu](http://www.magye-1972.hu)

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Hírlap Üzletága

1089 Budapest, Orczy tér 1.

Előfizethető valamennyi postán, kézbesítőnél,

e-mailen: [hirlapelofizetes@posta.hu](mailto:hirlapelofizetes@posta.hu), faxon: 06-1/303-3440

További információ: 06 80/444-444

Egy szám ára: 1400,-Ft

Indexszám: 25359

Megjelenik negyedévenként.

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

## **NYOMDA:**

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

Felelős vezető: Major Lajos ügyvezető igazgató

# A GYÓDPEDAGÓGIA TÖRTÉNETE

ELTE Bárczy Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet

## A gyógypedagógiai folyamat nevelési és terápiás összefüggései – a nevelési terápia alapkérdései a neveléstudomány diszciplináris rendszerében

GEREBEN FERENCNÉ

[gerebenkati@gmail.com](mailto:gerebenkati@gmail.com)

---

### ABSZTRAKT

A nevelés és a terápia a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat két meghatározó dimenziója, amelyek a 21. század gyógypedagógiájában új megközelítést igényelnek. Tanulmányunkban ennek összefüggérendszerét klinikai nézőpontból tárgyaljuk. Bemutatjuk a nevelési terápia alapkérdéseit a különleges bánásmódot igénylő tanulók individuális megsegítésében. Segíteni kívánjuk azt a közös gondolkodást, amely a gyógypedagógia jövőképeként formálódására, a pedagógus-terapeuta viszony tisztázására irányul, felhasználva az ELTE BGGYK Gyógypedagógia mesterképzési szakon szerzett kutatási és oktatási tapasztalatokat.

**Kulcsszavak:** edukációs modell, nevelési terápia, klinikai szemlélet, felsőoktatás, gyógypedagógia

---

### ELŐSZÓ

*„A lélektan és a neveléstudomány első nagy találkozása a gyermeki lét különösségének és a gyermekkor máságának felismerését eredményezte.”  
(Illyés, 1994, p. 11.)*

*Tanulmányunkkal dr. Illyés Sándorra (1934.05.16-2001.10.04) is emlékezünk, aki húsz éve nincs közöttünk. Felvetései, előremutató gondolatai ma is aktuálisak. A Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének hagyományai közé tartozik, hogy éves konferenciáin megemlékezik a gyógypedagógia jeles személyiségeiről, munkásságuk meghatározó szerepéről szakmai életünk szempontjából. A pandémia megszakította ezt a folyamatot. Hivatkozásunk a témával összefüggésben erre jó alkalmat kínál.*

### BEVEZETÉS

Lapunk korábbi számaiban 2013-ban és 2020-ban foglalkoztunk már a gyógypedagógia jövője szempontjából lényeges kérdésekkel, amelyeket szakmatörténeti és képzési aspektusból, hangsúlyosan klinikai nézőpontból közelítettünk meg (Gereben, 2013; Gereben, 2020a; Gereben 202b).

Jelen tanulmányunk a korábban közzétett anyagok folytatásának tekinthető, újabb megközelítés alapján. A téma alapvetően elméleti megalapozottságú, ami a gyakorlatban dolgozó szakemberek

számára nem mindig vonzó. A klinikai nézőpont azonban, s ennek részeként a terápia kérdése a gyógypedagógiai tevékenységben a gyakorlattól elválaszthatatlan. Ha mindezek „elvarratlan szálként” élnek tovább, olyanok leszünk, mint a ház lyukas tetővel. Közleményünkben törekszünk az ismétlődések kerülésére a téma korábban érintett kérdéseivel kapcsolatban, de ez bizonyára nem minden esetben lesz sikeres. Az olvasónak ezért érdemes az elmondottakat a lábjegyzetben hivatkozott anyagokkal együtt áttekinteni – a közös gondolkodás szándékát szem előtt tartva.

A gyógypedagógia ismeretrendszerének differenciálódása, a megsegítést igénylők körének és a szükségletalapú szolgáltatások iránti igénynek a növekedése erős kényszer arra, hogy hangsúlyosabban foglalkozzunk a gyógypedagógia identitását és jövőképét érintő olyan kérdésekkel, amelyek korábban is felmerültek. Be kell látni, hogy ezek az elmúlt időszakban a kelletténél is jobban háttérbe szorultak. Többet ezek közül – ahogy a jelzett közleményekből is kitűnik – hosszabb ideje hordozunk magunkkal. A képzésfejlesztés nagy tanulsága, hogy több olyan tényezőre hívta fel a figyelmet a mögöttünk hagyott évtizedekben, amelyeknek nem elsősorban tanterv-technikai, hanem szakmai-tartalmi vonatkozásai igénylik a tisztánlátást. Eltekintve attól, hogy az egyes gyógypedagógiai mesterképzések szakiránya/specializációja tanári vagy terápiás besorolású, a klinikai nézőpont a nevelés, s ennek részeként hangsúlyosan a speciális nevelés egyfajta aspektusa, amely letisztult fogalomhasználatot, terápiás tudáselemeket, szakmai jogosítványokat feltételez. Nem retrospekció, hanem előretétekintés a szakmai jövőbe (Gereben Fné, 2020/a). Elbizonytalanodásunk ugyanis szakmai identitásunk gyengülését eredményezheti, jóllehet *a gyógypedagógiai tevékenység a mindennapok gyakorlatában nagy erőfeszítések kíséretében szajlik újabb képzési programok bevonásával*. A szakemberellátás hiányosságai, a köznevelési és szolgáltatási rendszer átalakulása jelzésértékű figyelmeztetés arra, hogy tisztázzunk olyan kérdéseket, amelyek távlatilag a tágan értelmezett gyógypedagógia multidiszciplináris jellegű tudáselemeit is érintik a tágan értelmezett gyógypedagógia társtudományaival összefüggésben és összehangolják a kapuit tágra nyitó nemzetközi világ kihívásaival. A tudomány azonban progresszív. Képes önmagát javítani, evidenciáit újrhangolni, s ezáltal befolyásolni a tevékenység változását. Ez a neveléstudomány esetében sem lehet másképp, különös tekintettel annak speciális „szeletére”, a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat kérdéseire (Illyés, 2004).

## A „KÜLÖNÖSSÉG” KULTÚRÁJA – ÚJRAKERETEZVE

*„A gyógypedagógiai fejlesztőmunka a rehabilitáció és rehabilitáció színterein az egyén életkorának, problémájának és a népességcsoport sajátosságainak, a beavatkozás jogi lehetőségeinek, az egyén sajátosságainak ismeretében a megnehezült társadalmi beilleszkedés körülményeinek feltárására és megváltoztatására irányuló (terápiás jellegű) beavatkozás”<sup>1</sup>*

Az elmúlt évtizedekben szembesülni kellett avval, hogy a fejlesztő munka kérdéseivel összefüggő *hagyományos szakmai megoldások mellett* – főként a rendszerváltozást követően – addig kevésbé ismert, a gyakorlati munka számára újabb fejlesztési stratégiák és működési formák jelentek meg, amelyek a szaknyelvben új fogalmak és tartalmak meghonosodásával jártak együtt (Endrődy, Svraha & F. Lassú, 2020). *A „különösség”, az elfogadás kultúrájának kiszélesedése az inkluzív és multikulturális személet megjelenése azonban nem áll ellentmondásban avval, hogy napjaink sokszínű hazai pedagógiáját klinikai aspektusból is értelmezzük*. A gyógypedagógia tevékenység klinikai ismérvei –

---

<sup>1</sup> Hivatkozás a Gyógypedagógia mesterszak képzési és kimeneti követelményeiről 18/2016 (VIII.5) EMMI rendelet alapján, amelyet a 63/2021 (XII. 29) ITM rendelet módosított.

amelyre az alábbiakban ismételten visszatérünk –, a fejlesztőmunka terápiás gyakorlati irányultsága, kompetencia kérdései, a szemlélet, a törvényalkotás, az ellátórendszer és a legitimáló tudomány ugyanis a jövőkép alakítása esetén komoly szakmai kihívásokkal szembesül. Jelen tanulmányunkban természetesen nincs lehetőségünk a témával összefüggő valamennyi részkérdés kibontására.

Korábbi felvetéseink alapján most *arra kívánunk fókuszálni, hogy a szakmai hagyományokon építkező 21. század gyógypedagógiájában kevésbé hangsúlyozott nézőpont, a nevelés klinikai szemlélete és terápiás jellege segítheti-e az individuális megsegítés, a szükségletalapú ellátás hatékonyságát – a nevelés tágran értelmezett rendszerében? Segíti-e a gyógypedagógia fejlődését, a tudomány, a gyakorlat és képzés megújulásának lehetőségét az évezredforduló kihívásaival szemben?* Többszörösen összetett, korábban felvetődött (lásd Illyés, 1995), de napjainkban különösen aktuális kérdések megválaszolásával próbálkozunk.

## PILLÉREK – A MESTERSÉG TARTÓOSZLOPAI

*A gyógypedagógiai tevékenység alappillérei, a diagnosztikus, a nevelési, a terápiás és rehabilitációs folyamat részeként a gyógypedagógus-mesterség tartóoszlopai.* Bár egymással szoros kölcsönhatásban állnak, tartalmilag jól körülhatárolható, önfejlődéssel rendelkező dimenzióknak tekinthetők (Mesterházi, 2004). Ha szembesítjük magunkat avval a korábbiakban is tárgyalt állítással, *miszerint minden olyan ismeretrendszer, tudomány, amely a diagnosztikát, a terápiát és rehabilitációt állítja középpontba – szakterületi besorolásától függetlenül – klinikai jellegűnek tekinthető,* megállapíthatjuk, hogy az egészségtudományok mellett *a multidiszciplináris társadalomtudományként értelmezett gyógypedagógiának is méltó helye van az ún. „tudományos hibridek” csoportjában* (Pléh, 2002, id. Gereben F-né 2020a, p. 149.), *társaihoz, a klinikai nyelvészethez, vagy a klinikai pszichológiához hasonlóan.* Szakmatörténeti nézőpontok ismeretének hiányában ez sokak számára kételkedést generáló, eltúlzott kijelentésnek tűnhet, mivel pedagógiai kontextusban a „klinikai jelleg” említése különösen idegenül cseng. A gyógypedagógia jövőképének formálása szempontjából azonban ennek végiggondolása egyre sürgetőbb – hivatkozva az önmagát integratív jellegű „nevelési, terápiás és rehabilitációs dominanciájú komplex embertudomány”-ként definiáló hazai nézőpontra (Gordosné, 1996; Mesterházi, 2000).

A gyógypedagógiai tevékenység művelői, attól függően, hogy tevékenységüket az ellátórendszer mely szinterein, köznevelési vagy egészségügyi intézményekben, korai, szakszolgálati vagy felnőttellátásban, szociális, vagy egyéb területen, például a rendszerváltozás után folyamatosan kiépülő alapítványi és/vagy magánszférában vagy oktatói-kutatói minőségben gyakorolják, másképpen viszonyulnak a gyógypedagógiai folyamat egyes összetevőihöz. A mindennapi gyakorlatban – kiragadott példák mentén – egy osztálytanító gyógypedagógus számára például a diagnosztika szakvélemények által közvetített vizsgálati eredmények tényszerű közlése a nevelési folyamatban; miközben teljesen más szintéren, a szakszolgálati vagy egészségügyi intézményekben állapotfeltárást végző gyógypedagógiai munka esetében hipotézisek alátámasztását mozgósító módszerek átgondolt megválasztása, differenciáldiagnosztikai ismeretek mobilizálása a fejlesztési javaslatokkal összefüggésben. A terápia és a rehabilitáció esetében is láthatunk különbségeket a nevelés egyes szinterein, habilitációs-rehabilitációs órákon, vagy a gyermek- és felnőttkori egészségügyi rehabilitációban a speciális tudáselemek alkalmazása szempontjából.

Az ismeretek rohamos gyarapodása azonban kényszerítő körülmény, hogy *„tartóoszlopainkat” önálló szakmai szerepük figyelembevételével megerősítsük, jelentőségüket a tudományos megközelítés tágabb*

*rendszerébe ágyazva áttekintsük.* Az elmúlt évtizedeket kísérő információrobbanás ugyanis olyan kérdéseket vet fel, amely nézőpontunk elemzését, áttekintését igényli. Ez pedig semmit nem von le a gyógypedagógiai folyamat egyes dimenzióit tárgyaló Mesterházi-féle eredeti okfejtés értékéből, amely *a magyar gyógypedagógia-elmélet jól átgondolt, meghatározó elemének tekinthető* (Mesterházi, 2004).

A mottóként hivatkozott Illyés-idézet közel harminc évnyi visszatekintés az időben. Az évezredforduló neveléstudományi paradigmái ismeretében (Kozma, 2001) előrevetíti az ún. *magatartás(viselkedés)tudományi, más megfogalmazásban: a pszichológiai paradigma* jelentőségét, amely *szemléletformáló és tudásközvetítő jellege miatt a neveléstudomány paradigmái között megkerülhetetlen szerepet játszik.* Ezért is használja Illyés, sajátos kontextusba ágyazva, a „tanuló neveléstudomány” kifejezést, amikor a nevesített két szakterület interdiszciplináris jellegű összefonódásának jelentőségéről beszél a sajátos nevelési igényű gyermekekkel, tanulókkal kapcsolatban (Illyés, 2001). Az idegtudományok, illetve a neuropszichológia hatására hazánkban lassan éledező neuropedagógia, a diagnosztikus eljárások megújulása, a különböző terápiás felfogások megjelenése a viselkedéstudományi paradigma mentén tágították a „tanuló neveléstudomány” kereteit. Mindezeknek azonban – sok más ismerettel együtt – illeszkedni kell a pedagógiai tudáshoz, a szemlélet átalakulásához a hatékonyabb társadalmi beilleszkedést segítő individuális fejlesztéssel összefüggésben.

Napjaink valóságában gyakran szembesülünk avval, hogy *a neveléstudomány tudáskínálata és a gyakorlat tudásszükséglete között nincs mindig összhang, emellett a pedagógiai tevékenység szemléletbeli kérdéseinek részeként az ún. „klinikai szemlélet” – annak jelenleg óhatatlanul medicínális csengése miatt – ellentmondásosan jelenik meg.* Ez a gyógypedagógiát és a többségi pedagógiát egyaránt érinti, mivel mindkét nevelési rendszer folyamatosan integrálja az emberi viselkedést befolyásoló, hatékonynak bizonyuló ismereteket. Érzékelhető a törekvés az életminőséget javító tudástartalmak, fejlesztőmunkát segítő eljárások alkalmazására, innoválására a speciális intézmények és természetesen a többségi intézmények munkájában is<sup>2</sup>. A pedagógiai tevékenység metszéspontjában álló integráció-inklúzió-szegregáció szakmai vitákat is generáló nézőpontja, életkori, intézményi, képzési és nem utolsó sorban az individualizált oktatás kérdései, bár másfajta gondolati minták alapján, elválaszthatatlanok a fenti felvetéstől (Papp, 2012). *Klinikai szemlélet hiányában az integráció és inklúzió célkitűzéseit ugyanis nem lehet hatékonyan megvalósítani. Ehhez viszont a többségi és speciális nevelés tudáskínálatának bővítésére, összehangolására van szükség.*

## **A GYÓGYPEDAGÓGIAI FOLYAMAT AKTUÁLIS KIHÍVÁSAI**

Az individuális fejlődés sajátosságainak megismerése – *a diagnosztikus folyamat részeként – a gyógypedagógiai megismerés magyar modellje, az ún. Ranschburg-féle komplex gyógypedagógiai pszichológiai modell* keretében történik. Ez – a szokásostól eltérő megfogalmazás értelmében – valójában *a magyar gyógypedagógia klinikai pszichológiai megalapozottságú megközelítése.* Abban a sajátos nemzetközi közegben formálódott a 19-20. század fordulóján, a korai akadémiai pszichológia időszakában, amely a gyógyító szerep tudományközi felértékelődésével járt együtt, s már az

---

<sup>2</sup> Gereben F-né (2017). Az egyéni fejlesztési terv készítésének sarkalatos elemei. I. Csongrád megyei Szakmai Konferencia, Szentes; Gereben F-né (2018). „A TERÁPIA alkalmazásának kérdései a gyógypedagógiai fejlesztő munkában. II. Csongrád megyei Szakmai Konferencia, Szentes.

„alapoktól” kezdődően beépült a magyar gyógypedagógiába (Ranschburg, 1909. id. Gereben 2020/b). Az életlehetőségek és utak különbözősége ellenére a „*klinikai módszer*” közös szemléleti keretbe emelte – Ranschburg Pál (1870-1945) nyomán – a hazai gyógypedagógiai pszichológiai, és kortársának, Lightner Witmernek (1867-1956) Amerikában kiteljesedő klinikai pszichológiai tevékenységét. A diagnosztikus folyamatnak természetesen része az orvosi diagnózisalkotás (lásd Mesterházi, 2004), de alapvető irányultságát a „gyógyító pedagógiai” megközelítés határozta meg, s határozza meg napjainkban is. *Amit a pszichológia differenciálódó ismeretrendszerében a klinikai pszichológia alapozott meg, az a nevelés és a pszichológia egykori „találkozásának” jóvoltából hazai szinten a gyógypedagógiai pszichológia bázisán és komplex klinikai szemléletén nyugszik.* A diagnosztika művelői a mindennapi gyakorlat szintjén érzékelik azt a tartalmi-módszerbeli változást, amely a korábban rutinszinten alkalmazott diagnosztikus eljárások rohamos megújulásával, a szűrés és állapotfeltárás (screening és assessment) egyre differenciáltabb megközelítésével járnak együtt. A sérülésminizálás sajátosságainak megismerése a diagnosztikus irányú kutatások fontos területe a szükségletalapú ellátás szempontjából. Erősíti továbbá az atipikus fejlődési sajátosságok megközelítését a fejlődépszichopatológia nézőpontjából. Az egyéni képességstruktúra feltárását segítő, új trendet képviselő neuropszichológiai, neurokognitív eljárások alkalmazásának térnyerése, kompetenciahatárainak tisztázása a diagnosztikus tevékenység külön fejezete a validált, jogtisztta eljárások alkalmazására, kutatására irányuló törekvésekkel együtt. Nagy kihívás a sokszempontú diagnosztikus folyamat vázlatosan felsorolt sajátosságainak „széttérítése”, professzionizálása a felsőoktatás, a továbbképzési és szolgáltatási rendszer különböző szinterein, hogy az újabb tudáselemek a gyakorlatban hasznosuljanak.

„*A pedagógia különböző irányzatai, a múltban és a jelenben is, eltérő megközelítéssel, eltérő tapasztalatokra támaszkodva, eltérő fogalomkészlettel értelmezik a nevelési folyamatot*” – írja Mesterházi (2004, p. 24). Ezért van szükség olyan metszéspontok felismerésére, amelyek képesek áthidalni a mögöttünk hagyott évtizedek és napjaink közös nézőpontjait, amelyek előremutató tudásbeli, szemléletbeli értékeket képviselnek a 21. század neveléstudományában is. A speciális intézmények és szakszolgálatok gyógypedagógusai, a többségi intézményekben tanuló sajátos nevelési igényű gyermekeket/tanulókat segítő utazó gyógypedagógusok és a beilleszkedési, magatartási nehézségekkel küzdő gyermekeket/tanulókat ellátó fejlesztőpedagógusok egyaránt szembesülnek a segítő tevékenység szakmai kihívásaival és megkísérlik követni a különböző irányzatok képviselőiben megjelenő újabb szakmai lehetőségeket. *Az integrációban ellátott gyermekek/tanulók száma a többségi intézményekben növekszik,* a sajátos nevelési igényű gyermekek/tanulók népességében pedig a *klinikai tapasztalatok szerint egyre gyakoribb az atipikus fejlődés nebezgen magyarázható sajátosságainak megjelenése.* Joggal merül fel a kérdés, hogy a nevelés különböző szinterein alkalmazott eszközök kellő hatékonysággal, jól szolgálják-e az individuális szükségletek kielégítését az évezredfordulót követő évtizedekben? A gyógypedagógiai rehabilitációs tevékenység értelmezése túlmutat a medicinális felfogáson. Elvezet a korai időszakban végzett, habilitációs célú fejlesztőmunkához, a speciális intézmények habilitációs-rehabilitációs tantervi óráihoz és tartalmi kereteit megújító (mozgás-, mese- vagy bazális) terápiás elemeihez, a teammunka köznevelési intézményekben jogilag szabályozatlan kérdéseihez, függetlenül az adott intézményi háttértől.

A fentiek „csokorba kötve” láttatják, hogy a 21. század gyógyító pedagógiája – a szakmai múlt értékeit hasznosítva – megfelelő válaszokat kínál az integratív jellegű ismeretrendszerért érő kihívásokra.

## „BÚVÓPATAKOK” NYOMÁBAN

*A klinikai szemlélet „tudattalan” áttörése és jól érzékelhető jelenléte jelentősen hozzájárult a pedagógiai tevékenység határainak tágításához, szemléletformálásához.* Ennek klasszikus példája – többszörös szervezeti átalakulása mellett – a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet országosan ismert oktatási és tudományos tevékenysége, amely igen gazdag, nagy múltú oktatási-képzési tradícióinak köszönhetően gyógypedagógusok generációt segítette pályára a klinikai szemlélet képviselőiben. Részlege, az egykori Vizsgáló és Tanácsadó, a gyógypedagógus-képzés részeként az ún. pszichodiagnosztika gyakorlatok rendszerével jelentősen hozzájárult a klinikai szemlélet beépüléséhez a gyógypedagógiai tevékenységbe. Az országos merítési bázisú diagnosztikus szolgáltatások kínálata, társintézményével, a Gyakorló Logopédiai Intézettel együtt ennek képviselőjét jelentette a 20. század gyógypedagógiájában. Napjainkban azonban – különös tekintettel az említett szervezeti egységeket is érintő változásokra, s nem utolsósorban új képzőhelyek és szolgáltatási formák megjelenésére – *egyre nagyobb szükség van mindezek tudományos megalapozott szakmapolitikai áttekintésére.* A gyógypedagógia klinikai irányultságának újrafogalmazása forráskutatások, valamint a sokéves klinikai és oktatói munka tapasztalatainak nyomán a „Bárczi” mesterképzésében „Gyógypedagógia” mesterszakon (gyógypedagógiai terápia szakirány/specializáció) is helyet kapott a „Klinikai gyógypedagógia” tanegységszintű innovációjában. A gyógypedagógus terápiás „jogosultságának” máig ható szakmai hullámvérési egyértelműen jelzik, hogy a szakterületeken átívelő sajátos megközelítés a neveléstudományi közegben zavart keltő (Gereben 2013 és 2020a). E felvetések szorosan összefüggenek a gyógypedagógia-tudomány jelenlegi tudományrendszertani helyzetével is (Gordosné, 1996; Mesterházi, 2000; Zászkaliczky & Verdes, 2010; Zászkaliczky, 2014), amely mind jobban a *transzdiszciplináris megközelítés* felé mutat (Gereben, 2020/b). Csak *ez önmagában egy megoldásra váró eleme a szakmai jövőkép alakításának.*

A gyakorlati tevékenység terápia-hangsúlyú megközelítését, a speciális terápiás szolgáltatásokra irányuló igények növekedését jól jelzi különböző szakembercsoportok spontán aktiválódása olyan konferenciák, képzések keretében, amelyek speciálisan a terápia kérdéseire fókuszálnak. Ennek egyik jelentős képviselője és szakmai kezdeményezője a Seneca Közhasznú Alapítvány a Dadogókért Schmidtne Balás Eszter vezetésével, akiknek két országos konferenciája és műhelymunkája példaértékűnek mondható. Kilépvén a logopédia keretei közül „A hang lelke, a lélek hangja” – művészeti terápiák a gyógypedagógiában (2017), majd az „Alternatív terápiák a gyógypedagógiában” (2019)<sup>3</sup> keretében – nagyszámú előadógárda és hallgatóság közreműködésével olyan alapkérdések tárgyalását tűzték ki célul, amelyek valójában túllépnek a szakmai közgondolkodáson és szakmafejlesztés szempontjából komoly jelzésértékkel bírnak (Novák, 2018). Mindkét rendezvény arra fókuszált, hogy:

- *„tiszttázza a gyógypedagógia viszonyát az alternatív terápiákhoz, a tevékenység tervezéséhez elméleti és gyakorlati vonatkozásban egyaránt;*
- *áttekintse a különféle terápiás lehetőségeket, illetve egyes módszerek adaptálhatóságát különböző fogvatékoságtípusok esetén;*

---

<sup>3</sup> A Seneca Alapítvány a dadogókért országos konferenciái 2017-ben, majd 2019-ben.



- *vázolja a különböző terápiás módszerek közötti kapcsolódás, átjárhatóság lehetőségeit és a további fejlődés irányát;*
- egyfajta „seregszemleként” *bemutatózási lehetőséget biztosítson* az egyes műhelyekben dolgozó teamek számára
- *teret biztosítson a szakmaközi összefogásra, egymás munkájának szervezeti és tartalmi megismerésére, ezáltal a szakmai fejlődésre”* <sup>4</sup>.

A fentiekben túl meg kell említeni az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar „gyógyTEA” sorozatát, amely két tanéven keresztül a TERA-sorozat színes programkínálata keretében nyújtott tájékoztató lehetőséget hallgatók és érdeklődő szakemberek számára.

Már hagyománynak tekinthető az ELTE BGGYK Továbbképző Központjának évek óta nagyszámú érdeklődőt mozgósító Sindelar-terápia tanfolyama. A gyógypedagógusokon kívül ez főként óvodapedagógusok és tanítók számára nyújt lehetőséget a képességzavarok egyfajta speciális terápiájának megismerésére. Érdemes lenne kutatási szinten is betekintést nyerni, hogy mennyiben járult hozzá a mindennapi pedagógiai gyakorlattól jelentősen eltérő ismeretek megszerzése a nevelés és terápia összehangolásához a többségi pedagógia gyakorlatában. Nem maradhat ki a felsorolásból – sok más példaértékű egyéb kezdeményezést nélkülözve – az ELTE Gyakorló Óvoda és Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény évtizedek óta folyó szakmai tevékenysége. A logopédiai óvodai csoportok programjába implementált Frostig-koncepció sok éves alkalmazása jól mutatja a gyógypedagógiai folyamat bázisán szerveződő óvodapedagógiai munka hatékonyságát, az Óvodai Nevelési Alapprogrammal összehangolt terápiás szemléletű nevelőmunka jelentőségét (Vajdáné Kutas, 2021).

Saját szakterületünkön túllépve – kiragadott, előremutató példaként fontos megemlíteni – az ELTE Innovációs Központ ún. „Üzleti Reggeli” programját 2021 szeptemberében. Az ELTE Tanító- és Óvóképző Karának, mint tématerületi koordinátornak a kezdeményezésére „Középpontban a disz kalkulia” címmel életre hívott program a „klinikum, az üzleti szféra, a tudásközpontok, az egyetemi világ, a szakellátás” bevonásával tudományos és innovatív megközelítésben a „különösség” problémáját veti fel interdiszciplináris megközelítésben – egyedi módon, a matematikatanítás területén.<sup>5</sup> A képzőhelyek tevékenysége mellett államilag támogatott jelentős pályázati források felhasználásával valójában ezt a személetet képviselte a néhai Educatio Kht., amikor szerzői csoportok közreműködésével életre hívta a „Diagnosztikus protokollok kézikönyve” című kiadványt a sajátos nevelési igényű gyermekek/tanulók állapotfeltárásának elősegítésére (Torda, 2014).

Konferenciák, felsőoktatási és továbbképzési programok mellett napjainkban a terápiás kínálat dömpingjét éljük. *„Az egyes eljárások alkalmazása, felhasználásának lehetőségei gyakorlatilag korlátlanok, módszerek, felfogások, felhasználói és alkalmazói kompetenciák csúsznak össze”* (Gerebenné, 2017, p. 16). Ez újabb kéréseket vet fel és túllép tanulmányunk keretein. De jelzésértékkal bír arra vonatkozóan is, hogy a neveléstudományban a klinikai irányultság kimondva, kimondatlanul jelen van.

<sup>4</sup> Részlet a Seneca Közhasznú Alapítvány a Dadogókért fennállásának 25 éves évfordulója alkalmából 2019. február 9-én rendezett országos konferencia meghívójából, a szerző kiemelése.

<sup>5</sup> Résztvevői az ELTE TÓK, az ELTE BGGYK, az ELTE PPK, a Semmelweis Egyetem, az Eötvös Loránd Kutatási Hálózat, a Károly Gáspár Református Egyetem, a Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat, a Bethesda Gyermekkorház és az Argus Cognitive Inc. voltak.

*A gyógypedagógia a speciális segítségnyújtás kérdésében vitathatatlan legitimációval és helyzeti előnnyel rendelkezik. A speciális szükségletű gyermekek, tanulók köre, létszáma azonban egyre tágul, színesítve azok taborát, akik a különböző nevelési intézményekből kilépve, felnőttkorukban, munkavállalóként is részt kérnek a társadalmi munkamegosztásból. A „különösséggel” kapcsolatos többletismereteink kétségtelenül gyarapodnak, differenciáltabbá válnak. Nem mindegy azonban, hogy az egyéni képességek fejlődését a nevelési rendszerek milyen támogatási formák bevonásával segítik, a problémákat hogyan közelítik a fejlődés különböző szakaszaiban, hogyan viszonyulnak az atipikus fejlődés szakaszokat átívelő jelenségéhez a különböző képzési formákból kilépő szakemberek, pedagógusok.*

## NEVELÉS ÉS TERÁPIA – AZ IMMANENS FEJLŐDÉS BIZTOSÍTÉKAI

A hazai gyógypedagógia történetében jelentős eseményként említhető, hogy a kilencvenes évek elején, 1993-ban, előre tekintve az ezredforduló után aktualizálódó, jövőképet formáló kérdésekre, Magyarország rendezte meg a német nyelvű országok gyógypedagógus-képzésben részt vevő egyetemi oktatóinak konferenciáját. Ezt a következő, 1994. évi zürichi szeminárium után számos más szakmai rendezvény és együttműködés követte. Illyés megjegyzi, hogy bár akkor Budapesten alapkérdések kerültek meg tárgyalásra (tudomány, gyakorlat, intézményrendszer, szakemberképzés stb.), ezekben a vitákban „nem a gyógypedagógia hagyományaira támaszkodó biztos jövőkép rajzolódott ki, hanem a gyógypedagógia további sorsával kapcsolatos elbizonytalanodás kapott hangot”. Úgy látta akkor, hogy ennek jelentős része a hagyományos szakmai megoldások elégtelenségével függ össze. Közül harminc év távlatából is érzékelhető a kijelentés realitása, ahogy ez akkor megfogalmazódott: „szakmánk ma még adós a gyógypedagógia sorsát alakító tényezőkre számbavételével, működési módjuk leírásával és a hozzájuk igazodó, jövőbe mutató szakmai magatartásmód kialakításával. A hagyományos szakmai eszmények mintha már elégtelenek lennének az immanens fejlődés nyomvonalának kialakításához.” (Illyés, 1995, p. 116).

Nem állíthatjuk, hogy az elmúlt évtizedeknek nem volt jelentős szakmai hozadéka. Az integrált-inkluzív nevelés szemléletének megerősödése és gyakorlattá válása, a támogatási szükségletek biztosítása sajátos nevelési igény esetén, a felnőttkor és a munkavállalás kérdéseinek előtérbe kerülése, továbbá a Bologna-folyamat nyomán kidolgozott képzések megvalósítása csak néhány kiemelt példa ezek közül. *Az immanens fejlődés nyomvonalának követése kiváló hívószó arra, hogy szakmai adósságot törlesszünk.* Ha valami immanens, az a dolog természetéből következik, belsőleg hozzátartozik. *A gyógypedagógiai tevékenység klinikai jellegének elismerése és ezzel összefüggésben a terápiás jogosultság gyógypedagógiai vetülete ennek az immanenciának mindeztideg folyamatosan visszatérő, kevésbé kimunkált kérdésköre.* A gyógypedagógiai folyamat valamennyi eleme, bár önmagában tartalmilag jól körülhatárolt, az ismeretek folyamatos gyarapodása miatt szaktudományi-szakterületi szempontból ma már teljes értékű értelmezést kíván. A nevelés kérdései a (gyógy)pedagógiában, a diagnosztika és a terápia a medicinában, a pszichológiában és a gyógyító pedagógiában, a rehabilitáció ugyancsak a medicinában és a gyógypedagógiában más-más sajátosságok és kompetenciák mentén fogalmazódnak meg. *A négy dimenzió átfogó rendszerszemléletű megközelítése a magyar gyógypedagógia sajátja és tudományos alapokon építkezik.* A „Heilpädagogik” hagyományos eszmerendszere a gyökereket jelenti. Európai mintaként a térség szakmai fejlődését a német nyelvű országok példája hosszú távon meghatározta. Bár az egyes országok, ahogy Magyarország

is, saját lehetőségeik, körülményeik figyelembevételével munkálták ki szakmai felfogásukat, a német hatás a hazai gyógypedagógiában meghatározó szerepet játszott. Forráskutatások nyomán egyértelművé vált, hogy a gyógypedagógia klinikai kontextusba helyezését az angolszász hatás is megerősíti.

Az összefüggésrendszer alapfogalma, a *terápia, a gyógypedagógia klinikai jellegű ismeretrendszerének az alapfogalma*, szoros összefüggésben diagnosztika és rehabilitáció kérdéseivel. A „klinikai” jelző miatt erős az áthallás az *egészségtudomány* (lásd klinikai orvostudományok) irányába. Főként a *klinikai pszichológiai és pszichoterápiás tevékenység egészség tudományi beágyazódása* miatt. Jogosultsága azonban nemzetközi pedagógiai kitekintésben, összehasonlító gyógypedagógiai megközelítésben válik jól értelmezhetővé.

Az európai neveléstudományban a terápiás gondolat megjelenésének csak a gyógyító pedagógia, a „Heilpädagogik” területén vannak hagyományai a 19. század utolsó harmada óta, *Georgens, J. D. (1823-1886) és Deinhardt, H. M. (1821-1880)* 1861-63 között született, többszörösen hivatkozott munkái nyomán. Koruk pedagógiai, medicinális és pszichológiai ismeretei alapján, ma már sajátosan hangzó „orvosi-pedagógiai” megközelítésben „Betegség történetek” (Krankengeschichte) elnevezés alatt komplex szemléleti keretbe ágyazva fogalmazták meg 4-19 éves korú, különböző típusú fogyatékossgal élő gyermekek és fiatalok individuális, egyéni fejlesztésre irányuló szükségleteit. Mai tudásunk alapján úgy is mondhatjuk, hogy *a szükséglet alapú fejlesztés úttörői voltak, a klinikai szemléletű európai pedagógia letéteményesei*. Módszertani felvetésük egyik példája, hogy a gondozottjaira vonatkozó terápiás/fejlesztési javaslatok között – értelmi sérülés esetén – szerepelt például az akkor újdonságnak ható kertészterápia alkalmazása. A „Horticultural Therapy” azóta Amerikában gazdag tartalmú, speciális képzésen alapuló professzióvá fogyatékossgal élő, egyéb problémák talaján társadalmi megsegítést igénylő személyek támogatásának eszközeként. Európai, főként hazai elterjedése, ha ismert is, önálló terápiás professzióként nem nevesül, bár napjainkban a szociális készségek fejlesztésének, az egészségvédelemnek és a jóllét megélésének hatékony eszköze lett (Simson & Straus, 1998).

Európában az 1860-1900 között, az ún. „aranykor” időszakában kezdődött a modern polgári társadalom intézményi alapjainak lerakása, amely a tudományok fejlődésének kezdeti szakaszát is jelentette. Ettől kezdve kerültek előtérbe – tág horizonton – az emberi életminőség kérdései is. A terápiás gondolat későbbi megerősödése szakmai felfogások, irányzatok sokféleségét hozta létre a különböző országokban és ellátó rendszerekben, amelyeknek többsége a medicina, az egészség tudományok keretei közé illeszkedett és napjainkig folyamatos fejlődésen ment keresztül. Német viszonyok között ezek közé tartozik az „alkalmazott terápia tudományok” (Angewandte Therapiewissenschaften) rendszerén belül egészség tudományi beágyazottsággal működő ergoterápia (occupational therapy), a fiziko- és a logoterápia. Sajátosságaiak megismerése, gyógypedagógiai tevékenység részeként történő alkalmazása önálló tanulmányok tárgyát képezi (Mogánné, 2007).

A 80-as évek német „különpedagógiájában” (Sonderpädagogik), hangsúlyosan a viselkedészavarok pedagógiájával (Verhaltensgestörtenpädagogik) összefüggésben a pedagógia és a pszichológia ütközőpontjában új elemként jelent meg az ún. „Terápiásan Orientált Különnevelés” – a T.O.S. – modellje, amely nem hozott áttörést a pedagógia speciális világában. Mivel *minden pedagógiai tevékenységnek van implicit terápiás dimenziója*, megkísérelte a pedagógia-terápia fogalompár tartalmi összehangolását, a terápia-fogalom újszerű megközelítését a gyógyító

nevelés, a pedagógiai nevelés területén. Azt hangsúlyozta, hogy *a terápia természetű, szisztematikusan felépített folyamat, ráhatás az emberi cselekvésmintákra, a pszichikai struktúrákra. Valójában pszichoedukáció, amely a zavart fejlődés folyamatát a helyes irányba mozdítja el, a stagnáló fejlődést mozgásba hozza, a jól működő folyamatokat előtérbe helyezi és „támogatva kíséri”* (Vernooij, 1996). Hangsúlyosan pszichoterápiás orientációja miatt – helyes célkitűzései ellenére – nem tudott megújulást hozni a különösség problémáját megközelítő pedagógiai tevékenység számára. Hatása a szakemberképzés átalakítására irányuló „tanár és/vagy terapeuta” vitában jól nyomon követhető a német képzési rendszerben, de hazai törekvéseinket is erőteljesen befolyásolta (lásd Gerebenné, 2020a). Lezáratlan, magyar viszonylatban elvarratlan szál, egyfajta adósság maradt az évezredfordulót követően is.

A klinikai pszichológia és a pszichoterápia hagyományvilágából másfajta megközelítés mentén nőttek ki a mentálhigiénés törekvések, A mentálhigiéné a lelki egészségvédelem tudománya és gyakorlata, amely nem kötődik kizárólagosan a pszichológus kompetenciájához. Ezek a törekvések az iskola világában is megjelentek, napjainkban is jelen vannak. A terápiás és a neveléstudomány mentálhigiénés megsegítés fogalmilag összecsúszik. Határai úgy húzhatók meg – Lányiné szerint –, hogy amíg a terápia az individualizáció, az egyes gyermek személyi igényeinek kielégítését szolgálja „egyenbarát” eszköz formájában, a mentálhigiénés megsegítés a lelki egészség megőrzésére irányul (Lányiné, 2004). Valójában a segítő tevékenység különböző formáiról van szó, amit a mentálhigiénés szakember speciális képzés formájában alapidiplomájára építve (mint például pedagógus vagy szociális munkás) szerez meg és alkalmazhat különböző helyzetekben, amikor az egyén problémaként éli meg.

A hazai gyógypedagógus-képzésben a segítő tevékenység terápiás irányú speciális professzionalizálódása az ELTE BGGYK képzési rendszerében (korábban főiskolai, majd jelenleg BA szinten) megalapozódik. A mesterszintű Gyógypedagógia szak gyógypedagógiai terápia specializációja ezt építi tovább a gyógypedagógus szakmai kompetenciájának megerősítésével (Gereben, 2020a). Sajátos, hogy a három mesterszak, a közelesen induló Logopédia és az ún. Gyógypedagógia-tanár mellett elsőként landoló, a tíz éve futó Gyógypedagógia szak elvesztette korábbi pontos körülhatárolását, elfedve annak jellegét. Mintha a nagy múltú képzőintézmény zavarban lenne éveken át végzett képzésfejlesztésének eredményével és specializációjának vállalásával. *A gyógypedagógia 21. századi identitásának részeként a „klinikaiság” egészségtudományhoz kötődő falainak áttörése azonban új utakat nyithat meg, új perspektívákat kínálhat.* Ez természetesen feltételezi szakmai viták, egyeztetések házon belül és kívül történő lefolytatását, a szakemberképzés továbbgondolását.

Az európai színiéren, német területen is körvonalazódnak olyan szakmai törekvések, amelyek *a fentiekhez hasonlóan a kereteket feszegetik. A freiburgi Katolikus Szakfőiskola munkatársa, a helyi mesterképzés-gyógypedagógiai terápia szakvezetője(!) Simon Traudel Klinische Heilpädagogik c. munkája (2013) ezt a tevékenységet kibontva született meg – kísérteties hasonlósággal – kitérés pontot keresve az egészségtudomány keretei közül. Inge Bacher a könyv egyik recenzense nyomtatékkal hangsúlyozza – ahogy mi magunk is valljuk –, hogy a klinikai gyógypedagógia nem áll ellentmondásban az inklúziós törekvésekkel. Nagy mértékben segíti az intervenciókutatást és a professziónövekvő specializációját. A nemzetközi partnerség tehát előremutató jelenség lehet a szakmaépítésben, korábban felmerülő adósságok törlesztésében és a jövőkép formálásában. A gyógypedagógus, speciális tudáskészletének bővülése alapján, ilyen megközelítésben, más szakmák által elfogadott*

*kompetens szakemberré válhat a klinikai munka világában. Különösen annak figyelembevételével, hogy a gyógypedagógus terápiás tevékenysége nem pszichológiai (pszicho) terápiaként, hanem nevelési terápiaként nyeri el létjogosultságát – az edukációs modell bázisán.*

## **EDUKÁCIÓS MODELL – HAZAI ÉS NEMZETKÖZI KITEKINTÉSBEN**

Az edukáció a nevelés szinonimájaként alkalmazott, jól ismert kifejezés. Latin gyökerű, angol eredetű, a fogalomhasználat szempontjából, modell-kontextusban alaposabb értelmezést, hazai és nemzetközi háttérének áttekintését igényli.

A hetvenes években Buda Béla (1939-2013), a hazai pszichiátria jeles képviselője többszörösen szembesült az orvosi gyógyításmodell nehézségeivel és az ellátás hiányosságaival a pszichoszociális rendszer zavaraira irányuló terápiákkal kapcsolatban. A klinikai és kutatási tapasztalatok a pszichoterápia terápiás hatékonyságára vonatkozóan nemzetközi szintű viták kiéleződését idézték elő a pszichiátriában és a pszichológiában. Budának meggyőződése volt, hogy olyan esetekben, amelyeket korábban sajátosan pszichológiai vagy orvosi teendőnek tartottak, a pedagógusok legalább olyan eredményesen tudnak eljárni. Munkássága, könyvei, nyitottsága a pedagógus társadalom felé ezt egyértelműen bizonyítják. Úgy látta, ők azok, akik a kommunikáció és metakommunikáció hatásrendszerén keresztül befolyásolni tudják a személyiség fejlődését, és a nevelés módszereinek pszichoterápiás értéke, preventív szerepe van. Az orvosi eredetű gyógyításmodell nehézségeinek, az ellátás problémáinak, hiányosságainak ismeretében az edukációs modellben látta megvalósíthatónak a fejlődés bizonyos zavarainak befolyásolását. Átlépve az orvoslással összefüggő gyógyítás kereteit, a pedagógusokat kompetens partnernek tekintette a társadalmi beilleszkedési zavarok leküzdésében. Azt hangsúlyozta, hogy különböző hatások mellett a személyiségfejlődés szociálpszichológiai faktorai, a pedagógusok empátiás attitűdje kulcsszerepet játszik a nevelési folyamatban. *Az edukációs modell tehát – medicinális indíttatása mellett – a nevelés jelentőségét, annak társadalmi szerepét és értékeit helyezte a középpontba újabb stratégiaként, újabb „szereplők”, a pedagógusok közreműködésével (Buda, 1972). Ez pedig a társadalmi beilleszkedési zavarok megelőzésének és leküzdésének sajátos, edukációs modelljeként fogalmazódott meg.*

A pedagógia, a maga világában a nevelés szerepét – függetlenül a pszichológiától és a pszichiátriától – természetesen meghatározónak tekintette és különböző irányzatok alapján közelítette meg. Az edukációs modellt azonban nem reflektálta saját ismeretrendszere szempontjából. Mai tudásunk alapján azt is mondhatjuk, hogy a medicinától független klinikai nézőpont jelentőségét a neveléstudomány nem ismerte fel és szaktudományi szempontból nem hangolta össze saját nézetrendszerével.

A reflektálatlanság ellenére ez a megközelítés – hazai viszonyok között – mégsem maradt nyom nélkül. A „különös fejlődés” problémája hazai és nemzetközi szinten azonos problémákkal szembesítette az oktatási-nevelési rendszerek szereplőit. „A gyógypedagógiai nevelés mint terápia” felfogás (Mesterházi, 2001) egyrészt a „gyógyító nevelés” speciális sajátosságát, a gyógypedagógia sajátos nézőpontját hangsúlyozza a magyar neveléstudomány rendszerében. Másrészt a terápiafogalom kitágított, általánosított, klinikai jellegű értelmezésének tekinthető – neveléstudományi keretek között. A gyógypedagógiai tradíció ismeretében a fentiek az edukációs modell újabb alapvetésének tekinthetők az évtizedekkel korábban megfogalmazott

Ranschburg-féle nézőpont alapján: „...*ahol a nevelésben a maga eljárásaival nem győzi, mert gyógyítva kell fejleszteni, ...ahol az orvostudomány a maga eljárásaival nem tud eredményre jutni – erre csakis a gyógyító célzatú oktatás képes.*” (Ranschburg, 1909. p. 45). A mai korban természetesen az edukációs modell és a terápia kérdésében még tágabb kitekintésre van szükség.

## NEVELÉSI TERÁPIA – EDUCATIONAL THERAPY

A nevelés terápiás kontextusba helyezése fontosabb értelmezést kínál annál, hogy újabb kifejezések játékának tekintsük. Az „Educational Therapy” angolszász-amerikai szaknyelvi kifejezés. Magyarzatot igényel, mert a hazai szaknyelvnek nem része. Mi gyógypedagógiai terápiáról beszélünk, ami félreérthető, ha nem tisztázzuk, miről is van szó. A rendszerváltozást megelőző időszakban az angolszász-amerikai szakmai világ felfogásának megismerésére korlátozott lehetőségeink voltak. Ennek következményeit jól érzékeljük azóta, hogy a tanulási problémák nemzetközileg az érdeklődés fókuszába kerültek (Gerebenné, 2021).

Az nevelési terápia (Educational Therapy), *a nevelés elméletének és gyakorlatának klinikai szemléleten alapuló irányzata Amerikában alakult ki.* Aktualitását az iskolai lemorzsolódások növekvő aránya, a tanulási sikertelenség társadalmi problémákkal telített, figyelemfelhívó jelensége támasztotta alá. Nem volt tehát véletlen, hogy a terápia kérdése az edukációval összefüggésben került a középpontba. Forráskutatások alapján tisztázódott, hogy megnevezése *az európai gyökerekből táplálkozó gyógyító nevelés, gyógyító pedagógia integratív jellegű megközelítésén alapul.* Egyik kezdeményezője és teoretikusa a diagnosztikus és terápiás tevékenységéről jól ismert Marianne Frostig (1906-1985), aki az 1951-ben alapított, máig működő ún. Marianne Frostig Nevelési Terápiás Központ névválasztását – nem véletlenül – erre alapozta. A tanulási klinika jellegű fejlesztő központ szemléleti kereteit Frostig, bécsi tanítómestere, a „minden idők legnagyobb gyógypedagógusának” tartott August Aichorn (1878-1949) (Lockowandt, 1994, p. 228) „pszichoanalitikus gyógypedagógiai” nézetei motiválták. Ezeket fejlesztette tovább amerikai viszonyok között, újabb tapasztalatok birtokában, és összehangolta az egyéni sajátosságokat hangsúlyozó, szükségletalapú nevelés paradigmájával. *Az intézményi névadáson túl újra fogalmazta a nevelés-oktatás-fejlesztés speciális irányultságát, szemléletváltást és megújulást hirdetett a „kivételes gyermekek” pedagógiai megsegítésében.*

1955-ben „A nevelés klinikai megközelítései” címmel írt doktori értekezése (Frostig, 1955) és további szakmai munkássága alapján napjainkra szólóan fogalmazta meg az *individualizáció elvének fontosságát* és a professzionálisan működő *nevelési terápiás tevékenység* szempontjait. Frostig *a nevelés-oktatás-fejlesztés-terápia kérdését* sajátosan közelítette meg. Nem a megszokott pedagógiai, hanem *klinikai perspektívából értelmezte*, mert úgy vélte, *a klinikai pszichológia szemlélete és ismeretei nem nélkülözhetők a nevelési folyamatban.* Ez a nézőpont pedig *a nevelés elméleti és gyakorlati kérdéseit a szokásostól erősen eltérő, excentrikus pozícióba helyezte*, amely a mindennapok gyakorlata számára komoly kihívást jelent (Lockowandt, 1994).

Mindezek alapján egyértelműen megfogalmazódott, hogy *a nevelési terápia nem azonosítható a pszichoterápiával: az autonómia, az önismeret, a tanulásból való viszony, a kommunikáció és a szociális viselkedés fejlesztése áll a középpontban.* A tanulásból összefüggő alapképességek (kognitív képességek), az észlelés, a memória, a figyelem és a nyelvi folyamatok fejlesztését kiemelten kezeli, mivel az iskolai teljesítmények (mint olvasás, írás, helyesírás, matematika), a verbális és

nem-verbális tanulási folyamatok ezekre épülnek. A nevelési terápia alapfeltétele – *tanuláspszichológiai, neuropszichológiai és klinikai pszichológiai ismeretek bázisán* – a nem tudatos, belső faktorok mobilizálása, a fennálló zavar és az alkalmazott eljárás magas szintű, egyéni képességprofilra épülő összehangolása. *Megkerülhetetlen tehát a diagnosztikus és terápiás ismereteit egyéni sajátosságok mentén alkalmazni képes, felkészült pedagógus (terapeuta) szakmai szerepe*, aki képes a tanítás-tanulás folyamatában az egyéni segítségnyújtásra. *Mint hogy minden gyermek egyedi fejlődési utat jár be, a nevelési terápiát nem meghatározott módszerek alkalmazása, hanem a nevelés klinikai szemlélete határozza meg.* Ez pedig az ún. *gyógyhatású tanulási környezet* és a speciális bánásmód megteremtésével biztosítható. *A terápia ugyanis tanulási szituáció, amelynek végcélja a rehabilitáció.*

A fejlődési utak különbözősége természetesen együtt jár a fejlesztőmunkában nélkülözhetetlen módszertani jártassággal, speciális módszerek bevonásával. De azt a nézetet is erősíti, hogy még ugyanazon módszer alkalmazása esetén sem lehet mindenkit azonos módon fejleszteni. *A nevelési terápia filozófiája szerint* – a frostig-i értelmezése alapján – *központi kérdés, hogy „a gyermekből, a lebető legjobbjából gyermek válna, amilyen csak lehet”, s ez a nevelő, a pedagógus-terapeuta felelőssége.* Egy elv követése azonban nem kizárólag az adott személyre, hanem a vele azonos felfogást valló társadalmi csoport tagjaira, jelen esetben a gyermekekkel foglalkozó pedagógusokra és a köznevelési rendszer valamennyi szereplőjére vonatkozik. *„Mivel minden gyermek másképpen tanul, minden módszer hamis, ami nem az egyéni sajátosságokra, vagyis a/ z (Frostig által képviselt) individualizációs elvre épül.*

Ez lett tehát a közös elvi alapja a pedagógia és pszichológia metszetében megjelenő valamennyi koncepciónak; a vizuális észlelés fontosságát kiemelő saját felfogásnak éppen úgy, mint kortársai és későbbi követői (köztük Ayres, Delacato, Bobath, Fröhlich, Affolter vagy Sindelar) módszereinek. Ezek az említésen kívül most nem kerülhetnek tárgyalásra. *Olyan szemléleti keretet adott a nevelés számára, amely nem a pedagógiai didaktika elsődlegességét, hanem az egyént, az egyes gyermeket állította középpontba intellektuális összeteljesítményétől függetlenül.* Nagy kihívást jelentett ez akkor is és jelent ma is a nevelési rendszerek hatékony működése szempontjából. *A nevelés klinikai alapjainak ismeretrendszere tehát egy újabb szemléleti bázison működő pedagógia képviseletében jött létre.* Egyre szélesedő szakmai háttér talaján, a nevelési terápia ernyőfogalma alatt egy *új szerű, interdiszciplináris megalapozottságú pedagógiai megközelítés, a klinikai szemléletű (gyógy/ító)pedagógia elmélete és gyakorlata segítette a „különös fejlődés” hatékony kezelését.* Ezt az európai köznevelés, köztük Magyarország is saját szakmafejlődési hagyományainak, társadalmi-gazdasági lehetőségeinek és a mozgósítható fejlődésszichopatológiai tudástartalmaknak megfelelően, képzési, szakmai szolgáltatási nehézségekkel terhelve próbálta követni napjainkig.

## **AZ EDUCATIONAL THERAPY UTÓÉLETE ÉS MA-SZINTŰ SZAKMAI KÖRÜLHATÁROLÁSA**

A hatvanas évek Amerikájában szakmailag mind jobban igazolódott, hogy *a nevelés terápiás kontextusba helyezése olyan szakmai megközelítést jelent, amely jó hatásfokkal alkalmazható az eltérően fejlődő gyermekeket segítő pedagógusok tevékenységében.* Mallinsonnak az „Education as therapy” (*a nevelés, mint terápia*) (Mallinson, 1968), valamint Hellmuth „Educational Therapy” (Nevelési terápia) című két kötetben közreadott, sokszerzős munkája (Hellmuth, 1966, 1969) tovább bővítette az individuális megsegítés hatékonyságára vonatkozó ismereteket. A módszertani megújulás részeként vált

ismertté többek között a fentiekben említett szerzői koncepciókon kívül – néhány hazánkban is ismert és alkalmazott példát említve – az ún. NILD-program (nevesítve: National Institute for Learning Development)<sup>6</sup> vagy a Feuerstein-féle MLE (Mediated Learning Experience) a közvetített tanulási tapasztalat módszere<sup>7</sup>.

Nevelési terapeuta minőségében, beszédterapeutaként, a korai nyelvfejlődési zavarok és olvasási zavarok terápiájával foglalkozó Katarina de Hirsch kezdeményezésére egyre nagyobb figyelem irányult a „terápiás tanárok” tevékenységére. Ezt 1970 körül a *The Educational Therapist – Journal* folyóirat létrehozása is megerősítette. Angliában, a Tavistock Intézet szintén elköteleződött az új irányzat mellett. A nevelési terápiás tevékenység egyre szélesebb körben biztosította a személyre szabott, szükségletalapú fejlesztés lehetőségét. Mindez együtt járt a képzések és a szakmai tevékenység folyamatos fejlesztésével. Ennek nyomán 1984-ben kerültek megfogalmazásra a *nevelési terápia professzionális gyakorlásához szükséges szjtenderdek, azaz a professzió gyakorlását meghatározó „képzési követelmények”*. Az angol nyelvű országok folyamatosan segítettek a nevelési terápiás szemlélet érvényesülését, a terápiás jártasságok megszerzését az inklúzió támogatásával összefüggésben. Ennek nyomán *1992-től az Educational Therapy mesterszintű (MA) program keretében egyetemi képzési programként működik – napjainkban is*. A szálak ezen a ponton össze is érnek. Egy másfajta fejlődési úton, hosszú előkészítési fázist követően, sok szempontból hasonló szemléleti bázison kezdte meg működését országosan egyedüli képzési formaként az ELTE BGGYK első mesterszakja, a Gyógypedagógia MA (Gereben 2020a). Képzési programja gyógypedagógiai terápia szakirányon változatlan képzési tartalom és jelentős érdeklődés mellett jelenleg gyógypedagógiai terápia specializációként nevesül, bátortalanul, esetenként rejtett módon vállalva az előremutató képzésfejlesztési folyamat eredményét.

## MIBEN SEGÍT AZ EDUCATIONAL THERAPY?

Belső profiljának ismeretében elmondható, hogy az Educational Therapy a tágan értelmezett tanulási nehézségek/képességzavarok (learning difficulties, learning disabilities) esetében *széleskörűen alkalmazott, egyénre szabott beavatkozás, klinikailag megalapozott pedagógiai szemlélet alapján, különböző, speciális (terápiás) módszerek bevonásával*<sup>8</sup>. A tanulási képességek fejlesztésének fókuszában az információfeldolgozás folyamatainak célirányos segítése, a pszichikum belső egyensúlyának helyreállítása (remediation) áll, amely *nem azonos a pszichoterápiával*. A fejlesztő munka gyakorlatában módszertani sokszínűség jellemző a különböző (szerzői) felfogások alapján. A gazdag kínálat az autonómia, az önismeret, a tanuláshoz való viszony és a szociális viselkedés hatékonyságának növelését állítja középpontba szorosan összehangolva a tanulóval összefüggő olyan alapképességekkel, mint a nyelvi kifejezés és megértés, a memória, a figyelem, a gondolkodás, valamint a szenzomotoros feldolgozás. Ezek, mint az olvasás, a szövegértés, a

---

<sup>6</sup> A NILD- Tanulási Terápia programját Archie Silver és Rosa Hagin a hetvenes évek első felében dolgozták ki tanulási (olvasási) nehézségekkel küzdő gyermekek megsegítésére.

<sup>7</sup> A Feuerstein-féle mediált tanulási koncepció az adaptív változásokra képes kognitív rendszer módosíthatóságára épül neuropszichológiai megalapozottsággal.

<sup>8</sup>T További információk olvashatók itt: <https://www.aetonline.org/index.php/parents/how-can-educational-therapy-help-you-or-your-child>



helyesírás, a matematika, a beszéd és írott nyelv sikeres alkalmazásának alapfolyamatai, meghatározzák a tanulási teljesítmények színvonalát, eredményességét különböző tanulási helyzetekben. A sikeres tanulás pedig a gyermek társadalmi beilleszkedésének megkerülhetetlen feltétele, felnőtté válásának hajtóereje.

Az Educational Therapy esetében az általunk is jól ismert, gyakori komorbiditással járó fejlődési zavarok jelenségszintű, problémafókuszú felsorolása áll. A pedagógiai irányultságú, szükségletorientált amerikai felfogás az EDM (Educational Diagnostical Manual) (Pierangelo & Guiliani, 2007) diagnosztikus rendszeréhez illeszkedik. Megkerüli a medicinális hátterű nemzetközi diagnosztikus rendszerek (DSM-V, illetve BNO-10) kategóriába sorolását. A (special educational needs) speciális nevelési szükségletű gyermekek/tanulók problémáival foglalkozó pedagógusok, pszichológusok diagnosztikus tevékenységét segíti az egyéni fejlesztési programmal (IED)<sup>9</sup> együtt. Ezek tehát:

- a verbális tanulási zavarok,
- a nem-verbális tanulási zavarok,
- a „disz-jelenségek” (mint olvasás, írás, helyesírás és számolási zavarok,)
- az autizmus spektrum zavar,
- a fragilis-x szindróma,
- a Tourette-szindróma,
- a nyelvi zavarok,
- a vizuális-téri és mozgásszerveződési zavarok,
- a gyenge motiváció és alacsony szintű önértékelés,
- az executív funkciózavarok, gyenge önszervezési és szociális képességek,
- az iskolafóbia, teljesítménygátlás különböző helyzetekben (mint tantárgyi számonkérés, alkalmazkodás elvárásokhoz, új helyzetekhez).

Míndezen nem ismeretlenek számunkra. A legnagyobb gyakorisággal előforduló fejlődési zavarok felsorolását látjuk, amelyek a hazai népességsoportok bármelyikében előfordulhatnak, függetlenül attól, hogy az állapotfeltárást követően az „SNI, a BTMN” lesz-e az ellátási kategória. *A jelenségszintű felsorolás hátterében az adaptivitás és a támogatási szükséglet kap hangsúlyt, amely szemben áll a hazai diagnosztikát erőteljesen meghatározó intelligenciaalapú megközelítéssel (Dunás-Varga, Barthel, Kármán & Szekeres, 2021). Érdemes átgondolni több szempontból az elmozdulást ebbe az irányba, mert a támogatásba bevont eljárások alkalmazása – nem nélkülözve természetesen az egyes népességsoportok speciális sajátosságait – a gyógypedagógiai tevékenység megújulását eredményez* (Förhécz és mtsai, 2021; Batlinger, 2021).

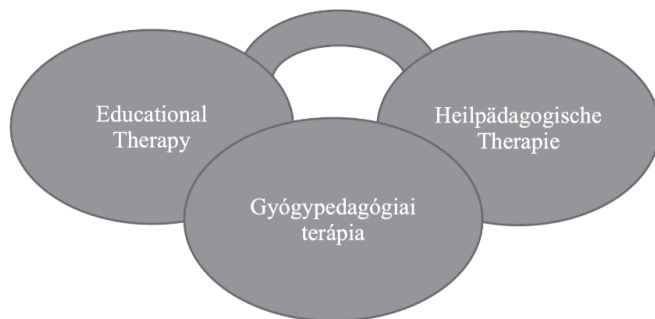
## **KOMPATIBILITÁS – A NEVELÉSI TERÁPIA FOGALMA NEMZETKÖZI ÉS HAZAI KITEKINTÉSBEN**

A szükségletalapú ellátás klinikai jellege és terápiás irányultsága úgy az európai, mint az amerikai térfélen közös gyökerekből táplálkozik és közös szemléleti keretbe ágyazódik. *A hazai gyógypedagógiai tevékenység szempontjából a (gyógypedagógiai) terápia valójában az edukációs modellre épülő nevelési terápia (educational therapy), az individuális megsegítés alapfeltétele.* A nevelés terápiás szemléletű

---

<sup>9</sup> IED, azaz Individualized Education Program

megközelítésének általános kérdéseit a Frostig-féle nézetrendszer tárgyalja a legkimunkáltabban, A vizuális képességek fejlesztésére irányuló speciális program ennek egyfajta módszertani kínálata, sok más egyéb lehetőség mellett (Gerebenné, Reményi & Rosta, 2021).



1. ábra. A megnevezések kompatibilitása (saját szerkesztés).

A terminológia megfeleltetése, amint a fenti ábra jelzi, más-más nyelvi kontextusban ugyanazt a tartalmat fejezi ki: a gyógypedagógiai terápia, a Heilpädagogische Therapie és az Educational Therapy szaknyelviileg – nemzetközi szinten – kompatibilis fogalmak (Lockowandt, 1994). Emögött *olyan diszciplínák ismeretrendszere húzódik meg, amelyek a nevelés-oktatás folyamatába integrálódva differenciált problémakezelést tesznek lehetővé. Mozgósítják a perspektívaaváltás képességét* olyan elvárást támasztva, hogy az atipikus fejlődés következtében kialakuló tanulási és/vagy viselkedési problémákat nem elsősorban a pedagógiai didaktika, a tanításmódszertan oldaláról, hanem sokkal inkább a tanulásmódszertan (tanulási típusok), a kognitív pszichológia, a tanuláspszichológia, más esetekben a neuropszichológia, a pedagógiai idegtudományok nézőpontjából kell/ene megközelíteni és speciális (terápiás) programok (módszerek), individuális stratégiák bevonásával kell befolyásolni. A bánásmód (treatment) a befolyásolás minden olyan formáját jelenti, amelyről klinikai szemlélet birtokában a pedagógus (terapeuta) feltételezi, adekvát fejlesztési stratégia lehet: az orvosilag meghatározott gyógyszerhasználatról, a rehabilitációs-rehabilitációs céllal alkalmazott képességfejlesztő programon át a szülőkkal, pedagógustársakkal történő együttműködésen keresztül az egyéni teljesítmény értékelésének mérlegeléséig.

*A klinikailag orientált pedagógiai munka alapja a fennálló (fejlődési) zavar megértése, átfogó differenciáldiagnosztikai értelmezése, háttérének megismerésével és a zavar leküzdésére irányuló egyéni fejlesztési program megalkotásával.* Mindezek új ismeretek és cselekvési formák bevonását teszik szükségessé az egyéniesítés minden lehetséges személyi feltétele és eszközrendszerének biztosítása mellett. Az érintett gyermek/tanuló számára tehát az újfajta tapasztalati mező túlnyomóan terápiás szempontok figyelembevételével szerveződik és középpontjában a rugalmasan változtatható, klinikai szemléletű pedagógiai tevékenység áll. *A fentiek figyelembevételével tehát a hasonló elven szerveződő nevelési programot nevelési terápiának (educational therapy) lehet nevezni.* Pedagógia ugyanis abban az értelemben, hogy iskoláskorban mindezeknek vissza kell csatolni a tanítási, nevelési folyamatra, ahol alkalmilag szükséges lehet bizonyos kompromisszumok meghozatala (alacsonyabb elvárásszint, mástípusú munkaanyag használata, differenciált értékelési mód). Óvodáskorban a visszacsatolás az óvodai nevelési programmal történő összehangolást jelentheti képességfejlesztő program implementálásával. A pedagógiai tevékenység emellett preventív célkitűzésektől sem

függetleníthető. *A nevelés terápías szemléletű megközelítése tebát elősegíti az oktató-nevelő munka gyakorlatának változását, amelyek hiányában az atípikusan fejlődő gyermekek/ tanuló problémája sem speciális nevelés, sem integrált nevelés keretében eredményesen nem kezelhető, s valójában az inklúzió támogató stratégiájának tekinthető.*

## TERÁPIÁK RENDSZERSZINTŰ MEGKÖZELÍTÉSE A GYÓGYPEDAGÓGIAI TEVÉKENYSÉGBEN

Gazdag tapasztalati anyag bizonyítja, hogy a rendszerváltozást követő évektől kezdve a terápías kínálat dömpingszerű megjelenését és piacosodását láthatjuk, amely a gyermek- és felnőttvilágot egyaránt megcélozza. Egy felsőoktatási intézmény számára képzési programjával összefüggésben ez komoly kihívást jelent, felhasználói szinten pedig ismeretek kellő hiánya miatt a döntés szabadsága természetesen tévutakat is kínálhat.

A hazai gyakorlatban már a 90-es évek elejétől Illyés Sándor kezdeményezésére megjelent a törekvés a gyógypedagógiában alkalmazott terápías hatásvizsgálatára jól alkalmazható összehasonlítási szempontok figyelembevételével. Ez a Gyógyító pedagógia megjelenésével közkinccsé vált (Illyés, 2004). Külföldi mintákat és egészségügyományi kutatások eredményeit követve ezt napjainkra az evidencián, azaz bizonyítékon alapuló gyakorlat felvetései követik a „hatékony? hasznos? hatásos?” kérdések megválaszolásával összefüggésben. Bár öröndetesen gyarapodik a bizonyítékon alapuló gyakorlat elvére épülő kutatások száma különböző eljárások alkalmazásával összefüggésben, egy ilyen kutatási folyamat idő-, pénz- és személyigényes feltételei miatt ennek fontossága nehezen épül be a szolgáltatási rendszer különböző színterein pozitív változások elérésének igényével munkálkodó szakemberek szemléletébe. Az esetfeldolgozások, a klinikai esettanulmányok szélesebb körű alkalmazása azonban előremutató példáit jelenthetik a diagnosztikus és terápías szemlélet érvényesülésének a gyógypedagógiái terepmunkában.

Mindezek nem nélkülözhetik a terápías ellátás hazai gyakorlatában a fejlesztőmunkába bevont eljárások rendszerszintű áttekintését. Bár vannak előremutató törekvések evvel kapcsolatban, nem tekinthetjük ezt lezárt kérdésnek. Vannak olyan terápías formák, amelyeknek rendszerbe illesztése viszonylag egyértelmű, lásd például az ún. mozgásterápíasokat; de számos ellenpéldát is láthatunk, amikor az egyes eljárások célja, feladatrendszere alapján ez további elemzést kíván. *A terápías orvosi-pszichológiai megközelítése esetében választ kell adni arra, hogy:*

- mi a tevékenység
- mi ennek az indokoltsága
- mi a probléma gyakorisági előfordulása
- milyen eszközöket igényel az alkalmazása
- milyen a szakemberszükséglete
- milyen járulékos tevékenység kíséri az eredményességet.

A gyógypedagógiái terápías világában *nemzetközileg tanulságos példája ennek a német Suchodoletz rendszere az ún. „fejlődési zavarok terápíasját”* érintő kérdések szakmai áttekintésével kapcsolatban (Suchodoletz, 2010). Úgy elméleti, mint a felhasználói gyakorlat szempontjából jól áttekinthető, átfogó keretet vázol fel a terápías tevékenységet folytató (Heilpädagogik és a Sonderpädagogik) szakemberek számára. Alapkérdésnek tekinthet minden eljárás esetében annak körülhatárolását, hogy mi

- a megnevezett terápía koncepciója
- a diagnosztikus háttere (a terápía diagnosztikus megalapozottsága)

- az alkalmazásának indikációja
- a célcsoportja/i
- a hatásvizsgálatának eredményei (ha történt ilyen kutatás)
- a felhasználásának egyéb tapasztalati bizonyítéka, előzménye (esetfeldolgozás)
- a felhasználásra utaló szakirodalmi források hivatkozása (ha található ilyen hazai vagy nemzetközi forrás).

A fentiek a hazai továbblépés számára iránymutatónak tekinthetők, mivel a magyar gyógypedagógia rendszerszemlélete a terápiák rendszerszintű megközelítését is feltételezi. Tanulmányunk ennek *vázlatos, munkahipotézis jellegű ismertetésére kínál lehetőséget*, amelyet a gyógypedagógiai terápia szakirány/specializáció tananyagfejlesztése hívott életre nappali tagozatos hallgatókkal folytatott közös gondolkodás részeként. Ennek alapján a gyógypedagógiai terápiák, terápiás programok rendszere az alábbi alrendszerekre tagolódik:

1. *Kognitív képesség, és készségfejlesztő terápiák, programok* – általános jellemzőjük az input folyamatok fejlesztése és holisztikus befolyásolása (az észlelés, az emlékezet, a figyelem, a gondolkodás (absztrahálás, végrehajtó funkciók) és a nyelvi működés aktivizálásával).
  - 1.1. Klasszikus (szerzői koncepciókra épülő) képességfejlesztő terápiák (például Ayres, Frostig, Affolter, Sindelar terápia, Fröhlich-féle bazális stimuláció).
  - 1.2. Egyéb kognitív képességfejlesztő programok: memória-tréning, Ronnie Gardiner terápia, Nagyné Réz Ilona-féle Téri tájékozódást fejlesztő program, Torda-féle figyelemfejlesztő program.
  - 1.3. Logopédiai terápiák (nem részletezett)
2. *Mozgásterápiák*<sup>10</sup> – output folyamatok fejlesztése (Alapozó terápia, TSMIT, HRG, Magyar-féle mozgáskotta módszer, DSZIT<sup>11</sup> és Grafoterápia<sup>12</sup>, Tükör-tábla terápia<sup>13</sup>).
3. *Szocioemocionális képesség-, és készségfejlesztő terápiák*
  - 3.1. Művészetterápiák (nem részletezett)
  - 3.2. Állatasszisztált terápiák
  - 3.3. Szociomemocionális pedagógiai terápia (Göbel Orsolya), Boldizsár Ildikó-féle meseterápia
  - 3.4. Gyógypedagógiai játékterápia (bábterápia)
4. *Tanulásterápiák*
  - 4.1. Disz-jelenségek terápiái prevenció és reedukációs céllal az olvasás-, helyesírás- és számolászavarok leküzdésére.
  - 4.2. NILD-terápia és Feuerstein-módszer.
  - 4.3. INPP a tanulás hatékonyságának elősegítésére.

<sup>10</sup> Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkorú intervencióban (Szvatókó, Arató, Bodnár & Fodorné, 2021) kiadvány az egyetlen olyan rendszerszintű szakmai anyag, amely kizárólag a mozgásfunkcióra kiterjedően mutatja be az eljárásokat.

<sup>11</sup> A Dinamikus Szenzoros Integrációs Terápia az Ayres-terápia hazai módosítása, mozgásterápiaként történő besorolása erősen vitatható. Példája jól jelzi a terápiák sajátosságaira vonatkozó elemzések fontosságát. (Szvatókó, 2016).

<sup>12</sup> További információk olvashatók itt: W. Barna & Demeter, 2001.

<sup>13</sup> További információk olvashatók itt: Lesóné, 2020.

5. „Komplex” terápiák – önmagukat multimodális, multidimenzionális jellegük miatt komplexnek tekintő eljárások, amelyek közé elvileg az ún. kognitív képességfejlesztő terápiák (1.1) is besorolhatók.
  - 5.1. „Komplex” elnevezés alatt jelenhet meg különböző jellegű terápiák kombinált alkalmazása: pl. diszlexia reedukáció és lovasterápia, Sindelar terápia és zeneterápia együttes alkalmazása.
  - 5.2. Komplex terápia speciális nézőpontból: Sándor Éva-féle komplex vizuális pedagógiai művészeti terápia, vagy a Schmidtné Balás Eszter-féle Dadogás komplex művészeti terápiás program.
6. *Egyéb terápiák, programok*: újszerűségük miatt kevésbé elemzett, szakmai szempontból nehezen besorolható eljárások.
  - 6.1. Specifikus terápiák, mint pl. a LEGO-terápia autizmus-specifikus alkalmazása.
  - 6.2. Neurofiziológiai, neuropszichológiai megalapozottságú terápiák, például az INPP, a neurofeedback terápia.
  - 6.3. Szülői viselkedést, problémafókuszú, hatékony pedagógiai munkát támogató programok, mint például a pozitív viselkedéstréning (PES), az ISKON<sup>14</sup> vagy az ENABLE<sup>15</sup> (bullying esetén használható) programok.

A fentieket átfedi a gyógypedagógiai megsegítést igénylő népesség nagyfokú heterogenitása a terápiás-fejlesztési szükségletek biztosítása szempontjából, aminek életkorspecifikus vonatkozásai vannak a korai életszakasztól a felnőttkorig.

A rendszerszintű megközelítést a fentiekben jelzett bizonytalanságok mellett nehezíti továbbá az is, hogy vannak terápiás eljárások, amelyeknél jól érzékelhető a terápia „pedagógiasítása” a megnevezések használatában, ahogy ez például a Sándor Éva-féle *képzőművészeti pedagógiai terápia* vagy a Göbel-féle *szocioemocionális pedagógiai terápia* esetében látható. A pedagógiai és pszichológiai világ kompetenciahatárainak elkülönítése ebben meghatározó szerepet játszik. Ez a szempont bizonyos eljárások esetében párhuzamos programokat indukál a szakembercsoportok kompetenciáját hangsúlyozva. Ennek jó példái:

- Alkotó-fejlesztő meseterápia (Boldizsár Ildikó) – pedagógusoknak
  - és Klinikai meseterápia (Boldizsár Ildikó) –pszichológusoknak
- Fejlesztő biblioterápia (nem pszichológusoknak)
  - és Klinikai biblioterápia (pszichológusoknak)
- Gyógypedagógiai lovaslás (gyógy)pedagógusoknak
  - és Ló-mediált pszichoterápia
- Gyógypedagógiai játékterápia (a német Heilpädagogik szakmailag elismert eljárása)
  - és Nondirektív játékterápia (pszichoterápia)

A fenti összefoglalás kijelöli azokat a sarokpontokat, amelyek a gyógypedagógia számára ebben a kérdésben akár útjelzőnek is tekinthetők. A *terapeuta szerep* a szolgáltatási rendszerben szakvéleményekre vagy a fejlesztő munkát megelőző állapotmegismerésre épülve az egészségügyi

<sup>14</sup> További információ olvasható itt: Indri, 2015.

<sup>15</sup> További információ olvasható itt:

[https://www.oktatas.hu/pub\\_bin/dload/kozoktatas/pok/Budapest/tpn2018/ENABLE\\_hazai\\_bevetese\\_Budapest\\_Jarmi.pdf](https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/pok/Budapest/tpn2018/ENABLE_hazai_bevetese_Budapest_Jarmi.pdf)

és rehabilitációs-rehabilitációs tevékenység velejárója. Együtt jár a nyomon követéssel, az eredményesség ellenőrzésével, a módosítás, a változtatás, az újabb módszerek bevonásának lehetőségével (Mesterházi és Szekeres 2018). Szükséges hozzátenni azonban azt is, hogy mindezek *szakterülettől függetlenül valamennyi gyógypedagógus szerepfelfogására vonatkoznak*. A diagnosztikusan alátámasztott terápiás tevékenység, az egyéni szükségletorientált eljárások széleskörű, individuális alkalmazását teszi lehetővé. A folyamatos ismeretbővítés, a bizonyítékon alapuló módszertani repertoár bővülése a tanácsadói tevékenységgel, a team-munka és az esetmegbeszélések rendszeressé válásával együtt *az inklúzió klinikai szemléletének megerősítését segíti elő*.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmányunkban olyan kérdésekre próbáltunk választ keresni egy sajátos nézőpont, a neveléstudományba ágyazott gyógypedagógia klinikai személetnek és terápiás jellegének végiggondolásával összefüggésben, amelyek segíthetik a gyógypedagógia jövőképek formálását, a bizonytalanságot generáló terapeuta szerep tisztázását a gyógypedagógiai folyamatban. Megközelítésünk alapvetően elméleti jellegű, de a gyakorlati tevékenységet is befolyásolja. Viszonylag hosszú idő telt el, hogy harminc évvel korábbi, alapkérdésekkel összefüggő felvetésekre (lásd Illyés, 1993), amelyek az évezredforduló kihívásaira keresték a választ, saját nézőpontunk, tapasztalataink alapján reflexiókat fogalmazzunk meg. Ezt a helyzetet az elmúlt időszakban zajló nagyszabású képzésfejlesztés idézte elő. A mesterképzés terápiás szakirányának/specializációjának tartalmi fejlesztése, oktatói kapacitásproblémák, számos külső tényező és a professzió megnevezése körüli jól érzékelhető bizonytalanság felszínre hozott olyan szakmai kérdéseket, amelyeket nem kerülhetünk meg: valójában kiket, milyen jövőben kompetenciák mentén bocsátunk a pályára, mit jelent ez a professzió elismerésével kapcsolatban, különbözik-e és miben az alapképzés ismereteitől. Képzéseken túlmutató problémákkal vagyunk kénytelenek szembesülni: többek között avval, hogyan integrálja tudástartalmait, milyen jövőkép mentén építkezik a hazai gyógypedagógia. A képzések ugyanis nem kizárólag excel táblákba megjelenített tantárgycsoportok együtteséből, hanem koncepcionális kérdések összefonódásából állnak. A hagyományain építkező 21. század gyógypedagógiája a gyermeki és egyéni lét „különösségének” kezelésére – a tanulmányunkban megfogalmazott feltevésekkel összefüggésben – ma kiérleltebb, határozottabb választ tud adni, mint ahogy korábban tette.

A forráskutatások, a nevelés klinikai jellegének értelmezése összehasonlító gyógypedagógiai megközelítés alapján, továbbá a gyógypedagógiát érintő speciális kérdések kitágított neveléstudományi kontextusba helyezése megfelelő *tudományos eszköz* a megújulás lehetőségeinek felismeréséhez. A választ erősíti, hogy a mesterség tartóoszlopai szilárdan állnak: *a diagnosztika, a terápia és a rehabilitáció a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat evidenciái, amelyet klinikai jellegük újrafirerkez.* Ez nem a gyógyító pedagógia anakronizmusa, hanem a hagyományain építkező gyógypedagógiai nevelés egyfajta iránya az elbizonytalanodással, a szakmai identitás gyengülésével szemben, amelynek többféle jelét tapasztalhattuk. *A paradigmák kereszttüzeiben élő 21. században, a neveléstudomány paradigmái között a „tanuló neveléstudomány” magatartástudományi/pszichológiai paradigmája kiemelt jelentőségű.* Elősegíti a személyorientált klinikai paradigma ellentmondásos belső tartalmának feloldását, megalapozza az individuális megsegítés elvi és gyakorlati kérdéseinek

kezelését, s nem utolsó sorban függetlenedését a személyorientált klinikai paradigma biológiai/medicinális jellegétől. Az emberi lét „mátságának”, „különösségének” megértése, speciális szükségleteinek kielégítése ugyanis a pszichoszociális folyamatok és az adaptív viselkedés egyensúlyának bázisán, ennek figyelembevételével történhet. *A válaszadás pozitív tartalma mellett tennivalóink közé tartozik, hogy témánk felvetéseit figyelembe véve tisztázzuk a nyitott kérdéseket és kezdjünk foglalkozni arról, hogyan definiáljuk újra a gyógypedagógia helyét, alá- és fölérendeltségi viszonyait.*

## IRODALOMJEGYZÉK

- Batliner, G. (2021) *Hallássérült gyermekek játékos fejlesztése*. ELTE BGGYK – ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Buda B. (1972). Szempontok a pszichoterápia eredményessége és a kiképzés problémáihoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 39(1), p. 81–92.
- Dunás-Varga I., Barthel B., Kármán B. & Szekeres Á. (2021). Az értelmi akadályozottság változó interdiszciplináris értelmezése és kontextusa. *Gyógypedagógiai Szemle*, 49(2-3), p. 85–103. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2021.2-3.1>
- Endrődy O., Svraka B. & F. Lassú Zs. (szerk.) (2020). *Sokszínű pedagógia – inkluzív és multikulturális szemléletmód a pedagógiai gyakorlatban*. ELTE-Eötvös Kiadó, Budapest.
- Förhécz N., Kiss É., Beák-Faggyas F., Czinkéné Gál A., Győri A., Fazekas D. & Kármán B. (2021). Használható és hatékony? Az Alapozó terápia evidenciái és alkalmazásának lehetőségei értelmileg akadályozott gyermekek fejlesztésében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 49(2-3). p.125–145. <https://doi.org/10.52092/gyosze.2021.2-3.3>
- Frostig, M. (1955). *Clinical Approaches to Education*. [PhD Dissertation]. University of Southern California, Los Angeles.
- Gereben F-né (2013). Klinikai gyógypedagógia: a tágan értelmezett gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat ismeretrendszere történeti aspektustól. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(5), p. 31–43.
- Gereben F-né (2017). Teremtő erő – művészet-terápia-gyógyító pedagógia. *Fejlesztő Pedagógia*, 28(1-2), p. 11–18.
- Gereben F-né (2020a). Mesterképzés a gyógypedagógiai felsőoktatásban – TERÁPIÁS megközelítésben, történeti és szakmai kitekintésben. *Gyógypedagógiai Szemle*, 48(1-2), p. 131–154.
- Gereben F-né (2020b). A Ranschburg-örökség szerepe a gyógypedagógia-tudomány és gyakorlat klinikai irányultságának értelmezésében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 48(3-4), p. 165–170.
- Gerebenné Várbíró K. (2021). Tanulási zavar. In Mesterházi Zs & Szekeres Á. (szerk.). *A nebezgen tanuló gyermekek iskolai nevelése*. (pp. 70–90). ELTE BGGYK, Budapest.
- Gerebenné Várbíró K., Reményi T. & Rosta K. (2021). *Szenzoros információfeldolgozás, mozgás, nyelvi képesség – a Frostig elven alapuló nevelési terápia elmélete és gyakorlata*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (1996). *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2000). *A magyar gyógypedagógus-képzés története*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina, Budapest.
- Hellmuth, J. (Ed.) (1966). *Educational Therapy*. (Vol. 1), WA: Special Child, Seattle.
- Hellmuth, J. (Ed.) (1969). *Educational Therapy*. (Vol. 2), WA: Special Child, Seattle.
- Illyés S. (1994). A különösség problémája a neveléstudományban. *Új Pedagógiai Szemle*, 44(1), 9–13.
- Illyés S. (1995). Az évezredforduló új kihívásai a gyógypedagógiával szemben. Töprengések egy szakmai találkozó kapcsán. *Gyógypedagógiai Szemle*, 23(2), p. 115–123.
- Illyés S. (2001). Tanuló neveléstudomány. In Csapó B. & Vidákovich T. (szerk.). *Neveléstudomány az évezredfordulón*. (pp. 11–22). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

- Illyés S. (2004). Tudomány és gyakorlat a gyógypedagógiában. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 55–75). Medicina, Budapest.
- Indri D. J. (2015). Iránytű – Elindult az Iskolai Konfliktus Tudásközpont online felülete, az ISKON. *Új Köznevelés*, 71(3), p. 54. Letöltve: 2022.02.12. URL: <https://folyoiratok.oh.gov.hu/uj-kozneveles/iranytu-7>
- Kozma T. (2001). Pedagógiánk paradigmái. In Csapó B. & Vidákovich T. (szerk.). *Neveléstudomány az ezredfordulón*. (pp. 23–28). Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Lányiné Engelmayer Á. (2004). Gyógypedagógia és terápia. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 71–87). Medicina, Budapest.
- Lesóné Kónya Mónika (2020). *Tükörtábla-terápia. A kétkézes diszgráfia-vizsgálat és -terápia kézikönyve*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lockowandt, O. (Hrsg) (1994). *Frostig Integrative Therapie, Bd. 2. Theorie und Praxis*, Verlag modernes lernen. Dortmund.
- Mallinson, R. (1968). *Education as Therapy. Suggestions for Work With Neurologically Impaired Children*. Special child publications, Seattle.
- Mesterházi Zs. (2000). A gyógypedagógia mint tudomány. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. (pp. 39–81). ELTE BGGYFK, Budapest.
- Mesterházi Zs. (2001). A gyógypedagógiai nevelés mint terápia. *Iskolakultúra*, 11(2), p. 29–33.
- Mesterházi Zs. (2004). A gyógypedagógiai folyamatról. In Gordosné Szabó A. (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. (pp. 20–39). Medicina, Budapest.
- Mogánné Tölgyesy Sz. (2007). Az ergoterápia hazai fejlődése. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 45(5-6), p. 37–39.
- Novák G. M. (2018). Művészeti terápiák a gyógypedagógiában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 46(1), p. 84–88.
- Papp G. (2012). Az integráció, inklúzió fogalmak tartalmi elemzése gyógypedagógiai megközelítésben nemzetközi és magyar szinten. *Gyógypedagógiai Szemle*, 40(4), p. 295–303.
- Pierangelo, R. & Guiliani, G. (2007). *The Educators Diagnostic Manual of Disabilities and Disorders*. Wiley, California.
- Pléh Cs. (2002). A klinikai nyelvszemlélet útjai és elméletei. *Pszichológia*, 22(3), p. 239–244.
- Ranschburg P. (1909). Elméletek a gyógypedagógia jelenéről és jövőjéről. *Magyar Gyógypedagógia*. I. p. 81–85.
- Simon, T. (2013). *Klinische Heilpädagogik*. Kohlhammer W., Kohlhammer, Stuttgart.
- Simson, S. & Straus, M. (Eds.) (1998). *Horticulture as therapy: Principles and Practice*. Taylor & Francis Ltd.
- Suchodoletz, W.(hrsg.) (2010). *Therapie von Entwicklungsstörungen*. Göttingen, Hogrefe.
- Szvatkó A. (szerk.) (2016). *Billenések. Tanulmányok a dinamikus szenzoros integrációs terápia köréből*. Oriold és társai Kft., Budapest.
- Szvatkó A., Arató D., Bodnár E. & Fodorné Földi R. (2021). *Mozgásterápiás protokoll a kora gyermekkori intervencióban*. Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft., Budapest. Letöltve: 2022.02.12. URL: [https://gyermekut.hu/pdf/Mozgasterapia\\_e-verzio.pdf](https://gyermekut.hu/pdf/Mozgasterapia_e-verzio.pdf)
- Torda Á. (szerk.) (2014). *Diagnosztikus protokollok kézikönyve*. Educatio Kht., Budapest.
- Vajdáné Kutas Cs. (2021). A Frostig-féle fejlesztőprogram innovatív alkalmazása az óvodapedagógiai munkában speciális nevelési szükségletű beszéd fogyatékos gyermekeknél. In Gerebenné Várbíró K., Reményi T. & Rosta K. (szerk.). *Szenzoros információfeldolgozás, mozgás, nyelvi képesség. A Frostig-elven alapuló nevelési terápia elmélete és gyakorlata*. (pp. 320–348). Gondolat Kiadó, Budapest.
- Vernooij, A. M. (1996). Oktatás a magatartászavarral küzdők iskolájában a T.O.S elvi alapján. *Gyógypedagógiai Szemle*, 24(3) p. 179–189.
- W. Barna E. & Demeter A. (2001). *A grafoterápia alapjai – Egy lehetséges gyógymód az írászavarok leküzdésére*. Comenius Bt., Budapest.
- Zászkaliczky P. (2014). A gyógypedagógia: a fogyatékos tudomány. *Fogyatékoság és társadalom*, 2(5-6), p.73–86.
- Zászkaliczky P. & Verdes T. (2010). *A tágabb értelemben vett gyógypedagógia*. ELTE BGGYK ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.



# Educational and therapeutic aspects of special education – the basic questions of educational therapy in the professional disciplinary framework of educational science

---

## ABSTRACT

Education and therapy represent two fundamental aspects of the praxis and science of special education, that require new approaches in the special education of the 21<sup>st</sup> century. Our paper will discuss this context from a clinical perspective. Basic questions of educational therapy will be presented in the individual support of students requiring special treatment. We aim to promote mutual thinking to shape the vision of special education and clarify the educator/therapist relationship based on the education and research experience collected on the MA Program of the Bárczi Gusztáv Faculty of Special Education of the Eötvös Loránd University.

**Keywords:** educational model, educational therapy, clinical approaches, higher education, special education

---

## ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT

### Gyógypedagógus – szakvizsga szakirányú továbbképzés

A gyógypedagógus-szakvizsga szakirányú továbbképzés célja, hogy elősegítse a gyakorlatban dolgozó munkatársak ismereteinek megújítását. A képzésben az 1. és a 2. félév során a hallgatók kötelező tanegységeket hallgatnak. A 3. és a 4. félévben két modul közül lehet választani: a) Gyógypedagógiai szakismeret és gyakorlat megújítása b) Gyógypedagógiai szakértő, gyógypedagógiai gyakorlatvezető, vezetőtanár.

A szakirányú továbbképzésben megszerezhető szakképzettség neve: szakvizsgázott pedagógus (gyógypedagógiai szakterületen).

**Képzés díja:** 140.000 Ft/ félév

**Képzés indulása:** 2022. szeptember

**Jelentkezési határidő:** 2022. július 08.

**Helyszín:** ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, Ecséri út.3.

A képzésről, jelentkezés feltételeiről és az előzetes tudásbeszámításról bővebb információk találhatóak a <https://barczy.elte.hu/gyogypedagogus-szakvizsga2021?m=400> oldalon.

**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT**

**Személyiségfejlesztés komplex zeneterápiával  
pedagógus-továbbképzés**

A 120 órás akkreditált pedagógus-továbbképzést azoknak a szakembereknek ajánljuk, akik saját élményen alapuló, zeneterápiás eszközökkel történő önismeretre, személyiségfejlesztésre vállalkoznak azért, hogy munkájukat hatékonyabban, empátikusabban tudják ellátni. Ebből a célból a résztvevők megismerik az emberi hang/hangadás pszichés hatásait, a zenei eszközöket használó kreatív nonverbális kommunikációt, a zene képzőművészeti eszközökkel való kifejezését, vizuális megjelenítését, a hang és mozgás kapcsolatát, valamint ismereteket és tapasztalatokat szereznek a rendszerelméletű családterápia elemeiről, a családon belüli alrendszerek működéséről, különös tekintettel a gyermeki szerepekre. Mindezt a zene eszközeivel sajátítják el a csoportdinamika tükrében. (A részvétel nem igényel zenei előképzettséget.)

**Részvételi díj: 120 000 Ft**

**A képzés időpontja: 2022. április. 29.- 2022. június 25.**

**Jelentkezési határidő: 2022. április 10.**

**Helyszín: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 1097 Budapest, Ecséri út.3.**

**További információk:** <https://barczi.elte.hu/content/akkreditalt-pedagogus-tovabbkepzesek.cl.32?m=174>

**Érdeklődni a [tovabbkepzo@barczi.elte.hu](mailto:tovabbkepzo@barczi.elte.hu) e-mail címen lehet.**

# Múlt és jelen kihívásai a látássérült személyek tájékozódás- és közlekedéstanításának nemzetközi színterein

GOMBÁS JUDIT<sup>1</sup> – PRÓNAY BEÁTA<sup>2</sup>

[gombas.judit@barczi.elte.hu](mailto:gombas.judit@barczi.elte.hu)

[pronay.beata@barczi.elte.hu](mailto:pronay.beata@barczi.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

*Háttér és célok:* A tájékozódás és közlekedés a látássérült személyek rehabilitációjának és rehabilitációjának kulcsfontosságú területe; tudományterületként alig egy évszázados múltra tekint vissza. Írásunk célja áttekinteni nemzetközi történetének legfontosabb mérföldköveit, definiálásának változásait, valamint a jelen legfontosabb szakmai kihívásait.

*Módszer:* A szakma nemzetközi történetét az Amerikai Egyesült Államokban a látássérült személyekért tevékenykedő jelentős szervezetek (pl. American Federation of the Blind) online elérhető történeti összefoglalóit követve mutatjuk be. A definiálás problematikáját, valamint a jelen szakmai kihívásait taglaló írásokat pedig első sorban a Journal of Visual Impairment & Blindness, valamint a British Journal of Visual Impairment 2010 után, a tájékozódás és közlekedés témájában publikált tudományos cikkei nyomán összegezzük.

*Eredmények:* A szakirodalom alátámasztja, hogy a tájékozódás és közlekedés dinamikusan fejlődő tudományterület. Ugyanakkor a tájékozódás- és közlekedéstrénernek nem tudnak egyértelműen lépést tartani a technikai fejlődéssel és a kliensek igényeinek és szükségleteinek folyamatos változásaival.

*Következtetések:* a tájékozódás és közlekedés interdiszciplináris tudományterület, melynek magasszintű műveléséhez elengedhetetlen a teammunka, valamint a szakemberek minőségi képzésének biztosítása.

**Kulcsszavak:** látássérülés, tájékozódás és közlekedés, történeti áttekintés

---

## HÁTTÉR ÉS CÉLOK

A tájékozódás és közlekedés (szakmai körökben: TK) a látássérült személyek rehabilitációjának és rehabilitációjának kulcsfontosságú területe. Az önálló közlekedés képessége jelentősen javítja a látássérült emberek életminőségét, növeli munkavállalási esélyeiket és hozzájárul társadalmi befogadásukhoz (Blake, 2020a). Bár a látássérült emberek, családtagjaik, szeretteik, a velük foglalkozó szakemberek és – szeretnénk hinni – a társadalom egésze számára nyilvánvaló, hogy az önálló közlekedés alapvető fontosságú az érintettek életminősége, testi-lelki jólléte szempontjából, a szakmai, technikai és módszertani innovációk mégis nehézkesen jutnak a hazai szakmai és felhasználói közösség tudomására. Ráadásul sajnálatos módon a tájékozódás és közlekedés magyar nyelvű szakirodalmá minimális. Írásunkkal több cél elérését tűztük ki.

*Elsőként*, szeretnénk röviden áttekinteni, hogy a tájékozódás és közlekedés milyen kihívásokkal nézett szembe tudományterületként való létezésének közel egy évszázada során. A vázlatos történeti áttekintés célja nem a precíz szakmatörténeti leírás, jóval inkább szeretnénk kiemelni a kezdeti erőfeszítéseket és szakmai innovációkat.

*Ezt követően* a jelen és a jövő sürgető feladatait tekintjük át, és rávilágítunk a szakma megújulásának szükséges voltára. Jelen írásunkban a nemzetközi szakmai szintéren zajló változásokra fókuszálunk, míg annak tervezett folytatása a tudományterület hazai alakulását kívánja majd ismertetni. Szeretnénk továbbá felhívni a figyelmet arra, hogy a tájékozódás és közlekedés jóval több bottechnikák és útvonalak tanításánál, ezért elengedhetetlen, hogy a szakma igyekezzen lépést tartani az új trendekkel.

## **MÓDSZER**

Kutatómunkánk során a források két nagy csoportját tanulmányoztuk. A történeti áttekintés összeállításakor elsősorban olyan, az Amerikai Egyesült Államokban a látássérült személyekért tevékenykedő jelentős szervezetek online elérhető írásait tanulmányoztuk, mint az American Foundation for the Blind (AFB), a National Federation of the Blind (NFB) és az American Council of the Blind. A definiálás problematikáját, valamint a külföldi szakemberek meglátása szerint legégetőbb tennivalókat tagláló írásokat pedig zömében a látássérült személyek oktatásának, rehabilitációjának és rehabilitációjának legfontosabb két nemzetközi folyóiratának – *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *British Journal of Visual Impairment* – a tájékozódással és közlekedéssel kapcsolatos, 2010 után született tudományos cikkei alapján összegezzük. A szakmatörténeti áttekintés releváns és naprakész, főként külföldi szakirodalmi forrásokon alapszik. Noha a tájékozódás és közlekedés történetével magyar nyelven megjelent és széles körben elérhető írás alig-alig foglalkozik, a cikkünk írásához felhasznált forrásművek sorában igen fontos magyar nyelvű írások is megjelennek.

## **EREDMÉNYEK**

### **A tájékozódás és közlekedés nemzetközi története röviden**

A tájékozódás és közlekedés története egészen az ókori kultúrákig nyúlik vissza. Ókori kínai papirusz tekercseken megjelenik a vak embert egy merev eszköz segítségével vezető kutya (Wiener, Welsh & Blasch, 2010). A bottal történő közlekedés is az ókorban gyökerezik – már a Bibliában is találni utalást az utat pásztorbottal pásztázó vak emberre (Iowa Department for the Blind, é. n.). Századokon keresztül a bottal való közlekedés módszerét a vak emberek maguk kísérletezték ki, esetleg tanította egyik vak személy a másiknak (Wiener, Welsh és Blasch, 2010). Megoszlik a különböző források véleménye atekintetben, valójában kinek tulajdonítható a bot fehér színe, és az az elgondolás, amely szerint a bot a tájékozódást segítő eszközön túl jelző funkciót is remekül ellát. Számos forrás (Strong, é. n.; Iowa Department for the Blind, é. n.; Wisconsin Council of the Blind and Visually Impaired, 2019) szerint a bristoli James Biggsé az

ötlet. Biggs fotográfus volt. Látását egy balesetben veszítette el, ezt követően igyekezett mobilitását visszanyerni, ám félt az utcán az egyre növekvő forgalomtól és az autómobilok zajától. Ezért határozott úgy 1921-ben, hogy botja fehér színével felhívja magára a figyelmet. A fehér bot jelentésének európai ismertségéért tett egyik első fontos lépés a francia származású Guilly d'Herbemont nevéhez fűződik, aki 1931 februárjában Franciaországban fehér bot mozgalmat indított. A mozgalom híre hamarosan eljutott Nagy Britanniába is, ahol nemzeti szintű terjesztését a Rotary Klubok vállalták fel. A fehér bot észak-amerikai elterjedése a Lion's Clubs International tevékenységéhez kötődik (Strong, é. n.). Az államokon átívelő, a fehér botot népszerűsítő kampány állítólag azután vett lendületet, hogy egy lelkes Lion végignézte, ahogyan egy vak ember fekete színű botjával próbál sikertelenül átkelni egy forgalmas úton, ám a háttérbe beleolvadó színű botját az autósok nem vették észre. Strong (é. n.) beszámolója szerint az 1920-as és 1930-as években a botot a látássérült személyek maguk előtt merőlegesen tartották, nem mozgatták, így az valójában csupán jelző funkciót látott el, a biztonságos közlekedést nem segítette. A fehér bot használatában az áttörést Richard Edwin Hoover (1915-1986) hozta, akit a „könnyű, hosszú fehér bottal való közlekedés atyja”-ként is szokás emlegetni (Weinstein, 2021). Hoover 1936-tól a Maryland School for the Blind matematika és testnevelés tanára volt, majd a hatvanas években szerzett szemészorvosi végzettséget. Megjegyezzük, hogy munkásságának tanári tevékenysége is jelentős eleme, ugyanis az ő kezdeményezésére indult meg az Amerikai Egyesült Államok látássérült diákokat oktató iskolái között a birkózás kupa, amely negyven éven keresztül hagyományosan megrendezésre került (Tuttle & Tuttle, 2002a). Hoover 1944-ben a Valley Forge Army Hospital rehabilitációs részlegére került, ahol többedmagával a II. világháború során látásukat részben, többségükben pedig egészében elveszítő veteránok rehabilitációja volt a feladata. A kórházban Hooveren kívül dolgozott Warren Bledsoe, aki szintén a marylandi iskola tanára volt (Tuttle & Tuttle, 2002b). A látássérült emberek oktatása terén jártas szakemberek feladata volt felkészíteni a lábadozókat arra, hogy átkerülhessenek az avoni (Connecticut, USA) rehabilitációs programba. Bár Avonban a veteránok elsajátíthattak a tájékozódáshoz szükséges tudáselemeket – pl. az echolokáció használatát, a talaj különbségeinek megfigyelését, vagy a támpontok keresésének módszerét –, botot tilos volt használniuk (Sauerburger, 1996). Hoover nem értett ezzel egyet. Saját szemét letakarva kísérletezett, miként lehetne az avoni program által tanított tartalmakat bot használatával kombinálni. Ekkor jött rá, hogy a hagyományosan használt nehéz fa bot helyett könnyű, hosszú bottal érdemes közlekedni. Hoover nevéhez fűződik az az elgondolás is, hogy a botnak és az ellentétes oldali lábnak egyszerre kell mozdulnia, így a vak ember folyamatosan monitorozhatja maga előtt az utat, lépései és a bot mozgása pedig koordináltan igazodhatnak egymáshoz. Ez az ún. Hoover-, vagy ingatechnika (two point touch technique). Hoover a kollégáinak is tanította módszerét, ezzel lényegében megkezdve a tájékozódás és közlekedés tanítását. Az első egyetemi szintű képzések a hatvanas években indultak az USA-ban.

A rehabilitációs programok megindulásához természetesen politikai akaratra is szükség volt. 1942-ben Franklin D. Roosevelt felszólalt a Kongresszus előtt, és szorgalmazta a háborús veteránok és a látássérült civil lakosok rehabilitációs ellátásának megindítását. A háborús veteránok szervezetei azonban a veteránok számára külön, speciális rehabilitációs ellátást kívántak. Erőfeszítéseik nyomán fogadta el 1943 márciusában a Kongresszus a 78-16-os jogszabályt a háborús veteránok rehabilitációjáról. Azonban Roosevelt elnök erőfeszítései sem

voltak hiábavalóak: három hónappal később elfogadták a Barden-LaFollette rendeletet is, amely zöld utat adott a látássérült civilek rehabilitációjának (U.S. Department of Veterans Affairs, é. N.). Az első rehabilitációs központ (Blind Rehabilitation Center, BRC) 1948-ban, a chicagoi Edvard Hines Jr. Hospital területén kezdte meg működését. Bár ezt tartják nyilván első „valódi” rehabilitációs központként, mégis meg kell említeni a tényleges elsőt is, azaz az I. világháborús veteránok számára Baltimore-ban létesített Evergreen programot. Ez a program azonban még nem a mai technikák elődeit – pl. a hosszú fehér bot technikát – használta. A BRC megalakulásában hatalmas szerepe volt Warren Bledsoe-nak. A későbbiekben komplex rehabilitációs program kidolgozásáért és rehabilitációs központok megnyitásáért küzdött és nyugdíjba vonulásáig számtalan pozíciót töltött be a vak emberek rehabilitációjának területén; munkájáért több rangos elismerést kapott (Tuttle & Tuttle, 2002; Sauerburger, 2010)

A BRC központ első vezetőjének Russel C. Williamst nevezték ki. Williams maga is a háborúban vakult meg. A Valley Forge Hospital betegeként, majd az avoni rehabilitációs program résztvevőjeként elsajátította mind Hoover bottechnikáját, mind az avoni program tartalmait. Ezeket tovább fejlesztette, majd visszatért Valley Forge-ba, ahol első vak emberként tanította vak társait közlekedni (Wiener, Welsh & Blasch, 2010).

A veteránrehabilitáció és a látássérült veteránok és civilek rehabilitációs központjainak megnyitása nem csak az Egyesült Államokban volt jelentős, hanem a szakterületre máig hatást gyakorló fejlődés nyitányának tekinthető, melynek vívmányai Európában is útjára indították a rehabilitációt (Prónay, 2007).

## **A tájékozódás és közlekedés fogalmi alapjai**

A fentiekben áttekintettük, miként jöttek létre a tájékozódás és közlekedés, mint a látássérült személyek rehabilitációjának kiemelkedő területe ma ismert módszertani alapjai. A szakterület dinamikus fejlődésével ugyanakkor elengedhetlenné vált, hogy nőjön tudományos beágyazottsága is. A tájékozódás és közlekedés összetett interdiszciplináris tudományterület. Oktatása éppúgy megköveteli a téri orientáció alapját képező észlelési folyamatok általános és látássérülésspecifikus vonatkozásainak ismeretét, mint a fehér bottal való közlekedés módszertani alapvetéseinek elsajátítását és a közlekedés technikai kivitelezésében való jártasságot.

A tájékozódás a hagyományos definíció szerint „a személy térben elfoglalt helyének azonosítása és megtartása szenzoros információk segítségével” (Hill & Ponder, 1976, id. Blake, 2020b, p. 235). Anthony, Bleier, Kish, Pogrund & Fazzi, (2010) meghatározása szerint a tájékozódás „annak ismerete, hogy az egyén mint környezetétől elkülönülő entitás, hol helyezkedik el a térben, hová kíván a térben eljutni, és hogy miként juthat oda el.” (p. 327). Hasonló tartalmi elmélyülés figyelhető meg a tájékozódás és közlekedés fogalmának meghatározása terén is. Cmar, Griffin-Shirley, Kelley & Lawrence (2015) által hagyományosnak mondott, szintén igen világos meghatározás szerint a tájékozódás és közlekedés a hosszú fehér bottal való közlekedés technikáinak tanítása és tanulása, ami lehetővé teszi, hogy a látássérült emberek önállóan és biztonságosan mozogjanak a térben (Cmar, Griffin-Shirley, Kelley & Lawrence, 2015). Jacobson (2013) a tájékozódás és közlekedés sikeres gyakorlásának három

alapvető pillérét emeli ki, amelyek a biztonságos közlekedést meghatározó fogalmak, készségek és technikák; véleménye szerint az eltérő környezetben is jól közlekedő személynek ezek összességét szükséges elsajátítania.

Magyar szerzők meghatározásait is idézve Veress (2007) így fogalmaz: „A tájékozódás az a képessége, készsége az embernek, melynek segítségével az érzékszervei által az őt körülvevő környezetről szolgáltatott adatok és jellemzők, valamint ismeretei és tapasztalatai együttes mentális feldolgozásával meghatározza helyét és a környező tárgyakhoz és objektumokhoz viszonyított helyzetét egy adott időben, egy adott helyszínen. A közlekedés a környezet adottságait, jellemzőit figyelembe vevő, az egyén képességeit és készségeit felhasználó tervezett és kontrollált hely- és helyzetváltoztatást jelent, egy adott időben, egy adott helyszínen.” (Veress, 2007, p. 22).

Fehér (2007) is kiemelten fontos szempontokat fogalmaz meg: „A tájékozódás és közlekedéstanítás célja a kliens személyes igényeihez, elvárásaihoz, szomatikus, mentális, pszichés képességeihez, készségeihez alkalmazkodva, előzetes ismereteire építve, a vele való partneri munkakapcsolat során a minél teljesebb és magasabb szintű biztonságos és önálló tájékozódás és közlekedés elérése.” (Fehér, 2007, p. 34)

A hosszú fehér bottal való közlekedés nyilvánvalóan jóval több a közlekedés technikáinak összességénél (Deverell, Bentley, Ayton, Delany & Keefe, 2015). A fenti definíciók is világosan mutatják, hogy súlyosfokú látássérülés esetén az egyén térben elfoglalt helyzetének meghatározása, környezetének feltérképezése, a tájékozódást segítő környezeti elemek tudatos azonosítása, az érzékszervek tudatos használata – hogy csak néhányat említsünk a sikeres tájékozódáshoz szükséges alapvető készségek közül – igen összetett kihívás. Tanulása során számos alapvető ismeret elsajátítása elengedhetetlen, s a sikeres tájékozódás és közlekedés csak a különböző tudástartalmak és készségek együttes megfelelő alkalmazása mentén valósul meg (Downey, 2017 id. Blake, 2020b). Mégis, a tájékozódás és közlekedés tanítása során általános gyakorlat, hogy a trénerek figyelme, valamint az órák jelentős hányada a különböző bottechnikák megtanítására, majd a technikai tudás mérésére fókuszál (Blake, 2020a; Blake, 2020b). Az a fenti definíciókból egyértelműen kitűnik, hogy a magabiztos és biztonságos közlekedéshez szükséges tudástartalmak igen sokrétűek, s ez megköveteli a szakemberektől, hogy folyamatosan lépést tartsanak a változó igényekkel, szükségletekkel és környezettel.

Bár a szakmai fejlődéssel együtt a szakemberképzés is megindult – már a 60-as évektől felsőfokú BA és MA szintű diploma megszerzésére, később kettős tájékozódás és közlekedés és mindennapos tanítás (szakmai körökben: MT) képzéseken való részvétellel is lehetőség nyílt –, még sincs elegendő magasan képzett szakember az USA-ban sem. A legtöbb tájékozódás- és közlekedéstanár a munkahelyén (on the job training), úgynevezett ügynökségeknél (agency) dolgozó, gyakorlott tréner kollégáktól tanul. Mivel még a szövetségi államon belül is – a világ más részeiről nem is beszélve – sokan sokféleképpen tanítanak, ezért az Association for Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired (AER) feladatának tekintette legalább az USA-ban praktizálók számára az egységes kritériumok megfogalmazását (lásd. következő részben).

## A jelen és a jövő kihívásai

Bár a tájékozódás és közlekedés elsajátítására világszerte egységesen hatalmas szükségük van a látássérült személyeknek, a szakma keretrendszerében mégis jelentős eltérések mutatkoznak. Az AER az USA-ban az 1950-es években létesült szakmai szervezet, melynek a látássérült emberekért dolgozó szakemberek a tagjai. Az AER elhivatott a szervezetében tömörülő szakterületek népszerűsítése, a bizonyítékon alapuló gyakorlatok, a magas szakmai minőség és a kritikus véleménynyilvánítás támogatása mellett. Az AER továbbképzési lehetőséget nyújt, valamint konferenciákat szervez a szakterületen dolgozók minőségi munkavégzésének biztosítása és előmozdítása érdekében. Egyik önálló részlegét képezi a tájékozódás- és közlekedéstanárok csoportja. A tájékozódás és közlekedés célcsoportjának, céljainak, szolgáltatási formáinak, a tájékozódás- és közlekedéstanár feladatkörének, fejlesztési területeinek, a szakemberek képzési modelljeinek egységesítése céljából került kidolgozásra és jelent meg 2019-ben az AER tájékozódás és közlekedés szakcsoportjának gondozásában a *Tájékozódás és közlekedés gyakorlata* (Scope of Practice in Orientation and Mobility) c. megújított kiadvány. A kiadvány célja, hogy:

- meghatározza a tájékozódás és közlekedés célját és gyakorlatát,
- specifikálja a tájékozódás és közlekedés szolgáltatási formáit,
- tájékoztassa a felhasználókat, családjukat, oktatókat, egészségügyi szakembereket, felnőttek számára szolgáltatást nyújtó szakembereket, segítő személyeket/gondviselőket, a tágabb közösség tagjait, a szakpolitikai döntéshozókat és más szakembereket a tájékozódás- és közlekedéstanárok feladatairól,
- előmozdítsa a tájékozódás- és közlekedéstanárok és más szakmák képviselői közötti együttműködést, valamint
- meghatározza a tájékozódás- és közlekedéstanárok minősítésének kritériumait (AER, 2019).

A dokumentum részletesen ismerteti, mi is a tájékozódás és közlekedés. Kiemeli, hogy tanításának minden esetben természetes és komplex környezetben kell történnie, hiszen a mesterséges, vagy stimulusoktól mentes környezet nem támogatja a tájékozódás és közlekedés elsajátítását (Kaiser, Cmar & Anderson, 2019). Részletes útmutatással szolgál továbbá a trénerek feladatkörét illetően: hangsúlyozza, hogy a tanítás elengedhetetlen eleme a tervezés, a tanított útvonal előzetes feltérképezése. Legalább ilyen fontos a látássérült személyek közlekedésével kapcsolatos szemléletformáló tevékenység, hiszen ha a társadalom kellően informált, az hozzájárul az érintettek mind akadálytalanabb közlekedéséhez. A feladatkörök sorából az interdiszciplináris együttműködés és az erre fordítandó időkeret sem maradhat ki, hiszen a megfelelő szolgáltatás biztosításához fontos lehet a gyógypedagógussal vagy a látássérült személlyel együtt dolgozó más rehabilitációs szakemberrel egyeztetni. A keretrendszer korlátai és a jövőben rendszeres frissítésre szoruló területei között említik a szerzők a tájékozódást és közlekedést támogató, elektronikus megoldásokkal kapcsolatos ismeretek bővítését (AER, 2019).

Az elmúlt két évtizedben a modern technológia alkalmazása a tájékozódás és közlekedés területén is nagy fejlődésen ment keresztül. Vasiliauskas (2010) a látássérült tanulók oktatásának hiányosságai között említi, hogy sem a látássérültek gyógypedagógusai, sem a tájékozódás- és közlekedésszakemberek többsége nem kellően jártas a technológia – képernyőolvasó programok, Braille jegyzetelők és kijelzők, GPS alkalmazások – használatában, noha azokat napjainkban a



látássérült fiatalok és felnőttek egyre szélesebb rétege alkalmazza a mindennapok során. McAllister (2018) az időskorú látássérült személyek számára történő útvonaltanítás fontos elemeként emeli ki az okostelefonra rögzíthető – később az idős személy által akárhányszor lejátszható – hangos térkép és tájékozási-közlekedési instrukciók használatának a fontosságát. A szerző kiemeli, hogy ezek segítségével áthidalható a gyengülő memória okozta felejtés, a látássérült idős személy igényei szerint gyakorolhat, ezzel erősítve magabiztosságát a közlekedés során.

A tájékozódás és közlekedés nemzetközi szakirodalma a sürgető feladatok sorában említi továbbá a látássérült gyermekek és fiatalok oktatását támogató és keretrendszerbe szervező tartalmi standardok kidolgozásának szükségességét (Tellefson, 2016; Tellefson, Koehler, Botsford & Cook, 2019).

Mínthogy a tájékozódás és közlekedés, és általában a rehabilitációs-tevékenységek során elengedhetetlen kiemelt figyelmet fordítani az egyéni képességekre és szükségletekre (Sauerburger, Siffermann & Rosen, 2008), a tartalmi standardok összeállítása és azok követése egyaránt komoly szakmai kihívás.

A fentiekben több vonatkozásban írtunk már az együttműködés fontosságáról, melyek sorából nem maradhat ki a tájékozódás- és közlekedéstréner, valamint a látássérült személy és hozzátartozói közötti együttműködés sem. Ennek fontosságára hívja fel a figyelmet Columba, Lepore-Stevens & Kavanagh (2017) kezdeményezése, melynek során látássérült gyermekek gondviselőinek tanítottak a tájékozódással és közlekedéssel, valamint a fizikai aktivitással kapcsolatos gyakorlati ismereteket. Programjuk két egymást követő workshopból állt: az első kétnapos blokk során a résztvevők gyermekük látásával kapcsolatban kaptak személyre szabott tájékoztatást. Ezt követően mélyedtek el a tájékozódás látássérülésspecifikus vonatkozásának megértésében, valamint a közlekedés módozatainak – fehér bot, vakvezető kutya – megismerésében. A második workshop a fizikai aktivitással kapcsolatos tartalmakra fókuszált. A szerzők kiemelik, hogy a fizikai aktivitás alapja a tájékozódáshoz és közlekedéshez szükséges képességek fejlesztése, az egyén önállóságának növelése, amelyben a gyermek gondviselői, ám egy felnőtt látássérült személy hozzátartozói is hatalmas segítséget jelenthetnek.

## **KÖVETKEZTETÉSEK**

A látássérült személyek tájékozódása-közlekedése a rehabilitáció-rehabilitáció olyan alapvető fontosságú területe, amely meghatározza az érintettek életminőségét, önállóságát, társadalmi részvételét. Írásunk első felében ismertettük, miként jött létre e tudományterület, s ennek köszönhetően hogyan váltak a látássérült emberek a társadalom aktív tagjaivá. Ezt követően körüljártuk, hogyan határozható meg napjainkban a tájékozódás és közlekedés, majd részleteztük, milyen sokrétű, tudományterületeken átívelő ismeretekkel szükséges a 21. század tájékozódás- és közlekedésszakemberének rendelkeznie. Mint láthattuk, a szakma kereteinek meghatározása, valamint a tájékozódás- és közlekedésszakemberek szakmai jártasságával szemben támasztott követelmények folyamatosan formálódnak. Ez részben magyarázható a látássérült személyek tájékozódását segítő technikai innovációk fejlődésével. Ma már létezik okos fehér bot is, a

felhasználók pedig számos, kifejezetten látássérült emberek segítésére készült GPS alkalmazás (pl. Lazarillo, BlindSquare) közül választhatnak. Ugyanakkor nem szabad azt sem elfelejtenünk, hogy például a biztonságos közlekedés napjaink nyugsgó nagyvárosaiban jóval nagyobb kihívás mind a tréner, mind a kliens szemszögéből, mint néhány évtizeddel ezelőtt volt. A tájékozódás és közlekedés interdiszciplináris jellegéből fakadóan elengedhetetlen, hogy a szakember egy szorosan együttműködő team tagjaként dolgozzon látássérült kliensével és annak hozzátartozóival. A korszerű és szakszerű ismeretek elsajátításához ugyanakkor nélkülözhetetlen a naprakész és hozzáférhető szakirodalom, valamint a szakemberek folyamatos képzése, és önképzésének támogatása. A tudományos háttér felelőssége hatalmas a gyakorló tájékozódás- és közlekedéstrénerek magasszintű oktatásának és tudásának naprakészen tartása érdekében. Míg az angol nyelvű szakirodalom egyértelműen bőséges, a hazai források száma bővítésre szorul. Írásunk egyik célja pontosan a szakirodalom gazdagítása volt. Célunk továbbá az ismeretátadáson túl a szakmai gondolkodás és diskurzus megindítása és felélénkítése, így a hazai tájékozódás- és közlekedésszakma fejlődésének előmozdítása.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Anthony, T. L., Bleier, H., Kish, D., Pogrund, R. L., & Fazzi, D. L. (2010). Mobility focus: Developing early skills for orientation and mobility. In Pogrund, R. L., Fazzi, D. L. (szerk.). *Early focus: Working with young children who are blind or visually impaired and their families*. (2nd ed.) (pp. 326–404). AFB Press, New York.
- Association for Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired, AER (2019). *Scope of practice*. Letöltve: 2022.01.04. URL: [http://aerom.org/AEROM\\_Downloads/Scope\\_of\\_Practice\\_Final\\_Draft\\_3-7-18.pdf](http://aerom.org/AEROM_Downloads/Scope_of_Practice_Final_Draft_3-7-18.pdf)
- Blake, K. (2020a). 'Orientation and Mobility... What is that again?' *British Journal of Visual Impairment*, 39(2), 94–103. <https://doi.org/10.1177/0264619620915260>
- Blake, K. (2020b). A critical literature analysis of the Orientation and Mobility paradigm. *British Journal of Visual Impairment*, 39(3), 231–238. <https://doi.org/10.1177/0264619620920901>
- Cmar, J. L., Griffin-Shirley, N., Kelley, P., & Lawrence, B. (2015). *The role of the orientation and mobility instructor in public schools: A position paper of the Division on Visual Impairments and Deafblindness. Council for Exceptional Children*. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://dvidb.exceptionalchildren.org/sites/default/files/2021-03/Role%20of%20the%20Orientation%20and%20Mobility%20Instructor%20in%20Public%20Schools%202015.docx>
- Columna, L., Lepore-Stevens, M., & L.W.K.D. Kavanagh, E. (2017). Effective education for families of children with visual impairments and blindness in physical activity environments: A workshop model with a focus on Orientation and Mobility skills. *British Journal of Visual Impairment*, 35(2), 165–177. <https://doi.org/10.1177/0264619617689903>
- Deverell, L., Bentley, S. A., Ayton, L. N., Delany, C., & Keeffe, J. E. (2015). Effective mobility framework: A tool for designing comprehensive O&M outcomes research. *International Journal of Orientation & Mobility*, 7(1), 74–86. <https://doi.org/10.21307/ijom-2017-059>
- Fehér Zs. (2007). Tájékozódás és közlekedéstanítás célja, tartalma, szerepe és helye az elemi rehabilitációban. In Prónay B. & Szabó A. (szerk.). *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 2. A tájékozódás és közlekedés tanítása látássérült személyeknek*. (pp. 34–35). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest.

- Iowa Department for the Blind (é.n.). *Tools & technology: Evolution of the long, white cane*. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://blind.iowa.gov/blindhistory/technology-evolution-long-white-cane>
- Jacobson, W. H. (2013). *The art and science of teaching orientation and mobility to persons with visual impairments* (2nd edition). American Foundation for the Blind Press, New York.
- Kaiser, J. T., Cmar, J. L., & Anderson, D. L. (2019). What's in a Definition? Reflections on the Scope of Orientation and Mobility. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 113(1), 89–92. <https://doi.org/10.1177/0145482X18825183>
- McAllister, J. W. (2018). Orientation and Mobility Modifications and Adaptations for Safe Travel by Older Adults. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 112(3), 307–311. <https://doi.org/10.1177/0145482X1811200310>
- Prónay B. (2007). A tájékozódás- és közlekedéstanítás története. In Prónay B. & Szabó A. (szerk.). *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 2. A tájékozódás és közlekedés tanítása látássérült személyeknek*. (pp. 23–35). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest.
- Sauerburger, D. (1996). *The history of O & M. Metropolitan Washington Orientation and Mobility Association*. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://aerbvi.org/wp-content/uploads/2016/02/Orientation-and-Mobility-1996.docx>
- Sauerburger, D., Siffermann, E., & Rosen, S. (2008). Principles for providing orientation and mobility for people with vision impairment and multiple disabilities. *International Journal of Orientation and Mobility*, 1(1), 52–56. <https://doi.org/10.21307/ijom-2008-006>
- Strong, F. (é.n.). *The history of the white cane*. Letöltve: 2022.01.03. URL: [https://www.njcounciloftheblind.org/brochures/history\\_of\\_white\\_cane.htm](https://www.njcounciloftheblind.org/brochures/history_of_white_cane.htm)
- Tellefson, M. (2016). *Developing standards for orientation and mobility instruction*. Webcast. Perkins E-learning. Letöltve: 2021.12.15. URL: <https://www.perkinslearning.org/videos/webcast/developing-standards-orientation-and-mobility-instruction#transcript>
- Tellefson, M. J., Koehler, W. S., Botsford, K. D., & Cook, L. (2019). Orientation and Mobility Career, College, and Community Readiness Standards: A Delphi Study. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 113(3), 220–234. <https://doi.org/10.1177/0145482X19851296>
- Tuttle, D. & Tuttle, N. (2002a). *Richard Edwin Hoover*. American Printing House for the Blind. Letöltve: 2021.01.04. URL: <https://sites.aph.org/hall/inductees/hoover/>
- Tuttle, D. & Tuttle, N. (2002b). *C. Warren Bledsoe*. American Printing House for the Blind. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://sites.aph.org/hall/inductees/bledsoe/>
- U.S. Department of Veterans Affairs (é.n.). *Central Blind Rehabilitation Center – history, Edward Hines Jr. Hospital*. Letöltve: 2021.12.15. URL: [https://www.va.gov/HISTORY/VA\\_History/Overview.asp](https://www.va.gov/HISTORY/VA_History/Overview.asp)
- Vasiliauskas, E. (2011). „Equal and appropriate expectations”: challenges in education. *Future Reflections*. Letöltve: 2021.12.15. URL: <https://nfb.org/sites/default/files/images/nfb/publications/fr/fr30/1/fr300101.htm>
- Veress É. (2007). Tájelezódás és közlekedéstanítás meghatározása, tartalma. In Prónay B. & Szabó A. (szerk.). *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 2. A tájelezódás és közlekedés tanítása látássérült személyeknek*. (pp. 22). ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Foglalkoztatási és Szociális Hivatal, Budapest.
- Weinstein, J. (2021). Tracing the Origins of the White Cane: Richard Edwin Hoover. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://partnersforsight.org/tracing-the-origins-of-the-white-cane-richard-edwin-hoover/>
- Wiener, W. R., Welsch, R. L., Blasch, B. B. (2010). *Foundations of orientation and mobility* (3. kiadás). American Foundation for the Blind, New York.
- Wisconsin Council of the Blind and Visually Impaired (2019). *All about the white cane*. Letöltve: 2022.01.04. URL: <https://wcbblind.org/2019/10/all-about-the-white-cane/>

# Past and Current challenges in international scenarios of the orientation and mobility training of individuals with visual impairment

---

## ABSTRACT

*Background and objectives:* Orientation and mobility (O&M) is a key area of the habilitation and rehabilitation of people with visual impairment. As a field of science, O&M has a short history of less than a century. In this article, first a brief history of the international development of the field is scratched, together with how definitions of the concept of O&M have been changing. Then, the most important challenges experts are currently facing are highlighted.

*Method:* The most important changes in international scenarios of O&M are introduced through revising online resources of some of the most important organisations of the blind and visually impaired in the United States of America (e. g. American Federation of the Blind). Issues of defining O&M and the challenges of the discipline are summarised based on O&M-related journal articles published after 2010 in the Journal of Visual Impairment & Blindness and British Journal of Visual Impairment.

*Results:* Literature confirms that O&M is a dynamically developing discipline. O&M trainers thus are not always able to keep track with technological improvements and with changing needs of their clients.

*Summary:* O&M is an interdisciplinary field of science, which requires that experts involved work together as a team, and that their high-quality professional formation should be provided.

**Keywords:** visual impairment, orientation and mobility, history

---

## ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT

### Olvasástanítás fonomimikával (komplex elvű fonomimika) c. nem akkreditált, 8 órás, tanúsítványt nyújtó pedagógus-továbbképzés

A továbbképzés során a résztvevők megismerik a motoros megerősítés hatékonyságának neurobiológiai igazolását. A betű/hangtanítás komplexitásának tartalmát, a tanítás algoritmusát. A vizuális percepció egyes összetevőit, a fonológiai tudatosság kialakulásának menetét és szintjeit. Tréning formájában minden hang és betű tanítási módjánál értelmezik az olvasás-írás tanításának módját, a vizuális, akusztikus és motoros asszociáció megvalósulási formáját. Bemutatót kapnak az összeolvasás hatékony megvalósításához is.

**Előadó: Fazekasné dr. Fenyvesi Margit** címzetes egyetemi tanár

**A továbbképzés időpontja:** 2022. március 26. szombat 9:00-15:50

**Helyszín:** ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 1097 Budapest, Ecseryi út 3. A/19-es terem

**Továbbképzésre jelentkezők száma:** minimum 10 fő - maximum 30 fő

**A továbbképzés regisztráció köteles. Regisztrációs díj és egyben a tanfolyam ára:**  
10 000 Ft/fő

**Jelentkezési határidő:** 2022. március 22.

**További információk:** <https://barczy.elte.hu/content/nem-akkreditalt-pedagogus-tovabbkepzesek.cl.122?m=388>

<sup>1</sup>Fejér Megyei Pedagógiai Szakszolgálat

<sup>2</sup>Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Atipikus Viselkedés és Kogníció Gyógypedagógiai Intézet

<sup>3</sup>Emberi Erőforrások Minisztériuma Köznevelés-igazgatási Főosztály Kiemelt Figyelmet Igénylő Gyermekek, Tanulók Ügyeinek Osztálya

## Kihívások és megfelelések a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszerben

MILE ANIKÓ<sup>1,2</sup> – KISS LÁSZLÓ<sup>3</sup>

[mile.aniko@barczi.elte.hu](mailto:mile.aniko@barczi.elte.hu)

[laszlo.kiss@emmi.gov.hu](mailto:laszlo.kiss@emmi.gov.hu)

---

### ABSZTRAKT

2013-ban gyökeresen átalakult a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszer hazánkban. Az intézményrendszer átszervezésének szakpolitikai céljai között az állami szerepvállalás növelése mellett megjelent az ellátórendszer hatékonyabbá tétele, az egyenlő hozzáférés feltételeinek megteremtése, a területi egyenlőtlenségek kiküszöbölése, valamint a szakszolgálati munka minőségi megújulásához szükséges feltételek biztosítása, az egységes szakmai minőség támogatása.

Az addig különböző fenntartás alatt álló, többféle intézménytípusban, bizonytalan illetékességi körökkel működő szervezetek helyett egységes, tiszta profilú ellátórendszer jött létre megyei/fővárosi szerveződésű intézményekkel. Jelen tanulmány az átalakulás, a szervezeti és szakmai fejlesztés folyamatát mutatja be.

**Kulcsszavak:** pedagógiai szakszolgálat, szervezet, szakmai jellemzők, szolgáltatásfejlesztés

---

### A KEZDETEKTŐL A JOGSZABÁLYI LEGITIMÁCIÓIG

A pedagógiai szakszolgálati tevékenység hazai fejlődéstörténetét a diagnosztika-terápia-tanácsadás tevékenységármas mentén érdemes vizsgálni. A pedagógiai szakszolgálatok (illetve az adott kor annak megfelelő tevékenységei) gyökereit kutatva, egészen 1868-ig vissza kell tekintenünk. Az 1868. évi XXXVIII. törvénycikk a népiskolai közoktatás tárgyában bizonyos jogintézmények (iskolába járás alóli felmentés, illetve nyilvános oktatási intézményekből történő kizárás) tekintetében megfogalmazza a diagnosztikai tevékenység, a *szakértői bizottságok* első elődjét, az ún. „iskolai székét”.

A gyógypedagógiai intézményrendszer kialakulásával egyidejűleg létrejönnek azok a szakmai/tanügyigazgatási szervezetek, amelyek már nem feltétlenül a felmentés vagy kizárás, hanem az áttelepítés céljából vizsgálják a gyermekeket. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter 1932. évi 52.229. számú rendelete, a kiegészítő iskolai növendékeknek az elemi iskolából való áttelepítése tárgyában e pedagógiai szakszolgálati tevékenységet strukturált keretek közé tereli, létrehozza az áttelepítő bizottságokat. Érdekeség, hogy e rendeletben már megjelennek olyan, ma is létező jogintézmények és elvárások, mint a komplex vizsgálat vagy a tartós megfigyelés.

Az áttelepítő bizottságok működését több kritika érte, mint például a kampányjelleg, a gyógypedagógiai iskolák érdekeitől való függés, indokolatlan áttelepítések. A hetvenes évek

elejére a „kiválasztás” a szakmai diskurzusok témája lesz, felmerül a bizottságok működésének felülvizsgálata, az áttelepítések szigorítása. Elindul egy áthelyezési reform azzal a céllal, hogy korszerűsítse és egységesítse az áthelyezési munka szemléletét és módszertanát. A 111/1975. (M.K.7.) OM számú utasítás alapján állandó áthelyező bizottságok jönnek létre, melyek a szakértői bizottságok közvetlen elődjeinek tekinthetők.

A tanácsadásalapú ellátások strukturált intézményi kialakulásának kezdetei mintegy 120 évre nyúlnak vissza. 1899-ben szervezte meg Ranschburg Pál a Laufenauer Klinikán a Psychophysikai Laboratóriumot<sup>1</sup>, amely többek között gyermeklélektani tanácsadással is foglalkozott. Ez a szakmai és tudományos műhely volt az alapja a *nevelési tanácsadás*, a nevelési tanácsadók létrejöttének, hálózati szerveződésének. A Laboratórium ezen kívül más pedagógiai szakszolgálati jellegű tevékenység bölcsője is volt: a *pályaválasztási tanácsadás* és a tehetséges gyermekek kiválasztásának szempontjain is dolgoztak. A nevelési tanácsadás és a pályaválasztás együttjárása a későbbiekben intézményesült formát öltött. 1929-ben megnyitotta kapuit az Állami Gyógypedagógiai Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadó, alapvetően orvosi, pszichológiai és pedagógiai vizsgálatot és terápiát biztosítva, majd 1934-ben a Magyar Királyi Gyermeklélektani Intézetben Nevelési és Pályaválasztási Tanácsadó kezdte meg működését. A negyvenes évektől jellemzően már vidéken is létrejöttek hasonló állomások, így a szolgáltatások egyre több gyermek, szülő számára váltak elérhetővé. Az ötvenes évek politikai atmoszférája visszavetette ugyan a szakma – különösen a pszichológiai ellátás – fejlődését, de a közel egy évtizedes kényszerszünet után a nevelési tanácsadók fejlődése újabb lendületet kapott és megindult a hálózattá szerveződés.

Ezzel közel egy időben, a hatvanas években kormányhatározat mondta ki, hogy minden megyében és a fővárosban ún. Pályaválasztási Tanácsokat kell létrehozni. A két szakszolgálati jellegű ellátási forma, a nevelési és a pályaválasztási tanácsadás ekkor már elkülönülten, más-más intézmény típusban működött tovább, országos szinten (Horányi & Hoffmann, 1999; Szatmári, 2017).

A terápiás jellegű pedagógiai szakszolgálati tevékenységek közül – az előzőekhez hasonlóan – a *logopédiai ellátásnak* is évszázados múltja van. Fejlődése erőteljes összefüggést mutat a XIX. század nyelvészeti, fonetikai és medicínális kutatásai mellett a fogyatékos személyek intézményrendszerének kialakulásával is (Havadi-Nagy, 2017). A kiindulópont a Roboz József által létrehozott aradi „Orthonikus Intézet” volt, mely után az európai színvonalat meghaladó szakmai, szervezeti fejlődés kezdődött. Négyféle szervezeti forma alakult ki: gyógypedagógiai beszédterápiás, beszédosztály, beszédiskola, internátusos intézmény. A szervezeti formák a szűrések eredményeire alapozóan a kórformák, súlyossági fokozatok, életkori csoportok ellátásának megfelelően specializálódtak és ambuláns, valamint különnevelés formájában működtek. Ez az intenzív fejlődési időszak a II. világháború idején teljesen megtört, és a logopédiai ellátás intézményesült szervezeti formái – egy-két kivétellel – eltűntek. A nevelési tanácsadáshoz hasonlóan a hatvanas években kapott új lendületet a logopédiai ellátás. A Budapesti Beszédjavító Intézet mellett 1968-tól kerületi és megyei hálózat kialakulása indult meg (Vassné & Fehérné, 2003).

A *gyógytestnevelés* szervezett formában első alkalommal két budapesti általános iskolában jelent meg 1915-ben, kísérleti jelleggel. A sikeres program hatására 80 testnevelőt képeztek ki gyógytestnevelési feladatok ellátására. A fővárosban egyre több iskolában szerveződtek nagy

---

<sup>1</sup> 1906-tól a Psychophysikai Laboratórium a Gyógypedagógiai Magyar Királyi Laboratórium nevet vette fel.

létszámú (közel 40 fős) gyógytestnevelés csoportok, az országos szintű ellátás azonban csak 1950 után indul meg, amikor az iskolaorvosoknak előírták a kötelező szűrést. Az előző, szakszolgálati jellegű tevékenységekhez hasonlóan a gyógytestnevelés esetében is a hatvanas évek jelentette az áttörést: 1963-ban létrehozták a gyógytestnevelési kategóriák rendszerét, ami a szakterület fejlődéstörténetében „forradalmi tett” volt, lehetővé tette, hogy az érintett gyermekek úgy részesülhessenek szakszerű testi nevelésben, hogy nevelésük preventív és rehabilitációs jellegű is legyen, miközben az előírt tantervi testnevelési tananyagot is elsajátítják (Hídvégi & Müller, 2017).

A mozgásfejlesztéshez kapcsolódó másik szakszolgálati tevékenység, a *konduktív pedagógiai ellátás* kialakítója Pető András (1893-1967) orvos, pedagógus volt, aki a XX. század első felében dolgozta ki a központ idegrendszeri sérült gyermekek konduktív pedagógiai módszerét. 1947-ben a Bárczi Gusztáv vezette Állami Gyógypedagógiai Nevelőintézetben létrejött a Kísérleti Mozgásterápiás Osztály, melynek keretében Pető András lehetőséget kapott a konduktív mozgásterápia hatékonyságának bizonyítására. 1950-től már a magyar állam alapította Országos Mozgásterápiás Intézetben folytatódott a konduktív pedagógiai ellátás Pető vezetésével. Az Intézet ebben a formában 13 évig működött. Megszűnésével egyidejűleg jött létre a Mozgássérültek Nevelőképző és Nevelőintézete, amely komplex intézményként a terápiás ellátás mellett biztosította a felsőfokú konduktorképzést is. A konduktív nevelés ettől az időponttól önálló nevelési koncepcióvá vált, az Intézet pedig – amely később felvette az alapító, Pető András nevét – a kilencvenes évekre kiterjedt hálózatot hozott létre Magyarországon (Hári, 1997; Horváthné, 2018).

A *korai fejlesztés* az eddig ismertetett szakszolgálati tevékenységeknél jóval később, a kilencvenes évek elején indult fejlődésnek, de ezt megelőzően is voltak kezdeményezések a szakterület megalapozására: Csányi Yvonne például már a nyolcvanas évek elején tanította a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán a hallássérült gyermekek korai fejlesztését. Az egészségügy, a humán tudományok fejlődése, az idegrendszer fejlődésével kapcsolatos új kutatások rávilágítottak a korai felismerés és a korai gondozás jelentőségére, és a külföldi mintákat is alapul véve hazánkban is elindul az ellátórendszer kiépítése. 1991-ben Zalaegerszegen jön létre a Gyógypedagógiai Fejlesztő Tanácsadó és Továbbképzési Központ, majd egy évvel később Pécsen megkezdhetette működését a Korai Fejlesztő és Integrációs Központ, a fővárosban pedig a Budapesti Korai Fejlesztő Központ (Meszéna & Várnai, 2005; Czeizel, 2009).

Áttekintve a bemutatott fejlődéstörténeti időszak legfontosabb, szakterülethez kapcsolódó jogszabályait, elsőként az oktatásról szóló *1985. évi I. törvényt* kell megemlítenünk. A jogszabály alapvető változásokat hozott a teljes oktatási rendszerben. Vonatkozó szabályai ugyan inkább a fogyatékos gyermekek, tanulók nevelésével-oktatásával, az érintett intézménytípusokkal, a tankötelezettség meghosszabbításával, az intézmények és bizonyítványok egyenértékűként való deklarálásával foglalkoznak, de ezek közvetve nagy hatással vannak a teljes szakszolgálati rendszer fejlődésére. Az ezt követően megjelenő végrehajtási rendeletek strukturálják, szervezett keretek közé terelik a szakszolgálati működést:

- 6/1986. (VI. 26.) MM rendelet a tankötelezettségről,
- 20/1987. (IX. 8.) MM rendelet a nevelési tanácsadókról,
- 15/1988. (VIII.1.) MM rendelet a testi, az érzékszervi, az értelmi és a beszéd-fogyatékos gyermekek óvodai nevelésével, valamint iskolai nevelésével, oktatásával kapcsolatos eljárásokról.

A több szálon, több irányból felfutó fejlődéstörténeti folyamatok 1993-ban értek össze, amikor jogszabályi legitimációt kaptak az előzőleg bemutatott diagnosztikai, terápiás és tanácsadói tevékenységek. Az *1993. évi LXXIX. törvény* a közoktatásról (a továbbiakban: közoktatási törvény) pedagógiai szakszolgálatként nevesíti a szakterületeket és létrehozza – a gyógytestnevelés kivételével – az egyes tevékenységeket ellátó közoktatási intézményeket: a gyógypedagógiai tanácsadó, korai fejlesztő és gondozó központokat, a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokat, valamint az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottságokat; a nevelési tanácsadókat, logopédiai intézeteket, a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadókat, valamint a konduktív pedagógiai intézményeket. A pedagógiai szakszolgálati intézmények működhetnek önálló intézményként, illetve egyes pedagógiai szakszolgálati feladatokat felvállalhattak a közoktatási rendszer egyéb intézményei is, pl. óvodák, általános iskolák, gyógypedagógiai intézmények. A feladatellátás a közoktatási rendszeren kívül is megjelent, az egészségügy és a szociális szféra intézményeiben (pl. kórházak, bölcsődék stb.). A fenntartás tekintetében a jogszabály tág kereteket biztosított, pedagógiai szakszolgálati intézményeket a települési, megyei önkormányzatok, kistérségi társulások mellett felsőoktatási intézmények és nem állami szervezetek is fenntarthatnak. A pedagógiai szakszolgálatok működésének részletes szabályozását a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról szóló 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelet tartalmazta.

## **AZ ELLÁTÓRENDSZER KIALAKULÁSA, INTÉZMÉNYESÜLÉSE A KÖZNEVELÉSI TÖRVÉNY MEGJELENÉSÉIG**

A közoktatási törvény által létrehozott ellátórendszer tehát változatos intézményi formákban és struktúrákban működött. Egy adott szakszolgálati feladat ellátására akár 4-5 féle intézmény is jogosult volt. A sokszínűséget tovább emelte egy 2005-ben megjelenő kormányrendelet<sup>2</sup>, amely jogilag és pénzügyileg is arra ösztönözte a többcélú kistérségi társulásokat, hogy vállaljanak pedagógiai szakszolgálati feladatokat, legalább kettőt kötelező jelleggel. A szabályozás hátterében már az országos lefedettség, az egyenlő hozzáférés biztosítása volt. Noha a létrejövő *egységes pedagógiai szakszolgálatok* az anyagi és humán erőforrások koncentráálásával valóban hatékonyabb és minőségileg magasabb szintű szolgáltatást tudtak biztosítani, a területi lefedettség nem valósult meg, hiszen az intézmények csak azokat a feladatokat vállalták fel, amelyekhez rendelkeztek a megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel (Törzsök, 2006).

A feladatellátás változatossága egy bonyolult, átláthatatlan rendszert eredményezett, ahol az ellátás földrajzilag egyenetlen megoszlása miatt egyes helyeken és területeken feladatátfedések, míg más helyeken területi hiányosságok jelentkeztek. Ennek eredményeként előfordult, hogy az ellátásban érintett gyermekek és szüleik lakóhelyüktől távol kényszerültek igénybe venni az ellátást. Nem volt egyértelmű a feladatellátási kötelezettség sem. Gyengítette az ellátás színvonalát a feladat-, felelősség- és kompetenciahatárok kijelöletlensége, illetve az egymástól többnyire elszigetelten működő szolgáltatások eltérő szakmai minősége. Az ellátás szakmailag kevésbé kontrollált volt.

---

<sup>2</sup> 5/2005 (I. 19.) Korm. rendelet a többcélú kistérségi társulások által ellátott egyes közszolgáltatások normatív működési támogatásáról.



Az egységesség megteremtését volt hivatott szolgálni a pedagógiai szakszolgálatokról szóló, rövid életű, 4/2010. (I. 19.) OKM rendelet, amely az előző, több módosítást megért MKM rendeletet váltotta fel. A jogszabály részletesen előírta a pedagógiai szakszolgálati feladatellátás szakmai követelményeit, az alkalmazandó eljárásrendet, a működés rendjét. A 2010 után bekövetkező markáns paradigmaváltás az oktatáspolitikai irányvonalában a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszert is jelentősen érintette, új alapokra helyezte a működést.

## **A JELENLEGI INTÉZMÉNYRENDSZER SZERVEZETI ÉS SZAKMAI JELLEMZŐI**

A jelentős változást a pedagógiai szakszolgálati intézmények működésében a köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény (a továbbiakban: Nkt.) és az e törvény felhatalmazása alapján hozott végrehajtási rendeletek eredményezték. Az Nkt. fő célkitűzése többek között a profiltisztítás és egyes struktúrák, folyamatok új alapokra helyezése volt.

A jelenlegi szervezeti struktúra 2013-ban jött létre. Ebben az évben lépett hatályba a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről szóló 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet (a továbbiakban: Rendelet), mely az Nkt. fő céljait a pedagógiai szakszolgálati tevékenységek vonatkozásában szabályozza. A jogszabály értelmében átszervezésre került a teljes pedagógiai szakszolgálati feladatellátás.

2013-ban az átszervezéssel minden megyében és a fővárosban létrejött egy egyesített pedagógiai szakszolgálati intézmény, amely az addig különböző struktúrákban működő pedagógiai szakszolgálati intézményeket, tagintézményeket vagy pusztán csak feladatokat egyesítette. Ezen kívül a megyei (fővárosi) pedagógiai szakszolgálati intézmény személyi állományába kerültek át a szakszolgálatokon kívül tevékenykedő, ámde szakszolgálati tevékenységet végző pedagógusok is. Az átszervezés koncepciójának célja a minél teljesebb állami feladatellátás, egységes irányítás mellett, egységes eljárásrendek és szakmai protokollok kialakítása volt, egységes informatikai nyomon követő rendszer alkalmazásával. További fontos érv volt az átalakítás mellett, hogy – mivel egy gyermek, tanuló többfajta ellátást is igényelhet – komplex módon, egy intézményben (egy intézményi struktúrában és szakmai vezetés alatt) valósuljanak meg az ellátások, nem pedig megosztva. A fenti, tankerületi központok fenntartásában álló megyei (fővárosi) pedagógiai szakszolgálati intézményeken kívül pedagógiai szakszolgálati feladatokat láthatnak még el

– egy vagy több pedagógiai szakszolgálati feladat vonatkozásában az állami felsőoktatási intézmény által fenntartott pedagógiai szakszolgálati, illetve egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények,

– továbbá a szakértői bizottsági tevékenység kivételével egy vagy több pedagógiai szakszolgálati feladat vonatkozásában az állami köznevelési közszolgálati feladatellátásban az oktatásért felelős miniszterrel kötött köznevelési szerződés alapján részt vevő, a jogi személyiséggel rendelkező vallási közösség, a vallási egyesület, vagy más, nem állami, nem önkormányzati köznevelési intézményfenntartó által fenntartott pedagógiai szakszolgálati, illetve egységes gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai módszertani intézmények.

Egyes megyékben a fenntartó tankerületi központok még nem tudták feltölteni a Rendelet által meghatározott státuszkereteket, így szükséges volt objektív és szakmai okokból is egyes

tankerületekben nem állami fenntartók által fenntartott szakszolgálatok bevonása a szakszolgálati feladatellátásba. Így került bevonásra országosan mindösszesen 16 nem állami intézmény, illetve „saját jogon” lát el szakszolgálati feladatokat további 2, egyetemi fenntartású intézmény. A 2021. októberi statisztikai adatközlés előzetes adatai szerint a megyei pedagógiai szakszolgálati intézmények látják el a szakszolgálati ellátást igénylő gyermekek, tanulók 92%-át, a fennmaradó 8% ellátása 18, nem tankerületi központi fenntartású intézmény által történik.

## Pedagógiai szakszolgálati feladatok

A szakszolgálati munka – ahogyan nevében is megjelenik – szolgálat jellegű, célja az ellátást igénylők optimális megsegítése preventív és interdiszciplináris megközelítéssel (Mosányi, 2017). A szakszolgálati ellátás széles életkori határai akár felnőttkorig tartó pedagógiai kísérést tesznek lehetővé, egységes protokollok mentén. Az ellátás igénybevétele ingyenes és a legtöbb esetben önkéntes, vannak azonban olyan ellátási formák, amelyeknek igénybevételére bizonyos esetekben a gyermek mindenek felett álló érdekének elve alapján jogszabály kötelezi a szülőt, gondviselőt. A szakszolgálati tevékenység részletes leírását tartalmazó Rendelet 9 szakszolgálati feladatot határoz meg.

### *Gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás*

A gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés és gondozás (a továbbiakban: korai fejlesztés) megkezdését a védőnő, gyermekorvos is ajánlhatja, illetve maga a szülő is kezdeményezheti, amennyiben úgy érzi, hogy gyermeke atipikusan fejlődik. Az ellátásra való jogosultságra a szakértői bizottság tesz javaslatot. A korai fejlesztés feladata a 0-6 éves korú gyermek fejlődésének elősegítése, a család kompetenciáinak erősítése, a gyermek és a család társadalmi inklúziójának támogatása. A korai fejlesztés tevékenységei a komplex gyógypedagógiai fejlesztés, tanácsadás, a társas, a kommunikációs és nyelvi készségek fejlesztése, a mozgásfejlesztés és a pszichológiai segítségnyújtás. Ha a gyermek harmadik életévét betöltötte, akkor vehet részt korai fejlesztésben, ha a fogyatékossága miatt nem kapcsolódhat be az óvodai nevelésbe. A korai fejlesztésben részt vevő szakemberek: gyógypedagógus, pszichológus, konduktor, esetenként gyógytornász és szakorvos.

### *Szakértői bizottsági tevékenység*

A szakértői bizottsági tevékenység keretében az intézmény szakértői bizottsága a gyermek, a tanuló komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai, továbbá szükség szerint, illetve sajátos nevelési igény gyanúja esetén orvosi vizsgálat alapján szakértői véleményt készít a

- korai fejlesztésre való jogosultság megállapítása,
- a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézség megállapítása vagy kizárása,
- illetve a sajátos nevelési igény megállapítása vagy kizárása céljából.

A szakértői bizottsági tevékenység célcsoport, feladat és működési körzet szempontjából három formában jelenik meg. A korai fejlesztésre való jogosultság megállapítása mellett a *járási szakértői*

*bizottságok* fő feladata a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség megállapítása és kizárása. Amennyiben a vizsgálat során sajátos nevelési igény gyanúja merül fel, a bizottság továbbítja az érintett gyermek, tanuló vizsgálati anyagát a megyei illetékességű szakértői bizottság felé. A járási szakértői bizottságok kompetenciájában jelentős változás lép életbe 2022. január 1-től, mivel ettől az időponttól minden vizsgálat – nemcsak a három éven felüliek – a járásban indul. Ez alól csak azon vizsgálatok jelentenek kivételt, amelyek közvetlenül kezdeményezhetőek a mozgásszervi fogyatékos, az érzékszervi (a látási, a hallási) fogyatékos megállapítását vagy kizárását végző szakértői bizottságoknál.

A megyei illetékességű szakértői bizottság újabb vizsgálat keretében megállapítja, vagy kizárja a sajátos nevelési igényt és javaslatot tesz az ellátás módjára, formájára és helyére. Sajátos nevelési igényű tanuló esetében az érettségi bizonyítvány kiadásának feltételeként meghatározott közösségi szolgálat teljesítésére vonatkozó kötelezettség alóli mentesítés, illetve a tankötelezettség meghosszabbításának céljából is készülhet szakértői vélemény.

A járási és megyei szakértői bizottságok mellett 2013-ban még országos hatókörrel rendelkező bizottságok is működtek. Az országos szakértői bizottságok a mozgásszervi fogyatékos, a látási, hallási fogyatékos, valamint a beszéd-fogyatékos megállapítását vagy kizárását végezték országos feladatellátási kötelezettséggel. 2019. szeptember 1. napja óta már valamennyi fogyatékos vizsgálatát végezhetik megyei pedagógiai szakszolgálatok is, amennyiben kapacitásuk ezt megengedi. A Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat volt országos szakértői bizottságai (immáron megyei szakértői bizottság minőségben) a mozgásszervi fogyatékos, a látási, hallási fogyatékos, valamint a beszéd-fogyatékos megállapítását több megyére kiterjedően végzik.

A bizottság a vizsgálatok eredményei alapján javaslatot tesz a beilleszkedési, a tanulási, a magatartási nehézséggel küzdő, a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók különleges bánásmód keretében történő ellátására, az ellátás módjára, formájára és helyére. A szakértői bizottsági tevékenységben részt vevő szakemberek: gyógypedagógus, pszichológus, konduktor, valamint a sajátos nevelési igény típusának megfelelő szakorvos és/vagy gyermek- és ifjúságpszichiáter, csecsemő- és gyermekgyógyász, illetve gyermekneurológus.

2020. szeptember 1. előtt a szakértői bizottságokon kívül más diagnosztikai fórumok (rehabilitációs szakértői szerv, szakorvos) is részt vettek a szakértői vizsgálatokban, az ún. felnőttvizsgálatok tekintetében, ami egy bonyolult rendszert eredményezett. Diagnosztikai profiltisztításra volt szükség, melynek célja a diagnosztikai rendszerek egységesítése és számuk redukálása volt. Ennek megfelelően 2020. szeptember 1. napjától két fórum látja el a sajátos nevelési igény, fogyatékos megállapítását: a tankerületi központok által fenntartott pedagógiai szakszolgálati intézmények és az ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat.

### *Nevelési tanácsadás*

Nevelési tanácsadás keretében a szakszolgálat pedagógiai, pszichológiai támogatást, fejlesztést, terápiás gondozást nyújt a gyermeknek, a tanulónak, támogatja a család nevelő-, a pedagógus nevelő- és oktatómunkáját, szükség esetén segíti a nevelési-oktatói intézmények és a család kapcsolattartását. Az ellátást folyamatdiagnosztikai célú pszichológiai, gyógypedagógiai-pedagógiai vizsgálat előzi meg. A nevelési tanácsadás keretében a pedagógiai szakszolgálat preventív jellegű tevékenységeket is végez: együttműködik a védőnői és gyermekorvosi hálózattal,

és arra törekszik, hogy a gyermek korai fejlődési időszakában teljes körű családi mentálhigiénés intervenció biztosítson. A nevelési tanácsadásban részt vevő szakemberek: fejlesztő pedagógus, gyógypedagógus, pszichológus.

### *Logopédiai ellátás*

A szakszolgálati logopédiai ellátás feladata a beszédindítás, a hang-, beszéd- és nyelvfelődési elmaradás, a beszédhibák és a nyelvi-kommunikációs zavarok javítása, a diszlexia, a diszortográfia, a diszgráfia, a diszkalkulia kialakulásának megelőzése a beszéd technikai és tartalmi fejlesztését szolgáló logopédiai terápiás foglalkozáson. Magyarországon minden harmadik és ötödik életévét betöltött gyermek beszéd- és nyelvi fejlettség szűrésen vesz részt. A logopédiai ellátás megszervezése részletes logopédiai diagnosztikai vizsgálat és logopédiai vizsgálati vélemény alapján történik. A feladatellátásban részt vevő szakember: logopédus (logopédia szakon, szakirányon végzett gyógypedagógus).

### *Továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás*

A továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás feladata a tanuló adottságainak, tanulási képességének, irányultságának szakszerű vizsgálata és ennek eredményeképpen iskolaválasztás ajánlása. A fentiek alapján a pályaválasztási tanácsadás célcsoportját elsősorban a különböző iskolatípusokba átlépő tanulók jelenthetik, azaz az általános iskolák és a középfokú intézmények utolsó évfolyamának diákjai. Noha valóban ez a populáció a leginkább érintett, a szakszolgálat a jól átgondolt, kellő időben meghozott döntés elősegítése érdekében szélesebb életkori sávban ajánlja fel pályorientációs szolgáltatásait. Az egy intézményen belüli működés lehetővé teszi a megyei szakértői bizottság szakembereivel való szoros együttműködést, így a fogyatékos, sajátos nevelési igényű tanulók pályaválasztásának hatékony megsegítését. A továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás pedagógiai, pszichológiai, egészségügyi tájékoztatással, kiadványokkal segíti az iskolai pályorientációs tevékenységet. A feladatellátásban részt vevő szakemberek: pszichológus, tanácsadó pedagógus.

### *Konduktív pedagógiai ellátás*

A pedagógiai szakszolgálati feladatok közül a konduktív pedagógiai ellátás az egyetlen olyan ellátási forma, amelyet kizárólag sajátos nevelési igényű, fogyatékos gyermek, tanuló vehet igénybe. A konduktív pedagógiai ellátás feladata a központi idegrendszeri sérült gyermekek, tanulók konduktív nevelése, fejlesztése és gondozása. Az ellátás alapja a nemzetközi hírű Pető-módszer. A konduktív pedagógiai ellátás egyéni vagy csoportos foglalkozás keretében is biztosítható. A fejlesztési feladatok megvalósításában a szülő is közreműködhet. A feladatellátásban részt vevő szakember: konduktor.

### *Gyógytestnevelés*

A gyógytestnevelés is magyar specialitásnak tekinthető ebben a kikristályosodott jelenlegi formájában. Az ellátásnak általános, preventív és rehabilitációs céljai is vannak. Általános cél a testi és a lelki egészség megőrzése, az egészségügyi elváltozások korrigálása, a deformitások

prevenciója, a testi képességek fejlesztése, a mozgásigény kialakítása, a mozgásműveltség fejlesztése. A gyógytestnevelés prevenciók célja a kóros testi, fizikai és élettani elváltozások kialakulásának megakadályozása, a rehabilitációs cél pedig a kialakult elváltozások javítására törekvés, a minél teljesebb egészségi állapot visszaállítása a testnevelés, a sport és a gyógytestnevelés eszközeivel.

A gyógytestnevelés feladata a gyermek, a tanuló speciális egészségügyi célú testnevelési foglalkoztatása, ha az iskolaorvosi vagy szakorvosi vizsgálat gyógytestnevelésre utalja. Abban az esetben, ha a szükséges feltételek rendelkezésre állnak, a tanulók részére heti egy tanórai foglalkozás keretében úszás órát kell szervezni. A gyógytestnevelés az orvosi javaslat alapján 1-3, 4-8 vagy 9-16 fős csoportokban szervezhető meg. A feladatellátásban részt vevő szakember: gyógytestnevelő tanár.

### *Iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás*

Az eddig ismertetett szakszolgálati feladatok elsődleges célcsoportja maga a gyermek, tanuló volt. A 2013-ban új szakszolgálati feladatként megjelenő iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátás azonban elsősorban a szakemberekre, a pszichológusokra fókuszál. Az ellátási forma a szakszolgálatokban elsődlegesen koordinációt jelent. A szakszolgálatban alkalmazott koordinátor feladata a nevelési-oktatási intézményekben dolgozó pszichológusok munkájának összefogása és segítése. Az ellátás keretében koordinálja az óvodai, iskolai szűréseket, együttműködik a pszichológiai tárgyú mérésekben és az eredmények kommunikációjában. Egyéni tanácsadást és konzultációs lehetőséget biztosít a hozzá forduló pszichológusok, pedagógusok, szülők számára. A feladatellátásban részt vevő szakember: pszichológus.

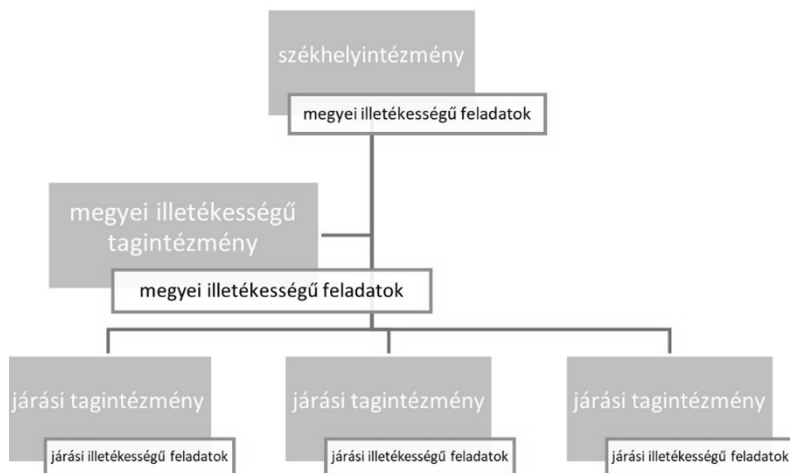
### *Kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozása*

Szintén új szakszolgálati feladatként jelent meg 2013-ban a Rendeletben a tehetséggondozás. Az ellátás keretében az intézmény korai tehetségfelismerést, tehetségazonosítást végez, és javaslatot tesz a tehetségprogramba történő bekapcsolódásra. A kiemelten tehetséges gyermekek, tanulók gondozásának feladata az iskolapszichológiai, óvodapszichológiai ellátáshoz hasonlóan elsősorban koordinációs tevékenységként jelenik meg a szakszolgálatokban. A tehetséggondozó koordinátor kapcsolatot tart a tehetségfejlesztő műhelyek vezetőivel, tehetséggondozásban részt vevő pedagógusokkal, intézményekkel, önismereti csoportokat, fórumokat szervez, szükség esetén tanácsadást, támogatást nyújt a szülőknek. A szakszolgálat kiemelt figyelmet fordít az ún. kettős különlegességgel rendelkező gyermekekre, akiknél a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség, vagy sajátos nevelési igény mellett azonosítottak kiemelt tehetséget. A feladatellátásban részt vevő szakemberek: pszichológus, pedagógus, tehetségfejlesztő szakirányú végzettséggel.

## **A megyei szerveződés jellemzői**

Az átalakítás gyökeres változást hozott a szakszolgálati ellátórendszer működtetésében. Míg előzőleg az egyes feladattípusokra hoztak létre különböző intézményeket (pl. nevelési tanácsadó, logopédiai intézet, pályaválasztási tanácsadó stb.), addig az átszervezés során megyénként egy

intézmény jött létre, amely valamennyi jogszabály által meghatározott feladatot köteles ellátni (Mile, 2019). A megyei szerveződési intézmények – ahogy ez az 1. ábrán is látható - járási és helyenként megyei illetékességű tagintézményekből állnak.



1. ábra. A pedagógiai szakszolgálati intézmények szervezete (saját szerkesztés).

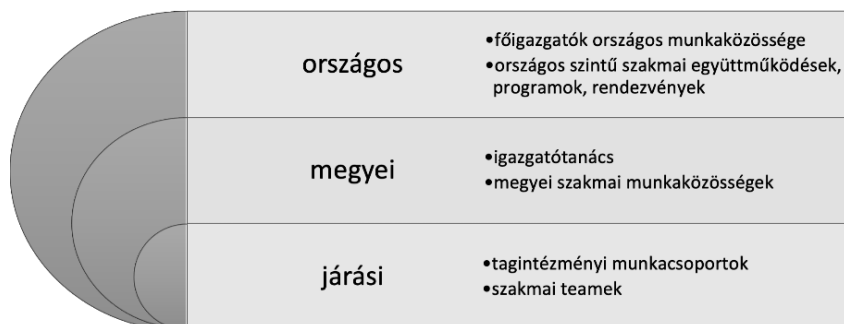
A pedagógiai szakszolgálati intézmények székhelyintézményei a megyeszékhelyeken és a fővárosban működnek. A székhelyintézményben történik a szakszolgálat szakmai irányítása és a működés koordinálása, valamint itt található az intézmény képviseleti jogának gyakorlására jogosult vezető, a főigazgató munkahelye. A székhelyintézményben is szerveződik szakszolgálati ellátás: itt működik a megyei illetékességű szakértői bizottság, valamint általában a továbbtanulási, pályaválasztási tanácsadás, szintén megyei illetékességgel.

A járási tagintézmények (járásonként legalább egy) a fenti, megyei szintű feladatokon kívül valamennyi szakszolgálati feladatot kötelesek ellátni, az adott járásra kiterjedő működési körzettel. Jelenleg a 20 megyei (fővárosi) szakszolgálat több mint 300 feladatellátási helyén folyik a szakszolgálati munka (székhelyintézmények, tagintézmények és telephelyek együtt), valamint a szakszolgálati pedagógusok külső helyszíneken (bölcsődék, óvodák, iskolák) is ellátnak feladatokat. Így a pedagógiai szakszolgálati feladatellátás országosan – legalábbis, de iure - lefedetté vált, de facto még nem teljesen.

Az azonos, vagy nagyon hasonló szervezeti struktúrában működő megyei intézmények átláthatóságot és átjárhatóságot biztosítanak. Egyértelművé vált, hogy a feladatellátási kötelezettség hol jelentkezik. Amennyiben valamelyik területen ellátási hiányosság lép fel, a megyei szerveződés rugalmassága lehetővé teszi, hogy a szomszédos tagintézmények humán erőforrás tekintetében kiegészítsék egymást. Az átszervezést megelőző időszak konkurenciaharcait egyre inkább a kooperáció váltja fel.

2013-ban az együttműködési mechanizmusok kiépítésével párhuzamosan egy intenzív horizontális tanulás is megkezdődött a tagintézmények, pedagógusok között. Megismerték egymás jó gyakorlatait, majd egységesítették a szakmai elvárásokat, eljárásrendeket, egységes szakmai minőségre törekedve. Horizontális és vertikális irányban is elindult a hálózati munka (2. ábra). A járási szintű szakmai együttműködés tagintézményi munkacsoportok és egyes

feladatokra létrehozott szakmai teamek keretében valósul meg. A megyei szintű koordinációt, szakmai egységességet az intézmény vezetőtestülete, az igazgatótanács, valamint a megyénként és szakszolgálati feladatonként létrehozott szakmai munkaközösségek biztosítják. Az országos hálózati munkát, szakmai egységességet a megyei főigazgatókból álló munkaközösség hivatott szolgálni.

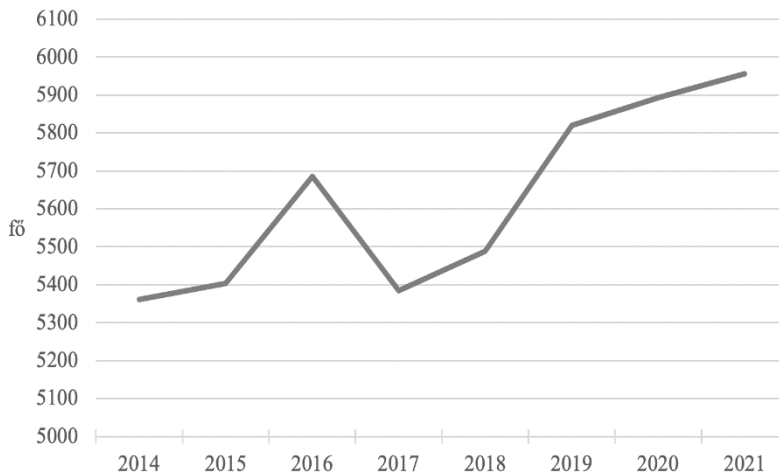


2. ábra. Hálózatosodás és horizontális tanulás a pedagógiai szakszolgálati intézményekben (saját szerkesztés).

Összegezve elmondhatjuk, hogy a 2013 előtti mozaikszerű ellátásból szervezetenként és szakmailag is komplex, holisztikus szemléletű intézménytípus jött létre, amelyben az ellátási területek fogaskerékszerűen illeszkednek egymáshoz.

## Szakemberbázis, ellátotti létszámok

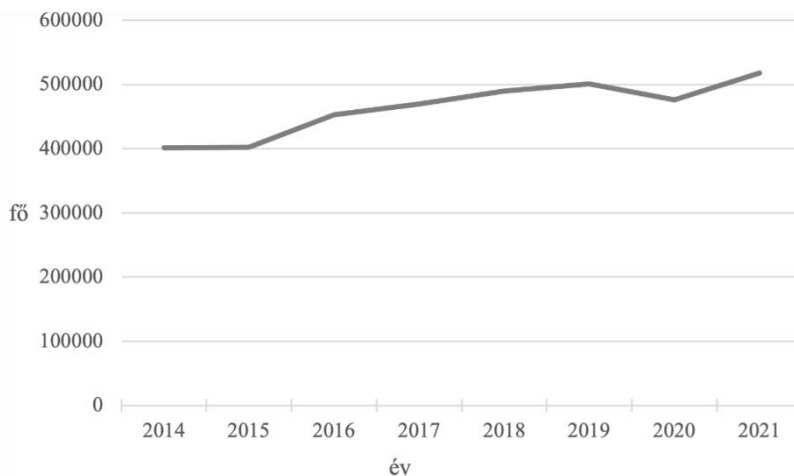
A pedagógiai szakszolgálati intézmények humán erőforrását egy széles képzettségi kínálattal rendelkező szakemberbázis jelenti. A pedagógus munkakörben foglalkoztatottak között megjelennek a gyógypedagógusok, logopédusok, fejlesztő pedagógusok, konduktorok, pszichológusok, tanácsadó pedagógusok, tehetségfejlesztő pedagógusok, gyógytestnevelő tanárok. A szakszolgálatokban dolgozó szakembereknek pedagógus, illetve pszichológus szakvizsgával is rendelkezniük kell. A Rendelet megyénként és szakszolgálati feladatonként meghatározta a feladatokhoz rendelt minimális szakemberlétszámot is, ezzel előrelépés történt a megelőző évek átláthatatlan gyakorlatahoz képest, mivel státusz bővítést jelentett. Ezzel megteremtődött a lehetőség a szakemberek alkalmazására, a státuszok feltöltésére, ami egy hosszan tartó folyamat, és megyénként különböző ütemben zajlik. Az egyértelműen látszik, hogy a szakszolgálati szakemberek száma 2014 óta folyamatosan növekszik, de még nem érte el az optimális szintet.



3. ábra. Pedagógus munkakörben foglalkoztatottak létszámadatai a pedagógiai szakszolgálati intézményekben (fő) (2014-2021) (KIR STAT, 2021)

A nem pedagógus munkakörben foglalkoztatottak egy része közvetlenül kapcsolódik be a szakszolgálati munkába (pl. szakorvos, gyógytornász, pedagógiai/gyógytárgypedagógiai asszisztens), míg mások a szakmai tevékenység adminisztratív, infrastrukturális háttérét biztosítják (pl. ügyintéző, műszaki dolgozó). A Rendelet a nevelő-oktató munkát segítő munkakörökre is meghatározó minimális létszámadatokat meggyénként.

A pedagógiai ellátórendszer megújulásával, kiterjesztésével az ellátotti létszámok is növekedni kezdtek. Mivel a pedagógiai szakszolgálatok átalakítása 2013-ban (tanév közben) történt meg, az ellátotti szám vonatkozásában a 2014 októberi adatok mutatják először a validált ellátási adatokat.



4. ábra. Pedagógiai szakszolgálati intézmények ellátotti létszámadatai (fő) (2014-2021) (KIR STAT, 2021).

A 4. ábrán látható, hogy az ellátórendszer átalakítása óta eltelt években az ellátotti létszámok országos szinten megközelítőleg 400 ezer és 500 ezer fő között mozogtak. A kiépülő, megújuló szolgáltatásoknak köszönhetően a 2014. évi statisztikai adatközlés óta folyamatos növekedést



láthatunk, azonban 2020-ban látszólagos csökkenés tapasztalható a létszámadataokban. Bizonyos szakértői vizsgálatok ugyanis a hatósági eljárások részévé váltak, így ezeket már nem a köznevelési, hanem a hatósági statisztikák jelzik. Az egyes megyei intézmények ellátotti adatai között - működési körzetük méretétől, népességi adataitól függően – jelentős különbségek tapasztalhatók.

## Szakmai innovációk, szolgáltatásfejlesztések

Az átalakuló szakszolgálatok fejlesztését szolgálta 2012 és 2015 között a TÁMOP<sup>3</sup> 3.4.2.B kiemelt projekt. A megvalósításra fordítható összeg 2,3 milliárd forint volt. A kiemelt projekt keretében a részletes helyzetfeltárást (Bacsó, Hodossy, Mile, Papp, Perlusz és Torda, 2013) követően alapprotokoll és szakmai protokollok készültek valamennyi szakszolgálati feladatra. Elkezdődött a jó gyakorlatok gyűjtése (Bacsó és mtsai, 2015) és ellenőrzési és értékelési rendszer került kidolgozásra. A pedagógiai szakszolgálati munka eszköztárának bővítése keretében diagnosztikai eszközök standardizálása és fejlesztő és terápiás eszközök fejlesztése valósult meg. A kiemelt projekt feladata volt az egységes elektronikus nyilvántartási rendszer kidolgozása is.

Az átalakítás több szakmai kihívást is hordozott, például a gyógytestnevelés vagy a korai fejlesztés intézményi és szakmai, valamint a logopédiai jellegű tevékenységek szakmai kompetenciáinak elhatárolását és tisztázását. Ezen kérdésekkel kapcsolatban több munkacsoport is tevékenykedett a 2014-2017 közti időszakban szakmai és kormányzati szereplők részvételével.

A következő uniós fejlesztési időszakban (Széchenyi 2020) is számos projekt irányult (de már nem kizárólagosan címezve, hanem megosztva a gyógypedagógiai tevékenységekkel) a pedagógiai szakszolgálati intézményekre vagy tevékenységekre:

- EFOP<sup>4</sup>-3.1.6: „A köznevelés esélyteremtő szerepének erősítése.” A projekt a súlyos és halmozottan fogyatékos gyermekek fejlesztő nevelés-oktatása, szakszolgálati feladatellátás és utazó gyógypedagógusi, utazó konduktori tevékenység támogatására irányult.
- EFOP-4.1.6: „A köznevelés támogató szerepének erősítése.” A projekt a súlyos és halmozottan fogyatékos gyermekek fejlesztő nevelés-oktatása és a szakszolgálati feladatellátás intézményeinek infrastruktúrafejlesztésére irányult.
- EFOP-3.2.5: „Pályaorientáció, kiemelten az MTMI készségek és kompetenciák fejlesztése a köznevelés rendszerében.”
- EFOP-3.2.13: „Az alap- és középfokú iskolák pályaorientációs tevékenységét, kiemelten az MTMI készségeket és kompetenciákat támogató pályaorientációs szakmai módszertan átfogó megalapozása és fejlesztése”
- EFOP-1.9.5: „A koragyermekkorai intervenció ágazatközi fejlesztése.”

A projektek keretében összességében diagnosztikai és fejlesztő eszközök beszerzése, IT-fejlesztés, módszertani anyagok kidolgozása, képzések támogatása, szülősegítő és érzékenyítő programok, valamint infrastrukturális fejlesztések valósultak meg a pedagógiai szakszolgálati intézményekben (Mile & Kiss, 2021).

---

<sup>3</sup> Társadalmi Megújulás Operatív Program

<sup>4</sup> Emberi Erőforrás Operatív Program

## ÖSSZEGRZÉS

A hazai pedagógiai szakszolgálati ellátórendszer jelentős változáson ment keresztül az elmúlt évtizedben. Az átszervezésnek, megújulásnak köszönhetően egységes, tiszta profilú intézmények jöttek létre, amelyek - ha megfelelő létszámú szakemberbázissal rendelkeznek - teljes területi lefedettséget tudnak biztosítani valamennyi szakszolgálati feladat vonatkozásában. Az érintett gyermekekre, tanulókra vonatkozóan ez azt jelenti, hogy minden gyermek a lakóhelyéhez közel kaphatja meg az igényeinek megfelelő pedagógiai többletszolgáltatásokat, szakszolgálati feladattípustól függetlenül.

Mint látható, a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer egy folyamatosan és dinamikusan változó rendszer, mely a szülők, pedagógusok, köznevelési és szakképzési intézmények munkáját segíti. Reagál, reagálnia kell a változásokra és átalakulásokra. 2013 óta független, önálló struktúrában tevékenykedik, de ez nem jelenti azt, hogy egyfajta zárványként működik, egész létezése intenzív kommunikációt és együttműködést igényel a nevelési-oktatási, szakképzési és a többi pedagógiai szakszolgálati intézmény, továbbá a szülők közt. A gyermek, tanuló ügye közös ügy, a kompetenciahatárok ugyan meghúzhatóak, de a gyermek, tanuló mindenek feletti érdeke megköveteli az aktív kooperációt.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Bacsa J., Balog E., Debreczeni-Beretz L., Gurdonné Kovács H., Gyöngyösi J., Hegedűs I., Karasz H. & Vámos B. (2015). *Jó gyakorlatok a pedagógiai szakszolgálati ellátásban*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Bacsó Á., Hodossy A., Mile A., Papp G., Perlusz A. & Torda Á. (2013). *Helyzetelemzés készítése a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer működése, működési feltételeinek feltárására, továbbá javaslatok megfogalmazása a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszer optimális működési gyakorlatának kialakításához*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Czeizel B. (2009). A koragyermekkori intervenció múltja, jelene és remélt jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 37(2-3), 153–160.
- Hári M. (1997). *A konduktív pedagógia története*. Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézete, Budapest.
- Havadi-Nagy Marian (2017). Kis magyar logopédiatörténet – fókuszban a XIX-XX. század. *V. Neveléstudományi és Szakmódszertani Konferencia*. International Research Institut, Komarno. 2017. 01. 15–16. Sturovo.
- Hídvégi P. & Müller A. (2015). *Gyógytestnevelés*. EKF Líceum Kiadó, Eger.
- Horányi A. & Hoffmann G. (1999). *Pszichológiai és pedagógiai szolgálat a Nevelési Tanácsadóban*. Okker Kiadó, Budapest.
- Horváthné Kállay Zs. (2018). A konduktív nevelés cél- és hatásrendszere, vagyis az ortofunkció kialakításának folyamata. *Különleges Bánásmód*, 4(3), 73–92. <https://doi.org/10.18458/KB.2018.3.73>
- Meszéna T.-né & Várnai R.-né (2005). A korai fejlesztés története és tapasztalatai Baranyában. *Gyógypedagógiai Szemle*, 33(1), 36–43.
- Mosányi E. (2017). Pedagógiai szakszolgálatok: régi hagyományok megújuló köntösben. In Gebauer F. (szerk.). *Változások-választások. 50 éves a Fővárosi Pályaválasztási Tanácsadó*. (pp. 59–62.). Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Továbbtanulási és Pályaválasztási Tanácsadó Tagintézménye, Budapest.

- Mile A. (2019). Tanulásvizsgálat és tanulásvetítés - támogató rendszerek. In Mesterházi Zs. & Szekeres Á. (szerk.): *A nevelésben tanuló gyermekek iskolai nevelése. Egyetemi tankönyv a Gyógypedagógia szak Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány számára.* (pp. 194–203). Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Mile A. & Kiss L. (2021). Pedagogical Assistance Service System in Hungary. *Humán Innovációs Szemle*, 12(1), 66–77.
- Szatmári L. P. (2017). Az intézmény története a dokumentumok tükrében. In Gebauer F. (szerk.). *Változások-változtatások. 50 éves a Fővárosi Pályaválasztási Tanácsadó.* (pp. 9–34.). Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat Továbbtanulási és Pályaválasztási Tanácsadó Tagintézménye, Budapest.
- Törzsök K. (2006). Szakszolgálatok és szakmai szolgáltatások a többcéltú kistérségi társulásokban. *Új Pedagógiai Szemle*, 56(5), 46–52.
- Vassné Kovács E. & Fehérné Kovács Zs. (2003). A logopédia jövője. *Gyógypedagógiai Szemle*, 34(1), 28–37.

## Jogszabályok

1868. évi XXXVIII. törvénycikk a népiskolai közoktatás tárgyában <https://net.jogtar.hu/getpdf?docid=86800038.TV&targetdate=&printTitle=1868.+%C3%A9vi+XXXVIII.+%C3%B6rv%C3%A9nycikk&referer=1000ev> Letöltve: 2021.11.01.
- A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszternek 52.229.-1932 VII. számú rendelete, a kiegészítő iskolai növendékeknek az elemi iskolából való áttelepítése tárgyában. [https://adt.arcanum.com/hu/view/Hivatalos\\_Kozlony\\_1932/?pg=220&layout=s](https://adt.arcanum.com/hu/view/Hivatalos_Kozlony_1932/?pg=220&layout=s) Letöltve: 2021. 11.10.
- 111/1975. (M.K.7.) OM számú miniszteri utasítás az értelmi fogyatékos tankötelezettek beiskolázásáról, áthelyezéséről.
1985. évi I. törvény az oktatásról <http://jogiportal.hu/index.php?id=linibq1d8t60zopmx&state=19910723&menu=view> Letöltve: 2021.11.11.
- 6/1986. (VI. 26.) MM rendelet a tankötelezettségről. <http://www.jogiportal.hu/index.php?id=tonopj3vx04frbs7v&state=19940901&menu=view> Letöltve: 2021.11.25.
- 20/1987. (IX. 8.) MM rendelet a nevelési tanácsadókról
- 15/1988. (VIII. 1.) MM. sz. rendelet a testi, az érzékszervi, az értelmi és a beszéd-fogyatékos gyermekek óvodai nevelésével, valamint iskolai nevelésével, oktatásával kapcsolatos eljárásokról.
1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300079.TV> Letöltve: 2021.11.25.
- 14/1994. (VI. 24.) MKM rendelet a képzési kötelezettségről és a pedagógiai szakszolgálatokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99400014.MKM&txreferer=A0900028.OKM> Letöltve: 2021.11.26.
- 5/2005 (I. 19.) Korm.rendelet a többcéltú kistérségi társulások által ellátott egyes közszolgáltatások normatív működési támogatásáról. <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/index.php?menuindex=200&pageindex=kozltart&ev=2005&szam=7> Letöltve: 2021.11.26.
- 4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról. [https://www.pszichoerdek.hu/Jogszab%c3%a1lyok/OM/4\\_2010\\_OKM\\_rendelet.pdf](https://www.pszichoerdek.hu/Jogszab%c3%a1lyok/OM/4_2010_OKM_rendelet.pdf) Letöltve: 2021.11.26.
2011. évi CXCV. törvény nemzeti köznevelésről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> Letöltve: 2011.11.27.
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300015.emm> Letöltve: 2011.11.27.

# Challenges and compliances in the system of pedagogical assistance services

---

## ABSTRACT

In 2013, the system of pedagogical assistance services went through significant changes in Hungary. Additionally, to increasing the state's role, the policy goals of the system's transformation included making the care system more efficient, creating conditions for equal access, eliminating regional disparities, and ensuring the necessary conditions for a qualitative renewal of professional service work, as well as supporting uniform professional quality.

The previous multi-service organisations with different types of institutions and undetermined remit had been replaced by a complex, clearly defined care system with county/capital-oriented organisations. The current study aims to describe the process of transformation of organisation and professional development.

**Keywords:** pedagogical assistance services, organization, professional features, service development

---

**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT**

**Waldorf-osztálytanító**

és

**Waldorf Extra Lesson fejlesztő szakpedagógus  
Szakirányú továbbképzések**

A szakirányú továbbképzések újabb szakképzettséget adó oklevél megszerzését teszik lehetővé BA szintű (vagy azzal egyenértékű korábbi főiskolai) pedagógiai végzettséggel (tanító, gyógypedagógus vagy tanár) vagy egységes tanárképzésben szerzett MA szintű (korábbi egyetemi) végzettséggel rendelkező szakemberek részére.

**A képzési idő félévekben:**

**Waldorf-osztálytanító szakirányú továbbképzés: 4 félév**

**Waldorf Extra Lesson fejlesztő szakpedagógus szakirányú továbbképzés:  
4 félév**

**Tervezett indulás: 2022/23-as tanév őszi félév**

**Jelentkezési határidő: 2022. június 20.**

**Önköltség: 220 000 Ft/fő/félév**

**További információk: [https://barczi.elte.hu/szakiranyu\\_tovabbkepzesek](https://barczi.elte.hu/szakiranyu_tovabbkepzesek)**

**Érdeklődni a [tovabbkepzo@barczi.elte.hu](mailto:tovabbkepzo@barczi.elte.hu) e-mail címen lehet.**

# A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Módszertani és Rehabilitációs Intézet  
NEO Magyar Segítőkutya Közhasznú Egyesület

## Legyőzheti-e technológiával támogatott segítőkutya a robotot? Kísérlet a „segítőkutya vagy segítőrobot” típusú dilemmák feloldására

LOVÁNYI ESZTER

[lovanyi.eszter@barczy.elte.hu](mailto:lovanyi.eszter@barczy.elte.hu); [lovanyieszter@segitokutya.net](mailto:lovanyieszter@segitokutya.net)

---

### ABSZTRAKT

*Háttér és célok:* A robottechnológia fejlődésével megjelentek olyan új segítőeszközök, mint például a home care robotok, robotkutya. Segítőkutya-gazdaként és gyógypedagógus-szociológusként gyakran szembesültem azzal a kérdéssel, hogy mik a segítő „lények” vs. segítő „gépek” komparatív előnyei, hátrányai. A szakirodalom nem tárgyalja együtt a segítőkutya, illetve az átfedő funkcionalitású technikai eszközök nyújtotta megoldásokat, hiszen a szerzők jellemzően egymástól távolálló diszciplínák képviselői, csak a támogatni kívánt célcsoport és a megoldandó problémák közősek valamennyire. Segítőkutya és szociális robotok közös fellépése még a jövő titka. Pedig a különböző diszciplínák együttes alkalmazásával új pozitív szinergikus hatások érvényesülhetnek. Ezért célul tűztem ki a gyógypedagógiai, segítőkutya-kiképzői, műszaki diszciplínák általam korábban megismert jó gyakorolatainak integrálását egy újszerű multidiszciplináris megközelítésbe.

*Módszer:* A három szakterület eredményeinek számbavételével javaslatot teszek a technika és a segítőkutya által nyújtott rehabilitációs lehetőségek ötvözésére a felismert szinergiahatások érvényesítésének érdekében.

*Eredmények:* Kidolgoztuk nagyszámú tárgy segítőkutya általi megkeresését támogató „okosnyakörv” funkcionális rendszertervét és laboratóriumi megvalósítását, melyek használhatóságát egy szakterületi alkalmazások objektív komparatív értékelésére kidolgozott „Multidiszciplináris Benchmark” eljárással alátámasztottam.

*Következtetések:* A technikával támogatott négy lábú segítőtárs olyan feladatokat is jobban teljesíthet, melyekben a korszerű segítőrobotok – első ránézésre – legyőzhetetlenek tűnnének.

**Kulcsszavak:** Egészségügyi Háromszög, gyógypedagógia/informatika/segítőkutya-kiképzés szinergiái, Multidiszciplináris Benchmark, kiterjesztett képességű segítőkutya, interaktív technológiák állatoknak

---

### HÁTTÉR ÉS CÉLOK

#### Segítőkutya és más önálló életvitelt támogató lehetőségek

Megfigyelhető az a tendencia, hogy a kórházi ápolás szerepét részben átveszi az otthonápolás, egyre nagyobb hangsúlyt kap az önálló életvitel és a személyi asszisztencia eszméje (Sándor & Kunt, 2020). A fejlett társadalmak demográfiai helyzete nem kedvező: az ápolók és a személyi asszisztensek immár krónikus hiánya, illetve a növekvő költségek miatt a segítő feladatok

ellátására alternatív megoldásokat keresnek világszerte – eltérő hangsúlyokkal (Loványi, 2020b). A személyi segítői kapacitások szűkülése a fogyatékossgal élő emberek jelentős csoportjait már fiatalabb korban is kedvezőtlenül érinti. A független életvitel fenntartása vagy biztosítása a legtöbb fogyatékos személy számára mindennél fontosabb (Kritikos et al., 2018; Moreno, Ruiz, Hernández, Duboy & Lindén, 2017). A „hagyományos” segítőkutya jól ellátja elsődleges feladatait, amelyekre hosszú évezredek alatt „beprogramozta” génjeit az emberrel való együttélés, plusz amire saját élete során speciálisan kiképezték. Ráadásul gazdája társadalmi részvételét is számtalan módon biztosítja (Loványi, 2020b).

Sokan tartanak attól, hogy a negyedik ipari forradalom totálisan felforgatja eddig megismert világunkat (szemléletes példa ahogy az elmaradott országok leginkább eldugott sarkaiban is megjelent a mobiltelefon). Egyes félelmek szerint a robotok elveszik az emberek (így az elégséges számban valójában már nem is létező személyi segítő) munkáját (Loványi, 2020b; MacDorman, Vasudevan & Ho, 2009).

De ugyanilyen „sötét jövő” várna a segítőkutyákra is? Bár a fogyatékos emberek mindennapjaiban egyre jellemzőbbé válik a modern támogató-segítő eszközök használata (pl. hangos térkép, kommunikációs applikáció, bionikus protézis, cochleáris implantáció), a segítőkutya – nem vitatva a technika által nyújtott lehetőségek hasznosságát és létjogosultságát – „más” minőségű megoldásokat ad (Loványi, 2020b; Menich, 2021).

Míndezeket megfontolva célul tűztük ki a gyógypedagógiai, segítőkutya-kiképzői, műszaki diszciplínák általunk korábban megismert jó gyakorlatainak integrálását egy újszerű multidiszciplináris megközelítésbe.

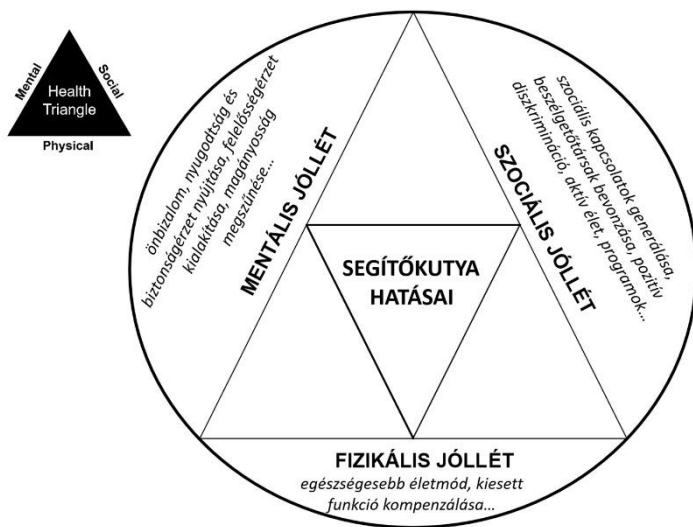
## **Segítőkutya – mint a fogyatékos és/vagy idős emberek személyi asszisztense**

A domesztikált állatok története – egyes becslések szerint – legalább 10000 éves. A nyugati társadalmakban a háztartások felében ma is élnek háziállatok. Ez tehát inkább norma, mint kivétel ezekben a társadalmakban. A segítőkutyák elterjedése ezen a széles társadalmi bázison alapul (Topál & Hernádi, 2011).

Ma már egyre elterjedtebbek a valamilyen fogyatékossgal vagy más nehézséggel élő gazdák mindennapjait megkönnyítő (pl. hangjelző, mozgáskorlátozott személyeket segítő, vércukorszintjelző, vakvezető) kutyák. A segítőkutyák elfogadottságát, képzésük és alkalmazásuk gyakorlatát különböző társadalmi, gazdasági és kulturális tényezők együttesen befolyásolják (Loványi, 2020b). Magyarország a segítőkutyák alkalmazását támogató, részletesen szabályozott jogi háttérrel rendelkezik, mégis, a segítőkutya-gazdák rendszeresen találkoznak akadállyal a közszolgáltatások igénybevétele során (Loványi, 2021). Összességében megállapítható, hogy az egyes országok (sőt akár azokon belül is) eltérhetnek a nevesített segítőkutya-típusok, a jogszabályi háttér, a finansziális támogatottság (pl. képzési, állattartási költségek), a tanítási módszerek, a vizsgarendszer és a technikai vívmányok elterjedtsége tekintetében (Loványi, 2020b).

A WHO folyamatosan alakuló jóllét (angolul „well-being”) definíciójában megjelent a fizikai, mentális és szociális felosztás, miszerint a tartós fogyatékossg nem „betegség”, mindent szükséges megtenni, hogy ne is legyen annak tekinthető állapot (Huber et al., 2011; Sullivan, 2003).

Az 1. ábrán összegzem a segítőkutyák alkalmazásának a „jóllétre” gyakorolt komplex hatását – személyes élményeim<sup>1</sup> és eddigi kutatásaim (pl. Loványi, 2020b) eredményei alapján.



1 ábra. Segítőkutyák pozitív hatása a fizikális, mentális és szociális jóllétre (saját szerkesztés).

A fizikális „egészség” olyan tevékenységekre utal, mint például a testmozgás, amire a segítőkutya motiválni tudja gazdáját, hiszen a kutyát rendszeresen el kell vinni sétálni. A segítőkutya „keretet” ad a napoknak, ez pedig hozzásegítheti gazdáját a helyes, megfelelő időben történő táplálkozáshoz és a pihenés tudatos beiktatásához. A négy lábú társnak a fizikai segítség nyújtásával a gazda kiesett funkcióinak „helyettesítésében” is nagy szerepe van. A pszichés/mentálhigiénés jólléthez is hozzájárulhat egy speciálisan képzett kutya: a gazda előtt új világ nyílik meg (tanul, utánaolvas ismeretlen információknak). A kutyáról való gondoskodás (felelősségvállalás másokért) magabiztosságot és plusz érzelmi töltetet ad. A kutya megnyugtató hatásának köszönhetően a stresszkezelő képesség javulhat. A szociális oldal pedig az emberekkel történő kapcsolatteremtésről szól. A segítőkutyák észrevétlenül is interakciókat generálnak, akár az utcán vagy más gazdák, kiképzők körében. A segítőkutya használata előmozdítja a társadalmi integrációt (Loványi 2018, 2020b).

## Átvehetik-e a robotok a segítő szerepet?

Digitális korunk vívmányai (pl. internet, automatizálás, robotika, szociális médiák) alapvetően változtatják meg az emberek közötti viszonyokat. Miért ne változhatna a hagyományos ember-

<sup>1</sup> Mivel az én mindennapjaimat hallássérült-segítő kutya könnyíti meg, a tanulmányban nagymértékben támaszkodom személyes tapasztalataimra is. Nemcsak az oktatás-kutatás területén, hanem szolgáltatások kialakítása, fejlesztése során is egyre nagyobb teret kap az inkluzív szemléletmód, mely támogatja a fogyatékos és a nem fogyatékos partnerek együttműködését különböző területeken. Ez a megközelítés lehetővé teszi, hogy hátrányos helyzetű csoportok tagjai (pl. értelmileg akadályozott vagy idős emberek) is hangot kapjanak a róluk szóló témákban (Loványi, 2020a; Marton, 2014; Katona, Cserti-Szauer & Sándor, 2019).

állat viszonyrendszer is, ezen belül a segítőkutyák szerepe? „A kutya az ember legjobb barátja” – tartja a mondás, gyógyító szerepe régóta ismert, az „egészségügyi háromszög” mindhárom aspektusát tekintve (fizikai, mentális, társadalmi jóllét). De joggal merül fel a kérdés: lehetne-e a jövőben akár egy robot is ez a „jóbarát” (Graf & Staab, 2009)?

A hagyományos megjelenési formájú (pl. embert vagy állatot imitáló) social/home robotok javíthatják idős és/vagy fogyatékossgal élő személyek életminőségét. A robotokról egyelőre mint az egyik ígéretes próbálkozásról beszélhetünk – a többi életminőségjavító megoldás mellett: például próbálják a szociális/otthoni robotokat érzelmek fogadására/kifejezésére is alkalmassá tenni, a beágyazott Mesterséges Intelligencia (MI) alapú technológia „humanizálásával” (Kanda, Sato, Saiwaki & Ishiguro, 2004).

A korszerű infokommunikációs (ICT) technológia (Dobre, Mavromoustakis, Garcia, Mastorakis & Goleva, 2017) felhasználóit ugyan összekötheti a virtuális térben, de a valóságos terekben inkább izolálhatja őket a társadalom többi tagjától. Egy hétköznapiokból vett példa kedvéért elég a villamoson körülnézni: mindenki a mobiljába bújik, a közvetlen fizikai környezetéről nem véve tudomást.

Ezzel nem azt állítom, hogy a robotika, telekommunikáció legújabb vívmányai ne támogatnák idős vagy fogyatékos emberek jó(l)létét. Általában nagyobb biztonságot és autonómiát biztosítanak az új eszközök, a távolról is elérhető szolgáltatások. De bevezetésükkel párhuzamosan hatékony megoldásokat kell találni a használatukkal generált új etikai és szociális kihívásokra is (Abasca, 1997). A tanulmányban ismertetett „harmadik utas” megoldást (ld. 6. ábra) egy olyan multidiszciplináris benchmark (komparatív értékelés) alapján javasolom, melynek talán az egyik leglényegesebb szempontja a társadalmi integrációs hatás.

Például a humanoid robotok fejlődésével egyre jobban előtérbe kerülő veszélyeket és korlátokat (Miklósi, Korondi, Matellán & Gács, 2017) próbálja az etorobotika is megkerülni, megkérdőjelezve egy eddig megszokott elvárást: miért is kellene a jövő segítőrobotjainak minél jobban az emberhez hasonlítani? Szociális robot fejlesztések másolandó mintája lehetne az ember régóta szocializált partnere – a kutya is. De az etorobotika is csak robotok, vagyis a hús-vér segítőkutyákra (nemcsak kinézetben) hasonló eszközök fejlesztését javasolja (Miklósi et al., 2017).

## **Japán vs. magyar gyakorlat: az eltérések tanulságai számunkra**

A magyarországi helyzet komparatív értékeléséhez a japán „ellenpéldának” a tanulmányban végig kitüntetett szerepet szánok – a szembeállítások specifikus okát rendre megindokolva.

Japánban az idős és/vagy fogyatékos emberek életvitelének családi/társadalmi megsegítése egy közmegegyezésen alapuló nagyon szigorú elvárás, a feladatok ellátásához központilag biztosított pénzügyi és technológiai lehetőségek is tradicionálisan magas színvonalúak (Tamiya, Yamaoka & Yano, 2002).

A szigetországban elfogadott a kutya házi kedvencként való tartása, azonban náluk – a fejlett robottechnológia és az nagyobb mértékben idősödő társadalom (napjainkban a lakosság negyede már 65 éven felüli) miatt is – a kórházban, idősotthonban vagy saját lakásban igényelt személyi



segítői kapacitás kényszerű helyettesítésére eddig inkább a robotikai megoldások kerültek előtérbe (Ichimura, Shimizutani & Hashimoto, 2009).

Japánban nem tiltja kifejezett vallási vagy egyéb társadalmi konvenció a kutyatartást (az akita fajtát például a samurájok kutyájának tartották), mégis kevésbé terjedt el, mint Európában vagy az USA-ban (Yamamura, 2016; Plourde, 2014). A lehetséges okokat tovább taglalva, talán azért is van relatíve kevesebb „házi kedvenc” kutya Japánban, mert az ország extrém sűrűn lakott (ez nem kedvez a kutyatartásnak).

Érdekes irányzat Japánban azon szociális robotok (social robotics) fejlesztése, mely háziállatok utánzásán alapul. A 2. ábra szemlélteti, ahogy a japán kisgyermek a robotkutyákat már egyfajta szociális partnernek tekintik – hasonlóan a nyugati társadalmakban egyelőre még elfogadottabb „igazi” kutyák megítéléséhez (Rault, 2015). Az egyik legismertebb segítőrobotjuk Paro névre hallgat, melynek változatait mintegy két évtizede fejleszti a tokiói székhelyű National Institute of Advanced Industrial Science and Technology. Alkalmazzák terápiás célokra is kórházakban, idős emberek otthonában, fogyatékossgal élő személyek lakásában (Šabanović, Bennett, Chang & Huber, 2013).



2. ábra. Paro terápiás robot japán gyermekek között vs. Kuku terápiás vizsgával rendelkező segítőkutya magyar gyermekek között<sup>2,3,4</sup>

Japán ideális terepnek bizonyult számomra egy összehasonlító elemzéshez: segítőkutya (service dog) vagy segítőrobot (home care robot) lehet-e a megfelelőbb társ idős és/vagy fogyatékos személyek otthoni életének megkönnyítésére? Mivel a segítőkutyák is jelen vannak Japánban (országos kiképző szervezetük is van: Japan Service Dog Association), lehetséges volt az összevetés egy Magyarországhoz képest „fordított” dominanciájú ország szemszögéből is. Nem volt meglepő tapasztalnom, hogy Japánban relatíve több segítőrobot és kevesebb segítőkutya van (Kanda et al., 2004; Kritikos et al., 2018).

---

<sup>2</sup> A tanulmányban – elsősorban a japán párhuzam szemléltetése érdekében – nyilvánosan fellelhető képeket is felhasználok, a forrás jelzésével.

<sup>3</sup> 1. kép: Shoko Muraguchi. Letöltve: 2022.02.15. <https://www.flickr.com/photos/7669837@N08/2117643398>. 2. kép: Burányi Virág, NEO Magyar Segítőkutya Közhasznú Egyesület. Letöltve: 2021.08.25. <https://segitokutya.net/2014/07/Kuku-ovodas-gyermekek-kozott/>.

<sup>4</sup> Kuku az első, már nyugdíjas hallássérült-segítő kutyám terápiás vizsgát is tett, így azon túl, hogy nekem jelezte a hangokat és zajokat, állattasszisztált foglalkozásokat is tarthattunk együtt gyermekeknek és felnőtteknek.

## MÓDSZER

### A segítőkutya képességeinek kiterjesztése okos eszközökkel

Kutatási eredményekre és korábbi személyes tapasztalatokra alapozott elméleti elemzés után – a felismert szinergiahatások érvényesítésének érdekében – javaslatot teszek a (robot)technika és a segítőkutya által nyújtott klasszikus rehabilitációs lehetőségek ötvözésére. Bemutatom a segítőkutya egy lehetséges integrációját okosothonokba – a Georgia Institute of Technology Egyetemen kifejlesztett mobilrobot navigációs megoldását, illetve a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem és az Akita Prefectural University együttműködésében kidolgozott „Robotics Assisted Living Environment for Elderly” projektterv egyes célkitűzéseit ötvözve.

### *A jobb életminőségért – fogyatékos/idős személyek okosothonai*

Az ún. okosothonok (smart home) – ha az egyén anyagi lehetőségei és/vagy a társadalom általános fejlettségi szintje azt számára elérhetővé teszik – megkönnyíthetik fogyatékos (pl. mozgáskorlátozott) személyek életét: például egy telefonos applikáción keresztül távolról irányítható a hűtés-fűtés, az ablakredőny, a garázsajtó vagy éppen a biztonsági rendszer (Jamwal, Jarman, Roseingrave, Douglas & Winkler, 2020).

Számos, célirányosan okossá tett otthonalapú kísérlet zajlott le fogyatékosággal élő és/vagy idős személyek életminőségének (Quality of Life, QoL) javítására. Például az Akita Prefectural University egy intelligens érzékelő rendszert fejlesztett ki egyedülálló idős emberek mindennapjainak nyomon követésére. A jó életminőség biztosítása érdekében a zömében passzív érzékelők nem érintkeznek a felhasználó testével. A Mamoru nevű robot öt szenzortól gyűjt vitális információkat és az észlelt rendellenes viselkedési minták alapján értesíti a szükséges intézményt (pl. kórház, idősotthon), ami vészhelyzet esetén akár életmentő is lehet (Madokoro, Shimoi & Sato, 2018).

A koronavírus-járvány alatt még jobban felértékelődött az otthoni életvitelt támogató robotok és egyéb megoldások szerepe. Egyre többen vesznek a fertőzésveszély miatt nem látogatható családtagjaiknak terápiás eszközöket, például az Aibo robotkutyát. A beépített kamerával és mikrofonnal is rendelkező eszközök próbálják pótolni az emberi kapcsolatok hiányát, ezen túlmenően fontos adatokat gyűjtenek tulajdonosaik jóllétéről, hogy erről szükség szerint tájékoztathassák a távollévő rokonokat, gondozókat (Kanda et al., 2004).

### *Segítőrobot RFID-címkézett beltéri tárgyakat keres*

Mobilrobotoknak még több hasznát vehetjük, ha képessé tesszük azokat 3D navigáción alapuló tárgyfelismerésre és lokalizálásra beltéri környezetben. Ezeket a feladatokat eddig elsősorban kamerás képfeldolgozó rendszerekkel oldották meg. Azonban a kamerás rendszerek viszonylag drágák, működésük sokszor bizonytalan zárt lakótérben. Például erős a megvilágítás-, távolság-, nézőpontfüggés, a részben takart vagy akár teljesen elrejtett (fiókban tárolt) tárgyak felismerése és megtalálása pedig szinte lehetetlen. A kameraképek tárolása, feldolgozása és továbbítása

személyiségi jogi aggályokat is felvet – különösen privát otthoni vagy egészségügyi intézményi alkalmazások esetén (lásd pl. Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete, 2016).

A 3D beltéri lokalizálás terén a kamerák egy érdekes, a mi figyelmünket is felkeltő (ld. „Kísérleti eredmények” c. fejezet) alternatíváját kínálja az RFID (Radio Frequency Identification) technológia (Loványi, 2014). Mindannyian találkozhattunk már filléres passzív RFID-címkékkel, például áruházakban, könyvtárakban, melyekkel akár könyvek, ruhák, drágább italok, parfümök azonosíthatók be és/vagy lokalizálhatók – polcokon, pénztárnál, kijárat ellenőrző kapuknál. Az RFID újszerű alkalmazási területe lehet a 3D navigáció.

A tárgykeresési alkalmazási szcenárió mérés technikai részleteit – e tanulmány gyógypedagógiai fókusza miatt – nem tárgyalom, helyette a releváns forrásra hivatkozom (Deyle, Reynolds & Kemp, 2014).

**Első munkafázisban** az összes RFID-címkézett tárgy offline (lassú) feltérképezése történik (pl. éjjel szisztematikusan bejárva a lakást, egy robotporszívóhoz hasonlóan). Nagyszámú tárgy esetén a robotnak (mivel szinte „végtelen” a memóriája és számítási kapacitása) ez a feladat nyilván jobban megy, mint egy „átlagos” segítőkutyanak, amely „egyedül” (külső eszközök támogatása nélkül – ld. később) nem képes egy háztartásban található összes behívandó tárgy pontos helyét feltérképezni és memorizálni, illetve az összes tárgyra vonatkozó egyedi parancsszavakat (és/vagy rámutatásokat – kiképzéstől függően) megkülönböztetni (Loványi, 2020b).

A **második munkafázis** során a robot a „gazdája” által kiválasztott (elektronikusan megcímkézett) tárgyat megkeresi, megfogja és prezentálja (Deyle, Reynolds & Kemp, 2014).

### *De hogyan keresse meg gazdája tárgyait egy segítőkutya?<sup>5</sup>*

Segítőkutyanak ez a feladat akár jobban is mehetne – az általunk speciálisan erre a célra tervezett „okosnyakörvet” viselve és annak használatára kiképezve.



3. ábra. Kutya vs. robot? A robottól „ellessett” technológiával „feljavított” segítőkutya lesz a legügyesebb<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Ebben a videóban látható egy segítőkutya, aki csak ismételt próbálkozás után találta meg a vizesflakont, amit a gazdája szóbeli utasítással kért: <https://www.youtube.com/watch?v=IWEcSDmqNaE> (letöltve: 2021.11.30.).

<sup>6</sup> 1. kép: saját fotó. 2. kép: Stuart Caie. URL: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:AIBO\\_ERS-7\\_following\\_pink\\_ball\\_held\\_by\\_child.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:AIBO_ERS-7_following_pink_ball_held_by_child.jpg). Letöltve: 2022. 02.15.

Ahogy a 3. ábra is illusztrálja, Mák, a fiatalabb segítőkutya „magától is” sok parancsot megért („átlagos” családi kedvencekhez képest biztosan). Például a „Hozd ide a kosarat!” utasítást örömmel végrehajtja „okosnyakörv” nélkül is, csupán szóbeli parancsra. Mégis, a bemutatott segítőrobot (Deyle, Reynolds & Kemp, 2014) hozzá képest gyakorlatilag végtelen számú tárgy (RFID-címke) hollétét tudja offline feltérképezni, majd e térképet „fejben tartani”. Ugyanakkor a megértett parancsok végrehajtásában a robot sokkal lassúbb, ügyetlenebb, mint Mák segítőkutya, akinek egy lépcső leküzdése vagy a fotelre való felugrás nem jelent akadályt, ellentétben a kereskedelmi forgalomban ma elérhető otthoni robotokkal.

További érv a „verseny” helyetti kooperáció mellett: a segítőkutya vagy a robotok/gépek által nyújtható lehetőségek összehasonlításán túl szükséges megemlíteni a motivációelméleteket is, melyek szintén a segítőkutya javára szólnak. A motivációk szabályozásában a pszichológiai és biológiai tényezők szorosan összekapcsolódnak, melyek két oldalról erednek: belső késztetésekből és külső ösztönzőkből. Ahogy az „egészségügyi háromszög” bemutatásakor már kiderült, egy segítőkutya kiválóan ösztönzi a fogyatékossgal élő gazdákat – fizikális, mentális-pszichés és szociális oldalon egyaránt. Elég Maslow szükséglet hierarchiájára gondolni, ami az alapvető pszichológiai szükségletektől az összetettebb motivációkig terjed. Könnyen belátható, hogy egy segítőkutya egyszerre több szükséglet szint kielégítéséhez is hozzájárulhat (pl. biztonság, hovatartozás és szeretet, megbecsülés, tanulás, önmegvalósítás szükséglete) (Maslow, 1954; Baron, 2001).

A NEO Magyar Segítőkutya Közhasznú Egyesületben készített videókkal<sup>7</sup> is szeretném alátámasztani segítőkutyaink „benchmark” paramétereinek kiválóságát – a jobb összehasonlíthatóság érdekében – tudatosan robotikai szakszargonban fogalmazva:

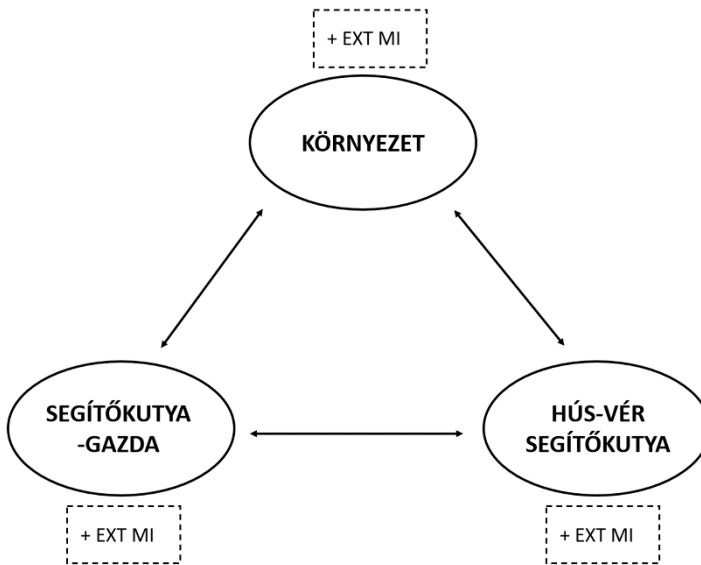
- extrém komplexitású „mobilrobot”,
- valós idejű (real-time) működés,
- intuitív navigáció – ismeretlen környezetben is,
- tanulás/adaptívitás képessége,
- teljesen autonóm vagy „human-in-the-loop” működési mód,
- korlátos kapacitású, de szinte soha nem törlődő (non-volatile) memória,
- kiválóan működő érzékelők (szaglás, látás, hallás, taktilis) fúziója,
- a létező robotokénál sokkal jobb megfogási technika (pl. Kuku és Mák golden retriever vadászkutya – fajtájuk különösen híres arról, ahogy az elejtett vadat sérülésmentesen apportírozza), mai segítőrobotokkal ellentétben betaníthatók összetett megfogási feladatokra is (pl. fiók óvatos kihúzása, majd a keresett tárgy kivétele),
- a természet adta jó tulajdonságok kiterjeszthető technikai upgrade-ekkel,
- nagyon szereti „szolgálni” gazdáját (érzelmi kapcsolat robot részéről ma még alig értelmezhető, bár szociális robotokban újabban próbálnak érzelmeket is imitálni).

---

<sup>7</sup> Ezen a linken található felvételek segítőkutyaink munkájáról: <http://segitokutya.net/category/galeria/videok/>  
Letöltve: 2021.08.30.

## Segítőkutya képességeinek kiterjesztése külső MI eszközökkel és ráképzéssel<sup>8</sup>

Fenti pro és kontra érveket is megfontolva, a „segítőkutya  *vagy* segítőrobot” kényszerű választás helyett inkább az egymást kiegészítő, a komplementaritásból fakadó előnyöket felmutató kutya-(robot)technológia „*együttműködést*” javaslom. Az egymással „*versengő*” (így a szakirodalomban is jobbra elkülönülő) diszciplínák együtt egy kevésbé szokványos, de ígéretes „*harmadik utas*” megközelítést eredményeznek: „*technikával támogatott segítőkutya*” („*technology empowered service dog*”).



4. ábra. A gazda-segítőkutya-környezet kölcsönhatások tudás/képesség kiterjesztése külső (EXT) elosztott Mesterséges Intelligencia (MI) céleszközzel (saját szerkesztés).

## EREDMÉNYEK

### Kísérleti eredményeink

A „technikával kiterjesztett képességű segítőkutya” koncepció versenyképességét a beltéri 3D lokalizáción alapuló tárgykeresési feladat különböző lehetséges megoldásainak párhuzamba állításával próbálom alátámasztani – az objektív kiértékeléshez egy feladatspecifikus, multidiszciplináris benchmark kritériumrendszert is kidolgozva.

Segítőkutya-gazdaként és gyógypedagógus-szociológusként a legújabb technológiák iránt fogékonynak tartom magam, viszont nem vagyok egy, a segítőkutya-képzés és alkalmazás iránt érdeklődő mérnök-informatikus. Így „előéletemből” is adódik, hogy az én feladatmegközelítéseimben az MI céleszközök használatára továbbképzett segítőkutya maradjon a főszereplő.

<sup>8</sup> A segítőkutya és az alternatívaként megjelent segítőrobotok integrációs/kooperációs lehetőségein túlmutatóan, egy tágabb robot(technika) értelmezés szerint figyelembe veszem azokat a technológiai céleszközöket is, melyekkel csak az éppen hiányzó vagy elégtelenül működő segítőkutya-funkciók valósíthatók meg magasabb szinten.

Első körben én is azon gondolkodtam, hogy egy kiképzett segítőkutya és egy már kifejlesztett segítőrobotot hogyan „bírhathánk rá” együttműködésekre – természetesen életszerű alkalmazási scenáriókban. Eltérő érdeklődésű/kompetenciájú műszaki fejlesztő és segítőkutya-kiképző kollégáim is készen álltak „összedolgozni” e célok megvalósítása érdekében. De ez a kézenfekvő stratégia kísérleti alkalmazásunkban azért sem vált be, mert a robot a segítőkutyánkat „csak” a beltéri tárgyak feltérképezésében (megtalálásában) múlta felül. Célszerűbbnek bizonyult úgy ötvözni jó tulajdonságaikat, hogy a segítőkutya „csak” a robot 3D navigációs rendszerét – *mint a kutya tudását, képességét feladat-specifikusan kiterjesztő, számára értelmezhetővé tehető információt szállító külső hordozható eszközt* – vegye át. A 4. ábra sémájának első konkretizálása így vezetett a „tárgykereső okosnyakörv”<sup>9</sup> elnevezésű, elosztott eszköz kifejlesztéséhez, melynek igénye a NEO Magyar Segítőkutya Közhasznú Egyesület keretében végzett segítőkutya-kiképző munkánk során kristályosodott ki, még a 2010-es évek elején. A technikai megvalósítás pár évvel később a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemmel való együttműködés (hallgatói diplomatervek, önálló laborfeladatok közös konzultálása) keretében készült el (Loványi, 2014; Mányik, 2015). A kísérletek során, de facto, létrejött egy nemzetközi, virtuális „Technológiával Támogatott Segítő Állat Műhely” – a tanulmányban meghivatkozott magyar, japán és francia résztvevőkkel. Természetesen az elnevezés nem egyetlen, fizikailag is meghatározható lokációjú intézményi egységre utal, hanem a gyógypedagógia, segítőkutya-kiképzés és orvosi informatika területeken egyébként korábban már együttműködő intézmények szakmai hozzájárulásainak az összességét jelenti. Az ad-hoc együttműködések szintet léphetnének (projektképesség, szervezeti betagozódás, fizikailag meghatározható helyszín), ha egy ilyen tematikájú műhely hivatalosan is létrejöhetne Magyarországon.

### ***Beltéri 3D navigáció. Miért RFID-val?***

A mérés-technikai elv kiválasztásakor a Georgia Tech's Healthcare Robotics Lab and Health Systems Institute RFID-alapú navigációs rendszeréből indultunk ki, melyet a mobil robot szintén beltéri használati tárgyak lokalizációjára használ (Deyle, Reynolds & Kemp, 2014). Az érzékelési elv hardver/szoftver implementációit a mi alkalmazási scenáriónkhoz illesztettük. Az érzékelőfejlesztés során általunk kiemelten figyelembe vett benchmark paraméterek voltak: miniatürizálás, robusztus működés, mérési hatótáv, pontosság, teljesítményfelvétel, ár, adatvédelem (Loványi, 2014).

Az RFID-technológia is sokat fejlődött az elmúlt években, így ez ma is versenyképes alternatíva. De a 2010 utáni „tárgykereső okosnyakörv” implementációk 2022-ben is megismételhető benchmarkja a mérés-technika/hardver/szoftver platformot illetően nyilván figyelembe venné a technológiai fejlődést. Az alkalmazási scenárió algoritmikus, gyógypedagógiai és segítőkutya-kiképzői részeit – melyek a tanulmány fókuszát képezik, illetve a „technológiával támogatott segítőkutya (állat) koncepciót” – az éppen aktuális technológiai megoldásoknál sokkal időtállóbbnak és unikálisnak érzem.

---

<sup>9</sup> Az egész mérés-technikai/informatikai célrendszer csak a kutya által hordozott mobil részegységről kapta szemléletesnek szánt elnevezését.

## Háztartásbeli tárgyak behívása – „okosnyakörv” algoritmus

Mozgáskorlátozott személyeket segítő kutyákat jól lehet „továbbfejleszteni” például a mai mobiltelefon + RFID-technikával. Kutyáknak a tárgynevek (néhány megtanult kivételtől eltekintve) általában nem sokat jelentenek, fogyatékos gazdáiknak viszont nagyon fontos lenne úgy behozatni pl. egy cipőt vagy egy kulcsot, hogy az biztosan az legyen, amit kértek. Erre jó egy olyan „okosnyakörv”<sup>10</sup>, amely – a „hideg-melegvizes” gyermekjátékhoz hasonlóan – egyre intenzívebb csipogással jelzi a segítőkutyának, ha közelít a gazda által kijelölt címkézett tárgyhoz. Egy mozgáskorlátozott gazda (például, ha gyermeke a tévé távirányítóját átvitte a másik szobába, majd távozott) telefonján kijelölheti az előre betanított „távirányító” címkéjű tárgyat, a segítőkutyát pedig elküldheti azt megkeresni (erre a keresési funkcióra viszonylag könnyen meg lehet tanítani egy segítőkutyát), aki a nyakörvén lévő csipogó intenzitásváltozására figyelve képes gyorsan megtalálni a behozandó tárgyat. Tetszőleges számú és típusú tárgyat lehet egyedi azonosítóval címkézni, hogy alkalmazás során mobiltelefonnal azt kijelölhessük. Az „okosnyakörv” elvezeti a segítőkutyát a keresett tárgyhoz. A tárgyaknak nem kell egy korábban kijelölt referencialhelyen maradni, vagyis „elveszett” kulcstartót, szemüveget is meg tudják találni az „okosnyakörv” hangjeleinek értelmezésére kiképzett segítőkutyák. Mindez nagyban megkönnyíti a mozgáskorlátozott gazdák otthoni életét: például, ha már lefeküdtek, nehézséget okozna az ágyból a kerekesszékebe visszaülni, csak azért, hogy elmenjenek egy másutt felejtett tárgyért (Loványi, 2014; Mányik, 2015).

Nem feltétel az sem, hogy a tárgyak a kutya egyedi hallótávolságán belül legyenek (jelenlegi kivételben a címkézett tárgyak úgyis „némák”). A tárgyaknak csak az éppen alkalmazott 3D navigációs rendszer hatótávján belül kell lenniük: vagyis az érzékelési elv cseréjével (vagy a technológiai fejlődésével) a hatótáv a kutya érzékelési korlátjaitól teljesen függetlenül megnövelhető.

Nem csak mozgáskorlátozott gazdákat segítő, hanem más segítőkutya-típusokba tartozó kutyák munkáját is hatékonyabbá tehetjük feladatspecifikus „okosnyakörvekkel”. Például vércukorszintjelző vagy idős személyt segítő kutyák szerepe akár életmentő lehet, ha a gazdájuk rosszul lesz. Vészhelyzetben különösen fontos, hogy a segítőkutya gyorsan, megbízhatóan be tudja hozni a gazda által kért tárgyat (pl. gyógyszeres doboz). Akár mentőkutyák munkáját is megkönnyítheti egy 3D navigációs „okosnyakörv”, természetesen más kijelölési stratégiával.

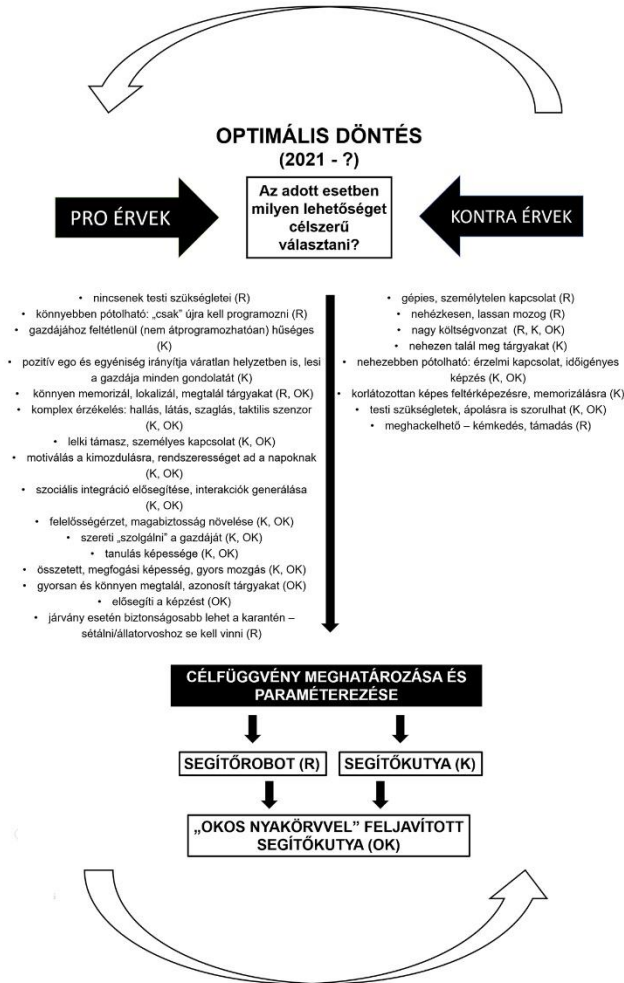
*Összgezve: a „Technológiával Támogatott Segítő Állat Műhelyben” olyan újabb alkalmazási szcenáriókat kutatunk, amelyekben a szereplő entitások közül legtöbbet az állat „okosodik” – olyan új tudásra és képességre szert téve, amivel korábban még egyetlen fajtársa sem rendelkezhetett. „Tárgykereső okosnyakörvünk” az első ilyen típusú kísérlet volt, hogy konkrétan a segítőkutya (entitás1) képessé váljon fogyatékos/idős gazdájának (entitás2) kérésére apportírozni az okosotthon környezetben (entitás3) található használati tárgyak közül bármelyik megjelöltet (ld. 4. ábra).*

---

<sup>10</sup> Okosnyakörvnek (smart collar) nevezett terméket, aktív/passzív RFID-címkéket ma már számos cég forgalmaz, de ezek funkciója a tanulmányban bemutatott navigációs és lokalizációs rendszerünktől eltérő. Ami „közös” bennük: van a kutya nyakára köthető hordozható eleme is a nagyon eltérő célú és komplexitású hardver-szoftver rendszereknek. Léteznek (alkalmazástól függően aktív vagy passzív) RFID-alapú „dögcédulák” is, melyek a gazdát teszik képessé, hogy segítségével megtalálja kutyáját. A 4. ábra érvényessége mindkét esetben fennáll, az érzékelési elv is lehet hasonló, de az additív külső tudások/képességek tartalma és szétosztása más a 3 entitás (gazda, kutya, környezet) között: ezek a kereskedelmi forgalomban kapható termékek a gazda keresési tudását és képességeit próbálják kiterjeszteni (nem a kutyáét!) a mi megoldásainkkal szöges ellentétben.

## Feladatoptimalizált megoldás kiválasztásához: Multidiszciplináris Benchmark

Kísérleti fejlesztéseink irányának eldöntéséhez benchmark módszert dolgoztam ki – a kiértékeléshez alkalmazáspecifikus döntési célfüggvényt és annak releváns input paramétereit előzetesen meghatározva (5. ábra).<sup>11</sup>



5. ábra. Feladatoptimalizált megoldás kiválasztásának iteratív menete (saját szerkesztés).

A jó döntés egyik feltétele, hogy releváns, előzetesen becsülhető/utólagosan méréssel kontrollálható paramétereken alapuljon a döntési függvény kiértékelése. Az iteratív

<sup>11</sup> A benchmark összemérést jelent: pl. a különböző vállalatok versenyképességét vagy egy kormány gazdasági működését is lehet viszonyítani más országok teljesítményéhez, és így profitálni a már megismert jó gyakorlatokból (Kyrö, 2003; Rihoux, 2006). Bár az eljárás más szakterületeken (pl. mérnöki feladatok, egy vállalat HR-osztálya) gyakran alkalmazott, a gyógypedagógiában eddig még nem találkoztam szisztematikusan végiggondolt (akár algoritmizált) benchmark eljárásokkal.



megoldáshangolás nehézsége abban rejlik, hogy egy paraméter javítására tett erőfeszítés akár több másik romlását okozhatja (pl. egy „túlbonolyított” megoldás hiába vezet valamelyik figyelt paraméter szerinti „jobb” eredményre, ha a fejlesztés túl drágának bizonyul vagy túl későn készül el). Végletekig leegyszerűsített paraméterterrel illusztrálva a mi döntési problémánkat is: egy hűvér segítőkutya ügyesebben apportíroz egy mai segítőrobotnál, utóbbiak viszont több tárgyat és annak lokációját tudják memorizálni. Egy segítőrobot kifejlesztése drágább lehet a versenytárs segítőkutya kiképzésénél, viszont utána már egyszerűbben reprodukálható (míg a segítőkutyákat továbbra is egyenként kell kiképezni). Torzít az egyéni fejlesztői preferencia is: egy kutyakiképző inkább akarna ugyanazon feladatra segítőkutyát kiképezni, mint segítőrobotot fejleszteni (egy esetleg nem kutyabarát mechatronikai szakemberrel szöges ellentétben). A felhasználók utólagos véleményezései is kérdésesek, hiszen eltérő egyedi igényeik miatt szükségszerűen szubjektívek. Ezért fontos az összehasonlító értékelést azonos tesztfeladatok végrehajtásából nyert, objektíven mérhető, azonos paraméterhalmazra alapozni, mely a feladatspecifikus célfüggvény inputját képezi.

Melyek a számunkra járható fejlesztési utak? A sikerhez vagy kudarchoz vezető utak sokszor hasonlóak – a jó benchmark modell segíti a fejlesztőt annak ellenőrzésében, hogy jó irányban halad-e a munka, majd segíti a felhasználót is annak eldöntésében, hogy valóban a neki megfelelő terméket választotta-e.

A gyógypedagógus, segítőkutya-kiképző és informatikus „szerencsés találkozása”, szerteágazó tapasztalataik integrálása egy közösen kidolgozott feladatspecifikus benchmark modellt segít megtalálni egy szinergiákat jobban érvényesítő újszerű „harmadik utas” megoldást.<sup>12</sup>

## KÖVETKEZTETÉSEK

A segítőkutyák nemcsak a fogyatékossgal élő és/vagy idős személyek adott testi vagy érzékszervi működését képesek valamennyire pótolni (testi jóllét), hanem az „egészségügyi háromszög” másik két oldalát (társadalmi integráció, mentális jóllét) is támogatják. Segítőrobot-fejlesztésekben az utóbbi két aspektus eddig alig volt vizsgált (Morgan, 2009). A segítőkutya tehát egy unikális rehabilitációs lehetőség (Loványi & Perlusz, 2016; Loványi, 2018; Loványi, 2020b).

Már a tanulmány címében egy manapság oly gyakori „rosszul feltett kérdéssel” (ill.-posed question) indítottam. A „segítőkutya VAGY segítőrobot” kérdésre ugyanis nem létezik egyszerű, helyes válasz („Segítőkutyát is, segítőrobotot is!”). A kritikai gondolkodás segít visszatalálni azokból a zsákutcákból, melyek a „sikerhez vezető út” (road to success) mentén nyílnak minden fejlesztési irányban. Az egyre jobban elkülönülő (ezért kényszerből is versengő) tudományos

---

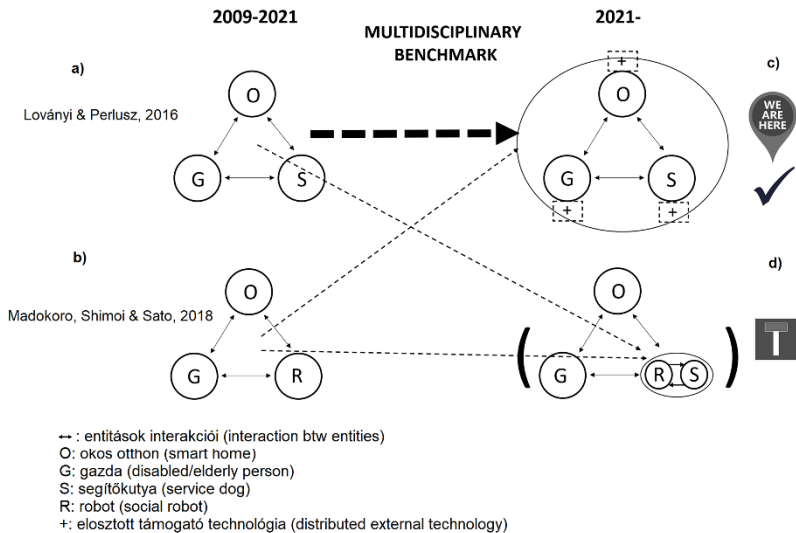
<sup>12</sup> A *feladatoptimalizált objektív benchmark modell* definícióba mélyedve joggal merül fel a kérdés: Mi ebben a „tudomány”? Hiszen nap-mint-nap mindenki folyamatosan benchmarkol – vagyis összemér – anélkül, hogy ez tudatosulna benne: az áruházak polcai előtt, emberi kapcsolataiban, vizsgán, mindenütt. De ha jobban belegondolnánk, hogy életünk során hányszor lettünk téves „benchmark” alanyai vagy tárgyai (mert nem releváns, nem objektív, rosszul felmért paraméterekre alapozottan, hibás célfüggvényt kimaxolva, nem azonos teszthelyzetekben mértünk vagy mérettünk össze), tudatosulna bennünk, hogy a jó benchmarkhoz – a szükséges munkaráfördításon túl – sok tudás, tapasztalat (és egy kis szerencse is) kell.

diszciplínák képviselőinek kritikus együttgondolkodása – egy amúgy közös cél elérése érdekében – hatékony, újszerű megoldásokat eredményezhet.

Alkalmazási szcenárióink lehetővé teszik, hogy a speciálisan kiképzett négy lábú társtól ne kelljen megkövetelnünk számára lehetetlent, mert a segítőkutya által nem (vagy nem hatékonyan) megoldható részfeladatok új „hozzáadott” (robot)technikával kiválthatók. Segítőkutya-kiképzések eddig kevéssé használták ki a legújabb technológiák által támogatott segítőkutyák nyújtotta többletlehetőségeket (megváltozhat a kutya-ember kapcsolat, ha pl. kölcsönösen jobban „megérthetik”, hogy a másik mit akar) (Rybarczyk et al., 2013). A technológia-segítőkutya kooperáció eddig ki nem aknázott távlatokat nyit idős és/vagy fogyatékossgal élő emberek otthoni jóllétének biztosításához is.

A nagyszámú tárgy segítőkutya általi megkeresését támogató „okosnyakörv” funkcionális rendszertervének és laboratóriumi megvalósításának használhatóságát egy szakterületi alkalmazások objektív komparatív értékelésére kidolgozott Multidiszciplináris Benchmarkkal is alátámasztottam. Az eljárás segített az egyedi alkalmazási célfüggvény szerinti „legjobb” megoldás kijelölésében. Gyógypedagógiai, segítőkutya-kiképzői, műszaki diszciplínák általunk megismert jó gyakorlatait integráltam a benchmarkba.

Én is tapasztaltam, hogy a segítőkutyák és szociális robotok esetleges „közös fellépése” még a jövő titka (Abdai & Miklósi, 2018). Viszont szinergiát érthet el *már a jelenben is*, ha a különböző diszciplínák korábbi vívmányainak (6. ábra „a” + 6. ábra „b”) közös csatasorba állítása (6. ábra „d”) helyett a korábbi vívmányok legjobb tulajdonságait próbálom *ötvözni* az adott alkalmazás specifikus célfüggvényének megfelelően (6. ábra „c”).



6. ábra: Benchmark – navigátor a sikerhez vezető út elágazásainál (saját szerkesztés).

Minden olyan okosotthonban, ahol a segítőkutya tartása lehetséges és kívánatos, a segítőkutya-(robot)technológia együttes alkalmazása olyan további szinergikus lehetőségeket teremt, melyeket eddig kevesen kutattak. Az általam ismertetett alkalmazási szcenáriókban a segítőkutya maradt a „főszereplő”, a (robot)technológia pedig az állatból hiányzó tudást/képességeket

kiegészítő „statiszta”. De nem zárom ki, hogy a további tervezett állat-gép együttműködésekben forduljon ez a szereposztás, vagy akár mindkettő főszereplővé váljon (6. ábra).

A (1) gyógypedagógia, (2) a műszaki tudományok és (3) a segítőkutya-kiképzés diszciplínák együttműködésében magasabb szintre lépést jelentene egy „Technológiával Támogatott Segítő Állat Műhely” létrehozása – elsősorban gyógypedagógiai alkalmazásokban a fogyatékossgal élő és/vagy idős személyekre koncentrálva, de nyitottan más alkalmazási területek felé is (pl. katasztrófavédelem, rendőrség, katonaság), ahol szintén alkalmaznak segítő kutyákat.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Abascal J.G. (1997). Ethical and social issues of ‘teleservices’ for disabled and elderly people. In Berleur J., & Whitehouse D. (Eds), *An Ethical Global Information Society*. (pp. 229–237). The International Federation for Information Processing. Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-35327-2\\_21](https://doi.org/10.1007/978-0-387-35327-2_21)
- Abdai, J., & Miklósi, Á. (2018). Poking the future: When should we expect that animal-robot interaction becomes a routine method in the study of behavior? *Animal Behavior and Cognition*, 5(4), 321–325. <https://doi.org/10.26451/abc.05.04.01.2018>
- Baron, R. A. (2001). *Psychology*. Pearson, New York.
- Deyle, T., Reynolds, M. S., & Kemp, C. C. (2014). Finding and Navigating to Household Objects with UHF RFID Tags by Optimizing RF Signal Strength. *2014 IEEE/RISJ International Conference on Intelligent Robots and Systems*, 2579–2586. <https://doi.org/10.1109/IROS.2014.6942914>
- Dobre, C., Mavromoustakis, C., Garcia, N., Mastorakis, G., & Goleva, R. (2017). Introduction to the AAL and ELE Systems. In Dobre, C., Mavromoustakis, C., Garcia, N. Goleva, R., & Mastorakis, G. (Eds.). *Ambient Assisted Living and Enhanced Living Environments. Principles, Technologies and Control*. (pp. 1–16). Butterworth-Heinemann, Oxford. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805195-5.00001-6>
- Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016). Letöltve: 2021.08.25. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679>
- Graf B., & Staab H. (2009). Service Robots and Automation for the Disabled/Limited. In Nof, S. (Ed.). *Springer Handbook of Automation*. (pp. 1485–1502). Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-78831-7\\_84](https://doi.org/10.1007/978-3-540-78831-7_84)
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D. et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343(7817), 235–237. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Ichimura, H., Shimizutani, S., & Hashimoto, H. (2009). *JSTAR First Results 2009 Report*. Research Institute of Economy, Trade and Industry, Tokyo. Letöltve: 2021.12.20. URL: <https://www.rieti.go.jp/ip/publications/dp/09e047.pdf>
- Jamwal, R., Jarman, H. K., Roseingrave, E., Douglas, J., & Winkler, D. (2020). Smart home and communication technology for people with disability: a scoping review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1818138>
- Kanda, T., Sato, R., Saiwaki, N., & Ishiguro, H. (2004). Friendly social robot that understands human’s friendly relationships. *2004 IEEE/RISJ International Conference on Intelligent Robots and Systems (IROS) (IEEE Cat. No.04CH37566)*, (3), 2215–2222. <https://doi.org/10.1109/IROS.2004.1389738>
- Katona V., Cserti-Szauer Cs., & Sándor A. (szerk.) (2019). *Együtt oktunk és kutatunk! Inkluzív megközelítés a felsőoktatásban*. ELTE BGGYK, Budapest.

- Kritikos, M., Bratan, T., Mordini, E., Nierling, L., Wolbring, G., Capari, L. et al. (2018). *Assistive technologies for people with disabilities – Part IV: Legal and socio-ethical perspectives*. Directorate-General for Parliamentary Research Services (European Parliament), Brussels. <https://doi.org/10.2861/90945>
- Kyrő, P. (2003). Revising the concept and forms of benchmarking. *Benchmarking: An International Journal*, 10(3), 210–225. <https://doi.org/10.1108/14635770310477753>
- Loványi E., & Perlusz A. (2016). Raising Awareness of Society Using Service Dogs in the Integration of Hearing Impaired Children into Preschool and Elementary School Communities. In Karlovitz, J. T. (Ed.). *Studies from Education and Society*. (pp. 13–25). International Research Institute sro., Komárno.
- Loványi E. (2018). Híd a csend és a hangok világa között? Szemléletformálás a hallássérült személyek társadalmi beilleszkedése érdekében. *Fogyatékoság és társadalom*, 4(2), 31–47. <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2018.2.3>
- Loványi E. (2020a). Amikor maguk az érintettek a kutatók: Az emancipatív kutatások jelentősége. In Bihari E., Molnár D., & Szikszai-Németh K. (szerk.). *Tavaszi Szél – Spring Wind 2019 Tanulmánykötet, III. kötet* (pp. 384-396). Doktoranduszok Országos Szövetsége, Budapest.
- Loványi E. (2020b). *A segítőkuttyák szerepe a társadalmi integrációban – egy emancipatív kutatás eredményei*. (Doktori (PhD) értekezés). ELTE PPK, Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.
- Loványi E. (2021). A segítőkuttyák valóban szinte „bárhová” elkísérhetik gazdájukat? Közzolgáltatást nyújtó intézmények képviselőivel végzett interjú vizsgálat eredményei. *Fogyatékoság és társadalom*, 7(1), 194–215. <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2021.1.13>
- Loványi, I. (2014). *RFID-based indoor localization techniques and applications – toward a smart collar of helping dogs*. Előadás, 1st International Conference on Future RFID Technologies. Letöltve: 2021.08.25. URL: [http://futurerfid.ekt.hu/abstracts/FutureRFID\\_2014\\_abstract\\_46.txt](http://futurerfid.ekt.hu/abstracts/FutureRFID_2014_abstract_46.txt)
- MacDorman, K. F., Vasudevan, S. K., & Ho, CC. (2009). Does Japan really have robot mania? Comparing attitudes by implicit and explicit measures. *AI & SOCIETY* (23)4, 485–510. <https://doi.org/10.1007/s00146-008-0181-2>
- Madokoro, H., Shimoi, N., & Sato, K. (2018). *Daily Life Monitoring System with Behaviour Pattern Recognition Using Ambient Sensors*. The Eighth International Conference on Ambient Computing, Applications, Services and Technologies. Letöltve: 2021.08.25. URL: [www.thinkmind.org/articles/ambient\\_2018\\_1\\_30\\_40012.pdf](http://www.thinkmind.org/articles/ambient_2018_1_30_40012.pdf)
- Marton, K. (2014). Participation of children and adults with disability in participatory and emancipatory research. *Neveléstudomány*, 2(3), 23–32.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row Publishers, New York.
- Mányik R. (2015). Kerek kérdések. *A kutya*. 46–47.
- Menich N. (2021). AT, GYSE, IKT, AAK... Az önálló életvitelt támogató-segítő eszközök és technológia – fogalmi tisztázás és helyzetkép. *Fogyatékoság és társadalom*, 7(1), 181–193. <https://doi.org/10.31287/FT.hu.2021.1.12>
- Miklósi Á., Korondi P., Matellán, V., & Gácsi M. (2017). Ethorobotics: A New Approach to Human-Robot Relationship. *Frontiers in Psychology*, 2017(8). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00958>
- Moreno, L. V., Ruiz, M. L. M., Hernández, J. M., Duboy, M. Á. V., & Lindén, M. (2017). The Role of Smart Homes in Intelligent Homecare and Healthcare Environments. In Dobre, C., Mavromoustakis, C., Garcia, N., Goleva, R., & Mastorakis, G. (Eds.). *Ambient Assisted Living and Enhanced Living Environments. Principles, Technologies and Control* (pp. 345–394). Oxford: Butterworth-Heinemann. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805195-5.00014-4>
- Morgan, G. (2009). WHO Should Redefine Health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(6), 419. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.084731>
- Plourde, L. (2014). Cat Cafés, Affective Labor, and the Healing Boom in Japan. *Japanese Studies* 34(2), p. 115–133. <https://doi.org/10.1080/10371397.2014.928183>

- Rault, J.L. (2015). Pets in the digital age: Live, robot, or virtual? *Frontiers in Veterinary Science*, 11(2). <https://doi.org/10.3389/fvets.2015.00011>
- Rihoux, B. (2006). Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Systematic Comparative Methods. *International Sociology*, 21(5). p. 679–706 <https://doi.org/10.1177/0268580906067836>
- Rybarczyk, Y., Vernay, D., Rybarczyk, P., Leuret, M.C., Duhaut, D. & Lemasson, G. et. al. (2013). COCHISE Project: An Augmented Service Dog for Disabled People. *Assistive Technology: From Research to Practice*. 109–114. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-304-9-109>
- Šabanović, S., Bennett C. C., Chang W. L., & Huber, L. (2013). Paro robot affects diverse interaction modalities in group sensory therapy for older adults with dementia. In *13th International Conference on Rehabilitation Robotics*, (pp. 1–6). IEEE, Seattle. <https://doi.org/10.1109/ICORR.2013.6650427>
- Sándor A., & Kunt Zs. (2020). „A »gondozás« túlélést biztosít számunkra, a »személyi asszisztencia« életet” – A Személyi Asszisztencia Szolgáltatás szakirodalmi háttérének elemző áttekintése. *Szociálpolitikai Szemle*, 6(1), 5–26.
- Sullivan, M. (2003). The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1595–1604. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00159-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00159-4)
- Tamiya, N., Yamaoka, K., & Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 295–303. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.295>
- Topál J., & Hernádi A. (2011). Gyógyító állatok: Tudomány vagy kuruzslás? *Magyar Tudomány*, 172(6), 678–686.
- Yamamura, M. (2016). In Japan, cats are all the rage – at dogs' expense. Letöltve: 2021.08.25. <https://www.chicagotribune.co-m/nation-world/ct-japan-cats-20160124-story.html>

## Could technology-augmented service dogs defeat social robots? Attempt for resolving the „service dog vs. service robot” type dilemmas

---

### ABSTRACT

*Background and objectives:* With the development of robot technologies, new devices with a purpose of service, such as home-care robots or robot animals have appeared. However – as a hearing-impaired dog owner and remedial teacher-sociologist – I often face the question of what the comparative advantages and disadvantages of the service “creatures” vs. service “machines” are. The literature does not discuss together the solutions provided by service dogs and new technical devices, as the authors are usually the representatives of disciplines that are far from each other (e. g. remedial teacher, service dog trainer or engineer), “only” the target group to be supported and the issues to be solved might be common to some extent. Common action of service dogs and social robots is still in the lap of the gods. However, with the joint application of the different disciplines, positive synergetic effects could be validated. Aiming to maximize these benefits I identified then adopted a set of best practices in the frame of an integrated multidisciplinary benchmark approach.

*Method:* I propose the combination of the rehabilitation possibilities provided by technology and service dogs (“technology-assisted service dog”) to validate the recognized synergistic effects.

*Results:* We developed the functional design and laboratory implementation of a “smart collar” which supports service dog’s search for a larger number of objects. Design, implementation, and results were evaluated by a Multidisciplinary Benchmark procedure.

*Conclusions:* The technology-assisted four-legged assistants could perform better in doing many tasks that – at first sight –modern service robots seem to be unbeatable in.

**Keywords:** Health Triangle, synergistic collaborations of remedial education/informatics engineering/service dog training, multidisciplinary benchmarking, augmented service dog, interactive technology for animals

---

# Kötődési és kapcsolati nehézségek kora gyermekkorban

NAPRAVSZKY NOÉMI

[napravszky.noemi@barczy.elte.hu](mailto:napravszky.noemi@barczy.elte.hu)

---

## ABSZTRAKT

A tanulmány célja a kötődési kapcsolatok szerepének, rövid- és hosszútávú érzelmi és viselkedési következményeinek bemutatása. A kötődéssel összefüggésben tanulmányozza az anya-gyermek kapcsolatra jellemző sajátos interakciókat az anya pszichés ill. pszichoszociális terheltsége mentén bekövetkező elcsúszások, kisiklások, illetve atipikus működésmódok alapján. Magyarázatot nyújt az anyai szenzitivitás és tükrözési mód, valamint a mentalizációs folyamatok elégtelen vagy diszharmonikus megnyilvánulásainak korai kapcsolatot befolyásoló jelenségeire. A tanulmány fontos részét képezi a dezorganizált kötődési típus és a klinikai tartományba eső kötődési zavarok összefüggéseinek és különbségeinek leírására való kitérés. Számba veszi továbbá a kora gyermekkort érintő problémák preventív és intervencív lehetőségeit, kiemelve az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultációs módszert.

**Kulcsszavak:** korai kötődés, anya-gyermek interakciók, dezorganizált kötődés, kötődési zavarok, korai prevenció és intervenció, integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció

---

## BEVEZETÉS

A kora gyermekkorban létrejövő kötődési kapcsolatok, elsősorban az elsődleges gondozóval, az anyával kialakuló érzelmi viszony a gyermek lelki egészségének alakulása szempontjából alapvető fontosságú. A korai tapasztalatok hozzájárulnak a kognitív, érzelmi és viselkedési rendszer fejlődéséhez és segítik az interperszonális kapcsolatokban való eligazodást.

Az elégtelen vagy traumatikus korai kötődési élmények hosszútávon befolyásolhatják a felnőttkori családi, párkapcsolati működést, valamint a születendő gyermekhez való érzelmi viszonyulást. A gondozási körülmények rendezetlensége, az anya pszichés, illetve pszichoszociális terheltsége, valamint a gyermek eltérő fejlődési menete megnehezítheti az első életévekben az anya és a gyermek megfelelő egymásra hangolódását.

## A kötődéelmélet alapjai

A korai kötődési kapcsolatok jellegzetességeit Bowlby klasszikus kötődéelméletének ismeretében érthetjük meg. A kötődéelmélet az érzelmi és szociális kapcsolatok élethosszig tartó fejlődésével foglalkozó, az orvosi, pszichológiai és pedagógiai szemléletet jelentősen meghatározó tudományterület (Hédervári-Heller, 2020).

John Bowlby (1969/1982) kötődéseméleti alaptézise szerint a törzsféjlődés során olyan kötődési mechanizmusok adaptálódtak, amelyek segítik a csecsemő életben maradását, a biztonság és közelség keresését az elsődleges gondozóval. Bowlby a kötődést mint az első életév végére megszilárduló kapcsolati jellemzőt írta le, mely veleszületett késztetéstől vezérelve, a szülő-gyermek interakciók során alakul, és minősége központi szabályozó rendszerek, belső munkamodellek közvetítésével életünk során – eredeti hipotézise szerint – jórészt változatlan marad. Későbbi longitudinális vizsgálatok viszont azt igazolták, hogy a családi működést és a szülői gondozást befolyásoló pozitív vagy negatív környezeti hatások, pl. egyes életesemények, krízisidőszakok vagy traumatikus élethelyzetek hatással lehetnek a szülő-gyermek interakcióra, ezáltal a kötődési minőség alakulására. A tapasztalatok szerint a korai kötődési reprezentáció az életút során – akár több ponton, gyermekkorban és felnőttkorban is – megváltozhat biztonságos vagy bizonytalan irányban. A környezeti hatásokat egyrészt a fontos személyes kapcsolatok (pl. szülő-gyermek kapcsolat, párkapcsolat), másrészt formális támogatási formák (pl. pszichoterápia, kötődésfókuszú intervenció) közvetíthetik, ösztönözhetik (Tóth, 2011, 2020; Hámori, 2015; Bodó-Varga, 2019; Happ, 2019).

A belső munkamodellek hordozzák a gyermek korai interakciókban szerzett tapasztalatait mentén kialakuló mentális reprezentációkat, melyek elvárásokká alakulva segítenek a kötődési személy elérhetőségének, válaszkészségének előrejelzésében. A kötődési rendszer jelentősen befolyásolja szociális tapasztalatainkat, viselkedésünket a különböző interperszonális helyzetekben, az identitásfejlődés során pedig számos kompetencia megszerzését támogatja, valamint hatást gyakorol a későbbi érzelmi és társas fejlődésre (Tóth és mtsai, 2009; Tóth, 2011; Bodó-Varga, 2019; Happ, 2019). A belső munkamodell működését az egyes kötődési típusok jellemzői, valamint a gyermek megfigyelhető viselkedési megnyilvánulásai alapján érthetjük meg (Hédervári-Heller, 2020).

A korai kötődés elméleti modelljét Mary D. Ainsworth és munkatársainak (1978) gyakorlati megfigyelései és empirikus bizonyítékai tették szemléletessé. A kötődésemélet szerint minden emberi lénynek alapszükséglete, hogy pozitív érzelmi kapcsolatot alakítson ki legalább egy, számára bizalmat nyújtó kötődési személlyel, aki „biztonságos bázisként” szolgál, és egyszerre nyújt érzelmi támaszt, valamint ösztönzést a világ felfedezéséhez. Bowlby alapkonceptiója alapján Ainsworth a kötődési minőség mérésére dolgozta ki a kötődési viselkedés szisztematikus megfigyelési módszerét – az Idegen Helyzet Tesztet –, ami a kötődési típusok eltérő mintázatainak azonosítását tette lehetővé. Az Ainsworth és munkatársai (1978) által kidolgozott laboratóriumi módszer 12-18 hónapos gyermekek stresszhelyzetek által kiváltott viselkedési megnyilvánulásainak megfigyelését szolgálja, így aktiválva a kisgyermek kötődési rendszerét. Az Idegen Helyzet Teszt nyolc egymást követő epizódja alapján Ainsworth a kötődés három alaptípusát különböztette meg: biztonságosan kötődő, bizonytalan elkerülő és bizonytalan rezisztens (Ainsworth és mtsai, 1978; Tóth & Gervai, 2005; Tóth, 2011).

A kötődéskutatók vizsgálataik során egy sajátos, egyik kategóriába sem sorolható kötődési minőséggel is szembesültek. Mary Main és Judith Solomon (1990) elkülönítette a dezorganizált/dezorientált típust (lásd később), amelyet az alacsony rizikójú populációkban is azonosítanak, azonban leggyakoribb előfordulást a magas rizikójú (pl. bántalmazó, mentálisan sérülékeny) szülők gyermekeinek vizsgálata során írják le.

## A korai kötődési kapcsolat jellemzői és nehézségei

Az anyává válással az édesanya figyelme az esetek többségében fokozottan és érzékenyen fordul kisbabája felé. A csecsemő gondozásán túl az anya fontos „feladata”, hogy érzelmetli, törődő kapcsolatot alakítson ki gyermekével, ami minden anyánál egyedi, rá jellemző. A harmonikus anya-gyermek kapcsolat olyan egyszerű interakciók mentén bontakozik ki, mint az etetés, gondozás, közös játék, melyek során *„együttessen csodálatosan finom kölcsönös mintákat tudnak kifejleszteni”* (Stern, 2007, p. 84.). Az összehangolt napi tevékenységek alkalmával előfordulnak hibák, az anya túl- vagy alultstimulálja gyermekét, esetleg késik a kölcsönösségben, idővel azonban megtanulják, hogyan illeszkedjenek egymáshoz. Az anya részéről ez sok energiát és folyamatos korrigálást igényel. A környezet elvárásai a gyermek táplálásával, ellátásával kapcsolatosan gyakran nehezednek az édesanyára. Aggodalmi bizonytalanságot kelthetnek benne, önbizalmát időnként aláássák. Segítség híján a kimerült anya fokozott szorongást élhet át, ambivalens érzések keletkezhetnek benne a babával kapcsolatban, ami a törekeny összhang megbomlásához vezethet. Ahogy Stern (2007, p. 75.) is írja: *„A baba sem tud jó állapotban lenni, ha az anya nincs.”* Kapcsolatukban a gyermek fontos tapasztalatokat szerez a szeretetről, elfogadásról és elvárásokról, melyeket későbbi társas kapcsolataiban kamatoztathat (Stern, 2007).

A kiegyensúlyozott, harmonikus korai kapcsolat legfőbb meghatározója az elsődleges gondozó, aki képes érzékenyen, válaszkészen fordulni csecsemője felé, valamint az interakciók során biztonságos, gondoskodó környezetet biztosítani számára. A korai élmények nagymértékben hozzájárulnak a szelf-fejlődés és a társas kapcsolatok alakulásához. Az interakciók során megjelenő pozitív és negatív érzelmek fontos szerepet játszanak az érzelm- és viselkedésszabályozás létrejöttében, valamint a megfelelő megküzdési stratégiák aktiválásában. Az érzelmi ráhangolódások, a tükrözés, a mentalizáló viszonyulás alapvető fontossággal bír az adaptív érzelmreguláció kialakulásában (Eigner, 2013; Révész, 2013).

A gyors ütemben zajló kora gyermekkori fejlődés számtalan kihívás elé állítja az anya-gyermek diádot. Az anya vagy a gyermek részéről jelentkező kockázati faktorok megnehezíthetik a szülőhöz való kötődés fejlődését. Az anya ambivalens érzései, szorongása, depressziója fokozott rizikót jelent az elfogadó, zavartalan anya-gyermek kapcsolat optimális alakulására nézve. Az interakciók során jelentkező ismétlődő és rendszeres elcsúszások, kisiklások, illetve deficitek, az érzelmi illeszkedés reparálásának nehézségei a korai kapcsolat diszharmonióját, érzelmi és viselkedésproblémákat, valamint regulációs zavarokat idézhetnek elő (Tóth, 2011; Eigner, 2013).

Az anya-gyermek kapcsolat interakciós mintái a gyógypedagógiai gyakorlatban is jól megfigyelhetők. A fejlesztő vagy terápiás foglalkozások alkalmával a szemünk láttára bontakozik ki az interakció sajátja, a kötődési kapcsolat dinamikája. A verbális kommunikáción túl szemtanúi lehetünk az egymásra hangolódás finom mozzanatainak anya és gyermek között. Áruklódó lehet az együttlét alaphangulata, a gyermek elhelyezkedése a térben és az anyához viszonyítva, megfigyelhetjük, hogyan reagál a szülő gyermeke jelzéseire, kihez fordul a gyermek élménymegosztás céljából, kinél keres vigaszt, ha sérelem éri. A kapcsolat mibenlétéről információkat gyűjthetünk, a kötődési minőség megállapítása azonban speciális képzettséghez kötött és csak kontrollált körülmények között vizsgálható (Tóth, 2020).

Az optimális és az attól jelentősen eltérő anya-gyermek interakciók jellegzetességeiről, valamint a zavart interakció lehetséges következményeiről nyújt összefoglaló áttekintést az 1. táblázat. Figyelemfelhívó jelek esetén a jelenség alaposabb feltárása, a megfelelő beavatkozási módok megtalálása és a kezelés megvalósítása azonban erre szakosodott, speciálisan képzett szakemberek kompetenciakörébe tartozó feladat.



	<b>Optimális interakció mintázat</b>	<b>Zavart interakciós működésmód</b>	<b>Zavart interakció lehetséges következményei</b>
<b>Anyai szenzitivitás</b>	Az anya megfelelő módon észleli, helyesen értelmezi és optimális időben, érzékenyen reagál a gyermek jelzéseire. A harmonikus egymásra hangolódást gyakori és kölcsönösen kielégítő interakciók kísérik.	Az anya – több lehetséges ok miatt – érzelmileg nem elérhető a gyermek számára. A gyermek jelzéseit nem megfelelően vagy félreértelmezi. Nem, vagy időbeli elcsúszással reagál a gyermek szükségleteire.	A csecsemő törekszik az anyával történő kapcsolatfelvételre, de gyakori sikertelenség esetén érzelmileg visszahúzódik, kevesebb jelzést mutat.
<b>Anyai tükrözés</b>	Jelölt és kongruens tükrözés, melynek során az anya a csecsemő érzelmeit tükrözi vissza és átalakítja, a gyermek számára „emészthető” formában jeleníti meg. A gyermek felismeri a kapcsolatot saját érzelmi állapota és az anya arcán megjelenő inger között.	Jelöletlen tükrözés során az anya a csecsemő érzelmeit megjelölés nélkül, mint saját emócióit, egy az egyben, átalakítás nélkül adja vissza. Jelölt, de nem kongruens tükrözés esetén az anya más, a gyermekétől eltérő, hamis érzelmet jelenít meg.	Nem jelölt tükrözés esetén az anya negatív érzelmei a gyermeket elárasztják, megrémítik. Nem kongruens tükrözés során a gyermek összezavarodik, „hamis szelf-érzete” alakul ki. A gyermek érzelemregulációja, viselkedésszervezése, valamint szelf-fejlődése zavart szenvedhet.
<b>Mentalizáció</b>	Az anya jól olvassa a gyermek jelzéseit, viselkedése mögött mentális állapotokat (gondolatokat, érzelmeket, szándékokat) azonosít. Az anya mentalizáló működése – a szenzitivitás révén – elősegíti a kölcsönös, biztonságot nyújtó kapcsolat kiépülését.	Az anya mentalizáló képessége – több lehetséges ok miatt – gátlás alá kerül, ill. nem megfelelő módon működik. A gyermek jelzéseit nem tudja megfelelően értelmezni.	Az anyai mentalizáció nem megfelelő működése, a gyermek mentális állapotainak félreértelmezése, valamint adaptív reakció híján a gyermek affektív szabályozása és társas készségei sérülnek.

1. táblázat. Harmonikus és zavart anya-gyermek interakció minták és lehetséges következményeik (Gergely & Watson, 1998; Hámosi, 2010, 2015; Hédervári-Heller, 2020; Lénárd, 2020).

Az 1. táblázatban szereplő optimális és problematikus interakciók, valamint lehetséges következményeik részletesebb elméleti kifejtése a következő alfejezetekben tanulmányozható.

## Szenzitív és inszenzitív anyai működésmódok

Bowlby korai írásaiban hangsúlyozta, Ainsworth szisztematikus kutatásaiban kiemelte az anyai szenzitivitás és válaszkészség jelentőségét a kötődés egyéni mintázatainak alakulásában (Hámosi, 2015, 2020). Az anya-gyermek kapcsolat optimális alakulása és fenntartása szempontjából alapvető fontosságú a gondozó szenzitivitásának mértéke, mely befolyásolja a kötődési kapcsolat minőségét. A gondozó szenzitivitása tudattalan folyamat, mely a kölcsönös interakciók mentén bontakozik ki. A szenzitív anyák a gondozás során jól olvassák és

értelmezik a gyermek jelzéseit, képesek az ő szemszögéből látni a dolgokat. Az anyának a gyermek érzelmeiről való gondolkodását, viselkedésének gondolatok és szándékok szerinti értelmezését Ainsworth (1971, id. Hámori, 2015, 2020a) a szülői „gondolatlvasás” fogalmával írta le, mely a reflektív funkció vagy mentalizációs működésmód előfutárának tekinthető. A „gondolatlvasást” a szenzitív gondozó folyamatosan és megfelelő módon alkalmazza. Képes a különféle interakció helyzetekben a gyermek viselkedésének háttérben húzódó érzelmeket, gondolatokat, vágyakat jól olvasni és időben megfelelően reagálni azokra. A szenzitív anya csecsemőjére mint gondolkodó, érző lényre tekint. A szenzitivitás az interakciók minden területén megjelenik. Az interakciók elcsúszásához, illetve zavarához vezethet, ha az anya saját szorongásai vagy vágyai miatt nem képes a gyermek jelzéseit megfelelően értelmezni, vagy félreértelmezi azokat. Viselkedése a saját érzelmeit tükrözi vissza, figyelmen kívül hagyva a gyermek igényeit, vagy inadekvát módon ad visszajelzést (Tóth, 2011; Hámori, 2015; Hédervári-Heller, 2020).

A bizonytalan kötődés háttérében meghúzódó nem szenzitív gondozói magatartást vizsgálatok is alátámasztották (Tóth, 2020). Az *elkerülő* kötődési mintázat alakulásában következetesen inszenzitív anyai működést azonosítottak, melynek során a csecsemő jelzéseire az anya nem, vagy késéssel reagál. A gyermek bizonytalansága a visszautasítás és a téves válaszok hatására egyre nő, valamint nehézségeivel való egyedüli megküzdését követeli tőle. Stressz esetén a csecsemő nem mutatja látható jelét zaklatottságának, nyugodtnak tűnik, mégis szorongásának fiziológiai mértéke magas. *Rezisztens* kötődés esetén a gondozó következetlenül inszenzitív viselkedéssel jellemezhető. A szülő gyakran figyelmen kívül hagyja, vagy visszautasítja a gyermek jelzéseit, máskor azonban időben és megfelelően reagál. A válaszok kiszámíthatatlansága okán a csecsemő erőteljesebben fejezi ki érzelmeit, hogy felkeltse a gondozó figyelmét, fokozott kötődési viselkedést mutat. A közelség fenntartásának erőteljes igénye miatt explorációs viselkedése háttérbe szorul. Egyik gondozó sem képes azonban minden pillanatban szenzitivén viselkedni, a gondozás rendszeressége és időbeni tartóssága határozza meg leginkább a kötődési kapcsolat alakulását (Tóth, 2011, 2020).

A szorongó vagy depressziós anyák saját pszichés terheltségük következtében, érzelmileg nehezen elérhetőek, kevésbé szenzitivén reagálnak gyermekeik jelzéseire, kevésbé képesek csecsemőiket megnyugtatni. Ezáltal a gyermek érzelmi szabályozását nem tudják biztosan támogatni (Tóth, 2020). Feldolgozatlan traumát átélő szülők gyermekeinél – különböző atipikus szülői megatartásformák közvetítésével – a megfelelő érzelmreguláció tartós hiánya, illetve annak zavartsága esetén a gyermek viselkedése a dezorganizált kötődés jegyeit mutathatja (Novák & Lakatos, 2005; Lénárd, 2020).

A szenzitivitásra hatással lehetnek más, az anya viselkedését befolyásoló tényezők is, mint például az egyéni élettörténet, feldolgozatlan traumák, a szülőiséggel kapcsolatos tudatos és tudattalan sémák, vagy a pszichés állapot. A gyermek biológiai adottságai, temperamentuma, illetve a környezet támogató attitűdje, vagy a házastársi kapcsolat minősége is jelentőséggel bír a korai kapcsolatok alakulásában (Hámori, 2015).

Az anyai szenzitivitást a gyógypedagógiai gyakorlatban az anya-gyermek páros együttes jelenléte során figyelhetjük meg. A gyermek jelzéseinek észlelése, értelmezése és a megfelelő időben történő válaszadás, valamint a gyermek diszkomfort érzései kifejezésekor az anya szenzitív és válaszkész hozzáállása, vagy ezek hiánya fogja megmutatni számunkra az érzelmi viszonyulás mértékét és az egymásra hangolódás minőségét.

## Anyai érzelmtükrözés és eltérő tükrözési mintázatok

A csecsemőnek belső érzelmi állapotairól kezdetben még nincs saját benyomása. Érzelmeit a tükrözés által a szülő szabályozza, arckifejezésében, vokalizációjában megjeleníti (Hédervári-Heller, 2020). Gergely és Watson (1998) „érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje” szerint a csecsemő saját belső állapotainak felismeréséhez az „anyai tükrözést” használja fel, melynek során önmaga érzelmeit az anya arcán látja tükröződni, önmagát az anya arcában ismeri fel (Ingusz, 1995). Ez a „pszichés tükör” értelmezi a csecsemő érzelmeit és megnyilvánulásait (Dolto, 2001, 2015, idézi Hámori, 2020a).

Ideális esetben az anya észleli a csecsemő felől érkező jelzéseket, és a gyermek is követi anyja érzelmi állapotait, ami elősegíti egymásra hangolódásukat. A ráhangolódás lehetővé teszi „belső élményeik megszakítás nélküli kölcsönös megosztását” (Ingusz, 1995). A csecsemő érzelmeit a szülő nem egy az egyben jeleníti meg, módosított, eltúlzott változatával jelöli meg arckifejezését, hogy a csecsemő azt saját érzelmeként ismerje fel (Ingusz, 1995). A csecsemő így képes lesz elkülöníteni az ingereket annak megfelelően, hogy az saját magához, vagy a másik személyhez tartozik (Gergely & Watson, 1998). Az érzékenyen tükröző szülői környezet hozzájárul az érzelmi tudatosság és az önkontroll kialakulásához (Eigner, 2013).

Gergely és Watson (1998) szokásostól eltérő anyai tükrözési módokat is leírt. Ha az anyát a csecsemő diszkomfort jelzéseire (nyűgösködés, sírás) félelem fogja el, a gyermek érzelmeit nem tudja megfelelően visszatükrözni. A gyermek érzelmei az anya arckifejezésén mint saját, valódi érzelmei jelennek meg, jelölés nélkül. Jelöltség híján a szülőt elárasztó negatív érzelmek egy az egyben a csecsemőre vetülnek. A gyermek az anya arcán látott rémületet a szülőnek tulajdonítja, szabályozni nem tudja, mely végső soron traumatizációhoz, és nem megnyugtatóshoz vezet (Lénárd, 1997; Gergely & Watson, 1998; Hámori, 2010). Ha tükrözés során az anya megjelöli az érzelmet, de nem ennek megfelelő arckifejezést mutat, a csecsemő a hamis érzelmet sajátjaként értelmezi, így valódi érzelmi állapotáról hamis képet kap, hamis szelf-élményt épít be reprezentációiba (Fonagy & Target, 1998).

Az anya pszichopatológiája (pl. depresszió, szorongás) negatív hatást gyakorolhat a korai kapcsolat minőségére. Ezekben az esetekben az anya saját érzelmeit nem, vagy korlátozottan képes kimutatni, arcán és hangadásában kevés érzelm tükröződik. A depresszív anya kevesebb szemkontaktust tart fenn csecsemőjével, kommunikációja inkább önmagára, mint gyermekére irányul, és kevésbé képes a játékosságra. A csecsemő ösztönösen kutatja anyja arcát, kísérletet tesz figyelmének felkeltésére. Ha az anya nem tükrözi arckifejezésében a gyermek érzelmeit, a gyermek zavarttá válik, elfordul, vagy sírni kezd. Ha huzamosabb ideig sem jár sikerrel, visszahúzódik (Ingusz, 1995; Lénárd, 1997; Eigner, 2013). A szülői tükrözés elmaradása, vagy a tükrözés deviáns módzatai súlyosan torzíthatják a szelf-fejlődés folyamatait (Fonagy & Target, 1998).

Az érzelmtükrözés jelensége a mindennapokban a csecsemő pozitív vagy negatív érzelmi állapotainak észlelése, értelmezése mentén, ezeknek az anya arckifejezésében, hanglejtésében való megjelenítése során, valamint distressz helyzetben a gyermek érzelmeinek lecsendesítése alkalmával mutatkozhat meg leginkább és válhat megfigyelhetővé a szakember számára.

## Mentalizáció és mentalizációs deficitek

A korai kötődési kapcsolatban kialakuló mentalizációs képesség a viselkedési megnyilvánulások mögötti mentális állapotok azonosítását jelenti, és hozzájárul az érzelmi- és önszabályozás fejlődéséhez (Hédervári-Heller, 2020). A mentalizáció lényege, hogy „*az egyik ember elméje tartalmazza a másikat*” (Fonagy és mtsai, 2011, p. 2.). A mentalizáció során az egyén tudatában van önmaga és mások gondolatainak, érzelmeinek mentális tartalmat tulajdonít a másik személynek, és úgy értelmezi viselkedését, hogy ahhoz meghatározott mentális állapotot társít (Fonagy és mtsai, 2011). A mentalizáció segítségével megérthetjük és értelmezhetjük mások gondolatait, érzéseit, szándékait és vágyait (Hámori, 2010). Peter Fonagy és Mary Target (1998) szerint a mentalizáció olyan tudattalan folyamat, mely társas helyzetekben, intenzív érzelmi interakciók mentén bontakozik ki. A gyermek mentalizációs képességének fejlődését az anya megfelelő tükrözési módja segíti elő, melynek során a csecsemő érzelmi állapotot tulajdonít önmagának és másoknak, így következtetve cselekedeteikre (Fonagy & Target, 1998; Hédervári-Heller, 2020). Az anya-gyermek interakciók játékosága, kooperativitása, melyek során az anya értelmezést ad a mentális állapotokra, nagyban elősegíti a mentalizáció fejlődését (Fonagy & Target, 1998).

Az anya depressziója meghatározó lehet a korai kapcsolat alakulása és a gyermek fejlődési mutatói szempontjából. Átmenetileg vagy tartósan gátolhatja a gondozó mentalizációs képességét, megakadályozva abban, hogy jól olvassa a csecsemő jelzéseit és megfelelő módon tudjon reagálni szükségleteire. Az anyai depresszió megnehezíti a csecsemővel a kölcsönös, érzelmetlen kommunikációt. „*Az anya saját bánata miatt elveszíti érdeklődését csecsemője iránt*” (Hámori, 2020a, p. 27.). Az anya érzelmi hozzáférhetősége sérül, a gyermek feszültté válik, egy ideig próbál interakciót kezdeményezni az anyával feszültségének oldása érdekében. Ha a gyermek nem kap hosszabb ideig visszajelzést, kommunikációt fenntartó törekvései is csökkennek. Az érzelmi kapcsolat zavarttá válik, ami pszichés traumaként jelentkezik az anya-gyermek diádban (Hámori, 2020a). Mindez kapcsolati zavarhoz, affektív szabályozási problémákhoz ill. regulációs zavarokhoz vezethet a bontakozó anya-gyermek kapcsolatban (Hámori, 2015).

A gondozó megoldatlan, kötődésspecifikus és egyéb későbbi traumái következtében is sérülhet a szülői mentalizáció. A csecsemő stresszjelzéseire az anya saját traumájához kapcsolódó ijesztő élménye aktiválódik, félelme áthatja a helyzetet, érzelmileg a gyermektől visszahúzódik. Ez az érzelm jelenik meg az interakciók mikropillanataiban, melyek során érzelmi kontaktusa a gyermekkel megszűnik, képtelenné válik a gyermek érzelmeit, vágyait mentalizálni, reflektivitása legátlódik. Az anya viselkedése a gyermekből menekülő reakciót vált ki, interakciójuk megszakad. A gyermek számára az interakcióhoz kapcsolódó érzelmek reflektálhatatlanná válnak, érzelmszabályozása zavart szenved (Fonagy & Target, 1998).

A gyermek szülővel együtt történő fejlesztése, közös terápia vagy konzultáció alkalmával jól megfigyelhető az anya mentalizációs működés módja. Képet kaphatunk arról, hogy a kölcsönös interakciók során hogyan képes gyermeke viselkedési megnyilvánulásából belső állapotaira, gondolataira, vágyaira következtetni és ehhez igazítani reakcióit, vagyis hozzájárul-e gyermeke érzelmi és önszabályozásának alakulásához.

## KÖTŐDÉS ÉS PSZICHOPATOLÓGIA

A kötődélmélet nemcsak az egészséges kötődési kapcsolat jellegzetességeit, hanem a korai megzavart érzelmi fejlődést és a kísérő tünetegyüttest is vizsgálta (Hámori, 2015).

### Dezorganizált kötődés

Az Idegen Helyzet Teszt (Ainsworth és mtsai, 1978) során a dezorganizált kötődésű kisgyermeknek sajátos viselkedéssel jellemzőket mutattak a gondozó jelenlétében. A kötődési rendszer aktiválódásakor inkoherens viselkedés (pl. sztereotip mozgások, ijedtség, lefagyás), a viselkedési stratégia összeomlása jellemezte őket. A dezorganizált kötődés hátterében gyakran elhanyagoló, bántalmazó szülői bánásmód, konfliktusokkal terhelt családi körülmény, az anya pszichopatológiája, vagy feldolgozatlan pszichés traumás tapasztalata, illetve veszteségélménye bontakozik ki. Az ijesztő/ijedt (Main & Hesse, 1990), illetve egyéb atipikus gondozói viselkedésformák (Lyons-Ruth és mtsai, 1999; Novák & Lakatos, 2005; Madigan és mtsai, 2006) a gyermekben rémületet keltenek és ellentétes viselkedéses rendszerek aktiválódását hívják elő. A kötődés igénye és a félelem érzése együttes megjelenésének hatására a gyermek viselkedési stratégiája összeomlik, dezorganizálódik (Tóth & Gervai, 2005; Tóth, 2011; Tóth, 2020).

A gyermeknek alapvető igénye még a bántalmazó, elhanyagoló szülővel is kötődési kapcsolatot kialakítani, mely veleszületett kapcsolódási igényét elégíti ki és túlélését szolgálja. A dezorganizált kötődésű gyermekek rendelkeznek stabil, szelektív kötődési tapasztalattal, a viselkedési jellemzők sosem általánosan, hanem személyhez kötötten jelennek meg, más gondozókkal a gyermek eltérő kötődési mintázatot alakíthat ki. A dezorganizált kötődés – mint diádspecifikus minőség – önmagában nem tekinthető zavarának, nem tartozik a pszichopatológiák körébe, mégis rizikótényezőként értelmezhető a klinikai zavarok kialakulása szempontjából (Tóth, 2020).

### Kötődési zavar

Az 1970-es években kezdődött meg a kötődési kapcsolatok klinikai szempontú vizsgálata. A klinikai kötődéskutatás mai napig nehezen tudja meghatározni, hogy a kötődési zavarra utaló jelek mikortól számítanak az egészséges pszichés fejlődést veszélyeztető rizikófaktornak, vagy már klinikai zavarnak (Hámori, 2015). A DSM-be és a BNO-ba foglalt kötődéshiány mellett a kötődési és kapcsolati zavarok klasszifikációjában és pontos definiálásában máig nincs teljes konszenzus (Brisch, 2014; Zeanah és Lieberman, 2016; ZERO TO THREE, 2016/2019). Általánosságban elmondható, hogy „*A kötődési zavar sajátos traumatikus tapasztalatokkal, leginkább súlyos társas és érzelmi elhanyagolással jár együtt. A kötődésszerveződés patológiás formáját fejezi ki.*” (Hédervári-Heller, 2020, p. 70.).

A kötődési zavar patológiának tekinthető, jelensége nem azonos a klasszikus „Idegen Helyzetben” megfigyelhető bizonytalan kötődés viselkedési megnyilvánulásaival. A kötődési zavar jellemzően állandó, szelektív kötődési kapcsolat hiányában alakul ki, ha a gyermeknek az

első öt életéve során nem sikerül rendszeres, érzelmileg megtartó kapcsolatot kialakítania legalább egy gondozó személlyel a környezetében. Ritkán, többnyire árvaházban, gyermekotthonban, nevelőszülői hálózatban nevelkedő gyermekek esetében fordul elő, tartós szeparáció, szélsőségesen elhanyagoló bánásmód és a gondozók gyakori fluktuációja következtében (Tóth, 2020).

A tartós érzelmi izoláció, az elsődleges gondozó elérhetetlensége, valamint a gyermekkel szembeni nem megfelelő bánásmód előidézheti a gyermek érzelmi és társas fejlődésének zavarát. A felmerülő zavarok nem csak szituatív módon jellemzők, hanem hosszabb időtartamra kiterjedő, stabil viselkedési mintaként jelennek meg (Danis, 2020; Tóth, 2020).

Jóllehet mind a dezorganizált kötődési minőség, mind a kötődési zavar korai traumatikus tapasztalatok mentén bontakozhat ki, a legfontosabb különbség köztük, hogy míg a dezorganizált kötődés diádspecifikusan megjelenő, adaptív megnyilvánulási mód egy esetlegesen terhelt pszichoszociális körülményhez való alkalmazkodásban, addig a kötődési zavar csak nagyon ritkán és szélsőséges gondozási körülmények hatására alakulhat ki, mely sosem személyhez kötött, hanem a gondozói környezet minden tagjával szemben, többféle helyzetben, sajátos viselkedési jegyekben mutatkozik meg. A tartós szeparáció, az elégtelen gondozás a gyermek fejlődési elmaradását is okozhatja.

A dezorganizált kötődés és a kötődési zavar néhány megkülönböztető jellegzetességéről a 2. táblázat nyújt összefoglaló áttekintést.

	<b>Dezorganizált kötődés</b>	<b>Kötődési zavar</b>
<b>Háttérokok</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– magas szocio-demográfiai rizikójú családok (pl. megélhetési problémák, magas distressz)</li> <li>– szülői pszichopatológiák, traumás tapasztalatok</li> <li>– agresszív, bántalmazó családi környezet</li> <li>– házastársi konfliktusok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– súlyos fizikai-, érzelmi- és társas elhanyagolás (pl. családban történő, ill. nevelőotthoni, intézeti, nevelőszülői gondozásban)</li> <li>– az elsődleges és más alternatív gondozóktól való korai, tartós szeparáció (tartós hospitalizáció, intézeti nevelés)</li> </ul>
<b>Gondozói környezet jellemzői</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– van stabil, szelektív kötődési tapasztalata a gyermeknek, DE gyakori:</li> <li>– gondozó pszichopatológiája (hangulatzavarok, drog-, alkoholfüggőség)</li> <li>– szülő múltbeli vagy aktuális feldolgozatlan traumatikus élménye</li> <li>– ijesztő/ijedt viselkedésmódok, disszociatív állapotok az anya részéről</li> <li>– az anya atipikus érzelmi kommunikációja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– hiányzik minimális biztonságot adó, megtartó gondozói környezet</li> <li>– nincs állandó, szelektív kötődési tapasztalat a referenciaszemélyek gyakori cserélődése miatt</li> <li>– szélsőségesen bántalmazó, elhanyagoló gondozói minőség</li> </ul>

<p><b>Megfigyelhető viselkedés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– félelem, ijedtség a kötődési személytől</li> <li>– a stresszhelyzettel való megküzdés során a kötődési viselkedési stratégia hiánya, zavartsága</li> <li>– ellentétes viselkedési szekvenciák megjelenése</li> <li>– motivációs konfliktus a közelségkeresés és a menekülés viselkedési rendszerben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– a kötődési viselkedés problematikája nemcsak szituációhoz és személyhez kötötten, hanem általánosan (több személlyel, több kontextusban) megfigyelhető</li> <li>– kapcsolatteremtés nehézségei (fokozott visszafogottság vagy impulzív, gátolatlan viselkedés)</li> <li>– megzavart társas és érzelmi válaszkészség</li> </ul>
<p><b>Felismerése</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 12/18 hónapos korban, Idegen Helyzet Teszt során megfigyelhető viselkedési jellemzők alapján</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– 9 hónapos kor előtt nem diagnosztizálható</li> </ul>

2. táblázat. *A dezorganizált kötődés és a kötődési zavar megkülönböztető jegyei (Novák & Lakatos, 2005; DSM-5, 2013; Balázs & Miklósi, 2015; ZERO TO THREE, 2016/2019; Hédervári-Heller, 2020; Tóth, 2020).*

A 2. táblázatban szereplő számos kockázati tényező ellenére sem következik be minden esetben zavart érzelmi vagy társas fejlődés. A gondozói környezet rendeződése, a szülők támogatása növelheti a biztonságos kötődés kialakulásának esélyét. A különböző preventív és intervenciós kezdeményezések pedig megteremthetik a gyermek számára a személyspecifikus kötődési kapcsolat létrejöttéhez szükséges feltételeket (Tóth, 2020).

## **PREVENCIÓS ÉS INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK A KORAI ANYA-GYERMEK KAPCSOLAT HARMONIZÁLÁSÁRA**

A szülő-gyermek kapcsolat nehezített működés módjának minél korábbi életkorban történő korrekciós igénye indította el a kisgyermekkorú preventív és intervenciós eljárások kidolgozását és elterjedését a biztonságot nyújtó kötődési viszony előmozdítása érdekében (Tóth, 2011; Hédervári-Heller, 2020). A korai kapcsolatspecifikus és kötődésalapú intervenciók kidolgozásának legfőbb célja a szülői szenzitív hozzáállás növelése és a biztonságos kötődés kialakításának elősegítése azzal a meggyőződéssel, hogy a biztonságos kötődés védőfaktorot jelenthet a későbbi pszichés és pszichoszociális problémák előfordulásával szemben (Danis, 2020).

A nyugat-európai országokban és a tengerentúlon már évtizedek óta léteznek olyan integrált (egészségügyi, szociális és edukatív) szolgáltatások, melyek kiemelt célja a kompetens szülőség, a szülői jóllét és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat támogatása (Danis, 2020).

Magyarországon kiemelt fontossággal bír a kora gyermekkorú fejlődést támogató családközpontú korai intervenció (Czeizel & Kemény, 2015). 2011-től a helyi pedagógiai szakszolgálatokban alapfeladatként fogalmazódik meg a korai fejlesztésre szoruló gyermekek ellátása. A korai fejlesztés, valamint a nevelési tanácsadás keretén belül a családok komplex gyógypedagógiai fejlesztést és pszichológiai segítségnyújtást vehetnek igénybe, szükség esetén szakértői bizottsági tevékenységgel kiegészülve (Kereki & Szvatkó, 2015).

A gyógypedagógiai fókuszú kora gyermekkorú intervenció mellett az 1990-es évektől napjainkig számos hazai törekvés indult el a kora gyermekkorú fejlődés és lelki egészség sokoldalú

támogatása érdekében (lásd bővebben: Danis és mtsai, 2020). A Családbarát program konferenciák és szülőcsoportok szervezésével segítette a kisgyermekes családokat (Németh és mtsai, 2015). A Vadaskert Kórház Zsebibaba elnevezésű programja 2002-től fogad ambuláns keretek között csecsemőket, kisgyermekeket és szüleiket. Az anya-csecsemő terápiás ellátás a szülő érzelmi nehézségeinek, valamint a gyermek regulációs és kötődési problémáinak újszerű kezelését tűzte ki célul (Frigyes & Molnár, 2020). A fővárosi gyermekkórházak speciális ambulanciáin fogadják a korai állapot-, érzelem- és viselkedésszabályozás problémáit mutató kisgyermekeket és szüleiket (Heim Pál Gyermekkórház, Bethesda MRE Gyermekkórháza), valamint a Szent János Kórházban működő *EGYÜTT Baba-Mama-Papa program* a pszichiátriai beteg anyák és gyermekeik együttkezelését valósítja meg interdiszciplináris team szemléletben (a témáról lásd bővebben: Danis és mtsai, 2020).

A hazai egyetemek és képzőhelyek a szülő-gyermek kapcsolat támogatását célzó szakmai képzések szervezésével segítik a minél szélesebb körű ismeretek megszerzését. Az EGO Klinika módszerspecifikus gyermekterapeuta képzésén a csecsemőmegfigyelés és anya-csecsemő terápia módszertanának oktatása – mely alapját képezte a szülő-csecsemő konzultációs módszernek – közel 30 éve zajlik (Halász & Jakab, 2020). 2010-ben indult az első, egyetemi diplomát adó posztgraduális szakirányú továbbképzés Hédervári-Heller Éva és Németh Tünde kidolgozásában *Integrált szülő-csecsemő konzultáció* néven (lásd bővebben alább). 2010–2014 között a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen zajlott a képzés, 2014-től a Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézetében folytatódott, 2015-től pedig az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karán is elindult (Németh & Hédervári-Heller, 2020).

A Pázmány Péter Katolikus Egyetemen 2015-től működik Hámori Eszter vezetésével a *Kapcsolatdiagnosztika és csecsemő-szülő konzultáció* szakirányú továbbképzés. A képzés a kapcsolati folyamatok dinamikájára, mélyebb rétegeinek megértésére helyezi a hangsúlyt a gyakorlati készségfejlesztés során. A képzés elméleti alapját pszichoanalitikus kapcsolati modellek adják, gyakorlati részében a videóalapú résztvevő csecsemő/kisgyermek megfigyelés módszerére alapoznak. A képzés során elsajátítható komplex kapcsolatdiagnosztika átfogó képet nyújt a szülő-gyermek pár adaptív és maladaptív kapcsolati működéséről, a felmerülő regulációs és kötődési zavarokról, meghatározva az intervenció folyamat kiindulópontját (Hámori, 2020b).

Az intervenciók lehetőségei között szerepel a fent említett integrált szülő-csecsemő konzultációs módszer, melyben gyógypedagógus-pszichológus szakemberként képzettséget szereztem, ezért a tanulmány következő fejezetében az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia elméleti és módszertani alapjainak bővebb kifejtésére vállalkozom, lehetőséget nyújtva a gyógypedagógiában való alkalmazás illusztrálására.

## **Az integrált szülő-csecsemő konzultáció és terápia módszere**

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció és terápia nemzetközi szinten széleskörűen elterjedt korai prevenció és intervenció kezelési módszer. Integrált megközelítése pszichodinamikus, interakcionista, kötődésméleti, valamint rendszerszemléleti alapokat ötvöző módszer. 0-3 éves korú kisgyermek és szülei, családjaik megsegítése, támogatása a célkitűzése. Mivel önmagában álló, egyéni pszichopatológia korai életkorban nem azonosítható (Stern, 1995),



a konzultációs módszertan az anya és a gyermek együttes kezelésén alapszik, figyelembe véve a kapcsolati minőséget és működésmódot. Támogatja a biztonságos kötődés, a kora gyermekkorban fellépő érzelm- és viselkedésszabályozás, az anya-gyermek kapcsolati működés optimális alakulását speciális módszertani bázis alkalmazásával (Hédervári-Heller, 2020).

A konzultációs alkalmak során az anya vagy a szülőpár a csecsemővel, kisgyermekkel együtt van jelen (akár saját otthonukban), és az adott probléma – melynek organikus okait orvosi kivizsgálás útján kizárták – körüljárása mellett a hangsúly a szülők és a kisgyermek között zajló interakciókra helyeződik. A konzulens a gondozók és a csecsemő közötti, szavak nélküli történések értelmezésével segíti a szülőket, hogy gyermekük jelzéseire értőbb módon tudjanak ráhangolódni. A konzulens szakember empátikus, érdeklődő figyelemmel kíséri végig a szülők és a gyermek érzelmi állapotait, a bizalommal teli, érzelmileg megtartó és a szülő kötődési apparátusát mozgósító terápiás hatású kapcsolat felépítése érdekében (Hédervári-Heller, 2020).

A konzultációs módszertan többféle intervenció elemet alkalmaz a problémákat mutató anya-gyermek interakciók rendezésére. A csecsemőkutatásokon alapuló videotechnika módszerének segítségével például jobban megismerhetjük a csecsemő érzelmi állapotait, a szülő-gyermek interakciók jellegzetességeit, ezáltal az érzelmi kötődés szerveződését. A jelenetek megismétlésével a szakember és a szülő is tanulmányozhatja az interakciók jelentős mikropillanatait, ami hozzájárulhat a nehezített szülői reprezentációk felismeréséhez és átírásához is. Sorozatfelvételek készítésével nyomon követhetjük a szülő és a gyermek érzelmi és viselkedési megnyilvánulásainak változását. A videofeedback során a pozitív interakciók kiemelésével erősíthetjük a szülő szenzitív reakcióit és kompetenciaérzését. A videóelemzés alkalmával a gyermek érzelmi és viselkedési megnyilvánulásainak fókuszba helyezése és értelmezése növelheti az anya szenzitív odafordulását, válaszkészségét gyermeke iránt. A közös figyelmi fókusz megjelenésének és az egymásra hangolódás finom mozzanatainak jelölése motiváltta teheti a szülőt a probléma közös elemzésére és megoldására. A felvételeken megnyilvánuló érzelmek helyes tükrözési módjának kiemelése és megerősítése, jó eséllyel növeli a megfelelő érzelemtükrözés pillanatainak előfordulását (Hédervári-Heller, 2020). A hazai és nemzetközi intervenció programok többségének fontos eleme a videóelemzés módszerének alkalmazása.

Az integrált szülő-csecsemő konzulensi képzés mára több – pl. orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai, védőnői, szociális – alapszakmára is építhető, államilag akkreditált egyetemi szakirányú továbbképzésben megszerezhető végzettség. Az érintett szakmák képviselői szakmai kompetenciahatáraik kijelölésével, alapidiplomájuknak megfelelő hatókörben és területen végzik segítő tevékenységüket. Szakmódszertani tudásuk mellett korszerű ismeretekkel rendelkeznek a csecsemő- és kisgyermekkor testi és lelki fejlődésének sajátosságairól, a kötődési kapcsolatok jellemzőiről, minőségéről kisgyermek és felnőtt korban, a szülővé válás folyamatáról, valamint a regulációs zavarok problémaköréről (Németh és mtsai, 2016).

A korai fejlesztéshez kapcsolódó gyógypedagógiai fejlesztő és tanácsadó tevékenységbe optimálisan illeszthető a szülő-csecsemő konzultációs módszer, mely széleskörű rálátást nyújt az interakciók mentén megfigyelhető szülő-gyermek kapcsolat működésmódjára, segíti a regulációs zavarok értelmezését, valamint eszköztárával hozzájárul a nehézségek rendezéséhez. A szülőkkel történő együttműködésben a kompetens szülőség és a pozitív szülő-gyermek kapcsolat kedvező alakulását támogatja (Góczán & Prónay, 2020).

## ÖSSZEGRZÉS

A téma elméleti kifejtése rávilágít arra, hogy a kötődési kapcsolat kezdeti alakulása, az anya-gyermek interakciók, valamint ezek harmonikus vagy zökkenőkkel terhelt folyamatai erőteljesen befolyásolják a gyermek érzelmi fejlődését és későbbi interperszonális kapcsolatait.

A kora gyermekkori fejlődés gyors változásaihoz való alkalmazkodás törekenysége az interakciók kisiklását, ezek rendszeres és tartós előfordulása pedig megzavart kapcsolati működést eredményezhet. Egy szenzitív kötődési személy jelenléte és a kötődési viselkedési rendszer nagyfokú rugalmassága azonban segítséget nyújthat a különböző gondozási körülményekhez való optimális alkalmazkodásban. A gyermekkel kapcsolatban álló szakemberek részéről az atipikus interakciók időben történő felismerése és befolyásolása hozzájárulhat a korai negatív tapasztalatok újraírásához és a kapcsolati nehézségek rendezéséhez.

Számos szakterület foglalkozik a kora gyermekkori kapcsolati nehézségek leírásával, olykor tévesen azonosítva a kötődési zavarok problémakörével, pedig az esetek többségében csupán a bizonytalan kötődési minőség megnyilvánulásairól beszélhetünk. A normatív bizonytalan, a dezorganizált, vagy a klinikai szinten zavart mutató kötődésre utaló jelek különböző egyéni és környezeti kockázati körülmények hatására jelenhetnek meg. A ritkán előforduló kötődési zavar jelensége kapcsán lényeges hangsúlyoznunk, hogy megállapítására ezen a területen specifikusan szakképzett – pszichiátriai, klinikai pszichológiai alapképzéssel, kötődésreleváns háttértudással – és megfelelő tapasztalattal rendelkező szakemberek vállalkozhatnak, felelős döntést hozva a diagnosizálkottás és a differenciáldiagnosztika kérdéseiben. E kompetenciák hiányában – a figyelemfelhívó jelek észlelése esetén – a megfelelő szakellátásba való irányítás támogatása szükséges, a minél korábbi életkorban történő, állapotnak megfelelő beavatkozási módok megtalálása érdekében.

A gyógypedagógiai-pszichológiai gyakorlatban dolgozó szakemberek a szenzitív, válaszkész gondozás ösztönzésével, a szülők és gyermekeik optimális egymásra hangolódásának elősegítésével hozzájárulhatnak a biztonságos kötődés kialakulásához, a támogató szociális háttér, a különféle korai prevenciók és intervenciók ellátások pedig hatékony segítséget nyújthatnak a nehézséggel küzdő családoknak, a szülők és gyermekek harmonikus fejlődési útjának bejárásában.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological story of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9781315802428>
- Balázs J. & Miklósi M. (2015). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Bodó-Varga Zs. (2019). Kötődés, mentalizáció, episztemológiai bizalom. In Bandi Sz., Bodó-Varga Zs., & Csókási K. (szerk.). *Kötődésbékötve. Tanulmányok a klinikai pszichológia, a kötődésemélet és a személyiséglélektan területeiről*. (pp. 159–187). Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. Hogart (2nd edition). Press, London.
- Brisch, K. H. (2014). *Treating attachment disorders: From theory to therapy* (2nd edition). Guilford Press, New York, London.

- Czeizel B. & Kemény G. (2015). A korai fejlesztéstől a családközpontú kora gyermekkori intervencióig: A törvényi szabályozástól az interdiszciplináris szemlélet és gyakorlat megvalósulásáig a Budapesti Korai Fejlesztő Központban. *Gyermeknevelés*, 3(2), 77–92. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2015.2.77.92>
- Danis I. (2020). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának indokoltága – egy új fókusz a kora gyermekkori intervencióban. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények*. (pp. 20–44). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (2020). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Módszerek, irányzatok, modellprogramok*. Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- DSM-5. diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve (2013) Oriold és Társai, Budapest.
- Eigner, B. (2013). A szülői stressz szerepe a korai anya-gyerek kapcsolatban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41(1), 39–55.
- Fonagy, P., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2011). *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9(1), 5–43.
- Frigyes J. & Molnár J. E. (2020). Anya-csecsemő terápia a Vadaskert Kórház Szakambulanciáján – Szemléleti és módszertani bemutatkozás. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., & Hédervári-Heller É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képességek*. (pp. 148–159). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Gergely, Gy. & Watson, J.S. (1998). Szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, 9(1), 56–105.
- Góczán-Szabó, I. & Prónay, B. (2020). Atipikus fejlődés, lelki egészség, család. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlődésméletek és empirikus eredmények*. (pp. 330–363). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Halász, A. & Jakab, K. (2020). Az Ego Klinika szemlélete, módszertana a kora gyermekkori lelki egészség támogatásában. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képességek*. (pp. 140–147). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Happ, Zs. (2019). A kötődés és a megküzdés lehetséges összefüggései: elméletek, kutatási eredmények és értelmezési lehetőségek. In Bandi, Sz., Bodó-Varga, Zs., Csókási, K. (szerk.). *Kötődésköltre. Tanulmányok a klinikai pszichológia, a kötődésmélet és a személyiséglélektan területeiről*. (pp. 135–159). Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet.
- Hámori, E. (2010). Klinikai zavarok és mentalizációs deficit – A kötődésméleti perspektíva II. *Orvosképzés*, 85(4), 374–379.
- Hámori, E. (2015). *A kötődésmélet perspektívái. A klasszikusoktól napjainkig*. Animula Kiadó, Budapest.
- Hámori, E. (2020a). *A korai kapcsolat zavarai*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Hámori, E. (2020b). Csecsemő-szülő kapcsolatdiagnosztika és konzultáció. In Danis I., Németh T., Prónay B., Góczán-Szabó I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képességek*. (pp. 122–139). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Hédervári-Heller, É. (2020). *A szülő-csecsemő konzultáció és terápia*. Animula Kiadó, Budapest.
- Kerek, J. & Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
- Ingusz, I. (1995). Az anyai tükrözés. *Café Babel*, 18 (Tükrör), 79–88.

- Lénárd, K. (1997). Néhány gondolat a gyermekbántalmazásról. In Bernáth, L., Solymosi, K., Tarcsák, G. (szerk.). *Fejlesztélektan olvasókönyv*. (pp. 237–257). Tertia Kiadó, Budapest.
- Lénárd, K. (2020). A bántalmazás és a trauma hatása a lelki egészségre. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlesztéleletek és empirikus eredmények*. (pp. 418–447). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. In Vondra, J. I., Barnett, D. (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 67–96. <https://doi.org/10.1111/1540-5834.00034>
- Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., Moran, G., Pederson, D., Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: a review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8, 89–111. <https://doi.org/10.1080/14616730600774458>
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago University Press, Chicago. 161–182.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for Identifying Infants as Disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, M.T., Chichetti, D., Cumming, E.M. (Eds.), *Attachment in the Preschool Years. Theory, Research and Intervention* (pp. 121-161). The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Németh, T., Danis, I., Nagy, I., Schneider, K.V. (2015). A csecsemő- és kisgyermekkori lelki egészség támogatásának feladatai és lehetőségei a magyar gyerekegészségügyben. *Védőnő*, 25(5), 16–26.
- Németh, T., Daritsné Rajzó É., Jánosiné Kakuk S., Prónay, B., Danis, I. (2016). A szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció tevékenységének megjelenése és integratív szemlélete a pedagógiai szakszolgálat egyes területein. A lelki egészségvédelem lehetőségei a korai időszakban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 44(2), 91–108.
- Németh, T. & Hédervári-Heller, É. (2020). Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció (ISZCSK) és terápiás kezelés kezdete és fejlődése Magyarországon. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata II. Hazai módszerek, irányzatok és képzések*. (pp. 106–121). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.
- Novák, A. & Lakatos, K. (2005). Atipikus anyai viselkedés elemzése: Az AMBIANCE kódrendszer. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 49–58.
- Révész, Gy. (2013). A gyerekek alkalmazkodási stratégiái a rossz szülői bánásmódhoz. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(1), 89–103. <https://doi.org/10.1556/mpszle.68.2013.1.7>
- Stern, D.N. (1995). *Az anyaság állapota*. Animula Kiadó, Budapest.
- Stern, D.N. (2007). *Anya születik*. Animula Kiadó, Budapest.
- Tóth, E., Regényi, E., Takács, I.K., Kasik, L. (2009). A kötődéskutatás pedagógiai vonatkozásai. *Iskolakultúra*, 10, 58–75.
- Tóth, I. (2011). Az érzelmi-társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In Danis, I., Farkas, M., Herzog, M., Szilvási, L. (szerk.). *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei. Biztos Kezdet Kötetek I.* (pp. 320–367). Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Tóth, I. (2020). Korai kötődés, társas kapcsolatok és lelki egészség – Legújabb fejlemények. In Danis, I., Németh, T., Prónay, B., Góczán-Szabó, I., Hédervári-Heller, É. (szerk.). *A kora gyermekkori lelki egészség támogatásának elmélete és gyakorlata I. Fejlesztéleletek és empirikus eredmények*. (pp. 244–268). Semmelweis Egyetem EKK Mentálhigiéné Intézet, Budapest.

- Tóth, I. & Gervai, J. (2005). A szülő-gyermek kapcsolat és a kötődési minőség vizsgálata. *Alkalmazott pszichológia* 7(4), 14-26.
- Zeanah, C. H. & Lieberman, A. (2016). Defining Relational Pathology in Early Childhood: The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0-5 Approach. *Infant Ment Health Journal*, 37(5), 509–520. <https://doi.org/10.1002/imhj.21590>
- ZERO TO THREE (2016). *DC:0-5™ Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood*. Zero to Three Press, Washington D.C. (Magyar kiadás: 2019 – *DC:0-5™ A csecsemő- és kora gyermekkori lelki egészség és fejlődés zavarainak diagnosztikai klasszifikációs rendszere*. Medicina, Budapest.)

## Attachment and relationship difficulties in early childhood

---

### ABSTRACT

*The goal of this study is to describe the role of attachment relationships, as well as the short- and long-term emotional and behavioural consequences of different attachment types. It focuses on the interactions that are typical of the mother-child relationship in the context of slips, derailments, and atypical modes of functioning under psychological and psychosocial stress of the mother. It provides an explanation for the phenomena of maternal sensitivity, reflection as well as inadequate or disharmonious manifestations of mentalization processes, which all play an important role in determining early relationship. An important part of the study is to clarify the connections and differences between the disorganized attachment type and clinical attachment disorders. It also considers possibilities for prevention and intervention of early childhood problems, emphasizing the integrated parent-infant/young child consultation method.*

**Keywords:** *early attachment, mother-child interactions, disorganized attachment, attachment disorders, early prevention and intervention, integrated parent-infant/young child consultation*

---

**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT**

**BA gyógypedagógia alapképzési szak szakirányú**

A gyógypedagógia alapképzési szak **szakirányú továbbképzés gyógypedagógia alapképzésben már oklevéllel rendelkezők számára** az alábbi szakirányokon

kínál lehetőséget újabb szakképzettség megszerzésére 2022 szeptemberétől:

- Értelmileg akadályozottak pedagógiája szakirány
- Logopédia szakirány
- Pszichopedagógia szakirány
- Szomatopedagógia szakirány
- Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány
- Hallássérültek pedagógiája szakirány
- Látássérültek pedagógiája szakirány

**A képzési idő félévekben: 3 félév, a logopédia szakirányon 4 félév!**

**Önköltség: Logopédia szakirányon 220.000 Ft/félév, a többi szakirány esetében 190.000 Ft/félév**

**Jelentkezési határidő:**

**2022. június 20. logopédia és hallássérültek pedagógiája szakirányokon**

**2022. július 08. a további szakirányok esetében**

A képzésről, jelentkezés feltételeiről bővebb információ a **barczi.elte.hu** oldalon található.

**Érdeklődni lehet:** Rada Andrea kapcsolattartó, 06 1 358-5527

Email: [tovabbkepzo@barczi.elte.hu](mailto:tovabbkepzo@barczi.elte.hu)

# FIGYELŐ

## Tisztújítás után a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete

Kedves Olvasóink!

Ahogy erről korábban, lapunk hasábjain és honlapunkon is szó volt, egy hosszúra nyúlt előkészítési folyamatot követően sikeresen lezajlott a MAGYE 2022. évi tisztújítása. Köszönet érte mindazoknak, akik segítettek ennek online lebonyolítását. Az Alapító Okirat értelmében a MAGYE elnökségét az a 23 fő alkotja, akik a legtöbb érvényes szavazattal rendelkeztek. Az elnökségen belül az ellátandó feladatokról szavazás útján született döntés. **Az Egyesület megalakulásának 50. évében az alább felsorolt kollégák nyerték el a bizalmat a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének és tagságának képviseletére.**

### MEGVÁLASZTOTT ELNÖKSÉG

2022. január 14.

Reményi Tamás	elnök
Kajáry Ildikó	főtitkár
Tóthné Schiebelhut Livia	alelnök
dr. Gombás Judit	külföldi kapcsolatok titkára
Farkasné dr. Gönczi Rita	kommunikációért felelős koordinátor
Pechan Eszter	gazdasági titkár
dr. Mile Anikó Eszter.	pályázatokért felelős koordinátor
Somorjai Ágnes	jegyző
dr. Egri Tímea	pszichopedagógia szakterületi koordinátor
Garai Szilvia	látásfogyatékoság-ügyi szakterületi koordinátor
Gáti-Bóti Mariann	logopédia szakterületi koordinátor
Hegedűs-Beleznai Csilla	felöltt fogyatékoság-ügyi koordinátor
dr. Lénárt Zoltán	szomatopedagógia szakterületi koordinátor
Metzger Balázs	szakszolgálati szakterületi koordinátor, korai fejlesztés
Ószi Tamásné	autizmus szakterületi koordinátor
Pál-Horváth Rita	hallásfogyatékoság-ügyi koordinátor
Radányi Katalin dr.	értelmileg akadályozottak pedagógiája szakterületi koordinátor
dr. Szekeres Ágota	tanulásban akadályozottak pedagógiája szakterületi koordinátor, GYOSZE-kapcsolattartó, felsőoktatási fórum koordinátor
Zahorányszky Mária	súlyosan-halmozottan fogyatékosok szakterületi koordinátor
Herbainé Szekeres Erika	tag
Megyesi Istvánné	tag
Mucsiné Erdei Mónika	tag
Schäffer István	tag

## MEGVÁLASZTOTT FELÜGYELŐ BIZOTTSÁG

Angyal Réka	tag
Hajnal Ferenc	elnök
dr. Reith Georgina	tag

\*\*\*\*\*

**A tisztújítás eredményének hivatalos közzététele 2021. december 17-én online formában történt, ahol Gereben Ferencné dr., a MAGYE leköszönő elnöke az alábbi beszédet mondta el.**

„Tisztelt Kollégák, Kedves megválasztott elnökségi tagok!

Szeretettel köszöntöm a Közgyűlés résztvevőit, az újjáalakuló Elnökség és az Egyesület valamennyi jelenléti és távollevő Tagját!

Hosszú és rögös út van mögöttünk, hogy eljutottunk a mai közgyűlésig. A pandémia erősen szétzilálta mindazt, amit korábban terveztünk, korlátozta személyes találkozásainkat, más irányban, de erősen lekötötte energiáinkat. Azt gondolom, ezt nem kell külön magyarázni senkinek. Honlapunk és Facebook felületünk időszakosan lelkesítő sorai talán nyújtottak némi támogatást a megnehezült helyzetben. Önmagunkat is némileg takarékra kellett csavarni, hogy civil tevékenységünket a mindennapi kihívásokkal összeegyeztessük. *Nem hiszem, hogy a köznevelésnek volt nehezebben ellátható feladata, mint online korai fejlesztés, online súlyosan balmozgottan sérült tanulók ellátása, online beszédhibajavítás, online látássérültek oktatása, online hallássérültek oktatása* – a többit nem említem. Köszönet a helytállásért minden gyógypedagógus kollégának!

És nem utolsó sorban a fentiekén túl köszönet azoknak, akik az elmúlt ciklusban tisztségviselőként részesei voltak a MAGYE életének, szakmaiságunk képviselőinek. Voltak, akik érthetően elfáradtak, kiléptek, akiket nehezen tudtunk pótolni, de voltak, vannak, akik újult erővel vállalkoztak a folytatásra. Köszönet Mindannyiótoknak és üdvözlöt az új tagoknak, fiataloknak, akik most belépnek a MAGYE elnökség kötelékébe. Örülünk a vállalásuknak, és azt kívánjuk, hogy legyenek kohászaik a környezetükben szakmájuknak a MAGYE képviselőiben. Ez külön feladat az ember életében, de érdemes csinálni – szerintem! Ez nem magunkról, hanem másokról szól!

A csapatból szeretném külön kiemelni Kajáry Ildikót, vezetőtársamat, volt főütkárunkat, akinél jobb társat egy elnök számára nem lehetett volna találni és kitalálni. Ildikóval személyes ismeretséget nélkülözve sodródtunk egymás mellé. És azt kell mondanom, hogy rugalmasságánál, nagyvonalúságánál csak az elkötelezettsége volt nagyobb, hogy a közoktatás változásainak közepette saját intézményvezetői feladatai mellett segítette a MAGYE szekerét előrehaladni.

És Ildikó mellett köszönetet szeretnék mondani Reményi Tamásnak, külügyi titkárunknak, aki nyelvi képességeit és szakmai elkötelezettségét mozgósítva fáradhatatlanul hajtotta, hogy a továbbiakban *a MAGYE, mint a Nemzetközi Gyógypedagógiai Társaság, az IGHb (Internationale*



Gesellschaft heilpaedagogische Berufsverbaende) *tagja* szerepelhet a nemzetközi szervezetek között. Javasolom, hogy a továbbiakban a MAGYE *ezt a kettős elnevezést használja hivatalosan*, hogy ez mindenki számára (levelezéskor, dokumentációkon, meghívókon, szakmai anyagokon) nyilvánvaló legyen a nemzetközileg kitarult világban.

Szeretném továbbá megköszönni anyaintézményünknek, a Bárczinak a támogatását, hogy a közreműködésünk alatt zajló ciklus idején:

- szerződés alapján anyagilag támogatja a GYOSZE megjelenését, ami nem kis vállalkozása az egyesületnek,
- hogy helyet biztosít rendezvényeinknek, ha szükséges,
- hogy kollegiális segítséget nyújt jogi kérdésekben, mint pl. az Alapító Okirat legutóbbi módosítása dr. Bíró Endre közreműködésével, vagy támogatási szerződés ügyében dr. Maléth Anett közreműködésével,
- hogy a Damjanich utcai épületben az ELTE-kapcsolat mozgósításán keresztül elősegítette a MAGYE iratok elhelyezését.

Nem mindenkinek van saját élménye arról, hogy bizony indulásunk nehéz volt: a MAGYE anyagilag, szervezetenként megbillent a korábbi stabilitása után, amikor Mezeiné dr. Isépy Mária és Révay Gyuri bácsi tevékenysége után nem volt könnyű az utódlást biztosítani. Én is így kerültem ebbe a helyzetbe, ahol korábban logopédiai szakosztályvezetői, majd később főitkari szereppel indultam akkori elnökünk, Tóth Egon kollégánk mellett. Számomra ez a múlt jó 15 évet jelent több évtizedes szakmai pályám részeként úgy, hogy a MAGYE megalakulása, 1972 óta vagyok az Egyesület tagja. Ezt a szerepet fogom a továbbiakban betölteni és GYOSZE szerkesztőbizottsági tagjaként segíteni a MAGYE munkáját.

Nem könnyű megvonni a mérleget, hosszúra is nyúlna, de néhány dolgot szeretnék kiemelni, amit fontosnak érzek elmondani.

*Ma már olyan Jeles Napok vesznek körül bennünket, amelyeknek komoly szerepük van, kell, hogy legyen egy szakmai egyesület életében. Ezekre a továbbiakban is nagyon oda kell figyelni:*

1) **2022. február 12.** – *hamarosan elérkezik a MAGYE 50. születésnapja, ami anno Miskolcon történt (1972.II.12). Javasolom az új Elnökségnek, hogy legyen ekkortájt egy nyílt elnökségi ülés és műhelykonferencia ebből az alkalomból, amire esetleg online részvétellel az IGBB részéről is meg lehetne hívni külföldi kollégát előadás tartására. De ez csak egy ötlet, a téma kímunkálendő!*

2) *További jeles napok évenként:*

- **március 6., a logopédia európai napja** – CPLOP és LALP kezdeményezés,
- **április 13. A gyógypedagógia nemzetközi napja** – IGBB kezdeményezés,
- **és december 3. A fogyatékossgal élő személyek világnapja** - ENSZ kezdeményezés (2017.XII.1) Tyssen-nyilatkozat letöltető és felkerülbetne a honlapra.

Ezek olyan sarokpontok, amelyekkel meg lehet mozgatni a tagságot. Látnunk kell ugyanis, hogy a MAGYE szerepe, jelenléte az ország szakmai közéletében ma már egészen más, mint megalakuláskor volt. Akkor 1587-en írták alá az Egyesület alapítására vonatkozó kérelmet, amit dr. Göllesz Viktor indított el kezdeményező társai, Sziklay Béla, Gordosné dr. Szabó Anna, dr. Méhes József, Révay György és Illyésné dr. Kozmutza Flóra jóvoltából. A rendszerváltozást követően érthető módon sorra alakultak szakmai szervezetek, egyesületek, színesedett a paletta, és az Egyesületnek ebben a világban kellett a helyét újra megtalálni. Ezért is fontos szem előtt

tartani, hogy tevékenységünk a „*Csak együtt vagyunk erősek!*” gondolat köré szerveződik, ami mottónak is tekinthető. *A MAGYE az egyetlen olyan szakmai szervezet a fogyatékossgal élők és környezetük problémáinak átlátásában, amelyik szakosztályainak jóvoltából a teljes népesség képviseletét, az életkori és szolgáltatási vertikumot lefedi.* A döntéshozók, a köznevelés és a szociális szféra szintjén a konszenzus alapján született döntéshozatalnál ezt a teljességet preferálják, ami természetesen nem zárja ki speciális szakmai (rész)kérdések áttekintését. Mi ennek a mentén, ennek a gondolatnak a jegyében dolgoztunk az elmúlt időszakban. Útravalóként, a tapasztalatok alapján, ezért is tartom fontosnak hangsúlyozni, hogy *az elnökségi tagság-szerep MAGYE-összképriselési szerepet jelent,* eltekintve kinek-kinek a speciális szakterületi érintettségétől. Ezt nem mindig könnyű összeegyeztetni, de nem lehetetlen! Számomra ez talán azért volt viszonylag egyszerű, mert azok közé tartozom, akik az általános gyógypedagógus-képzésből, annak utolsó ilyen évfolyamaként, az akkori egyetlen képzőintézményből léptek a pályára, akiknek „egyben” volt a gyógypedagógia. Ezt követte aztán „reformképzés” elnevezéssel 1963-tól a szakos képzés (ld. Réthyné, 2021) elindulása és az állandósult reformok és képzésmegújítások tömege! Ma már társintézmények vannak a pályán. Ez a helyzet anyaintézményünk, a Bárczi számára folyamatos kihívást jelent, a MAGYE számára azonban másképpen jelenik meg: azért fontos, mert növelheti az egyesületi tagok (a tagdíjból származó bevételek) és a GYOSZE olvasóinak a számát. Másfajta megfogalmazás alapján azt valljuk: *együtt vagyunk a pályán, a problémáink közösök!* A tagság növekedése pedig az Egyesület forrásainak növekedését, a szakmaiság szélesebb körű országos kiterjesztését jelenti. Evvel ugyanis nem állunk igazán jól, mert látni kell, hogy vannak országrészek, amelyek leszakadtak, az intézmények együttműködése az Egyesülettel az évek során erősen korlátozódott. A járvány azonban megtanított arra, hogy hibrid formában, az online jelenlét lehetőségét felhasználva többeket lehet mozgósítani, mintha csak a jelenlétre építünk. A technika előnyeit ki kell használni a határon túli területek, külföld felé is.

Kedves Kollégák!

Ha az elnöki leköszönést swot analízisnek is tekintem, azt kell mondanom, hogy a mérleg vegyes.

Konferenciáinkon tematikusan kezeltük a gyógypedagógiát feszítő kérdéseket: érdemes a honlapunkon ezeket újraolvasni és áttekinteni. Talán lesz egyszer egy szakdolgozó, aki elemezni fogja ezt a gazdag tartalmú felsorolást. Konferenciabeszámolóinkat a GYOSZE folyamatosan rögzítette, jól látható a szakmai kérdések áttekintésének gazdag tárháza. Emellett két online kötetet jelentettünk meg, amelyek szintén elérhetőek.

A MAGYE olyan egyesületté vált, amelyik 12 szakosztályban tevékenykedik, és a szakosztályoknak jelentős a szakmai-közéleti szerepe, jelentős a közéleti szerepe. Elkezdtük, de nem tudtuk teljessé tenni a szakosztályi elnökségek létrehozását. Ez azért fontos, hogy a szakosztályvezető ne egyedül szembesüljön szakterülete problémáival, kérdéseivel, legyenek, akikkel közösen gondolkodik. Bizonyos esetekben ez nagyon jól bevált, de van, ahol ez hiányzik. Szakosztályvezetői tisztségek is maradtak betöltetlenül, ami nem tartható a továbbiakban.

Szervezett partneri kapcsolatot építettünk ki a döntéshozókkal, résztvevői vagyunk döntésselőkészítő, -megvitató folyamatoknak. Ezt a kapcsolati hálót azonban tovább kell építeni.

Elkezdtük, de megszakadt a műhelykonferenciák sora, ebben a járvány okozta megnehezült körülmények és az energiavesztés egyaránt szerepet játszott. Voltak olyan terveink, hogy

áttekintjük intézmények szintjén a magatartászavarok kérdéskörét és evvel kapcsolatban stratégiát készítünk, terveztük, hogy feldolgozzuk a pandémia okozta nehézségeket – ezek mind az elmaradások számlájára írandók. De azt is látni kell, hogy ehhez aktív egyesületi tevékenységre van szükség mindenki részéről. A MAGYE szakmai-társadalmi-közéleti szerepe nem merülhet ki az éves konferenciákban. A fogyatékosügy ösztársadalmi kérdés, és ebben egy szakmai civil szervezetnek nagy a felelőssége.

Részemről továbbra is fennáll a lehetősége annak, hogy konkrét ügyekben segítsen az Elnökség munkáját, ha szükséges. Köszönöm az eddigi bizalmat és valamennyiőtöknek sikeres alkotómunkát kívánok ebben az önként vállalt szerepben. Békés, örömteli ünnepeket és vírusmentes, egészségben eltöltött, sikeres újesztendőt!”

## A BESZÉDBEN HIVATKOZOTT FORRÁSOK:

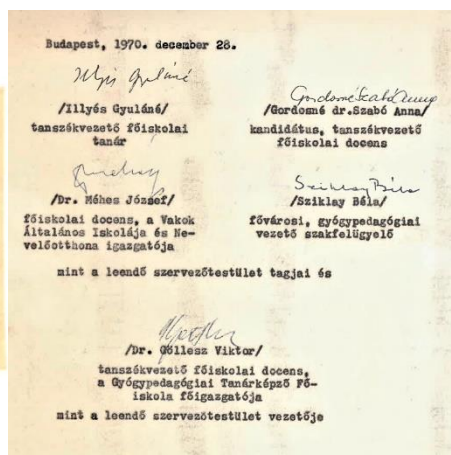
Gereben F.-né, Rosta K. & Kajáry I. (2012). 40 éves a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete. Előszó. *Gyógypedagógiai Szemle*, 40(2), p. 81–82.

Réthy E-né (2020). *Néhány adalék a gyógypedagógusképzés történetéhez 1963-67*. Palatia, Győr.

Népszabadság 1972 február 13



1. kép. Népszabadság 1972.február 13. (Forrás: MAGYE archívum).



2. kép Alíráások (Forrás: MAGYE ararchívum).

Az újjáalakult elnökség a **MAGYE megalakulására emlékezve** 2022. február 11-ére nyílt **elnökségi ülést tervezett** a Vakok Állami Intézetének Nádor termében, amelyet a járvány felerősödése és megbetegedések miatt sajnálatosan el kellett halasztani. **Ennek új időpontja 2022. március 30. szerda 14 óra.** Erről további tájékoztatás a honlapon és Facebook oldalunkon lesz elérhető, hasonlóan a MAGYE félévsszázados megalakulásáról.



1. kép. Szavazás. (Forrás: MAGYE archívum).



2. kép. dr. Göllesz Viktor az alakuló ülésen.  
(Forrás: MAGYE archívum).

Jelezzük továbbá, hogy április 13-án, a Gyógypedagógia Nemzetközi Napján Műhelykonferenciát tervezünk, amelyről szintén honlapunkon és Facebook oldalunkon lehet tájékozódni. Reméljük, hogy **ezévben – két év kimaradás után – sor kerül hagyományos konferenciánkra a korábban tervezett miskolci helyszínen: 2022. június 29. (szerda), június 30. (csütörtök) és július 1. (pénteki) napokon**, tekintettel a tanévzárásra és a felsőoktatás vizsgafeladataira.

Gereben Ferencné dr.

# KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

MESTERHÁZI ZSUZSA – SZEKERES ÁGOTA (SZERK.)

## **A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése. Egyetemi tankönyv a Gyógypedagógia szak Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirány számára. 2., javított kiadás.**

Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest, 2021.

A recenzióknak adott cím természetesen már foglalt, a kortárs magyar irodalom egyik legmeghatározóbb könyve viseli. Az évtizedes, szokásosan aprólékos és gondos munkával megírt nagy apa-, család- és korszakregény, a *Harmonia Caelestis* 1999-es befejezését követően jut Esterházy Péter tudomására, hogy arisztokrata származású édesapját, akinek alakja, cselekedetei és beszédmegnyilvánulásai köré épül az egész hatalmas szövegfolyam, annak idején beszervezte a kommunista titkosszolgálat és tulajdonképpen egész aktív életén keresztül ügynökként dolgozva adott rendszeresen jelentéseket családtagjairól, barátairól, ismerőseiről. Érvényét veszíti minden, revideálni kell ars poeticát, koncepciót, mondatokat és szavakat, s megjelentetni 2002-ben a *Javított kiadást*, melynek fényében teljesen más fénytörésbe kerül a korszakos nagy mű s voltaképpen az egész addigi életmű is. Innentől kezdve nem lehet már

úgy beszélni, úgy írni, mint korábban, s nem lehet már az alaplövet úgy olvasni sem, mintha nem rendezne át mindent a javítás kényszerének megkerülhetetlen és kegyetlen, önemésztő és önkínzó folyamata, ide értve írást és olvasást, író és olvasót egyaránt.

Erről, vagy legalábbis hasonlóról van-e szó akkor, amikor az elmúlt év végén, 2021 telén – végre, hosszas várakozás után – megjelenik Mesterházi Zsuzsa és Szekeres Ágota alapvető szakkönyvének, *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése* című munkának a 2., javított kiadása?



Véleményem szerint semmiképpen, a kiadó által adott megjelölés túlzó, túlhangsúlyozza a változ(tat)ások mértékét. Az ugyanis természetes, hogy a következő nyomdába kerülés előtt a szerkesztőkben és a szerzőkben felmerül a minden alaposág mellett és ellenére a szövegben maradt nyelvi és nyelvhelyességi pontatlanságok, elírások, gépelési hibák javításának igénye. Ismerjük ezt az érzést valamennyien, ekkora terjedelem, több mint hatszáz oldalas szöveg esetében mindig „bent marad” valami, a még friss nyomdaszöveget árasztó példányt kézbe véve és olvasva is előbb-utóbb szembe tűnik egy-egy javítanivaló, százszori figyelmes átolvasás és olvasószerkesztői gondosság ellenére is ott maradt elírás, hiányzó betű, adat, pontatlanság. Minden egyes új kiadás javítási lehetőség tehát, most is bizonyosan sok szöveghelyen „javult” az eleve magas színvonalon gondozott előző állapot, de a folyamatnak sajnos sosem lesz vége, még ebben a mostani változatban is előbukkan itt-ott egy-egy tévesen maradt név, intézményi elnevezés, fejezetszámozás vagy bibliográfiai hivatkozás, amit jelölni fog a piros ceruza, s így esélyt ad a következő, „még javítottabb” változatnak a soha el nem érhető tökéletességhez való további közeledésre, a már most ritka magas szintű szövegállapot szintjének további emelésére. Ebből a szempontból túlzó tehát a Javított kiadás kitétel, s túlzó abból a szempontból is, amit a két szerkesztő az előszóban indokként említ, nevezetesen hogy az időközben a köznevelési rendszerben, s annak is elsősorban a jogi szabályozásában az eltelt két évben bekövetkezett változások indokolnák a „javításokat”. Nos, ezek így az én olvasatomban egyáltalán nem javítások, legfeljebb aktualizálások. Mindannyian, akik kényszerű részesei voltunk az elmúlt parlamenti ciklusok oktatáspolitikájának, a rendszer növekvő centralizációjának, a stratégiának nevezett ötletek felbukkanásának majd eltűnésének, a legfontosabb szabályozó dokumentumok keletkezéstörténetének és a szakmai-társadalmi egyeztetések kiüresedésének, jól tudjuk, hogy az ezekhez történő harmonizációra nem a „javítás” kifejezés használata a pontos kifejezés, ekkora rendszerek nem viselnek el ilyen gyors egymásutánban folyamatos igazításokat majd azok jóvátételi kísérleteit anélkül, hogy az általuk közvetített társadalmi értékek és célkitűzések ne válnának kiszolgáltatottá rövid távú politikai érdekeknek. Különösen a könyv második, Társadalmi válaszok című nagy fejezete számos helyen és vonatkozásban feszegeti a jogok deklaráltága és azok érvényesülése közötti dilemmákat, diszkrpanciákat (154), ezek fényében a szövegnek a töméntelen jogszabályi változáshoz történő igazítását inkább az értéksemleges „aktualizálás”, mintsem az értéktelített „javítás” kifejezéssel illetem volna a második kiadás megjelölésénél.

Tulajdonképpen szomorú, hogy egy meghatározó egyetemi tankönyvet két év alatt számos tekintetben módosítani kell ebből a szempontból, hogy egy alapszakos gyógypedagógus-hallgatónak mindösszesen négy éves képzése végéhez közeledve revidálnia kell a választott szakterülete szabályozásával kapcsolatos alapismereteit, hogy tartós, biztonságos kontinuitás helyett a folyamatos átszervezésekre, nem kellőképpen előkészített és egyeztetett rendszerszintű változtatásokra kell felkészülnie, s hogy egy meghatározó egyetemi tankönyv szerkesztőinek és szerzőinek azzal kell számolniuk, hogy a következő kiadások során további jelentős átdolgozási, aktualizálási kényszernek lehetnek, lesznek kitéve, a könyv mindenkori érvényessége csak ebben az esetben lesz biztosítható. Ha nem adatik meg a számukra a kiszámíthatóbb, tartósabb jogszabályi és intézményi környezet, akkor lehet, hogy egy alapkönyv ezen vonatkozásait valamilyen, a klasszikus nyomtatott formánál könnyebben, gyorsabban és gazdaságosabban változtatható elektronikus formában – CD-mellékletben, internetes adatbázisban – lesz érdemes

a jövőben hozzáférhetővé tenniük és a könyvhöz csatolniuk, hogy a módosulások folyamatosan nyomon követhetők legyenek és az olvasó mindig az éppen aktuális bázison értelmezhesse és dolgozhassa fel a közvetített elméleti és gyakorlati tudásanyagot. (Természetesen és nagy munkával aktualizálásra került az egyes fejezetekben hivatkozott szakirodalom is, frissült és bővült a kötet végén közölt bibliográfia.)

Nem túlságosan gyakori eset, hogy a gyógypedagógia valamely szakterülete átfogó kötetben jeleníti meg aktuális elméleti bázisát és gyakorlatának részleteit. (Az utolsó ilyen talán a látássérültek pedagógiája és rehabilitációja területét ismertető jegyzet átdolgozott változata volt Pajor Emese tollából, hiszen egy-egy diszciplína ismeretrendszerének komplexitását időtálló módon felmutatni akarni óriási vállalkozás, nagy kísérlet.) A tanulásban akadályozottak pedagógiájának területén 1998-ban jelent meg Mesterházi Zsuzsának ilyen igényű munkája, s a 2019-es azonos című kötet jól mutatja, mi minden változott két évtized alatt keretek, műfaj, szerzői szándék és kompetencia tekintetében. Ez a könyv tulajdonképpen tudatosan vállalt szemléletváltást, alkotói és tudományművelői hitvallást tükröz: a Bárczi-tanítványok nagy nemzedékéhez tartozók (voltak) talán az utolsók, akik egészében voltak még képesek szemlélni és értelmezni a gyógypedagógiát, akik a Tóth Zoltán-i egységes képzésükkel a háttérben az egyre inkább specializálódó konkrét diszciplínákon túl is ráláttak/ráláttnak az általános összefüggésekre, ahogyan azt Mesterházi Zsuzsa példája is illusztrálja a Gyógypedagógus-történetek első interjúkötetének Bánfalvy Csabával és Szauder Erikkal folytatott beszélgetésében. Az ezredforduló előtt ő is önállóan közli még szakterületének átfogó ismereteit, de aztán eltelik két évtized, s a korábbi gyakorló gyógypedagógus, intézmény- majd tanszékvezető és főigazgató szakmai és tudományos profiljában végérvényesen az iskolateremtő személyiség, a mester-tanítvány kapcsolatokra mind nagyobb hangsúlyt helyező tudós tanár vonásai lesznek a meghatározóak. A mostani kötet továbbbépítésének szerves részeit képezik – mint erre gondos lábjegyzetek rendre fel is hívják a figyelmünket – az időközben megjelent saját tanulmányok, kutatási eredmények, egyéb publikációk is (66; 243; 261), de a kör még tovább, egyre bővül, társszerkesztőként megjelenik a szakírányt korábban és az intézetet jelenleg is vezető Szekeres Ágota, s mellette mindösszesen még huszonegy tanítvány, pályatárs, elméleti és/vagy gyakorlati szaktekinetly, akár már – többgenerációs láncolatot képezve – a tanítványok tanítványai is. Így áll össze a színes szerzői kör, mint a professzor asszony által több hazai és nemzetközi konferencián előszeretettel idézett Örkény-egyperces paprikakoszorújának tagjai (267), kifejezve a füzér eszméjét, nevezetesen, hogy az sokkal, minőségileg több, mint a részek összessége, hiszen egy komplex területet ma már szakmai közösségek, s nem egyének képesek a lehető legpontosabban körvonalazni és jellemezni. Demonstrálja ez az alapállás azt a személyi folytonosságot és egymásból/egymásra építkezést, azt a szakmai nézetkülönbségeken túli értékvállastást és kontinuitástudatot, amit Illyés Sándor a magyar gyógypedagógia kikezdetetlen erőforrásaként jellemez *A gyógypedagógiai tradíció* című esszéjében.

Azokba az alapozó jellegű nagy fejezetekbe tehát, melyek a legszorosabb kapcsolatban állnak az 1998-as kötet alapvetésével és tematikájával, az új könyv szövegtörzsének is jelentős többségét jegyző első szerző mondatai, bekezdései és alfejezetei mellé és közé rendre beépülnek az egy-egy társszerző által közvetített speciális tudástartalmak, naprakész hazai és nemzetközi kutatási eredmények, gyakorlati tapasztalatok. Az *Életkérdések, tudományos kérdések* címet viselő első nagy gondolati egységben Mlinkó Renáta, Szekeres Ágota, Gereben Ferencné, Farkasné

Gönczi Rita, Sósne Pintye Mária jegyzik azokat az alfejezeteket, melyek aktualizálják és tovább árnyalják a képet a tanulási nehézségek típusaival és fokozataival kapcsolatban, szélesítik a horizontot az intelligencia, az atipikus fejlődés, a tanulási gyengeség/zavar/akadályozottság összefüggéseiben. A korábban meghatározó német nyelvű orientációt tudatosan egészíti ki a mára – örvendetesen vagy sajnos, ki-ki döntse el maga – lassan egyeduralkodóvá vált angol nyelvű szakirodalom felé történő kitekintés. Paradigmaváltásként tekint a kötet és ez a fejezet a nevelési szükséglet alapú megközelítésre, kifejezve ezzel a kortárs gyógypedagógia-tudomány alapvető elkötelezettségét a korábbi képesség-/deficitorientált hozzáállással szemben. Olyan alapfogalmak és -koncepciók kerülnek itt tisztázásra, mint például a tanulási zavar (70), a fogyatékoság és a WHO-klasszifikáció (91) vagy a sajátos nevelési igény (109), melyek az „atipikus vonásokat mutató emberrel” foglalkozó összes tudományág, köztük az egész gyógypedagógiai elméletalkotás és praxis számára meghatározó jelentőségűek, s melyekkel a háttérben kanyarodik rendre a szöveg a tanulási akadályozottságot érintő, a tanulásban akadályozottak pedagógiája számára releváns, speciális tudástartalmak felé.

A következő fejezetek tulajdonképpen lehetséges orientációs pontokat keresnek, válaszkísérleteket járnak körül a felvetett alapkérdésekre. A *Társadalmi válaszok* című részben a bevezető gazdag történeti áttekintés után igen részletes és problémaérzékeny jellemzést kapunk napjaink eltérő tantervű általános iskolájáról és annak működéséről. A Jenei Andrea által jegyzett részekből sugárzik a problémaérzékenység és a rengeteg tapasztalat, ami – kiegészülve a Szabó Ákosné, Horváth Péter, Mile Anikó és Kiss László által írt további alfejezetekkel a kollégiumi nevelésről, a szakszolgáltatokról és a szakképzésről – az olvasók számára élő közelségbe hozza ezt a közeget.

Az olvasók számára, írom tehát, akiknek nagy része a Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányt választó gyógypedagógus-hallgató: egészen eddig nem hívtam fel rá a figyelmet, hogy ez a könyv tudatosan vállalja a tankönyv műfajt, azon kívül tehát, hogy szaktudósoknak, tapasztalt gyakorló szakembereknek, társdiszciplínák és -területek képviselőinek is releváns információkat közvetít, elsősorban a szakemberképzést kívánja szolgálni: hús-vér esetekkel (31), a gyakorló gyógypedagógus, sőt: a gyógypedagógus-hallgató praxisából származó példákkal illusztrál élethelyzeteket és tudományos terminusokat (318), gondos apparátussal, lábjegyzetekkel, tudatos tipográfiával és tördeléssel segíti a követhetőséget és a megértést, külön kiemeli az egyes témakörök feldolgozásának szempontjait (227), ellenőrző kérdéseket fogalmaz meg, összegzéseket közöl (156), mindvégig hangsúlyozza a centrális megközelítést, az alapozó jelleget, a pontos és korrekt szaknyelv használatának jelentőségét, a praxisorientáltságot, a folyamatok operacionalizálásának fontosságát. Szemléletes illusztrációkkal segíti a megértést (262-től), érzékletes példákat ad (300), minden egyes bekezdésével a szakterülettel ismerkedő leendő szakember tudását és kompetenciáit igyekszik bővíteni.

Természetesen mindvégig reflektálják a 2. fejezet egyes alfejezetei a tanulási akadályozottság társadalmi meghatározottságának kérdéseit is. Ugyanakkor arányában és jelentőségében kissé alulpozicionálnak tűnik az iskolai szelekcióval foglalkozó rész (139), hiszen tudjuk, hogy a magyar iskolarendszerben nemzetközi összehasonlításban igen erősek, túlságosan erősek ezek a hatások, s ezt a hivatkozott majd' másfél évtizedes vizsgálatok (150) óta újabb kutatások is rendre alátámasztják sajnos. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a hazai köznevelési rendszerben milyen erősek a területi egyenlőtlenségek (156), mennyire gyengítik a törvényekben deklarált



esélyegyenlőséget az ellátási egyenlőtlenségek (185), milyen nagy a származás, a szegénység, a hátrány szerepe, milyen erős a korreláció a gyermek iskolai sikeressége és családja szocioökonómiai státusa között (186). Mindez sok esetben kihat az olyan diagnosztikus kategóriák határainak tisztaságára és megbízhatóságára, mint az SNI és a BTMN, s ma még felbecsülni sem tudjuk, hiszen éppen csak elkezdődtek az első erre vonatkozó vizsgálatok, hogy az elmúlt két-három év társadalmi-iskolaügyi történései, a világiárvány és a karantén hatásai, a megfelelő tárgyi háttér és módszertani előkészítés nélkül hirtelen online-térbe kényszerült oktatás mennyit erősített ezeken az egyenlőtlenségeken.

Egészen eddig úgy tűnhetett, hogy ez a tankönyv – mint az alcíme is mutatja – kitűnő hátteret biztosít a Gyógypedagógia alapszak Tanulásban akadályozottak pedagógiája szakirányát választó hallgatók számára, s csak nekik szól. Nos, ez nem így van, minden más szakirány hallgatói és oktatói is alpműként tekinthetnek rá, s számos olyan vonatkozást, ismeretet találhatnak benne, melyre bizvást építhetnek saját szakirányuk elméleti és gyakorlati ismereteinek elsajátítása során. Nem csak azért, mert az 520 oldalnyi főszöveg mögött igen tág általános műveltség, igazi európai szellemi háttér húzódik, humanisztikus műveltség és értékorientáció sugárzik (Canettitől Anne Frankon keresztül Németh Lászlóig és sok más meghatározó íróig, történelmi személyiségig, gondolkodóig húzódik a felvázolt szellemi horizont). Azért is, mert a tanulásban akadályozottak pedagógiájának egyes kérdésköreit, fő témaköreit (226) minden esetben és minden vonatkozásban egészen tág tudományos és szakpedagógiai kerettel a háttérben helyezi el és értelmezi, s ezek a – terjedelmileg az egész szövegtörzs több mint kétharmadát kitevő – részek alapul szolgálnak általában a gyógypedagógia tudományának elsajátításához.

Itt van rögtön a 3. fejezet, ami az általános gyógypedagógia alapkérdéseinek szintjéről indulva tisztázza a gyógypedagógia és neveléstudomány kapcsolatát s jelöli ki tudomány-rendszeri szempontból a tanulásban akadályozottak pedagógiájának helyét a speciális pedagógiák rendszerében, Mesterházi Zsuzsa jól ismert definíciójával a háttérben, miszerint a gyógypedagógia „nevelési, terápiás és rehabilitációs dominanciájú komplex embertudomány, melynek interdiszciplináris kapcsolatrendszere folyamatosan fejlődik” (222). Ugyanígy általános, a gyógypedagógus-képzés alapozó szakaszába, közös képzési sávjába illeszkedő, minden későbbi szakirányos tartalom számára forrásértékűek a gyógypedagógiai nevelési folyamat jellemzőiről szóló részek, az iskolai nevelés tartalmi szabályozásáról közölt jellemzők (Virányi Anita), a képességek rendszerének, s ebben kiemelten a tanulásiképesség-rendszernek a bemutatása, a tanítási-tanulási folyamat alapstruktúráinak ismertetése, melyek során végig ott húzódik a háttérben a Nagy József-féle szegedi neveléstudományi iskola korábbi és mai képviselőinek hatása. Bármelyik, minden gyógypedagógiai szakirány hallgatóinak alapvetésül szolgálnak e nagy egység további alfejezetei, melyek most már az egyes konkrét képességek fejlesztésének, nevelésének lehetőségeit írják le, kezdve a kognitív képességektől (Mesterházi Zsuzsa), a kommunikációs és a szociális képességeken (Papp Gabriella, Szabó Ákosné), az érzelmi intelligencián (Szekeres Ágota) és a motoros képességeken át (Virányi Anita, Macher Mónika), egészen az olyan speciális területekig, mint a kreatív és művészi képességek (Kaibinger Pál, Tamás Katalin), vagy az orientációs képességek (F. Fenyvesi Margit).

A *tanulási folyamat megismerése és támogatása* címet viselő 4. fejezet ismét olyan, melyben az általános, s így mindenki számára fontos alapvetésekből bomlanak ki a tanulási nehézségekre, a tanulásban akadályozottságra vonatkozó speciális tartalmak. Minden leendő gyógypedagógus

számára fontos megismerkedni a pedagógiai diagnosztika, az állapotfelismerés kereteivel (F. Fenyvesi Margit), a motiváció kulcsfogalmaival (Szenczi Beáta), a fejlesztés és a terápia összefüggéseivel és a differenciált tanítás módszertani lehetőségeivel (Szekeres Ágota). A korábbi tankönyvekhez képest modern és a jövőbe mutató elem az infokommunikációs technológiák alapos és részletes bemutatása Virányi Anita tollából, s különösen a mai, az online oktatás kereteibe kényszerült helyzetben nem lehet eléggé hangsúlyozni annak jelentőségét, hogy a gyógypedagógiai oktatás-nevelés megtalálja a jó arányt a járványhelyzet elmúltával is a hagyományos és a digitális didaktikai eszközök használata között.

A fejezet második felében olyan alfejezetek sorjázna egymás után, melyek meghatározó gyakorló kolléganők és kollégák – és: gyakorlatvezető, vagyis a szakemberképzésben szerepben részt vevő kolléganők és kollégák – perspektívájából, sok éves tapasztalatukkal a háttérben mutatják be a szakterület jelenleg meghatározó oktatásfejlesztési innovációkat, iskolai pedagógiai kísérleteket, melyek eredményessége meghatározza majd a mostani gyermekek és fiatalok későbbi társadalmi participációját, életminőségét és jóllétét. Nem lehet a 21. században túlértékelni az idegennyelv-tanulás vagy a digitális tananyagok szerepét, a tehetséggondozás fontosságát (Hosszu Tímea, B. Csorba Margit, Táskai Erzsébet, Szili Katalin, K. Zóka Tünde).

A következő, *5. fejezet* ismét értékválasztást, tudatos elköteleződést fejez ki, jelesül az együttnevelés, az integrált oktatás eszméje és gyakorlata mellett. Papp Gabriella, Mile Anikó és Szekeres Ágota minden eddigi publikációja, egész eddigi munkássága a többségi iskolai integráció, sőt, az inkluzív oktatás lehetőségeit keresi, a történeti előzmények, a kutatási eredmények és a nemzetközi vonatkozások feltárásától kezdve, a jogi és szervezeti keretek vizsgálatán át, egészen a megvalósítandó pedagógiai környezet sajátosságainak leírásáig, a gyógypedagógus és a többségi pedagógus módszertani eszközeinek, kooperációjának lehetőségeiig.

Miközben a könyv változatlanul hagyott címe mintha (csak) a gyermekkorra és az iskolai nevelésre fókuszálva jelölné ki a tanulásban akadályozottak pedagógiájának illetékességi körét, a jelenlegi kötet szerkesztői jól tudják, hogy a borítón a hátulról fényképezett, töprengve valahová a messzeségbe tekintő kislány – még az is lehet, hogy Marcinak hívják (31) – fel fog nőni egyszer, s mindaz, ami tanköteles korában az iskolában történt vele, mindaz, amivel az iskola képességben, kompetenciában és tudásban felvértezte, ott fog jelentőséget kapni, amikor felnőttként kell helytállnia életvezetésben, önrendelkezésben, társadalmi beilleszkedésben, munkaerőpiacon. Nem lehet hát túlhangsúlyozni a *6. fejezet*, a felnőttkorra történő kitekintés jelentőségét, annak tudatos és erőteljes demonstrálását, hogy – miközben maga a „pedagógia” szó persze eredeti jelentésében a gyermekekkel való foglalkozásra utal – a gyógypedagógiai megsegítés és kísérés régóta nem korlátozódik a tanköteles kor előtti és alatti életszakaszokra, hogy a nevelés és a terápia mellett ott van egyenrangú elemként a rehabilitáció, s hogy a gyógypedagógus-képzés tartalmi között örvendetes módon egyre nagyobb a felnőttkorra, akár az időskorra vonatkozó ismeretek súlya és aránya. Ebben a fő részben a terület meghatározó hazai képviselői, Regényi Enikő, Cserti-Szauer Csilla és Szabó Ákosné az ENSZ-egyezményben képviselt emberi jogi modellel a háttérben foglalják össze a támogatott döntéshozatal, az önálló életvitel és lakhatás, a munkaerőpiaci integráció és a foglalkozási rehabilitáció, a szexualitással kapcsolatos önállóság és önrendelkezés legfontosabb kérdéseit.

Az utolsó gondolati egység, a *7. fejezet* végül a szakemberre, a gyógypedagógusra, a tanulásban akadályozottak pedagógiáját művelő gyógypedagógusra irányítja a figyelmet. Szekeres Ágota, Mile

Anikó és Jenei Andrea újra csak teória és praxis kölcsönhatásában értelmezik és részletezik a szakmai kompetenciák és a szakmai szerepek kérdéseit, a szakember működésének jellemzőit és követelményeit a tanár, a diagnosztika, a terapeuta, a koordinátor, a konzulens, az oktató vagy akár a hivatalnok szerepében, majd kitérnek e tevékenységek minősítésének, értékelésének egyes vonatkozásaira is.

A főszöveg után közölt mellékletek segítik az eligazodást, a további tájékozódást a tárgyalt kérdésekben. Több száz tételt tartalmaz az egyes fejezetekben felhasznált szakirodalom több mint hatvan oldalas jegyzéke, gondos forráskezelés, pontos és következetes apparátushasználat jellemzi a szerkesztői és szöveggondozási munkát, s – hiszen tankönyvről van szó – ad példát a gyógypedagógus-hallgatók számára saját tudományos szövegalkotásuk követelményeinek elsajátításához, sikeres szemináriumi dolgozataik majd szakdolgozatuk elkészítéséhez, ösztönözve őket ezzel a későbbi mesterképzések, akár a doktori tanulmányok irányába.

Rendkívül hasznos az öt függelék összeállítása és közlése. A Horváth Péter és Kiss László által a tőlük megszokott kompetenciával összeállított jogszabály-áttekintés felrajzolja a törvényi bázist és hátteret, amiben az egyes rendszerek és ágazatok, szolgáltatások és támogatások működnek. (Újra felvetem a kérdést, hogyan lehetne e szabályozások folyamatos és sokszor jelentős változásait naprakészen követhetővé, a nyomtatott forma lassú változtathatóságának kevésbé kitétté tenni.) Szabó Ákosné-nál, az ELTE BGGYK sok éven keresztül tanszékvezetőként, a gyakorlati képzésért felelős dékánhelyettesként, majd dékánként működő oktatójánál kevesen ismerik jobban a gyógypedagógus-képzés rövidebb-hosszabb szakmai gyakorlatainak világát és annak változásait, az általa a témában közölt melléklet ismét csak jelentősen segítheti nem csak az ezen a szakirányon, de bármelyik másikon tanuló gyógypedagógus-hallgatók tájékozódását, sőt, akár a felsőfokú gyógypedagógus-képzésre a jelentkezésüket fontolgató érdeklődők tájékozódását is. Szekeres Ágota a pályorientációs szolgáltatások nemzetközi tapasztalatait foglalja össze a 3. függelékben, majd Szenczi Beáta tekinti át az SNI tanulók szükségletalapú oktatásának finnországi tapasztalatait. (Miközben a nemzetközi összehasonlításokban, például a PISA-vizsgálatokban rendszeresen kiemelkedően szereplő finn modellt sok hazai oktatáskutató hozza fel követendő példaként, talán segített volna a szerkesztői indoklás, miért éppen és miért csak erre az egy országra korlátozódik a nemzetközi kitékintés, s ha már ez indokolható, akkor miért csak ilyen kis terjedelmet kapva.) Az ötödik függelék végül, keretezve mintegy a bevezető részekről az egész kötetten végig ívelő tudatos műfaji elköteleződést, miszerint az olvasó egy tankönyvet forgathat a kezében, Mesterházi Zsuzsa összeállításában kérdéseket és feladatokat közöl az egyes fejezetek és alfejezetek témaköreinek minél eredményesebb feldolgozásához. A nemzetközi beágyazódás szándékát illusztrálja a kötet végén az angol nyelvű összefoglaló és tartalomjegyzék.

Nagyon fontos könyv második, aktualizált változata juthat el most a gyógypedagógiával ismerkedő hallgatókhoz, a gyógypedagógiát közvetítő egyetemi oktatókhoz, a gyógypedagógiát művelő gyakorló szakemberekhez. Elismeréssel kell adóznom a szerkesztőknek és a szerzőknek jelentős munkájukhoz, kívánva nekik, hogy még sokáig dolgozhassanak eredményesen teória és praxis közös metszetében, folyamatosan új tudásokra és tapasztalatokra téve szert e könyv elkövetkező, újra és újra átdolgozott és aktualizált kiadásaihoz.

Barátsággal,  
Zászkaliczky Péter

## Belső tenger, Rozi igaz története

Partvonal Kiadó, Budapest, 2021.

ISBN: 9786156058423

„A vízzel való különleges kapcsolatom a betegséggel kezdődött, ugyanis a *hydrocephalus*, vagy más néven vízfejűség pontosan az agyvíz áramlásának akadályozottságáról szól. Ha nem lenne egy szerkezet a fejemben, akkor az agyvíz nem tudna áramolni a testemben.” Kováts Laura Rozália

„Nem vagytok egyedül” – üzeni minden hasonló helyzetben lévő érintettnek saját történetén keresztül Rozi. Kováts Laura Rozália a *Belső tenger, Rozi igaz története* című könyvében elmeséli, hogyan ismerte meg és dolgozta fel koraszülöttségének és fejlődési folyamatának küzdelmes történetét, s hogyan jutott el az elfogadó és alkotó önmagához. Rozi speciális szükséglete sokrétű, még ha első látásra nem is egyértelmű: a sönt beültetésén túl mozgáskorlátozottsággal (részleges bal oldali bénulás) és több területen is jelentkező részképességzavarral is meg kellett küzdenie, miközben kisgyermekkorban epilepsziás rohamok is nehezítették fejlődésének folyamatát.

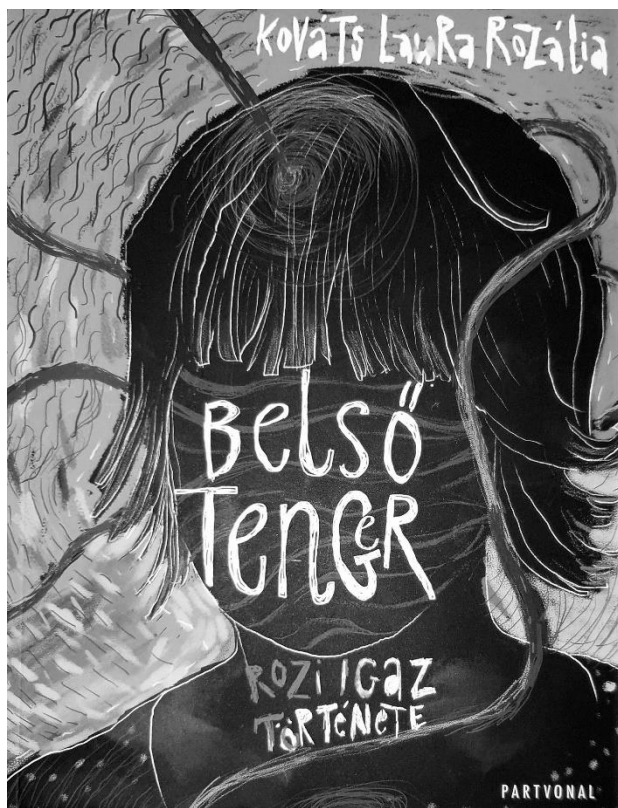
Tizenhat évvel ezelőtt a szülők – Kováts Adél színésznő és Kováts Tibor balettművész – beszélgetéseink során azt a legfőbb üzenetet fogalmazták meg, hogy a gyermekükben óriási küzdeni tudás van. Az együtt töltött iskolaelőkészítő egy év alatt az akarat és a fejlődés ereje nap mint nap megmutatkozott Laura tevékenységei során. Amit a szülők megfogalmaztak már a kezdeteknél és később a felnőtté váló, komolyabb névként a Rozi nevet használó író nő egyre tudatosabban megélt – *megtanult küzdeni a saját életéért, saját fejlődéséért.*

A sajátos nevelési igény következtében megtanulta, hogy amit más gyermekek automatikusan elsajátíthatnak, neki komoly kihívást jelenthet és sok esetben speciális fejlesztést kíván. Egy különleges életutat és komoly, érett gondolatokat ismerhetünk meg a szépirodalmi mű olvasása során, amely sok esetben mély szakmai és emberi kérdéseket érint és gondolt végig, eközben nem hagyja érintetlenül az olvasót sem. Érintettként, családtagként, pedagógusként, a sajátos nevelési igényű személyek élethelyzetei megismerésére nyitott emberként mindannyian el kell gondolkodjunk olyan, a könyvben megjelenő témákon, mint idegrendszeri sérülés, epilepsziás roham megélése, kiszolgáltatottság, bizalmatlanság a saját testemmel kapcsolatban, esélyegyenlőség, a család támogató ereje, az egészségügyre hagyatkozás, kórházban töltött hosszú időszak, részképességzavarok, megküzdés a hangulatingadozásokkal. Őszinte, komoly élethelyzeteket, saját tapasztalatokat, s mindvégig egy boldog élet reményét, a tenni akarás és tudás hétköznapi példait ismerheti meg az olvasó a könyv fejezetein át.

A lélek megbecsülése, ahogy Rozi fogalmaz: „Miért kell félni a lelket? Azért, mert a lélek olyan, mint egy benned élő szentimentális élőlény, aki érez és magára vállalja azokat a sértettségeket és haragokat, melyeket a külső világ okoz. Ő az, aki, ha nem vagy magadnál, ha fizikailag nem vagy jelen, jelet ad, hogy élsz. Kicsi, jelentéktelen élőlény, mégis neki van a második

legjelentősebb feladata az agy után. Ő a „legfiatalabb jótevő”, aki minden nap gondoskodik róla, hogy bírni tudja a hétköznapi élet kihívásait.”

A könyv utolsó fejezete „KÉK”, az első, magyar nyelven megjelent szépirodalmi mű könnyen érthető kommunikációval (KÉK) készült összefoglalója, azért, hogy éppen azokhoz is eljuthasson az üzenet, akik leginkább megélik a hétköznapiak során mindazt, amiről Rozi ír. Az önéletrajzi könyv ezen összefoglaló KÉK fejezetét Farkasné dr. Gönczi Rita, a Könnyen érthető kommunikáció – Könnyen érthető élet honlap műhely vezetője írta, és a műhely tagjai közül a Debreceni Immanuel Otthon és Iskola önérvényesítő csoportjának tapasztalati szakértői ellenőrizték. A Belső tenger KÉK fejezete lehetőséget teremt, hogy a szakemberek edukációs eszközként használják az érintett témák feldolgozásában.



A víz (a betegség), a föld (a gyulladás, fejlesztések, terápiák), a tűz (a kamaszkor, a lázadás és elfogadás) és a levegő (a lélek) útjait járhatjuk végig mi mindannyian, közösen Rozi élettörténetén keresztül. Eközben a kiszolgáltatott, koraszülött gyermekből a kihívásokkal való megküzdések által megszületik egy önmagáért és másokért is kiállni képes fiatal nő.

A könyv tartalma alkalmas lehet a megküzdés lépéseinek a feltárására, emberként a saját életünk, saját magunkért kiállás erősítésére, de szakemberként is alkalmazhatjuk különböző módokon. Legfontosabb célkitűzése az érzékenyítés és elfogadás növelése, küzdelmes élethelyzeteket bemutat, megmagyaráz, reményt ad. Erősíti a megküzdés folyamatát az egyén és a családok számára egyaránt, emellett követendő példát adhat az önérvényesítő csoportok számára is.

Rozi üzenete egyértelmű, itt egy példa született, amit a Belső tenger megmutat: egy példa a megküzdésről, a soha fel nem adásról, az egyén szintjén, a család szintjén, a szakemberek szintjén, az önszolgáltató egyesületek szintjén. Egy példa minden ember számára, egy példa a befogadó társadalom számára.

Reményi Tamás

**ELTE BÁRCZI GUSZTÁV GYÓGYPEDAGÓGIAI KAR  
GYÓGYPEDAGÓGIAI TOVÁBBKÉPZŐ KÖZPONT**

**Integrált szülő-csecsemő konzultációs szakirányú  
továbbképzés**

Az integrált szülő-csecsemő/kisgyermek konzultáció a koragyermekkor (0-5 év) időszakában használható prevenció és intervenció módszer. A korai érzelmi- és viselkedésszabályozási problémák (*regulációs zavarok*), kapcsolati nehézségek, és egyéb korai testi-lelki problémakörök kezelését, enyhítését célozza meg, ezzel támogatva a kiegyensúlyozott szülő-gyermek kapcsolatot és a harmonikus fejlődés lehetőségét.

**A képzési idő félévekben:** 4 félév

**Önköltség:** 175 000 Ft/félév

**Tervezett indulás:** 2022/23-es tanév őszi félév

**Jelentkezési határidő:** 2022. június 20.

**A jelentkezés feltétele:**

- legalább alapképzésben szerzett oklevél *a következő képzési területek valamelyikén: bölcsészettudomány, társadalomtudomány, pedagógusképzés, orvos- és egészségtudomány, jog- és igazgatástudomány*
- motivációs beszélgetésen való részvétel és megfelelés
- 7.000 Ft jelentkezési díj befizetése

**További információk:** <https://barczi.elte.hu/iszcsk>

**Érdeklődni a [tovabbkepzo@barczi.elte.hu](mailto:tovabbkepzo@barczi.elte.hu) e-mail címen lehet**

# Tartalom/Table of Contents

## A GYÓGYPEDAGÓGIA TÖRTÉNETE

Gereben Ferencné: A gyógypedagógiai folyamat nevelési és terápiás összefüggései – a nevelési terápia alapkérdései a neveléstudomány diszciplináris rendszerében	1
Gombás Judit – Prónay Beáta: Múlt és jelen kihívásai a látássérültemélyek tájékozódás- és közlekedéstanításának nemzetközi szinterein	25
Mile Anikó – Kiss László: Kihívások és megfelelések a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszerben	35

---

## A GYAKORLAT MŰHELYÉBŐL

Loványi Eszter: Legyőzheti-e technológiával támogatott segítőkutya a robotot? Kísérlet a „segítőkutya vagy segítőrobot” típusú dilemmák feloldására	51
Napravszky Noémi: Kötődési és kapcsolati nehézségek kora gyermekkorban	68

---

## FGYELŐ

Gereben Ferencné: Tisztújítás után a Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete	85
---	----

---

## KÖNYVISMERTETÉSEK, ÚJDONSÁGOK

Zászkaliczky Péter: Javított kiadás. Mesterházi Zsuzsa – Szekeres Ágota (szerk) A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése	91
Reményi Tamás: Kováts Laura Rozália: Belső tenger, Rozi igaz története	98

---

## THE HISTORY OF SPECIAL EDUCATION

Ferencné Gereben: Educational and therapeutic connections of the special pedagogical process - basic issues of educational therapy in the disciplinary system of educational science	1
Judit Gombás – Beáta Prónay: Past and Current challenges in international scenarios of the orientation and mobility training of individuals with visual impairment	25
Anikó Mile – László Kiss: Challenges and compliances in the system of pedagogical assistance services	35

---

## FROM WORKSHOPS OF PRACTICE

Eszter Loványi: Could technology-augmented service dogs defeat social robots? Attempt for resolving the „service dog vs. service robot” type dilemmas	51
Noémi Napravszky: Attachment and relationship difficulties in early childhood	68

---

## OBSWEVER

Ferencné Gereben: After the election in Association of Hungarian Special Education Teachers	85
---	----

---

## BOOKS AND NOVELTY

Péter Zászkaliczky: Improved edition. Zsuzsa Mesterházi & Ágota Szekeres (Eds.). School-based education of children with general learning disabilities	91
Tamás Reményi: Kováts Laura Rozália: Inner Sea, the true story of Rozi	98



[www.gyogypedszemle.hu](http://www.gyogypedszemle.hu)