Illyés Gyuláné Illyés Sándor
Jankovich Lajosné Lányi Miklósné

GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA



Illyés Gyuláné—Illyés Sándor—
Jankovich Lajosné—Lányi
Miklósné

GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA

Világstatisztikák adatai szerint az átlagnépesedés 3—5%-a „fogyatékos". Vakság, gyengénlátás, siketség, nagyothallás, beszédhiba, mozgássérülés és az értelmi fogyatékosság mind olyan rendellenességek, melyek megnehezítik a személyiség harmonikus kibontakozását és az egyén társadalmi beilleszkedését. Korunk általános törekvése, hogy a különböző károsodás miatt hátrányos helyzetbe került emberek ne szigetelődjenek el, hanem megtalálják helyüket a családi, az iskolai, a munka- és a társas közösségben. Beilleszkedésüket segíteni csak akkor lehet, ha ismerjük a fogyatékos ember személyiségét, a fogyatékosságokból fakadó pszichés következményeket.

Ezeknek a társadalmi szempontból igen jelentős kérdéseknek az összegezésére vállalkozott négy kiváló gyógypedagógus pszichológus. Könyvük mind hazai, mind nemzetközi tekintetben egyedülálló, mert benne a szerzők történeti szemlélete a legújabb eredményekkel, vizsgálati módszerekkel párosul, s a gyógypedagógiához tartozó valamennyi eset-lehetőség pszichológiai megközelítését, szemléletét adja.

AKADÉMIAI KIADÓ
BUDAPEST

Gyógypedagógiai pszichológia

Illyés Gyuláné Illyés Sándor
Jankovich Lajosné Lányi Miklósné

GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA

Szerkesztette
ILLYÉS GYULÁNÉ

Második kiadás

AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST 1971

Lektorálták

DR. KUN MIKLÓS

és

DR. RADNAI BÉLA

© Akadémiai Kiadó, Budapest 1968

Printed in Hungary

Tartalomjegyzék

Előszó

Első rész. Bevezetés

Általános kérdések (Illyés Gyuláné) 15
A gyógypedagógiai pszichológia fogalma 15
A gyógypedagógiai pszichológia helye a tudományok rendszerében 17
A gyógypedagógiai pszichológia munkaterülete 19
A gyógypedagógiai pszichológia célja és feladatai 22
A gyógypedagógiai pszichológia rendszere és ágai 23
A gyógypedagógiai pszichológia módszere 25
A gyógypedagógiai pszichológiai szemlélet kialakulása 25
A fejlődés gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 30
Fejlődési zavarok 31
A fejlődési tempó meggyorsulása: akceleráció 31
A fejlődési tempó meglassúbbodása: retardáció 33
Zavart pszichikus fejlődés a biológiai tényezők elégtelensége következtében .. 34
Az agyi károsodás jelentősége a fejlődés folyamatában 34
Az analizátorok sérülésének jelentősége a fejlődésben 35
Zavart pszichikus fejlődés a környezeti tényezők elégtelensége következtében 36
A normalitás és abnormalitás fogalma 40
A normális és abnormális jelenségek meghatározása 40

Második rész. A fogyatékosok pszichológiája

A fogyatékosok pszichológiájáról általában (Illyés Gyuláné) 47
A fogyatékosok személyiségéről általában (Jankovichné Dalmai Mária) 50
A személyiséglélektan néhány kérdéséről általában 50
A fogyatékosok személyiségének megítélési szempontjai és közös vonásai ... 53
A fogyatékosok intelligenciájáról (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 61
Az intelligenciáról általában, intelligencia-elméletek 61
A fogyatékosok intelligenciájának megítélési szempontjai 65
A látási fogyatékosok pszichológiája 67
A látási fogyatékosokról általában. Rehabilitációs lehetőségeik (Illyés Gyuláné) 67
A látási fogyatékosok (vakok) érzékelése (Illyés Sándor) 70
A látási fogyatékosok (vakok) hallása 70
A látási fogyatékosok (vakok) tapintása 73
A látási fogyatékosok (vakok) figyelme (Illyés Gyuláné) 82
A látási fogyatékosok (vakok) emlékezete (Illyés Sándor) 83

A látási fogyatékosok (vakok) gondolkodása, beszéde 87
A beszéd és gondolkodás viszonya, a vakok nyelvi fejlődése és verbalizmusa 88
A vakok fogalmainak érzékleti tartalma 93
A látási fogyatékosok intelligenciája (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 96
A látási fogyatékosok személyisége (Jankovichné Dalmai Mária) 98
A látási fogyatékosok személyiségének kérdéseiről általában 98
A vakok személyiségfejlődésének menete és néhány sajátos vonása 106
Hogyan látják a vakok személyiségének problémáit a látók és hogyan a vakok? 107
A hallási fogyatékosok pszichológiája 109
A hallási fogyatékosokról általában. Rehabilitációs lehetőségeik (Illyés Gyuláné) 109
A hallási fogyatékosok (süketek) érzékelése (Illyés Sándor) 112
A hallási fogyatékosok (süketek) látása 113
A hallási fogyatékosok (süketek) vibrációs érzékelése 117
A hallási fogyatékosok (süketek) figyelme (Illyés Gyuláné) 121
A hallási fogyatékosok (süketek) emlékezete (Illyés Sándor) 122
A hallási fogyatékosok (süketek) gondolkodása és beszéde 125
A süketek szemléletes, nem verbális gondolkodása 125
A süketek jelnyelve és gondolkodása 128
A süketek fogalmi gondolkodása és beszéde 133
A hallási fogyatékosok intelligenciája (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 137
A hallási fogyatékosok személyisége (Jankovichné Dalmai Mária) 140
A hallási fogyatékosok személyiségéről általában 140
A hang jelentősége az ember számára 141
A hallás hiányának jelentősége a személyiség fejlődésében 143
A süketnémák személyiségének néhány jellemző vonása 146
A mozgásszervi fogyatékosok pszichés sajátosságai 153
A mozgásfogyatékosságról általában. Rehabilitációs lehetőségeik (Illyés Gyuláné) 153
A mozgásfogyatékosok intelligenciája (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 155
A mozgásfogyatékosok személyisége (Jankovichné Dalmai Mária) 157
A mozgásfogyatékosok személyiségéről általában 157
A mozgásfogyatékosság hatása a személyiség alakulására 158
A beszédhibások pszichés sajátosságai 164
A hibásbeszéduekről általában. Rehabilitációjuk (Illyés Gyuláné) 164
A beszédhibások intelligenciája (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 167
A beszédhibások személyisége (Jankovichné Dalmai Mária) 168
Az értelmi fogyatékosok pszichológiája 172
Az értelmi fogyatékosokról általában. Rehabilitációs lehetőségeik (Illyés Gyuláné) 172
Az értelmi fogyatékos gyermekek fejlődése (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) . 176
Az értelmi fogyatékosok érzékelése (Illyés Sándor) 179
Az értelmi fogyatékosok látása 179
Az értelmi fogyatékosok érzékelési folyamatainak sajátosságai a látásnál ... 180
Az értelmi fogyatékosok hallása 191
Tapintás és kinesztézis az értelmi fogyatékosoknál 193
Az értelmi fogyatékosok figyelme (Illyés Gyuláné) 194
Az értelmi fogyatékosok emlékezete (Illyés Sándor) 194
Az emlékezetvizsgálat magyar hagyományai 195
Az értelmi fogyatékosok tanulása 197

Az értelmi fogyatékosok felejtési és felidézési folyamatai 207
Az értelmi fogyatékosok emlékezeti formáinak egyenlőtlen fejlődése 211
Az értelmi fogyatékosok gondolkodása 211
Az értelmi fogyatékosok gondolkodása a cselekvésben 211
Az értelmi fogyatékosok fogalmi gondolkodása 217
Az értelmi fogyatékosok fogalmai 218
Az értelmi fogyatékosok gondolkodási folyamatának elemzése 225
Intelligencia-vizsgálatok és az értelmi fogyatékosság problémája (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 231
Az értelmi fogyatékosok személyisége (Jankovichné Dalmai Mária) 233
Az értelmi fogyatékosok személyiségéről általában 233
Az értelmi fogyatékosok személyiségének jellemzése 236
Sajátos külső jegyek 237
Az értelmi fogyatékosok pszichológiai jellemzése 244
A személyiség jellemzése az oligofrénia súlyossági fokának szempontjából, a képezhetőség, a praktikus készség és a közösségbe való beilleszkedés megvilágításában 249
Egyéb személyiségfejlődési rendellenességek (Illyés Gyuláné) 256
A személyiségfejlődési zavarokról általában 256

Harmadik rész. A gyógypedagógiai lélektani megismerés és tanácsadás

Diagnosztika (Illyés Gyuláné) 263
A fogyatékosok megismerésének szempontjai és forrásai 263
Gyógypedagógiai pszichológiai vizsgáló eljárások 263
A fogyatékosok megfigyelése 264
A megfigyelés forrásai és módjai 264
A játék megfigyelése 267
A mozgás megfigyelése 268
A viselkedés megfigyelése 269
A beszéd megfigyelése 270
A kikérdezésről általában 271
Az anamnézis 273
Az exploráció 278
Környezettanulmány 280
Környezetvizsgálat 282
A kísérlet 283
Próbamódszerek 284
A próbamódszerekre vonatkozó bírálatok 285
A közismertebb próbamódszerek 286
Az értelmesség fejlettségének és az ismeretek szintjének megállapítása 301
Vizsgálat alsó fokon 302
Pedagógiai vizsgálat (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 303
Az általános tájékozottság vizsgálata 306
A rajzvizsgálat (Illyés Gyuláné) 309
Fogyatékosok rajzai 314
Érzelmi jellegű vizsgálatok 326
Önéletrajz-íratás 330

A vizsgálat menete ... 333
Differenciáldiagnosztika ... 336
A differenciáldiagnosztika általános kérdései ... 336
A gyógypedagógia határterületére tartozók szelektálása ... 338
A pszeudodebilis gyermek ... 338
A környezet által károsított gyermek ... 339
A nehezen nevelhető gyermek és ifjú ... 344
A „bűnöző" gyermek és fiatalkorú ... 351
Neurózis, pszichopátia ... 360
A neuropata gyermek és ifjú ... 361
A pszichopata gyermek és fiatalkorú ... 363
A pszichotikus gyermek és fiatalkorú ... 370
Az infantilis gyermek ... 373
A balkezes gyermek ... 375
A lokális kiesésben szenvedő gyermek ... 376
Az epilepsziás gyermek és ifjú ... 380
A gyógypedagógia határain belüli differenciálás ... 382
Egyes kórformák szerinti megkülönböztetés ... 382
Az enkefalitisz következtében sérült gyermek és ifjú ... 382
A Down-betegek ... 388
A fogyatékosok súlyosság szerinti elkülönítése ... 394
Az értelmi fogyatékosoknak a súlyosság foka szerinti elhatárolása ... 394
A látási fogyatékos gyermek szelektálása ... 396
A hallási fogyatékos gyermek szelektálása ... 399
A beszédhibás gyermek szelektálása ... 401
A mozgássérült gyermek differenciálása ... 403
A többféle fogyatékosságban szenvedő gyermek szelektálása ... 404
Vélemény és tanácsadás ... 405
A vélemény kialakítása ... 405
Az adatok értékelése ... 405
A vizsgálatok értelmezése ... 406
A diagnózis megállapítása ... 406
A tennivalók összeállítása ... 407
A lelet megírása ... 407
Megbeszélés a szülőkkel ... 410
Együttműködés a fogyatékos gyermek szüleivel (Lányiné dr. Engelmayer Ágnes) 410
A gyógypedagógiai pszichológiai tanácsadás (Illyés Gyuláné) ... 413
Pszichoterápia fogyatékosokkal ... 416
A gyógypedagógiai megelőzés néhány szempontja ... 419

Negyedik rész. A fogyatékosok munkalélektanának néhány szempontja

Munkaalkalmasság és pályaválasztás ... 425
Fogyatékosok munkaalkalmassági vizsgálata ... 425
Pályaválasztási tanácsadás fogyatékosok számára ... 431

Irodalom ... 433

RANSCHBURG PÁL, VÉRTES O. JÓZSEF,
TÓTH ZOLTÁN és BÁRCZI GUSZTÁV
emlékének

Előszó

Gyógypedagógiai pszichológia című munkánkkal tájékoztató kézikönyvet szeretnénk nyújtani a gyógypedagógusok, az ilyen irányban érdeklődő pedagógusok, pszichológusok, gyermekorvosok, gondozónők számára.

A kézikönyv összeállításakor igen sok nehézséggel találkoztunk, s nem mind tudtuk leküzdeni. A gyógypedagógiai pszichológia alapproblémái területén még sok a nézetkülönbség, a kidolgozatlan, illetve alig kidolgozott kérdés. Bizonyos tekintetben a kezdeményező feladatát is vállalnunk kellett: hasonló jellegű összefoglaló mű nem jelent meg ez ideig sem hazánkban, sem külföldön. Ezek következtében egyoldalúság, aránytalanság fordul elő a munkában: itt-ott kénytelenek voltunk csaknem vázlatosan kidolgozni egy-egy fejezetet. Reméljük azonban, hogy munkánk e formájában is hasznosan hozzájárulhat a gyógypedagógiai pszichológia elmélete és gyakorlata problémáinak feltárásához.

Az adatok kísérleti bizonyítására — ahol mód volt rá — elsősorban a hazai kutatásokat ismertettük, de ezek eredményeit összehasonlítottuk a külföldön nyertekkel is. A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola hallgatói által készített szakdolgozatokból is felhasználtunk néhányat.

A kézikönyv a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Pszichológiai Tanszéke négy munkatársának együttes műve. Hozzájárult az eredményhez a Tanszék több belső és külső tagja, a Főiskola néhány munkatársa, végül több gyógypedagógiai tanár, orvos és pszichológus.

A kézikönyv adatainak gyűjtésében, bírálatában, a szakirodalom anyagának fordításában és összeállításában adott segítségért köszönetet mondunk: dr. Bődör Jenő, Clarkné dr. Szigeti Borbála, Gáspár Árpád, Gordosné dr. Szabó Anna, Kovács Csongor, Kovács Emőke, László András, Méreiné Molnár Vera, Oriskó István, dr. Pálhegyi Ferenc, Subosits István, dr. Szalayné Simon Ilona gyógypedagógiai tanároknak, pszichológusoknak, továbbá dr. Kun Miklós, dr. Pándi László, dr. Roboz Pál és dr. Tapolyai Mihály orvosoknak, akik a szakorvosi vizsgálatokat végezték. Külön köszönjük dr. Lénárd Ferencnek munkánk során nyújtott ösztönzését. Végül a könyvben található fényképek és rajzok átengedéséért dr. Kiss Ákosné főorvost, Esőssy József, Győrffy Pál, Méhes József és Zsótér Pál intézeti igazgatókat, Balla Demeter és Vadász János fotóművészeket és a szakdolgozatok készítőit illeti köszönet. Könyvünkbe több külföldi munkából is átvettünk táblázatokat és ábrákat, a leközlés engedélyezéséért köszönettel tartozunk: Georg Thieme Verlag, Stuttgart; Pergamon Press Limited, Oxford; Benno Schwabe Verlag, Basel; The University of Chicago Press, Chicago; McGraw Hill, Inc., New York; Grune — Stratton, Inc., New York kiadóknak.

A szerzők

Első rész

Bevezetés

Általános kérdések

Az előszóban vázolt nehézségek ellenére a gyógypedagógiai pszichológia eljutott gyakorlati és elméleti fejlődésének arra a fokára, hogy — további fejlődése érdekében — szükséges fogalmának a meghatározása. Tisztázni kell célját és feladatait, rendszerezni kell alapelveit és törvényszerűségeit, elhatárolni munkaterületét és módszereit. Éppígy szükséges sokfelé ágazó irányainak összefogása és szemlélete fejlődésének, differenciálódásának felmérése.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA FOGALMA

A tudományok mai fejlettsége és differenciáltsága fokán jogosan kívánjuk meg minden tantól, amely önálló tudományos ágként kíván elkülönülni, hogy a többi tudományágtól valóban elhatárolható legyen. Céljában, feladataiban, módszerében, munkaterületében és eljárásaiban sajátos legyen, jellegzetes törvényszerűségei legyenek és összefüggő rendszere. Noha a gyógypedagógiai pszichológia ezeknek a követelményeknek eleget tesz, fogalmának meghatározása mégsem könnyű feladat.

A kifejezés etimológiája szerint, úgy tetszik, két tudományhoz tartozhat: a gyógypedagógiához és a pszichológiához. Valóban, felfogható úgy is, hogy a gyógypedagógiai pszichológia része csak a gyógypedagógiának, ahogy például a gyógypedagógia története az. De tekinhetjük úgy is, hogy a pszichológiának egy ága, hasonlóan például az orvosi lélektanhoz. Nyilvánvalóan mindkettővel szoros kapcsolatban van: munkaterületét a gyógypedagógiától nyeri, eljárásait, módszereit a pszichológiától. Éppen e sajátos helyzete révén azonban — véleményünk szerint — mindkét irányban jól elkülöníthető. Nem olvad egyikbe sem: mindkettővel csupán határos, de mégis önálló tan.

A gyógypedagógiai pszichológia fogalmának meghatározását nehezíti, hogy maga a gyógypedagógia fogalma sem alakult ki még egységesen. A gyógypedagógia gyakorlata ugyan hosszú időre nyúlik vissza, és gazdag szakirodalom foglalkozik definíciójával, elméletének kidolgozásával, de sem elnevezésében, sem munkaterületének elhatárolásában nem alakult ki egyértelmű álláspont. A gyógypedagógiai pszichológia fogalmának meghatározása érdekében ez a kérdés részletesebb ismertetést igényel.

Az újabb szakirodalomban terminológiailag többen kifogásolják a *gyógypedagógia* elnevezést arra hivatkozva, hogy a gyógyító nevelés nem gyógyít. A gyógypedagógia megjelölés ellenzői gyakran abból a meggondolásból próbálták mással helyettesíteni e kifejezést, nehogy tévesen az orvosi értelemben vett gyógyítás fogalma kapcsolódjék hozzá. Ezért használják a „kompenzáló", a „korrekciós", a „regenerációs" ne-

velés, a „reedukáció" elnevezéseket; ezek anélkül, hogy ...si értelemben vett gyógyítást igérnének, mégis kifejeznek valamit a tevék... ...redményéből.

Vannak, akik ennek ellenére megtartják a gyógyp... elnevezést (MOOR, 1943, 1958, 1965; MEINERTZ, 1962). Mások már eleve hel... gyógypedagógia kifejezést. (DEBESSE, 1953; KOENIG, 1953; ASPERGER, 195... ...ERTZ 1962; BESLAY, 1963; HEESE-WEGENER, 1966; STRASSER, 1968). E tol... vélemény következtében a gyógypedagógia kifejezés helyett vagy a mellett — a fent említetteken kívül — használatos a „speciális pedagógia", a „speciális pszichopedagógia", a „specializált pedagógia", a „különpedagógia", sőt a „különleges pedagógia" név is. Újabban nemzetközileg a „defektológia" és az „orthopedagógia" ...nevezés terjed mindinkább.

A gyógypedagógiai pszichológia megjelölésére a „gyógypedagógiai lélektan" mellett a különböző nyelvterületeken a „fogyatékos" vagy a „kivételes", vagy az „abnormális" gyermekek pszichológiája, a "speciális pszichológia", a "medikoszociális pszichopedagógia" kifejezéseket használják (SCHEIDEMANN, 1931; DJACSKOV, 1947; LAFON, 1963; SIF, 1965; TELFORD-SAWREY, 1967). Mi megtartjuk a hazánkban alkalmazott, több szempontból vitatott gyógypedagógiai pszichológia kifejezést, nem azért, mert ez közismert, hanem mivel megfelelőbbet még nem talált sem a hazai, sem — tudomásunk szerint — a külföldi szakirodalom.

A gyógypedagógia tudomány volta és önállósága ma már igazoltnak tekinthető. Elmélete és gyakorlata egyaránt kifejlődik. Sajátos tárgya, módszere, speciális funkciója van (SCHNEERSON, 1923; TÓTH Z., 1933; VÉRTES, 1940; DJACSKOV, 1947). DEBESSE (1953) gyógyító pedagógiának nevez minden pszichopedagógiai tevékenységet, amely a fizikai vagy pszichikai anomáliában szenvedő gyermek állapotának megjavítása érdekében történik. ASPERGER (1956) és BÁRCZI (1959) a gyógypedagógiát sajátlagos feladatokkal rendelkező autonóm tudománynak tartja. RASSEKH-ARDJOMAND (1962), EDELSBERGER (1963) megfogalmazása szerint a gyógypedagógia tudományos határdiszciplína. A nevelést és oktatást a sérült gyermek mértékére és formájára módosítja, speciális, főképpen reedukációs és kompenzációs módszerekkel. A speciális pedagógia BESLAY (1963) tágabb értelmű megfogalmazása szerint „az inadaptáltak nevelésének tudománya, és a szó szűkebb értelmében az inadaptáltak instrukciója. Mindenekelőtt tudomány, mert pontos adottságokon alapul: az inadaptáció okain".

MOOR (1965) a gyógypedagógiát elmélyült pedagógiai tudománynak nevezi. BACH (1965) definíciója szerint a gyógypedagógia olyan egyének nevelésével foglalkozik, akiknek lelki és szellemi fejlődését individuális tényezők megzavarják vagy tartós ideig korlátozzák. HEESE-WEGENER (1966) a gyógypedagógia tartalmán — tágabb értelemben — a fizikai és pszichés gátoltságok felsőbb fogalmát érti (tehát nem gyűjtőfogalmát). Az ezzel foglalkozó tudományt a gátoltságok fő formái szerint különleges nevelésre, gyógyítónevelésre és serkentőnevelésre tagolja.

G. SZABÓ A. (1967) így határozza meg a gyógypedagógiát: a gyógypedagógia (gyógyítónevelés-tudomány) a tudományoknak az az ága, amely a gyógypedagógiai tevékenység tényeit, törvényszerűségeit kutatja, rendszerbe foglalja. A gyógyítónevelés-tudomány önálló, speciális pedagógiai tudományág, amely egységes a gyógyítónevelést igénylő abnormálisok minden esetben sérült, a normálisoktól eltérő személyiségére irányuló korrekciós tevékenység tekintetében. Egyben magasfokúan differenciált a különböző típusú abnormálisoknak megfelelően kialakult gyógyítónevelői tevékenység következtében.

Hazánkban az utóbbi években szakmai véleménykülönbség alakult ki a gyógypedagógia néhány olyan fontos kérdésében, amelyek a gyógypedagógiai lélektant is érintik. A nézeteltérés főképp a gyógypedagógia „egysége", „önállósága", és „gyógyító jellege" körül forog.

A *„különpedagógiai szemlélet"* képviselői fenti vonatkozásban nem követik a hagyományos magyar koncepciót. A gyógypedagógia és a gyógyítónevelés elnevezés helyett a külön pedagógia (különös pedagógia, speciális pedagógia) kifejezést kívánják hasz-

nálni, mivel a gyógype[illegible]giai tevékenység gyógyító funkcióját és hatékonyságát nem ismerik el. Nem he[illegible]z egységes felfogást sem a gyógypedagógiai tevékenységben, sem a tudomány[illegible]sében. A gyógypedagógia egységességét a régi szakirodalom, a gyógypedagóg[illegible]lés gyakorlati tényezői, a tudományos kutatások eredményei és a nemzetköz[illegible]ztalatok alapján vitatják. Minderre hivatkozva a gyógypedagógiai tanárok kép[illegible]ében az egyre inkább egyirányú szakosodást kívánják bevezetni.

A *„gyógypedagógiai szemlélet"* hívei viszont a hagyományos magyar felfogás (RANSCHBURG, TÓTH Z., VÉRTES, BÁRCZI) alapján állnak, és ugyancsak tudományos eredményekre és külföldi szakirodalom[illegible]e hivatkoznak. Fő képviselőik a gyógypedagógia egész területe fölötti átlátást kívánn[illegible]k meg azoktól, akik fogyatékosokkal, a fogyatékosok bármelyik csoportjával, foglalkoznak. Egy lépéssel előbbről indulnak, mint a különpedagógia képviselői. Azt a tényt tekintik elsődlegesnek, (és ebben látják éppen a gyógypedagógia sajátosságát), hogy vannak olyan gyermekek (fiatalok és felnőttek), akik fogyatékosságuk következtében nem képesek az épekhez hasonlóan beilleszkedni a családi, iskolai és társadalmi közösségbe. Erre a tényre kell — véleményük szerint — a gyógypedagógiai tanárok képzésében figyelemmel lenni, ennek ismeretében kell a gyógypedagógusoknak nevelő-oktató tevékenységüket végezni, és ehhez kell szabni a tudományos és gyakorlati munkát egyaránt. A gyógypedagógiai szemlélet követői szerint a gyógyítónevelés természetesen nem orvosi értelemben gyógyít, hanem a sérült személyiség korrekciós (orthopedagógiai) fejlesztésével: azzal, hogy az elsődleges sérülés okozta további károsodásokat enyhíti, esetleg megakadályozza, megszünteti. Azzal, hogy a kompenzálást, rehabilitálást támogatja. Elősegíti, nevelői aktivitásával eléri, hogy a sérült személyiség a társadalomba jól beilleszkedjék, annak kiegyensúlyozott életet élő tagja lehessen. Ehhez a gyógypedagógiai szemlélet hívei szintén alapvetően fontosnak tartják, hogy a főiskolai képzés az iskolai nevelő és oktató munkára minél jobban, alaposabban készítse fel a hallgatókat, de ezt a hallgatók előbbiek szerinti tág látókörének biztosításával gondolják megvalósíthatónak.

Az idézett szerzők műveiből kiderül, hogy a gyógypedagógiai pszichológia egyik forrástudománya, a *gyógypedagógia*, noha a neveléstudományok körébe tartozik, mégis autonóm: bármelyik oldaláról fogalmazzuk meg, sajátos funkciója, különleges módszere, kialakult speciális elméleti rendszere és gyakorlata van.

A gyógypedagógiai pszichológia másik forrástudományáról, a *pszichológiáról* nincs ilyen értelmű és ilyen fokú vita. Kétségtelenül önálló: túljutott azon az időszakon, amikor a filozófiának egy ága volt csupán; kikerült abból a veszélyből is, hogy a fiziológiának egy része legyen. Átjutott azon a túlburjánzáson, ami természettudományos megalapozása után következett be, át a pszichologizmus veszélyén is. Új hajtásai lassanként leváltak, elhatárolódtak, más és más munkaterülettel, feladatkörrel bővültek, és a pszichológiának ágai, illetve résztudományai lettek. HENNING (1931) huszonötféle pszichológiafajtát sorol fel, KARDOS (1964) tizennyolc-húszféleséget definiál, de korántsem valamennyit.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA HELYE A TUDOMÁNYOK RENDSZERÉBEN

Az egyre több és egyre gyorsabban kihajtó tudományágak fejlődése következtében még egy szilárdan és régóta felépült tudományos tannak is időnként újra el kell határolnia magát a rokonszakmai tudományoktól. Még inkább szükséges a gyógypedagógiai pszichológia helyének megjelölése, önállóságának és differenciáltságának tisztázása.

A szakirodalom a gyógypedagógiai lélektant — sőt sok esetben magát a gyógypedagógiát is — határtudománynak nevezi, mely főleg a pszichológia, a pedagógia, a szociológia és az orvostudomány elemeiből választódik ki és forr össze egységessé. A gyógypedagógiában a pedagógiai szemlélet és irány a domináló, a gyógypedagógiai pszichológiában pedig a lélektani.

A gyógypedagógiai pszichológiát elsősorban a gyógypedagógiához és a pszichológiához való viszonyában kell szemlélnünk. A *gyógypedagógiával* — mint már említettük — munkaterületében mutat hasonlóságot, sőt szinte azonosságot. Ugyanazokkal a személyekkel foglalkozik. Eltér azonban céljában, feladataiban és módszereiben. A gyógypedagógia ágazatai közül a speciális nevelés-oktatás és módszertanok elméletével van legszorosabb kapcsolatban. A gyógypedagógiai pszichológia megmutatja, milyen az a gyermek vagy fiatal, akit nevelni és oktatni kell. Ezeknek tehát alap-, illetve segédtudománya.

A gyógypedagógiai lélektannak a *pszichológiával* való kapcsolata szintén igen szoros. A pszichológia a legrövidebben összefogható meghatározása szerint „lelki jelenségekkel foglalkozó tudomány" (KARDOS, 1964). Ebbe a definícióba a lélektan valamennyi ága belefér: az általános, a gyermek-, a fejlődés-, a nevelés-, a munkalélektan; az alkalmazott, a pato-, az orvosi, a klinikai stb. pszichológia. Ezekkel az ágazatokkal a gyógypedagógiai lélektan több-kevesebb kapcsolatban van.

Az *általános*, a *gyermek*, illetve a *fejlődéslélektan* és a gyógypedagógiai lélektan abban egyeznek, hogy lelki jelenségekkel foglalkoznak, nagyrészt ugyanolyan eljárásokat alkalmaznak. De a gyógypedagógiai pszichológia az ép gyermekek lelki jelenségeit állandóan mértékül, mintául véve, a fogyatékosokét kutatja. Mivel a fogyatékosok lelki megnyilvánulásai más természetűek, mint az épeké, ezért különböznek tárgyukban és törvényszerűségeikben, legalábbis azok nagy részében.

A *pedagógiai pszichológiával* is közeli rokon a gyógypedagógiai lélektan megfelelő része. Ugyanazokat a nevelési-oktatási kérdéseket tárgyalja, csak — és ez különíti el őket egymástól — nem az ép, hanem a fogyatékos iskoláskorúakra vonatkozóan. Ezáltal feladata is sokoldalúbb, a korrekció módjaival és lehetőségeivel is foglalkoznia kell.

A *munkalélektan* célja, feladata, módszeres eljárásai, a munka egészségtana és patológiája, a foglalkozások egészségügyi követelményei, a foglalkozási ártalmak szempontjai általánosságban vonatkoznak a fogyatékosok munkalélektani problémáira is. Ez utóbbi elhatárolható azáltal, hogy tevékenysége parciális vagy csökkent munkaképességű személyekre vonatkozik. A munkaalkalmassági vizsgálatok, a pályaválasztási tanácsadás speciális és a rehabilitáció speciális szempontjainak van alávetve.

A gyógypedagógiai lélektan érintkezik az *orvosi pszichológiával* azáltal is, hogy sérült személyekkel foglalkozik. A különbség, ami élesen elhatárolja a két tant, hogy az orvosi pszichológia az egészségügyi intézményekbe bekerült, átmenetileg beteg egyének pszichológiai problémáit vizsgálja. A betegséggel általában összefüggő pszichés megnyilvánulásokat kutatja, s a kedvezőtleneket igyekszik megszüntetni vagy megelőzni. A gyógypedagógiai lélektan hatáskörébe ezeknek a betegeknek egy része olyan esetekben kerül, amikor a teljes gyógyulás nem volt lehetséges, s a betegség következtében kóros állapot maradt vissza.

A *pszichopatológia* szintén kóros lelki jelenségekkel foglalkozik, az elme zavarainak, anomáliáinak pszichológiai tanulmányozásával. A *klinikai pszichológia* pedig az emberi viselkedés kóros megnyilvánulásait kutatja, elemzi és gyógyítja. Egyik munkaterületre sem tartozik azonban a fogyatékosok pszichológiája, noha céljukban, módszereikben sok a hasonlóság. A pszichológiai ágak közül a gyógypedagógiai pszichológia közeli kapcsolatban van még a *kísérleti lélektan*nal, és a *pszichotechnikával*; ezek mód-

szereit, eszközeit alkalmazza. A *közösséglélektan*nal való hasonlóságának megállapítása, illetve attól való elhatárolása még nem időszerű: a gyógypedagógiai lélektan szociális pszichológiai ágazata kialakulásának kezdetén van.

A gyógypedagógiai lélektan és az *elmekórtan* összevetése azonban szükséges. Céljuk hasonló: az átlagostól eltérő lelki jelenségek megismerése, kutatása, leírása, megszüntetése vagy enyhítése. A két tan — főleg személyiségvizsgáló — diagnosztikai eljárásaiban is közel áll egymáshoz. De eltérnek abban, hogy céljukat más és más területen valósítják meg: a pszichiátria az ideg- és elmebetegek, a gyógypedagógiai lélektan a fogyatékosok körében. Összeköti még a két tant, hogy a gyógypedagógiai pszichológiai diagnózis nem nélkülözheti a gyermek-idegszakorvos diagnózisát; fogyatékosok vizsgálatánál pedig a idegszakorvos használhatja fel a gyógypedagógiai pszichológiai véleményt.

A *kórtan* — főképpen a fogyatékosság kóroktanának ismertetésével — szükséges, sőt nélkülözhetetlen a gyógypedagógiai pszichológia számára, de a két tan szintén világosan elválasztható egymástól.

Ugyanígy elhatárolhatjuk a *mentálhigiéniá*tól is. A különbség és hasonlóság köztük: a gyógypedagógiai lélektan rendellenes állapotból indul ki, a mentálhigiénia az egészségesből. Előbbi a már létrejött rendellenességgel foglalkozik, utóbbi a megelőzést szolgálja elsősorban. A lelki egészségvédelem célját felvilágosítás, népszerűsítés, propaganda eszközei útján kívánja elérni, a gyógypedagógiai pszichológia pedig a gyógyítónevelés megalapozása révén.

A fent felsoroltakon kívül a gyógypedagógiai lélektan több tudomány segítségét is igénybe veszi olyan őt érintő problémák megoldásában, mint a statisztikai adatok felvétele és feldolgozása, a fogyatékosok munkalehetőségeinek kiszélesítése, a fogyatékosok és a környezet esetleges káros hatásainak kutatása, a fogyatékosok felelősége határainak megállapítása, a fogyatékosok gazdasági és jogi védelme, a fogyatékosság megelőzésének pszichológiai vonatkozásai.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA MUNKATERÜLETE

Mivel a gyógypedagógiai lélektan munkaterülete hasonló a gyógypedagógiáéhoz, a gyógypedagógia munkaterületére vonatkozó meghatározások a gyógypedagógiai pszichológiát is lényegében érintik.

A kérdés taglalását itt is a nomenklatúra problémájával kell kezdenünk. A korszerű gyógypedagógiai pszichológiai szemlélet szerint a „fogyatékos" elnevezés tulajdonképpen nem helyes: egyoldalú (és ugyanakkor pejoratív). A személyiséget csak hiányosságai felől határozza meg, nem pedig egészében. A fogyatékosok, hiányosságuk ellenére, a közösségnek értékes tagjai. A termelő- és alkotómunkának bizonyos területein az épekkel egyenrangú teljesítményt nyújthatnak, sőt az átlagot esetleg még felül is múlhatják. A fogyatékos kifejezés sértő, bántó is számukra. Ezért nemzetközi törekvés, hogy a „fogyatékos" helyett olyan elnevezést találjanak, amely nem a rendellenesség oldaláról jelöli a károsodott személyt, és amely kifejezés egyben elég tág, hogy vonatkoztatható mindazokra, akik speciális nevelést, oktatást igényelnek. Ilyenformán használják a francia nyelvterületen a „nehezen alkalmazkodó" (inadaptált) kifejezést, az angol—amerikai nyelvterületen a „kivételes" (exceptionális) vagy „akadályozott" (handicapped) elnevezést, a svájci és német nyelvterületen a „gyenge" (infirmis), a „gátolt" (behindert), az „eltérő", a „fejlődésében zavart" kifejezést. A csehszlovák szakirodalomban a „különleges gondozást igénylő", a lengyelben a „bioszociálisan rosszul alkalmazkodó", az orosz nyelvben a „defektusos" vagy „anomáliás" elnevezéseket használják leginkább. A magyar szakkifejezések: „fogyatékos", „hibás", „rendellenes", „sérült", „egy

oldalúan fejlett", „károsodott" sem megfelelőbbek, ezért kénytelenségből, jobb híján, felváltva használjuk őket. Próbálkoztak a fogyatékosok rövid körülírásával is, például a „gyógyítónevelést igénylők" kifejezéssel és hosszabbal is: „a különböző, a mindenkori adott, általános nevelési rendszer keretében nevelhető gyermekektől negatív irányban eltérő nevelhetőségi feltételekkel rendelkező gyermekcsoportok".

A gyógypedagógia és ennek következtében a gyógypedagógiai pszichológia munkaterületének meghatározása a nemzetközi szakirodalomban igen változatos, aszerint, hogy mennyire szűk vagy tág ez a definíció, illetve kiket sorol a gyógypedagógia, speciális pedagógia vagy orthopedagógia területére: az épektől eltérő tüneteket veszi-e alapul, azok okait vagy más egyéb szempontokat.

A szűk, illetve részleges meghatározásnál két — egymással csaknem ellentétes — variációt találunk:

1. A gyógypedagógia hatáskörébe csak a szorosabb értelemben vett fogyatékosokat sorolják.
2. A gyógypedagógia területére a nehezen nevelhető, a magatartási zavarban szenvedő, az írás-olvasás-számolási gyengeséggel küzdő, a pszicho- és neuropata, az epilepsziás, a hisztériás, a pszichotikus, a bűnöző — esetleg a gyengeelméjű — gyermekeket és fiatalokat sorolják és nem a szorosabb értelemben vett fogyatékosokat. Őket a speciális pedagógia, a „külön" pedagógia körébe utalják.

A gyógypedagógia s egyúttal a gyógypedagógiai pszichológia munkaterületének *átfogóbb, tágabb értelmezése* a korszerű ma már általában. A különböző meghatározások abból a tényből indulnak ki, hogy — különféle okok következtében — *vannak olyan gyermekek, fiatalok és felnőttek, akik nem képesek szokványos módon beilleszkedni a családba, az iskolába, a munkába és a társadalomba.* A definíciók változatosak. Ezek szerint a gyógypedagógia (vagy speciális pedagógia, vagy különpedagógia) területére azok tartoznak, akik fizikai vagy pszichikai károsodást szenvedtek, s ennek következtében környezetükhöz nem tudnak megfelelően alkalmazkodni (Koenig, 1959; Falisse, G.—Falisse, M. I., 1962; Debesse, 1963; Becker, 1966). Ez a rossz alkalmazkodás lehet családi, iskolai, hivatásbeli és szociális (Baton, 1962; Reger, 1965; Sillamy, 1965). Mindazok sorolhatók ide, akiknek testi-lelki fejlődését individuális és szociális tényezők megzavarják vagy tartósan gátolják (Hanselmann, 1941; Bach, 1965), vagy röviden: fejlődésükben gátoltak (Moor, 1965). Ismét más meghatározás az anomáliás gyermekek kategóriájába azokat a gyermekeket utalja, akiknél valamilyen defektus következtében a pszichés fejlődés normális menete sérült (Djacskov, 1965). Újabban a tágabb definíciók nem korlátozzák a gyógypedagógia területét az iskolai elégtelenségre, hanem kiterjesztik a társadalomba való beilleszkedés zavaraira. „Defektivitás"-nak nevezik azt az állapotot, amikor az ember viszonya a társadalomhoz zavart vagy fejletlen (Sovák, l. Gano, 1966). Hangsúlyozzák a gyermek értelmi és erkölcsi fejlődésének társadalmi feltételezettségét (Sif, 1965). Vagy úgy teszik fel a kérdést: mennyiben érintik a szervi vagy funkcióelégtelenségek az ember társadalmi kapcsolatait (Kabele, 1963). „A specializált nevelés eleinte olyanokkal foglalkozott, akik érzékszervi elégtelenségben szenvedtek, vakokkal, süketekkel és nyomorékokkal. De ha-

marosan túlnőtt ezen a szűk kereten. Egyaránt foglalkozik a fizikai, pszichikai, szociológiai okokkal és az orvospszichológiai és szociopedagógiai kezeléssel." (RASSEKH—ARDJOMAND, 1962). „Egyre bővül a rendellenes gyermekek pszichés fejlődésének tanulmányozási területe. A defektológiából újabb speciális részek válnak ki, amelyek az olyan gyermekek oktatásának és nevelésének kérdéseit ölelik fel, akiknek sérülése összetett (vakság és süketség, értelmi fogyatékosság és süketség stb.) és akiknek emocionalis-akarati-szférájuk sérült (pszichopathák)" *(Rövid Defektológiai Szótár*, 1965).

A gyógypedagógia, illetve a speciális pedagógia — és így a gyógypedagógiai pszichológia — munkaterületének egyik legteljesebb, legátfogóbb, legtágabb mai meghatározása LAFONtól (1963) és HEESE—WEGENERtől (1966) való. LAFON (1963) „inadaptáltak" néven fogja össze azokat — életkortól és rendellenességi formától függetlenül —, akik biológiai, pszichés vagy szociális okok miatt képtelenek az életkoruknak megfelelő követelményekben helytállni, környezetükbe beilleszkedni. HEESE-WEGENER (1966) szerint: „Gyógypedagógián mindazok nevelésének elmélete és gyakorlata értendő, akiknek lelki-szellemi léte és beilleszkedése individuális tényezők révén zavart, kisiklást vagy tartós károsodást szenvedett." Van olyan kísérlet is, amely mindenkit, aki súlyosabb fizikai vagy pszichikai fogyatékosságban szenved, valamilyen lényegében azonos jeggyel kívánja összefogni. Ez „az objektív realitás szubjektív visszatükröződésének zavara" (BECKER, 1966).

Egy másik definíció összefoglalja mindazt, ami az anomáliás fejlődésben *közös:* „A defektus következményének összessége megnyilvánul az anomáliás gyermek egész személyiségfejlődésében mutatkozó elváltozásokban". „Sérült a környezettel való kölcsönhatás". „Megfigyelhető néhány sajátosság a jellemvonások kialakulásában." „Az anomáliás gyermekek pszichikumának fejlődése eltér a normális, egykorú társaik életkori fejlődésétől". „Mások a lehetőségeik a gyakorlati és a munkatevékenység vonatkozásában". Közös továbbá — az oktatható anomáliás gyermekeknél — hogy „kedvező oktatási feltételek esetén jellemző a kompenzatorikus fejlődésmenet, noha különbözőképpen nyilvánul meg a különböző kategóriákban". Végül „az anomáliás gyermekek minden kategóriájánál, bár eltérő mértékben, sérült a beszédközlés" (SIF, 1965). Noha az excepcionális személyeknek különböző a sorsuk, vannak közös problémáik: személyes, szociális és nevelési szükségleteik, amelyek bizonyos fokig hasonlóak. (TELFORD—SAWREY, 1967). Hasonlóságot talál a *gátoltak* életvitelében KERSHAW (1961) is. *a)* A gátoltság akadályozza a gyermeket, illetve a felnőttet a mindennapi élet gyakorlatában, *b)* foglalkozási lehetőségeit csökkenti, *c)* nehezíti a többi emberrel való kapcsolatait, és végül *d)* izolálja.

A felsorolt néhány idézet azt mutatja, hogy a gyógypedagógia fejlődése az átfogó, tág meghatározások irányába halad.

A gyógypedagógia, illetve speciális pedagógia s ezzel együtt a gyógypedagógiai pszichológia munkaköre azonban nemcsak területileg tágul. Egyre több az olyan megállapítás, amely nem köti meg a fogyatékos személy életkorát, akivel foglalkozni kell. Nagy általánosságban ugyan gyer-

mekek vagy fiatalok neveléséről, oktatásáról szólnak, de egyre több állásfoglalás van amellett, hogy az iskolaköteles koron aluli kisgyermek (Sif, 1965; Eidinova, 1965) és az iskolaköteles koron túli fiatal éppúgy igényelhet speciális vagy gyógyítónevelői tevékenységet, mint az iskolás (Bach, 1965; Becker, 1966). A gyógypedagógia feladatkörét nem egy meghatározott életkor vagy bizonyos intézet kerete határozza meg. Kiterjed az egész területre, ahol speciális nevelésre szükség van, kisgyermekkortól a felnőttkorig, kiterjed az otthoni nevelésre, a különböző iskolafajtákra, klinikákra, tanácsadó helyekre (Bach, 1965; Becker, 1966).

A hazánkban érvényben levő mai gyakorlat szerint a gyógypedagógia területére azok közül, akik nem nevelhetők-oktathatók az általános, szokványos módszerekkel, a *fogyatékosok* tartoznak. Ilyenek a látási fogyatékosok, a hallási fogyatékosok, az értelmi fogyatékosok, a mozgásszervi fogyatékosok és a beszédhibások. A gyógypedagógia határterületére számítják a „nehezen nevelhető", (magatartási zavarral küzdő) gyermekeket és fiatalokat (a bűnöző, az epilepsziás, a neuro- és pszichopata, a pszichotikus, a környezet károsította gyermekeket és fiatalokat). Ők is speciális nevelést igényelnek. A nehezen nevelhető gyermekek sajátos nevelése, oktatása nálunk most kerül majd megoldásra.

A sok felsorolt meghatározás közül a gyógypedagógiai lélektan számára az átfogóbbat fogadjuk el. A gyógypedagógiai pszichológia — mint pszichológiai tan — tevékenységi körét nem köthetjük az iskolaköteles korhoz. A fogyatékosokkal (a rájuk vonatkozó ismeretekkel) tehát korhatár nélkül foglalkozunk, szükség esetén „születésüktől a halálukig". Másfelől kívánatos az is, hogy speciális eljárásainkat ne korlátozzuk csak a „fogyatékosok"-ra, hanem alkalmazzuk, illetve dolgozzuk ki a speciális nevelést igénylők egyéb jellegzetes csoportjaira is.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA CÉLJA ÉS FELADATAI

A szakirodalomban kevés adatot találunk, amely differenciáltan írná le a gyógypedagógiai pszichológia célját és feladatait. Ahol mégis van ilyen, az segítő eszközt lát benne a gyógyítónevelői, illetve speciális pedagógiai cél eléréséhez (Scheidemann, 1931; Moor, 1958; Sif, 1965).

A gyógypedagógiai, vagy speciális nevelői célok és feladatok változatos formákban fejezik ki lényegében ugyanazt: . . . „felkészíteni a gyermeket és fiatalt a jövőre, a saját és mások javára" (Reger, 1965). „A gyógypedagógiai külön nevelés feladata, hogy a fogyatékos számára is biztosítsa a környező világ megértését és az élet beteljesedését" (Bach, 1965). „A gyógypedagógia feladata, hogy megkísérelje enyhíteni a természetesen alakuló kötetlen társadalmi kapcsolatokból kinövő helytelenségeket, kisebbségi helyzeteket és veszélyeket (Lichtenberger, 1962). Ehhez hasonlóan Strasser (1968) a gyógypedagógia célját abban látja, hogy az életkoruk átlagától eltérő gyermekeket és fiatalokat szellemi, pszichikai és szociális fejlődésükben segítse. Mások szerint a speciális pedagógia célja, hogy az inadaptáltakat az élet normális keringésébe helyezze. Feladata hármas: 1. a gyermek képességeit a lehetőség határáig fejlessze, 2. szereztessen meg vele minden ismeretet, amit csak be tud fogadni, és 3. készítse fel őt a szerzett ismeretek felhasználására (Beslay, 1963). Hasonló állásfoglalás szerint a cél nemcsak az anomália lehető megszüntetése, hanem — ugyancsak a lehetőség szerint — meg kell valósítani a normális nevelés célját: a szellemi és erkölcsi értékek átadását, mindazt,

ami a jó fejlődéshez szükséges (RASSEKH-ARDJOMAND, 1962). LAFON (1963) az inadaptáltak beilleszkedésére két fő feladatot tart szükségesnek: a megelőzést és a gyógyítást (kúrát). Ez utóbbit négy résztevékenységre bontja: *a)* az inadaptáltak felkutatása, *b)* megismerése (diagnosztizálása), *c)* a szorosabb értelemben vett gyógyítása (kúra) és *d)* az utógondozása (utókúra). Valamennyi feladatban LAFON a pszichológiai szempontot tartja elsődlegesnek; az eljárások lényegében pszichopedagógiaiak, pszichoszociálisak és pszichomedikálisak. Hazánkban a gyógypedagógia célja a nevelés és oktatás általános céljaihoz igazodik.

MOOR (1958) a gyógypedagógiai pszichológia célját abban látja, hogy segítséget adjon a nevelési cél elérésében. A nevelés célja az ő felfogása szerint a gyermek belső magatartásának kialakítása. Ahol ezt a lehetőségek — fejlődési gátoltság — nem engedik, a hiányokat a környezet belső „tartásával" kívánja pótolni. A „belső tartás" MOOR értelmezése szerint sokoldalú: az ember mivoltának teljességét érti rajta, amennyire az empirikus pszichológiai úton megfogható, és ahogyan pedagógiai aspektusában megjelenik. SIF (1965) a speciális pszichológia feladatának tartja az anomáliás gyermekek elmélyült tanulmányozását, oktatásuk pszichológiai megalapozását, a korrigáló oktatás fejlesztő hatásának megismerését: „Az anomáliás gyermekek oktatása" ugyanis „annál hatékonyabb, minél jobban támaszkodik az egyes kategóriájú gyermekek fejlődési módjainak és pszichikai sajátosságainak az ismeretére."

A gyógypedagógiai pszichológia számára véleményünk szerint a fentiekből az alábbi célok és feladatok következnek: minél előbb felismerni és minél jobban megismerni a fogyatékosok különleges lelki sajátosságait. Elősegíteni a korrekciót, rehabilitációt. Minél alaposabban kidolgozni és alkalmazni a speciális pszichológiai módszereket, eljárásokat és terápiát. Mindezekkel könnyebbé tenni a fogyatékosoknak a *családba*, az *iskolába*, a *munkába* és a *társadalomba* való beilleszkedését.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA RENDSZERE ÉS ÁGAI

A gyógypedagógiai lélektan *rendszere* a gyakorlatban kialakult, sőt nem egy — különféle címen — megjelent szakmunkában annak részeit elméletileg kifejtve is megtaláljuk. Kérdés, ezeknek az elemeknek egyetemességét nevezhetjük-e a gyógypedagógiai lélektan fölépült rendszerének? Kérdés, hogy a tapasztalatokból leszűrt és a tapasztalat által igazolt anyag olyan fogalmakba és ítéletekbe van-e foglalva, olyan törvényszerűségekben fejeződik-e ki, amelyek logikailag összefüggenek?

A gyógypedagógiai lélektan összefüggő, egységes rendszerének megalapozását ilyen értelemben a szakirodalomban MOOR (1943, 1958) kísérelte meg. Határozott nézőpontot tár fel, ezt a szemléletet következetes gondolatmenettel végigvezeti, ehhez mérten állapítja meg a specifikus törvényszerűségeket, ezen át válik rendszere logikailag egységessé.

Rendszere kristályosodási pontjába a „nehéz", a „kirívó", a „fejlődésében gátolt" egyént azért helyezi, hogy megvizsgálja, melyek azok a sajátos életkörülmények és a „belső szituáció"-nak azok a különlegességei, amelyek életvezetését, életfeladatának beteljesítését megnehezítik vagy befolyásolják. Hogyan boldogul egy gyengeelméjű, egy süket, egy dep-

ressziós az életben, ez az egyik kérdése. S a másik: hogyan segíthetünk rajta? A kettőt együtt élesebben és általánosabban megfogalmazva: Milyen nehézségek állhatják útját annak, hogy valaki jó és boldog ember lehessen, és az azt gátló nehézségeket miképp lehet legyőzni?

Ezt a szemléletet alkalmazza azokra a jelenség-csoportokra — és ezzel fogja egységessé őket —, amelyekre a gyógypedagógiai lélektan elméleti anyagát tagolja, és amelyek szerint annak munkaterületét beosztja.

Moor rendszerének felépítése — noha a tudományos normáknak megfelel — nem teoretikus szerkesztésű, hanem gyakorlati: a tapasztalatból nőtt ki. Egységes szemléleti módot demonstrál, ezt részben tapasztalati tényekkel, részben bizonyítható feltevésekkel igazolja.

A gyógypedagógiai lélektan alapfogalmára, tartalmára, feladataira vonatkozó eddigi megállapításokból már kitűnhetett, hogy a gyógypedagógiai pszichológia rendszere nálunk is kialakult, noha Moorétől eltérő megfogalmazásban. Sajátos céljából, tevékenységi területéről adódnak sajátos törvényszerűségei, amelyek egymással összefüggésben egy központi szemlélet alá rendelve alakultak ki. Részletezése, pontosabb igazolása a későbbiekben történik.

*

Egy tudományos rendszer megalapozottságának vizsgálatakor mindig tekintetbe kell venni annak komplexitását is. A gyógypedagógiai lélektan komplex tan, területe több részterületre oszlik:

1. *Bevezető* része az általános kérdéseket határozza meg: a gyógypedagógiai pszichológia fogalmát, célját. feladatait, munkaterületét, módszerét. Tartalmazza szemléletének kialakulását, valamint a fejlődés és az abnormalitás pszichológiai problémáit.

2. Az *általános* gyógypedagógiai lélektan, amelyet másképpen „a fogyatékosok pszichológiájának" nevezünk, a fogyatékosok lelki jelenségeivel foglalkozik. Vagyis azzal, hogy — az épekéhez viszonyítva — milyen sajátosságokat mutatnak a látási, a hallási, az értelmi, a mozgásfogyatékosok és a beszédhibások megismerő tevékenységei, érzelem-megnyilvánulásai és akarati tevékenységei. Azt kutatja, hogy a gátolt (vagy az egyoldalú) fejlődés milyen változásokat okoz, illetve okozhat az egész személyiségben.

3. A gyógypedagógiai *gyermek-*, illetve *fejlődéslélektani* rész, szintén az ép gyermek és ifjú fejlődéséhez mérve, azt állapítja meg, hogy milyen rendellenességek találhatók a fogyatékosok fejlődésében, és hogy milyen időpontban, milyen formában jelentkezhetnek a különféle rendellenességek.

4. A gyógypedagógiai *nevelés- és oktatáslélektan* iskolás korú fogyatékos gyermekek nevelésének és oktatásának mechanizmusát és folyamatait a korrigálás, tehát a gyógyítónevelés-oktatás szemszögéből kutatja. Módszereit a fogyatékosok speciális személyiségére alkalmazza.

5. A gyógypedagógiai lélektan *pszichodiagnosztikai* ága a gyógypedagógiai sajátos diagnosztikát, differenciáldiagnosztikát és pszichoterápiát foglalja magában.

6. A gyógypedagógiai pszichológia *munkalélektani* része a fogyatékosok speciális munkaalkalmassági vizsgálataival, pályaválasztási tanácsadásával, munkalehetőségeinek kiszélesítésével és rehabilitációjának pszichológiai problémáival foglalkozik.

7. *Szociálpszichológiai* ágazata most van kialakulóban.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIA MÓDSZERE

A gyógypedagógiai pszichológiai módszerek — lényegüket tekintve — szokványos pszichológiai eljárások, azaz a megfigyelés, a kikérdezés és a kísérlet különböző metódusai, de sajátos körülmények közt alkalmazva. Ezek egy részét változtatás nélkül lehet felhasználni. Mind a vizsgálatok végzésekor, mind értelmezésüknél tekintetbe kell venni az igen változatos formában megnyilvánuló rendellenességeket és fogyatékosságokat. Másutt maga az eljárás is specifikus aszerint, hogy a fogyatékosság milyen jellegzetességeket mutat.

A módszereket a diagnosztikai részben ismertetjük.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIAI SZEMLÉLET KIALAKULÁSA

A gyógypedagógiai lélektan *gyakorlata* voltaképpen magának a gyógypedagógiának a gyakorlatával kezdődik. Amikor első ízben alkalmaztak speciális nevelési eljárást süket, vak, vagy értelmi fogyatékos gyermeknél, természetesen tekintetbe kellett venni sajátos lelki jelenségeit is. Ez a felismerés akkor még nem volt tudatos, nem volt differenciált, sőt lehetett téves is, de önkéntelenül és kikerülhetetlenül hozzátartozott a sajátos eljáráshoz. A gyógyítónevelés gyakorlatának és főképpen elméletének fejlődésével párhuzamosan differenciálódott előbb a gyógypedagógiai lélektan gyakorlata, majd elmélete.

Ha a gyógypedagógiai lélektani szemlélet kifejlődésének történetét abból a szemszögből nézzük, hogy milyen művek foglalkoznak tartalmi kérdéseivel, akkor — bár nem ezen a címen — a múltban is, a jelenben is gazdag szakirodalmat találunk. Ezek azonban vagy nem irányulnak még tudatosan a gyógypedagógiai pszichológiai kérdésekre, vagy csak bizonyos részeire vonatkoznak, tehát nem fogják át — és nem ismerik fel — egységes elméletét, vagy legalábbis nem hivatkoznak rá. Egy részük „gyógypedagógia"címen, más részük különböző címeken jelenik meg.

Ha viszont a szó szorosabb értelmében vett „gyógypedagógiai lélektan" néven megfogalmazott művek után kutatunk, akkor a múltban alig egykét — a jelenben egyre szaporodó — munkára lelhetünk. Az ebben az értelemben vett gyógypedagógiai lélektan már eleve csak ott fejlődhetett ki, ahol a gyógypedagógia elmélete hosszabb idő óta tudatosan kialakult, és a gyógypedagógia maga nemcsak gyakorlatilag, hanem fogalmilag is önálló tudomány lett.

Az *első csoportba* soroljuk a *gyógypedagógia* vagy *speciális pedagógia*, vagy *különpedagógia* néven megjelent szakmunkákat, amelyekben — ha

nem is differenciáltan, de valamilyen formában benne van a pszichológiai szemlélet is. ASPERGER (1956) „Heilpädagogik" művének alcíme: Bevezetés a gyermek pszichopatológiájába. Az általános részben a vizsgálati módszereket ismerteti, az általános kóroktant és tünettant. A speciális részben az organikus és funkcionális zavarokkal foglalkozik, az egyes tünetekkel és a pedagógiai terápiával. Tárgyában is, módszerében is egészen közel áll a gyógypedagógiai lélektan elméletéhez, éppen csak teljes megfogalmazásban nem juttatja kifejezésre. MEINERTZ (1962) „Gyermeki nehézségek" című munkája általános részében a gyógypedagógia elméleti kérdéseit tárgyalja; speciális részében pedig sajátos munkaterületét. A nehézségek leküzdésére, a gyógyítónevelésre a *team*-et tartja a leghelyesebbnek. A vizsgálatok elvégzésében és a terápiában a pszichológusnak vezető szerepet tulajdonít: gyógypedagógiai nevelés csak komoly pszichológiai ismeretek birtokában lehetséges. Egy másik változat HOFF és SPIEL (1958) szemlélete. Ők a gyermekpszichiátriát hívják a gyógypedagógia segítségére, hogy a pszichés zavarokban szenvedő gyermeket megfelelő módon készítsék elő az életre. A fogyatékosoknak a pszichiátria területére való besorolása különösen az angolszász szakirodalomban terjed (HOWELLS, 1967). TÓTH Z. (1933). Általános gyógypedagógia címen szól, — noha nem differenciáltan — a megismerés és értékelés pszichológiai tevékenységeiről, mint a gyógyítónevelést megelőző feladatról. VÉRTES O. J. (1940) gyógyítónevelő rendszerét megalapozó tipológia jellegzetesen pszichológiai: az intelligencia, a cél és a jellem fogyatékossága szerint diszharmóniás, degenerált és redukált fenotípusról beszél. BÁRCZI (1959) „Általános gyógypedagógia" című művében pszichológiai szempontokat alkalmaz, főképp a fogyatékosok jellemzésében és tipológiájában, diagnózisuk megállapításának módjában és fejlődésük leírásában. EDELSBERGER (1963) munkájában olyan nevelésről és oktatásról van szó, amely a gyermekek károsodásának formája és mértéke szerint módosul. A károsodást speciális pedagógiai eljárással, főképp pedig reedukációs és kompenzációs módszerekkel aktívan befolyásolja.

A *második csoportba* tartozónak számítjuk azokat a modernebb szakmunkákat, amelyek *különböző elnevezéseken* ugyan, de valójában csaknem teljesen gyógypedagógiai lélektani szemléletet képviselnek: „speciális" „kivételes", „különleges", „gátolt", „defektusos", „rendellenes" „inadaptált", „abnormális" gyermekek és ifjak pszichológiája címeken. CRUICKSHANK (1956) és TELFORD-SAWREY (1967) „excepcionális" gyermekek és ifjak pszichológiájáról szóló műve alapjában gyógypedagógiai pszichológiai szemléletű. A „kivételes" fogalma alá csoportosítja a hallási, látási, értelmi- valamint mozgászavarban szenvedő és a beszédhibás gyermekeken kívül még az epilepsziás, a krónikus betegségben szenvedő, sőt — az átlagtól való eltérés miatt — a tehetséges gyermeket és fiatalt is.

A *Rövid Defektológiai Szótár* (1965) „defektusos" gyermekekről szól. A velük foglalkozó tudomány, a defektológia céljában és feladataiban oly átfogó, hogy gyógypedagógiai lélektani feladatokat is tartalmaz. A defektológia feladatai közé sorolja a defektusos gyermekek tanulmányozásához szükséges módszerek kidolgozását, a gyermekek defektusainak kompenzálására szolgáló eszközöknek és módszereknek a meghatározását,

az oktató-nevelő rendszer általános alapjainak kidolgozását és a defektusos gyermek tevékenységének a termelésbe való bekapcsolását.

A két Bakwin (1958) „Magatartási zavarok" címszó alatt minden, a normálistól kismértékben is eltérő, speciális problémát jelentő, speciális nevelési eljárást igénylő rendellenességet ide sorol, még az átmeneti jellegű megbetegedéseket is. Elmélet nem fogja össze, könyve pusztán bővebb lexikon jellegű. A Hetzer szerkesztette Pedagógiai Pszichológiai Kézikönyv (1959) speciális nevelésre vonatkozó fejezete pszichológiai szempontból tárgyalja a fogyatékosok nevelés-oktatásának kérdéseit, közéjük sorolva a nehezen nevelhető, a közösségbe nehezen illeszkedő, az olvasás-írás zavarában szenvedő és a hosszasabban beteg gyermekeket is.

„A normális és abnormális gyermek pszichológiája" címen Segers (1960) Decroly munkásságát ismerteti. „Abnormális", később „rendellenes" gyermeknek azt nevezi, aki nem képes a családi és iskolai környezetbe beilleszkedni. Ezek közé sorolja a látási, hallási, értelmi, mozgási rendellenességgel sújtottakat és a többféle típust befogadó érzelmi fogyatékosokat. A környezeti károsodottak számára is speciális nevelési eljárásokat tart szükségesnek.

Gyógypedagógiai lélektani szemléletet tükröz Vasziljevszkaja, Nyepomnascsaja, Pevzner, Sif és Eidinova (1961) munkája szelekciós szempontjaiban, Heymann (1953, 1960) gyógyítónevelői felfogásában, G. és M. Falisse (1962) nevelési tanácsadásában, Reger (1965) az iskola pszichológiai feladatairól vallott állásfoglalásában. A Djacskov (1965) szerkesztette munka első része, mely az anomáliás gyermek társadalmi helyzetét, klinikai jellemzését, fiziológiai sajátszerűségeit, a kompenzáció alapjait tárgyalja, tág teret szentel a pszichológiának. Foglalkozik ezenkívül az anomáliás gyermekek pszichikai fejlettségének és oktatásának pszichológiai kérdéseivel, pedagógiai tanulmányozásukkal és pedagógiai tipológiájukkal is.

A „pszichopedagógia" kifejezés illik leginkább azokra a művekre, amelyek a gyermek nevelését minden tekintetben a pszichológiára alapítják, oly mértékben, hogy tevékenységüket éppúgy lehet pszichológiainak mint pedagógiainak tekinteni (Falisse, G. és Falisse, M. I., 1962).

Szmirnov (1959) a pszichológiától várja, hogy az idegrendszeri sérülések vagy megbetegedések következtében károsodottak pszichikai funkcióinak helyreállításával és a pszichikai fejlődés „defekt"-jeinek kérdésével foglalkozzék.

Ezek közé a művek közé sorolható még a Columbia egyetem „speciális mester- és doktor"-képzésének anyaga (Connor, 1966—67) is.

A *harmadik csoportba* tartozónak azokat a műveket vettük, amelyek *„gyógypedagógiai lélektan"*, *„speciális lélektan"*, *„abnormálisok lélektana"* címen jelentek meg, vagy legalábbis e kifejezés használatával bizonyítják, hogy ennek a szemléletnek az eddigieknél egyetemesebb fogalmát képviselik.

Ranschburg (1902) már „gyógypedagógiai és orvosi pszichológia" néven nevezi kutatómunkáját, amely a szó mai értelmében is valóban az volt. Nevéhez — és munkatársai, tanítványai nevéhez — fűződik a gyógypedagógiai lélektan területén a süket, az értelmi fogyatékos és az ép gyer-

mekek összehasonlító pszichológiai vizsgálata, az olvasás-írás pszichológiájának és patológiájának kidolgozása, különösen pedig a gyengeelméjű gyermekeken végzett sokféle vizsgálat és kísérlet. Foglalkozott az értelmi fogyatékosok figyelmének, közvetlen és megtartó emlékezetének, olvasás-írás-számolás-készségének megállapításával, továbbá igen sok másirányú kutatással.

Meg kell említenünk ÉLTES nevét is. A *Binet-Simon*-féle általános intelligencia-vizsgálat magyar gyermekekre való átdolgozásával és értelmi fogyatékosokra való alkalmazásával, azonkívül az értelmi fogyatékosság területén végzett egyéb munkásságával közvetlenül a gyógypedagógiai lélektan gyakorlatát gazdagította.

SCHNELL (1929) a gyógypedagógiai lélektanban „új tudományág" megszületését látja — „amely a gyógypedagógiát a pszichológián keresztül az összes szellemi és természettudományokkal kapcsolatba hozva, elszigeteltségéből kiemeli".

VÉRTES (1953) szerint a gyógypedagógiai pszichológia a normálistól eltérő, különleges gyermekekkel foglalkozik. Célja és feladata, hogy a szabályellenes gyermekek lelki életét világosan ábrázolja, hogy ezáltal a külön nevelésnek megfelelő pszichológiai alapot adjon.

SCHEIDEMANN (1931) munkájának címéül a „Különleges gyermekek pszichológiáját"-t adja, de valójában annál tágabb. A mű a rendellenes gyermekek pszichológiai jellemzésén kívül a fogyatékosság definícióját, eredetét, okát, formáit, előfordulási sűrűségét is közli.

DJACSKOV (1947) a speciális pedagógia mellett a speciális pszichológiáról is említést tesz: határozott szemlélet szerinte csak ennek és határtudományainak birtokában alakulhat ki.

COVILLE—COSTELLO—ROUKE (1960) Abnormálisok pszichológiája címen és KERSHAW (1961) Gátolt gyermekek címen a gyógypedagógiai lélektan területén túlmenően foglalkoznak etiológiai, nevelési, környezeti é általános problémákkal.

MOOR két művében is kidolgozza a gyógypedagógiai pszichológia elméletét. Az elsőben (1943) kialakítja a gyógypedagógiai lélektan rendszerét, a másodikban (1958) egész — tapasztalatilag és elméletileg felépített — szerkezetét. MOOR a *„fejlődésében gátolt"* kifejezésben találja meg azt az átfogó egységes fogalmat, amely a gyógypedagógiai lélektan területére tartozó minden személyre egyaránt vonatkozik.

Ezen az alapon hat fő kategóriát állít fel és dolgoz ki: a magatartás gyengeségei, a nehezen nevelhetőség (neuropátia, pszichopátia, elhanyagoltság), a szellemi fogyatékosság, hallási fogyatékosság, látási fogyatékosság, mozgásfogyatékosság kategóriáit. (A beszédbeli fogyatékosságot is idesorolja, azonban kidolgozása még hiányzik).

Meg kell említenünk a francia pszichológusképzés egyik szakát, ahol a hallgatókat „speciális pszichopedagógusokká" képezik ki. (Vezető: PIÉRON, 1965). Ez a *speciális pszichopedagógia* megfelel a mi gyógypedagógiai lélektanunknak. A tantárgyak neve is ezt igazolja: A gyógyítónevelés. Az inadaptált gyermek. A közösségből kirívó gyermek és ifjú. Jellemzavarok. A gátolt gyermek. A látási, a hallási és a mozgásfogyatékosok pszichológiája.

Lafon (1963) az „inadaptáció" fogalmát — mint láttuk — tágan értelmezi, csaknem az abnormális fogalmával azonosítja, és három fő fogalomkörbe csoportosítja:

I. *Az elsődlegesen biológiai vagy testi inadaptáció fogalomkörébe sorolja* a nyomorékságot és gátoltságot, azaz a mozgásfogyatékosságot, a látási és hallási fogyatékosságot, a beszéd zavarait, a funkcionális elégtelenségeket, a krónikus betegségeket, illetve bizonyos betegségek következményeit.

II. *Az elsődlegesen pszichés inadaptáció fogalomkörébe utalja* a kedély, a jellem és az intelligencia egyszerű zavarait, az értelmi elégtelenségeket, a magatartás zavarait.

III. *Végül az elsődlegesen szociális inadaptációk közé* a családi, az iskolai, a társadalmi inadaptációt sorolja.

Sif (1965) megfogalmazása a pszichológia oldaláról közelíti meg a gyógypedagógiai lélektant. A „speciális pszichológia" (az anomáliás gyermekek pszichológiája) szerinte a pszichológiának egy olyan bonyolult területét alkotja, amely jelenleg több tudományágból áll: ezek mindegyike tanulmányozza az anomáliás gyermekek meghatározott csoportjainak pszichológiai sajátosságait és ezeknek a gyermekeknek az oktatás és nevelés viszonyai közt folyó fejlődésének menetét.

A Heese—Wegener (1967) által szerkesztett gyógypedagógiai enciklopédia megemlíti Hanselmann, majd Moor törekvését egy önálló, átfogó gyógypedagógiai pszichológiai tudomány felépítésére. A kísérletet az elméletalkotás szubjektív jellege miatt nem tartja teljesen kielégítőnek.

Olyan mű tehát, amely a gyógypedagógiai lélektan egész területét átfogná, tudományelméletileg is megalapozná, ez ideig még nem jelent meg.

Összefoglalva, a gyógypedagógiai lélektan már túl van az anyaggyűjtésnek és az adatok rendszerezésének elemi fokán. Bizonyítják azok a szakmunkák, amelyek sokfelé ágazó kérdéseinek egy-egy részletével foglalkoznak, de még inkább azok, amelyek egész problémakörét globálisan szemlélik. A gyógypedagógiai pszichológiának sajátos célja és feladatköre, árnyalt fogalmi definíciója van, meghatározott tartalma, munkaterülete, egységes szemlélete, összefüggő rendszere és önálló fejlődési iránya.

A hatáskörébe tartozó speciális pszichológiai törvényszerűségek megállapításában azonban még sok a tennivaló, sok a hiány. Rendszerében még érezhető egyfelől a gyakorlati egyoldalúság következménye, másfelől az elméleti feltevések megfogalmazásának bizonytalansága. Gyakori a szubjektív, olykor egymással szemben álló vélemény. Története rövid időre nyúlik vissza. Elméletileg és gyakorlatilag tehát még alakuló, de máris önálló, jól elhatárolható tan.

A fejlődés gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése

A pszichikus fejlődés problémája a lélektan több ágának központi témája. Elsősorban az ontogenetikus fejlődést vizsgáló gyermek-, illetve fejlődéslélektannak képezi tárgyát, de ezenkívül sok más pszichológiai tudomány is — mint pl. a neveléslélektan, a személyiség-pszichológia vagy az állatlélektan — foglalkozik a kérdéssel, mindegyik természetesen más és más szempontból.

A gyógypedagógiai pszichológia a személyiségfejlődés kérdéseit olyan rendellenes állapotok esetén vizsgálja a gyermek- és ifjúkorban, mint pl. a hallási, látási, értelmi fogyatékosság, beszédhiba vagy mozgászavar. Ezekben az esetekben a *személyiségfejlődés zavart, gátolt, akadályozott, a normálistól sajátosan eltérő* lesz. A gyógypedagógiai pszichológia feladata feltárni a fenti állapotok esetén kialakuló rendellenes személyiségfejlődés sajátosságait, a normális fejlődéssel megegyező és attól eltérő vonásait. Kutatja az *általános fejlődési törvényszerűségek sajátos megnyilvánulási formáit az egyes fogyatékossági kategóriákban.* A fejlődéslélektani szempont érvényesítése a gyógypedagógiai pszichológiában igen nagy jelentőségű, mégis a legutóbbi időkig világszerte meglehetősen elhanyagolt volt. A szovjet speciál pszichológia azonban már kialakulásának első időszakától kezdve úgy mutatkozott be, mint fejlődéslélektan (Sif, 1960). A nevelés és fejlődés egységének tételét figyelembe véve az abnormális pszichikus fejlődést a speciális, korrekciós neveléssel összefüggésben vizsgálják. Kutatják, hogyan megy végbe fogyatékos gyermekeknél az intellektuális- és személyiségfejlődés a speciális nevelés folyamatában, mintegy annak hatására, és hogyan változnak és javulnak a defektus által előidézett pszichikus sajátosságok. Ezek feltárása lehetővé teszi a korrekciós nevelőmunka jobb megszervezését, pszichológiai megalapozását, azt, hogy a nevelés során ne csak alkalmazkodjunk a fogyatékosság tényéhez, hanem mozgósítsuk a fogyatékos gyermek meglevő fejlődési lehetőségeit (Sif, 1965).

Napjainkban világszerte élénk törekvés mutatkozik a különböző fogyatékosságot mutató gyermekek nevelésének megreformálására, hatékonyabb nevelési módszerek kidolgozására. A fogyatékosok, különösen az értelmi fogyatékosok képezhetőségére vonatkozóan — a XVIII—XIX. századi egyéni próbálkozások lelkesedése után — századunkban különösen az Egyesült Államokban meglehetősen pesszimista nézetek uralkodtak. Ezek részben a 30-as években, részben a II. világháború után kezdtek megváltozni, és optimista pedagógiai szemléletnek helyt adni. Ebben sok körülmény játszott szerepet, melyek közül kétségkívül igen jelentős volt az, hogy a fogyatékos gyermekek nevelés hatására kialakuló intellektuális fejlődését kísérleti körülmények között kezdték vizsgálni (Kirk 1962).

A fejlődéslélektani szempontok érvényre jutása a gyógypedagógiai pszichológiában tehát jelentős szemléletbeli változásokat hozott a gyógypedagógiai nevelés területén is.

A fejlődés általában — és ezen belül a pszichikus fejlődés — igen sok összetevőből álló folyamat. Ha az összetevők bármelyike sérül bármely időpontban, a fejlődés folyamatában zavar keletkezik. Mielőtt az egyes fogyatékossági formák sajátos fejlődéslélektani problémáiról szó lenne, vizsgáljuk meg általános értelemben a fejlődési zavar fogalmát.

FEJLŐDÉSI ZAVAROK

Fejlődési zavar keletkezhet a biológiai tényezők rendellenessége vagy sérülése esetén és a környezeti tényezők elégtelensége folytán. A fejlődési zavar átmeneti jellegű és maradandó is lehet. Nemcsak a fejlődés összetevőiben, hanem tempójában is mutatkozhat zavar. A fejlődési tempó zavara mutatkozik meg az *akceleráció* (gyorsulás) és a *retardáció* (késleltetés) jelenségében.

Normális esetben az egyén szomatopszichés fejlődésének megvan a meghatározott törvényszerű menete. Ez részint azt jelenti, hogy a fejlődésben a funkciók egymásra következésének a sorrendje azonos, részint, hogy az egymásra következés időbeli viszonyai is nagyjából azonosak. Bizonyos funkciók meghatározott időben más funkciókhoz viszonyítva meghatározott fejlődési fázisban jelennek meg. *Normális esetben a gyermek életkora egyúttal fejlődési szintet is jelent,* vagyis a biológiai életkor kifejezi a pszichikus fejlettséget is.

A fejlődési tempó eltérése — gyorsulása vagy lassúbbodása — vonatkozhat a *szomatopszichés fejlődés egészére vagy csak egyes funkciókra.* Az előbbi esetben az emberek fejlődési ütemében mutatkozó individuális különbségek jelentős része még normális jelenség, bizonyos határon túl azonban már rendellenességről, abnormálisan gyors, illetve lassú fejlődésről beszélünk. Az utóbbi esetben, ha csak egyes funkciókra terjed ki a tempóváltozás, szintén lehet normális és abnormális változat. A fejlődéslélektan *koegzisztencia* törvénye néven ismeri azt az alapjelenséget, amikor különböző pszichikus tevékenységek azonos időben különböző fejlettségi szintet érnek el. Bizonyos határon túl azonban ez az egyébként normális funkcionális koegzisztencia megbontja a harmonikus személyiségképet, és diszharmonikus személyiségprofil kialakulásához vezet. Ez a fejlődési forma jellemző például az értelmi fogyatékosok esetében. Zazzo (1960) munkái tárták fel az értelmi fogyatékos gyermekek fejlődésének ezt az egyik általános jellemvonását, vagyis a pszichikus funkciók egyenlőtlen fejlődését. Ezt a jelenséget Zazzo *heterokróniának* nevezte. Jellemző, hogy az értelmi fogyatékosok sajátos pszichológiai profilja, melyet az egyenlőtlen funkciófejlődés hozott létre, a későbbi fejlődés során is meglehetősen változatlan marad.

A FEJLŐDÉSI TEMPÓ MEGGYORSULÁSA : AKCELERÁCIÓ

A fejlődési tempó meggyorsulása általában együtt jelentkezik a szomatikus és pszichikus fejlődésben, miután e két tényező kölcsönhatása igen kifejezett. Előfordulhat azonban az is, hogy csak az egyik terület meggyorsult fejlődését észleljük.

Normálisnak tekinthető fejlődési tempógyorsulás figyelhető meg *kedvező külső feltételek* esetén. A szomatikus fejlődésben ilyen kedvező feltétel a jó táplálkozás, az egészséges életmód, a kedvező lakás- és higiénés viszonyok, a pszichikus fejlődésben pedig a stabilan kialakult interperszonális kapcsolatok, ingerekben, élményekben gazdag környezet, megfelelő nevelés és foglalkoztatás.

A fejlődés kedvező feltételei sajátosan módosulnak a fogyatékos gyermekek esetében, mint erre Solovjev (1965) rámutat. Lehet, hogy az ép gyermek számára legkedvezőbb környezet például a süket vagy vak kisgyermek fejlődéséhez nem nyújtja a legjobb feltételeket. Amikor tehát a gyógypedagógiai nevelés során mesterségesen siettetni akarjuk a fejlődést a kedvező külső feltételek megteremtésével, akkor ismerni kell a különböző típusú fogyatékos gyermekek fejlődéséhez szükséges, speciálisan számukra előnyös környezeti hatásokat.

A normális fejlődési tempógyorsulásra példa az az általános megfigyelés, hogy a XX. század folyamán (kivéve a háborúk idejét) a gyermekek egyre javuló szociális és nevelési körülményeivel párhuzamosan meggyorsult mind szomatikus, mind pszichikus fejlődésük. Így például a nemi érés kezdete világstatisztikák szerint mindkét nemnél $1-1^1/_2$ évvel előbbre tolódott. Az újabb generációk hossznövekedésben is túlhaladják a régebbieket, és arról is sok szó esik, hogy a XX. század második felének civilizált és kulturált körülmények között élő gyermeke intellektuálisan hamarabb fejlődik, mint a néhány évtizeddel ezelőtti gyermekek.

Ennek a fejlődési tempógyorsulásnak bizonyos természetes korlátai vannak, mint ahogy a neveléssel, oktatással történő mesterséges fejlődésösztönzés lehetőségei sem végtelenek. A fejlődés belső lehetőségeinek maximális kiaknázásáról van szó, a külső feltételek kedvező megteremtésével.

A fejlődési tempógyorsulásnak lehet azonban abnormális formája is. Például a korai nemi érés (pubertas praecox) esetében, amikor a másodlagos nemi jelleg kialakulása kórosan korán következik be, esetleg már 1—2 éves korban, vagy a gyermekkor más időszakában, a valódi pubertást megelőzően.

A korai nemi érés testi koraéréssel is társulhat: korai növés, csontfejlődés, fogváltás, esetleg rendkívüli izomfejlődés. A korai nemi fejlődés vagy a központi idegrendszerben, vagy az ivarmirigyekben, vagy a mellékvesében keletkezett zavar következménye.

A kórosan meggyorsult testi fejlődéssel a pszichikus fejlődés meggyorsulása is együtt jár. Pubertas praecoxban szenvedő gyermekeknél végzett pszichológiai vizsgálatok kimutatták, hogy ezek a gyermekek intelligencia korban általában életkorukat megelőzték, és így IQ-juk is az átlagosnál magasabb. Külön csoportot alkotnak a fejlődés meggyorsulásában azok, akiknél a korai nemi érés agyi eredetű, mert ilyen esetben a központi idegrendszeri elváltozás a korai nemi érés mellett debilitást is létrehoz mint másik tünetet. Az érzelmi és indulati életben, pszichoszexuális magatartásban, szociális alkalmazkodó készségben, erkölcsi fejlődésben már nem olyan gyakori az életkor megelőzése, sőt előfordul, hogy ezen a téren a gyermekek elmaradtak, retardáltak. Ez a tény is arra mutat, hogy a pszichikus funkciók fejlődésében a külső és belső tényezők nem ját-

szanak egyforma szerepet. Az érzelmek fejlettségére, az erkölcsiség szintjére, a szociális alkalmazkodás funkciójára a külső fejlődési tényezők és az idő nagy hatással vannak. Ezek a funkciók akkor sem gyorsulnak kórosan, ha egyébként a szomatikus és mentális fejlődés előreszalad. A fejlődési tempó bármely formájú kóros meggyorsulása általában ritka jelenség.

A FEJLŐDÉSI TEMPÓ MEGLASSÚBBODÁSA: RETARDÁCIÓ

A fejlődési tempó meggyorsulásánál sokkal általánosabb jelenség a fejlődési tempó meglassúbbodása, a *késleltetett fejlődés, vagyis a retardáció.* Ha a fejlődés folyamata lassabban megy végbe, akkor a gyermek később éri el a korának megfelelő fejlettséget, vagyis az adott életkorban elmarad a hasonló korúak átlagához képest. — A retardáció fogalmát tehát az elmaradás szinonimájaként szokták használni.

Ha a retardáció a testi fejlődés és a lelki jelenségek összességének, az egész személyiségnek a fejlődésére vonatkozik, akkor *pszichoszomatikus retardációról beszélünk.* Előfordulhat, hogy a testi fejlődés kielégítő, de a pszichikus fejlődés és mozgásosság elmaradott: ekkor *pszichomotoros retardációról van szó.* Ha a pszichikus funkciók közül elsősorban a megismerő funkciók elmaradása az uralkodó, akkor *mentális retardációról beszélünk.* Ha az elmaradás csak a beszédre vonatkozik, akkor *beszédfejlődési retardáció (késői beszédfejlődés) áll fenn.* Olykor a pszichikus funkciók kornak megfelelő fejlettsége mellett csak *szomatikus retardációt látunk.*

A retardáció és elsősorban a mentális retardáció fogalmát a szakirodalomban és elsősorban az orvosi szaknyelvben igen sokféleképpen és gyakran túlságosan általános érvénnyel használják, például mindenféle fokú és eredetű intellektuális csökkenést jelölnek vele. Ezzel a mentalis retardációt tulajdonképpen az értelmi fogyatékosság szinonímájaként fogják fel — helytelenül.

A retardált fejlődés legfőbb jellemzője az, hogy a fejlődési tempóban van a zavar, a lezajlás menete és szerkezete azonban olyan, mint a normális fejlődésnél. Elsősorban a késői beszédfejlődéskor látjuk azt, hogy a megkésett funkciók szerkezetileg reprodukálják a normális fejlődést. Értelmi fogyatékosság esetében azonban más a helyzet. Ebben az esetben a fejlődés egész menete és a személyiség struktúrája nemcsak mennyiségileg, hanem minőségileg is az éptől eltérő képet mutat. A fentebb említett formájú pszichoszomatikus vagy mentális retardáció gyakran csak átmeneti jellegű, és bizonyos kedvező hatásokra a fejlődési tempó normalizálódása figyelhető meg. A fejlődési retardáció kialakulásában gyakran szerepelnek környezeti ártalmak, hosszabb betegeskedés, tehát főleg a külső tényezők felelősek a fejlődés meglassúbbodásáért. Az értelmi fogyatékosság esetében pedig elsősorban a belső tényezők nem kielégítőek.

Ha összehasonlítjuk, hogy a különböző nyelvterületek szakirodalma milyen kifejezéseket használ az értelmi fogyatékosság és elmaradás megjelölésére, akkor láthatjuk, hogy a terminológiai különbség sokszor fogalmi zavarhoz vezet (OMS, 1954; Gelof, (1963) „Mental retardation", „arrièration mentale", „umsztvenno-otsztali" kifejezések jelentésükben csak az

elmaradást juttatják kifejezésre, mégis gyakran használják a különböző súlyosságú értelmi fogyatékosságok (oligofréniák) megjelölésére még olyan szerzők is, akik egyébként tartalmilag élesen elkülönítik az elmaradt, lassúbb tempójú fejlődést és a szerkezetében patológiás, abnormális fejlődést.

ZAVART PSZICHIKUS FEJLŐDÉS A BIOLÓGIAI TÉNYEZŐK ELÉGTELENSÉGE KÖVETKEZTÉBEN

Az agyi károsodás jelentősége a fejlődés folyamatában

A fejlődési retardáció és a valódi értelmi fogyatékosság elkülönítésekor alapvető szempontnak szokták tekinteni azt, hogy az állapot előidézésében „agyi megbetegedés", „a központi idegrendszer szervi bántalma", „agysérülés" vagy tágabb meghatározásban „idegrendszeri károsodás" játssza-e a főszerepet.

Az idegrendszeri károsodás fogalmán elsősorban olyan, a méhen belüli életben, születés közben vagy fiatal korban elszenvedett exogén ártó behatást szoktak érteni, amely az idegrendszeri struktúra maradandó sérüléséhez és ezzel együtt a struktúrára épülő funkciók zavarához vezet. Az ártó behatás lehet vírus- vagy bakteriális fertőzés, vérzés, mechanikus ártalom, és ide sorolják az agyfejlődési rendellenességeket, daganatokat is. Nem szokták az agysérülés esetei közé sorolni azokat az állapotokat, ahol az idegrendszeri struktúra örökletes csökkentértékűsége áll fenn. Az elsődleges idegrendszeri ártalmak mellett bizonyos örökletes és vele született endokrin- és anyagcserezavarok következményeképpen másodlagos károsodás is kialakulhat (Benda, 1952; Göllnitz, 1954; Masland, Sarason, 1959).

Attól függően, hogy az idegrendszeri károsodás mikor következik be, módosul a károsodásnak a fejlődésre gyakorolt hatása. A vele született vagy az első év folyamán elszenvedett károsodások esetében a fejlődés kezdettől meg van zavarva, a sérülés az egész személyiség fejlődését akadályozza, rendszerint a pszichoszomatikus és motoros funkciókra, valamint az affektivitás fejlődésére is hatással van.

A későbbi életévek és különösen a negyedik, ötödik életév után történt idegrendszeri sérülések esetében már nem lehet a továbbiakban egyszerűen fejlődési zavarról beszélni. Ilyenkor ugyanis a sérülés a normálisan kibontakozott fejlődés meghatározott szakaszában károsít. De miután e későbbi stádiumban az idegrendszeri fejlődés folytán már specifikus funkció-differenciálódás figyelhető meg, a sérülés is körülírtabb, szűkebb pszichikus jelenségterület károsodását idézi elő. Például idősebb korban elszenvedett agyvelőgyulladás után az értelmi funkciók gyakran alig sérülnek, hanem a magatartás és személyiségfejlődés terén alakulnak ki súlyos zavarok. *A későbbi gyermekkor folyamán fellépő idegrendszeri sérülés következtében egy már elért fejlődési szintről történik visszaesés, leépülés, dementálódás, elbutulás.* A gyermekkori demencia, amely a legtöbb idegrendszeri károsodás következménye, lényegesen különbözik azonban a felnőttkori demenciától. A fő különbség az, hogy bizonyos funkciók leépülése, eltűnése a gyermek-

korban mindig súlyosbodik a további fejlődési lehetőségek korlátozottságával is. A felnőttkori demencia egy végállapot kialakulásához vezet. Ezzel szemben a gyermekkori demenciák súlyos formáinál is történik bizonyos állapotváltozás egyes pszichikus funkciók területén, tehát nem beszélhetünk ilyenkor még végállapotról.

A gyermekkori elmebetegségek is a legtöbb esetben demenciához vezetnek. Az intellektuális funkciók leépülése utáni állapotban gyakran nehéz az értelmi fogyatékosságtól való elkülönítés, és legtöbbször csak az addigi fejlődési út gondos elemzése és a további fejlődés megfigyelése segít ehhez hozzá (LUTZ, 1961).

A gyermekkori agyi károsodás a legkülönfélébb eredetű, megjelenési formájú és súlyosságú lehet. A sok változat ellenére mégis vannak közös vonások. Ezek a következők: *a fejlődés. további lehetőségei korlátozottak, megbomlik a személyiség egységes szerkezete, egyoldalú vagy diszharmonikus lesz, és a fő tünet legtöbbször a mentális fejlődés zavara.* E közös jellegzetességekre való tekintettel a legkülönbözőbb etiológiájú és tünetű idegrendszeri károsodás folytán létrejött kórképeket összefoglalóan *organikus pszichoszindróma* névvel szokták jelölni. E tünetegyüttes jellegzetességeit nem annyira a kóroki tényezők határozzák meg, mint inkább a sérülés ideje. A fejlődés különböző fázisaiban történt ugyanolyan idegrendszeri sérülés más pszichikus következményekkel jár, és különböző sérülés egyazon fejlődési periódusban ugyanolyan pszichés reakciós mintákat alakíthat ki (STUTTE, 1961).

Az idegrendszeri sérülések neurológiai tünetekben is kifejeződnek. Ezek vizsgálata hozzásegíthet az agysérülés megállapításához. Az idegrendszer szerkezete és működése közötti kölcsönhatás azonban olyan sokrétűen differenciált, hogy a károsodás kimutatása nem mindig lehetséges. Előfordulhat ugyanis, hogy ép idegrendszeri struktúrára rendellenes fiziológiai folyamatok épülnek. Erről van szó bizonyos vegetatív neurotikus tüneteknél, az enuresis formáinál és a beszédhibák bizonyos fajtáinál is. Előfordul, hogy a struktúra károsodása minimális, és nem tükröződik neurológiai tünetekben, viszont a pszichikus fejlődésben mégis zavart okoz. A *minimális cerebrális sérülések* eseteiben ezért különösen jelentős lesz differenciáldiagnosztikai szempontból a jellegzetes pszichikus következmények vizsgálata. Több kísérlet is történt a célból, hogy az agyi károsodással összefüggő és azzal össze nem függő intellektuális zavarok közötti különbségeket pszichológiai módszerekkel kimutassák. Jelentősek ezen a téren BENDER (1938), WERNER (1941), WEWETZER (1959) kutatásai és pszichológiai diagnosztikai eljárásai.

Az analizátorok sérülésének jelentősége a fejlődésben

Az analizátorok perifériás vagy centrális sérüléséből fakadó érzékelési kiesés jelentős befolyással van a pszichikus fejlődés egészére. Egy-egy analizátor sérülése nemcsak izolált funkciókiesést okoz, hanem megbontja a lelki jelenségek funkcionális egységét, és ezzel a személyiségfejlődés egész folyamatát megváltoztatja. A magasan organizált rendszerekben ugyanis a rendszerben meghatározott funkciót betöltő rész kiesése strukturális és funkcionális átalakuláshoz vezet. Ez vonatkozik a szervezet anatómiai, fi-

ziológiai működésére, és fokozott mértékben a legmagasabb rendűen organizált lelki jelenségek rendszerére is.

Goldstein (1934) már a század első évtizedeiben felfigyelt az izolált kiesések és a szervezet egységének kölcsönhatására, a sérülés következtében a többi funkció megváltozására. Megfigyelését főleg agysérülteken végezte, de megállapításai az analizátor sérülések következményeire is érvényesek.

Lurija (1960) kutatásai, melyek az agysérülésekkel és a károsult funkciók helyreállításával foglalkoztak, szintén jelentősen hozzájárultak ahhoz a modern pszichológiai szemlélethez, mely az érzékszervek összességét egyre inkább egységes rendszernek értelmezi. Egy analizátornak az egységes funkcionális rendszerhez való tartozása azt jelenti, hogy bekapcsolódik a rendszer többi tagjának működése is, és meghatározott kölcsönhatások alakulnak ki rész és rész, valamint az egész és részei viszonylatában.

A korai életévekben keletkezett hallási vagy látási fogyatékosság sajátos változásokat idéz elő a személyiségfejlődés folyamatában:

a) lecsökken és átalakul a külvilágról való információ felvétel;

b) átrendeződik a valóságmegismerés folyamata, hiányos tükröződés jön létre;

c) az épen maradt analizátorok jelentős szerephez jutnak a további fejlődésben. Részben átveszik, részben helyettesítik, pótolják a sérült érzékszerv egyes funkcióit. Így kialakul a fejlődés kompenzatorikus formája (Zemcova, 1966);

d) módosulnak a környezethez való cselekvéses alkalmazkodás és a környezetre való aktív ráhatás formái és lehetőségei;

e) sérül és nehezítetté válik a társadalmi kommunikáció, ami szociális izolációhoz vezethet;

f) idősebb korban a fogyatékos állapot felismerése és kedvezőtlen következményeinek tudatosítása személyiségváltozásokat idézhet elő.

Az érzékszervileg sérült gyermekek fejlődését alapvetően meghatározza az a tény — mint erre a szovjet speciális pszichológiai kutatások nyomatékosan rámutattak —, hogy az elsődleges sérüléshez *másodlagos*, sőt *harmadlagos* sérülések is csatlakoznak, melyek felismerése és elkülönítése a nevelési megelőzés szempontjából igen fontos.

Az érzékszervileg sérült gyermekek *fejlődési eltérése az ép gyermekekétől kezdetben igen jelentős.* A korrekciós neveléssel azonban ezek egyre inkább kiküszöbölődnek, és a *fejlődési görbék újra közelednek.* Minél korábban kezdődik a gyógypedagógiai nevelés, annál kevésbé alakulnak ki a másod- és harmadlagos sérülések, illetve annál inkább lehet ezeket a nevelési folyamatban kompenzálni, korrigálni.

ZAVART PSZICHIKUS FEJLŐDÉS A KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK ELÉGTELENSÉGE KÖVETKEZTÉBEN

A környezeti tényezők legkülönfélébb rendellenességeit, amelyek fejlődési zavarokhoz vezetnek, összefoglaló kifejezéssel *környezeti ártalomnak* szokták nevezni. A környezeti ártalom elnevezésben a környezet elsősorban

társadalmi környezetet jelent, és a károsító okok is társadalmi természetűek. Nem azonosítható tehát a pszichológiai környezeti ártalom fogalma egyszerűen az orvostudomány exogén noxáival, mert abba beletartoznak a biológiai környezetnek a szervezetet károsító behatásai is. A bakteriális fertőzések vagy a sugárártalmak exogén ártalmak ugyan, mégsem tartoznak a pszichológiai környezeti ártalom fogalmába még akkor sem, ha pszichés elváltozásokat is létrehoznak.

Az intelligenciazavarok osztályozásában STRAUS és KEPHART (1939) vizsgálatai óta elterjedt az *exogén és endogén eredetű zavarok* megkülönböztetése. Ezzel azonban csak a szerzett és az örökletes ártalmak megjelölésére alkottak szakkifejezéseket, de ezekből még nem lehet semmit megtudni az ártalom jellegére vonatkozóan. Az exogén, tehát szerzett ártalmakat — melyeket STRAUS és KEPHART főleg organikus sérülésekre alkalmazott — helyes tovább differenciálni és megkülönböztetni a biológiai és társadalmi hatásokat.

A következőkben a környezeti ártalom kifejezést csak egyféle értelemben használjuk: *a személyiségfejlődést kedvezőtlenül befolyásoló olyan külső behatások tartoznak ide, melyek az ember társadalmi életformájával függnek össze.*

Környezeti ártalomként szerepelhet mindannak a hiánya, ami a környezet részéről a harmonikus személyiségfejlődéshez szükséges. Nem képzelhető el normális személyiségfejlődés személyekhez fűződő tartós kapcsolatok nélkül; a szeretetigény kielégítése nélkül; érzelmi biztonságot adó, támogatást, védelmet nyújtó melléállás nélkül a felnőtt részéről és az egykorúak társaságában szerzett szociális sikerek nélkül. *Az elhanyagoltság, az érzelmi nélkülözés, a kitaszítottság és bizonytalanság érzése, kudarcok a szociális érvényesülési törekvésekben* — mind olyan kedvezőtlen környezeti tényezők, melyek fejlődési zavarokhoz vezetnek. *Az ingerszegény környezet, az életkorhoz adekvát élmények hiánya, a nevelés hibái, a gazdasági nyomor* — mind okai lehetnek környezeti ártalmaknak.

Környezeti ártalmak hatására egyaránt sérülhet a testi, értelmi, érzelmi fejlődés, és zavarok mutatkozhatnak az erkölcsi élet területén. Attól függően, hogy milyen életkorban mennyi ideig hatott a környezeti ártalom, és milyen jellegű volt — más és más tünetek kerülnek előtérbe. Leggyakrabban *az érzelmi élet, a szociális magatartás és az alkalmazkodókészség funkciói sérülnek, és neurotikus tünetek* (enurezis, ónánia, ujjszopás, törzs vagy fejhimbálás) *lépnek fel.* Gyakoriak azonban, különösen a csecsemőkori környezeti ártalmak esetén, az *intellektuális fejlődés zavarai* is.

Hatvan év óta foglalkoznak a szakemberek a környezeti ártalmak következményeinek kutatásával és az utóbbi időben a megelőzés és korrekció kérdéseivel.

A *gyermekorvosok* már a század elején felfigyeltek arra, hogy érzelmileg elhanyagolt gyermekeknél a testi fejlődés is zavart lesz.

A *pszichiáterek* elsősorban a későbbi években jelentkező pszichopatológiai jelenségek keletkezésében tulajdonítottak nagy jelentőséget a kora gyermekkori kedvezőtlen élményeknek.

A *gyakorló gyógypedagógusok* pedig a tanulók csoportosításánál, a valódi és ál-értelmi fogyatékosság elkülönítése során találkoztak a környezeti ártalom problémájával.

Már a harmincas években kimutatták, hogy az első három életévben elszenvedett környezeti ártalmak súlyos elmaradást okozhatnak. A gyermekkórházak krónikus beteg osztályain is tapasztaltak a gyermekek érzelmi életében és szociális kontaktus-teremtésében olyan komoly zavart, mely a gyógyulásra is kihatással volt. Ezeknek a megfigyeléseknek az alapján született meg a „*hospitalizmus*" kifejezés mint diagnosztikai fogalom, azoknak a pszichés zavaroknak a megjelölésére, amelyek intézeti vagy kórházi elhanyagolt nevelési körülmények között keletkeztek.

A hospitalizmus kérdésével foglalkozó kutatók közül igen jelentős munkásságot fejtett ki SPITZ (1945), aki elsősorban az *anya—gyermek kapcsolat hiányát*, illetve az első interperszonális kapcsolat zavarát emelte ki mint az intézetben nevelkedő csecsemők fejlődési rendellenességének okát. Különböző környezetben nevelkedő csecsemők és kisgyermekek fejlődését vizsgáló kutatásai híressé váltak, és a hospitalizmus kérdésével foglalkozó kutatók erre mint alapmunkára hivatkoznak.

Jelentőségének elismerése mellett azonban igen élénk vitát váltott ki a szakirodalomban SPITZ szemléletmódjának egyoldalúsága (BOWLBY, 1951).

Vizsgálatai során SPITZ összehasonlította jó táplálkozási és egészségügyi viszonyok között, de ingerszegény környezetben, stabil emberi kapcsolatok nélkül nevelkedő intézeti gyermekek fejlődését két másik csoporttal. Az egyik szegényebb, viszonylag primitív, de családi környezetben nevelkedő gyermekek csoportja volt, míg a másik csoportot egy női börtön kedvezőtlen egészségügyi viszonyai között anyjuk által nevelt csecsemők alkották, ahol az anyák többnyire primitívek vagy szubnormálisak voltak.

Az utóbbi csoport fejlődési előnyét a szinte biológiai szinten jelentkező igen intenzív anya-gyermek kapcsolatnak tulajdonította. A börtönben ugyanis az anyáknak gyermekük gondozása volt az egyedüli lehetőség ambícióik, női ösztöneik, érzelmeik, szereplési vágyuk kiélésére. Ezáltal gyermekükhöz fűződő kapcsolatuk érzelmileg hangsúlyozott lett, aminek eredménye a fejlődési görbékben közvetlenül megmutatkozott. Ezen a ponton merült fel a legtöbb ellenvetés SPITZ elméletével szemben.

A környezeti ártalmak súlyosságára vonatkozóan úgyszólván minden kutató kiemeli, hogy a csecsemőkorban és a kora gyermekkorban elszenvedett környezeti ártalom a legsúlyosabb, de érzékeny időpont az 5—6. és a 9. életév is. Meglehetősen általános az a vélemény, hogy a környezeti ártalmak is hozhatnak létre *irreverzibilis személyiségváltozást*, különösen akkor, ha a károsodás csecsemőkorban érte a gyermeket, és a korrigáló nevelés csak az iskoláskorban veszi kezdetét.

Szükséges azonban felhívni a figyelmet arra, hogy a környezeti ártalmak irreverzibilitásának az elfogadása helytelen pedagógiai következtetések levonásához vezethet, amennyiben a környezetileg sérült gyermekekkel való foglalkozás eredményességét vonja kétségbe. Az intellektuális és személyiségfejlődési zavarok differenciálásakor, amikor *el kell dönteni, hogy ezt a zavart környezeti ártalom vagy organikus károsodás okozta*-e, nagyon sok körülményt kell gondosan mérlegelni. Fel kell figyelni arra, hogy organikus sérülésekből fakadó értelmi fogyatékossághoz is csatlakozhat környezeti ártalom, és ez a meglevő fogyatékosságot súlyosbíthatja. *Egy kóros állapotnak tehát két vagy több oka is lehet.* A probléma ezért igen gyakran nem úgy

merül fel, hogy egy adott gyermek fejlődési zavarának kialakulását vagy organikus, vagy környezeti tényezők okozzák, hanem nagyon gyakran mindkettő kimutatható. Különösen gyakran találunk familiáris eredetű értelmi fogyatékossághoz társuló környezeti ártalmat. Mert ha például a családban valamelyik szülő vagy több családtag, esetleg az anya értelmi fogyatékos, akkor az ilyen család által biztosított közvetlen környezet, életmód és nevelés is rendszerint igen kedvezőtlen a gyermek számára. Vagy például a sorozatos csecsemőkori fertőző betegségek részint az idegrendszer organikus sérülését okozhatják, részint a korai hospitalizáció következtében környezeti ártalomként is felfoghatók. Gyakran esik össze az anamnézisben biztosan kimutatható környezeti ártalom olyan, csak a neurológiai vizsgálatkor észlelhető organikus sérüléssel, melynek eredete ismeretlen. Azonkívül a csecsemőotthonban nevelkedő gyermekeknél az esetleges értelmi retardáció kialakulásában azt is figyelembe kell venni, hogy általában több az organikusan is sérült közöttük, mint a szülői otthonban nevelt gyermekeknél. Több az örökletes rendellenesség közöttük, például szüleik elmebetegsége, súlyosabb értelmi fogyatékossága révén, ami éppen a gyermek intézetbe helyezésének egyik oka. Több betegséget is kapnak meg az intézeti gyermekek. Ez a magyarázata annak, hogy *olyan intézetekben is előfordulhat a gyermekeknél fejlődési retardáció, ahol gondosan ügyelnek a hospitalizáció ellensúlyozására.*

A normalitás és abnormalitás fogalma

A gyógypedagógia valamilyen szempontból abnormális gyermekek nevelésével és oktatásával foglalkozik. Az abnormálitás ezeknél a gyermekeknél meghatározott állapotot jelent, amelynek megértéséhez feltétlenül szükséges megismerkedni a normális és abnormális fogalmak tartalmával.

A *megszokott, szabályosan jelentkező megnyilvánulást nevezzük* a hétköznapi értelemben *normálisnak. Abnormális* a köznyelv használatában *minden olyan jelenség, amely rendellenes, szabályellenes, szabálytalan, szokatlan, különös.* Így beszélhetünk abnormális időjárásról vagy abnormális árakról, vagy gazdasági helyzetről. Az abnormalitás mindig csak a normalitáshoz viszonyított értéket jelent. Miután pedig a normális kritériumainak a megállapítása az emberek által készített önkényes absztrakció, az *abnormalitás mindig függvénye annak, hogy mit nevezünk normálisnak.*

Az abnormalitás kifejezhet a normálistól pozitív és negatív irányban történő eltérést. Gyakoribb azonban az abnormalitás negatív értelmű használata, ami csökkentértékűséget is kifejez. Az abnormalitás ilyen értelmű fogalmával rokon a *fogyatékosság* kifejezés is. Ez szűkebb kategória, mint az abnormalitás, elsősorban *hiányosságot, hibát, tökéletlenséget, valaminek a nem teljes voltát fejezi ki* (A Magyar Nyelv Értelmező Szótára, 1960).

Biológiai és pszichológiai értelemben a normális és abnormális értékítéletet elsősorban az élő világ jelenségeire szokták alkalmazni, olyanokra, melyek változásban, fejlődésben, átalakulásban vannak. Egy adott faj fejlődésében a törvényszerűen megszokottól való eltérés az abnormális.

A NORMÁLIS ÉS ABNORMÁLIS JELENSÉGEK MEGHATÁROZÁSA

A normális és abnormális jelenségek körét meghatározni nagyon nehéz. A meghatározás sok tényezőtől függ. Mások a meghatározás lehetőségei az élőlények azon szervezeti és működési sajátosságainál, melyek mennyiségileg is megragadhatóak és mérhetőek. Megint mások a meghatározás lehetőségei a szervezet nem vagy nehezen mérhető teljesítményeinél. Az előbbi csoportba tartoznak bizonyos anatómiai-fiziológiai sajátosságok: például testi növekedés, bizonyos szervek alakja, színe, a szervezet anyagcsere-folyamatai, a vérnyomás változásai, az ingerület terjedésének sebessége stb. Az utóbbi csoportba tartoznak a pszichikus funkciók, a funkciókat megalapozó képességek, különösen, ha azok összetettek, az emberi magatartás és cselekvés különféle formái.

A normalitást és abnormalitást megállapíthatjuk:
biológiai meghatározással,
matematikai-statisztikai meghatározással,
társadalmi meghatározással.

Biológiai szempontból normálisnak tekinthető az egyén, ha sajátosságai megegyeznek a faj sajátosságaival; és abnormálisnak, ha sajátosságai eltérnek a faj megszokott sajátosságaitól. Ilyen értelemben abnormális a piros szemszínű egyén, vagy az, akinek a kezén hat ujja van, vagy bármilyen funkciója más, mint a faj többi tagjáé. Ez a meghatározás csak nagyon durva eltérések esetén ad lehetőséget az osztályozásra, és nincs tekintettel az eltérés mértékére, amelyet pedig fontos figyelembe venni az abnormalitás megállapításakor.

A matematikai statisztikai meghatározás éppen a megszokottól, az átlagostól való pozitív vagy negatív irányban történő eltérés mértékének a megállapításával igyekszik konkrétabbá tenni a normalitás, illetve abnormalitás fogalmát. Magának az átlagosnak a meghatározása is matematikailag történik. Az átlagosnak matematikailag kifejezett számszerű értéke a *számtani középérték*. A számtani középérték azonban nem lehet egyúttal a normalitás mértéke is. Hiszen a normális jelenségek között is vannak fokozati eltérések, minőségi különbségek. Ha egy adattal akarnánk a normalitást meghatározni, akkor csak nagyon kevés jelenségre mondhatnánk, hogy normális, a többség az abnormálisok kategóriájába esne. *A normalitás tehát semmilyen tulajdonság esetén sem fejezhető ki egy számmal, hanem mindig egy övezetet jelent*, amelyen belül kisebb nagyobb eltérések vannak. Azt, hogy hol van a határ, amelyen túl már abnormális jelenségekkel van dolgunk, a különböző matematikai statisztikai eljárások segítségével tudjuk megállapítani. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a pszichikus teljesítmények esetében a határt nem lehet élesen megvonni, ezért mindig külön problémát jelent az abnormalitás és normalitás átmeneténél a *határesetek* kérdése.

Az abnormalitás és normalitás határértékének a megállapításához nagyszámú vizsgálati alanyra vagy, ember esetében, vizsgálati személyre van szükség. Nagyszámú vizsgálati személy esetében egy bizonyos tulajdonság vagy teljesítmény mérésével meg tudjuk állapítani a mutatkozó egyéni eltéréseket és azt a két szélső értéket, amelyek között a különböző tulajdonságok vagy teljesítmények eloszlanak. A normalitás övének meghatározása szempontjából fontos, hogy mennyire kiterjedt övezetből származnak az egyéni eltérések, és az övezeten belül számszerűen hogyan oszlanak meg.

A normális eloszlás görbéje. A legtöbb tulajdonság és teljesítmény esetében a vizsgált esetek számszerű eloszlása a különböző értékek területén meglehetősen szabályos. A legtöbb eset a számtani középérték körül helyezkedik el, majd arányosan csökken a szám a szélső értékek, az extrém variánsok felé. *A jelenségek ilyen megszokott normális eloszlásának a grafikus ábrázolását fejezi ki a Gauss-görbe.* A *Gauss*-görbe egy olyan koordináta rendszer segítségével ábrázolható, ahol az ordinátára az esetek számát, az abszcisszára az eltéréseket vezetjük. A *Gauss*-görbének a következő jellegzetességei vannak: csak egy szimmetrikus csúcsa van; mindkét oldal felől meghatározott

matematikai törvényszerűség alapján folymatosan a közép felé tart. A *Gauss*-görbe tehát egy meghatározott harangalakot mutat.

Normális eloszlást kapunk minden olyan tulajdonság és teljesítmény esetében, amelynek bekövetkezése sok egymástól független, egyenként nem jelentős hatású tényező összhatásától függ, és ezek a tényezők összeadódnak. Ilyen eloszlást kapunk bizonyos véletlenül előforduló jelenségek esetében is, például amikor több játékkockával dobott pontszámok összegét tekintjük eredménynek. Normális görbét ad a nagy embercsoporton végzett testmagasság-mérések eredménye is. A pszichikus funkciók közül az intelligenciát tudják leginkább számszerű értékekben kifejezni. Az IQ-k eloszlása az átlagnépesedésben szintén mutat hasonlóságot a *Gauss*-görbéhez. A pszichikus funkciók, illetve képességek mérése terén azonban igen sok a nehézség, ez az oka, hogy ezek esetében a normalitás matematikai meghatározása nem lehet kielégítő, szükség van társadalmi szempontú meghatározásra, szociális kritériumok figyelembevételére is.

A normális eloszlásnak igen nagy jelentősége van mindenféle teljesítménynorma megállapításában, így a *teszteljárások hitelesítésében, standardizálásában.* A *Gauss*-görbe modellül szolgál ilyen esetekben. Egy feladat vagy próba akkor adekvát egy csoport gyermek vagy felnőtt képességeire, ha a feladatmegoldás értékei a nagyszámú csoport tagjainál vagy a kisebb számú reprezentációs csoport tagjainál normális eloszlást mutatnak. Ha a feladat a csoport többsége számára túl könnyű vagy túl nehéz, nem kapunk normális eloszlást (Ghiselli, 1960; Meili 1965; Sixtil, 1967).

A szóródás. A számtani középértéktől való egyéni eltérések, vagyis a szóródás befolyásolja azt, hogy hol van a normális jelenségek határa. Minden norma megállapításához fontos tehát tudni az átlagos értéken kívül a szóródás mértékét is, hiszen azonos átlag teljesen különböző csoportok teljesítményeiből adódhat.

A szóródás mértékét meghatározott matematikai eljárással állapíthatjuk meg, az így kapott mértékszám szabja meg a normalitás határát. *A szóródás mértékét a szórás vagy szigma fejezi ki* (standard deviáció, standard hiba. Jele: s betű, vagy szigma: σ). A szigma valamennyi középértéktől való eltérést felhasználja a normalitás megállapításához. A szórás vagy szigma a középértéktől számított eltérések négyzeteinek átlagából vont négyzetgyökkel egyenlő. Ezt a számítási módot nevezik a négyzetes eltérés módszerének. A normalitás övének matematikai meghatározásakor mindig meg szokták adni, hogy $\pm$ hány szigmaérték után következik a normalitás határa.

A szélső értékek közötti *gyakorisági eloszlás* is igen fontos a normalitás meghatározásában. A gyakorisági eloszlás azt mutatja meg, hogy az egyes eltérő értékeknél az összes esetek hány százaléka fordul elő (Guilford, 1965).

Társadalmi meghatározás. Az, hogy a jelenségek közül mi a normális és mi az abnormális, magukon a jelenségeken kívül függ azoktól az emberektől, csoportoktól, akiktől ez a meghatározás származik. *Különböző társadalmi viszonyok, gazdasági és földrajzi körülmények között, eltérő etnikai csoportokban mást tartanak az emberek normálisnak és mást abnormálisnak.* Bizonyos pszichológiai jelenségek, magatartásformák, társadalmi és kulturális szokások esetében ez különösen érvényes (Nyirő, 1961).

A normális és abnormális értékítélet azonban az embereknél gyakran nem racionális alapú, hanem érzelmi tényezőktől vagy a megszokástól függ. Példa erre, hogy kiemelkedő géniuszokat rendkívüliségük miatt a kortársak gyakran abnormálisnak ítéltek.

A pszichiátriában és a patopszichológiában mindig történt kísérlet arra, hogy meghatározzák a „*pszichés egészség*" vagy a „*mentális normalitás*" fogalmát. Ezek a kísérletek azonban, mint erre HARMS (1953) is rámutat, a mai napig nem kielégítőek. Egyes intellektuális képességek terén ez inkább megoldható, de az egész személyiségre nézve — éppen a személyiség összetettsége és sokféle változata miatt — szinte megoldhatatlan probléma a normalitás megállapítása. Fejlődésben levő gyermekeknél pedig még inkább az. Ezért írja HARMS, hogy „a teljes normalitás valami teljesen abnormális dolog", és az absztrakt normalitás után kutatni a gyermeki pszichikum vizsgálata során önmagában is abnormális.

Társadalmi meghatározás szerint normálisnak tekinthetjük azt, aki munkájával és magatartásával eredményesen be tud illeszkedni a társadalom életébe, önálló életvezetésre képes.

Ez a meghatározás azonban megint csak egy szempontot vesz figyelembe — az emberi együttélésben mindenesetre egy lényeges szempontot — a szociális funkciókat. Azonban ha valaki ebből a szempontból normális, az még nem zárja ki azt, hogy más jellegű abnormalitása ne lehessen. Példaként említhetjük erre vonatkozóan a könnyű értelmi fogyatékosok társadalmi beilleszkedését. Közismert dolog, hogy a gyermekkorukban debilisnek tartott egyéneket később környezetük nem ítéli annak. Eltekintve a helytelenül diagnosztizált esetektől, rendszerint arról van szó, hogy más kritériumok alapján ítélik meg a szakemberek az iskolai feladathelyzetben a gyermek „intellektuális normalitását"; és megint más kritériumok alapján ítél a közvélemény társadalmi élethelyzetben a „szociális normalitásról" (ZAZZO, 1960; WINDLE, 1962).

A mentális betegségekkel szembeni társadalmi szemlélet és így a normalitás megítélése is sokat változott az évszázadok folyamán.

Igen hosszú út vezetett az abnormalitások megítélésében addig a modern gondolatig, mely elismeri, hogy az *abnormális pszichéjű, sérült, csökkent értékű fogyatékos embereknek is joguk van emberhez méltó életre*, a társadalom életébe való bekapcsolódásra, arra, hogy a társadalom elfogadja őket olyannak, amilyenek, és minden formájú (orvosi, pedagógiai, szociális) segítséget megadjon számukra.

Második rész

A fogyatékosok pszichológiája

A fogyatékosok pszichológiájáról általában

A „fogyatékosok pszichológiája" arra a kérdésre kíván feleletet adni, mi jellemző a különféle fogyatékosok személyiségére, megismerő funkcióira, érzelmi életére, akaratvilágára és tevékenységeire. Azt vizsgálja, milyen kóros vagy serkentő elváltozást hoz létre valamilyen „fogyatékosság" az egyén pszichés megnyilvánulásaiban. Még részletesebben: milyen sajátosságokat mutat az a személyiség, aki például látás vagy hallás útján nem, vagy csak leszűkítetten szerezhet ismereteket; hogyan tükröződik számára a külvilág? Hogyan illeszkedik a közösségbe a mozgásfogyatékos, vagy a hibásbeszédű a maga sajátos személyiségével, és hogyan fogadja be őt a közösség?

Az *elsődleges defektus*, illetve fogyatékosság, illetve sérülés — ahogy ezt ma már általában az egész korszerű szakirodalom vallja — nem marad elszigetelt jelenség. (Busemann, 1959; Wewetzer, 1959; Zazzo, 1960; Asperger 1961; Sif, 1965; Djacskov, 1965; Bach, 1965; Moor 1965; O'Connor, 1966; Boszkisz, 1966; Pinszkij, 1966; Nel—Sonnekus, 1968.)

A károsodás következtében az egész pszichés fejlődés menete eltér az általánostól. Példák a fenti szakirodalomból: A vak személy, különösen, ha így született, vagy igen fiatalon vesztette el szeme világát, látás útján nem szerezhet ismeretet, tehát nem vehet részt közvetlenül a külvilág megismerésének egyik legfontosabb területén. Ez a tény *másodlagos elváltozást* von maga után. A másodlagos eltérés a pszichés jelenségek egész sorát közvetlenül sajátossá teszi. A világtalannak speciális az érzékelése, a figyelme, az emlékezete, a képzelete, a gondolkodása, a beszéde, sőt sajátos a mozgása is. További következményeiben — tehát közvetve — affektív megnyilvánulásai, a külvilágra való rekaciói is speciálisak lesznek. Sőt, mindezek összetevőjeként, *harmadlagos eltérésről* is beszélhetünk, az *egész személyiség* sajátosságáról. Ezek a sajátosságok azonban nem kizárólag negatívumot jelentenek: az épen maradt analizátorok, a hallás, a tapintás és egyéb érzékszervek begyakorlódnak, érzékenyebbekké válnak, kifinomodnak. Így más módon ugyan, de a hiányzó érzékszervi funkciók bizonyos fokig pótlódnak, „kompenzálódnak".

A süketeknek viszont a hallási analizátor kiesése miatt nincsenek vagy alig vannak hallási benyomásaik. Ennek következményeként náluk a pszichés tevékenységben szintén másodlagos elváltozás jelentkezik, közvetlenül, elsősorban a „némaság". A hangos beszédet a süket csak mesterségesen képes elsajátítani. Ebből következik — már közvetett eltérésként — hogy gondolkodásuk konkrét, az elvontabb gondolkodási műveletek, mint az analízis, szintézis, általánosítás, szimbolizáció késve és hiányosan fejlődik ki náluk. Kompenzációs tényezőként itt a látás, a taktilis-vibrációs és

a kinesztétikus érzékelés kifinomodása és a hangos beszéd megtanulása szerepel. Személyiségük azonban így is, itt is, mintegy harmadlagos eltérésként — sajátos.

Hasonló a helyzet az értelmi fogyatékosok, a mozgásszervükben károsodottak, a hibásbeszédűek esetében is. Ez igaz — szűkebb értelemben — a „rendellenes"-nek, nehezen nevelhetőnek, magatartási zavarban szenvedőnek nevezettek tekintetében is. A hibát, rendellenességet vagy fogyatékosságot sohasem izolálva, mintegy „kiemelve" veszi tekintetbe a mai irányzat, hanem az *egész személyiség* elváltozását szemléli a hiba, a rendellenesség, a fogyatékosság „korrekciójánál" is: az egész személyiség fejlesztésére, „gyógyítására" törekszik. Sőt a környezetet is alaposan meg kell ismerni, amelyben a károsodott egyén él, és tanáccsal ellátni, „nevelni" kell (Stone—Deyton, 1951; Moor, 1958; Hulek, 1960; 1965; Djacskov, 1965; Gegesi Kiss—P. Liebermann Lucy, 1965).

Az elsődleges defektusok a legtöbb esetben az orvostudomány eddigi eredményei alapján, sajnos, még nem gyógyíthatók. A vak nem nyeri vissza látását, a süket hallását, a mozgásfogyatékos tagjai épségét. Mégis, speciális eljárásokkal a másodlagos károsodás és következménye enyhíthető, esetleg egy bizonyos fokig megakadályozható: a személyiségfejlődésre káros következmények, a harmadlagos sérülés elkerülhetők, a személyiség harmonikus kifejlődése elérhető. Például a vakok elégtelen térérzékét a térbeli tájékozódás más módszerei segítik: a légnyomás, a hangok, a hőmérsékletváltozás, a szagok finom, differenciált érzékelése. Az elsődleges sérülés gyógyítása az orvos feladata, a másodlagos tünetek javítása — és a további következmények megelőzése — pedig a gyógypedagógusé. Mindezek miatt igen fontos a másodlagos, közvetlen és közvetett tünetek tanulmányozása, a károsodott gyermek pszichés fejlődése és a gyógypedagógiai gyakorlat érdekében egyaránt. Mivel az elsődleges és további károsodástól függ, hogy ezek az elváltozások milyen mértékben és milyen módon javíthatók, ezért igen lényeges például annak megállapítása, hogy a vak gyermek teljesen vak-e, a süket teljesen süket-e, vagy csak gyöngénlátó, illetve nagyothalló és milyen mértékben. Pontos diagnosztizálást kíván ez a differenciált iskoláztatási, gyógyítási, nevelési szempontból is. A másodlagos tünetek kompenzálásának elősegítése a személyiségfejlődés szempontjából is igen lényeges, ezért minél korábban kell elkezdeni (Sif, 1965; Djacskov, 1965; Boszkisz, 1966).

Ha a másodlagos tünetek kellő időben és kellő mértékben „kompenzálódnak", a károsodott személyben nem alakul ki a kudarcélmények következtében az elszigeteltség, a kishitűség érzése, a bizalmatlanság, a gyanakvás, az önbizalomhiány és egyéb jellegzetessége a károsodott személyiségnek. A fogyatékos személyiség egészségesebben fejlődik és a társadalomba könnyebben beilleszkedik.

A „fogyatékosok pszichológiája" nem azonos a „gyógypedagógiai pszichológiá"-val, annak csak egy része. A pszichológia egészéhez viszonyítva az „általános pszichológiá"-nak felel meg.

Noha a személyiség szétválaszthatatlan egység, mégis — a könnyebb elemezhetőség kedvéért — a szokványos lélektan eljárásait követjük: a személyiség általános ismertetése után a fogyatékosok megismerő tevé-

kenységeinek jellegzetességeivel, az épektől való eltéréseivel részleteiben foglalkozunk. Így tudjuk ugyanis pontosabban megismerni az elsődleges sérülésekre ráépült másodlagos és további károsodások és személyiségváltások tipikus és egyéni változatait.

A fogyatékosok személyiségéről általában

Könyvünkben részletesen foglalkozunk a fogyatékosok lelki jelenségeivel. A lelki jelenségek azonban önmagukban sehol sem fordulnak elő, ezeket csak a személyiséghez való viszonyukban közelíthetjük, érthetjük meg. Mivel a lelki funkciók összessége a személyiségben sajátos és magasabb rendű egységgé szerveződik, fel kell vetnünk a kérdést: milyen alakító szerepük van az egyes fogyatékosságoknak a személyiség egészében, és miben nyilvánul meg az épek személyiségétől való eltérés?

A fogyatékosok személyiségvonásainak feltárásában két okból nehéz egységes elv szerint haladnunk: először azért, mert a mai pszichológia személyiséglélektani szemlélete nem egységes; másodszor, mert a különböző fogyatékosságok a személyiség alakulását különféleképpen befolyásolják.

A SZEMÉLYISÉGLÉLEKTAN NÉHÁNY KÉRDÉSÉRŐL ÁLTALÁBAN

A személyiség mibenlétének kérdésével úgyszólván a legrégibb irodalmi emlékekben is találkozunk, bár a személyiség pszichológiai fogalma és műszava akkor még ismeretlen volt. Az idők folyamán a fogalom kiépült és betagolódott a pszichológiába, de új lett a kérdés megközelítésének módja is. Korunk pszichológusainak olyan utat kellett keresniük, amely megfelel a modern ember szemléletének.

Annak megfogalmazása, hogy mi a személyiség, az emberről alkotott nézetek szerint különféle módon alakul. Nyilvánvaló, hogy a személyiség megfogalmazásának két alapvető koncepcióját a materialista és idealista szemléletmód adja. Azonban a személyiség meghatározása, az irodalom tanúsága szerint, ezen két irányon belül nem egységes. Sem a pszichológiában, sem a pszichiátriában nincs általánosan elfogadott definíciója. Ezt juttatja kifejezésre az a tény is, hogy ALLPORT, amerikai pszichológus „Personality" c. munkájában nem kevesebb, mint ötven meghatározást gyűjtött össze, amelyek a személyiség mibenlétével, struktúrájával, fejlődésével foglalkoznak (ARNOLD, 1957).

A személyiséglélektannal foglalkozó szovjet szakirodalom is arról ad hírt, hogy a személyiség mibenlétének kérdése ma még a Szovjetunióban sem egységes.

A személyiség-definíciók analízise felfedi, hogy végső soron a személyiségről adott minden meghatározás — akarva, nem akarva — magát az embert jelenti. Minden ember „személyiség". Valamennyi élőlény közül az ember az egyetlen, aki az organizmusból személyiséggé fejlődik. „Külső meg-

jelenését illetően a történelem legnagyobbjai éppúgy, mint minden jelentéktelen személyisége is egy bizonyos, sajátosan reá jellemző alakkal, »portréval« rendelkezik, mint ahogyan minden embernek megvan a maga sajátos hangszíne vagy kézírása is" (SIPKOVENSKY, 1960).

A személyiség fogalma a múlt századbeli és századeleji klasszikus pszichológiában még nem alakult ki. KOCH (1959) probléma-fejlődési áttekintése utal arra, hogy a vizsgálatok kezdetben csak a pszichológiai folyamatokkal, tudatjelenségekkel, viselkedési módokkal foglalkoztak, és csak a „kísérleti személy" fogalma utal szerényen az egyes ember pszichológiai fogalmára. WUNDT, aki a klasszikus lélektan legmarkánsabb képviselője, ismeri ugyan és beszél is a karakter vagy személyiség fogalmáról, de ennek mibenlétét még nem kutatja. A kísérleti személy szerepe alapjában véve csak addig volt fontos, amíg általa olyan természetű törvények voltak felkutathatók, amelyek nemcsak reá voltak egyénien jellemzőek, hanem általános érvényű megállapításokhoz segítettek. A személyi különbségekből eredő jelenségek ebben a szemléletben szinte kivetni valók voltak, és az „objektívnek", a „természettudományosnak" ellentétét jelentették. A modern lélektan azonban tudja, hogy a kísérleti személyek, mielőtt a kísérletek „emberanyagát" képviselték, a kísérleti laboratóriumba sokrétű lelki tartalmat vittek. Éppen ez a „hozott" lelki tartalom volt az, amely azután a későbbiekben fontossá vált. A „kísérleti személy" fogalma az idők folyamán átalakult, továbbfejlődött és tágult a mai személyiségfogalomig.

A pszichológiában — anélkül, hogy kifejezetten megkülönböztetnék — sokszor egymás után vagy egymás mellett, sőt gyakran azonos értelemben is alkalmazzák a *személyiség*, *személy*, illetve *karakter* kifejezéseket. Bár a lélektan nem mondhat le a másik két fogalomról sem, a modern pszichológiai nyelvhasználatban az „ember" átfogó megjelölésére a személyiség szó ver leginkább gyökeret. A modern személyiséglélektani irányok aláhúzottan hangsúlyozzák, hogy e kifejezések nem szinoním fogalmakat fednek.

Mit értünk személyiségen?

A személyiség mibenlétét RUBINSTEIN (1958), KARDOS (1960), NYIRŐ (1961), GEGESI KISS (1963) munkái alapján a következőkben fogalmazzuk meg:

A *személyiség* az egyedi ember egyéni tulajdonságainak sajátos összessége és egyben bizonyos rendezettségű egysége. Minden ember szomatopszichés tulajdonságainak különleges, egyéni összjellege van, amely a külvilág hatására egyéni módon reagál. A személyiség tehát nemcsak a pszichés tulajdonságok összessége, hanem az egyén azon vele született és szerzett, belső és külső, morfológiai és funkcionális feltételeinek egymásba kapcsolódó egysége, amely a biológiailag adott határokon belül a környezeti hatásokra alakul ki. A személyiség *szintetikus fogalom*, amely felöleli az emberi szervezet összes sajátosságait, mind a pszichikumot, mind a szomatikumot, az aktív cselekvő ember egészét, születésétől haláláig. Pszichés szempontból a személyiség a lelki események teljes folyamatos egésze, a lelki élet azon különleges összjellege, amelyben összefonódnak: a temperamentum, az érdeklődés, a képességek és a karakter; a személyiség fogalmába beletartoznak az egyén megismerési, viszonyulási és alkalmazkodási folyamatai és módjai.

A *karakter mibenlétét* főleg RUBINSTEIN (1958, 1959) munkái alapján jellemezzük. A *karakter* a személyiségen belül az egyén azon tulajdonságait foglalja magában, amelyek minden megnyilatkozásának egy bizonyos jelleget kölcsönöznek, s a világgal és a többi emberrel szembeni viszonyát reá jellegzetes, sajátos módon szabályozzák. A karakter kapcsolatos az ember ösztönszükségleteivel, hajlamaival, érdeklődésével, törekvéseivel értékeléseivel és egész alapbeállítottságával; másként fogalmazva: érzelmi és akarati struktúrájával. A karakter kifejezésre jut a tartalomban, abban, amit az ember tesz, és a formában, ahogyan teszi.

Mivel a személyiség legbensőbb sajátosságai a karakterben koncentrálódnak, a személyiség magjaként tekinthetők. Ezért alkalmazták a személyiséglélektan fejlődése folyamán, vagy alkalmazzák még ma is nemegyszer a karakter és a személyiség kifejezést, illetőleg fogalmat azonos értelemben.

Mint már az eddigiekből is látjuk, a személyiség és a karakter fogalma bizonyos belső rokonságuk ellenére sem azonos: 1. *a személyiség fogalma tágabb a karakter fogalmánál;* 2. *a karakter az a tulajdonsága az embernek, amely minden megnyilvánulásának bizonyos meghatározott, reá jellemző, sajátos jelleget kölcsönöz.* Bár a karaktervonások is változnak (változhatnak) a külső hatásokra, mégis viszonylag a személyiség konstansabb szférájához tartoznak (RUBINSTEIN, 1958).

Érdekesen érzékelteti ezt a különbséget a két szó etimológiája is. A *személyiség* vagy perszonalitás, a régi latin „persona" szóra vezethető vissza. Ez álarcot jelentett, amelyet a színész magára vett, s amelyen keresztül áthangzott (personare) a szó. Majd magára a szerepet játszó színészre, illetve a játszott szerepre vonatkozott. Később Cicerónál a persona szó az életben kapott és átvett szerepet jelentette. A *karakter* szó, eredetét tekintve a görög „charasso"=bevésni szóval van kapcsolatban, amely a persona, álarc, szerep szóval ellentétben az ember állandóbb jellegű tulajdonságaira utal.

Az emberi magatartás kialakulásának két fontos tényezője az intelligencia és a karakter. A lélektan több képviselője hangsúlyozza, hogy az intelligencia az egyén megnyilatkozási módjában általában kisebb szerepet játszik, mint ahogyan azt sokszor feltételezzük. A „képességek, a megfelelő jellembeli tulajdonságoktól elszakítva csak igen absztrakt és kevéssé reális lehetőségek". Az emberi cselekvések lényeges motívumai és mozgató elemei nem az intellektuális szférából, hanem a személyiség mélyebb rétegeiből származnak. Az intelligencia eszköz, mellyel az élet praktikus vagy teoretikus feladatait megoldjuk, de a feladatok megválasztásában, a célok megvalósítási módjában más tényezők a döntők: a személyiség irányulásai, amelyek az ember érzelmi, akarati strukturáltságával függnek össze. (STERN, 1953; RUBINSTEIN, 1958).

A személyiség fogalmának elemzésénél fontosnak tartjuk a személyiség irányulásának (beállítottságának) kérdését. Ez nem más, mint a személyiség egészének belső dinamikus állapota, egy bizonyos meghatározott aktivitás irányában. A személyiség irányulása az általa meghatározott célokban és feladatokban jut kifejezésre.

A modern haladó pszichológiában a személyiséglélektani kutatások egyre világosabban rámutatnak arra, hogy a *személyiség a külvilággal való kölcsön-*

hatásban alakul, fejlődik, kovácsolódik. RUBINSTEIN (1958) megfogalmazása szerint a személyiség beállítottsága, alapirányulásai, amelyek az azonos szituációkban azonos cselekvésformákat hoznak létre, visszahatnak és megerősítik a személyiség tulajdonságait. A személyiség tulajdonságai magatartásában, tevékenységeinek folyamatában megnyilatkoznak, de egyben ezeken keresztül formálódnak is.

A személyiség alakulásának a környezettel való dinamikus kölcsönhatásában aláhúzottan fontos szerepe van a személyiség életét alakító *természeti* és *társadalmi* tényezőknek. A személyiség individuális tulajdonságai individuális fejlődésének történetében alakulnak. Kialakulására azonban rányomja bélyegét a kor és a társadalom, amelyben él. Ezért a személyiségtulajdonságokat nem redukáljuk csupán az individuális sajátosságokra. Ezek magukban foglalják a „sajátos" mellett az „általánost" is. A személyiség annál jelentékenyebb, minél kevésbé dominál benne a személyes elem, és minél inkább kifejezésre jutnak benne az általános emberi problémák.

Az eddigiekből kitűnik, hogy a személyiség a környezettel való kölcsönhatásában alakul. RUBINSTEIN (1958) szerint „az emberi személyiség lényege végső soron abban jut kifejezésre, hogy nemcsak fejlődik, mint bármely organizmus, hanem megvan a maga története is." A személyiség alakulásának az életsorssal való kapcsolata érdekes módon merül fel a nyugati pszichológiában is. THOMAE (1960) megfogalmazása szerint a személyiség mindazon eseményeknek az összessége, amelyek az individuális biográfiában összezáródnak.

A személyiség alakulásában a környezeti, társadalmi hatásokon kívül a másik alapvető tényezőt a *biológiai adottságok* jelentik. Ennek különös jelentőségét éppen a fogyatékosok személyiségének alakulásánál tapasztaljuk, ahol a fogyatékosság a biológiai státus károsodottsága folytán következik be.

A FOGYATÉKOSOK SZEMÉLYISÉGÉNEK MEGÍTÉLÉSI SZEMPONTJAI ÉS KÖZÖS VONÁSAI

A fogyatékosok személyiségének biológiai adottságai miatt a gyógypedagógia valamennyi területére tartozó fogyatékos egyénnél szükségképpen a személyiségfejlődés normálistól eltérő módjával, zavarával állunk szemben.

Személyiségük kibontakozása és jellege szükségképpen más, mint az épeké, és a fogyatékosság neme szerint bizonyos kvalitások hiányában épül ki. A személyiség adottságait, készségeit a külvilág hatásai segítik kibontakozni. A megismerés alapja az érzékelés és a gondolkodás. Ha tehát az érzékszervi fogyatékosság miatt a külvilág ingereinek egy jelentős része kiesik, vagy mozgásfogyatékosság esetén nem jut el a fogyatékoshoz, akkor a jelenségvilág e kvalitásai nem vesznek részt személyisége kiépítésében. Az értelmi fogyatékos gyermeknél pedig a központi idegrendszer sérülése következtében az ingerek appercepciója és feldolgozása szenved károsodást. Ezáltal a jelenségvilág hatásai ugyancsak torzulást szenvednek, illetve nem tudnak megfelelően hatni a személyiség alakításában.

A megismerő funkcióknak ez a károsodása nyilvánvalóan meghatározza a személyiség alakulását. Az ember azonban nemcsak megismerő, hanem érző, illetőleg akarati lény is egyben, aki környezetében élve cselekvéseivel arra hatást fejt ki. Az egyes fogyatékosságok személyiségalakító jellegét tehát nemcsak a megváltozott megismerési feltételek szempontjából kell vizsgálnunk, hanem az aktív, cselekvési feltételeiben is változást szenvedő, illetőleg gátolt ember nézőpontjából is.

A fogyatékosok személyiségével kapcsolatos problémákat több szempont alapján közelíthetjük meg. Aszerint, hogy milyen nézőpontból indulunk ki, más és más megállapításokhoz juthatunk. Kiindulhatunk:

a) magának a fogyatékosnak a személyiségéből,
b) a fogyatékos és környezetének viszonyából,
c) de kiindulhatunk szakmai vonatkozású, illetve
d) egyéb általános vonatkozású meggondolásokból is.

a) A fogyatékosok személyiségének közös vonása, hogy a fogyatékosság az épektől eltérő, megkülönböztetett helyzetet teremt. A fogyatékosság megjelenési formája szerint más és más elváltozást, problémát okoz. Azonban annak ellenére, hogy a károsodás különféle területeken nyilvánulhat meg, minden fogyatékosságnál közös jegyként érvényes, hogy „más" mint a többi ember, s ez a „másság" egészében véve az átlagostól eltérő életmenetet jelöl meg számára. Találóan jegyzi meg Bárczi, hogy valamennyi fogyatékos — minden eltérő volta ellenére — egységesen válik ki a társadalomból. Valamennyi fogyatékos egységes jellemzője, hogy a társadalomba való beilleszkedés területén károsodott.

A fogyatékosság, bármely területen jelentkezik is, a személyiség fejlődésében, harmonikus kibontakozásában zavart okoz, és a másodlagos közvetlen, illetve közvetett károsító hatások egész sorát váltja ki.

A defektus másodlagos hatásait a szovjet szakirodalom is igen hangsúlyozza. Sif (1966) szerint „az elsődleges defektus . . . sokféle és bonyolult másodlagos elváltozást vált ki a gyermek pszichikumában. Ezek az anomáliás (fogyatékos) gyermekek minden egyes csoportjában eltérőek jellegük, jelentőségük és erejük tekintetében, szoros kapcsolatban vannak a defektussal és egymással. Kapcsolataik tipikusak az anomáliás gyermekek minden egyes kategóriájánál. Az anomáliás fejlődés minden egyes esetében közös, hogy a defektus által keletkezett következmények összessége megnyilvánul az anomáliás gyermek egész személyiségfejlődésében mutatkozó elváltozásokban".

G. Szabó (1966) megfogalmazása szerint „a kóros biológiai körülmények meghatározott formáinál — az elsődleges sérüléstől függően — normálistól eltérő rendellenes fejlődés jellemző. Ennek következményeként többféle másodlagos sérülés lép fel. Ezek meggátolják, megzavarják a funkcionális rendszerek kialakulását, illetőleg kóros funkcionális rendszerek kialakulásának előidézői".

Az elváltozások a fogyatékosok személyiségfejlődésében elsősorban a megismerő és beszédfunkció területén idéznek elő zavart, de zavart okozhatnak az érzelmi, akarati szféra területén is, aminek következményei a kóros viselkedési, cselekvési formákban nyilatkoznak meg.

Az anomáliás gyermekek személyiségfejlődésében mutatkozó általános eltéréseket a szovjet szakirodalom a következőkben jellemzi: „Az anomáliás gyermekek az ideálokat és a tevékenységek motívumát nem tudják konkrétan megérteni; a kollektíva követelményeit korlátozottan ismerik, s azokat végrehajtani a megfelelő gyakorlati hozzáértés hiánya miatt csak korlátozottan tudják; saját szándékaikat, kívánságaikat, cselekvéseiket az általános célokkal és feladatokkal nem tudják összhangba hozni. Megfigyelhető a gyermekek kollektívában való izoláltsága. Emellett ugyancsak megfigyelhető a gyermekek egyik csoportjánál saját erőiknek, lehetőségeiknek, hozzáértésüknek és a kollektívában elfoglalt helyüknek túlértékelése, másoknál ugyanezeknek leértékelése. Gyakran találkozunk a saját és idegen cselekedetek kritikátlan értékelésével, valamint azzal a jelenséggel, hogy könnyen idegen hatás alá kerülnek. Mindezek a sajátosságok egyrészt az emberekkel való kontaktus és a szociális tapasztalatok fogyatékosságaival függnek össze, amelyek a korai gyermekkorban az ilyen vagy olyan analizátor kikapcsolása, a beszéd és gondolkodás elődleges és másodlagos fejletlensége következtében, másrészt pedig a rosszul szervezett nevelési koncepció által jönnek létre." (Rövid Defektológiai Szótár, 1965).

A fentiek közül kiemeljük azt a szempontot, amely a fogyatékosnak saját erőivel, lehetőségeivel való szembenállására utal. Óhatatlan, hogy a fogyatékos a defektusából származó hátrányos helyzetét ne érzékelje valamilyen formában, ami azután gyakran nyomasztó *kisebbrendűségi érzésben* jelentkezik. Ez pedig személyiségfejlődésében szükségképpen gátló hatást vált ki. Egyes esetekben esetleg képességeinek túlbecsülése, s ezzel együtt bizonyos fajta gőg alakulhat ki benne. Ezért külön kell szólnunk arról, ahogyan a fogyatékos saját defektusát szemléli, megítéli.

Mindehhez hozzátartozik azonban az a hatás is, amelyet a fogyatékosság a *környezet számára* jelent, s ami a környezetnek a fogyatékossághoz való viszonyulásával függ össze. Solovjev (1966) szerint a gyermek defektusa következtében közte és környezete közt szokatlan kölcsönhatás alakul ki.

A fogyatékosság a fogyatékos embert, de főleg a fogyatékos gyermeket igen nagy mértékben kiszolgáltatja környezetének. A fogyatékos sokkal jobban függvényévé válik környezetének érzelmi, nevelési vonatkozásban, valamint a beiskolázás és a társadalomba való beilleszkedés szempontjából, mint az ép ember. Éppen ezért a fogyatékos számára a környezet szerepe döntőbbnek mondható.

b) A fogyatékosok személyiségének megítélése azonban nemcsak a fogyatékosok szempontjából, hanem az őt körülvevő *környezet szempontjából* is történhet. A fogyatékosság ugyanis nemcsak a defektussal sújtott egyén számára teremt különleges helyzetet, hanem annak környezete számára is.

A fogyatékosság tehát az általánostól eltérő problémákat vet fel:
a családban,
a gyermekközösségben, illetve egyéb közösségben,
beiskolázási vonatkozásban,
a munkaalkalmasság korlátozottsága miatt a pályaválasztás terén,
az önálló életvitel lehetőségei szempontjából.

Ezért, amikor arról a hatásról beszélünk, amely a gyermek személyiségét a környezet részéről éri, egyúttal szólnunk kell magáról arról a hatásról is, amelyet a fogyatékos személyisége környezetében kivált.

Elképzelhető, hogy mit jelent a *szülő* részére az, amikor gyermeke rendellenes fejlődésére először figyel fel, s először jelentkezik a szorongó jellegű gyanú, hogy gyermekénél talán valami nincs rendben. Ennek a gyanúnak az erősödése, a sokasodó balsejtelmek, majd az egyre biztosabbá váló nyomasztó érzés, hogy gyermekénél valóban fogyatékosság áll fenn, mint élete súlyos tragédiája nehezedik kedélyére. Ezt a problémát, akár a gyermek látásával, hallásával kapcsolatos, akár az értelmi fejlődés rendellenességében (mozgásfejlődés, beszédfejlődés késésében) mutatkozik, vagy esetleg egyéb mozgásszervi károsodásban, elváltozásban nyilvánul meg — egyaránt mint csapást éli át. Ez a fogyatékosság okozta szomorúság rányomja bélyegét a család életére, s míg az ép gyermek az öröm, a büszkeség, az eljövendő reménység forrása, addig a fogyatékos gyermek a bánat, a megbélyegezettség, a szégyen állandó, néha alig elviselhető szenvedését jelenti a szülőnek. Az ép gyermek jövőjét a szülő szépítő képzelete széppé teszi, többnyire többet vár tőle, mint saját magától, sorsát jobbá akarja tenni, mint sajátját — ezzel szemben a fogyatékos gyermek jövője a szülőt gyötrő kétségekkel, bizonytalanságérzéssel tölti el. A féltő szülői szeretetbe kétségbeesés, nyugtalanság keveredik: mi lesz gyermekével, ha ő már nem tud róla gondoskodni. Noha sok esetben mindez nem is fogalmazódik meg így a szülőkben, a családban, rejtve benne rezeg mindennapi életükben, s megmérgezi az élet nyújtotta apró örömöket. A fogyatékos gyermek vagy testvér látása olyan élmény a környezet számára, amit nem lehet megszokni, amin nem tudja az ember magát túltenni.

A növekvő *testvérek*, akik kezdetben nem értik, miért más az ő testvérük, mint a többi gyermek, csak lassan, a fejlődés folyamán dolgozzák fel magukban — úgy ahogy — ezt a „másságot".

A szülő viszonyulása fogyatékos gyermeke állapotához is különféle. Van, aki önmaga előtt sem vallja azt be, s egyszerűen nem akar arról tudomást venni. Van, aki tudomásul veszi ugyan, de érzelmileg képtelen elfogadni gyermeke állapotát, és nevelését teljesen elhanyagolja. Van, aki látva a problémát — esetleg valamiféle rejtett belső bűntudattól hajtva — kényeztetéssel igyekszik a fogyatékos gyermek állapotát kompenzálni. Ez jelentkezhet a helyes önkiszolgálásra való nevelés helyett túlzott kiszolgálásban, amivel a gyermek állapotát még súlyosbítják. Vannak szerencsére olyan szülők is, akik a problémára idejekorán felfigyelnek, s ahhoz „emberien", értelmesen viszonyulnak: idejekorán szakemberhez, orvoshoz, gyógypedagógushoz viszik a gyermeket. A kapott utasításokat megtartják, a gyermeket állapotának megfelelően kezelik higienikus, dietetikus vonatkozásban, illetve a fejlődés folyamán egyre fontosabbá váló fejlesztő foglalkoztatásban, önállóságra nevelésben részesítik.

Néha a szakember számára is meglepő, szinte hihetetlennek látszó eredmények érhetők el, amikor a szülő, a nevelőkörnyezet — nem akarván belenyugodni a fogyatékos gyermek állapotába — mindent elkövet annak javításáért, illetve a negatív tünetek csökkentéséért.

Problémát jelent a fogyatékos gyermek a szülői házon kívül az ép gyer-

mekközösség számára is, akár szervezett óvodai, iskolai közösségről, akár spontán módon kialakuló játékos, társas kapcsolatokról, közösségbe illeszkedésről legyen is szó.

Míg az ép gyermek minden további nélkül a körzeti óvoda, vagy iskola növendéke lehet, addig a fogyatékos gyermeknél ez csak különféle eljárások (vizsgálat, áthelyezés, távolfekvő intézetekkel való levelezés stb.) útján érhető el. Beiskolázása többnyire a megszokottól eltérő, gyakran megkésve, igen bonyolult módon szervezhető csak meg. Természetesen a nevelés-oktatás is más jellegű, s ennek végső eredménye is többnyire más, mint az ép gyermek általános oktatásának eredménye.

Az ép gyermeknél természetes, hogy a társadalomba belenövekedve hasznos, egyéni színeket, értékeket jelentő személyiséggé fejlődik. De nem így a fogyatékos gyermek esetében. Pályaválasztása, illetőleg a dolgozó társadalomba való beállítása többnyire csak különleges szakmai vagy társadalmi támogatás útján oldható meg. Az önálló életvitel lehetősége nagyfokban megnehezedik vagy teljesen lehetetlenné válik számára. Sok esetben a szakmai szempontból történő utógondozás elengedhetetlen követelményként lép fel.

Tudjuk, hogy az ép gyermek fejlődése szempontjából is milyen aláhúzottan fontos szerepük van a környezeti hatásoknak. Mennyivel döntőbb azonban ez a fogyatékosnál! Sőt, a mindennapos objektív, külső pedagógiai és társadalmi hatásokon túl különleges jelentősége van annak az érzelmi viszonyulásnak is, amely a fogyatékost először a családban, majd a vele kapcsolatba kerülő közösségben éri. Személyiségjellegének kialakulására tehát nemcsak a saját fogyatékossága — illetve amikor ráébred, annak tudata — van hatással. Szerepe van abban a megváltozott különleges reakciónak is, ahogyan környezete fogyatékosságát tudomásul veszi, azt elutasítja vagy elfogadja, s ahhoz viszonyulni képes.

c) A fogyatékosok személyiségének megértését, illetve szakmai szempontból való elbírálását egységes módon befolyásolja két általános érvényű tényező:

a fogyatékosság bekövetkezésének időpontja és
a fogyatékosságok súlyosságának foka.

A fogyatékosság bekövetkezésének időpontja — bármely fogyatékosságról is legyen szó — mást jelent a fogyatékos személyiségének alakulása szempontjából, ha vele született, illetve korai korban bekövetkező károsodásról van szó, és mást, ha a károsító hatás az alakuló vagy már kialakult személyiséget éri. A személyiség kialakulása előtt létrejött károsodás ugyanis a személyiség számára mintegy a meglévő lehetőségekbe való belenövekedést jelenti. A fejlődés teljesen a fogyatékosság szabta határok közt kell kibontakozzék, s a fogyatékosnak ennek keretei közt kell az épek társadalmába beilleszkednie. A károsodást később elszenvedett egyén életének két alapproblémája van: egyrészt annak a traumának feldolgozása, melyet számára a fogyatékosság elszenvedése jelent, másrészt az új élethelyzetbe való beletalálás, az épek társadalmába való további beilleszkedés.

A fogyatékosságot később elszenvedett egyén személyisége normális körülmények közt bontakozik ki, az épek társadalmába való beilleszkedése fogyatékosságának bekövetkezéséig zavartalan. Noha a trauma átélése és

és annak belső feldolgozása a konfliktusok sorozatát és súlyos frusztrációs élményt jelentenek, de később a megváltozott sorshelyzetben az új életforma kialakítása és az épek közösségében való továbbélés könnyebb, mint annak, aki fogyatékosságát korai korban szenvedte el. Utóbbinak egész személyiségfejlődését determinálja defektusának ténye. A fogyatékosság fajtájától függően személyiségfejlődéséből hiányoznak bizonyos átélési lehetőségek, s ez a tény a fogyatékosság elsődleges hatásán kívül személyiségfejlődésében másodlagos károsító hatások sorát is kiváltja. Ezáltal, noha fejlődése a fogyatékossága keretein belül törésmentesebb, viszont az épek társadalmába való beleélési lehetősége, beilleszkedése több nehézséget rejt magában.

A fogyatékosság megítélésének másik szakmai vonatkozású szempontja a *fogyatékosság súlyosságának foka*. Ez minden fogyatékossági ágban más és más elbírálást, illetve problémát jelent. Általános az, hogy minden társadalomban a súlyosabb fogyatékosságban szenvedők állapota szembeötlőbb. Azokban a társadalmakban azonban, amelyek differenciáltabbak, és az egyénnel szemben magasabb követelményekkel lépnek fel, az enyhébb fokban fogyatékosok is feltűnnek. Ezt mutatja például az a tény is, hogy régebben a gyógypedagógiai *szakmai gyakorlatban* az érzékszervi károsodás területén elsősorban a súlyosabb fokú fogyatékosságban szenvedők problémái voltak előtérben, s a vakok és süketek nevelés-oktatása már évszázados múltra tekinthet vissza. A fejlődés folyamán azonban egyre jobban felismerték, hogy a totális károsodás mellett a részleges defektusban szenvedők oktatásügye és társadalomba való beilleszkedése is komoly problémát jelent. Ezért az utóbbi évtizedekben világszerte fejlődésnek indult a gyengénlátók és nagyotthallók iskolaügye is.

Elméleti vonatkozásban ugyancsak kidolgozottabbak a teljes defektusok problémái. A totális jellegű fogyatékosság a szóban forgó funkciók egyértelmű kiesését jelenti. A részleges funkciókiesés azonban az épekéhez viszonyítottan más, megváltozott jellegű percepciós feltételeket jelent, melyek analízise bonyolultabb feladat, mint a totális zavarok elemzése.

d) A fogyatékos személyiségét azonban a fentieken kívül *egyéb meggondolások alapján* is szemlélhetjük. (A következő gondolatmenetet Kremer (1933) alapján hozzuk és építjük tovább.) Ennek értelmében a fogyatékosok személyiségének megértésekor három szempontot kell figyelembe venni: az *általánost*, a *speciálist* és az *egyedit*.

Az *általános szempontból* kiindulva: minden fogyatékos elsősorban ember, az emberiség tagja, s így egy általános közösség részese. Az általános emberi — a szomatikus szükségletek átélésétől egészen a legmagasabb pszichés funkciókig — nem választható el az embertől általában. Minden fogyatékos az általános emberiből *azt*, *annyit* és *úgy* él át, ahogyan azt fogyatékosságának jellege és súlyossága lehetővé teszi. Ha tehát egy fogyatékos individuumot meg akarunk érteni, akkor az embernek mint az emberiség egy tagjának a megértésére is törekednünk kell. Egyben gondolnunk kell arra, hogy kisgyermekkel, gyermekkel, serdülő fiatallal vagy felnőttel van-e dolgunk.

A *speciális szempontot* figyelembe véve tudnunk kell, hogy a társadalmon belül megkülönböztethetők bizonyos egyének, akiknek élete környezetük

tagjainak életétől lényegesen eltérő biológiai, pszichikai feltételek között folyik. Így a fogyatékossággal sújtott egyének fejlődési feltételei az általánostól negatív irányban eltérőek.

Az értelmi fogyatékosoknál a központi idegrendszer sérülése következtében bizonyos közös sajátosságok állapíthatók meg, amelyek az értelmi fogyatékost az ép embertől jellegzetes módon megkülönböztetik. Az értelmi fogyatékos személyiség jellegzetességeinek kutatásánál azt kell vizsgálnunk, hogy az értelmi fogyatékosság ténye az oligofrén egyén személyiségében milyen strukturális változásokat hoz létre.

Az érzékszerv működésének zavara következtében létrejött személyiségváltozások kutatásakor abból kell kiindulnunk, hogy a vakság és süketség azoknak az érzéki kvalitásoknak a kiesését jelenti, amelyek egyébként a külvilággal való érintkezés normális lefolyását biztosítják. Ezért a vakság, illetve a süketség a fogyatékos egyén személyiségének formálódásában mélyreható struktúra-változást hoz létre. Ennek minden vak és süket alá van vetve, s a fogyatékosság viselőire többé-kevésbé jellemző.

A testi, illetve mozgásfogyatékosoknál, illetve az épekétől eltérő testséma-vázlat esetében a mozgáskorlátozottság, illetve a megjelöltség ténye fejt ki a személyiség alakulására bizonyos jellegzetes hatást. Az épekétől eltérő sajátos problémák ugyancsak többé-kevésbé minden mozgásfogyatékosra jellemzőek, s a személyiség-formálódásában megnyilatkoznak.

A *beszédfogyatékosságnak* is szoros kapcsolata van a személyiség alakulásával.

Az általános és speciális szempontokon kívül azonban igen fontos egy-egy fogyatékos megismeréséhez, megértéséhez az *egyedi szempontok* figyelembevétele is. Minden személy önálló individuum, aki saját fogyatékossági csoportján belül típusának egyetlen egyedi tagja, s megjelenési formájában, környezeti vonatkozásában mindenki mástól különbözik. Ha más individuumokkal az általános emberi, illetve a fogyatékosságra jellemző speciális jellegzetességeket viselő személyiség-felépítésben mutat is megegyezést, életét mégis sajátos, mindenki mástól eltérő, egyéni módján éli, személyiségjegyeinek statikus és dinamikus felépítettsége, adottságai szerint.

Tehát a fogyatékos ember *egyedi jellege* folytán fogyatékos, magán hordozza fogyatékosságának *speciális jegyeit*, és a fogyatékossága által megszabott lehetőségeivel választja ki és éli át az *általános emberiből* a számára hozzáférhetőt (Kremer, 1933).

A fogyatékos embernek éppen ezen több szempontból való szemlélete miatt a következőkben igyekszünk kerülni az egyes fogyatékossági területeken a fogyatékosok személyiségének általánosító jellemzését, illetve a gyakran elhangzó értékítéleteket.

A különféle fogyatékosságban szenvedők személyiségének strukturális elváltozásait ma még nem tudjuk egyértelműen ábrázolni. Noha tudjuk, hogy a személyiség integrált egész, amely több az egyes személyiségjegyek összességénél, meg kell elégednünk azzal, hogy a személyiség bizonyos jegyeit jellemezzük, s néhány idevonatkozó vizsgálat eredményéről beszámoljunk.

Igyekszünk a fogyatékosok személyiségével kapcsolatban a probléma meglátását elmélyíteni és a leírásban rámutatni azokra a sajátosságokra,

amelyek a meglevő károsodottság következtében az egyes fogyatékosok személyiségének alakulásában szerepet játszhatnak.

A fogyatékosok személyiség-kérdésével kapcsolatosan nyomatékosan kell utalnunk a *nevelés* fontosságára. A fogyatékos egyén személyiségfejlődése még fokozottabb mértékben összefügg nevelésével, mint az ép emberé. Az utóbbinál ép volta spontán módon biztosítja a társadalomba való beilleszkedést. Ez a fogyatékosnál csak szakszerű nevelés útján jöhet szóba. Fejlődésének határai nehezen jelölhetők meg. Értelmi téren — bármilyen nevelhető fogyatékosról legyen is szó — a nevelés olyan fogalmakat nyújt a fogyatékosnak, amelyekről spontán módon nem tudna tudomást szerezni. Ugyancsak a nevelésnek köszönhető a fogyatékosnak az épek társadalmába való beillesztése, s az ismeretek nyújtásával párhuzamosan ösztöneinek, hajlamainak, érzésvilágának megfinomítása.

A fogyatékosok intelligenciájáról

AZ INTELLIGENCIÁRÓL ÁLTALÁBAN, INTELLIGENCIA-ELMÉLETEK

Az intelligencia kutatásának előzményei. Az állati és emberi, ezen belül a gyermeki *intelligencia kérdése a pszichológiának sokat vitatott fontos problémája.* Az intelligenciára vonatkozó különböző elméletek megalkotását bizonyos gyakorlati szempontok ösztönözték, indították el.

A XX. sz. elején a gyakorlati élet sürgető követelményeinek hatására sor kerül a pszichológia alkalmazására, és kialakul az *alkalmazott lélektan,* mint a pszichológia egyik ága (RADNAI,1962). *Bizonyos alapfogalmak még tisztázatlanok és kiforratlanok voltak, amikor azok gyakorlati célból való megismerésével elkezdtek foglalkozni.* Ilyen, elméleti szempontból tisztázatlan fogalmak voltak az intelligencia, a képesség és a tehetség is, amikor megindultak az intelligencia teszt vizsgálatok, a képesség és alkalmasság vizsgálatok. Erre több praktikus szempont miatt volt szükség.

a) A XX. század elejének hatalmas technikai fejlődése, az élesedő gazdasági verseny a pályaválasztásnál, bizonyos munkakörök betöltése során fokozott követelményeket támasztott az emberrel szemben. Az egyes munkakörök ellátásához — elsősorban a közlekedési munkakörökhöz és komplikált gépek kezeléséhez — *megfelelő* embert akartak alkalmazni.

b) Az embereknél tapasztalható *rendellenes magatartásformák, például bűnözés esetében* is szükség volt a pszichikus tulajdonságok megismerésére. Kezdetben ezek a vizsgálatok nem elsősorban a bűnelkövetés pszichológiai rugóinak sokoldalú elemzésére vonatkoztak, hanem a bűnöző ember lelki alkatának kísérleti úton történő megismerésére.

c) A pszichiátria fejlődése, az elmebetegekről vallott felfogás és az elmebetegekkel való bánásmód megváltozása a XIX. század során is fontos tényezője annak, hogy az emberek rendellenes pszichikus képességei, tulajdonságai felé terelődik a figyelem. A *kórlélektani összehasonlítás* fontos pszichológiai módszerré válik. Kezdetben főleg a francia pszichológiában terjedt el, de később egyre inkább szerephez jut az amerikai és szovjet kutatásokban is.

d) Bizonyos *praktikus nevelési, oktatási feladatoknak* is részük van abban, hogy az intelligencia kérdése előtérbe kerüljön. 1904-ben a francia közoktatásügyi miniszter bizottságot küldött ki az abnormális gyermekek oktatásának hatékonyabb biztosítására. BINET (1911) és SIMON (1911) azt a feladatot kapták, hogy a normális gyermekek közül válogassák ki az értelmileg elmaradottakat, azokat, akik nem tudnak az iskolai követelményeknek megfelelni. „De milyen gyakorlatokat végeztessünk a gyermekekkel? Milyen módszert kövessünk? Milyen kérdéseket tegyünk fel? Milyen próbákat képzeljünk el? Milyen normához mérjük a gyermekeket"?, írja ebben a korban BINET. A felvetett elméleti és gyakorlati kérdések megoldására született meg a *Binet—Simon* intelligencia vizsgáló módszer.

A fent említett, elsősorban gyakorlati igények miatt került sor tehát a különböző *intelligencia-tesztek megszerkesztésére és alkalmazására.*

Az intelligencia-teszt (mental test) kifejezést először CATTELL használta 1890-ben. Egy adott helyzetben a teljesítmények statisztikai értékelését akarta megvalósítani, más egyének hasonló teljesítményeivel összevetve. KRÄEPELIN is kidolgozott elmebetegek vizsgálatára alkalmas próbasorokat. A XX. században BINET tesztjével terjed el és indul fejlődésnek a tesztpszichológia, mely napjainkban a pszichológiának egészen külön ágát képezi (STERN, 1954; KROMBACH, 1960; ANASTASI, 1961). Eredeti funkciójuk szerint a tesztek egyes emberek és elsősorban valamilyen szempontból problematikus abnormális egyének *diagnosztikus célból* való megvizsgálását oldották meg. Ezzel közelebb kerültek az *egyéni intelligencia* megismeréséhez. Később és főleg az újabb standardizálások során az *emberi intelligencia általános vonásai*nak a megismerésére törekedtek. A nem intelligensek, az abnormálisok felkutatására készült módszerből nemsokára az általános intelligencia mérési módszere lett (NEMES, 1957).

E gyakorlati szempontok után az intelligencia fogalmával, természetével, lényegével elméleti síkon is kezdtek foglalkozni. A legjelentősebb elméleti probléma az volt, hogy vajon az *intelligencia-tesztek valóban az intelligenciát mérik-e.*

Jogos volt ez a kérdésfeltevés azután, hogy egyes pszichológusok részéről arra a kérdésre, hogy mi az intelligencia, olyan válasz is született: intelligencia az, amit az intelligencia-tesztek mérnek. Olyan állásfoglalás is ismeretes, hogy az intelligenciát lehet mérni anélkül, hogy pontosan definiálnánk, hogy mi az. Szükség volt tehát az intelligencia fogalmának meghatározására.

Intelligencia-elméletek. Vizsgáljuk meg, hogy *mit jelent a köznyelv értelmezésében az intelligencia fogalma.* Az intelligencia az értelmesség kifejezéssel azonos. Gyökerét az érteni igében találjuk meg. Ennek szinonim kifejezései: belát, felfog. A köznyelv tehát a megértés folymatát emeli ki az intelligencia valamennyi jelensége közül, azt tartja a legjellemzőbbnek. A felfogás, belátás, következtetés, bírálás tevékenységeit fejezi ki. Ha az „értelmes" szónak néhány szinonimáját nézzük, például az okos szót, ez az ok és okozati viszony felismerését sejteti, az eszes az észhez, az agyhoz való kötöttségre utal. Köznapi nyelven, a mindennapi életben értelmesnek tartjuk azt, aki a körülötte lévő tárgyi és eszmei világ jelenségeit gyorsan és helyesen fogja fel, megbírálja, kiválogatja az értékes, hasznos benyomásokat, ezeket hosszasabban megőrzi, szükség szerint felidézi, ezekhez alkalmazkodik. Vagy röviden: önálló és helyes következtetéssel célszerűen cselekszik (RANSCHBURG, 1923).

Eredetileg az intelligencia csak emberre jellemző képességet jelentett. Hiszen a fent idézett funkciók csak emberi funkciók. Később és a mai tudományos nyelvhasználatban az *állati intelligencia fogalmát* is használják, ugyanis, mint látni fogjuk, az intelligencia fogalmát tágabban értelmezzük. Nemcsak az eredményes gondolkodásra való képességet értjük rajta (bár kétségtelen, hogy ez nagyon lényeges vonása), hanem cselekvésben, tevékenységben, környezethez való alkalmazkodásban is megnyilvánuló képességnek tartjuk.

Az intelligencia fogalmának meghatározásában jelentősek CLAPARÈDE (1917) és STERN (1912) definíciói, akik egymástól függetlenül az intelligencia hasonló megfogalmazását adták, lényegét egyformán látták. Mindenféle pszichikus aktusban, amely intelligenciát igényel, van valami *közös vonás*. Ez a közös vonás az, hogy akár teoretikus, akár praktikus probléma megoldásáról van szó, szerepel valamilyen *nehézség legyőzése*, amelyet nem lehet egyedül a már ismert, megtanult módon végrehajtani. Az intelligenciának a legfontosabb jegye szerintük az *új helyzet megoldására való képesség*.

STERN meghatározása szerint *„az intelligencia az egyén általános képessége, hogy gondolkodását tudatosan új követelményekre állítsa be, általános szellemi alkalmazkodó képességet jelent az élet új feladataihoz és feltételeihez"*. Ezzel elkülöníti az intelligenciát és az emlékezetet.

CLAPARÈDE meghatározása szerint az *intelligencia az a képesség, hogy gondolkodás segítségével új problémákat oldjunk meg.*

Az intelligencia lényegével foglalkozó pszichológusok közül többen kiemelik, hogy az *intelligenciát úgy tekinthetjük, mint a fizikában az energiát.* Magának az energiának a természetét igen nehéz megismerni, de a megismerés azoknak a jelenségeknek, dolgoknak a kutatásával oldható meg, melyek az energia működésének a következményei. Az intelligencia bizonyos teljesítményekben nyilvánul meg. Ezeket a teljesítményeket *intellektuális teljesítményeknek* nevezzük. Az intelligenciát tehát abból ismerhetjük meg, amire képesít minket (WECHSLER, 1956). Egyesek szerint ezért helyesebb volna intelligencia helyett az *intellektuális teljesítőképesség* fogalmát használni (BUSEMANN, 1959; MEILI, 1965). Látjuk tehát, hogy az intelligenciát teljesítményfogalomként is használják. A teljesítményfogalmak a fizikában és az emberrel foglalkozó tudományokban, így a biológiában és pszichológiában is lényegesek. *A fizikában teljesítményen értjük egy gép mérhető munkáját, amely méter—kilogramm—másodperc mértékekben kifejezhető.* Az élő organizmus is végez mérhető teljesítményeket. Például az állat terhet húz, a növény felszívja a vizet megfelelő magasságra. De sokkal lényegesebbek a méter—kilogramm—másodpercben *nem mérhető biológiai és pszichológiai teljesítmények*, melyek legfőbb feladata az egyén és a külvilág kapcsolatának és koordinációjának a biztosítása. Ennek a kapcsolatnak és koordinációnak révén az intelligencia egy relatív *egyensúlyi helyzet felé való törekvést* fejez ki (PIAGET, 1948).

Miután az intelligenciát képességnek definiálták, felmerül a probléma, hogy az intelligencia egy átfogó képesség-e, vagy több részképességből áll. A régebbi pszichológusok az intelligenciában kevés képességnek tulajdonítottak szerepet, majd a későbbiek folyamán egyre több képességet tártak fel.

Spearman két-faktor elmélete. SPEARMAN (1927) kiterjedt kísérleti vizsgálatokat végzett a XX. század első éveiben, a különböző képességek korrelációira vonatkozóan. Különböző intelligencia-tesztek eredményeinek statisztikai elemzése, feldolgozása és összehasonlítása volt a módszere. Szemben áll azokkal a felfogásokkal, melyek a különböző lelki tevékenységek mögött egyes elkülönített képességeket tételeznek fel. Miután mindenféle intelligencia aktusban van valami közös vonás, megszületik az *általános intelligencia* fogalma. Az a megfigyelés pedig, hogy a különböző képes-

ségeket vizsgáló intelligencia-tesztek nagyfokú korrelációt mutattak (aki az egyik típusú tesztnél jó eredményt ért el, rendszerint a másik típusút is jól oldotta meg és fordítva), arra a következtetésre vezette SPEARMANT hogy az intelligencia minden egyénnél visszavezethető egy állandó *általános faktorra* (G= generális faktor), amely mindenféle értelmes művelet közös magja, és egy változó *speciális faktorra* (S). A speciális faktor tulajdonképpen az általános faktor különböző megnyilvánulásait jelenti. Fizikai hasonlattal élve a G-faktor az energia, amely speciális módon működtet, mint ahogyan a villanyáram hol fűt, hol világít, hol távbeszélőt hoz működésbe.

Thurstone faktoranalízis elmélete. A későbbiek során egyre többen jutottak arra a megállapításra, hogy az egyén intelligenciájának megítélésében nem lehet csak az általános faktorra támaszkodni. Egyre több faktort mutattak ki, melyeknek az intelligenciában lényeges és meghatározó szerepük van, és így önálló faktorként jöhetnek számításba. THURSTONE *már az 1930-as években kidolgozta a faktoranalízis elméletét.* Szerinte nincs általános faktor, hanem a faktorok sokasága felelős a különböző teljesítményekért. Egy-egy teljesítményben azonban csak néhány faktor szerepel, és el lehet képzelni, hogy előfordul olyan teljesítmény is, amelyben egyedül egy faktor nyilvánul meg. Az általa konstruált teszt a faktorok vizsgálatát próbálja megvalósítani. *Faktorai közül néhányat megemlítünk: beszédbeli értelmesség, induktív—deduktív gondolkodás, számokkal való bánás, téri elképzelés* stb. THURSTONE (1947) vizsgálatai óta újabb faktorokat írtak le a különböző szerzők, ami meglehetősen megnehezíti a biztos kiigazodást. Egy áttekintő közlemény 1951-ben 60 cikkből 800 teszt alapján közel 60 faktor leírását gyűjtötte össze (FRENCH, 1951).

Az alaklélektan intelligencia-elmélete. Az intelligencia-kutatásokba az alaklélektan képviselői új szempontokat hoztak. Az intelligenciát igénylő feladatmegoldásokban leglényegesebbnek tartják a helyzet felismerését és az *átalakítás, átstrukturálás műveletét. Azt a cselekvést tartják értelmesnek, amely az adott helyzetet szerkezetileg átalakítani képes.* Minden helyzet egy sajátságos szerkezettel rendelkező egészet, „alakot" jelent. A probléma helyzetben az „alak", az „egész" nem teljes, a struktúra defektusos. Az intelligencia éppen azt jelenti, hogy az állat vagy az ember ezt a „rossz struktúrát" „jó struktúrává" tudja átalakítani. KÖHLER (1921, 1947) erre vonatkozó emberszabású majmokkal végzett kísérletei világszerte ismertté váltak. Az állat problémahelyzetben tanúsított helyzetmegoldó képességét és ezzel intelligenciáját vizsgálta. Ilyen problémahelyzet például, amikor a kívánt táplálékot kerülő úttal vagy valamilyen eszközzel lehet csak elérni. KÖHLER *szerint az értelmes cselekvés kezdete a kerülő út megtalálása.* Elméleti problémahelyzetben is az átalakítás, átformálás a leglényegesebb intelligencia-jegy.

LEWIN (1916) fejlesztette tovább ezt az elméletet, kiterjesztve a vizsgálatokat felnőttre, gyermekre és értelmi fogyatékosokra is. Értelmi fogyatékosoknál a helyzet felismerésében és az átstrukturálás folyamatában észlelt zavarokat. Rámutatott arra, hogy az átformálási folyamat nemcsak a *problémahelyzet struktúrájától* függ, hanem a *megoldó aktuális állapotától* (fáradtság, figyelem, az ún. feszültség foka) és a *megoldó ismereteitől.* Ez nagyon lényeges szempont, mert az intelligenciához az is hozzátartozik,

hogy a régi ismereteket hogyan tudja valaki felhasználni az új helyzetben.

Wechsler definíciója. WECHSLER, a modern intelligencia pszichológia képviselője így határozza meg az intelligencia lényegét: *az intelligencia az egyén összetett, globális képessége arra, hogy célszerűen tevékenykedjék, értelmesen gondolkodjék, és a környezethez eredményesen alkalmazkodjék.* Globálisnak tartja, mert az egyén viselkedését, személyiségét mint egészet jellemzi. Összetettnek tartja, mert több képességből áll. Ezek a képességek vizsgálatokban elkülöníthetők, de maga az intelligencia több, mint pusztán ezeknek a képességeknek az összegeződése.

Az intelligencia kutatások korai szakaszától kezdve foglalkoztak a különböző intelligencia-típusok kérdésével. Megkülönböztették a verbális és praktikus intelligenciát, vagy az absztrakt és konkrét intelligenciát. Előtérbe került az általános intelligencia nem intellektuális faktorainak a vizsgálata, (érdeklődés, kitartás, feladathoz való hozzáállás), melyek jelentősen befolyásolják az intellektuális teljesítőképességet.

Látjuk tehát, hogy az intelligencia fogalmát és típusait igen sokan kutatták, és többféleképpen határozták meg. Ami a legtöbb meghatározásban közös jellegzetesség, az az, hogy az *intelligencia a régi ismeretek felhasználásával új helyzetben tesz lehetővé praktikus és teoretikus feladatmegoldást. Az intelligencia összetett képesség, melynek állatnál, embernél, gyermek- és felnőttkorban különböző megnyilvánulásai vannak a környezettel való aktív kapcsolat létesítése érdekében.*

FOGYATÉKOSOK INTELLIGENCIÁJÁNAK MEGÍTÉLÉSI SZEMPONTJAI

Ha rendellenes, fogyatékos egyének intelligenciáját akarjuk megismerni, sok olyan szempontra kell figyelnünk, mely átlagos körülmények között nem játszik olyan jelentős szerepet.

Az intelligenciát nem szabad statikusan szemlélni. A megismételt tesztvizsgálatokkal ellenőrzött intelligencia-fejlődésről átlagos körülmények között megállapították, hogy meglehetős állandóságot mutat. Ez azt jelenti, hogy az intellektuális képesség mértéke — amit az IQ kifejez — a fejlődés folyamatában konstans marad. Azonban ha az átlagos képességtől akár pozitív, akár negatív irányban eltérő egyének fejlődését vizsgáljuk, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy rájuk az IQ konstanciának a tétele nem érvényes (CLARKE, 1953). Bármilyen szempontból fogyatékos egyén intelligenciáját nem lehet egyetlen keresztmetszeti időpontban végzett vizsgálattal meghatározni. Intelligenciájukat csak egész személyiségfejlődésük figyelemmel kísérésével lehet megismerni.

Az egyes fogyatékossági kategóriák *intelligenciájáról nem lehet csak általánosságban beszélni,* hiszen különböző életkorban, különböző súlyossági kategóriákban más és más jellegzetességek mutatkoznak. A hallási fogyatékosok intelligenciájáról tett általános megállapítások csak túlzottan leegyszerűsítőek és vázlatosak lehetnek. Helyesebb ezért a süketek és nagyothallók intellektuális fejlődéséről beszélni.

A fogyatékosok intelligenciájának kérdését a gyógypedagógiai fejlesztés hatására kialakuló változások alapján kell tanulmányozni.

Ha összehasonlítjuk épek és fogyatékosok intelligenciáját, figyelnünk kell arra, hogy a *fogyatékost elsősorban nem „normális" társaihoz, hanem ugyanolyan rendellenességet mutató csoportjának átlagteljesítményeihez kell mérnünk.* Nem ítélhetjük meg például a vakok megismerő funkcióit látós normával, mert azok nem lehetnek érvényesek a vakos élethelyzetben (PÁLHEGYI, 1963). Vagy a süket kisgyermek praktikus intelligenciájának fejlettségét akkor értékeljük helyesen, ha nem a hallók, hanem a hasonló korú süketek teljesítményeivel vetjük össze.

Nagyon óvatosan kell értékelnünk az *ép és fogyatékos gyermekek intelligenciájára vonatkozó vizsgálatokat* abból a szempontból is, hogy legtöbbjük *nem egyenlő körülmények között* történt. Vakok, süketek, mozgásfogyatékos gyermekek intelligenciáját rendszerint intézeti gyermekeken vizsgálták, a kontroll normális gyermekcsoport pedig rendszerint családban élő volt. Pedig intézeti körülmények között mások a fejlődés feltételei! A legtöbb fogyatékosokat oktató intézményben még nem mindig kielégítő a szelekció, és a többszörösen sérültek az egyébként jó intelligenciájú gyermekek IQ átlagát lefelé rontják.

A fogyatékos gyermekek megítélésében *nem szabad az intelligenciát a személyiség egészétől elválasztva, izoláltan szemlélni.* Minden fogyatékossági területen igen *sok lehetőség van az egyoldalúan fejlett vagy sérült intellektuális funkciók kompenzálására.* Különösen a pozitív személyiségtulajdonságok, harmonikus személyiségprofil esetén van ez így. Miután az intelligencia fejlődése része a szocializálódási folyamatnak, ilyen kritériumokat is figyelembe kell vennünk. Előfordul, hogy alacsonyabb IQ-jú értelmi fogyatékos gyermek jobban érvényesül intellektuálisan is a társadalomban, mint a magasabb IQ-jú társa, ha például vannak ambíciói, szorgalmas, ha jól alkalmazkodik.

Ne csak a hiányzó, sérült vagy egyoldalúan fejlett intelligencia-jegyeket törekedjünk kimutatni a különböző fogyatékos gyermekeknél, hanem keressük képességeik között azt, ami ugyanolyan vagy még jobb, mint ép társaiké. *Keressük képességeik közül* azokat a *pozitív tulajdonságokat,* melyekre korrekciós nevelésünk építhető. Ha meggondoljuk, hogy *milyen sokszorosan nehezített helyzetben kell a süket, vak, értelmi és mozgásfogyatékos gyermekeknek meglévő képességeiket realizálni,* akkor a náluk megmutatkozó minden intellektuális teljesítménynek külön értéke lesz (WRIGHT, 1960).

A látási fogyatékosok pszichológiája

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOKRÓL ÁLTALÁBAN. REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEIK

A látási fogyatékosokkal való foglalkozáskor általában három szempontot szoktak figyelembe venni: a látás fokát, a megvakulás időpontját és okát.

A *látás foka* szerint a szakirodalom és a gyakorlat két csoportot különböztet meg: a vakokét és a gyengénlátókét. A teljes vakságtól a teljes látásig természetesen a legváltozatosabb árnyalatú átmenetek adódnak. A *vakok* tapintó típusú gyógyítónevelésben részesülnek. Két alcsoportot különböztetünk meg köztük a látásuk foka szerint: a teljesen világtalanokat és a gyakorlatilag vakokat, azaz aliglátókat (ilyenek a fényérzékenyek, az ujjolvasók és a tárgylátók). A *gyengénlátók* (vagy csökkentlátásúak) a látó típusú nevelés és oktatás kategóriájába tartoznak ugyan, de szintén speciális nevelésre-oktatásra szorulnak. Szemüveggel és különleges eljárásokkal képesek látásuk révén iskolai feladatukat elvégezni. Az általános iskola csupán azokat tudja befogadni, akik bármilyen segédeszköz — erős szemüveg — segítségével az első padban ülve taníthatók.

A látás fokát, élességét szakorvosi vizsgálat állapítja meg, általában a *Snellen*-tábla alapján. Gyengénlátóknak az 5/50 és 5/15 *Snellen*-értékek közé tartozókat számítják: az 5/50 az ép látás 1/10-ének felel meg. 5/50 *Snellen*-értéknél jobb látással rendelkező gyermekek különféle világítástechnikai és gyógypedagógiai segédeszközökkel síkírásra és olvasásra még megtaníthatók: 5/50 *Snellen*-érték alatt ez a lehetőség már megszűnik. Tehát ennél nagyobb látásveszteségűek már a vakok csoportjába tartoznak. (A vakság felső határának *Snellen*-értékben való megállapítása nem egységes, államok szerint némi eltérést mutat).

A látási fogyatékosság *bekövetkezésének ideje* igen fontos a külvilág helyes tükröződésének szempontjából. A vakon született vagy igen korán — öt éves kora előtt — megvakult egyén nem képes látás útján ismeretet szerezni. Aki öt és tizenöt éves kora között vesztette el szeme világát, a külvilág „látós" emlékképeivel többé-kevésbé már rendelkezik. A felnőtt korban megvakult egyén pedig a külvilágról abban a formában szerzett ismereteket, mint a látó.

A látási fogyatékosság *oka* igen sokféle lehet. A vakságé: fejlődési rendellenesség, örökletesség, méhen belüli károsodás, másodlagos degeneráció, gyulladás, sérülés, fertőző betegség, daganat és — több esetben — ismeretlen az eredet. A gyengénlátás 83%-a refrakciós (fénytörési) hibákból származik, a többi vegyes eredetű (MÉHES, 1962).

A látási fogyatékosok, illetve a vakok aránya az átlagnépességben — MÉHES és GARBE (1965) adatai szerint — igen változó. Az elmaradt népeknél 100 000 látó közt mintegy 300—400 vak, sőt több is. Európában százezer lakosra 110, hazánkban 70 esik. Életkort tekintve a látási fogyatéko-



1. kép. Írás a Braille-táblán (Vakok általános iskolája) (Foto: Balla D.)

sok mintegy 50%-a ötven éven felüli. A vakok száma az egész világon körülbelül kilenc-tíz millió.

Rehabilitációs lehetőségeik. A *vakok*, akár korábban, akár később vesztették el szemük világát, minden sajátosságuk ellenére a látók munkaközösségébe beilleszkednek, bizonyos munkaterületeken a látókkal egyenértékű, sőt az átlagot is felülmúló tevékenységet fejthetnek ki.

A tapasztalatok és kísérletek is azt igazolták, hogy *megfelelő munkakörökben eredményük hasonló az épekéhez.* Aki közöttük munkaképtelen, elsősorban nem vaksága miatt az. Munkalehetőségeik azonban ma még igen korlátozottak. A közelmúltban főképp a telefonkezelő, zongorahangoló, masszőr, seprő-kefekötő, kosárfonó szakma állt rendelkezésükre. Arra kell törekedni, hogy minél szélesebb körben találhassanak munkalehetőséget: minden, nekik is



2. kép. A Braille-írás olvasása (Vakok általános iskolája) (Foto: Balla D.)

megfelelő munkában őket kellene elsősorban alkalmazni (Illyésné, 1952; Tóth—VeréND, 1962, 1963; Garbe, 1965).

Iskolájuk speciális: a Vakok Általános Iskolája. Nevelőotthon is áll rendelkezésükre. Az Oktatási Reformtervezet szerint iskolát szerveznek az értelmi fogyatékos vakok számára is. Nevelésük-oktatásuk speciális eszközökkel és eljárásokkal történik. Például: írásuk-olvasásuk dombornyomásos; speciális készüléken írnak és tapintással olvasnak. A *vonalrendszerű* domborírás leghasználtabb formája a *Klein*-féle latin nagybetű forma. A *pontrendszerű* domborírás-olvasás világszerte legelterjedtebb típusa a *Braille*-féle. Nálunk ennek a *Mihalik*-féle módosítását alkalmazzák (1. és 2. kép.)



3. kép. Munkára nevelés (Vakok általános iskolája) (Foto: Balla D.)

A modern ophthalmológia a *tompalátásúak* (ambliopok) gyógyításában is új módszereket alkalmaz. A tompalátásúak egyik szeme ép, a másik — különféle rendellenességek következtében — zavarja a látást. Ilyen például a kancsalság. Ma már nem csupán a hibás szem kikapcsolásával, hanem aktív módszerekkel gyakorolják az együttes, éles látás fejlesztését (Baumgartner, Güppers, 1963; Gano, 1966).

A *gyöngénlátók* rehabilitálása nem jelent kisebb nehézséget, mint a vakoké. Több szakmában és munkahelyen idegenkednek tőlük, ott is, ahol a látókkal egyenértékű munkára képesek. Speciális oktatásuknak rövid a múltja. A középiskolákban továbbtanulók százalékos aránya kisebb az általános iskolákban továbbtanulókénál. A volt növendékek mintegy 40%-a szakmát tanul. Látásuk gyengesége szerint kefe-seprőkötést, kosárfonást, masszázst, speciális műhelyben könyvkötészetet. Más részük a kereskedelemben helyezkedik el (3. kép). Mintegy 20%-uk segédmunkásként dolgozik. Külföldön (amerikai, német, svájci, szovjet adatok szerint) 200—700 részmunka lehetőséget tartanak fenn számukra (Kovács Cs., 1965; Tegyeiné, 1962, 1965). Iskoláik speciálisak: a Gyengénlátók Általános Iskolája, nevelőotthonnal.

A látás fejlesztése. Hazai és külföldi adatok kimutatták, hogy a teljesen világtalanok száma viszonylag csekély a vakok intézményeiben: 24% vak, 76% aliglátó: közülük 28% fényérzékeny, 40% ujjolvasó és 8% tárgylátó (Méhes, 1962), illetve 21% teljesen világtalan és 79% aliglátó (Zemcova, 1963). Kísérletek bebizonyították, hogy a látásélesség gyakorlással fejleszthető. Ezért a látási fogyatékosok intézményei egyre inkább rátérnek, a látás-

védelem szigorú betartása mellett, a látásmaradvány fejlesztésére, a látás „nevelésére". Ennek feltételei az optimális megvilágítás, a tanulók szemüveggel és más optikai eszközökkel való ellátása és a „speciális edzés" érdekében különféle gyakorlatok (Kovács Cs., 1967).

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK (VAKOK) ÉRZÉKELÉSE

A vakok érzékelési folyamatait két analizátor: a hallási és tapintási analizátor területén tárgyaljuk.

A látási fogyatékosok (vakok) hallása

A vakoknál gyakran megfigyelhetjük, hogy hallásuk segítségével igen pontosan tájékozódnak környezetükben. Az apró zörejek, hangok, amelyek a látók figyelmét elkerülik, számukra pontos útbaigazítást adnak a környezetükben lezajló változásokról.

Lépéseiről vagy az ajtónyitás jellemző módjáról felismerik a közeledőt. A tárgyakkal, eszközökkel végzett cselekvések apró jelentéktelen zajai alapján észlelik, hogy ki, mivel foglalatoskodik környezetükben. Az utca jellemző zaja alapján eligazodnak a közlekedésben.

A látók számára mindezek a hanghatások gyakran csak jelzések, amelyek figyelmi, odafordulási reakciót váltanak ki. Környezetünk zajszituációjának változására felfigyelünk, tekintetünkkel megkeressük a változás okát, és vízuális érzékelés segítségével eldöntjük, hogy számunkra fontos vagy jelentéktelen eseményről van-e szó. A látóknál a hallási és látási analizátor között ilyen vonatkozásban sajátságos munkamegosztás áll fenn. A hangingerek jelzések, amelyek a tájékozódási reakció keretében kiváltják a látási analizátor beállítását, az élőlény szempontjából fontos szituációrészlet vízuális érzékelésére. Ebben a munkamegosztásban tehát a hangingerek jelző funkcióival, a fényingerek tükröző funkcióval rendelkeznek.

A vakoknál a látási analizátor kiesése miatt a látási és hallási analizátor között ilyen jellegű munkamegosztás nem alakulhat ki.

A vakoknál ezért a hangingerek nemcsak jelző, hanem igen széles körű tükröző funkcióval rendelkeznek. Vakoknál a zajszituáció változásai nem a tekintet odairányítását, hanem a hallási figyelem irányának megváltozását, intenzitásának fokozását, az adott hanginger-együttes érzékelésére való optimális beállítódást váltanak ki.

Mindezzel természetesen együtt jár az is, hogy a vakoknál a hallási analizátor a környezethez való alkalmazkodás folyamatában több helyzetben, szélesebb körben nyer felhasználást, mint látóknál, és így a nagyobb gyakorlás eredményeképpen differenciáltabb működésre is képessé válik.

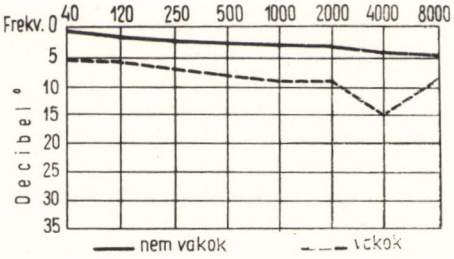
Több pszichológiai vizsgálat foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a hallási analizátor területén ez a kompenzatív jellegű funkciótökéletesedés milyen formában jelentkezik.

A vakok hallásának finomságát először hangvillák segítségével állapították meg. Ezek a vizsgálatok nem voltak egészen pontosak, és azt mutatták ki, hogy a vakok hallása nem jobb, mint a látóké.

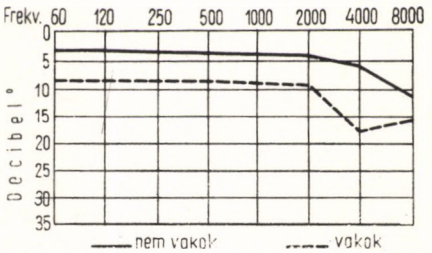
Később hazánkban hatvan 16—29 éves és huszonhárom 30—50 éves vaknál végeztek részletes és pontos hallásvizsgálatot audiométer segítségével (ALLERAM—VARGA, 1957). A vakok vizsgálati eredményeit azonos összetételű látó csoport eredményeivel hasonlították össze (1. és 2. ábra).

A 16—29 évesek korcsoportjában a vakok hallásküszöbe 4,4 dB-lel, a 4000-es frekvenciában pedig átlagban 11,3 dB-lel magasabb, mint az azonos korú látóké.

A 30—50 évesek korcsoportjában a vakok hallásküszöbe a látókhoz viszonyítva átlagban 4,9 dB-lel rosszabb. A legnagyobb különbség a 4000 frekvenciánál jelentkezik. Vizsgálati eredményeik alapján megállapíthatjuk,



1. ábra. Alleram, Varga (1957) audiometriás hallásküszöb vizsgálatának átlagértékei (16—29 évesek)



2. ábra. Alleram, Varga (1957) audiometriás hallásküszöb vizsgálatának átlagértékei (30—35 évesek)

hogy a vakok hangérzékelésének finomsága nem jobb, sőt rosszabb a látók hangérzékelésének finomságánál. A tiszta hang érzékelése területén tehát a kompenzatív jellegű funkciófinomodás nem mutatható ki.

Összetett, egymásra rétegződő, egymást elfedő zajokkal a vakoknál még nem végeztek hallásvizsgálatokat. Néhány megfigyelés alapján valószínűnek tartjuk, hogy a hallási analizátor kompenzatív jellegű funkció-tökéletesedése ilyen bonyolult hangingeregyüttesek érzékelésében mutatkozik meg. Erre utalnak RANSCHBURG (1961) vizsgálati eredményei, aki különböző munkazajok, közlekedési zajok, természeti zajok, emberi és állathangok, valamint zenei elemek részleges egymásra játszásával néhány perces értelmetlen zajképet állított össze. A zajképeket vak és látó serdülőknek játszotta le, de előtte azt a feladatot adta, hogy a zajképek lejátszása után a vizsgálati személyeknek ki kell találniuk egy olyan történetet, amelynek hangháttereül, zajkulisszájaként a lejátszott zajképet fel lehet használni. Ez az eljárás a képzeleti tevékenység egyéni jellegzetességeinek kimutatásával, elsősorban személyiségvizsgálati célokat szolgál, azonban a hallási érzékelés néhány sajátosságának demonstrálására is alkalmas. Ennél a vizsgálatnál a vakok általában több zajt jegyeztek meg, mint a látók, és inkább a zajok objektív tartalmára reagáltak, mint a hangulati elemekre. Ez a megfigyelés a hanghatások megváltozott funkcionális jelentőségére utal a vakok életében.

A vakok hallási érzékelésének kifinomodását figyelhetjük meg a vakok *téri tájékozódásánál* is.

Már a múlt században megfigyelték, hogy a vakok ismeretlen helyen, szobában, folyosón vagy utcán való közlekedéskor különös módon gyakran megérzik, ha valamilyen akadály vagy fal kerül útjukba, és az akadály előtt megállnak, még mielőtt botjukkal vagy kezükkel hozzáértek volna (HELLER, 1904). Mivel ezt a különös „megérzést" a kikérdezett vakok nem tudták valamelyik analizátor útján nyert érzékletre visszavezetni, először feltételezték, hogy a vakok valamilyen új, a látóknál nem meglevő vagy nem kifejlődött érzékelési képességgel („Fernsinn": távolságérzékelési képesség) rendelkeznek. Ezt az új érzékelési képességet a homlok és a mell felületére lokalizálták. A későbbi vizsgálatok ezt a feltevést nem tudták igazolni. Ellenben kimutatták azt, hogy a vakok „megérzéseit" hallási és tapintási érzékletek alapozzák meg. A vak járása közben érzékeli saját lépéseinek zaját, illetve ennek a zajnak a visszaverődését a környezet hangvisszaverő felületeiről. A lépések zaja így egy komplex hangingeregyüttest vált ki, amely a hangvisszaverő felületekhez való közeledés vagy távolodás esetén jellemző módon megváltozik. Ezek a finom különbségek a gyakorlás hiánya miatt a látóknak nem tűnnek fel. Sőt gyakran a vakok sem tudatosítják őket, csak „megérzik", hogy mit kell tenniük. Elképzelhető, hogy itt is arról az ismert jelenségről van szó, hogy a cselekvés finomabb ingerkülönbségekhez tud közvetlenül igazodni, mint amilyen ingerkülönbségeket a tudatos érzékelés megkülönböztetni képes.

Ezt a különleges tájékozódási teljesítményt természetesen nemcsak hangingerek, hanem tapintási ingerek is vezérlik. Kimutatták, hogy a vakok hőforrásokat sokkal nagyobb távolságról képesek érzékelni, mint a látók. Valószínű, hogy a levegőmozgás és a légnyomás változásaira is finomabban reagálnak.

A vakok téri tájékozódásáról egy vak beszámolóját idézzük, amely a hangingerek szerepét és jelentőségét igen meggyőzően igazolja. Az idézetben a vak egy másik vak számára adott instrukciót meghatározott útvonalon való eligazodáshoz.

„Forduljon úgy, hogy balra legyen tőle a lármát keltő hangzavar (trafik, büfé, újságos). Elindul, menjen lehetőleg egyenesen, ha balra tér ki, ott ki van szedve a járdán a kő. Ha jobbra tér, a megállónál lesz akadály, gidres-gödrös járda. Ha egyenesen megy, drótkerítéshez ér, ezt nem hallja meg, valószínű nekimegy, mert ha kijött a gócból, jobbra mindenfélébe, emberekbe ütközik, tehát balra tartson. Elindul egyenesen a drótkerítés mellett. Ha megérzi, hogy betonkerítés van, amellett mehet tovább, esetleg talál rajta kaput, de ez nem biztos. Ha már jó ideje haladt a kerítés mellett, vigyázzon, mert postaláda következik, tehát ne menjen szorosan mellette. A postaládának, ha nem megy neki, nem fogja meghallani. Ha a botot néha a falhoz érinti, nem fog túlhaladni a kapun, mert egy lépcsőn kell fellépni. Ha véletlenül a sarokig megy, ott meghallja, hogy ott másik utca van, visszafordul és a kerítés mellett lassan jön. És a botot gyakran a kerítéshez érinti, akkor pár méteren belül a kapuhoz talál.

Keresztülmegy az utcán, meg fogja hallani, de érezni is az út lejtése miatt, hogy fel kell lépni. Valószínű, hogy balra félre fog menni,de meghallva az akadályt korrigálja az irányt, elindul a Hungária úton. Az úton haladva, a járda több behorpadását érzi. Pár esetben kapu van, ne menjen szorosan a kerítés mellett, mert ott a kapuknál valamilyen nagy kő van. Mellette jobbra autóbusz megy el, a kerítés rácsos, ami jól hallható. Elér a sarokra, vigyázzon, mert a kanyar le van gömbölyítve, legjobb, ha a kerítés mellett megy. Ahol az út nincs kikövezve, a legrövidebb úton menjen jobbra előre, lépjen le az úttestre, ezt megérzi, mert a járdaszegély kis része kiálló. Botját

bal kezében óvatosan húzza végig a járda szélén, mert az nem egyenes, közben érzi az úttest dombszerű emelkedését. Amikor úgy érzi, hogy az úttest ismét lejteni kezd, legjobb, ha visszamegy a tetőpontra, jobbra fordul, és felmegy a lépcsőn. Vigyázzon, mert a lépcsők nem a szokványos nagyságúak és befelé lejtenek.

Lemegy a lépcsőkön, kb. 8—10 lépcső van. Balra fordul, botjával a járda széle mentén megy, az út lejtését érzi. Ha a lejtés megszűnik, és azt hallja, hogy a forgalom közel kerül hozzá, akkor felléphet a járdára, és ott balra előre a kerítés mellé mehet. Igyekezzen, de ne szorosan a kerítés mellett, mert itt is kövek állnak ki. Trolimegálló és iskola van itt, tehát sok ember van, figyeljen. Itt is mehet a sarokig, de itt is van postaláda. Onnan tudja, hogy a sarkon van, hogy a macskaköves járdát sima aszfalt váltja fel. Amint ideér, forduljon jobbra, menjen át inkább egyedül. A járda lejt a lelépéshez közeledve. Az úttest szintén macskaköves. Hallgassa meg, milyen a forgalom, ha éppen jön a villamos, annak a megállója mögötte van. Igyekezzen azzal együtt átmenni, ne ijedjen meg a zörgéstől, az fedezi az áthaladást. Így nagyon jobbra tart, mert fél, hogy a villamos alá megy, tehát a trolimegállóhoz ér. A járdára fellépve drótkerítésbe ütközik, bár meghallhatja az oszlopot is. A drótkerítés mellett menjen balra, csak a kerítés mellett találja meg a helyes utat. Egy épület mellé ér, újabb kapus drótkerítés következik, amin gyakran jönnek ki autók. A járda szélén fák és vasoszlopok vannak. Hosszú épületet hall majd, mehet a járda közepén is, mert jól látható fal és rácsos kerítés van. Tovább is jobbra csak rácsos kerítést hall, ennek is a beton alja adja a biztos támpontot. Végig sima a járda. Amint meghallja, hogy keresztutca közeledik, lejt a járda, és lelép. Kis utcán kell átmenni, itt valószínű, hogy nem megy félre, mert hallja a szemben lévő oldalt. Újból kerítés következik, rácsos, majd egy hosszú épület, ez Között, nyáron az ablak nyitva szokott lenni, beütheti a fejét, inkább menjen középen. Az úttest felőli szélen szemétgyűjtő ládák vannak. Később lépcsők ugranak ki a falból. Folytatódik az út a kerítés mellett. Az Erzsébet királyné úton nyugodtan átmehet, csak troli jár. Az út lejt, tehát jobbra félremegy valószínűen."

A látási fogyatékosok (vakok) tapintása

A vakok a tárgyakat tapintás útján ismerik meg. A tapintás szűkebb értelemben bőrérzékelést, tehát mechanikai, hő- és fájdalomingerek által kiváltott érzékleteket jelent. Tágabb értelemben a tapintás körébe sorolják a mozgásérzékleteket, az izomerő-érzékleteket és a végtag helyzetét tükröző érzékleteket, amelyeket az izomban, ínban és az ízületfelszíneken levő receptorok közvetítenek. Amikor a tapintásos érzékelésről tágabb értelemben beszélünk, akkor gyakran használjuk ennek a komplex érzékelési formának a megjelölésére a *haptikus érzékelés* elnevezést.

A haptikus érzékelésben a tárgyak különböző oldalairól különböző érzékletminőségek nyújtanak információt. A haptikus érzékelésben a tárgyak egyes oldalainak érzékelését ezért a következőkben külön-külön fogjuk ismertetni Katz (1925), E. v. Skramlik (1937) és Révész (1928) munkái alapján.

A tárgyak felszíni sajátosságainak haptikus érzékelése. A tárgyak felszíni sajátosságainak haptikus érzékelése a bőrben levő tapintási, hő- és fájdalomreceptorok közvetítésével történik.

A tárgyak felszíni sajátosságainak két fő formáját különböztetjük meg.

a) A tárgyak felszínének érdessége. A tárgyfelszín érdességének érzékelését elsősorban a tárgyfelszínen levő nívódifferenciák, másodsorban a tárgyfelszín anyagi minősége határozza meg.

A nívódifferenciók nélküli felszín a sima felszín, pl. üveglap. A sima felszín ujjunk bőrére az érintkezési felület minden pontján azonos nyomást



4. kép. Domború földgömb a Vakok általános iskolájában (Foto: Balla D.)

gyakorol. Ha sima felszínen ujjunkat végighúzzuk, a bőrfelület súrlódása a felfekvés minden pontján egyenletes, ezért bőrrezgés, vibráció nem jön létre.

Ha a felszínen igen kis mértékű és szabályos nívódifferenciák jelennek meg, akkor egy bizonyos határig a felszínt az ujj ráhelyezésével és az ujj csúsztatásakor még simának érezzük, egy bizonyos nívódifferencia növekedés után viszont érdesnek. A sima és az érdes felszín közötti átmenet nívódifferencia feltételeit pontosan nem ismerjük.

Az érdes felszínt a sima felszíntől, illetve a különböző érdességű felszíneket egymástól ujj-ráhelyezéssel csak nagy különbség esetén tudjuk egymástól megkülönböztetni. Az érdes felszínek pontos megkülönböztetéséhez a bőrfelületet végig kell csúsztatni az érdes felszínen. A csúsztatáskor a felszín érdessége rezgésbe hozza a bőrfelületet, és ez a rezgés vibrációs érzékletet vált ki. A különböző érdességű tárgyfelszínek — pl. különböző szövetek — különböző bőrrezgéseket váltanak ki, és ennek megfelelően különböző vibrációs érzékleteket idéznek elő. A bőrrezgések természetesen nemcsak a tárgyfelület érdességétől függnek, hanem attól is, hogy milyen gyorsan csúsztatjuk ujjunkat a tárgyfelszínen. Ennek megfelelően ugyanazon érdességű tárgyfelszínt lassúbb csúsztatás esetén durvábbnak, gyorsabb csúsztatás esetén simábbnak kellene éreznünk. Ez azonban csak akkor van így, ha nem végzünk aktív mozgást, tehát ha nem az ujjunkat csúsztatjuk a tárgyfelszínen, hanem a tárgyfelszín mozog az ujjunk alatt. Idegrendszerünk a saját mozgásainkkal előállított ingerlés módosításokat kiegyenlíti. Ugyanazt a tárgyfelszínt lassabb és gyorsabb csúsztatásnál a receptoringerlés különbözősége

ellenére ugyanolyan érdesnek érzékeljük. Ezt a jelenséget nevezzük tárgyfelszín konstanciának.

Ha a tárgyfelszín nívódifferenciái függőleges és vízszintes irányban a szimultán térküszöbnél nagyobbak, nem érdességet, hanem *felületi téri mintát* érzékelünk. Mivel az ujjhegyen a szimultán térküszöb egy-két mm, az ujjhegyen felületi téri mintát akkor érzékelünk, ha a felületen két kiemelkedés legalább egy-két mm távolságra van egymástól. A felületi téri minta csak igen gyors csúsztatás esetén vált ki vibrációs érzékletet. A felületi téri minta optimális érzékeléséhez legtöbbször az szükséges, hogy a receptor felületet az ingerminta felett lassan ide-oda csúsztassuk. A csúsztatás jelentősége a pontosabb érzékleti kép előállításában több körülménnyel magyarázható. Csúsztatáskor a bőrfelület oldalirányú nyomásával valószínűleg növeljük az ingerlés intenzitását. Fontos körülmény az is, hogy ugyanazt az ingermintát csúsztatásnál egymás után több receptorfelületen képezzük le, és így több differenciálható ingerület alakzatot kapunk, s ezáltal kiküszöböljük a tapintási receptorok gyors adaptációját.

A felületi nívókülönbségek téri szerkezetének érzékeléséhez a legkedvezőbb feltételt a pontszerű kiemelkedések biztosítják. Az összefüggő vonalszerű kiemelkedések vagy az ilyen téri minták szerkezetének — például kidomborított normál betűk formájának — érzékelése viszonylag nehéz. Ennek oka az, hogy az ujjhegy bőrfelszínén az ingerelt helyek téri relációit nehezen tudjuk megállapítani. Az ujjhegy felületén szimultán érzékelhető egyenes és görbe vonalakból kidomborított téri mintákat a kis érintkezési felület miatt a bőr benyomódásai pontosan nem is tudják követni. Ezen minták érzékelését a pontatlan leképződésen kívül az is nehezíti, hogy a vonalas minták bonyolult téri relációit a bőrfelszínen nehezen tudjuk felfogni.

A *Braille*-írás a téri reláció érzékelésénél megmutatkozó nehézséget úgy küszöböli ki, hogy az összes betűjelet egyetlen, szabályosan elhelyezett, hat pontszerű kiemelkedést tartalmazó térsémából alakítja ki. A sémában a lehetséges ingerek száma korlátozott, a séma téri helyzete és az ingerek téri helye állandó. A sémában szereplő pontok állandó téri szerkezetet alkotnak, ezért az egyes pontok téri relációját elsősorban nem a pontok egymáshoz való viszonya, hanem a pontoknak a sémában való helye határozza meg. *A hat pontból álló betűséma téri viszonyítási rendszert alkot, amelyben minden pont meghatározott helyet reprezentál.* Az állandó térséma megkönnyíti a pontok téri relációjának felismerését. A sémán belül a pont téri helye egyben a többi ponthoz való téri relációját is megadja. A *Braille*-írás tehát a téri relációk tapintásos felismerésénél megmutatkozó nehézséget egy téri viszonyítási rendszer sztereotipizálásával küszöböli ki (lásd 64. ábra).

A tárgyfelszín érdességének érzékelését a felszíni nívódifferenciák mértéke mellett a tárgy anyagi minősége is meghatározza. Szilárd tárgyaknál a tárgyfelszín a tapintásnál nem deformálódik, más anyagoknál viszont — például textilanyagoknál — a tapintás a tárgyfelszínt is deformálja, összenyomja. Ez a felszíni összenyomhatóság az érdességi fokok — simaság, érdesség, felszíni téri minta — érzékelését módosítja, de emellett új tapintásos kvalitást, a felszíni puhaság, illetve keménység élményét is előidézi.

b) A tárgyak felszínének hőmérséklete. A hőérzékleteket a tárgyak hőmérséklete és a saját testünk hőmérséklete közötti különbség határozza meg.

A hőérzékletek nagymértékben függnek a tárgyak anyagi minőségétől is. Különböző fémből készült, azonos hőmérsékletű tárgyakat különböző hőmérsékletűeknek érzünk azért, mivel az anyagok hővezető képessége, hőleadása, illetve hőfelvétele különböző. A hőérzékelés útján a vak a tárgyak anyagi minőségét is meg tudja különböztetni.

A tárgyak anyagi sajátosságainak haptikus érzékelése. A haptikus érzékelés szempontjából a tárgyak anyagi sajátossága attól függ, hogy a tárgy felszínére gyakorolt nyomás a tárgy formáját hogyan változtatja meg. Ilyen értelemben beszélhetünk szilárd, képlékeny, összenyomható, hajlítható, rugalmas, gyűrhető stb. anyagokról. A különböző anyagok felszíni és alakváltoztatási sajátosságai egymástól nem elválaszthatók. A haptikus érzékelés szempontjából a tárgyak ezen két sajátosságát mégis külön kell tárgyalni, mert a vaknak mindkét sajátosságot külön kell megvizsgálnia ahhoz, hogy eldönthesse azt, hogy milyen anyagot, illetve milyen tárgyat tapint.

A tárgyak anyagi sajátosságait az alakváltozással szembeni ellenállás mértékétől függően mozgás- és izomerő-érzékletek tükrözik.

A tárgyak formai sajátosságainak haptikus érzékelése. Minden tárgy meghatározott háromdimenziós térbeli kiterjedéssel rendelkezik. A tárgy formáján tágabb értelemben a tárgy háromdimenziós térbeli kiterjedését értjük. A tárgy formája szűkebb értelemben a tárgy vízuálisan érzékelt formáját jelenti. Vizuálisan a tárgy körvonalaival különül el a háttértől. A vízuális forma ezért a tárgy vizuálisan érzékelt kétdimenziós körvonalait jelenti.

A tárgy háromdimenziós térbeli kiterjedése attól függően képeződik le valamilyen vizuális körvonal-formában, hogy a tárgyat milyen nézőpontból érzékeljük. A nézőpont változtatásával a tárgy kétdimenziós körvonal-formája is változik.

A tárgy kétdimenziós körvonal-formája tulajdonképpen a tárgy azon felületéről ad képet, amelyet egy adott nézőpontból látunk. A nézőpont változtatásával nemcsak a tárgy körvonal-formája változik meg, hanem az a felület is, amelyet a tárgyból érzékelünk.

A tárgy háromdimenziós formája a számtalan lehetséges nézőpontnak megfelelően számtalan különböző vízuális körvonal-formára bontható fel. Az érzékelésünkben megnyilvánuló *formakonstancia* teszi lehetővé, hogy szinte mindegyik vizuálisan érzékelt körvonal-forma változatban felismerjük a tárgy változatlan, állandó háromdimenziós formáját.

Amikor egy tárgy formájáról általában beszélünk, akkor a tárgyra legjellemzőbb vizuális körvonal-formára gondolunk. Az emberi alak legjellemzőbb formája például az elölnézet, amely a gyermekrajzokban először jelenik meg. A ház legjellemzőbb formája ugyancsak az elölnézet, a négylábú állatoké az oldalnézet, a hajóé, autóé ugyancsak oldalnézet stb. A tárgyak formáját szemléletesen csak valamilyen nézőpontból, valamilyen körvonalforma feleleventésével tudjuk elképzelni. A tárgy háromdimenziós formájának elképzelésekor a nézőpontokkal szinte körbejárjuk a tárgyat, és minden nézőpontból készítünk egy körvonalképet. A látók a nézőponttól függetlenül szemléletesen nem tudják elképzelni a tárgy formáját.

A haptikus formaérzékelés a tárgy háromdimenziós kiterjedésű formáját nem bontja fel kétdimenziós körvonal-formákra, ezért egészen más formaélményt hoz létre, mint a vízuális érzékelés.

A haptikus formaérzékelés a vizuális érzékeléstől eltérően nézőpont nélküli. A haptikus érzékelésnél a vak mindig a tárgy háromdimenziós kiterjedését érzékeli. Ha kezébe vesz egy tárgyat, akkor a tárgy olyan pontjait tapintja egy időben, amelyek vizuálisan egy időben sohasem érzékelhetők. Például egy kezünkbe vett doboznál a doboz alját és tetejét egy időben sohasem láthatjuk, de egy időben tapinthatjuk őket.

Az egyidejűleg nem látható tárgyfelszínek egyidejű tapintása vizuálisan nem elképzelhető formaélmény kialakulásához vezet. Ezt a sajátos formaélményt a látók valószínűleg nem ismerik, mivel a látók haptikus formai benyomásaikat vizuális szemléleti képek nélkül nem tudják egységes formákká szintetizálni.

Mivel a haptikus formaérzékelés nézőpont nélküli, a tárgyak haptikus formája nem lehet körvonal-forma. A vak számára ezért az az absztrakció, amelyet egy háromdimenziós tárgy formájáról a kétdimenziós körvonalforma jelent, szokatlan és nehezen érthető. A vak a tapintásos formabenyomásait más formaélménnyé egyesíti, mint a látó. A haptikus érzékelésnél ezért a tárgyról készült kétdimenziós letapogatható formarajz és a tárgy haptikus formaélménye között nincs közvetlen összefüggés. Ennek megfelelően a következőkben külön vizsgáljuk meg a kétdimenziós körvonalrajzok és a háromdimenziós testek haptikus érzékelését.

a) Kétdimenziós körvonalrajzok haptikus érzékelése. A haptikus körvonalészlelés vizsgálata kipontozott vagy vékony lemezből kivágott formák segítségével történik. Az érzékelés úgy folyik le, hogy a vak ujjával követi a kipontozott vonalat vagy a kivágott forma széleit. A haptikus körvonal-követés szukcesszív folyamat. A szukcesszív haptikus formaérzékelés a szimultán vizuális formaérzékeléstől lényegesen különbözik.

A szukcesszív formaérzékelésnél a vak egy időben mindig csak a forma egy kis részletét érzékeli. A forma lekövetett részeit emlékezetben kell elraktároznia, és a lekövetés után a forma egységes képének kialakításához az emlékezetben megőrzött részeket kell szintetizálnia. A haptikus formaérzékelés tehát a részektől halad az egész felé. Az érzékelési szerveződés fő teljesítménye a figurarészletek egésszé szintetizálása.

Az értelmi fogyatékosok és a süketek vizuális érzékelésénél épp ellentétes szerveződési folyamat játszódik le. Elsődleges a forma egészének érzékelése, és csak ezután következik az egyes részletek elkülönítése. A haptikus formaérzékelés a részektől halad az egész felé, a vizuális formaérzékelés viszont fordítva, az egésztől halad a részek felé.

A haptikus és vizuális formamegismerés irányának különbsége ellenére a haptikus formaélmény *differenciálódása* lényegesen nem különbözik a vizuális formaélmény differenciálódásától.

Annak ellenére, hogy a haptikus formamegismerés részletekben történik, a formaélmény általában nem úgy differenciálódik, hogy a kis részegészek egy nagy formaegészbe integrálódnak, hanem fordítva, először egy tagolatlan, globális formaélmény alakul ki, amelyben a részletek később különülnek el.

A vizuális érzékelésben az érzékleti kép differenciálódása rövid idő alatt zajlik le. A differenciálódási folyamat egyes szakaszait ezért csak tachisztoszkóposan elemezhetjük. A vakoknál a folyamat vizsgálata könnyebb.

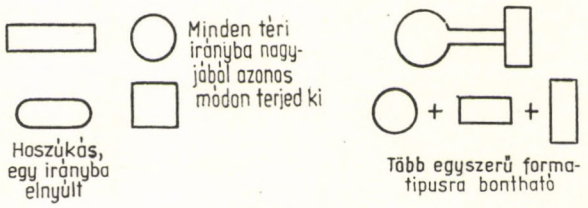
A vakoknak a forma felismeréséhez a formát többször egymás után végig kell követniük. Minden követés után a vak pontosabb élménnyel rendelkezik a formáról. Ha az egyes lekövetések után a vaknak ujjával le kell rajzolnia a lekövetett formát, akkor az egymás után következő rajzokból a formaélmény differenciálódása megállapítható.

A haptikus formaélmény differenciálódásának általános menete a következő:

1. A forma típusának felismerése.

A vak az első néhány lekövetés után azt tudja a formáról, hogy:

a) milyen a forma téri szerkezete (3. ábra),



3. ábra

b) milyen a forma nagysága

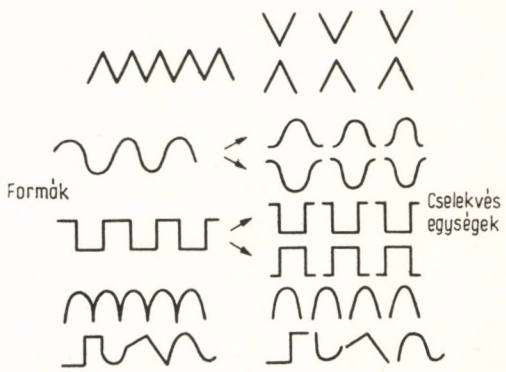
c) milyen jellegű a körvonal (4. ábra).



4. ábra

2. A körvonal cselekvésegységekre való tagolása.

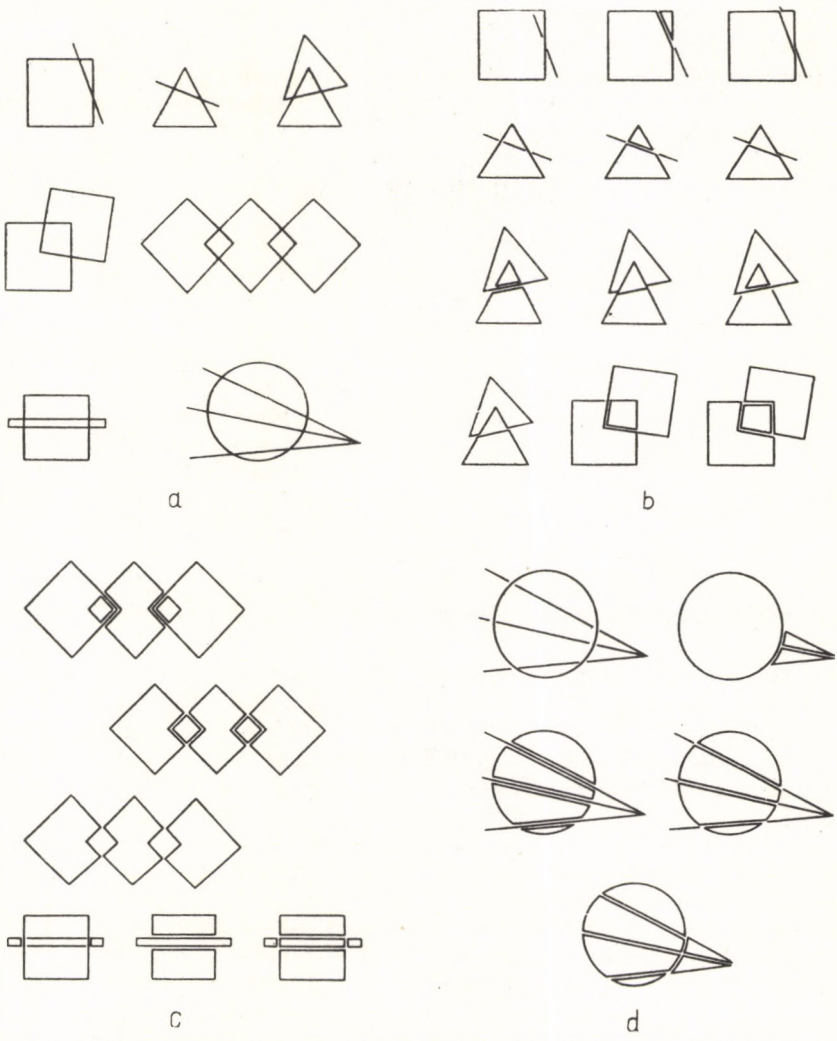
A formatípus felismerésekor a vak csak a körvonal jellegét adja vissza a rajzban, de a körvonal részleteiben egészen pontatlan lehet. A további lekövetések eredményeképpen a körvonal cselekvésegységekre tagolódik.



5. ábra

Az ábrákból látható, hogy a cselekvésegységek elkülönülését a lekövető mozgások irányváltoztatása, az egyszerű nyitott formák, illetve szimmetrikus elemek kialakítására irányuló tendencia, az egyenesek és görbék különbsége határozza meg (5. ábra).

A cselekvésegységekre való tagolás után a vak már nemcsak a körvonal jellegét, ha-



6. á b r a. A vak tanulók az *a* csoportban levő pontokból kidomborított formákat ujjal letapogatták, majd a felfogott formákat ujjal utána rajzolták (*b*, *c*, *d* csoport). (*Pálhegyi*, 1967)

nem néhány jellemző körvonaltörést és a körvonaltörések számát nagyjából pontosan adja vissza.

A figura cselekvésegységekre való tagolásáról érdekes megfigyeléseket gyűjtött Pálhegyi (1967). Kísérleteiben vak tanulóknak a fenti kipontozott figurákat kellett többször lekövetniök, majd ezután megnevezni és ujjal utána rajzolni (6. ábra).

A reprodukciók azt mutatják, hogy a vakok több egyenes kereszteződési pontján a követő mozgást gyakran nem az addig követett irányba folytat-

ják. Ezért a vizuálisan mindig egységet alkotó egyenesek a haptikus érzékelésben széttöredeznek. A vak azokat a körvonalrészeket szintetizálja formaegységbe, amelyeket egymás után követett, amelyek tehát cselekvésegységet alkotnak. A cselekvésegységek szerinti tagolás ugyanúgy formaegészek kialakítására törekszik, mint a vizuális tagolás, azonban a szukcesszív formakövetés erre más lehetőséget biztosít, mint a szimultán vizuális érzékelés.



7. ábra

3. A cselekvésegységek téri helyzetének és nagyságrelációinak felismerése. A körvonal-forma cselekvésegységekre való tagolásakor a vak nem érzékeli pontosan a cselekvésegységek pontos téri helyzetét, nagyságát. A reprodukciókban gyakran felcseréli az egyes cselekvésegységek sorrendjét is. A további követéseknél a figura ezen sajátosságai is pontosabbá válnak. Ezt a folyamatot a 7. ábrán egy formaélmény differenciálódásának fokozataival mutatjuk be.

4. A cselekvésegységek belső differenciálódása. A formafelismerés utolsó szakaszában a cselekvésegységek belső differenciálódása megy végbe. A vak ekkor ismeri fel a cselekvésegységen belüli töréspontokat, a cselekvésegységen belüli forma arányát és szerkezetét.

A haptikus formaélmény fent vázolt differenciálódási folyamata csak egyszerű formarajzoknál vezet a valóságnak teljesen adekvát formaélmény kialakulásához. Bonyolult körvonalú formáknál vagy az történik, hogy a differenciálódás harmadik, negyedik szakasza nem valósul meg, vagy az, hogy a forma részleteiben differenciálódik, de ezzel párhuzamosan egészében eltorzul.

b) Háromdimenziós testek haptikus érzékelése. A tárgyak háromdimenziós formájával a vakok nagyjából ugyanolyan lépésekben ismerkednek meg, mint a körvonal-formákkal.

Először gyors mozdulatokkal végigtapintják a tárgy egész felszínét. Ez a gyors, futólagos érzékelés a formatípus megismeréséhez vezet. A formatípus megismerése után lassú tapintó mozgásokkal következik az egyes formarészletek megismerése. A formarészletek elkülönítésének általános tendenciáit nehezebb meghatározni, mint a körvonal-formákét. Általában a tárgy felszínéből egységesen kiemelkedő vagy a tárgy felszínébe bemélyedő részek különülnek el. Ha a tárgy több egyszerű formatípusra bontható, akkor a részekre bontás a formatípusoknak megfelelően történik.

A részletek pontosabb megismerésének eredményeképpen a tárgyról kialakult első globális formaélmény differenciálódik, és létrejön a tárgy valóságnak megfelelő haptikus formája. A haptikus érzékelésnél a két- és háromdimenziós formai sajátosságokat *mozgásérzékletek* közvetítik. A követő, tapogató mozgás igazodik a tárgy formájához, és így a tárgy formája a mozgás formájában képződik le. Úgy is mondhatjuk, hogy a mozgás tükrözi a tárgy formáját. A mozgás tértükröző funkciójának vizsgálatával egyszerűbb helyzetekben is sokat foglalkoztak. Például megállapították azt,

hogy a tér különböző irányaiban végrehajtott egyenesvonalú mozgásoknál milyen mértékű és irányú jellemző hibák fordulnak elő. A mozgás tértükröző funkciója területén igen sok érzékszervi csalódást is kimutattak (SKRAMLIK, 1937).

A tárgyak téri helyének, téri helyzetének és súlyának haptikus érzékelése. A kinyújtott karral körülhatárolható teret haptikus térnek nevezzük. A haptikus térben a tárgyak téri helyét saját testünkhöz viszonyítva állapítjuk meg. A haptikus térben bárhol helyezkedik el a tárgy, ha kinyújtott karral el tudjuk érni, a kar pozíciója a tárgy téri helyét tükrözi. Részletes pszichológiai vizsgálatok kimutatták, hogy a kar segítségével történő térpont-lokalizációnál tipikus hibák fordulnak elő. A jobb karral kijelölt térpontokat például megismételt lokalizációkor általában az eredeti ponttól jobbra és előre lokalizáljuk. Függőleges irányban a váll alatti térpontoknál felfelé, a váll feletti térpontoknál lefelé tévedünk.

A haptikus érzékelés a tárgyak téri helyzetét homályosan tükrözi. Ennek oka az, hogy a tárgy tapintásos megismerése aktív cselekvési folyamat, amelynek során a vak kézbe veszi a tárgyat, forgatja, s eközben állandóan változtatja téri helyzetét. A látó a tárgyakat általában egyfajta téri helyzetben érzékeli. Ezért a vizuális érzékelésben a tárgyak szokásos téri helyzete igen pregnánsan tükröződik. A haptikus érzéklésben a tárgy téri helyzetének ez az állandósága nem ilyen kifejezett. Igen érdekesen bizonyítják ezt KOVÁCS (1967) megfigyelései. Használati tárgyakat adott vak és bekötött szemű látó tanulók kezébe, amelyeket azoknak fel kellett ismerni. A felismerés után meg kellett mondaniuk, hogy a haptikusan érzékelt tárgy mihez hasonlít. A látó tanulók gyakran adtak ilyen válaszokat: „ha így fordítom akkor erre a tárgyra hasonlít, ha viszont úgy fordítom, akkor arra a tárgyra hasonlít." Ezek a válaszok azt mutatják, hogy a látók a hasonlóság megállapításánál gyakran indultak ki a tárgy szokásos téri helyzetéből. A tárgy téri helyzetével kapcsolatos hasonlítás a vakoknál egyáltalán nem fordul elő.

A tárgy súlyának érzékelése a vakoknál az általános lélektanban leírt törvényszerűségek alapján folyik le.

A tárgy haptikus felismerése. Az eddigiekben a tárgyak egyes oldalainak haptikus érzékelését külön-külön tárgyaltuk. Láttuk, hogy a tárgyak haptikus érzékelését többféle inger: nyomás-, vibrációs, hő stb. ingerek alapozzák meg. A tárgy haptikus érzékleti képe tehát különböző érzékleti adatok feldolgozása alapján áll elő.

A haptikus érzékelés folyamatában a tárgy különböző oldalai elválaszthatatlanul összefonódnak. A vak a tárgy formáját nem tudja a tárgy felszínétől, anyagiságától, hőmérsékletétől stb. függetlenül érzékelni. A tárgyat ezért a haptikus érzékelésben a tárgyra jellemző haptikus érzékleti kvalitások elválaszthatatlan egysége reprezentálja. Ez az egység a tárgy haptikus úton történő megismerésének eredményeképpen alakul ki.

A már ismert tárgyak haptikus *felismerésénél* a vak kétféle módon járhat el.

1. A teljes haptikus érzékelési folyamatot megvalósítja ugyanúgy, mint amikor a tárgyat megismerte. Vagyis: először egészében gyorsan, majd részleteiben lassan letapogatja, megvizsgálja a tárgyat. Ez a folyamat a tárgy

felismerésénél természetesen sokkal gyorsabban játszódik le, mint a tárgy megismerésénél.

2. A haptikus érzékelés első szakaszai után a *jellemző jegy* keresésére tér át. A haptikus érzékelésre általában jellemző, hogy a tárgyak egyéni sajátosságait kevésbé tükrözi, mint a vízuális érzékelés. A tárgy haptikus érzékelési képében mindig több a sok tárgyra általában jellemző tipikus jegy, mint az egyedi mozzanat.

Érdekes megfigyelés az, hogy valamilyen feltűnő jegy nélkül a vakok a saját maguk által agyagból mintázott emberalakot néhány nap múlva már nem tudják megkülönböztetni a társaik által készített hasonló emberalaktól. Mivel a haptikus érzékleti összképben az egyedi jegyek elmosódnak, a vakok a tárgyak megismerésekor gyakran keresnek a tárgyon egy olyan tapintással érzékelhető különös jegyet, amely alapján a tárgy a későbbiekben biztosan felismerhető. Ez a különös jegy gyakran nem a tárgy lényeges, hanem lényegtelen jegye. Például: kitömött állatnál az állat testéből kiálló drót.

Ennek megfelelően a tárgyak felismerésekor a vakok először futólag, gyors körültapintással tájékozódnak arról, hogy milyen természetű tárgyról van szó. Ez a futólagos érzékelés a letapogatott tárggyal azonosítható tárgyak körét egy bizonyos tárgycsoportra korlátozza. A futólagos érzékelés után a vak szinte feltevést állít fel arról, hogy mi lehet az érzékelt tárgy. Ezután az érzékelés már nem a tárgy megismerésénél alkalmazott formában halad, mivel a vak feltevéseit kívánja ellenőrizni. Ez az ellenőrzés úgy történik, hogy a vak keresni kezdi azokat a különös jegyeket, amelyek a feltevései szerint lehetséges tárgyakra jellemzőek.

A különös jegyek keresése a haptikus tárgyfelismerés egyik alapvető sajátossága. Ésszerű, mert megrövidíti a felismerés folyamatát, és lehetővé teszi a haptikus tárgyi egység pregnáns egyedi vonásainak hiányában a tárgyak pontos, egyedi megkülönböztetését.

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK (VAKOK) FIGYELME

A *vakok* jobban rákényszerülnek arra, hogy tudatos figyelemmel irányuljanak a külvilági ingerekre, mint a látók. Számukra elsősorban a hallás és szaglási ingereknek van figyelemfelhívó jellege. Önkéntelen figyelmük hullámzó, könnyen eltéríthető. Nemcsak a környezet hanghatásai vonják el, hanem a kezük ügyébe eső tárgyak is. A szakirodalomban leírt kísérletek szerint szándékos auditív figyelmük differenciáltabb és szélesebb terjedelmű, mint a látóké. Fontos helyzetekben figyelmük elmélyült és tartós összpontosításával finom megkülönböztetésekre képesek (Grzegorzewska, 1930; Pálhegyi, 1965).

A *gyöngénlátók* figyelme — a gyógypedagógiai pszichológiai tanszék keretében végzett vizsgálatok eredményei szerint — a vizualitást igénybe vevő (*Piéron*-féle) próbáknál átlagértékekben jóval alatta marad a látókénak. A látók átlaga: 3, a gyöngénlátóké: 1,9. Itt a csökkent látásélességnek van szerepe. A vízualitást kevésbé igénybevevő próbáknál (*Révész—Nagy*-féle) az eredmény is emelkedett, de még mindig az ép látásúaké alatt maradt. Látók: 3, gyöngénlátók: 2,6 (Kovács Cs., 1965).

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK (VAKOK) EMLÉKEZETE

A vakok emlékezetével foglalkozó pszichológiai vizsgálódások eredményeit nehéz összefoglalva ismertetni, mivel a vizsgálatok különböző részkérdések tisztázására irányultak. A feldolgozott vizsgálatok alapján a vakok emlékezetével kapcsolatban *négy részkérdést* tárgyalunk.

A később megvakultak vizuális emlékképei. Azok a vakok, akik életük első éveiben vesztették el látásukat, vizuális emlékképekkel rendelkeznek. A vakok oktatása és nevelése szempontjából fontos tudni azt, hogy ezek az emlékképek későbbi megerősítések nélkül hogyan halványulnak el, mikor esnek szét, és meddig idézhetők fel. Tóth (1927) ezekre a kérdésekre felnőtt vakok kikérdezése útján kereste a választ.

Vizsgálati eredményeiből néhányat idézünk:

Harminchárom éves vak nő, aki ötéves korában vakult meg, a feltett kérdésekre a következő feleleteket adja:

1. Visszaemlékezik-e látós korára, és ha igen, mire?

„Én igen, hát mire is? Pláne a rózsaszín, ez igen tetszett nekem. A napfényre."

Ebben a feleletben igen figyelemreméltó az a jelenség, hogy a kérdés feladása után azonnal arról a területről idézte fel emlékképeit, amit a legnagyobb és pótolhatatlan veszteségének tekint, ti. a színek és világosság köréből.

2. Visszaemlékszik-e a színekre, színes tárgyakra?

„Rózsaszínre, fehérre, pirosra jól emlékszem, ilyen ruháim is voltak. Fehér függöny. A többire már homályosan emlékszem. A drappról például fogalmam sincs. A lilára nem emlékszem, a kékre csak homályosan emlékszem. Zöldre nem emlékszem. A fekete, az szerintem nem jó, arra nem is emlékszem".

3. Visszaemlékszik-e a napra, holdra, csillagokra, villámlásra, tűzre?

„A villámlásra nem, a tűzre igen. Ha a kályhában égett, oly magasra ment a lángoszlop. A csillagokra csak úgy homályosan emlékszem, hogy fényes pontokat láttam. A holdra is emlékszem, kifli alakú volt. Arra is emlékszem, hogy a holdat szerettem nézni, amint nő, vagy fogy. Még az árnyékomra is emlékszem, amint játszottam vele."

4. Csökkent-e a színre és világosságra való visszaemlékezése a látás elvesztése óta?

„Annyira igen, hogy sok mindent nem tudok most már úgy elképzelni, amint láttam. Ezt megfigyeltem, hogy ezek az emlékeim általában véve homályosulnak. Csak úgy nagyjából marad meg mostan egy és más."

Huszonhárom éves, ötéves korában megvakult leány, látós korára homályosan emlékszik vissza: a napra, ha beborul, vagy ha kiderül, még emlékszik. A színek közül a pirosra, fehérre, feketére, sárgára, kékre és rózsaszínre homályosan emlékszik, de a többire nem. A holdra, csillagokra nem emlékszik. A villámlásra csak úgy homályosan emlékszik. A tűzre és a napra jól emlékszik. „A tűz vörös lánggal ég, a nap pedig erősen süt, világít és aranysárga színű".

„. . . a következő kérdést tettem fel: Milyen tárgyakra vagy állatokra emlékszik vissza?

Ötéves korában megvakult harminchárom éves vak nő:

„A lóra, minden bútorra, ami nálunk a szobában volt, visszaemlékszem, és még most is tudom, hogy a bútorok fényesek voltak, akkor divat volt a tükörbútor. Szüleim arcára határozottan nem emlékszem, csak arra, hogy mamának arca fehér volt de a továbbiakra már nem emlékszem".

Ötéves korában megvakult huszonhárom éves nő: „A tárgyakra úgy általában emlékszem. Arra emlékszem például amint a madár repül magasan, kitárja a szárnyát és lassan ide-oda csapkod. A háziállatokra, tehénre, macskára jól emlékszem. Sem képre, sem fényképre nem emlékszem."

Huszonhat éves, hétéves korában megvakult nő: „Mindenre emlékszem, mert hisz egy hétéves gyermek mindent lát. Kutyára, macskára, lóra, tehénre és ilyenekre mind emlékszem, s el tudom képzelni, hogy milyenek. A képekre világosan visszaemlékszem. Most már azonban nem olyan élénken emlékszem vissza mindezekre, és ha most talán visszanyerném látásomat, azt hiszem, igen furcsa volna minden előttem, és

nem is igen ismernék fel mindent. A látott dolgokra gyakran gondolok vissza és ez sikerül is."

Kilencéves korában megvakult harmincnégyéves nő: „Az állatokra igen jól emlékszem vissza, különösen a kutyára, macskára emlékszem igen jól. Emlékszem arra is, hogy amikor kicsiny voltam, a faluban egy púpostevét mutogattak, erre igen jól emlékszem. Azonkívül emlékszem egy kis majomra, piros ruhája volt, és egy kis katonasapka volt a fején, sárga gombbal. Mamára nem emlékszem, de a testvéreimre és apámra igen. Mindegyiknek gesztenyebarna haja és kék szeme volt. Még az én fényképemre is visszaemlékszem. A régen látott képekre is vissza tudok emlékezni. A tájképeket igen szerettem nézni, és ezekre szívesen is emlékszem vissza, azonban ez nem mindig sikerül. Nem tudom mitől van, de ha vissza is idézem a képet, sötétnek kezdem látni. Úgy gondolom, hogy a szemem ideges, és ettől van, hogy a kép előtt már ugrál valami."

Tóth (1927) vizsgálati eredményeiből azt a következtetést vonta le, hogy azok a vakok, akik ötéves kor után vakultak meg, a felnőttkorban is jól felidézhető vizuális emlékképekkel rendelkeznek. Az ötéves kor előtt megvakultak vizuális emlékképei viszont bizonytalanok, elmosódottak.

Vizsgálati módszere az önmegfigyelés volt. Az így adódó különféle szubjektív torzító tényezők miatt vizsgálati eredményeit csak tájékoztató jellegűnek fogadhatjuk el.

A felvetett kérdéseket objektív módszerekkel Zemcova és mtsai vizsgálták. A feltételes reflex módszer és a kérgi elektromos tevékenység tanulmányozása útján megállapították, hogy a megvakulás után az időleges kapcsolatok átrendeződnek. Ez az átrendeződés azonban hosszú folyamat eredménye. A vizuális rendszerben kialakult kapcsolatok a megvakulás után is felidéződnek, mivel a vizuális rendszer összefüggésben van a többi analizátorral és a motoros rendszerrel. Ezek az összefüggések teszik lehetővé, hogy a cselekvési helyzetekben a helyzethez tartozó vizuális kapcsolatok hosszú ideig felidéződjenek. Zemcova (1960) szerint: „A látási emlékképek az idegfolyamatok bizonyos lassúságának következtében nem egyszerre mosódnak el: először a színről való látási elképzelések esnek ki, később a tárgyak formái. Az eltűnt látási képek néha még visszatérhetnek, a megvakultak tájékozódásának nehéz eseteiben."

A vakok közvetlen szóemlékezete. A vakok közvetlen szóemlékezetét Vértes (1916) vizsgálta a *Ranschburg*-féle szópár módszer segítségével.

A vizsgálat összehasonlító jellegű volt: 20, 7—14 éves vakra és 100, 7—14 éves látóra terjedt ki. A kikérdezés a bevésés után 6 mp-cel történt. A vizsgálat eredményei:

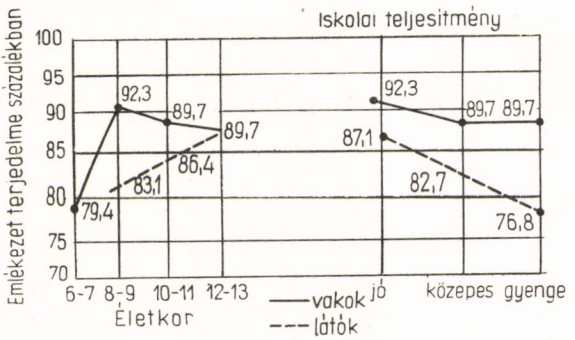
a) A vakok közvetlen szóemlékezetének terjedelme jobb, mint a hasonló korú látóké. A vakok a betanulás után a tanult szavak 89,7%-ára, a látók viszont csak 82,9%-ára emlékeztek vissza. A vakok emlékezeti teljesítményei 71,8% és 100% között, a látóké 25,6% és 94,9% között helyezkedtek el.

b) A látóknál az emlékezeti teljesítmények szorosabb kapcsolatban vannak az életkorral és az átlagos iskolai előmenetellel, mint a vakoknál. Ezeket az összefüggéseket az 1. táblázatról olvashatjuk le.

c) A vakok emlékezeti reakcióidői rövidebbek, mint a látókéi. A vakok általában 1,6, a látók viszont csak 2,0 mp alatt tudták emlékezetükbe idézni a hiányzó szópárt. A vakok emlékezeti idői azonban nemcsak rövidebbek, hanem egységesebbek is, mint a látók emlékezeti idői.

A vakok és látók reakcióidőinek megoszlását a 2. táblázaton tüntettük fel.

1. táblázat



Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy VÉRTES (1916) vizsgálati eredményei szerint a vakok közvetlen emlékezetének terjedelme és emlékezésük gyorsasága jobb, mint a látóké. VÉRTES ezt azzal magyarázza, hogy a vakok jobban tudnak koncentrálni az akusztikusan elővezetett szópárokra, mint a

2. táblázat

	1,2	1,4	1,6	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,8	3,0	3,1
	másodpercnyi időtartamra volt szüksége a felidézéshez														
Vakok százaléka	10,0	20,0	40,0	15,5	—	5,0	—	5,0	—	—	5,0	—	—	—	—
Látók százaléka	4,3	10,0	11,4	12,8	1,4	24,3	4,3	10,0	7,1	4,3	1,4	2,8	2,8	1,4	1,4

látók, akiknek figyelmét eközben optikus ingerek is leköthetik. Szerintünk valószínűleg arról is van szó, hogy a vakok akusztikus szóemlékezete a fokozottabb igénybevétel miatt kompenzatív jelleggel kifinomul, tökéletesebbé válik a látókénál.

A különböző úton történő bevésés hatása a vakok közvetlen szóemlékezetére. MOLNÁR, PÁLHEGYI és SIMON (1959) a *Ranschburg*-féle szópár módszer segítségével a különböző úton történő bevésés hatékonyságát vizsgálták vak gyermekeknél. Három, azonos elvek alapján összeállított, 16 szópárt tartalmazó sorozatból az elsőt a kísérletvezető olvasta fel, a másodikat a kísérleti személy olvasta el magában, a harmadikat a kísérleti személy olvasta fel hangosan. A bevésés tehát hallás, néma olvasás és hangos olvasás útján történt. A vizsgálatokat 20 vak és 20 látó 10—15 éves tanulón végezték.

A vizsgálat eredményeit a három tanulási módra vonatkozóan a 3. táblázat tartalmazza:

3. táblázat

A felidézett szópárok száma	A gyermekek száma					
	Vakok			Látók		
	Hallás	Néma olvasás	Hangos olvasás	Hallás	Néma olvasás	Hangos olvasás
0—8	6	5	6	3	9	10
9—13	7	14	7	13	9	8
14—16	7	1	7	4	2	2

A vizsgálat eredményei alapján a következőket állapíthatjuk meg:

a) A vak gyermekek emlékezeti teljesítményei elsősorban a hallás és a hangos olvasás útján történő bevésésnél, de a néma olvasással történő bevésésnél is jobbak, mint a látók emlékezeti teljesítményei. A vakok jobb teljesítményét valószínűleg a verbális emlékezetük kompenzatív jellegű kifinomodásával magyarázhatjuk.

b) A vakok a leggyengébb eredményt a néma olvasásnál, a látók viszont a hangos olvasásnál érték el. A hallás útján történő bevésés előnye elsősorban a látóknál, de a vakoknál is jelentkezett. A szerzők szerint: „. . . ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy . . . a hallás biztosítja a legjobb emlékezeti bevésést, szerintünk ez inkább a kísérleti helyzetből adódik: mikor a kísérletvezető felolvassa a szópárokat, kifejezettebb a »rapport« helyzet, nagyobb a kísérleti személy figyelmi koncentrációja, mint amikor maga olvassa."

c) A szerzők a fenti táblázaton szereplő eredményeket életkori csoportonként, fiatalabb (10—11 éves) és idősebb (14—15 éves) gyermekeknél külön is megvizsgálták. Megállapították, hogy látóknál az életkor növekedésével a bevésési módok jelentősége nem változik. Ezzel szemben vakoknál az életkor növekedésével a hallás útján történő bevésés jelentősége egyre nő.

d) A kísérlethez felhasznált 16 szópár egyik része konkrét, másik része absztrakt fogalmakat tartalmazott. Amikor az eredményeket külön összesítették a konkrét és absztrakt szópárokra, kitűnt, hogy a vakok és látók egyaránt jobban emlékeznek a konkrét szópárokra, mint az absztraktakra. Ez a különbség fiatalabb életkorban vakoknál kisebb, mint a látóknál. Ez feltehetően azzal magyarázható, hogy a fiatal vak számára egyes konkrét fogalmak is „absztraktak", mivel szegényes tapasztalati tartalmat foglalnak magukban. Magasabb életkorban vakoknál és látóknál egyaránt nő a konkrét és absztrakt szópárokra vonatkozó visszaemlékezés különbsége. Vakok és látók 19—20%-kal több konkrét szópárt tudnak felidézni, mint absztraktat.

Molnár, Pálhegyi és Simon (1959) vizsgálati eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a vakok szóemlékezete fejlettebb, mint a látóké. Vakoknál az életkor növekedésével a hallás útján történő bevésés jelentősége és a konkrét fogalmakra való visszaemlékezés jósága egyre nő.

A vakok logikai emlékezete. A vakok logikai emlékezetét Bodnár (1960) mesemódszer segítségével vizsgálta. A vizsgálati személyeknek egy rövid, egyszerű történetet mondott el, s ezt a történetet az elmondás után köz-

vetlenül, majd egy nap és egy hét múlva visszakérdezte. A vizsgálat 18 vak és 18 látó 10—15 éves korú tanuló bevonásával folyt le.

Bodnár a 10—12 éves gyermekek számára 36 logikai egységből, a 13—15 éves gyermekek számára 43 logikai egységből álló történetet állított össze. A reprodukciókat abból a szempontból értékelte, hogy a gyermekek hány logikai egységet adtak vissza szó szerint, hányat tartalmilag helyesen, de más szavakkal, hányat változtattak meg, hány logikai egységet hagytak el, és hánnyal gazdagították a történetet.

A vizsgálati eredményekből kitűnt, hogy a 10—12 éves vak és látó gyermekek logikai emlékezete lényegében nem különbözik egymástól.

A 13—15 éves korcsoportban ezzel szemben már értékelhető különbség jelentkezett; a vakok a történetet mindhárom kikérdezésnél pontosabban reprodukálták, mint a látók. Ez abban mutatkozott meg, hogy a vakok a történet eredeti szövegét, az alkalmazott szóbeli kifejezéseket pontosabban adták vissza, mint a látók, és a logikai egységekből is kevesebbet hagytak el.

A vakok tehát nemcsak a történet gondolati tartalmára, hanem a gondolatok szóbeli megfogalmazására is jobban emlékeztek, mint a látók. Mivel vakok és látók reprodukciói között a szóbeli megfogalmazás szempontjából nagyobb különbség mutatkozott, mint a gondolati tartalom szempontjából, valószínűnek tartjuk, hogy a vakok a történet gondolati tartalmára azért emlékeztek jobban, mert a szóbeli kifejezésformákat pontosabban megjegyezték, mint a látók.

A vakok mechanikus jellegű szóemlékezetének kifinomodása végső soron tehát a logikai, gondolati emlékezés területén is bizonyos előnyt jelent a látókkal szemben.

Az eddig ismertetett kísérleti eredmények alapján összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a vakok verbális emlékezete a mechanikus rögzítés területén jobb, mint a látók verbális emlékezete. A vakok emlékezeti fölényét a verbális emlékezet fokozott gyakorlásának eredményeképpen előálló kompenzatív jellegű funkció-kifinomodással magyarázzuk.

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK (VAKOK) GONDOLKODÁSA, BESZÉDE

A gondolkodás sajátos, önálló lelki jelenség, amelynek funkciója, mechanizmusai, elemei stb. a többi lelki jelenségtől jól elkülöníthetők. A gondolkodás önállósága azonban viszonylagos, mert a gondolkodás a valóság megismerésének egyik folyamata, amely elválaszthatatlanul összefonódik a megismerés konkrét érzéki formáival.

A vakok gondolkodási folyamataiuak tárgyalásánál különösen ezt az összefüggést fogjuk kidomborítani, mivel megítélésünk szerint a vakok gondolkodásának lényegi alapproblémája az a bonyolult kapcsolat, amely a megismerés konkrét, érzéki és elvont gondolati szintje között fennáll.

A vakok gondolkodásának specifikumai és az általunk említett probléma fontossága legkevésbé akkor ismerhető fel, ha a vakok gondolkodásának teljesítményeit, a vakok intellektuális produktumait vizsgáljuk. A gondolkodás meghatározott színvonalával általában meghatározott érdeklődési kör, tájékozottság, tudáskincs, műveltség, nyelvi kifejezésformák, beszéd-

stílus járnak együtt. (Az intelligencia-vizsgálatok többek között erre az együttjárásra építenek akkor, amikor tájékozottság és műveltségelemekből következtetnek vissza az intelligencia színvonalára.) Mivel a vakok érdeklődési köre, általános tájékozottsága nem különbözik lényegesen a látókétól, jogosnak látszik az a következtetés, hogy a vakok gondolkodásának általános szintje a látókéval megegyezik. Ehhez a következtetéshez jutunk akkor is, ha a vakok és látók verbális vagy logikai készségeit, gondolkodásuk formális jellemzőit hasonlítjuk össze.

Mivel az intellektuális teljesítményeknél, a gondolkodás általános szintjénél és formális jellemzőinél látszólag hiányzanak a jellegzetes vakos sajátosságok, ennek alapján a kérdések egész sorát vethetjük fel.

Az érzéki, konkrét megismerés területén leírt vakos jellegzetességek miért nem jelentkeznek az elvont gondolati megismerés területén is? Ha az elvont gondolkodás bonyolult struktúráinak kialakulásánál lényeges szerepet játszik a cselekvésbe ágyazott érzéki megismerés struktúráinak interiorizálása, akkor a tapintásos megismerés és a tapintás által vezetett cselekvés jellegzetességei miért nem tükröződnek a vakok elvont gondolkodásában is? Az elvont gondolkodás szintjén és a gondolkodás összteljesítményeit tekintve milyen mechanizmusok biztosítják az érzékletes megismerés vakos sajátosságainak kiegyenlítését, kompenzációját?

A felsorolt kérdésekkel a kísérletes kutatás alig vagy egyáltalán nem foglalkozott. Nehezebb ugyanis felismerni a vakos sajátosságot akkor, ha az nem a látóktól való eltérésben, hanem éppen a látókkal való megegyezésben jelentkezik.

A gyakorlati megfigyelések és a kísérleti kutatás főleg azokat a kérdéseket világították meg, ahol a vakok és látók gondolkodási különbségei igen jellegzetesek, vagy legalábbis eltérésekre lehetett számítani.

A vak is használja beszédében például a színeket és a vizuális élményeket jelölő szavakat. Hogyan tanulja meg a vak ezeket? Mi a színeket és a vizuális benyomásokat jelölő szavak jellegzetesen vakos tartalma? — Ezek a kérdések a vakok fogalmaival kapcsolatos vizsgálatokat indították el. Ugyanez a problémakör a gyakorlati megfigyelések szintjén a vakok verbalizmusával kapcsolatban fogalmazódott meg. Bármilyen oldalról közeledett is azonban a kísérleti kutatás a vakok gondolkodásához a kutatási eredményekben, mindig előtérbe került a konkrét érzéki és az elvont gondolati megismerés jellegzetes vakos összefüggése.

A beszéd és gondolkodás viszonya, a vakok nyelvi fejlődése és verbalizmusa

A látó gyermek értelmi fejlődésében a konkrét érzékletes tapasztalatok körének bővülése, az érzékletes tapasztalatok gondolati feldolgozása, a gondolkodási formák fokozatos differenciálódása, valamint a nyelvi kifejezésformák gazdagodása, új szavak és nyelvi szerkezetek megtanulása igen szorosan összefüggő, egymást feltételező folyamatok.

A felnőtt beszélő környezet szókincséből, változatos és bonyolult nyelvi kifejezésformáiból a gyermek azokat tanulja meg, amelyeket megért, amelyeknél a fogalomkialakítás tapasztalati előfeltételei és gondolati mű-

veletei megérettek. A szókincs, a nyelv asszimilációja rendszerint több lépésben történik; a gyermek először csak sejti, majd bizonyos vonatkozásokban már helyesen is érti, amiről szó van, később a jelentés általánosabbá válik, kikristályosodik a fogalom, a passzív szókincs perifériájáról a szó beépül a gyermek aktív szókincsébe, s végül a gondolkodás elemévé válik. A folyamat egyes fázisai a látó gyermeknél legkönyebben az absztrakt fogalmak kialakulásánál követhetők nyomon.

A vak gyermek értelmi fejlődésében a tapasztalati kör bővülésének, a gondolkodás fejlődésének, valamint a nyelvi és beszédfejlődésnek egyensúlya, összefüggése megbomlik. Az egyensúly megbomlásának kettős oka van; egyrészt a valóság érzéki megismerésének sajátos vakos formái és fejlődésmenete, másrészt a beszéd jelentőségének megnövekedése a vakok ismeretszerzésében.

A látás kiesése miatt a vakok a valóság érzéki megismerésénél főleg a tapintásra és a hallásra vannak utalva. A tapintásos érzékleti tapasztalatok a tárgy lényeges jegyeinek absztrakciójához más feltételeket biztosítanak, mint a vizuális érzékletek. Az érzéki megismerés sajátos természete már önmagában is módosíthatja a szókincs és a nyelvi kifejezésformák elsajátítását, asszimilációját. A leginkább szembetűnő probléma azonban nem ebből a szempontból jelentkezik.

A tárgyi valóságnak vannak olyan oldalai, amelyek a hallás vagy a tapintás számára nem léteznek, amelyek tapintás vagy hallás útján nem ismerhetők meg. Ilyenek a színek, a fényhatások (csillog, villog, ragyog, áttetszik stb.), a köznapi tapasztalás során csak vizuálisan érzékelhető jelenségek (csillag, hold, felhő, fénykép, festmény) stb. A látás kiesésével a valóság egyes oldalai, jelenségei a vakok számára nem létezőkké válnak, ezért tapasztalati világuk a látókhoz viszonyítva szűkebb lesz, és a látók szókincsének azon része, amely ezt a tapasztalati világot jelöli, a vak számára elvonttá, érzékletes tartalom nélkülivé válik. A látás és tapintás útján is egyformán megismerhető jelenségek, tárgyak között számtalan olyan tárgy és jelenség van, amelyek ugyan tapintás útján is megismerhetők, de a fogalom érzékletes tartalmában a vizuális tapasztalat dominál, és a szó érzékletes jelentése elsődlegesen vizuális jellegű. Gondoljunk csak a fromai sajátosságokat jelölő szavakra, vagy a távolság, közelség, mélység téri relációit tükröző fogalmakra. Ezek a viszonylatok a tapintás számára is hozzáférhetők, az ezeket jelölő szavaknak tehát lehet érzékletes tartalmuk, ez azonban nem azonos azzal, ami a látók tudatában él. Leginkább a reproduktív képzeleti tevékenység területén tűnik ez ki. Egy tájleírás olvasásakor a látók lelki szemei előtt kirajzolódik a táj, a szavakkal jelölt formai és téri részletekből összeáll a vizuális érzékleti kép. A vaknak is lehet tapintásos, érzékletes tapasztalata a leírásban szereplő fogalmakról, mégis csak igen nehezen vagy egyáltalán nem tudja azt a képzeleti tevékenységet elvégezni, amely egy sajátos összkép kialakulásához vezet.

Ha a csak vizuálisan megismerhető jelenségekhez ezeket a főleg vizuálisan megismerhető jelenségeket is hozzászámítjuk, akkor jogos az a megállapítás, hogy a látás kiesése a valóságról való érzékletes tudás jelentős leszűkülését okozza.

A vakok érzékletes tapasztalatai azonban nemcsak szűkebb körre korlátozódnak mint a látókéi, hanem ezen a körön belül kevésbé rögzítettek, begyakoroltak, s ezért elmosódottabbak, homályosabbak is. A szem állandó kontaktusban van a külvilággal, és már egy pillantással is a vizuális tapasztalatok egész sorát rögzítjük. Szemünk is letapogatja a tárgyakat, de ez a tapasztalatszerzés szinte spontán, távolról és kevés aktivitással történik. A kézzel való tapasztalatszerzéshez kifejezett megismerő aktivitás, manipuláció és lokomóció szükséges, a tárgyat kézbe kell fogni, meg kell vizsgálni, és mivel a kéz hatósugara kisebb mint a szemé, a távolabb levő tárgyakhoz oda kell menni. Erre a hosszadalmassága ellenére is csak szűkkörű tapasztalati anyagot eredményező megismerési módra a bizonytalan mozgású vak nem szívesen vállalkozik. Amit odahoznak, kezébe adnak, azt megvizsgálja, de tapasztalatszerző, felfedező útra ritkábban szánja rá magát. A látás és a tapintás tapasztalatszerző alkalmai tehát jelentősen különböznek, ezért a vak a konkrét érzékletes tapasztalatok mennyiségét illetően a látókhoz viszonyítva hátrányos helyzetben van.

Mindez végső soron azt eredményezi, hogy a vak érzékletes tapasztalati világa szűk körben, lassan, bizonytalanul fejlődik, és elmarad a gondolkodási formák, valamint a nyelvi kifejezésformák fejlődése és asszimilációja mögött.

A tapasztalati, a gondolati és a nyelvi fejlődés egyensúlyának megbomlásában a tapasztalatszerzés körének leszűkülése és a folyamat lelassulása azonban csak az egyik tényező. Ezzel párhuzamosan a hiányos tapasztalatok kiegyenlítéseként előtérbe kerül a valóság közvetett beszéd útján történő társadalmi megismerése. A beszéd fokozott jelentősége kihat a nyelvi fejlődésre is, amely függetlenedik a tapasztalati kör lelassult fejlődésétől, és az elvont gondolkodás fejlődésével együtt normális ütemben valósul meg.

A vakok elvont logikai gondolkodásának fejlődésére vonatkozó vizsgálatok eddig nem mutattak ki a vakok és a látók között lényeges különbséget.

Molnár és mtsa (1964) a vakok logikai gondolkodását a „tehát", „mert", „akkor" kötőszavakkal végződő befejezetlen mondatok kiegészítése útján vizsgálta. Megállapították, hogy a vakok logikai gondolkodása kissé elmarad a látóktól, de ugyanazt a menetet követi, mint a látóké. A vakok a VI. osztályban már behozzák lemaradásukat, amelyet feltehetően a hatéves kor előtti életkorra is kiterjedő rendszeres gondolkodásfejlesztés hiánya idéz elő. Pálhegyi és mtsa (1965) ismert tárgyak csoportosításának segítségével vizsgálták azt, hogy vakoknál hogyan alakul ki a felső fogalmak használata. A vak gyermekeknél lényegében ugyanazt a fejlődési folyamatot tapasztalták, mint látó gyermekeknél, de bizonyos meglassúbbodással. Hasonló eredményekhez vezettek a korábbi vizsgálatok eredményei is.

A nyelvi fejlődés területén szintén nem találunk lényeges különbséget a vakok és látók között. Bár a szakirodalom szerint a vak gyermek első szavai később jelennek meg, mint a látóknál, a környezetével főleg beszéd útján érintkező vak gyermek jól megfigyeli környezete beszédét, és sokszor annak még öreges vagy egyéni beszédmodorát is megtanulja. Bojtay (1963)

a folyamatos szabad asszociáció módszere segítségével vak és gyengénlátó gyermekek szókincsét hasonlította össze különböző életkorokban. Megállapította, hogy a produkált szavak mennyisége nem függ a látás fokától — a vak tehát nem marad el a gyengénlátó mögött —, viszont az életkorral szoros összefüggésben van. SUHRWEIER (1963) egyszerű történet visszamondásánál elemezte a látók és vakok nyelvi fejlődését. Azonos életkorú csoportokat összehasonlítva nem talált teljes megegyezést, de a különbségek sem voltak jelentősek. Mondattani szempontból pl. az 5. osztályban a következő eredményeket nyerte: befejezetlen mondat vakoknál 3, látóknál 4%; egyszerű mondat: vakoknál 10, látóknál 2%; egyszerű bővített mondat: vakoknál 58, látóknál 40,5%, mellérendelő mondat: vakoknál 8, látóknál 23%, alárendelő mellékmondat: vakoknál 21, látóknál 30,5%.

Az elvont gondolkodás és a beszéd vakoknál tehát a látókkal nagyjából megegyező ütemben fejlődik, és ezért szükségszerűen elszakad a tapasztalati kör lassú bővülésétől.

Az egyensúly megbomlása szempontjából azonban nemcsak a fejlődés üteme a lényeges, hanem az is, hogy a beszéd útján történő ismeretszerzésnél a vak egyre inkább ráhagyatkozik a verbális verifikációra, és saját érzékletes tapasztalati világával csak lazán összefüggő verbális ismeretrendszert épít ki.

A látók mindennapi beszédében a szavak meghatározott jelentéssel és gyakran sztereotip szókapcsolatok formájában fordulnak elő. A köznapi beszéd a fogalomnak, a szó jelentésének gazdag tartalmából csak egyes elemeket emel ki. A vak a beszédbeli érintkezésnél a fogalmak egyes jelentéselemeivel találkozik, és ezek közül a leggyakrabban használatosakat tanulja meg. Az ilyen módon megtanult szóhoz kapcsolódó jelentés a fogalmi általánosításnak csak egyes elemeit tartalmazza, és nem vagy csak lazán fog kapcsolódni a fogalmi általánosítás alapját képező konkrét érzékletes tapasztalatokhoz. Természetesen a vakok beszédében előfordulnak olyan szavak is, amelyek jelentéstartalma teljesen hibás, és még a leggyakoribb beszédkapcsolatok értelmét sem tükrözik. Nem ezek a jellemzőek azonban, hanem a csak verbális kapcsolataikban megértett és értelmezett szavak, amelyek mögött nem áll saját érzékletes tapasztalatokra támaszkodó fogalmi általánosítás.

TÓTH (1927) ezzel kapcsolatban két érdekes vizsgálatot végzett. Az első vizsgálatnál szabad asszociációs módszert alkalmazott. Tárgyak, állatok, növények neveiből 30 hívószót állított össze, és ezt 20 látó és 20 vak gyermeknek exponálta. A kapott válaszok feldolgozásánál kitűnt, hogy a látók 51,6%-ban, a vakok 28,8%-ban válaszoltak kizárólag vizuális tapasztalatokat jelölő szavakkal. A vakok 28,8% szabad asszociációja mögött nem állhatott tapasztalati érintkezés, ezeket a vakok verbális szókapcsolatok formájában tanulhatták el a látóktól.

TÓTH (1927) másik vizsgálatáról a következőkben számol be: „Vizsgálataimmal kapcsolatban arról is kívántam meggyőződést szerezni, hogy a vakok használják-e a látás hiányában nem érzékelhető tartalmakat kifejező szavakat, és ha használják, helyesen tudják-e beszédükben alkalmazni. E célból a színek köréből 10 hívó szót állítottam össze, mégpedig: fekete, piros, zöld, lila, tarka, fehér, sárga, kék, szürke, csíkos. A hívó sza-

vakra az öt éven alul megvakult vagy vakon született gyermekektől és felnőttektől meglepően tökéletes feleleteket kaptam. Pl. hívó szó: „fekete"; felelet: fehér, éjszaka, haj, föld, ruha, ló, bogár, csirke, sötét stb. Helytelen feleletek: páva, zöld, húz, piros stb. Hívó szó: „tarka"; helyes feleletek: tarka ruha, fehérnemű, macska, kutya, liba, sokszínű, fal, színes, lúd, tojás. Helytelen feleletek: fekete, sárga, baba, piros, kék, kocsi, karcsú stb. A felsorolt helyes feleletek, a beszéd hallása és használata folytán begyakorolt szókapcsolatok és helyes használatuk egyáltalán nem jelenti azt, hogy a helyes feleletekben adott szavak értelméről, valamint a hívó szóra vonatkozó tartalmi kapcsolatról a vakok érzékelés útján meggyőződhettek volna." (I. m. 60. lap.)

Látóknál is gyakran előfordul, hogy olyan fogalmat kell elsajátítaniuk, amelynek van ugyan konkrét érzékletes tartalma, de az az adott esetben a tapasztalás számára nem hozzáférhető. (Pl. történelmi, földrajzi, fizikai, kémiai stb. fogalmak). A látók ilyenkor általában nem mondanak le arról, hogy a fogalom mögé valamilyen érzékletes tartalmat helyezzenek, és ezért a fogalom érzékleti alapját produktív képzeleti úton alakítják ki. Ez a szemléletes elképzelésre irányuló tendencia a látóknál még az egyébként meghatározott konkrét tartalom nélküli elvont fogalmaknál is jelentkezik. A produktív képzelet az érzékleti képet a korábbi tapasztalatok alapján konstruálja meg. Az eddigi megfigyelések azt mutatják, hogy a vakok tapintásos érzékleti tapasztalatai elmosódottak, bizonytalanok, és a vak nem igen igyekszik a verbális jelentéssel elsajátított fogalom mögé saját korábbi tapintásos tapasztalatai alapján tapintásos képzeleti képet kialakítani. Szigethy (1966) például megfigyelte, hogy a vakok jól ismert családtagjaik, a használati tárgyak, állatok nagyságának összehasonlításánál szóban általában helyesen tudták meghatározni, hogy melyik a nagyobb, vagy a kisebb. „De már az olyanfajta kérdések megválaszolásánál, hogy »neked meddig ér, te meddig érsz neki?« stb. gyakran voltak bizonytalanok vagy mondtak képtelenségeket még a magasabb osztályosok is. Annál a kérdésnél, hogy mutassák meg az állatok, tárgyak nagyságát, kezükkel a földhöz, padhoz viszonyítva, vagy két karjuk széttárásának segítségével, a kisebbek durva hibákat is követtek el. Érdekes a fogalmak tartalmának ellenőrzése mintázással, bár sajnos itt a gyermek kézügyességének fejlettsége és az agyagozásban való gyakorlottsága is sokat számít". (I. m. 64. lap.)

Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy a vakoknál a nyelvi rendszer ismeretközvetítő funkciója más, mint a látóknál. A látók ismeretrendszere a konkrét tapasztalatokra épül fel, ezért a verbális közvetítéssel kapott ismeret azáltal, hogy beépül ebbe az ismeretrendszerbe, nem szakad el a konkrét valóságtól. A vak számára gyakran a nyelvi közvetítéssel kapott ismeret maga a valóság, amely nem kerül kapcsolatba a vak egyéni, konkrét tapasztalataival, és így csak a beszéd által közvetített jelentéssel, a gyakori beszédelőfordulás révén igazolódik.

A beszéd önmagára leszűkült valóságközvetítő és valóságigazoló szerepe a vakok ismeretszerzésének, ha nem is kizárólagos, de jellegzetes és sok területen domináns vonása. A vak a valóság sok jelenségéről azt és úgy tudja, ami és ahogy a beszédbeli érintkezésnél megfogalmazódik, és azt a

megállapítást tartja lényegesnek és igaznak, amely a beszédben gyakran előfordul.

A gondolat végső soron szemlélettelen, de a látók szemlélet nélküli gondolatai visszavezethetők konkrét, érzékletes tapasztalatokra. A vakok szemlélettelen gondolatainak gyakran nincs egyéni, konkrét, tapasztalati fedezete, és a szavak csak egy begyakorolt beszédforma jelentéstartalmát reprezentálják.

A tapasztalati és nyelvi fejlődés egyensúlyának megbomlása, a tapintásos tapasztalatszerzés korlátai és a beszéd valóságközvetítő és valóságigazoló funkciójának előtérbe kerülése a vakok verbalizmusát alapozzák meg.

A verbalizmus fogalmi tartalom nélküli szavakat, gondolat és értelem nélküli beszédet jelent (MÉHES, 1962; ENGLISH—ENGLISH, 1958). A verbalizmus ezen tiszta formájával a vakoknál általában ritkán találkozunk. A vak szavai, nyelvi kifejezésformái mögött legtöbbször meghúzódik valamilyen jelentéstartalom, azonban ez nem olyan sokrétű és gazdag, mint a látók fogalmi általánosításai, és legtöbbször más jellegű és hiányosabb érzékleti tapasztalatokat is takar.

PÁSZTOR (1957) egy nyolcéves, 4 éves korában megvakult tanulóval folytatott beszélgetése érdekes példákat nyújt a verbalizmusra.

Mit gondolsz milyen a Nap?
Nagy.
Milyen nagy?
Olyan, mint a Föld.
Milyen nagy a Föld?
Nem tudom.
Milyen alakja van a Napnak?
Azt sem tudom.
Vajon mi kisebb, a Nap vagy a Hold?
A Hold.
Hol van a Hold?
Az égen.
Milyen alakja van?
Azt nem tudom.

Hétéves, vakon született tanulóval folytatott beszélgetés (PÁSZTOR, 1957).

Mit tűznek ki nemzeti ünnepeken a házakra?
Zászlót.
Miből készül a zászló?
A zászló vászonból készül.
Hogyan tudják kitűzni, ha csak vászonból van?
Nem tudom.
Hogyan viszik, mit fognak meg?
Nem tudom.
Miért tűzik ki?
Azért, hogy lobogjon.
Mi lobogtatja?
A szél.

A vakok fogalmainak érzékleti tartalma

A fogalom érzékletes tartalma a tárgy érzékletes tulajdonságaiból szövődik össze.

A tárgyak érzékletes tulajdonságait a megismerhetőség szempontjából három csoportra oszthatjuk:

a) Csak látás útján megismerhető érzékletes tulajdonságok,

b) látás és tapintás útján megismerhető érzékletes tulajdonságok,

c) látás útján nem megismerhető érzékletes tulajdonságok.

A tárgy érzékletes tulajdonságai kimeríthetetlenek, a tárgy érzékleti képe a tárgy megismerésének előrehaladásától, mélységétől függ, de függ attól is, hogy a tárgyat milyen összefüggésben, milyen oldalról és milyen céllal vizsgáljuk. A tárgy lényegi megismerése az érzékszervi adatokból indul ki, de a tárgy lényege csak gondolati úton, fogalmak segítségével ragadható meg. A fogalom mindig a tárgy teljes érzékleti képét, a tárgy összes érzékelhető tulajdonságát és összes érzékleti összefüggését összefoglalja és általánosítja.

A tárgy fogalmi lényegéből kiindulva a tárgy érzékleti oldalai, érzékleti összefüggései között nem lehet fontossági sorrendet kialakítani. A tárgy fogalmi lényege mindig több — mert általánosított —; és más — mert elvont —, mint a tárgy bármelyik konkrét érzékletes oldala vagy tulajdonsága.

A tárgy megismerése és a tárgy felismerése szempontjából viszont a tárgy különböző érzékleti oldalai nem egyenértékűek. A tárgy megismerésekor, a tárggyal való első találkozáskor többnyire csak a tárgy egyik érzékleti oldalát, tulajdonságát ismerjük meg, és a tárgy többi érzékleti oldaláról, összefüggéseiről csak a megismerés előrehaladásával, a tárggyal való többszöri találkozás után szerzünk tapasztalatokat. A tárgy megismerése szempontjából beszélhetünk a tárgy feltűnő, kiinduló, elsődleges, domináns érzékleti tulajdonságairól.

A megismert tárgy felismerésekor a figyelem azokra az érzékletes tulajdonságokra irányul, amelyek a tárgy megismerésekor is dominánsak voltak. Sajátos körülmények mellett azonban a felismerés számára az egyébként közömbös, semleges tulajdonságok is dominánsakká válhatnak.

A tárgy érzékletes tulajdonságainak előtérbe kerülését, illetve háttérbe szorulását általában az érzékszervek szokásos hierarchiája határozza meg. Normális körülmények mellett általában a látás a vezető érzékszerv, ezért a több érzékleti oldallal rendelkező tárgyak megismerésekor és felismerésekor általában a tárgy vizuális tulajdonságai válnak dominánsakká. Sőt egy bizonyos idő után a vizuális összképbe a tárgy nem vizuális tulajdonságai is belerendeződnek, és a látás segítségével felismerjük a tárgy nem vizuális érzékleti tulajdonságait. Pl.: látjuk a tárgy felszínének simaságát, a citrom látásakor összeszalad a nyál a szánkban stb.

A vakoknál a látás kiesése miatt a megismerésnél és a felismerésnél megváltozik az érzékszervek hierarchiája.

A telereceptor funkciót a hallás és szaglás veszi át, a tárgy téri sajátosságait pedig a tapintás közvetíti.

Az érzékszervek megváltozott hierarchiája miatt a megismerésnél és a felismerésnél a tárgy más érzékleti oldalai kerülnek előtérbe, a vakos megismerés számára a valóság más érzékleti oldalai válnak elsődlegesen hozzáférhetőkké, pregnánssá. A vak sok tárgynál először a tárggyal kapcsolatos hangeffektusokat, esetleg szagokat ismeri meg. A környezetben való el-

igazodásnál a tárgyak, eszközök, természeti jelenségek, növények, állatok stb. távolról való felismerésénél a vak számára mindig a jelenségek ezen érzékleti oldalai a dominánsak.

A tárgy hallási és szaglási érzékletekből összeálló érzékleti képe akkor válik gazdagabbá, és a tárgy akkor nyeri el testszerű megjelenési formáját, ha a vak a tárgyat megtapogathatja. Mivel az élet vagy az oktatás ezt a lehetőséget minden tárgynál nem biztosíthatja, vagy legalábbis sok tárgynál elégszer nem biztosíthatja, a vakoknak sok olyan fogalmuk van, amely mögött csupán a megismerés ezen kezdeti fázisára jellemző érzékleti tartalom húzódik meg.

A tárgy megtapogatásakor ez az érzékleti kép jelentősen gazdagodik; a vak megismeri a tárgy testszerű térbeli sajátosságait, (háromdimenziós forma, nagyság, helyzet, részek elhelyezkedése, aránya stb.), a tárgy felszínét, anyagát, súlyát, hőmérsékletét stb.

A tárgy térbeli sajátosságainak tapintásos megismerésekor már a tárgy azon érzékletes oldalai bontakoznak ki, amelyeket a látás is közvetít.

A tárgy térbeliségéről látás és tapintás útján kialakított érzékleti kép között — annak ellenére, hogy az érzékleti kép a tárgy azonos oldalát tükrözi — a haptikus és vizuális megismerés természetéből adódóan különbségek állnak fenn. A vizuális megismerés a tárgy kétdimenziós térbeli sajátosságait összképszerűen, szimultán tükrözi. A tapintásos megismerés a tárgy háromdimenziós térbeli sajátosságait részletekben, szukcesszíven tükrözi. A vak ezért a látók érzékleti képében domináns téri sajátosságok megismeréséhez csak nehezen, egyes sajátosságoknál csak rendszeres oktatás útján juthat el (Hodász, 1966).

A vakok megismerési és felismerési folyamatainál a tárgyak téri sajátosságai nem elsődleges, domináns érzékleti tulajdonságok, ezért felvetődik a kérdés, hogy a tárgy tapintásos megismerése után a tárgyról kialakított érzékleti képben a tárgy térbeliségének érzékleti jegyei előtérbe kerülnek-e. Másképp megfogalmazva: a vaknál többszöri megtapintás után a tárgyról kialakul-e egy olyan érzékleti összkép, amelyben a tárgy térbeliségének érzékletes elemei válnak dominánsakká.

A gyakorlati megfigyelések és a kérdés többoldalú kísérleti megközelítése azt mutatja (Tóth, 1927; Balatoni, 1959; Kovács, 1967), hogy a tárgy részletes tapintásos megismerése után kialakul a tárgy „tárgyszerű", „térbeli" érzékleti összképe.

Ezzel természetesen nem jár együtt az is, hogy a tárgyak érzékleti megismerésénél és felismerésénél a megismerő struktúra általában is átalakul, és a tárgyak térbeliségének érzékleti jegyei kerülnek előtérbe.

A megismerés és felismerés számára domináns érzékleti jegyeket a hozzáférhetőség, a távolról való hatás lehetősége, a gyakori előfordulás, a gazdaságos, kevés figyelmi ráirányulást igénylő gyors felfoghatóság stb. határozzák meg. A tárgy hanghatásai és szaghatásai, valamint sok tapintásos kvalitása a megismeréskor és felismeréskor ezért sokkal elsődlegesebb, feltűnőbb, mint a tárgy térbeliségének érzékleti jegyei, amelyet a vak csak hosszadalmasan, többszöri megtapintás útján ismer meg.

A tárgyak nem térbeliséget tükröző érzékleti jegyeinek pregnanciáját több megfigyelés és kísérlet igazolja (Pálhegyi, 1963, 1968; Sarkadi,

1966). Ezekben a kísérletekben a vakoknak mesterséges vagy valóságos tárgyakat kellett szabadon választott szempontok alapján csoportosítani. A csoportosítandó tárgyakat úgy állították össze, hogy a csoportosítást valamilyen érzékleti jegy alapján lehetett elvégezni. A vakok csoportosítási szempontként általában a tárgyak más érzékleti jegyeit (hanghatások, háromdimenziós formai sajátosságok, más tárgyrészletek stb.) részesítették előnyben, mint a látók. (A látók figyelmét főleg a kétdimenziós formai sajátosságok ragadták meg.)

Ez az eredmény azt igazolja, hogy a látás a tárgy más tulajdonságait részesíti előnyben, mint a tapintás és a hallás, s ezért a látó a csoportosításnál a tárgy más érzékleti tulajdonságait veszi figyelembe, mint a vak. A vakok megismerési és felismerési folyamataiban a tárgyak térbeliségét tükröző érzékleti tulajdonságok nem elsődlegesek, és a vak ezeket tapintás útján csak hosszadalmasan, nehézkesen, a látástól szerkezetében is eltérő tükrözési folyamat révén ismerheti meg. Más kísérletekből tudjuk azt is, hogy a tárgy térbeliségének tapintás útján megismerhető vonásai, a tárgy tapintásos képe általában bizonytalan, leegyszerűsített érzékleti kép, amely nem azonosítható a látók igen pregnáns kétdimenziós formaélményével. Azonban, ha a vak a tárgy alapos megtapintása után kialakítja magában a tárgy háromdimenziós téri-szkémáját, akkor ez a szkéma — mint ahogy a korábbi kísérletekből kitűnik — a tárggyal kapcsolatos egyéb tapintásos érzékletek elrendezésének alapjává válik.

A tárgy testszerűsége térbeliségében rejlik, és ez nem az emberi — vizuális — megismerés produktuma. A tapintásos megismerés nehezebben, más megismerési folyamatok révén tudja a tárgy ezen objektív sajátosságát megközelíteni, tükrözni, mint a vizuális megismerés. A nehezített megismerési feltételek miatt azonban a vakok érzékletes világképe nem torzul el, nem válik téri tagolás, testi egységek nélküli világképpé. A tapintásos megismerés bár differenciálatlanabbul, de a háromdimenziós valóságnak megfelelően testszerűen tükrözi vissza a valóság tárgyait.

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK INTELLIGENCIÁJA

A vakok intelligenciájára vonatkozóan is igen sok összehasonlító tesztvizsgálatot végeztek. Ezen a téren HAYES (1950) vizsgálatai igen jelentősek, 1918-ban már több közleményben foglalkozik vakok számára intelligenciatesztek kidolgozásával, illetve a *Binet—Simon*-tesztet próbálta ki vakokon. Évtizedeken keresztül nyomon követte egy vakokat foglalkoztató intézet növendékeinek IQ alakulását. A vakoknál használt legtöbb tesztet *Braille* írásba is áttették, hogy a feladatmegoldásokat megkönnyítsék.

HAYES hangsúlyozza, hogy a vakok intelligencia-vizsgálatánál óvatosan kell eljárni. A feladatok kiadását megelőző instrukciónak sokkal részletesebbnek kell lennie, mint a látók vizsgálatakor, és csak a megoldásra adott idő háromszorosra növelésével várhatunk jó eredményt. Tesztvizsgálatok alapján megállapította, hogy a *vakok IQ-jának középértéke 98—99 körül mozog*, ami azt jelenti, hogy mennyiségileg nem mutatható ki lényeges eltérés a látók intelligencia középértékeihez képest. *Az egyéni eltérések eloszlásá-*

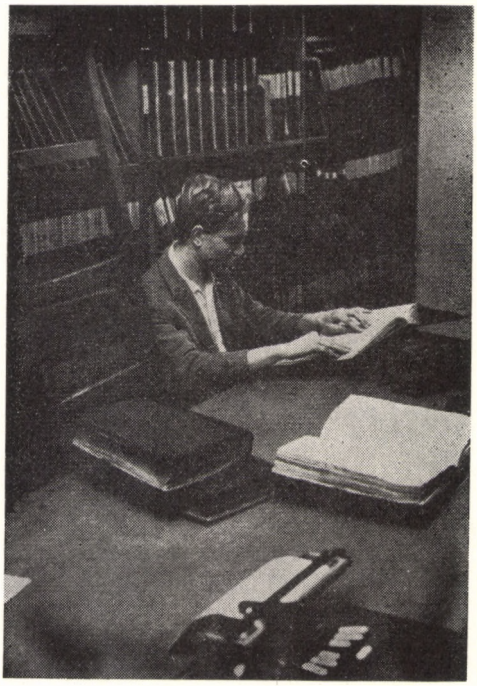
ban azonban már fontos különbségek mutatkoznak. Az átlagos csoportba tartozók százalékosan kisebb csoportot alkotnak, mint a látóknál. *Lényegesen többen kerülnek az átlagon felüli és átlagon aluli csoportba,* és ezt a két értéket összehasonlítva a negatív extrém variánsok területére jut a nagyobb szám. Ennek a jelenségnek az ismeretében megérthetjük, hogy olyan eltérő vélemények voltak a szakemberek körében a vakok intelligenciájáról. ASHCROFT (1963) idézi azokat az igen különböző nézeteket, melyekkel ezen a területen találkozni lehet. VILLEY 1930-ban azt írta, hogy a vakok intellektuálisan nincsenek érintve, és ugyanúgy kibontakozhatnak, mint a látók. CUTSFORTH viszont azt állítja 1951-ben, hogy nincs olyan területe a kongenitálisan vak gyermek mentális aktivitásának, amely ne lenne érintve. E két szélsőséges állásponttal szemben HAYES vizsgálatai tárgyilagosabb konklúziókat tesznek lehetővé.

Azt a tapasztalatot, hogy *átlagon aluli intelligenciát gyakran találunk vakoknál,* azzal lehet magyarázni, hogy a vakság előidézésében újabban egy új tényező szerepel, a koraszülöttek búrában történő hyperoxigénizációja. A koraszülöttek esetében pedig igen általános a pszichoszomatikus retardáció és az organikus idegrendszeri sérülés, ami nagy százalékban okoz náluk értelmi fogyatékosságot. A látóideg és a retina megbetegedései gyakran összefüggésben vannak idegrendszeri károsodásokkal, tehát látási fogyatékos populációban magasabb a cerebrális sérültek és ezért az értelmi sérültek száma. Minél fiatalabb vak gyermekcsoportról van szó, az intelligencia-eloszlás annál inkább a negatív extrém variánsok felé tolódik el. Ennek oka környezeti tényezőkben keresendő. A vak gyermekek többsége a mentális funkciók fejlődése szempontjából elhanyagolt nevelési körülmények között nő fel, mert a családi környezetben keveset tudnak tenni a gyermek fogyatékosságának szakszerű kompenzálása érdekében. Ezért iskolába kerüléskor a vak gyermekek között jelentős másodlagos mentális retardációt figyelhetünk meg. A szakszerű nevelés-oktatás hatására ez az elmaradás hamar eltűnik, a gyermekek az első intézeti év folyamán a fejlődésben nekilendülnek, szinte „kivirulnak" értelmileg, érzelmileg, mozgásosságban.

Az idiócia amaurotikát kivéve viszonylag kevés optikus fogyatékosságot okozó kór-ok van közvetlen összefüggésben intelligencia-zavarral. Viszont a vak-intézetek statisztikai adatai szerint (BEERMANN, 1966) a kétszeresen vagy többszörösen sérült vak gyermekek száma eléri a 15—20%-ot. Gyakori társuló rendellenességek a nagyothallás, beszédhiba, spasmusok, epilepszia.

Az átlagon felüli IQ-értékek elérésében viszont annak van szerepe, hogy a vak az analizátor sérülése és érzékelési kiesés miatt hamarabb kényszerül a megismerés folyamatában absztrakcióra, bizonyos intellektuális érdeklődésre, mint a látó. A beszédnek — amelyre azt mondottuk, hogy az értelem privilegizált eszköze — sokkal nagyobb jelentősége van a vak gyermek életében, megismerő funkcióinak fejlődésében.

Pozitív hatása van azonkívül annak is, hogy ha egy vak tanulónál bizonyos képességeknek vagy tehetségnek a csíráit látják megjelenni, akkor ennek kiművelésére, kifejlesztésére sokkal nagyobb gondot fordítanak, mint általában a látó gyermekek esetében. Vagyis a látó gyermekek körében általánosabb jelenség az, hogy a gyermekek bizonyos képességei kiaknázat-



5. kép. Irodalmi érdeklődésű vak ifjú a Braille-könyvtárban (Foto: Balla D.)

lanok maradnak. A módszeres fejlesztés hatására az intellektuális teljesítményekben nagyfokú javulás mutatkozik.

A vakok intelligenciájára vonatkozó általános megállapításokat nem szabad gépiesen átvinni egy adott vak egyén képességeinek és teljesítményeinek értékelésére. Közismert, hogy a vakok között sokan egészen kimagasló teljesítményeket érnek el akár a művészetek, akár bizonyos bonyolult érzékszervi mozgásos munkafolyamatok területén, ami mind értelmességüket bizonyítja (5. kép).

A vakok kiemelkedő teljesítményeinek ellenére meg kell állapítani azonban, hogy a *vakok intelligenciájának fejlődését befolyásolja és egyoldalúvá teszi a vakság ténye, a vizuális benyomások hiánya és az, hogy a megismerésben a kollektív tapasztalat beszéd által közvetített átvétele az uralkodó.*

Gyöngénlátók intelligenciájára vonatkozó kutatás meglehetősen kevés van (LOWENFELD, 1956). Különleges problémájuk abból ered, hogy sem a „vakos", sem a „látós" élethelyzetbe nem tudnak teljes mértékben beilleszkedni, ami sok nehézséget jelent oktatásuk során.

Gyöngénlátók között is gyakori az egyéb idegrendszeri sérülés, ami miatt nagyobb százalékban szerepelnek közöttük határeset jellegű és debilis gyermekek.

A LÁTÁSI FOGYATÉKOSOK SZEMÉLYISÉGE

A látási fogyatékosok személyiségének kérdéseiről általában

A látási fogyatékosság területe — mint láttuk — a látási fogyatékosság különböző kategóriáit foglalja magában (gyakorlatilag vakok, gyengénlátók stb.). Kérdés, hogy az optikai benyomások beszűkülése vagy teljes hiánya mi módon befolyásolja a személyiség alakulását. Beszélhetünk-e egyáltalán „vakos személyiség"-ről, s ha igen, miben nyilatkozik az meg, miben tér el a látók személyiségétől?

A látási fogyatékosok személyiségével kapcsolatban sok szempontból csak a kérdésfeltevés szintjén kell maradnunk. Adataink arra utalnak, hogy a vak valóság-megismerési módja más, mint a látóé, s ennek kö-

vetkeztében a környező világhoz való viszonyulása is szükségképpen módosul. Állapota más érzelmi, akarati elemeket mobilizál, egész kedélyéletében lényeges és beható változásokat hoz létre. Vagyis vakságának ténye döntő szerepet játszik egész személyiség-struktúrájának alakulásában.

A látási fogyatékosság személyiségalakító hatásával kapcsolatosan két alapvető szempontot kell figyelembe vennünk:

1. a látási fogyatékosság súlyossági *fokát*,
2. a fogyatékosság bekövetkezésének *időpontját*.

1. *A látási fogyatékosság súlyosságát* tekintve a tapasztalat és a különféle pszichológiai vizsgálatok alapján megállapítható, hogy a látás hiánya, illetve bármilyen mértékű csökkenése a személyiség alakulását befolyásolja.

A látási fogyatékosság személyiségalakító hatását először a teljes vaksággal, illetve gyakorlati vaksággal kapcsolatban tárgyaljuk. Vakoknak — mint ahogyan arról már szó volt — nemcsak azokat tartják akik semmit sem látnak, hanem azokat is, akiknek látása a mindennapos élettevékenységhez nem kielégítő (PEVZNER, 1965), akiknél tehát a látás károsodásának mértéke az életvitelt „vakos" irányba befolyásolja.

A látáshiány formálta életmenet személyiség-struktúrát megváltoztató hatásai közül — függetlenül a megvakulás időpontjától — a következők a legjelentősebbek:

a beszűkült észlelési lehetőség,
az állandó tapogatni kényszerülés,
a mozgás- és cselekvéskorlátozottság,
a környezettől való fokozott függés — s főleg a látókkal való közösségi élet kapcsán fellépő — belső feszültség-és kicsinységérzés.

A vizuális benyomások kiesése következtében az *észleleti kör jelentékenyen beszűkül*. Ezért a látás hiánya szükségképpen magában foglalja a *nem érzéki* szemléleten alapuló ismeretanyag szaporodását. A hallási-, tapintási-, szaglási- és ízlelési észleletek jelentősége lényegesen megnövekszik.

A vak a környező világ megismerése folyamán fokozottan kényszerül a tapintásra. Ez a tény önmagában is a személyiség-struktúra alakító tényezőjeként fogható fel. Mert míg az optikai benyomások önmaguktól, egyszerre tárulnak elénk, s a látás a látott jelenséget egészében ragadja meg, addig a *tapintás mindig akarati cselekvést tételez fel*, s jellegénél fogva először részleteket észlel, melyeket szukcesszíve épít egybe a tárgy egészévé (KRÉMER, 1933).

Ugyancsak személyiségalakító hatást fejt ki a látáshiányból eredő sajátos *mozgás- és cselekvésbeli korlátozottság* is. Sok alkalom kiesik a vak életéből, amelyekben aktivitását kifejtheti. Feltételezhetően ezzel magyarázhatók LENZ (1957) azon vizsgálati eredményei is, amelyek a vakok temperamentumára vonatkoznak: ugyanis a temperamentum által való elragadtatás tényét a látók 56%-ával szemben a vakoknál 44%-ban lehetett megtalálni. A vakság a maga állandó korlátozó hatásával és függésével idővel az élénk temperamentumot lefokozza.

KRÉMER (1933) az orientálódást szolgáló optikai benyomások hiányát nemcsak a helyváltoztatás szempontjából értékeli, hanem a *kifejező mozgásokra*, a mimikára is vonatkoztatja. Ezek a vak személynél az alkalma-

zásban zavart szenvednek, a látókkal való kapcsolatukban pedig a tájékozódás szempontjából kiesnek életükből.

A látóktól való függést a vakok kérdőíves kikérdezések alapján nyert bemondásai LENZ (1957) és STEINBERG (1927) közlése nyomán (aki gyermekkorában maga is megvakult) mint a vakság legkeservesebb következményét értékelik. Minél nagyobb a vak ember szellemi teljesértékűsége, annál nagyobb az a feszültség-élmény, amely kiszolgáltatottságából adódik. Ez a szellemileg magasan álló vakoknál valósággal fundamentális jelentőséget nyer (STEINBERG, 1927).

Mindezek a vak ember életmenetét a látókétól eltérő irányba befolyásoló tényezők rányomják bélyegüket személyiségének alakulására is. Felmerül azonban a kérdés, hogy vajon a *gyengénlátásnak* is van-e a személyiség alakulása szempontjából ilyen egyértelmű befolyásoló hatása. Mint kiindulóban jeleztük, a gyakorlati tapasztalat és az idevágó vizsgálatok ezt a tényt igazolják.

A gyengénlátók pszichofizikai jellege mind a látókétól, mind a teljesen vakokétól, mind a később megvakultakétól különbözik. A látási maradványnak más jellegű percepciós feltételei vannak, s ezzel más jellegű a pszichikus feldolgozás módja is. Ebből pedig más jellegű pszichés felépítmény alakul (KRÉMER, 1933).

A részleges defektusban szenvedő gyermekek anomáliás fejlődésének elméleti vonatkozású problémái a defektológiának viszonylag új területét jelentik. DJACSKOV (1965) megállapítása szerint a részleges sérülések analízise bonyolultabb, mint a totális zavarok elemzése. A vakok és a gyengénlátók elkülönítésének kritériuma valószínűleg a látási képzetek állapotában és a térben való tájékozódás jellegében jelölhető meg. „Az eddigi gyakorlatban az analizátor részleges sérülésének meghatározásában csupán a maradvány-funkció fokát vették figyelembe. Itt megfigyelhető az a tendencia, hogy az elsődleges defektusnak csupán mennyiségi mérését végezzék. Gyakran azonban a maradvány-funkciónak csak minőségi elemzése magyarázhatja meg a gyermeknél fellépő másodlagos szimptómákat."

Ezért az analizátorok részleges defektusában szenvedő gyermekek anomáliás fejlődésének elemzéséhez nemcsak az elsődleges defektusnak, hanem e defektus másodlagos hatásának mérése, illetve, minőségi elemzése is szükséges. Így például a részlegesen fogyatékos gyermekeknél bizonyos feltételek mellett nemcsak a fogalmak korlátozott készlete, hanem torz képzetek is megfigyelhetők, amelyek a részben ép, de nem teljes értékű érzékelés következtében jönnek létre (DJACSKOV, 1965).

Noha a részleges látási fogyatékosságú gyermekek fejlődésének vizsgálata még kidolgozatlan terület, a velük való foglalkozás értékes megfigyelésekre nyújt módot. Így a gyengénlátók iskolái számára készült Módszertani Útmutató (1966) sok évi tapasztalat alapján megállapítja, hogy tanulóik bizonyos vonatkozásban eltérnek az általános iskolában oktatható gyermekektől. Az eltéréseket a következőkben jellemzi:

látásos megismerésük tökéletlen,
szemük igénybevételének módja és mértéke korlátozott,
mozgáskészségük visszamaradt vagy fejlődésében sérült,
idegrendszeri működésüket általában labilitás jellemzi.

Részletesebben: a hiányos és tökéletlen érzékletű adatok nyomán a tanulók *ismeretköre* beszűkül, *fogalmaik* bizonytalanok és gyakran megalapozatlanok. Mindez megnyilvánul szegényes szókincsükben is. A gyengénlátók *mozgáskészsége* — egyenként különböző mértékben, de csaknem kivétel nélkül minden esetben — sérült. Ez a sérülés megmutatkozik a nagy kiterjedésű és a finom mozgásokban egyaránt (járás, kézmozgás, artikuláció).

Általában azt tapasztaljuk, hogy a gyöngénlátók *idegállapota* labilis. Ingerlékenyek, figyelmük szétszórt, a tartós munka végzése hamar kifárasztja őket. Gyakran előfordulnak neurotikus jellegű viselkedési, magatartási, rendellenességek. Ez természetesen a megfelelő iskolai és bentlakásos intézeti nevelés hatására javul. Sokszor azonban a gyógypedagógiai tevékenységet is megnehezíti.

A gyöngénlátók számára sokszor a legegyszerűbb munkaművelet elvégzése is problémát jelent, mert a mozgásos gátoltság inkoordinált mozgásfolyamatot hoz létre, amely éppúgy jelentkezik a testhelyzet helytelen megválasztásában, mint a hibás szerszámfogásban, a munkaeszközök célszerűtlen mozgatásában és a nem megfelelő munkamozdulatokban.

A gyengénlátók személyiségének megismeréséhez adatokat nyújtanak Apor Katalin (1963) összehasonlító vizsgálatai is. Ép és gyengénlátó serdülők fogalmazásainak (önéletrajzúknak és élményleírásuknak) kiértékelése alapján kiderül, hogy az iskolába kerüléstől kezdve a látó és a gyengénlátó tanulók életmenete különválik. A különbség a fogyatékossággal összefüggő hátrányos helyzetből adódik. Az általános iskolába beiratkozó gyengénlátó gyermek nem tud eleget tenni az ottani követelményeknek, rosszul tanul, rossz a magatartása, ép társai közé nehezen illeszkedik, visszahúzódó, félszeg, gátolt lesz, látása is többnyire tovább romlik. Míg a látók életútja zavartalan, addig a gyengénlátó számára a nem megfelelő iskolai környezet a személyiség fejlődését gátló, neurotizáló hatású tényezővé válik. Életrajzaikból kitűnt, hogy a látók iskoláiban többé-kevésbé elszigetelődnek, s fogyatékosságuk következtében bizonyos fokú érzelmi feszültség jön létre. A csökkentlátó serdülők önéletrajzaiban a fogyatékosság mint motívum többször kifejezésre jut. Életük legfájóbb élményeként gyakran ezt jelölik meg. Jellemző egy 16 éves gyengénlátó fiú fogalmazványa: „Életemben a legfájóbb az volt, amikor rádöbbentem arra, hogy én csökkentlátó vagyok. Ez szüleimnek is elég nagy fájdalom. Már régebben rájöttem, hogy ebbe ha beletörődök, eszembe sem fog majd jutni. De ebbe a beletörődés nagyon nehéz."

2. A látási fogyatékosság személyiségformáló hatásával kapcsolatos másik alapvető szempont a fogyatékosság bekövetkezésének időpontja. Mint láttuk a látás csökkenésének minden foka hatással van a személyiség alakulására. A valóban „vakos" személyiség-jelleg kialakulása azonban a látási képzetek teljes hiányán alapszik. Ebből a szempontból igen *nagy jelentőségű a károsodás létrejöttének időpontja*. Kifejezett, sőt éles különbséget kell tennünk azok közt, akik

a) vakon születtek, illetőleg a korai gyermekkorban megvakultak (a továbbiakban: korán megvakultak), és

b) azok között, akik látásukat a későbbi életkorban vesztették el.

a) A *korán megvakultaknál* az egész pszichés fejlődés, valamennyi lelki funkció kezdettől fogva „vakos" működést fejt ki. Ezeknek kiépülésében semmiféle látási benyomással, optikai képzettel nem számolhatunk. Tehát *nemcsak a mindenkori pillanatnyi látási ingerek nélkülözéséről van szó, hanem döntő jelentőségű az a tény, hogy a személyiség alakulásában, pszichés habitusának felépülésében a vizuális benyomások hiányoznak.*

A személyiség, mint már arról szóltunk, a külvilággal való kölcsönhatásban fejlődik. Fejlődésébe döntő jelleggel beleszövődnek a világról nyert benyomások. A látó ember észleleteiben a vizuális ingereknek vezető szerepük van. Ezek nemcsak az egyes, részben elszigetelt képzeteink, fogalmaink kialakulását irányítják, hanem a tárgyi világról és közvetlen emberi környezetünkről, illetve a tágabb társadalomról nyert felfogásunkat, vagyis egész világképünket is.

Vegyük most sorra a látási benyomásoknak a területét, azoknak a jelenségvilággal való kapcsolatainkra gyakorolt hatását, és próbáljuk felmérni a személyiség alakulásában való szerepüket. És megfordítva: próbáljuk megkeresni és felmérni ezek kiesésének hatását a látási fogyatékos személyiségének alakulásában.

Leltárszerűen áttekintve a bennünket körülvevő természeti és társadalmi világ leglényegesebb mozzanatait, illetve ezeknek a vizuális elemektől mentes felépítését, a következőket tapasztaljuk:

A *természetben* az ásványi, növényi, állati létformáról a csak hallás, tapintás, szaglás, esetleg ízlelés útján nyert benyomások igen egyoldalú módon adnak hírt. Emellett tapintás útján gyakran igen nehéz benyomásokat nyerni, sokszor csak tervszerű irányítás mellett jöhetnek létre; sok esetben pedig a dolgok tapintás útján való érzékeltetése megvalósíthatatlan; hiányzik a spontán képzetszerzés.

A megvilágított égboltról, az égitestekről, a csillagos égről, az egész világról alkotott kép csak absztrakciókra támaszkodik. Teljességgel hiányzik a színeknek és fényjelenségeknek kedélyéletünkre oly fontos hatása. Ugyancsak teljesen hiányzik a távlat élménye is. A térbeli relációk: a mélység, a magasság, általában a messzeségről alkotott szimultán belső kép nem tud kialakulni, illetve csak torz, hézagos, szukcesszív elemekből összetett mozzanatokra épül.

Áttérve az *ember világára*, vessünk egy pillantást az emberi társas kapcsolatokból adódó szociális, magatartási megnyilvánulásokra, valamint az ember által létrehozott technikai, művészeti alkotásokra.

Elemezve az emberről alkotott képzeteinket, nyilvánvaló és elementáris módon hozzátartozik a másik ember megismeréséhez annak alkati, formai felépítése, fiziognómiai jellege, arckifejezése, tekintete. Hozzátartozik bőrének észlelése, arc- és bőrszíne, általában színei: szőkesége, kék szeme stb. Hozzátartozik a mozgások észlelése: könnyedségének vagy nehézkességének látható jegyei, a mozgás lágysága vagy szögletessége. S milyen sokat jelentenek a természetes gesztusok. A látó, ha egy másik emberről képzetet alkot magának, vagy emlékképeit feleleveníti, ezek a mozzanatok domináns módon beleszövődnek a felépített képbe vagy emlékképbe.

Továbbmenve: a *társas együttélés*ben a finom, de még jól látható megnyilatkozások, mint például az előbb említettek közül az arckifejezés hangulati

türöződésének, a tekintet jellegének átélése hiányzik. Pedig mennyire megkönnyíti tájékozódásunkat emberi kapcsolataink szövésében az, hogy látjuk partnerünk arckifejezését a szóban forgó probléma megbeszélése közben. A kedv, a kedvtelenség, a fáradtság, esetleg rosszullét az arckifejezésben, a tekintet frissességében vagy elkínzottságában kevésbé palástolható el, mint a beszédbeli megnyilatkozásokban. Az emberi közösségben való tájékozódásunkat, s ezzel a szociális létbe való bekapcsolódásunkat mindez igen jelentékenyen befolyásolhatja, mindezek észlelése megkönnyíti, hiánya pedig nagymértékben megnehezíti helyes szociális magatartásunk kialakítását.

Az *emberi alkotások síkján*, a technikai létesítmények területén a szinte sokszor elképzelhetetlenül finom, aprólékos műszerek működésének vagy a hatalmas, szinte félelmet és tiszteletet ébresztő gépek pontos mozgásainak, forgásainak megragadó, látható élménye hiányzik.

A művészi alkotások világában, a képzőművészet területén a festészeti és grafikai alkotások élménye szükségképpen kiesik. A szobrászati alkotások közül a technikailag elérhetők és letapogathatók többnyire csak részformáikban nyújthatnak benyomást, a fő élményt az egyes részek felismerése jelenti, s az „egésznek" mint esztétikai élménynek az átéléséig a vak nem, vagy csak igen nehezen juthat el. Az építőművészeti alkotások átélésében hiányzik a méretek, a távlati hatások, az arányok, s ezzel az összbenyomás harmóniájának élménye, mégha a formákról rész-érzékeltetéssel vagy makett formájában sikerül is a vaknak ismereteket szereznie. Az esztétikai élmény átélése itt is elvész.

A világról nyert benyomások — az akusztikai és szagérzetektől eltekintve — általában nélkülözik a látós ember világában oly spontán és természetes módon adódó, külön munka, intencionált beállítottság nélkül is létrejövő benyomásokat. Mindehhez csatlakozik az a döntő körülmény, hogy sokszor a látó is csak rövid időre, alkalomszerűen szerezhet a tárgyi világról, természeti jelenségekről és emberi alkotásokról benyomásokat (így például: utazáskor új tájak a vonatról, új városok, múzeumok, gyárak megtekintése stb.), amelyek a vak számára, részben a látás hiánya miatt, teljességgel hozzáférhetetlenek, részben gyakran a vakság következtében létrejövő mozgásbeli kötöttsége miatt elérhetetlenek.

A felsoroltak — amelyek a látási benyomásoknak tán csak egy töredékét képezik — mélységesen belenyúlnak a világról alkotott képzeteinkbe, élményeink tagozódásába, részt vesznek egész személyiségünk formálásában. Kérdés, hogy mi módon alakulhat ki a látási fogyatékos személyisége, aki mindezeket a hatásokat nélkülözi.

Nyilvánvaló, hogy a vakok személyiségének kialakulását vizsgálva kérdésfeltevésünk nem indulhat ki abból, hogy a többi érzékszerv által nyújtott ingereket látós szempontjaink szerint értékeljük, mert ezek számunkra jórészt csak másodlagosan, járulékosan csatlakoznak látási benyomásainkhoz. A látó számára annyira dominálnak a vizuális ingerek, hogy a hozzájuk csatlakozó egyéb inger jelentősége (hallási, tapintási stb.) többnyire alárendelt. Ez a bekötött szemmel történő megismerési és cselekvési próbálkozásainkra is természetszerűen vonatkozik. A vak más világban él, mint a látó. Számára a taktilis, akusztikus, szaglási és ízlelési be-

nyomások nem ugyanazt jelentik, mint a látónak. A sajátosan vak személyiséget éppen az jellemzi, hogy egyrészt a megmaradt érzékek — elsősorban a hallás és tapintás — által közvetített ingereket sokkal *bővebb tartalommal tudja értékelni*, másrészt, hogy *az így nyert érzékletek kvalitatív jellegű kiértékelése is gazdagabb*. A világról alkotott képe tehát finom ,,mikrojegyekre'' épül, amelyeknek átélése mélyebb és gazdagabb tartalmú, mint a látóké.

A vak tehát a jelenségvilágot másként érzékeli, az érzékeltek alapján más jellegű képzeteket és fogalmakat alakít ki, és ezekkel a tartalmi jegyeiben eltérő képzetekkel és fogalmakkal egy más felépítésű belső világban él (Kremer, 1933).

b) Akik látásukat később veszítik el, azoknál a jelenségvilágról nyert eredeti képzetek megfelelnek a látó ember képzetvilágának. Náluk a személyiség kialakulása vagy a személyiség kialakulásának egy szakasza még a vizuális benyomások hatása idején jött létre. Azonban a később megvakultaknál is különbséget kell tennünk azok közt, akik látásukat a személyiség teljes kialakulása után vesztették el, és azok közt, akik még a gyermekkorban, vagy az ifjúkorban vakultak meg. Ez az optikai benyomásokon fejlődő gondolkodás szempontjából ugyan már nem okoz lényeges különbséget, azonban a személyiség kibontakozása szempontjából rendkívül fontos. A később megvakultak személyiségének alakulásában — mint ahogyan azt a személyiségről szóló általános részben jeleztük — döntő élmény az a trauma, amelyet a megvakulás okozott. A látás elvesztése a személyiség teljes kialakulása, az önállóság teljes megszerzése után a személyiség további alakulásában nagyobb törést jelent, mintha az még a gyermekévekben történik. Ez utóbbi esetben az egyén törésmentesen fejlődhet ,,vakos személyiség''-gé. Az az alapfeladat, hogy a vak a látók világába beilleszkedjék, a korai vak számára *betagolódást* jelent, a később megvakult számára pedig azt, hogy a látós világban *másként* éljen, mint eddig. Bármilyen nehéz ez a később megvakultnak, ha egyszer sikerül elérnie, jobban be tud illeszkedni környezetébe, mint a korán megvakult. Múltja alapján tapasztalatai vannak, amelyeket fel tud dolgozni.

Ugyancsak más a külső és belső problémák feldolgozása annál, aki látását hirtelen (például baleset) alkalmával veszíti el, és annál, akinél ez lassú folyamat következménye.

Ahhoz, hogy a későbbi korban megvakult személy a stress-élmény után belső egyensúlyát újból megtalálja, mindenképpen személyisége teljes ,,átállásának'' kell létrejönnie. Ez az átállás annál nagyobb megrázkódtatással jár, minél erősebb egyéniségről van szó.

Appenzeller (1951) — aki 21 éves korában maga is megvakult — ezt az állapotot a következőképpen jellemzi: a látását elvesztett embernek egész eddigi élete romokban hever, és új életében, amelybe mintegy ,,bele lett dobva'', még nem igazodik el. Önmagával, környezetével, az egész világgal harcban áll, s szánalmas gyámoltalanságában és kiszolgáltatottságában igen könnyen negatív életfelfogáshoz juthat, amely fejlődését zsákutcába vezeti. Elmondhatatlan sok lelki erőfeszítést igénylő munkával tudja csak ezen a negatív állapoton keresztüldolgozni magát, s új életét kialakítani. El kell hagynia régi szokásait, sőt valósággal fel kell adnia régi személyiségét ahhoz, hogy új életét meghódítsa.

Amíg a látási fogyatékos még némi látási maradvánnyal rendelkezik, amíg szemüveggel még segíteni tud magán, addig, a személyiség felépítésében nincs lényegi különbség. A helyzet azonban gyökeresen megváltozik abban a pillanatban, amikor a protézis, mint külső segítség, nem használ. Ebben az esetben az egyensúly csak radikális személyiség-átállítódással jöhet létre. Az elveszett összhang megtalálásához az szükséges, hogy a megvakult a világhoz, a látókhoz való eddigi hozzáállását feladja, és a legsúlyosabb idők átélése után kialakítsa a világhoz való új orientálódását.

Felmerül a kérdés, hogy mi a leggyötrelmesebb élmény a vak számára megvakulása után. APPENZELLER saját élményei és több később megvakult vallomása alapján erről az időszakról azt írja, hogy nem az a legnehezebb, hogy a külvilágot többé nem láthatja, sőt nem is az ebből származó hátrányok ténye, hanem az a körülmény, hogy a „múlt" a legközelebbi környezet, a rokonok, barátok, kollegák és ismerősök közvetítésével mintegy „utána fut" a látását elvesztettnek, s a gyökeresen megváltozott körülmények ellenére a régi, megszokott mértékkel mér. Ez — főleg a mindennapi tevékenységi körökben fellépő összehasonlítás következtében — a legsúlyosabb mértékben elbátortalanítóan hat, mivel a megvakult új állapotában az addigi követelményekkel szemben természetesen nem tud helytállni, s elkerülhetetlenül lemarad. Súlyos és leverő kisebbségi érzés alakul ki benne, és teljességgel lehetetlenné válik a szokás hatalma, a bejárt utak és kiirthatatlan elfogultságok miatt az új, a vaksági szituációnak megfelelő életstílus és — ritmus kialakítása.

A megvakult megkísérli a múlt kísértő emlékeit és a súlyos következményekhez vezető élményeket elnyomni, illetve kiirtani emlékezetéből. Ez azonban a változatlan környezet miatt igen nehéz. A környezet ébren tartja a múltat, amely — a vak hiába menekül tőle, és hiába akarja új életét kialakítani — lépésről lépésre terhes módon követi. Az addig értelemmel bíró, örömet okozó dolgok értelmetlenné, sőt kárhozatosakká válnak. Csak egyfajta menekülés, pontosabban megoldás van: nagy elszántsággal kiszakítani magát a régi környezetből, amely lehet ugyan, hogy kényelmesebb és védettebb életet látszik biztosítani, de amelyben a megvakult képtelen új reményeit és céljait megteremteni, új világát kialakítani.

A később megvakult számára, személyisége átállítódása szempontjából, döntően fontos, hogy megtanuljon „vak" lenni. A vak minden más testi hibával rendelkezővel szemben (beleértve a süketet is) a többi ember létformájától különböző, zárt belső világban él. *A vakság nemcsak egy érzékszerv hiányát jelenti, hanem az emberi alapszituáció megváltozását, minden dolog átértékelését* (APPENZELLER, 1951).

Az alapszituációnak ez a megváltozása, a dolgok ezen átértékelődése azonban nem jelenti azt, hogy akár a korán, akár a később megvakult az általános emberi értékek számára is vak — átvitt értelmében a szónak. A társadalmi értékekhez, az erkölcsi értékekhez és a számára hozzáférhető művészi értékekhez való kapcsolata ugyanolyan emberi jellegű lehet, mint azé, aki lát; hisz a látó számára is mindez csak akkor válik értékké, ha ezeknek jelentőségét felismeri.

A *látási fogyatékos gyermek* személyiségének alakulásakor feltűnnek a vak kisgyermek életét leginkább jellemző vonások: *a)* a nagyobb mértékű függés az idegen segítségtől, *b)* ez a függés hosszabb ideig tart, mint a látó kisgyermeknél, *c)* elesik az esztétikai élmények tömegétől, *d)* megismerési lehetőségei beszűkülnek. (Ezt a részt elsősorban BECHTHOLD és GESSNER (1959) munkája alapján tárgyaljuk.)

A megvakulás időpontja és az esetlegesen meglevő látásmaradvány foka a teljesítőképességet és a szellemi fejlődést jelentős mértékben befolyásolja.

A vak kisgyermekre két nagatív alapélmény jellemző: részint a külső tér meghódításának fizikai korlátozottsága, az, hogy képtelen mozgásfejlődésének arányában a körülötte levő teret birtokába venni, áttekinteni, részint a lényegesen beszűkült lehetőség a környező világgal, az emberekkel és tárgyakkal való kapcsolat kialakításában. Ezek a negatív érzések már a nyúlás időszakában és a helyzetváltoztatás idején éreztetik hatásukat, és elkísérik a vak kisgyermeket egész a gyermekkor középső szakaszáig. Ha a környezet nem tudja a megfelelő bánásmódot kialakítani, ami elég gyakori, akkor nemcsak a beszédfejlődés marad vissza, amely a szellemi fejlődést is hátráltatja, hanem zavart okoz a „te-viszony" kialakulása is, ami sok szempontból komoly veszélyt rejt magában a személyiség harmonikus kibontakozása tekintetében. A vak kisgyermeket környezete sok esetben elkényezteti, túlkönnyen kielégíti vágyait, s emiatt az embereket vágyai kielégítésének eszközeiként tekinti. Testi gátoltságának átélése, szociális kontaktus-felvételi lehetőségének beszűkültsége és képzetszegénysége gyakran — csak nehezen leküzdhető — egocentricitásba vezetik, aminek következményei a sokszor késői gyermekkorig megtapadó „vakos szokások".

Az a vak gyermek azonban, aki szakszempontból jó nevelési körülmények közt fejlődik, beiskolázása elején iskolai érettség és oktathatóság szempontjából alig különbözik a látó gyermektől. Ez azt bizonyítja, hogy a vak gyermek „másságának" bizonyos vonásai nevelésének következményei.

A vak gyermeknél észlelhető nevelési nehézségek azonban gyakorta arra utalnak, hogy többségüket elhanyagolták vagy elkényeztették, s az így létrejött sajátságok csak nehezen hozhatók helyre. Ezeket a gyermekeket — amennyiben új környezetük nem ismeri fel, hogy sajátosságaik a rossz nevelés következményei — az a veszély fenyegeti, hogy képességeiket és egész személyiségjellegüket helytelenül ítélik meg. A korai gyermekkor jellegzetes benyomásai mély hatással vannak a gyermekkor későbbi időszakaira is, amikor pedig a gyermek már intézetben nevelődik. A vak gyermekben lassan alakul ki annak tudata, hogy ő más, mint a többi. A tudatosulással együtt egyben súlyos *kisebbségi érzés* jöhet létre. Az intézeti nevelésnek egyik fontos feladata éppen az, hogy a vak gyermek önbizalmát visszaadja.

Néha szinte csodálatos, hogy a nevelési-tanítási időszak megindulásakor, amikor a vak gyermek megkapja a megfelelő pedagógiai segítséget, a hosszú ideig visszatartott erők mind érzékelési, mind értelmi vonatkozásban

milyen egyszerre törnek elő, és az évekig tartó elhanyagolódás hatása milyen rövid idő alatt kipótolódik. Ez a vitálisan erős gyermekeknél, a tapintás iránti szinte visszatarthatatlan törekvésben nyilatkozik meg. Más esetekben viszont azt látjuk, hogy a gyermekek alig mozdíthatók ki szellemi tompultságukból.

A vakokkal foglalkozó gyógypedagógus legnagyobb nehézségei, amelyekkel meg kell küzdenie, a következők: az infantilis beállítottságban és magatartásban való megtapadás, a mágikus világképhez való hosszas ragaszkodás, az én térségében mozgó és burjánzó fantázia, valamint a bizonytalan tárgyi tudással alátámasztott verbalizmus.

A vak gyermeknek, főleg a későbbi gyermekkorban fontos tudatosítania azt, hogy a látás önmagában nem jelenti a megismerés lehetőségeinek korlátlanságát, s hogy a látóknak is vannak nehézségeik, amelyeket életük folyamán le kell győzniük. Ez azoknak az élményeknek és feladatoknak az előkészítése szempontjából fontos, amelyek a vak ifjúra várnak (Berthold, Gessner, 1959).

A vakok pszichológiájával foglalkozók egyöntetűen hangsúlyozzák, hogy a legnehezebb időszak a vakok életében is a *serdülés ideje*. Állapotukat Steinberg, (1955) következőképpen jellemzi: bennük is megindulnak az érés folyamatai, de a vak ifjú biológiailag sokkal nagyobb nehézségekbe ütközik, mint látó kortársai. Tapasztalnia kell, hogy fogyatékossága következtében vágyai nem valósíthatók meg. Most válik tudatossá benne vakságának teljes tragikuma.

A látáshiányból fakadó kontaktusnehézségek és a pubertálókat általában jellemző negatív beállítottság nem egyszer keserű dacot váltanak ki benne vak-sorsával szemben. Állapotát nehezíti, hogy szellemi képzése elé technikai akadályok tornyosulnak. A társadalomba való beilleszkedését megnehezíti annak tudatossá válása is, hogy kereső foglalkozásban való elhelyezkedése különleges nehézségekkel jár. Felmerül benne az élet értelmetlenségének érzése, az elkeseredés, céltalanság. Mindezek visszahatásaként megnehezül számára a közösségbe való beilleszkedés lehetősége, amely gyakran csak erős késéssel valósul meg. Ebben a korszakban még nem ismeri fel a lehetőségeket, amelyeket sorsa kínál, s amelyekkel később, érettebb, lehiggadtabb korában élni tud. Ezért kívánatos, hogy idősebb kiegyensúlyozott vakokkal kerüljön kapcsolatba, akik elősegíthetik belső harmonizálódását.

A látási fogyatékos kiegyensúlyozottságának kialakulása szempontjából fontos, hogy be tudjon kapcsolódni a termelő munkába, s érezze, hogy a társadalomnak hasznos, tevékeny tagja.

Hogyan látják a vakok személyiségének problémáit a látók és hogyan a vakok?

A vakok pszichológiájával foglalkozó munkákat részint látók, részint vakok írják. Aszerint, hogy a munka írója lát-e avagy nem, a vakok személyiségéről nyújtott kép más és más. A látók többnyire a látás hiánya folytán szükségképpen létrejövő hiányokat, eltolódásokat elemzik, s a vakokat általában ennek szemszögéből jellemzik.

A látóknak a vakokról írt pszichológiai jellemzése a vakok lelki jelenségeinek kísérleti úton való felderítésére, következtetéseken alapuló magyarázatokra, vakok explorációira, valamint a vak ember megnyilatkozásmódjainak megfigyelésére épül. Ide tartozik a vakok teljesítménye, magatartási formái, a kényszerű függés és nem utolsósorban a látó számára nyújtott sajátos mozgáskép. Utóbbiak az önállósághoz és a szabad mozgáshoz szokott látóban igen jelentős negatív élményhatást keltenek. Gazdag anyag ez, s a látó a maga szemszögéből nézve ennek alapján igyekszik a számára élményszerűen megközelíthetetlen, sajátosan „vakos" világképet felépíteni.

A vakok írásai viszont a jelenségek átélési módjának sajátos, a vakos élet számára sok szempontból kielégítőnek látszó álláspontból, szellemi teljesértékűségüknek tudatát igazolják. Érthető módon nem képesek „meglátni magukat" a látók világának tükrében, mint ahogyan a látóknak sincs lehetőségük a vakok átélési módját közvetlen élményként megismerni.

A vakok élete, sajátos érzékelési, átélési módjuk alapján emberi mivoltuk kibontása szempontjából teljesnek látszik. A valóság megismeréséhez az embert — meglevő érzékelési lehetőségein keresztül — a gondolkodása vezeti el; bármilyenek is legyenek érzékelési élményei, azokat a fogalmakkal átszőtt gondolkodása segítségével tagolja be a valóságról alkotott képébe. Ha egy vak gondolkodási funkciói épek, észleleti benyomásainak pszichés feldolgozása révén — ha másképpen is, mint a látó, de — az objektív világ megismerő részesévé válhat.

Mind a látóknak a vakokról, mind a vakoknak saját magukról nyújtott pszichológiai jellemzése a saját szemszögükből nézve, a valóságnak másmás oldalát mutatja be. A vakoknak önmagukról írt pszichológiai elemzéseit egyéni átéléseik hitelesítik. A vak ember természetszerűleg saját világátélési módját igyekszik magyarázni. Átéléseit részben más jellegű észlelési módjai ellenére is teljesnek érzi, éli át. Ennek jogosságát az magyarázza, hogy sajátos észlelési módján nyert benyomásait képes gondolkodásával feldolgozni, elrendezni. Jelenségátélési módja, ha más jelleggel is, mint ahogyan az a látónál történik, de — ép gondolkodási rendszere segítségével — a valóságot reprezentálja számára. Mondhatjuk úgy is, hogy a valóságról alkotott képét gondolkodási funkcióival „egésszé" építi fel, s magatartásával, érzés- és akarati világával, egész életvitelével ehhez az „egészhez" viszonyul.

Hogy a vakok „teljes világuknak" igazolását a látó számára milyen fontosnak tartják, mutatja az a tény, hogy számos jól képzett vak szinte hivatásszerű feladatának tekinti, hogy a vakok sajátos pszichés átéléseit előadások és írásbeli művek formájában a látók számára bemutassa, magyarázza. Ennek a belső szükségletnek az alapján látunk megszületni egész sor vak szerző által írt, vakokról szóló, igen jó pszichológiai jellemzést. Steinberg (1924, 1955), Henri (1958, 1962), Appenzeller (1951, 1952, 1956), Smidthas (1960) és mások, meggyőző erővel ábrázolják a vak ember sajátos lelki működéseit. Ezek a munkák egyértelműen bizonyítják a vakok pszichés átéléseinek mélységesen humán jellegét.

A hallási fogyatékosok pszichológiája

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOKRÓL ÁLTALÁBAN. REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEIK

A „hallási fogyatékosság" kifejezés a süketségen kívül a hallászavar kevésbé súlyos formáit is magában foglalja, a nagyothallás változatait. A szakirodalom egy része szerint a közhasználatú elnevezésű „süketnéma" (jelentése: azért néma, mert süket) a szakszerű foglalkoztatásban részesült süketre nem illik, mert megtanulva a hangos beszédet, nem néma. A hallási fogyatékosok csoportosításakor szintén három szempontot emelünk ki, mint a látási fogyatékosoknál, vagyis a fogyatékosság súlyosságát, bekövetkezésének idejét és okát.

A hallási fogyatékosság súlyossága szerint a teljes süketségtől kezdve az enyhén nagyothallásig terjed, a fokozatok minden változatával. Gyakorlatilag az határolja el a nagyothallót a hallóktól iskolaköteles korban, hogy meghallja-e bármilyen erős, egyéni hallókészüléket használva, az első padban ülve a pedagógus szavait.

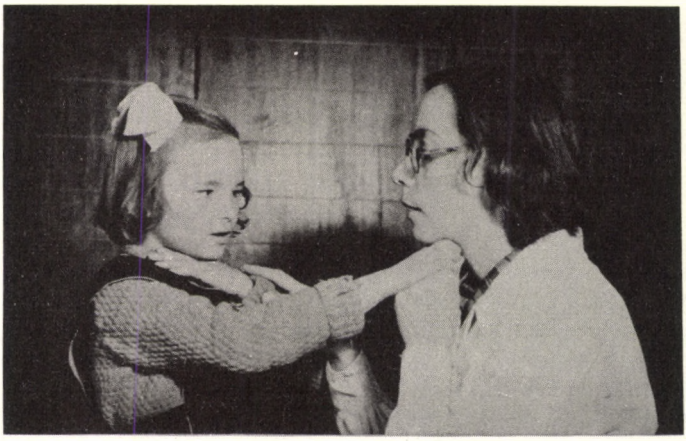
A hallás fokát szakorvos állapítja meg a hallásvizsgálat különféle eljárásaival. A gyakorlati vizsgálatok közül legáltalánosabb eljárás annak kiderítése, milyen távolságból érti meg a hallási fogyatékos gyermek a suttogó, illetve a társalgó beszédet (Bárczi, 1959).

A műszeres vizsgálatok közül pedig legegyszerűbb a *Bezold*-féle hangvillasorral való eljárás, és legpontosabb az audiométerrel végzett vizsgálat. Az audiométeres vizsgálat a tiszta hanghallás-küszöböt méri (ép hallásnál ez 0—30 dB). Méri továbbá a hang magasságát Hertz-ben (Hz) és a hang intenzitását decibelben (dB). Ezeknek az értékeknek koordinátarendszerben való ábrázolása az audiogram (László, 1965; Rendi, 1966). (Hz = a frekvencia vagy a rezgésszám egysége; dB = a hangerő logaritmikus egysége.)

A nagyothallás a 30 és 70 dB közti hallásveszteséget jelenti, a süketség pedig a 70 dB-nél nagyobb hallásveszteséget. A szelekció további kérdéseit képezik még: 1. a hallásküszöb-görbe lefutása, 2. a hallásmaradvány mértéke, 3. a beszédhallás foka, 4. a beszédállapot, 5. a hallásfogyatékossághoz csatlakozó egyéb fogyatékosság, 6. a vizsgált személy addigi fejlődése (Győrffy, 1960).

A megsüketülés ideje lényeges különbséget jelent: a beszéd megtanulása előtt vagy már a beszéd birtokában vesztette-e el hallását? A született süket és a korán megsüketült nem képes a hallóhoz hasonlóan a beszéd elsajátítására. A később megsüketültnek a hangos beszéde általában megfelelő eljárással többé-kevésbé még megmenthető.

Fontos szempont még a *hallás elvesztésének vagy csökkenésének oka* is. Családi jellegű-e vagy milyen betegség, ártalom idézte elő? Nem okozott-e



6. kép. Beszédfejlesztés (Süketek általános iskolája)

ugyanakkor valami más károsodást is? A süketséget létrehozó sérülés a hallószervben, a hallóidegben vagy a hallóközpontban történt-e?

Bakwin (1958) adatai szerint az amerikai iskolás gyermekek mintegy 2%-a hallási fogyatékos. Ugyancsak az ő közlése szerint a hallási fogyatékosság 38,2%-a szerzett ok következménye (meningitis, vörheny, kanyaró, középfülgyulladás), 61,8%-a pedig vele született. Ebből 9,2% kóroktanilag ismeretlen. Heese (1962) adataiból megemlítjük a következőket: a keletnémet átlagnépességben 0,75—1,5%-ban, a nyugatnémet átlagnépességben 0,8—1%-ban és Svájcban 0,77%-ban találtak súlyos hallási fogyatékost, illetve süketet. A nagyothallók és süketek aránya Heese adatai szerint 10 : 1, azaz mintegy tízszer annyi a nagyothalló, mint a süket. Götze (1965) közlése szerint minden 10 000 gyermek közül 5—7 süket, 20—40 súlyosan és 300—600 enyhébben nagyothalló. A süketség fokának arányára jellemző, hogy a süketek iskoláinak növendékei közt 30—40% a teljesen süket, a többi hallásmaradvánnyal rendelkezik (Gano, 1966).

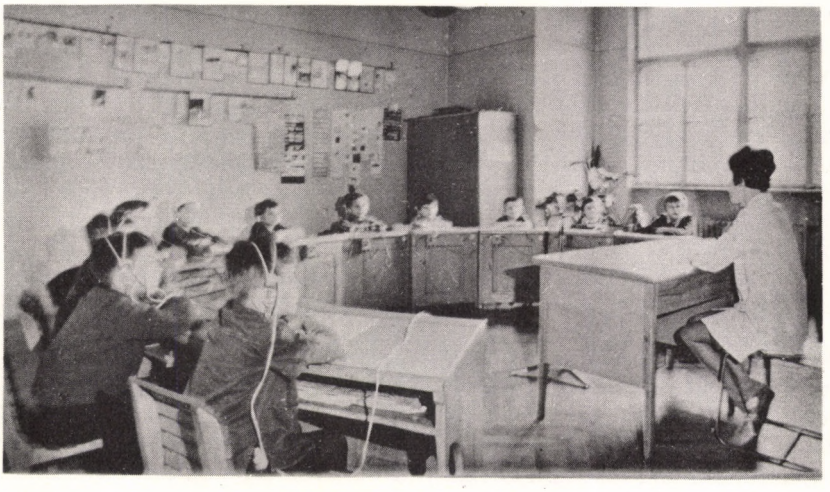
Rehabilitációs lehetőségeik. A süketek iskolai rehabilitációja speciális iskolákban, illetve intézményekben történik. Óvodai és nyolc általános iskolai tagozaton sajátítják el az iskolai tananyagon kívül a hangos beszédet is. További kiképzésüket nevelőotthonnal bővített ipari (mezőgazdasági) tanulóiskolák teszik lehetővé. Értelmi fogyatékos süketek számára az Oktatási Reform kisegítő iskolát szervez (6. kép).

A szakirodalom adatai és a tapasztalatok szerint *megfelelő munkában a hallókkal egy szinten*, olykor őket is felülmúlva állják meg a helyüket. Szorgalmas, kötelességtudó dolgozók, munkájukat pontosan végzik. Ebben mutathatják meg, hogy egyenértékűek a hallókkal, ezért a süketek számára a munka nemcsak kenyérkereset, hanem belső szükséglet is. Elhelyezkedésük ennek ellenére egyre nehezebb, mivel mind több foglalkozásban kívánják a magasabb iskolai végzettséget, az érettségit.

A nagyothallók rehabilitációja. A nagyothallókkal végzett munkaalkalmassági hazai vizsgálatok eredményeit az alábbiakban összegezhetjük: *az*



7. kép. Hallásnevelés (Süketek általános iskolája)



8. kép. Csoportos foglalkoztatás a Süketek általános iskolájában

elméleti feladatok megoldásánál döntő jelentősége volt a feladat verbális, illetve elvont jellegének. Minél kevésbé függött össze a szókincs gazdagságával, vagy minél konkrétebb volt a feladat, annál jobb volt az eredmény. Az épekkel azonos, sőt valamivel őket is felülmúló átlagteljesítményt azokban a próbákban adtak, amelyekben tárgyak és események képei szerepeltek, tehát a nem-verbális módszerekben. A *gyakorlati jellegű* feladatokban, a munkapróbákban jó közepes teljesítményt nyújtottak, nagyfokú gyakorlékonyságot mutattak. Ujj- és kézügyességük jó, mozdulataik összehangoltak, ritmikusak, munkavégzési idejük átlagos. Míg az elméleti feladatokban inkább mennyiségi teljesítményre törekedtek, s felületesen dolgoztak, a

gyakorlati próbákban mindvégig érdeklődéssel, kitartóan, lanyhulás nélkül végezték feladatukat (CSÁNYI, 1965.)

A rehabilitáció fontos problémája a hallás fejlesztésének lehetősége. A hallásfok, hasonlóan a látás élességéhez, fejleszthető. A hallásfejlesztés megalapozása és gyógypedagógiai módszereinek kidolgozása BÁRCZI (1938, 1960) nevéhez fűződik. Az ő metódusát vették át — bizonyos módosításokkal — hazai és külföldi szakemberek. A *hallásnevelést* és a *beszédfejlesztést* a korai gyermekkorban kell kezdeni. A hallókészülék viseléséhez — ahol ez lehetséges — és a szájról olvasáshoz szintén korán kell hozzászoktatni a hallási fogyatékos gyermeket (TRACY, 1963; GÖLLESZ, 1965; RENDI, 1965; SIF, 1965; GŐTZE, 1965, 1967). Így van remény arra, hogy majd jól artikulált, tiszta beszédükkel és a beszéd megértésével jól érezzék magukat a hallók közösségében is (7., 8. kép).

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK (SÜKETEK) ÉRZÉKELÉSE

A süketek érzékelési folyamatai — a hallás károsodásától eltekintve — a mindennapi élethelyzetekben a hallókéhoz viszonyítva feltűnő eltérést nem mutatnak. A süket gyermek ugyanolyan figyelmesen és értelmesen szemléli a világot, ugyanúgy reagál a környezetében lezajló látható változásokra, mint a halló. A süket felnőtt a látás útján ellenőrizhető munkafolyamatokban a hallókkal azonos szinten állja meg a helyét. A jelnyelv használatban és a szájról való olvasáskor a süketnek igen finom és gyors mozdulatokat, arcjáték és szájmozgás változásokat kell pontosan érzékelnie. A kommunikációs formák e speciális területén a süketek érzékelési teljesítményei nyilvánvalóan nemcsak egyenértékűek a látók hasonló teljesítményeivel, hanem azoknál jobbak.

Ez a felismerés irányította a kutatók figyelmét arra a kérdésre, hogy a *hallási analizátor kiesése milyen változásokat hoz létre a többi analizátor funkciójában.*

Ezeket a változásokat a kérdéssel foglalkozó pszichológusok általában *kompenzációs* változásoknak tartják. Kompenzáción ebben az esetben azt kell értenünk, hogy az épen maradt analizátorok átveszik a kiesett hallási analizátor funkcióinak egy részét. Az ép analizátorok ilyen módon az alkalmazkodás folyamán szélesebb körben, több helyzetben és több alkalommal kapnak szerepet, mint a hallóknál. Ez a funkció-kibővülés nagyobb lehetőséget biztosít a funkció gyakorlására, és ezáltal az analizátorban lejátszódó szerveződési folyamatok tapasztalati úton történő differenciálódására. Az ép analizátorok a kompenzáció folyamatában végső soron tehát differenciáltabb működésre válnak képessé, mint a hallóknál.

A hallási analizátor mint telereceptor fontos szerepet játszik a *tájékozódási reakciók* kiváltásában. Mindennapi életünk különböző helyzeteire nemcsak a körülvevő tárgyi világ, a körülöttünk lezajló események optikus képe a jellemző, hanem azok a sajátságos zajok és zörejek, amelyek ezeket az eseményeket kísérik. Élethelyzeteink mindig igen jellemző zajszituációkat is jelentenek. Az optikus ingerek vezető szerepe ezeket a diffúz, de igen fontos hallási benyomásokat általában elnyomja. Figyelmünk középpontjában általában a látható világ áll, s a hallható világról viszont legtöbbször nem

veszünk tudomást. Általában a látható világ a „figura" és a hallható világ a „háttér", az „alap".

A környezetünkből érkező zajok azonban ennek ellenére fontosak számunkra, mivel cselekvéseink, munkánk közben ezek tájékoztatnak a környezetünkben lezajló változásokról.

Nézzünk erre egy példát. Ülünk a szobában és dolgozunk. Munkánkra figyelünk, de eközben homályosan érzékeljük a szobánk előtt levő folyosó, az ablak előtt levő udvar és utca jellemző zaját. Ezeket a zajokat már megszoktuk, nem zavarnak munkánkban, szinte észre sem vesszük őket. Belép valaki a szobába, asztalunkhoz jön. Eközben munkánkat nem szakítjuk meg, nem nézünk fel, mégis tudjuk, hogy mi történik körülöttünk. Ha a belépő asztalunk előtt megszólal, nem lepődünk meg, tudjuk, hogy hogyan került oda. Ha viszont a belépéssel és a közeledéssel járó zajokat nem érzékeljük, és így szólal meg valaki hirtelen az asztal előtt, összerezzenünk, mert erre nem voltunk elkészülve.

A környezetünkből érkező zajoknak tehát figyelemfelhívó, részleges figyelem-megoszlást, várakozást, beállítódást — a tájékozódási reakció különböző formáit kiváltó szerepe van.

A süketeknél a hallási analizátor tájékozódási reakciót kiváltó funkcióját a látási analizátornak és a vibrációs érzékelésnek kell átvennie. Ezért a következőkben a vizuális érzékelést és a vibrációs érzékelést tárgyaljuk részletesen.

A hallási fogyatékosok (süketek) látása

A süketek a hallási ingerekre spontán megvalósuló tájékozódási reakciót tudatos vizuális ellenőrzéssel helyettesítik. Több vizsgálat folyt annak kimutatására, hogy a tájékozódási reakció keretében és más helyzetekben megvalósuló vizuális kompenzáció milyen jellegű funkciójavulást eredményez a vizuális érzékelésben.

A vizsgálatok eredményei eltérnek egymástól. A korábbi vizsgálatok süketek és hallók vízuális érzékelési teljesítményeinek összehasonlításánál számos helyzetben kimutatták a süketek fölényét a látók felett (SCHUMACHER 1931; HOFMARKSRICHTER, 1931). A kutatók a vizsgálatok eredményeit a kompenzáció mellett a süketek különleges *eidetikus* adottságaival magyarázták. Az eidetikus szemléleti képek az érzékelés és a közvetlen emlékezés határán levő lelki jelenségek. Az érzékleti képpel azért mutatnak rokonságot, mert gyakran ugyanolyan élesek, részletesek, pontosak, mint az érzékelési képek. Az emlékezeti képekhez viszont annyiban hasonlóak, hogy az expozíció után jönnek létre, akkor, amikor a külső ingerek már nem hatnak.

Az eidetikus adottság vizsgálatának legkönnyebb módszere az, ha a vizsgálati személyeknek kb. 30 másodpercig olyan képeket mutatunk, amelyeken sokféle részlet, cselekmény különíthető el (8. ábra).

Az eidetikus adottsággal rendelkező kísérleti személyek az expozíció után szinte maguk előtt látják a képet, és ezen szubjektív szemléleti kép alapján igen nagy pontossággal be tudnak számolni a képen látható részletekről. Vannak olyan eidetikusok, akiknél ezek a szubjektív szemléleti képek utóképszerűek, mozdulatlanok, merevek. Vannak olyanok, akiknél

a szubjektív szemléleti képek átrendeződnek, és ez az átrendeződés akarattal befolyásolható. Az eidetikus adottságot és az eidetikus szemléleti képek két fő formáját a lélektan típusjegynek tekinti.

Az eidetikus adottság a pubertásig igen gyakori, ezután csak a kifejezett eidetikus típusúaknál mutatható ki. Az életkor növekedésével párhuzamosan



8. ábra

az eidetikus adottság csökkenését az érzékelési folyamat átrendeződéseivel magyarázzák. Az életkor növekedésével az érzékelési kép közvetlen második jelzőrendszeri feldolgozása egyre lényegesebb szerepet játszik, és ez a közvetlen feldolgozás megakadályozza az észlelési kép első jelzőrendszerben történő fényképszerű rögzítését.

Ez a meggondolás szolgáltatott alapot ahhoz a feltevéshez, hogy a süketek között, akiknél a második jelzőrendszer nem befolyásolhatja az érzékelést, több eidetikusnak kell lennie, mint a hallók között. Az eidetikusok nagyobb száma esetén a kompenzáció mellett az eidetikus adottság is magyarázná a süketek jobb érzékelési teljesítményeit.

A korábbi vizsgálatok ezeket a feltevéseket megerősítették. A vizsgálatok azonos összetételű süket és halló csoportok összehasonlításával kimutatták, hogy a süketek között 42%, a hallók között 23% eidetikus (Hofmarks-richter, 1931).

Néhány példa a vizsgálatokra:

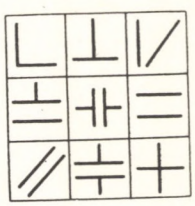
A vizsgálati személyeknek 33 mp-ig félméteres nagyságban exponálták a 9. ábrát. Az expozíció után a vizsgálati személyeknek az ábrát le kellett másolni. Az eredményeket a 4. táblázat foglalja össze.

A vizsgálati személyeknek 30 mp-ig 30—40 cm átmérőjű színkorongot exponáltak. Expozíció után a vizsgálati személyek egy része szürke lapra

4. táblázat

A reprodukált figurák száma		9	8	7	6	5	4	3	2	1
A vizsgálati személyek hány százaléka reprodukálta a megfelelő számu figurát	Süketek	10	30	75	85	95	97	100	100	
	Hallók	0	10	12	30	60	90	98		

nézett és beszámolt arról, hogy mikor jelentkezik, mikor tűnik el és milyen színű az utókép. A süketeknél az utókép átlagban 84 mp-ig állt fenn, normálisoknál csak 65 mp-ig, míg a süketek 27, a normálisoknak csak 16%-a látta eredeti színben az utóképet (HOFMARKSRICHTER, 1931).



9. ábra

A modern vizsgálatok eredményei eltérnek a korábbiaktól. A modern vizsgálatok eredményei szerint a süketek érzékelési teljesítményei rosszabbak, mint az ép hallásúaké (MYKLEBUST—BRUTTEN, 1953). A korábbi és a modern vizsgálatok eredményeinek eltérése két körülménnyel magyarázható.

a) A korábbi vizsgálatok az érzékelést elsősorban az eidetikus adottság kimutatására alkalmas helyzetekben vizsgálták. A modern vizsgálatok ezzel szemben az agysérülés kimutatására alkalmas érzékelési helyzetben folynak. A vizsgálati eredmények különbsége ezért részben a vizsgálati helyzet különbségével is magyarázható.

b) A korábbi vizsgálatokban a vizsgálati csoportok kóreredet' és hallásmaradvány szempontjából való összetételére nem fordítottak gondot. A modern vizsgálatok kísérleti csoportjainak összeállításakor ezeket a szempontokat is figyelembe vették. Az említett különbségek ennek megfelelően azzal is magyarázhatók, hogy a vizsgálatok kórtanilag különböző összetételű csoportokon folytak.

A modern vizsgálatok a következő fontosabb zavarokat mutatták ki a süketek érzékelésében (MYKLEBUST—BRUTTEN, 1953).

1. Az elemi szintézis zavara. A süketeknél ez az érzékelési zavar ugyanolyan formában jelentkezik, mint az értelmi fogyatékosoknál, csak sokkal ritkábban.

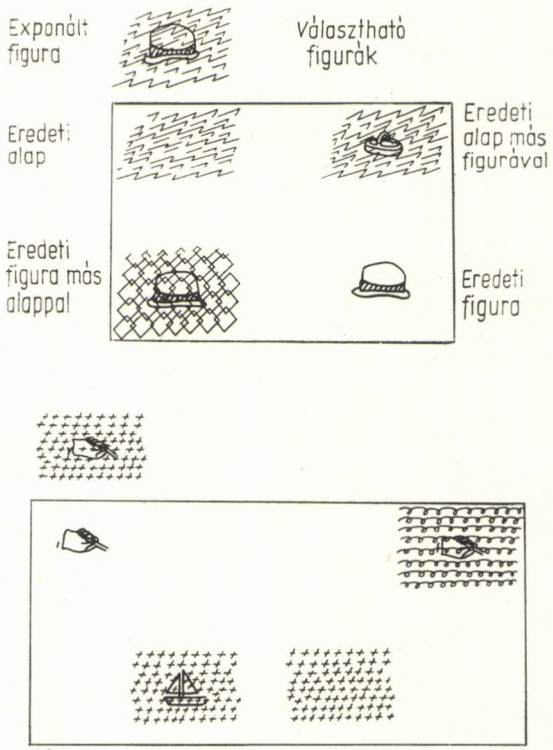
2. Az érzékleti kép integrációjának zavara. A süketeknél a „Figur-Grund" tagolás nehézségei nem analízis-, hanem integrációs zavar formájában jelentkeznek. Ennek a zavarnak a kimutatásához az alábbi ábrához hasonló ábrákat exponálnak tachisztoszkóposan, rövid ideig (10. ábra).

Az expozíció után a kísérleti személynek a 10. ábrán vázolt négy kép közül kell kiválasztania azt, amelyet előzőleg látott. A négy ábra közül az első az eredeti alap-figura nélkül; a második eredeti alap, más figura; a harmadik más alap, eredeti figura; a negyedik alap nélküli figura.

A süketeknél tendencia mutatkozik arra, hogy csak az eredeti alapot vagy csak az eredeti figurát válasszák. A fennmaradó két eset közül főleg azt az ábrát választják, amelyen az eredeti háttér más figurával szerepel. Ezek az eredmények a figura—háttér integráció zavarára utalnak.

3. Érzékelési perszeveráció. A süketek érzékelésében hasonló tendenciájú, de kisebb mértékű perszeveráció jelentkezik, mint az értelmi fogyatékosoknál.

Látjuk tehát, hogy a modern érzékelési vizsgálatok kisebb mértékű, de tendenciájában az értelmi fogyatékosok érzékelési zavaraihoz hasonló zavarokat mutattak ki a süketeknél is.



10. ábra. Myklebut—Brutten (1953)

A vizuális érzékelés területén több vizsgálatot végeztek annak megállapítására is, hogy a *második jelzőrendszer hiánya a süketeknél hogyan befolyásolja — esetleg hogyan rontja — az érzékelési teljesítményeket.* Mindeddig azonban nem sikerült olyan vizsgálati helyzetet előállítani, ahol az érzékleti kép szóbeli feldolgozásának hiányával kapcsolatos zavarokat ki lehetett volna mutatni.

A szóbeli megjelölés az érzékleti kép lényeges részének elvonatkoztatását segíti elő. Ha a süket gyermek nem ismeri a lényeges rész megjelöléséhez szükséges szavakat, akkor azt a képről nyilvánvalóan nehezebben tudja elvonatkoztatni, mint a halló. Ezért olyan helyzetekben, amikor a feladat megoldása az érzékleti kép valamely lényeges részének elvonatkoztatásától függ, a süket hátrányosabb helyzetben van, mint a halló.

Oleron (1950) kísérleteben a süket gyermek elé tettek egy hosszú, 9 rekeszből álló dobozt. Mindegyik rekeszen külön ajtó volt, amely felfelé nyílt. Megmagyarázták a gyermeknek, hogy a rekeszekben cukor van, keresse meg őket. A cukrokat egy szerkezet segítségével úgy tudták elhelyezni az egyes rekeszekben, hogy a gyermek nem láthatta, mikor hová tették a cukrot. A gyermek a rekeszekben a következő sorrendben talált cukrot.

1	3	5	7	9	8	6	4	2

Vagyis először az első rekeszben talált cukrot, majd ezután az utolsóban, majd előlről a másodikban stb. Bizonyos számú ismétlés után a gyermek rájött arra, hogy a cukrot hol találja meg. Ezt a kísérletet elvégezték olyan süketekkel, akik nem ismerték a jobb, bal szóbeli megjelölését és a számokat, valamint hallókkal. A süketek és hallók azonos idő alatt tanulták meg a feladatot. A hallók tehát ebben a helyzetben a lényeges mozzanatok absztrakcióját lehetővé tevő szóbeli tudásuknak nem vették hasznát.

A *Snijders—Oomen* (1958)-teszt képeinél az a feladat, hogy a vizsgálati személyek felismerjék a képek közös vonását. A közös vonás egy fogalommal is kifejezhető (11. ábra).

Ha a vizsgálati személyek az ábrapárokban a közös vonást felismerték, akkor a hiányos pároknál (a) ki tudják választani a megfelelő képet (b).

A süketek és hallók teljesítményei az ilyen feladatokban sem különböznek egymástól, annak ellenére, hogy a süketek nem ismerik az ábrák közös vonását megjelölő fogalmat.

Az ismertetett helyzetek megoldásakor a süketek — jóllehet a helyzetek megoldásához szükséges verbális reprezentációval nem rendelkeznek — nem voltak hátrányosabb helyzetben, mint a látók.

A hallási fogyatékosok (süketek) vibrációs érzékelése

A vibrációs érzékelés a bőrérzékelés egyik fajtája. A vibrációs érzékleteknek háromféle *kiváltó ingere* lehet:

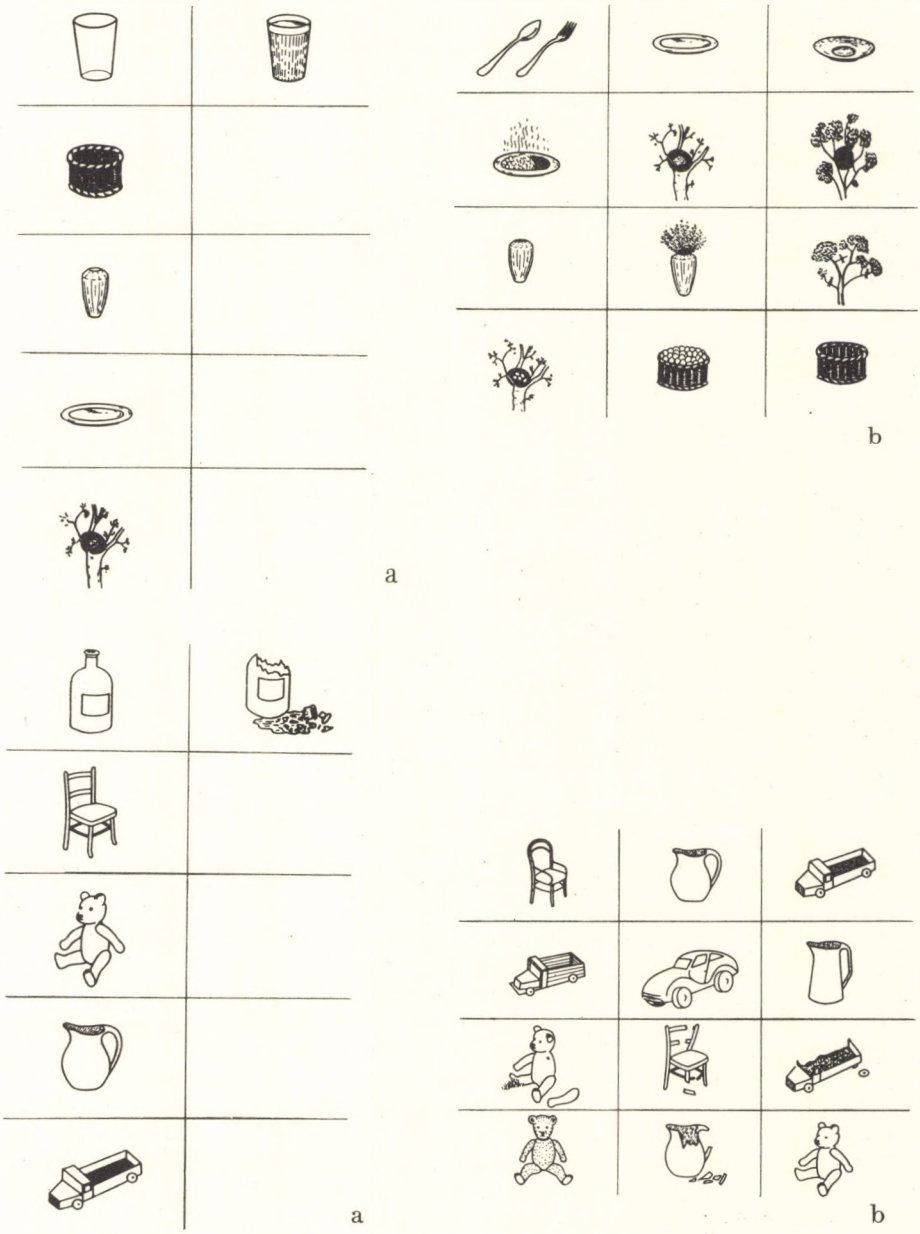
levegőrezgések,

a tárgyak rezgései és

tapintáskor a bőrfelület csúsztatásával mesterségesen előállított rezgések. (Ezt a formát részletesen a vakok érzékelési folyamatainak ismertetésekor tárgyaltuk).

A levegőrezgések és a tárgyak rezgései — például a föld dübörgése, beszédszervek rezgőmozgásai, hangvilla rezgése, gépek rezgése stb. — akkor váltanak ki vibrációs érzékleteket, ha ezeket a rezgéseket a bőr vagy a mélyebben fekvő izmok, csontok átveszik. A bőrfelület, az izmok és a csontok rezgése ritmusosan ingerli a tapintási és nyomásreceptorokat. A vibrációs érzékleteket tehát a bőrben, a mélyebb szövetekben és a csontfelszínen levő receptorok ritmusos ingerlése váltja ki.

A vibrációs érzékletek minőségét a kiváltó ingerek fizikailag jellemezhető három sajátossága határozza meg: *a)* a rezgések frekvenciája, *b)* a rezgések amplitúdója, intenzitása és *c)* a kiváltó ingerek és a testfelület érintkezési



a b

11. á b r a. Snijders—Oomen (1958)

területeinek nagysága. Mivel a kiváltó ingerek és a receptorok között a rezgéseket szövetek veszik át és továbbítják, a vibrációs érzékleteket nemcsak a kiváltó ingerek fizikai sajátosságai, hanem a felvevő és továbbító anyagi rendszerek (szövetek) rezgéstani sajátosságai is meghatározzák.

A kiváltó ingerek a szövetekben kényszerrezgéseket idéznek elő. A mechanikus rezgések terjedése a szövetekben a szövetek fizikai struktúrájától függ. Rezgéstani szempontból a szövetek sejtstruktúrájuk alapján inhomogén, roststruktúrájuk alapján anizotróp közegek. Ennek megfelelően a szövetekben a rezgések felvétele és továbbítása a szövetek elaszticitásától, kompreszszibilitásától és viszkozitásától függ. Ezek a tényezők a különböző szövetféleségek rezgéstani sajátosságait igen eltérővé teszik. Ezzel magyarázható, hogy intenzív, az egész testre kiterjedő rezgéseknél testünk különböző részei, belső szerveink eltérő módon veszik fel a rezgéseket, különböző módon „rezonálnak". Huzamosabb intenzív rezgésnél — például traktoron ülve — ezért abban a belső szervünkben érzünk fájdalmat, amely szöveti sajátosságainál fogva a legintenzívebb együttrezgésre képes.

Mivel szöveteink rezgéstani sajátosságai különbözőek, ugyanazon a vibrációs inger különböző testfelületre hatva különböző vibrációs érzékletet vált ki. A legjobb rezgésfelvevők és rezgéstovábbítók a csontok, s különösen a csontfelületen nagy a vibrációs érzékenység értéke. Korábban úgy gondolták, hogy a vibrációs rezgéseket a periosteumban levő speciális receptorok veszik fel. A modern vizsgálatok azonban kimutatták, hogy a rezgések nemcsak a csontfelszínen levő receptorokat, hanem a bőrben és a mélyebb szövetekben levő tapintási és nyomásreceptorokat is ingerlik.

Szöveteink rezgéstani sajátosságai nemcsak eltérőek, hanem változóak is. A vérellátás, az anyagcsere módosulásai, az izmok feszítettségi fokának változásai a szövetek rezgésfelvevő és rezgéstovábbító működését módosítják. Ezért változik szöveteink állapotától függően a vibrációs érzékenység. Ezért változik meg a vibrációs érzékenység akkor is, ha a szöveteket összenyomjuk. E törvényszerűség alapján lehet visszakövetkeztetni a vibrációs érzékenység változásaiból a szövetek esetleges patológiás elváltozásaira.

Mivel szöveteink rezgésfelvevő és rezgéstovábbító fizikai sajátosságai különbözőek és változóak, a kiváltó ingerek igen bonyolult és fizikailag nehezen jellemezhető „rezgésmintákat", „rezgésalakzatokat" hoznak létre a szövetekben. A kiváltó ingerek fizikai sajátosságai és a rezgésminták fizikai sajátosságai között törvényszerű összefüggés áll fenn. Ez azonban nem azt jelenti, hogy a kiváltó inger valamilyen fizikai sajátosságának (például frekvenciájának) változása a rezgésminta ugyanilyen sajátosságának változásával jár. A kiváltó inger frekvenciájának változása esetleg a rezgésminta kiterjedését, illetve mélységét vagy a szöveti rezgés amplitúdóját változtatja meg a frekvencia változása nélkül.

A rezgésminták a kiváltó ingerek oldaláról fizikailag nehezen jellemezhetők.

Fiziológiailag, az ingerületbe kerülő receptorok oldaláról a rezgésmintákat a következő szempontok alapján különböztetjük meg:

a) A rezgésminta kiterjedése milyen nagy; hány receptor és milyen receptorok kerülnek ingerületbe.

b) A rezgés frekvenciájának megfelelően a receptorok milyen frekvenciával kerülnek ingerületbe.

c) A rezgés térbeli tovaterjedésének megfelelően a különböző receptorok ingerületi állapotai között milyen időbeli fáziseltolódás keletkezik.

d) A rezgés frekvenciájának és amplitúdójának megfelelően hány receptor kerül egy időben ingerületbe.

A vibrációs érzéklet tehát a bőrben, a bőr alatti szövetekben és a csontfelszínen levő receptorok meghatározott fáziseltolódással történő ritmusos ingerlésekor áll elő.

A vibrációs érzéklet minősége az ingerlés (rezgésminta) téri és idői sajátosságaitól függ.

A rezgésfelvevő és rezgéstovábbító szövetek különböző sajátosságai miatt általános érvénnyel nem lehet meghatározni azt a frekvencia, illetve amplitudó küszöbértéket, amelyet a kiváltó ingernek el kell érnie ahhoz, hogy a vibrációs érzéklet előálljon.

A hallás elvesztésével a vibrációs érzékelés funkcionális jelentősége az alkalmazkodásban kiszélesül. A vibrációs érzékelés fontos telereceptorrá válik, és jelentős szerepet nyer a *tájékozódási reakciók* kiváltásában. A hallóknál a sok más és fontosabb érzéklet miatt a vibrációs érzékletek tudatosítására csak különleges esetekben, igen intenzív rezgéseknél kerül sor. A süketeknél a vibrációs érzékelés megváltozott funkcionális jelentőségére utal az a megfigyelés, hogy a süket tanulókat jobban zavarják az utcai közlekedés által kiváltott vibrációs érzékletek, mint a halló tanulókat.

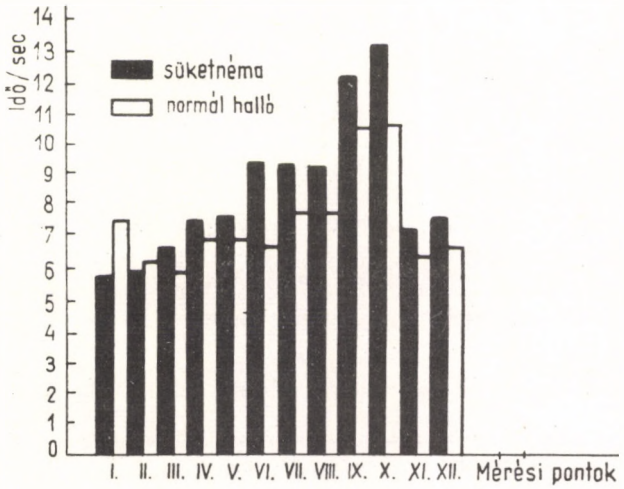
A vibrációs érzékelés a süketeknél a tájékozódási reakció kiváltása mellett a *beszédtanulásban* is lényeges szerepet játszik. A beszédszervek rezgései hangképzéskor a gégén és a mellkason jól érzékelhetők, karakterisztikus vibrációs érzékletek formájában.

A süketeknél a vibrációs érzékelés kompenzatív jellegű kifinomodását Rendi (1964) vizsgálatai mutatták ki.

Rendi (1964) ötven 10—16 éves süket és ugyanennyi halló gyermek vibrációs érzékelését vizsgálta meg 3—4 hetes időközökkel, háromszor egymás után. A vizsgálatokat C/64 Hz-es hangvillával végezte a test 12 pontján.

A vizsgálatnál a megpendített hangvillát, amelynek súlya 58 gr volt talpával a vizsgált pontok egyikére helyezte. A rezgő hangvilla vibrációs érzékletet váltott ki. A vizsgálati személyeknek jelezniük kellett, hogy mennyi ideig érzékelik a rezgéseket, és mikor érzik azok megszűnését. A hangvilla rezgései a megpendítés után fokozatosan csillapodtak, vagyis amplitúdójuk, illetve intenzitásuk egyre csökkent. Mivel hallóknál és süketeknél a rezgésátvevő és továbbító szövetek fizikai sajátosságai azonosnak tekinthetők, a hangvilla rezgésintenzitásának csökkenésével a szövetek „rezgésmintája" hallóknál és süketeknél feltehetően azonos módon változott meg. A receptoringerlés perifériás feltételei süketeknél és hallóknál tehát azonosak voltak. Ennek ellenére a süketek általában hosszabb ideig érzékelték a hangvilla rezgését, mint a hallók.

A 12. ábrán a süketek és hallók érzékelési idejét mutatjuk be a különböző mérési pontokon.



12. ábra. Rendi (1964)

Rendi vizsgálatai azt mutatják, hogy a süketek vibrációs érzékenysége nagyobb a hallókénál. A süketek azonos frekvencia mellett kisebb intenzitású ingerek által kiváltott „rezgésmintákat" is érzékelni képesek, mint a hallók.

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK (SÜKETEK) FIGYELME

Közismertnek mondható, hogy a süketek a vizuális figyelmi típusba tartoznak, ebbe kényszerülnek. Spontán figyelmi lehetőségük korlátozott. A körülötte zajló eseményekről a süket hallás útján nem tájékozott, a nagyothalló alig. A vibrációs érzékelés csak némi, de nem elég differenciált kompenzációt nyújt.

A *süketeken végzett figyelemvizsgálat* a szakirodalomban viszonylag kevés. A budapesti süketek intézetének IV—VIII. osztályos növendékeit Mecséry (1966) vizsgálta meg. A vizsgálatot a *Nagy—Révész*-féle módszerrel végezte, s a süketek teljesítményét összehasonlította általános iskolás halló gyermekek eredményeivel. Ennél a vizsgálatnál a hallók fölénye mutatkozott meg. Mégpedig: az alacsonyabb osztályokban volt legnagyobb a süketek elmaradása a hallók mögött. A növekvő osztályokban a süketek egyre inkább megközelítették a hallók teljesítményét, a VIII. osztályban pedig már csaknem elérték azokét.

A süketek eredményeit egymás közt is összehasonlította Mecséry: 1. A fiúk gyorsabban és több hibával, felületesebben dolgoztak, a lányok lassabban, pontosabban, kitartóbban. 2. Tanulmányi eredményeikkel párhuzamosnak mutatkozott a figyelem teljesítményük. 3. Átlagnál magasabb eredményt adtak a hallásmaradvánnyal rendelkezők, a jó rajz- és számolókészségűek, és az átlagnál gyengébbet az alacsonyabb osztályokban megrekedt idősebbek. Végül: 4. a süketség okát is tekintetbe véve azt találta, hogy a jobb teljesítményűek közé tartoztak a családi eredetű süketek: igen változatos képet mutattak az igen jó és az igen gyenge közt az agyhártyagyulladás következtében megsüketültek; végül alacsony összteljesít-

ményt mutattak magas hibaszámmal a kettős fogyatékosok (süketséghez Little-kór vagy értelmi elmaradás csatlakozott).

A *nagyothallók* figyelmének vizsgálataira vonatkozóan CSÁNYI (1965) munkánkkal kapcsolatos kísérleteit említjük. Nagyothalló tanulók figyelmi koncentrációját a *Piéron-* és a *Révész—Nagy*-féle eljárásokkal vizsgálta. Az erősen vizuális *Piéron*-féle vizsgálat megfelelt a nagyothallók nívójának, és itt gondos, pontos munkát végezve minőségileg igen jó teljesítményt adtak: a hallók átlagát érték el. A *Révész—Nagy*-féle vizsgálat elvontabb jellegénél fogva nehezebbnek mutatkozott számukra, és felületesebb munkára késztette őket: a mennyiségi teljesítmény emelkedett ugyan, de a hibaszám is.

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK (SÜKETEK) EMLÉKEZETE

A süket gyermekek emlékezetét hazánkban VÉRTES (1929) vizsgálta. Kutatásait 69 IV—VIII. osztályos süketnéma tanulónál a következő emlékezeti területekre terjesztette ki:

1. Optikusan exponált tárgyakra való emlékezés. (Pl.: újság, kulcs, zsebkendő, pohár stb.)
2. Számokra való emlékezés (pl. 37, 68, 54 stb.).
3. Látási képzeteknek megfelelő szavakra való emlékezés. (Pl.: villám, falinaptár, óra lapja stb.)
4. Hallási képzeteknek megfelelő szavakra való emlékezés. (Pl.: lövés, taps, ugatás, dörgés, fütty stb.)
5. Tapintási képzeteknek megfelelő szavakra való emlékezés. (Pl.: hideg, puha, kerek, sima stb.)
6. Érzelmi állapotot jelentő szavakra való emlékezés. (Pl.: gond, gyávaság, remény, kétség stb.)
7. Idegen szavakra (hangtorlódásokra) való emlékezés. (Pl.: auditív, mneme, szubjektív, tranzakció stb.)

Minden emlékezeti területen összesen 9 egységet (tárgyat vagy szót) kellett a tanulóknak megjegyezni. Az egységek egymás után kerültek bemutatásra (a szavak táblára írva), egy egység bemutatása ideje 10 mp volt.

VÉRTES az összehasonlítás érdekében normálisokkal nem végzett külön vizsgálatokat. Összehasonlítási alapként azokat a vizsgálati eredményeket használta fel, amelyeket ugyanezzel a módszerrel egy másik kutató normálisoknál nyert. A vizsgálat eredményei az alábbi táblázaton szerepelnek.

		Emlékezeti teljesítmények százalékban			
		Fiúk (33)		Lányok (36)	
		Normálisok	Süketek	Normálisok	Süketek
	Tárgyemlékezet	82,2	88,8	91,4	77,7
Szóemlékezet	Számképzetekre	64,8	66,6	71,8	66,6
	Látási képzetekre	60,6	77,7	71,0	77,7
	Hallási képzetekre	59,5	55,5	60,2	38,8
	Tapintási képzetekre	64,2	88,8	67,2	88,8
	Érzelmi képzetekre	31,2	66,6	59,4	49,9
	Hangtorlódásokra	24,0	0,0	23,8	11,1

VÉRTES vizsgálati eredményei alapján a süketek és normálisok emlékezete közötti különbséget a következőkben állapíthatjuk meg.

1. A látási és tapintási képzeteket jelölő szavakra süketek jobban emlékeznek, mint a normálisok.

2. A hallási képzeteket jelentő szavakra és az ismeretlen jelentésű hangtorlódásokat tartalmazó szavakra a normálisok jobban emlékeznek, mint a süketek.

3. A tárgyakra, számokra és érzelmi állapotokat jelölő szavakra való visszaemlékezésnél az emlékezeti teljesítményekben jelentkező különbségeket nem a hallási fogyatékosság, hanem a nemi különbségek határozzák meg.

A süketek és normálisok emlékezeti teljesítményeinek különbségét, eltéréseit a vizsgálati módszer szempontjából kell megvizsgálnunk.

Az alkalmazott vizsgálati eljárás a tárgyemlékezet kivételével lényegében a szóemlékezetet vizsgálta. A vizsgálathoz felhasznált szavak abban különböztek egymástól, hogy konkrét I. jelzőrendszeri tartalmukat különböző érzékleti kvalitások (látási, hallási, tapintási), mennyiségek, érzelmi állapotok képezték. A vizsgálati eljárás feltételezte, hogy a szavakra attól függően emlékezünk vissza, hogy a szavak milyen konkrét I. jelzőrendszerbeli élményeket jelölnek. A vizsgálatok eredményei azt igazolják, hogy ez a feltevés lényegében helyes, mert a normálisoknál a szavak konkrét tartalmától függően jelentős eltérések mutatkoznak az emlékezeti teljesítményekben. Ugyanilyen eltérések a süketeknél is jelentkeznek, természetesen más formában, mint a normálisoknál. A halló leányok számemlékezete például az emlékezeti teljesítmények nagysági sorrendjében a második helyre, a süket leányoké viszont csak a negyedik helyre kerül. Ezek a sorrendbeli eltérések azt mutatják, hogy a szavak konkrét első jelzőrendszerbeli tartalma másképp befolyásolja a normálisok, mint a süketek szóemlékezetét. Ez az érdekes vizsgálati eredmény igen fontos általános törvényszerűségre utal, arra, hogy a *süketeknél a szavak és az általuk jelölt konkrét első jelzőrendszeri tartalmak között más kapcsolat áll fenn, mint a normálisoknál.*

VÉRTES emlékezet-vizsgálataiban ez a következő formában nyilvánult meg: „A normálisokon végzett kísérletek bebizonyították, hogy a megvizsgált tanulók a legritkább esetben gondoltak az egyes szavak kiejtésekor valamire, hanem pusztán a hallás útján felfogottat mondották vagy írták le. A felidézett képzetek ha — egyáltalán feltámadtak — leginkább látásiak (villám stb.) vagy hallásiak (lövés, ugatás stb.) voltak, elmosódottan, homályosan jelentek meg. Süketnémákon végzett emlékezetvizsgálataim alkalmával ezzel ellentétben azt tapasztaltam, hogy a szó az esetek nagy részében felidézte a megfelelő képzeteket. A gyermekek ugyanis, amikor csak lehetett, taglejtésekkel, arcjátékukkal jelezték, hogy megértik a fogalmat. Mikor a bánat szót írtam fel a táblára, a növendékek fejüket kezükbe hajtják, s szomorú arckifejezést mutatnak s.i.t. Ennek az önkéntes megnyilatkozásuknak tanításuk adja magyarázatát, mely minden új képzetet, fogalmat pontosan megmagyaráz, érzékeltet, reprodukáltat."

A süketek tehát azáltal, hogy a szavak konkrét, I. jelzőrendszerbeli tartalmának felidézésére törekedtek, az exponált szavakról több engramot alakítottak ki, mint a normálisok. Valószínűleg ezzel magyarázható az, hogy a süketek a látási és tapintási élményeket jelölő szavakra jobban emlékeztek, mint a látók. A tárgyemlékezetnél a bevésés csak I. jelzőrendszeri szinten folyt. A süketek itt nem tudták a több területen történő bevésésből származó

előnyüket érvényesíteni, és ezért a látókkal megközelítően azonos eredményt értek el. A számemlékezetnél elvileg hasonló volt a helyzet. A hallási élményeket jelölő szavaknál a süketek gyenge eredménye érthető; nem rendelkeztek azokkal a konkrét élményekkel, amelyeket a szavak bevésésénél fel tudtak volna idézni. Az érzelmi állapotokat jelölő szavaknál a süketnémák előnye feltehetően azért nem jelentkezett, mivel a 9 szó között olyan is szerepelt, amelynek jelentését nem ismerték. (Pl.: kétség.) Az ismeretlen idegen szavak bevésésében a süketek sokkal gyengébb eredményt értek el, mint a normálisok. Ennek oka olvasási és beszédartikulációs készségük fejletlenségében keresendő, amely a szóképek optikus rögzítésénél is jelentkezik.

Összefoglalva tehát megállapíthatjuk, hogy a süketek a látási és tapintási képzeteket jelölő szócsoportoknál nem azért értek el jobb emlékezeti teljesítményeket, mint a látók, mert ezen a téren emlékezetük fejlettebb, hanem azért, mert a szavak megtanulásánál azok konkrét, I. jelzőrendszeri tartalmát is felidézték. Így ugyanazzal a szóval kapcsolatban több engramot alakítottak ki, mint a normálisok.

Lényegében ehhez hasonló, de irányában ellentétes folyamatot figyeltek meg amerikai pszichológusok normális gyermekek vizsgálatakor. Ha normális gyermekeknek tárgyképeket, színeket stb. kell megjegyezniük, akkor anélkül, hogy erre külön felszólítást kapnának, a megjegyzés megkönnyítésére a bevésés közben felidézik a képen látható tárgyak vagy színek nevét. Ebben az esetben tehát a bevéséskor nem a szavak idézik fel a hozzájuk kapcsolódó I. jelzőrendszeri tartalmat, hanem fordítva, az I. jelzőrendszeri kép idézi fel a megfelelő szóbeli megjelölést. Az emlékezés szempontjából mindkét esetben arról van szó, hogy az emléknyomok az I. és II. jelzőrendszerben is kialakulnak, és ez a szélesebb körű bevésés elősegíti a jobb felidézést.

A süketek az észlelési képeket jelölő szavakat nehezebben tudják felidézni, mint a normálisok. Blair (1957) megfigyelte, hogy a süketek az egymás után előmutatott tárgyképek, dominóképek, színek és számjegyek közül kevesebbet tudnak megjegyezni, mint a normálisok. A normálisok emlékezeti teljesítményei ilyen helyzetekben feltehetően azért jobbak, mivel náluk a képekkel együtt rögzített szóbeli jel is elősegíti az emlékezést. Azokban a helyzetekben, ahol az I. jelzőrendszeri észlelési képek párhuzamosan történő szóbeli megjegyzésére a normálisoknál sincs lehetőség, a süketek fölénybe kerülnek a normálisokkal szemben. Például a vizsgáló egymástól 5 cm-re, egyvonalban elhelyezett 5 kockát tetszés szerinti sorrendben egymás után megérint. A normális vagy süket gyermeknek a kockák megérintését ezután ugyanabban a sorrendben kell utánoznia, ahogy azt előzőleg látta. Ebben a helyzetben a normálisok is csak vizuálisan rögzítik a mozgások sorrendjét. A süketek (hallászcsökkenés 96, 67 dB) emlékezeti teljesítményei ilyen feltételek között jobbak voltak, mint a normálisok emlékezeti teljesítményei. Nagyothallóknál (hallászcsökkenés 71,38 dB) ez az emlékezeti javulás nem jelentkezett (Costello, 1957).

A süketek és látók emlékezetét olyan helyzetben is összehasonlították, ahol a szóbeli megjelölés lehetősége nem javította, hanem rontotta a normálisok emlékezeti teljesítményeit. A vizsgálati személyek azt a feladatot

kapták, hogy egyszerű geometriai figurákat néhány másodperces nézés után emlékezetből rajzoljanak le. A normálisok a figurákat valamilyen megnevezhető tárgyhoz hasonlították. Például: ez olyan, mint egy levél. Ez az általánosítás és szóbeli megjelölés természetesen nem segítette elő, sőt pontatlanná tette a figura egyedi vonásainak megjegyzését és felidézését. A süketek a bemutatott figurákat csak I. jelzőrendszeri szinten rögzítették, ezért náluk a felidézés pontosabb volt (Blair, 1957).

A süketek emlékezeti teljesítményeit a kutatók a tapintási-motoros emlékezés területén is megvizsgálták. A bekötött szemű vizsgálati személy kezét végigvezették egy útvesztőben, s ezután a megtett utat egyedül kellett megismételnie. Ebben a helyzetben a süketek szintén jobbaknak bizonyultak a normálisoknál (Van der Lugt, 1948).

A tárgyak téri elhelyezésére való emlékezésben a süketek már nem múlták felül a normálisok eredményeit. Ennek az emlékezetfajtának a vizsgálatánál 20 másodpercig kellett megfigyelni több, asztalra helyezett tárgyat. A megfigyelés után a tárgyakat ugyanoda kellett visszahelyezni, ahol azokat a vizsgálati személy korábban látta. Ebben a helyzetben a süketek teljesítményei a normálisok teljesítményeivel egyeztek meg (Morsh, 1936).

Az ismertetett vizsgálati eredmények alapján a süketek emlékezetére vonatkozó tudásunkat a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A süketek szóbeli emlékezete olyan szavak megjegyzésében múlja felül a normálisok szóbeli emlékezetét, amelyeknél a süketek felidézik és bevésik a szavakkal jelölt konkrét, I. jelzőrendszeri képzeteket is.

2. A vizuális emlékezet területén, ha lehetőség van az észlelési képek párhuzamos szóbeli rögzítésére, a normálisok emlékezeti teljesítményei általában jobbak, mint a süketek emlékezeti teljesítményei.

3. A vizuális és motoros emlékezet területén, ha nincs lehetőség a párhuzamos szóbeli rögzítésre, a süketek emlékezeti teljesítményei jobbak, mint a normálisok emlékezeti teljesítményei, vagy azzal azonosak. Ebben az esetben ugyanúgy, mint ahogy azt már az észlelés területén láttuk, feltehetően az emlékezeti teljesítmények *kompenzatív jellegű* tökéletesedéséről van szó.

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK (SÜKETEK) GONDOLKODÁSA ÉS BESZÉDE

A süketek szemléletes, nem verbális gondolkodása

Ha be akarunk csukni egy megszorult tolóajtót, keressük egy elromlott zár hibáját, kép vagy keresztrejtvényt oldunk meg, időbeosztást készítünk utazási tervünkhöz, vagy társadalmi és természeti jelenségek összefüggéseit és okait kutatjuk, a probléma újszerűségétől függően kisebb-nagyobb gondolkodási feladatot oldunk meg. A megoldandó probléma különböző formában tükröződhet. A tolóajtó, a zár hibájának vagy a képrejtvény összefüggéseinek keresésénél a feladatot a vizuális érzékleti kép tükrözi, a gondolkodás folyamán a vizuális érzékleti kép részeinek, a tárgyak tulajdonságainak, önállótlan jellegeinek érzékletes analízise és szintézise valósul meg. A gondolati műveletek elemei, egységei konkrét, képszerű érzékletes elemek, és a gondolkodás gyakran nem is szakad el ettől a képszerűségében átélt valóságtól. Ha a megoldandó feladat verbális szinten tükröződik, és a prob-

léma csak szavakban vagy szavakban is megfogalmazódik, akkor a gondolkodás már nem konkrét képek, hanem elvont fogalmak segítségével folyik le, a gondolati operációk egységei nem érzékletes elemek, hanem fogalmak és ítéletek, és a folyamat szavakban, nyelvi struktúrákban kivetülve jelenik meg.

Nem verbális gondolkodásról akkor beszélünk, ha a gondolkodási folyamat konkrét szinten, képek, szenzomotoros egységek, mozdulatok analízise és szintézise útján valósul meg, és a problémahelyzet vagy a megoldás nem tevődik át fogalmi, szóbeli, nyelvi szintre.

Hallóknál a nem verbális gondolkodás tiszta formájával csak kisgyermekkorban, a beszéd megtanulása előtti években találkozunk. A fogalmi gondolkodás, a beszéd ugyanis nem elkülönített, izolált rendszerként alakul ki, hanem szorosan egybeépül a konkrét, érzékletes I. jelzőrendszerrel. A konkrét érzéki és az elvont fogalmi gondolkodás egységes műveleti rendszert alkot, amelyben a képszerű vagy a fogalmi elemek még kísérleti helyzetben is csak viszonylagosan különíthetők el. A beszéd kialakulása előtti és a beszéd kialakulása utáni nem verbális gondolkodás tehát lényegesen különbözik egymástól egyrészt azért, mert a nem verbális gondolkodás önmagában is fejlődik, másrészt azért, mert a beszéd módosítja a nem verbális gondolkodást, a valóság képszerű tükrözését is.

A süket a hallás hiánya miatt nem tanulja meg a beszédet, illetve ha később a rendszeres beszédnevelés hatására a nyelvi rendszer birtokába is jut, beszéde és gondolkodása mennyiségi és minőségi tekintetben messze elmarad a hallók beszéde és verbális gondolkodása mögött. (Természetes, hogy nemcsak a tanult süket és a halló, hanem a tanulatlan és a tanult süket beszéde és gondolkozása között is jelentős a különbség.) Mivel a süketeknél a nem verbális gondolkodás hosszú ideig kizárólagos gondolkodási forma, és még a hangos beszéd megtanulása után is többnyire domináns, a süketek és hallók nem verbális gondolkodásának összehasonlítása több fontos kérdés eldöntéséhez szolgáltat adatokat. Milyen a beszéd által nem befolyásolt, tiszta, nem verbális gondolkodás fejlődésmenete? Mivel a süket általában nem verbális gondolkodást folytat fejlettebb szinten, jobban tud-e nem verbális gondolkodási feladatokat megoldani, mint a hallók? A beszéd hogyan alakítja át a hallók valóságszemléletét, és ennek hatására milyen különbségek mutatkoznak a süketeknél és a hallóknál az érzékleti kép analízisében és szintézisében és a nem verbális feladatok megoldásában?

A fenti kérdésekre a süketeknél elvégzett absztrakciós vizsgálatok eredményei alapján adhatunk választ.

Höfler (1927) több feladat elvégeztetésével hasonlította össze I—VIII. osztályos süketnéma és halló tanulók absztrakciós teljesítményeit. Az első helyzetben például tachisztoszkóposan 3 mp-ig exponált két figuracsoportot. A két csoportban egy közös figura volt, és a tanulóknak ezt kellett megtalálniuk. Egy másik feladatnál a tanulóknak golyó- és figurasorozatokat kellett szín, forma és nagyság alapján csoportosítani.

Höfler kísérleti eredményeiből azt a következtetést vonta le, hogy a süketeknél az absztrakció lehetősége a nem verbális gondolkodás szintjén ugyanúgy megvan, mint a hallóknál, azonban a süketnél az absztrakcióra való *beállítódás* nem alakul ki. A süket a konkrét tapasztalati világban él, és a beszéd

szemléletében nem munkálja ki az érzékleti kép sokféle analízisének lehetőségét.

A halló az egységes érzékleti képet a tárgy különféle részeinek, jellegének, tulajdonságainak integratív egységeként is átéli, míg a süket érzékleti képében nincs vagy csak differenciálatlanabbul van adva a lehetséges relációk integratív egysége, amelyből valamelyik elem bármikor kiemelhető. Ezért a süket a konkrétumokhoz tapad, és nehezen állítódik be a szokatlan absztrakciós szempontok keresésére és váltogatására.

LINDNER (1925) és CHUILLAT—OLERON (1955) a süketek nem verbális gondolkodását, gyakorlati intelligenciáját manipulációs feladatok megoldásában vizsgálták. Utóbbi kutatók kísérletében például ilyen feladatok szerepeltek: eszközök segítségével meg kellett szerezni a magasan elhelyezett cukorkát, a cukorkát tartalmazó dobozt egy rácsos kalitkából vagy egy szüknyakú üvegből kellett kiemelni stb. A kísérleti személyeknek arra kellett rájönni, hogy a rendelkezésre álló eszközök, tárgyak közül melyik alkalmazása célravezető, hogyan kell az eszközöket módosítani, kombinálni, milyen manipulációt célszerű végezni stb.

Ezek a kísérletek azt mutatták, hogy a süketek gyakorlati intelligencia teljesítményei elmaradnak a hallók teljesítményei mögött. CHUILLAT—OLERON az elmaradás okait, a nem verbális gondolkodás folyamatát is részletesen elemezték, és ebben több, süketekre jellemző jegyet is kimutattak.

A süket gyermekek teljesítményeit a kísérletvezető sugalmazásai, figyelemfelhívó gesztusai jelentősen fokozták. Ebből arra következtettek, hogy a süket és a halló közötti különbséget nem a verbális gondolkodás színvonalának különbsége okozza, hanem a süketek csökkent kezdeményező készsége. A süket is keresgél, tapogatódzik a feladat megoldása közben, de nincsenek ötletei a lehetséges megoldási módozatokra. A sugalmazás általában annyiban nyújtott „ötletet", hogy a megfelelő eszköz alkalmazására hívta fel a süket figyelmét. Ha az eszköz felismerése a feladat megoldásához elégséges volt, akkor a sugalmazás hatékonynak bizonyult, ha viszont a kiválasztott eszközt még módosítani is kellett, akkor a süket a sugalmazást nem tudta hasznosítani. A süket számára a nem verbális feladat tehát annál nehezebb, minél kevésbé fakad a megoldás magából a feladatból, és minél inkább módosítani kell a feltételeket. Az eszköz lehetséges funkciói és a kéz manipulációs lehetőségei a süketnél nem különülnek el olyan mértékben, mint a hallóknál. A süket nehezebben ismeri fel azt a sajátos többletet, amelyet az adott eszköz kezének manipulációs lehetőségeivel szemben jelent. Nincs distancia a feladat feltételei, a tárgyak, az eszközök és a süket manipulációs rendszere között, ezért a süket nehezebben tudja a megoldás lehetőségeit, a külső feltételeket belső manipulációs szokásaitól függetlenül szemlélni és gondolatilag megközelíteni. CHUILLAT—OLERON mindezeket a sajátosságokat — amelyek természetesen inkább csak tendenciaszerűen, mint a látóktól való éles eltérések formájában jelentkeztek — a beszéd közvetett, nem verbális gondolkodást fejlesztő hatásának hiányával magyarázta. A süket gyermek ugyanúgy gyűjt cselekvéses, manipulációs tapasztalatokat, mint a halló, azonban ezek a tapasztalatok kevésbé elemzettek és differenciáltak, mert az egyes aspektusok izolálására nem állnak rendelkezésre nyelvi struktúrák. A süketek nem verbális gondolkodásában hiányoznak vagy

fejletlenek azok a műveleti formák, amelyek a problémától való eltávolodást, a többféle megközelítés lehetőségét biztosítják. A nem verbális gondolkodás mechanizmusait illetően lényegében ugyanarról van szó, ami HÖFLER kísérleteiben is megmutatkozott; a süket nem verbális absztrakciós készsége potenciálisan nem sérült, de fejletlen. A süket behatol, belemélyed, részévé válik a feladatnak, szinte azonosul a konkrétummal vagy annak egyik vonatkozásával, és nehézséget okoz számára az, hogy a konkrét helyzetet kívülről szemlélje, és a szempontok váltogatásával szinte körüljárja.

Az érzékletes elemek absztrakciója beszéd nélkül is lehetséges, azonban a beszéd fejlesztő hatást gyakorol a nem verbális gondolkodás absztrakciós mechanizmusaira. Ez mutatkozik meg CSÁNYI (1967) kísérleteiben is, aki nagyothallóknál a beszédállapot és a nem verbális teszteredmények között talált összefüggést.

Az eddig ismertetett vizsgálatokban a süketek és hallók nem verbális szemléletes gondolkodásának eltérő vonásai, a süketek nem verbális gondolkodásának alacsonyabb színvonala mutatkozott meg. A süketekkel elvégzett performációs intelligencia tesztvizsgálatok csak részben erősítették meg a fenti eredményeket, azt, hogy a süketek nem verbális gondolkodásának színvonala, teljesítményei elmaradnak a hallók mögött (MCANDREWS, 1948; OLERON, 1965; MYKLEBUST, 1960a, b). Van olyan vizsgálat, amely a süketek fölényét mutatja (STUNKEL, 1957), más vizsgálatoknál viszont — s ezek közé tartozik a süketekre eddig standardizált két tesztvizsgálat is — a süketek és hallók nem verbális intelligenciája között nem jelentkezett lényeges különbség (GOETZINGER—RONSEY, 1957; SNIJDERS—OOMEN, 1958; MICHAEL—KATES, 1965; HELLER, 1967).

A különbségek feltehetően egyrészt arra vezethetők vissza, hogy a feladatot milyen mértékben lehet verbálisan is feldolgozni — ez ugyanis a hallók számára jelent előnyt —, másrészt pedig arra, hogy az adott feladat milyen típusú nem verbális absztrakciót kíván meg. Olyat-e, amelynek műveleti formáit a beszéd is fejleszti, vagy olyat, amelyet inkább a praktikus élethelyzetek munkálnak ki. A praktikus élethelyzetekben a süket fejlett vizuális érdeklődése, szorgalma, próbálkozási kedve helyzetismereti fölényt biztosíthat a hallóval szemben. A vizuálisan jól áttekinthető, sokoldalúan megismert munkaszituációkban a süket még újításokra is képes.

A süketek jelnyelve és gondolkodása

A süketek jelnyelvét a kommunikáció szükséglete hozta létre. A süketnek beszéd hiányában valamilyen úton közölnie kell a hallókkal és süket társaival gondolatait. Ehhez nem áll más eszköz rendelkezésére, mint a mozdulatokkal való megjelenítés, a rámutatás, a kifejező mozgás, a gesztus vagy a pantomim.

A süket kisgyermek halló környezetével többnyire olyan jelekkel érteti meg magát, amelyeket a hallók is használnak; érzelmi állapotait, kívánságait mimikával, kifejező mozgásokkal jelzi, a tárgyakra rámutat, az állatokat jellegzetes mozdulataikkal, a cselekvéseket és a cselekvő ember eszközeit a mozgás valamilyen félreismerhetetlen elemével jelöli meg. Ez a természetes jelbeszéd egyéni formája, amelyet a süket kisgyermek szülői

környezetében alakít ki, és amely jelek értelmét a családi környezeten belül megszokott, kialakult jelentés biztosítja. Süket környezetbe kerülve a süket kisgyermek egyéni természetes jelbeszéde átalakul. Az eddig használt jelek alapján, de részben azok helyett megtanulja a természetes jelek konvencionális formáit, a hagyományos jelbeszédet. A hagyományos jelnyelv jelkincse gazdagabb, mint az egyéni természetes jelnyelvé, sok olyan, főleg elvont jelentéstartalmat is megjelöl, amelyet a kis süket nem ismert vagy nem tudott kifejezni, és ezenkívül beszédjeleket (például az igeragozás személyragjainak jeleit) is tartalmaz. A hagyományos jelnyelv helyi jellegű, ugyanannak a jelentésnek a kifejezésére, a különböző süket közösségek gyakran eltérő jeleket használnak. A butát, a majmot, a fehér színt stb. például másképp jelölik a süketnémák váci és budapesti intézetében (GYŐRFFY, 1957). A különböző közösségek jelnyelvét beszélő süketek — sőt még a különböző országokban élő süketek is — ennek ellenére jól megértik egymást, mivel a hagyományos jelnyelv jelei többnyire természetes jelek.

A természetes jel a jelentés valamilyen konkrét megjelenési formájára utal, utánzással, ábrázolással. (Például az asztal jele: lefelé fordított nyitott tenyérrel néhány cm-es vízszintes mozgás oldalt és vissza — a mozgás az asztal vízszintes lapját utánozza; a szekrény jele a szekrény négyszögletes formájának a levegőbe rajzolása és a kulccsal való nyitó mozgás utánzása; a kecske jele a szarvak és a szakáll jelölése; a mély jele a kéz mozgatása fentről lefelé, lefelé fordított mutatóujjal; a most jele maga elé mutatás; a tegnap jele váll felett hátra intés stb.)

A természetes jel képszerűen jeleníti meg a jelentéssel kapcsolatos érzékletes tapasztalatok (a szekrény formája), mozdulatok (a forró jele a kéz elrántása), cselekvések (a kulcs jele a nyitó mozgás) vagy a lelki állapotokkal, tulajdonságokkal kapcsolatos kifejező mozgások (a szomorú jele a szomorú arckifejezés), tipikus mozgásformák (a bátor jele azonos az erőssel, a felkar izomzatának megfeszítése) valamelyik elemét.

A természtes jel érzékletes vagy motoros kapcsolatban van az általa jelölt konkrétummal — mivel a konkrét szenzomotoros helyzetnek maga is egyik eleme —, és ezért a természetes jel elsődleges, természetes és közérthető jelentése az a konkrét szenzomotoros helyzet, amelyből absztrahálódott és amelyre közvetlenül visszautal.

A természetes jelnyelv ezen szemléletessége magyarázza azt, hogy a különböző jelnyelvet beszélő süketek hamar eligazodnak egymás jelnyelvében, megértik a jelnyelv géniuszát, azokat a nézőpontokat, amelyeket egy közösség a konkrétum mozdulatokban való láttatásánál, a konkrétum valamelyik elemének mozdulatokba való sűrítésénél elfogad és konvencionálisan alkalmaz. A madárra egyaránt jellemző a szárnymozgás és a csipegető fejmozgás. Nézőpont kérdése az, hogy egy jelelő közösség melyik mozdulatot választja a megjelenítés eszközéül.

Mivel a süket közösségeknek általában öröklődő, hagyományos jelnyelv rendszere van, a jelek keletkezését legkönnyebben a személynevek jeleinek kialakulásánál figyelhetjük meg. A süket közösségbe belépő kis süket gyermek jelnevet kap, mivel család és keresztnevét legtöbbször nem lehet a jelnyelvre lefordítani. De még azokban az esetekben is, ahol erre mód lenne (Szabó, Kovács, Kiss stb.) gyakran nem a már meglevő jelet alkalmazzák.



9. kép. „Jelelő" süketek

Ha más közösségből jött, és ott már volt valamilyen jelneve, akkor ezt közli, de ezt nem mindig fogadják el. A jelnév kialakításához a közösség valamilyen feltűnő érzékletes jegyet keres a süket megjelenésében, ruházatán, mozgásában, szokásaiban, viselkedésében stb.

GYÖRGYFY (1942) eredet szempontjából 135 süket tanuló jelnevét dolgozta fel a budapesti Siketnémák Intézetében. A következő főbb származástatási területeket találta: *a)* cselekvés és foglalkozás (38 esetben, például locsoló, verekedő, vállra ütögető, vasaló), *b)* testi jellegzetesség (22 esetben, például nagyfejű, piros arcú, hegyes orrú stb.), *c)* az írott név utánzása (16 esetben, például bárány, doboz, fehér stb.), *d)* a hajviselet különössége (12 esetben, például lógóhajú, rendetlen hajú, fonato hajú stb.), *e)* testi sérülési nyomok szerint (9 esetben, például vágásos, karmolts sebhelyes arcú, forradásos nyakú stb.), *f)* ruházati feltűnőség (8 esetben, például, sapkás, karszalagos, kékruhájú stb.), *g)* lelkiállapot és értelmesség (4 esetben, például mogorva, okos, bámészkodó stb.), *h)* egyéb (22 esetben, például mikulás, rendőrsisakos, maszkos, falusi, elefánt stb.).

GYÖRGYFY eredményei jól mutatják azokat az absztrakciós szempontokat, amelyeket a süketeket a jelek létrehozásakor általában is alkalmaznak.

A természetes jel — mint ahogy a jelnevek kialakulásánál is kitűnt — közvetlen érzékletes kapcsolatban van a jelentés valamelyik konkrét megjelenési formájával. Ezért a természetes jel mindig hangsúlyozottabban tükrözi az adott konkrét vonatkozást, mint a konkrétban is jelenlevő általánost. A szó az általa jelölt konkrét érzékleti kép és elvontságában általános fogalom közül egyikkel sincs természetes kapcsolatban, a szó a maga konkrétságában nem eleme sem az általa jelölt érzékletes képnek, sem az elvont fogalomnak. Ezért a szó jobban elősegíti a konkrétumtól való elszakadást, az elvont gondolati tartalom kialakulását. A jel elsődleges természetes jelentése viszont mindig a konkrétum, amelynek valamilyen formában maga is eleme, és ez az elsődleges konkrét jelentés hátráltatja az elvontabb általános jelentés kialakulását. Ennek ellenére a jel általános jelentést is mindig kifejez. A menni jele (ujjakkal utánzott lépegető mozgás) a lábakkal való helyváltoztatás általános jelentését fejezi ki, függetlenül attól, hogy az az adott esetben lassan, gyorsabban, fiatalosan, öregesen stb. történik.

A szónyelv az általános és az egyedi szétválasztásában és megjelölésében sajátos utat követ. Egyes esetekben önálló szavakkal jelöli meg az általánost és az alája tartozó egyedit. Például: épület: lakóház, gyár, istálló stb., vagy virág: rózsa, szegfű, ibolya. Más esetekben viszont az egyedi megjelölésére nem alkalmaz önálló szavakat, hanem szóösszetétel segítségével az általánost módosítja, például rózsa: piros rózsa, hervadt rózsa, kis rózsa stb., vagy asztal: íróasztal, konyhaasztal, dohányzóasztal stb.

A jelnyelv az általános és a konkrét megjelölésében nem mindig követi azt az utat, amit a szónyelv. A jelnyelvből hiányzik több gyűjtőfogalom megjelölése (például: bútor, eszköz, gyümölcs, szerszám) (GÁSPÁR, 1968). Más esetekben viszont a jelnyelvből az egyébként önálló szavakkal jelölt konkrétum megjelölésére hiányzik az önálló jel. Nincs külön jel a veréb, varjú, sas, fecske stb. madárfajtákra, és ezért ezek megjelölésekor a madár jelét alkalmazzák.

A jelnyelv és a szónyelv különbségét az általános és a konkrét megjelölése szempontjából tehát két irányban állapíthatjuk meg; a jelnyelvben egyrészt az általános jelentés gyakran nem differenciálódik, és ezért a konkrét megjelenési formáknak nincs önálló jelük, másrészt viszont az általános jelentés gyakran nem válik le a konkrétumról, és az általános nem nyer külön jel segítségével önálló megfogalmazást.

A természetes jelnyelv alapegységeinek, a természetes jeleknek eddig vázolt sajátosságai alapján néhány következtetést vonhatunk le a jelnyelv és a gondolkodás viszonyára.

A természetes jel előnyben részesíti, hangsúlyozza a konkrét jelentést, míg a szó ilyen értelemben semleges; a természetes jel jelentése kevésbé elvont és általánosított, mint a szó jelentése. Mindebből elsősorban az következik, hogy a természetes jel csupán kommunikatív értelemben, közlési céllal válik a „jelzések jelzésévé", de nem honosít meg új elvet a gondolkodásban, a jelelő számára nem biztosítja a valóság konkrét megjelenítésével párhuzamosan elvont megjelenítésének lehetőségét is.

A jel ehhez elvileg rendelkezésre áll, azonban a jelben nem az elvont általánosított hangsúlyozódik ki, hanem a konkrét, ezért a jel nem realizálja a jelző funkcióban benne rejlő elvont megjelenítési lehetőséget, hanem a

konkrét szemléletes szintet kettőzi meg. A jelelő süket is két jelzőrendszerrel rendelkezik; a valóságot tükröző érzékleti rendszerrel és az azt kifejező jelrendszerrel. Mivel mindkét rendszer szemléletes, a kommunikációs, közlési céllal kialakult második rendszer, a jelrendszer főleg a kifejezés eszköze marad, és nem válik a belső megjelenítés, a gondolkodás eszközévé is. A süket gondolkodása a jelnyelv megtanulása után is szemléletes lesz, míg a halló gondolkodása a szónyelv megtanulása után elvonttá válik. A természetes jelnek a süket számára nem gondolkodási, hanem közlési funkciója van. A jelelő süket szemléletesen gondolkodik és jelekben fejezi ki magát, a halló viszont nemcsak szavakban fejezi ki magát, hanem a szavak által kimunkált elvont fogalmakban is gondolkodik.

A jelnyelv szegényes „belső beszéd" természete különösen kitűnik akkor, ha a jelnyelv grammatikáját, szerkezetét vizsgáljuk. A jelnyelvben általában nincs főnév és igeragozás, nincsenek igeidők, igemódok, nincs viszonyítási rendszer (GÁSPÁR 1959). A „hentes húst vág" mondatot a süket három jellel jelöli: „hentes — hús — vágni". Az igeidőket a volt és a lesz jel alkalmazásával fejezi ki. (Hentes — hús — vágni — volt.) A feltételes módot a talán jelével vagy a bizonytalanságra utaló mimikával fejezi ki. (Hentes — hús — vágni — talán.) Minden jelentésegység gondolati specifikálását, amely leszűkíti, konkretizálja a jelentést, a jelentésegység után jelöli. (Az én házam: ház — enyém. Az éles kés: kés — éles, Pista ceruzája: ceruza — Pista). A tárgy általában az alanyt követi, a határozó pedig, mivel a cselekvés körülményeit specializálja, az ige után áll. A sorrendiség ezen vonatkoztatási szabályai általában tendenciaszerűen érvényesülnek. „Az öreg hentes a kemény húst nehezen vágja el az asztalon" jelekkel: hentes ↔ öreg — hús ↔ kemény — vágni — asztal — nehéz. (A ↔ jel a felcserélhető sorrendet mutatja. GÁSPÁR, 1963.)

Viszonyítási jelek hiányában a jelnyelvben megfogalmazott gondolatok nem egyértelműek, és a közlések nem pontosak. A jelnyelvben kifejezett közlés több bizonytalanságot tartalmaz, kevesebb információt nyújt, mint a hangos beszéd, ezért megértése nagyobb figyelmet és a közlővel való intenzívebb gondolati együttmozgást igényel.

POGÁNY (1962), SZAKÁCS (1964), HORVÁTH (1964) III—VIII. osztályos süket tanulók jelnyelvének fejlődését gondolkodáslélektani szempontból elemezték, és hasonlították össze ugyanazon süket tanulók hangbeszédbeli fejlődésével és halló tanulók beszéd- és gondolkodás-fejlődésével. A vizsgálatot két egymással szemben ülő tanulóval végezték. Az egyik tanuló megoldott egy képrendezési feladatot, majd lejelelte a képen látható eseményt szemben ülő társának, aki a képeket nem látta. Az esemény jellel való közlése után a második tanuló visszajelelte a történetet, majd mindkét tanuló papírt kapott, és emlékezetből szavak segítségével leírták, hogy mi volt a képen. A halló tanulópárok a feladat első részét is szóban oldották meg.

A vizsgálat eredményeiből kitűnt, hogy a hallók nagyobb szómennyiséget és többféle szót használtak ugyanannak a történetnek az elmondásához, mint ahány és ahányféle jelet a süketek alkalmaztak. A szavak és a jelek szófajok (ige, főnév, egyéb szófajta) szerinti csoportosításában megmutatkozott, hogy a süketeknél az *egyéb* szófajtába sorolható jel aránytalanul kevesebbszer fordult elő, mint a hallók *egyéb* szófajtái. Az egyéb szófajok cso-

portjába tartozó jelek a tevékenység, történés, cselekvés körülményeinek pontosabb megjelölését, a főnevek specifikálását, konkretizálását szolgálják, ezért hiányuk lényegretörőbb, tömörebb, de kevésbé színes, részletes, és differenciált gondolkodás- és közlésformára utal. Lényeges eltérés mutatkozott a főnevek számarányában is. Annak ellenére, hogy a süketek jelmennyisége kevesebb volt, mint a hallók szómennyisége, a süketek nemcsak arányaiban, de abszolút mennyiségében is több főnevet kifejező jelet alkalmaztak, mint a hallók. Ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy a jelbeszéd — viszonyítási rendszer hiányában — több bizonytalanságot tartalmaz, mint a szónyelv, és ezért csak szűk körben biztosíthatja a gondolat egyértelmű folytonosságát. Minel több jel kerül egymás mellé, a jelsorozat annál többértelműbbé válik, mert hiányoznak a jeleket egyértelműen összekapcsoló viszonyító elemek, és így a viszonyról egyedül csak a jelek sorrendje igazít el. Egy dologról sokfélét csak nyelvi struktúrákba elrendezve lehet egyértelműen kifejezni, mivel a struktúra pontosan jelöli a részállítások egymáshoz való viszonyát. Nyelvi struktúra nélkül a jelsorozatban a minősítő és a minősített, a meghatározó és a meghatározott, a korlátozó és a korlátozott stb. kapcsolatai nem világosak, és ez a gondolat többértelműségéhez vezet. Ezt a süket csak úgy tudja elkerülni, ha közlési egységenként kevés jelet alkalmaz, és így csökkenti a közlés bizonytalanságát. Ez viszont azzal jár, hogy a beszéd tárgyáról egyszerre nem tud többfélét elmondani, és ezért a beszéd tárgyát kell a rövid közlésekben, apró jelmondatokban többször megismételni. A tárgy és élőlény jele aránytalanul magas előfordulása végső soron tehát a jelnyelvben folyó gondolkodás rövidebb mondataival, kisebb egységeivel, a beszéd tárgyának szükségszerűen többszöri megjelenítésével magyarázható.

A süketek jeleinek és a leírásnál felhasznált szavainak összehasonlításából kitűnik, hogy a süketek több szót ismernek és használnak fel a történetről való írásbeli beszámolóban, mint ahány jelet a közvetlen lejelelésnél alkalmaztak. A süketek szónyelvében az egyéb szófaji csoportba tartozó szavak arányosan többször fordultak elő, mint jelnyelvükben.

A süket tehát ugyanazt a gondolatot másképp fejezi ki a jelnyelv és másképp a szónyelv segítségével. A két közlési és gondolkodási rendszer valószínűleg független egymástól olyan értelemben, hogy a süket nem az egyik rendszerben megszülető gondolatait fordítja le a másik nyelvére, hanem a feladattól és a beállítódástól függően vagy az egyik, vagy a másik rendszert használja. A süket valószínűleg nemcsak mást közöl, hanem másképp is gondolkodik a jelnyelv és a szónyelv segítségével.

A két gondolkodásmód alapvető különbsége ellenére kölcsönhatásukra is sok példát láthatunk. A süketek szónyelve erősen agrammatikus, és szórendileg hibás. Ez a jelnyelv hatását tükrözi. A jelnyelvben viszont a beszédtanítás hatására megjelennek a mesterséges beszédjelek (ragjelek, névutójelek stb.), amellyel a süket az eredetileg viszonyítás nélküli jelnyelvét finomítja.

A süketek fogalmi gondolkodása és beszéde

A süketek pedagógiájában általános és régi felfogás az, hogy a süketet hallási fogyatékossága ellenére érdemes megtanítani a hangos beszédre (László,

1965; GÁSPÁR, 1965; GYŐRFFY—BŐDÖR, 1967). A hallókkal való érintkezés, a szónyelvben megfogalmazott ismeretek, az emberiség tudáskincsének elsajátítása és a szónyelvi alapon folyó gondolkodás mind szükségessé teszik a süketek hangos beszédre való megtanítását. A süketek intézményes pedagógiájának több évszázadra visszanyúló története során a beszédtanítás különböző módszerei alakultak ki. A hangok kiejtésének, a beszéd alaki részének megtanulása a süket számára azért nehéz, mert hiányzik a beszédpélda felvételéhez, a hangképzés irányításához, ellenőrzéséhez szükséges akusztikus érzékszervi csatorna. Ezért a beszédtanuláshoz újabban különféle elektronikus segédeszközöket használnak fel, amelyek a kiejtett hangot láthatóvá vagy tapinthatóvá teszik. Emellett természetesen hallókészülékek alkalmazásával a legkisebb hallásmaradvány kihasználására is törekszenek, és a süketet megtanítják a beszédszervi mozgások pontos megfigyelésére, a szájról olvasásra és saját beszédszervi mozgásainak tudatos ellenőrzésére. A süket a beszédet szájról olvasással érti meg, és beszédszervi mozgásait főleg kinesztézissel ellenőrzi. A kiejtéssel párhuzamosan a süket megtanulja a szónyelvi kifejezésformákat, az írást és az olvasást, majd később a nyelvtant (BORS, 1960; LÁSZLÓ, 1965; GÁSPÁR, 1965). A beszédtanulás megkönnyítésére és előkészítésére a Szovjetunióban újabban sikerrel alkalmazzák a daktilológiát, az ujjábécét. A daktilológia mesterséges jelrendszer, amely a kéz ujjai segítségével jelöli az egyes hangokat. Az ujjmozgások segítségével a hangsorozat könnyebben bontható fel önálló egységekre, hangokra, mint a beszédszervi mozgások kinesztetikus analízisével. A daktilológiát megtanuló süketek ezért már korán megtanulnak írni és olvasni, és ez elősegíti az ismeretszerzést és a későbbi kiejtés- és nyelvtanulást.

Régen vitatott kérdés a pszichológiában az, hogy a beszédszervi mozgásokat kiváltó motoros impulzusok, illetve a beszédszervi mozgásokat követő kinesztetikus visszajelentések milyen szerepet játszanak a gondolkodásban (KARDOS, 1957). Sok vizsgálat foglalkozott azzal, hogy gondolkodás közben regisztrálták a beszédszerveket mozgató izmok elektromos tevékenységét (WOODWORTH—SCHLOSBERG, 1966). Azoknál a süketeknél, akik a beszédtanulás elején daktilológiát tanultak, szintén végeztek ilyen vizsgálatokat a beszédszervi izmok és az ujjizmok elektromos tevékenységének regisztrálásával. MARCINOVSZKAJA (1962) különböző nehézségi fokú kiejtési, emlékezeti és gondolkodási feladatokban kimutatta, hogy a beszédszervi artikulációs mozgások és az ujjmozgások a beszéd és a gondolkodás neurofiziológiai bázisa szempontjából egységes funkcionális rendszert alkotnak. A funkcionális rendszeren belül az artikulációs komponens a domináns, azonban a kiejtés vagy gondolkodás szempontjából nehéz feladatok végzésekor újra megjelenik az ujjak elektromos aktivitása is. GOTTLIEB—DORAN (1964) a süketek beszédének neurofiziológiai alapjait más oldalról közelítette meg. 10—12 éves mesterséges beszédtanulás után hallásmaradvány és IQ szempontjából homogén süket csoportnál az elért beszédszínvonalat a jobb- és balkezességgel, illetve a jobb- és balszemességgel vetették össze. Kitűnt, hogy a legjobb beszédszínvonalat a jobbszemű és jobbkezű süketek érték el. Ebből arra következtettek, hogy a beszéd elsajátításához szükséges mechanizmusok jobban kialakulnak, ha a funkciók egy oldalon, a bal oldali féltekében koncentrálódnak.

Visszatérve a mesterséges beszédtanítás problémáihoz, összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a mesterséges beszédtanítás eredményeképpen a süket megtanulja az olvasást, a beszédet — szájról olvasással — megérti, gondolatait írásban és hangos beszédben kifejezi. Mindezt természetesen hiányosan, sok hibával és a hallókénál alacsonyabb szinten.

A süketek beszédének és beszédmegértésének hibái lehetőséget nyújtanak arra, hogy azokból a süketek szónyelvi alapon történő fogalmi gondolkodására is következtetéseket vonjunk le.

A gondolkodás rendelkezésére álló fogalmak mennyiségéről és legegyszerűbb mobilizálhatóságáról a süketeknél szabad asszociációs módszerrel elvégzett szókincs-vizsgálatok szolgáltattak adatokat (Györgyfi, 1943; Bulátkó, 1959; Flasch, 1961). Györgyfi 731 I—VIII. osztályos süket tanuló szókincsét mérte fel 15 perces szabad asszociációs módszerrel. Az átlagos szószám 89 szó volt, és a szókincs az első osztálytól kezdve (átlagos szószám 45) a VIII. osztályig (átlagos szószám 137) fokozatosan emelkedett. Bulátkó II—VIII. osztályos süket tanulóknál azonos módszerrel 97 átlagos szószámot talált. Györgyfy (1943) eredményeit életkoronként hallók eredményeivel (Cser, 1939) is egybevetette.

A szókincs-vizsgálatok eredményei a szókincs mennyiségét és mobilizálhatóságát illetően nem mutatnak lényeges különbséget a hallók és a süketek között.

Az utóbbi években több vizsgálat foglalkozott a süketek szavainak jelentésével is (Blanton—Nunally, 1964; Youniss—Feil—Furth, 1965, Kates—Kates, 1965). Kitűnt, hogy a süketek szabadválasztásos helyzetben inkább összetartozónak érezték a részt jelölő fogalmat az egészt jelölő fogalommal, mint az egészt jelölő fogalmat és annak szubjektív vonatkozásait megjelölő szót; a szóképekhez kapcsolt feltételes reakciók differenciálásában a süketeket a szavak jelentésbeli azonossága kevésbé zavarja, mint a hallókat, és végül a fogalom meghatározási feladatokban a hallók több szinonim fogalommal, míg a süketek több hasznossági fogalommal történő definíciót nyújtottak. A felsorolt vizsgálatok, bár utalnak a süketek és a hallók fogalmainak jelentéstani különbségeire, a probléma megközelítésének csupán kezdeti lépéseinek tekinthetők.

Ha a süketeket és a hallók beszédének különbségeit nem a fogalmi jelentés, hanem a nyelvi szerkezetek oldaláról közelítjük meg, még szembetűnőbbé válnak az eltérések.

A süketek beszéde erősen agrammatikus; a süket bizonytalanul és pontatlanul alkalmazza a nyelvtani viszonyításokat, és nem érzi a gondolat és a hozzá tartozó szórend szükségszerű kapcsolatait.

Szakács (1964) és Horváth (1964) korábban ismertetett vizsgálatában a süket tanulóknak egy egyszerű történet tartalmát lejelelés után le kellett írni. Ebből a vizsgálatból egy V. és egy VIII. osztályos tanuló munkáját mutatjuk be.

H. T., V. oszt. tanuló: „A mama és papa megy kosárba tyúkot. A kosárba a lop kutya mert szeret tyúkot megeszi. A néni vissza a kosárba a kutya. A mama és papa sír, mérges, szeret kutya. A kutya akarok megeszik róka. A papa kosárból leesett. A néni látni kosárba. A mama és papa látni a kutya. A kosárban láttam volt. A néni harap a kutya. A kosárból látni a papa."

E. V., VIII. oszt. tanuló: „A néni és a bácsi ment az erdőben. A néni és a bácsi mögött van a kutya. A kutya lát a húst. A néni és a bácsi nagyon örül, majd fog eszik a húst. A kutya lop a tyúkhúst. A néni és a bácsi csodálkozik, miért üres hús. Hol van a hús? A néni azt mondta, hogy ki lop a húst. A néni azt mondta, hogy te lop húst. A néni nem volt eszik húst. A néni látta ott a kutya lop húst. A bácsi megkérdezte a kutyának miért lop a húst. A kutya azt mondta, hogy azért éhes vagyok. Honnan látta a húst. A kutya azt mondta, hogy a néni és bácsi nagyon örül majd fog húst. A néni és bácsi megharagsz a kutyának. A kutya nagyon sokat nevet, szerencsén megeszem a húst. Nagyon elég jó húst. A néni nagyon sír, mert nagyon rá finom a tyúkhúst."

A két ismertetett példa világosan mutatja a süket tanulók beszédnevelés hatására megvalósuló nyelvi és gondolkodásfejlődését. Megmutatja azonban a süketek nehezen leküzdhető, maradandó nyelvi és gondolkodási nehézségeit is; kitűnnek az elhagyott vagy hibásan alkalmazott nyelvi viszonyítások, az egyszerű mondatok a beszéd tárgyának ismételt megjelölésével és az összevonások hiányával, a merev sztereotip jellegű szórend, a jelnyelv gondolkodási formáinak hatása stb. Mindez arra utal, hogy a süket a szemléletes gondolkodás folyamatát igen nehezen ülteti át a szónyelvbe; a megfogalmazási nehézségek miatt a szóbeli közlés izolált állításokra, mondatokra esik szét, a gondolati folytonosság töredezetté válik. A süket nem érzi, hogy az újabb állítás mivel viszi előre a gondolkodás folyamatát, mi az, amit a szemléletből a szavakba már átültetett, amelyet már nem kell megjelölnie. Mi az, amit az állítás implikál, és amelyre az újabb közléskor kifejtetlensége ellenére is támaszkodni lehet; amit a közlésnél hangsúlyozni kell, vagy el lehet hagyni.

Több vizsgálat foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a süketek hogyan értik meg a szavakban megfogalmazott gondolatokat, az írott szöveget vagy a beszédet (Frohn, 1927, 1931, 1956; Bors, 1962; Győrffy, 1962). Győrffy vizsgálataiban a süketeknek egy mondat elolvasása után kérdést kellett feltenni a mondat tartalmára vonatkozóan. Kitűnt, hogy a mondat megértését az időszemléleten alapuló nyelvalaki formák megnehezítik, de a térszemléleten alapuló nyelvalaki formák nem. Két vagy több személy szerepeltetése egy mondatban szintén nehezítő tényező (például „édesanyám bement az igazgatóhoz, hogy megkérjen, engem engedjen ki a városba.") A rag nélküli birtokos jelző nehezebbé (Pista cipője sáros), a raggal ellátott birtokos jelző könnyebbé (Pistának a cipője sáros) teszi a mondat tartalmának megértését. Az alárendelt mondatok megértése akkor könnyű, ha ok-okozati kapcsolatot fejez ki, és az összetétel két önálló mondatra bontható. („Sötét van, mert nem ég a lámpa, ezért nem látok.")

Frohn (1931) egymás mellé leírt szavakat mutatott be a süketeknek, amelyekből mondatokat kellett kialakítani (például: tolvaj-létra-ablak-arany-óra). A süketek ezt a feladatot nehezebben oldják meg, mint a hallók. A süketben a leírt szavak ugyanis nem elvont fogalmakban tudatosulnak, hanem önálló kis szemléleti komplexumokat idéznek fel. A szó szinte a konkrétum egyik tulajdonságaként asszociatív kapcsolatban marad a szemléleti képpel, és nem válik elvont fogalommá. Ezért a süketnek a szavakból kialakítható mondat értelmét a szavakkal felidézett kis szemléleti komplexumok kapcsolatai alapján kellene felismerni. Ezek a szemléleti komplexumok azonban az asszociatív tapasztalati kapcsolatok útján külön-

böző irányba vezetik a gondolkodást. (A tetőről esetleg a tetőfedő, az ablakról az üzlet nagy ablaka mögött sokszor látott boltos jut a süket eszébe, és nem a tolvaj.). Mivel a szavak elvont fogalmi tartalma nem eléggé szilárd, a süket gondolkodása ezeknek az eltérítő hatásoknak nem tud ellenállni. A mondat értelmezése ezért sokszor önkényessé válik, és a süket félreérti a gondolatot.

Az ismertetett vizsgálatok eredményei alapján a süketek fogalmi gondolkodásának és beszédének sajátosságait több körülményre vezethetjük vissza. A süketek számára az elvont fogalmi jelentés homályos, ezért a süket hajlik arra, hogy a szavak jelentését szemléletesen értelmezze. A fogalmi jelentések kapcsolatából kialakuló új jelentést, a mondatok értelmét nehezen érti meg, és gondolatait nehezen tudja nyelvi alapon mondatszerű egységekre tagolni, mivel a szónyelv viszonyítási rendszerét, a nyelvalakokat bizonytalanul használja, és ezek nem váltak a jelentések kódolásának és dekódolásának automatikus eszközeivé. Mindezek alapján a süket nem érzi, nem érti azt a sajátos jelentéstöbbletet, amely csak a nyelvi viszonyítások gazdag rendszerével ragadható meg és fejezhető ki.

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK INTELLIGENCIÁJA

A süketek intelligenciájára vonatkozó kutatások nagy jelentősége egyrészt abban van, hogy feltárták a hallási fogyatékosság és az intellektuális funkciók összefüggéseit, másrészt fényt derítettek a praktikus intelligencia természetére és a beszéd szerepére az értelmi fejlődésben.

Az első összehasonlító tesztvizsgálatokat hallók és süketek között Pintner és Paterson végezték 1915-ben Amerikában a *Binet—Simon*-teszt egyik változatával. Azt találták, hogy a süketek IQ-jában lényeges elmaradás észlelhető. Egyúttal az is kiderült, hogy a *Binet—Simon* típusú verbális teszt nem alkalmas süketek vizsgálatára, és az eredmények nagyfokú eltérése részben ezzel magyarázható.

A későbbiek során kidolgozott *nem verbális és performációs tesztek* már alkalmasabbnak bizonyultak a süketek intelligenciájának vizsgálatára. Az első nem verbális intelligenciavizsgáló teszt kidolgozása Porteus (1914) nevéhez fűződik. Pintner is igen kiterjedt munkásságot fejtett ki a süketek nem verbális vizsgálatára vonatkozóan, és joggal emlegetik mint a siketek pszichológiájának atyját. További nem verbális és performációs teszteket dolgoztak ki Drever és Collins (1936) Angliában és Arthur Grace (1943) szintén Amerikában. Az első összehasonlító vizsgálatok süketek és hallók között főleg ezeknek a teszteknek az alapján történtek. Kezdetben egyes tesztek alapján vontak le következtetéseket, főleg csoportos jellegű vizsgálatok során. Így ezek az összehasonlító adatok nagyszámú vizsgálati személyre hivatkoztak. Később ún. teszt-battériákkal kezdtek vizsgálni, melyek többféle tesztből válogatott próbákat tartalmaztak. Ily módon kísérelték meg annak a megvalósítását, hogy az egyes tesztek közötti nehézséget kiküszöböljék. E vizsgálatok zömben már egyéniek. Nem vonatkonak olyan nagyszámú személyre, mint a csoportosak, de alaposabbak és ezért hitelesebbek is. A *Wechsler*-féle gyermek és felnőtt intelligencia-

teszt elterjedésével lehetővé vált, hogy ezzel is nagyszámú vizsgálat történjék. E tesztnek az az előnye, hogy, egyformán tartalmaz elméleti és gyakorlati intelligenciát vizsgáló próbákat, és így ugyanazzal a teszttel oldható meg a kétféle intelligencia-tényező vizsgálata.

Újabban egyre nagyobb népszerűségnek örvend SNIJDERS—OOMEN(1958) nem verbális intelligencia-vizsgáló tesztje, amit süketek és hallók számára dolgoztak ki, első formájában már 1943-ban. Előnye, hogy a standardizálás mind nagyszámú halló, mind pedig nagyszámú süket tanuló vizsgálatával elkészült. A régebbi, praktikus intelligenciát vizsgáló tesztek egyoldalúságát akarták vele kiküszöbölni. Ezért nemcsak a formaészlelés és a tárgyakkal való praktikus manipulálás szerepel benne, hanem a helyzetfelismerés és relációfelismerés képessége, valamint absztrakciót igénylő, például klasszifikációs feladatok és kombinációt, analógia felismerést, kiegészítést vizsgáló próbák nem verbális formában. Ha a süketek intelligenciájára vonatkozó különböző vizsgálatokkal nyert adatokat nézzük, ellentmondásokat találunk. Még a nem verbális tesztekkel szerzett eredmények között is van ellentmondás. Egyes szerzők az átlagosnál alacsonyabb IQ-értékekről számolnak be, például OLERON (1957), valamint ZECKEL és VAN DER KOLK (1936). Szerintük és több más kutató közlése szerint a gyakorlati intelligencia-feladatokban is elmaradást mutatnak a süketek.

Más szerzők — BORELLI, MYKLEBUST, DREVER, COLLINS stb. — nem találtak lényeges eltérést a számszerű értékekben. Vannak azonban olyan közlések is, amelyek szerint az átlagos értéknél magasabbat értek el a süketek. E felmérésekben azonban kontrollcsoportként nem egyszerűen halló normális gyermekeket, hanem halló de beszédhibás gyermekeket vizsgáltak. Nagyothallók esetében nagyjából ugyanígy oszlanak meg a vélemények.

A különböző tesztekkel nyert, ellentmondásos adatokból több szerző arra következtetett, hogy azok a tesztek, melyekben a süket alacsonyabb intelligenciát mutat, mint a halló, nem alkalmas süketek vizsgálatára. Azt is feltételezték, hogy ha a süket eredménye a hallóval azonos teljesítményértékű volt, az a teszt konstrukciós hibájából fakadt, abból, hogy a süketeknek adott kérdések, próbák valószínűleg könnyebbek voltak, mint a hallók tesztjei.

Ez a felismerés segítette azokat a törekvéseket, hogy egy adott süket gyermek intelligenciáját ne a hallókra standardizált tesztkövetelményekkel mérjék, hanem speciális, süketekre standardizált tesztekkel. Az adott *süket gyermek intelligenciájának megítélésében nem az a lényeges, hogy a hallóhoz képest milyen az intelligenciája, hanem az, hogy a hasonló korú süketek átlagához viszonyítva gyengébb vagy jobb teljesítményt mutat-e.*

Süketek intelligenciájának jellegzetességei. A süket gyermekek és felnőttek intelligenciájára vonatkozóan nem helyes a csak mennyiségi szempontú kérdésfeltevés, amely csak azt kutatja, hogy több vagy kevesebb-e a teszttel mérhető teljesítményátlaguk, mint a hallóké. Sokkal lényegesebb a kvalitatív szempont: azt kell feltárni, hogy milyen sajátos, a süketség tényével összefüggő jellegzetességeket mutatnak, tehát milyen a *süket intelligencia folyamatainak belső természete.* Szovjet kutatók ezen a téren igen jelentős munkásságot fejtettek ki (BOSZKISZ, 1966; SZOLOVJEV, 1966; VENGER, 1966).

A beszéd hiányának hatása az intelligenciára. A beszéd hiánya vagy az iskolázottság végén a verbalitás épekéhez viszonyított csökkentértékűsége rányomja bélyegét a süketek intelligenciájára, és kedvezőtlenül befolyásolja azt. Analízis, szintézis, absztrakció, általánosítás, emlékezés, tanulás egészen más színvonalon oldható meg a beszéd, a nyelvi jelek segítségével, mint érzékletes, szemléletes úton. Érthető tehát, hogy a beszéd hiánya, illetve csökkentértékűsége miatt a *süket az absztrakciót igénylő feladatokban*, akár elméleti, akár gyakorlati feladatokról van szó, mindig *óriási nehézséggel küzd*. Bizonyos fokig még az eredményes hangos beszédtanítás után is, mert számára akkor is életidegen és nem lénye természetéből fakadó az absztrakció. Az intelligencia fejlődése azonban nemcsak ismeretek bővülésében és bonyolultabb feladatmegoldásokban nyilvánul meg, hanem egyúttal *szociális beilleszkedési folyamatot* is jelent. A szocializálódási folyamatban a nyelv képezi a legfőbb eszközt. A süket tehát ezen a téren is akadályozott, de a gyógypedagógiai nevelés hatására a különbség a süket és halló értelmi és szociális teljesítményei között egyre kisebb lesz.

A süketek gyakorlati intelligenciája. A beszéd megjelenése alapvető változást idéz elő a tisztán gyakorlati feladatot jelentő viselkedésben is. A szimbolikus folyamatoknak a gyakorlati intelligencia fejlődésére is hatása van. Ebben a megvilágításban érthetővé válik, hogy egyes szerzők, például Oleron és Chulliat (1955) a gyakorlati intelligencia terén is elmaradást észleltek a süketeknél. Kutatásaik azért is igen értékesek, mert nemcsak tesztvizsgálatokból szűrik le eredményeiket, hanem praktikus feladathelyzetekben alaposan megfigyelik és sokoldalúan elemzik a süket gyermekek helyzetmegoldó képességét és eszközhasználatát. Ezek a kísérletek Köhler emberszabású majmokon végzett intelligencia-vizsgálatait és Rey-nek a normális gyermekeken végzett gyakorlati intelligencia vizsgálatait ismétlik meg és hasonlítják össze süket gyermekekkel. Megfigyelték, hogy a süketek kezdeményező készsége passzívabb, mint a hallóké. A beszéd hiánya, illetve csökkentértékűsége ugyanis az érzelmi és társaséletben komoly hátrányokkal jár. Az is érdekes megfigyelésük, hogy a süket gyermek végső fokon sokkal több feladatot tud végrehajtani, mint azt spontán magatartása mutatja. A biztatás, sugalmazás, segítés náluk sokkal nagyobb jelentőségű, mint a hallóknál.

Szolovjev is megállapította, hogy a süketek más módon oldják meg a praktikus feladatokat, és megismerő funkcióikban is sajátos eltérések vannak. Az életkor növekedésével azonban kiküszöbölődik a különbség a süketek és a hallók praktikus teljesítményeiben. A felnőtt süketek a gyakorlati munkatevékenység bizonyos területein a hallókat felülmúló teljesítményekre képesek.

A hallási fogyatékosság súlyossága és az etiológiai tényezők összefüggése az intelligenciával. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a hallási fogyatékosság súlyossága nem határozza meg egyértelműen az intelligenciát. A nagyothallók intelligencia-eloszlása általában ugyanolyan mértékű, mint a süketeké. Meglehetősen általános az, hogy a hallási fogyatékosság az intelligencia teljesítményekben elmaradást idéz elő, de minden szerző kiemeli, hogy a súlyos hallási fogyatékosság nem zárja ki a kiemelkedő intelligenciát. Hivatkoznak átlagon felüli képzettséget és teljesítményeket elért süketekre.

Nem mutatott szignifikáns összefüggést az intelligencia az etiológiai tényezőkkel sem. Kivétel a meningitis vagy encephalitis okozta süketség, akik között több az értelmileg is sérült, mint egyéb eredetű süketségeknél.

Iskolázás és intelligencia összefüggése a hallási fogyatékosoknál. A süketekre vonatkozó intelligencia-vizsgálatok főleg süketek intézményeibe beiskolázott gyermekeken és fiatalokon folytak. Napjainkban egyre ritkábban találkozunk olyan sükettel, aki ne kapott volna szakszerű tanítást, nevelést. Ha mégis előfordul ilyen eset, akkor válik nyilvánvalóvá, hogy milyen nagy a különbség az iskolázott és nem iskolázott süketek intelligenciája között, vagyis a süketek értelmességének fejlődésében a szakszerű foglalkoztatásnak és hangos beszédre való tanításnak vezető szerepe van.

A HALLÁSI FOGYATÉKOSOK SZEMÉLYISÉGE

A hallási fogyatékosok személyiségéről általában

A süketnéma személyiség kialakulásának alapproblémája, hogy a süketnéma olyan világban él, amelybe a hang nem hatol be, átéléseiből hiányzik minden akusztikus elem. Ha a hallásmaradvánnyal rendelkező sükethez a zajok el is jutnak, a hangoknak az a világa, amely az ember *intellektuális, kulturális* és *morális* fejlődését elősegíti, természetes adottságában zárva marad előtte.

A süketnémák személyiség-kérdésével kapcsolatban fontos szempont a *süketség bekövetkezésének időpontja* és az esetleges *hallásmaradvány foka.* Míg a később megsüketültnél már kialakult a beszéd, és valóban *csak süketséggel* állunk szemben, addig a süketen született, illetve korai gyermekkorban megsüketült egyént valóban *süketnémaság* és nem csupán süketség sújtja. Ez esetben a süketnémaság helyett a süketség megjelölés a dolog lényegének, a kettős tragédiának elkendőzését jelentené (NAFFIN, 1959). Aki hallását csak később vesztette el, s a beszédet kisgyermekkorban természetes úton elsajátította, annak gondolkodása, érzésvilága már a beszéd alapján épült ki, s ennek folytán a megsüketülés idejéig egész személyisége is zavartalanul fejlődhetett. Ezzel szemben a „soha nemhallás", illetve a korai korban megsüketülés ténye az egész pszichés habitust meghatározza, s az egész személyiséget az épekétől eltérő jelleg, a bizonyos értelemben vett „süketnémaság" jellemzi.

Éppen emiatt a süketnémák személyiségének jellemzésekor figyelembe kell vennünk a megsüketülés idején és a hallásmaradványon kívül azt a — ma már egyre gyakoribb — esetet is, amikor a süketnéma kisgyermek legelső életéveitől kezdve hallás- és beszédnevelésben részesül. Sikeres alkalmazása csökkenti a süketnémát jellemző negatív sajátosságokat. A fiatalkori hallás- és beszédnevelés egyik legelső úttörője BÁRCZI (1935) volt.

A hallási fogyatékosok személyiségének jellemzésénél külön problémát jelentenek a *nagyothallók.* Észlelésükből s így képzet- és fogalomalkotásaikból is hiányzik a finomabb akusztikus elem, környezetükkel való kapcsolatuk főként optikai jellegű.

Nagyothalló serdülőkkel végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy érdeklődésük főleg a látható világ felé irányul, s többnyire a dolgok felületén

mozog; érzelmileg kevesebb szállal füződnek környezetükhöz, de a környezet szeretetét jobban igénylik, mint a hallók (NÁDUDVARI, 1963). A jelenségek akusztikus kísérőjelenségének hiánya pedig a kedélyéletben bizonyos „érzelmi vákuumot" hoz létre (KULMAYER, 1948). Mivel az akusztikus érzékelés károsodása a tudat minden területén zavart okoz, ez a személyiségfejlődésében is szükségképpen kifejezésre jut.

A nagyothallók személyiségproblémájával kapcsolatban ugyanazok a meggondolások érvényesek, amelyeket a részleges fogyatékosságokkal kapcsolatban már jeleztünk: elméleti vonatkozású kérdéseik még kidolgozatlanok. Ezért a továbbiakban — mint jóval kidolgozottabb területtel — a süketnémaság személyiségalakító hatásával foglalkozunk.

A *süketnémák* személyiségéről szólva felmerülhet az a gondolat, hogy a süketnéma intézetet végzett növendéket ne süketnémáknak, hanem süketeknek tekintsük — hiszen az intézetben „megtanultak beszélni". Ez a felfogás pedagógiai szempontból jogosult lehet. A személyiség megértése szempontjából azonban a süketnémaság tényét mint személyiségalakító tényezőt kell tekintenünk.

Kérdés, hogy milyen mértékben van joguk a sajátos „süketnémás" jelleget a személyiség különleges strukturálódása szempontjából értékelni.

Jelenlegi feladatunk, hogy

1. megkeressük azokat a mozzanatokat, amelyek a hanghatások kiesése következtében a süketnéma ember személyiségének alakulására sajátos formáló hatást gyakorolnak;

2. megkíséreljük a süketnémák személyiségének fejlődésmenetét jellemezni és meghatározni azokat a karakterisztikus jegyeket, amelyek személyiségére általában jellegzetesnek mondhatók, s amelyek a hallás hiányára vezethetők vissza. Maga a süketség ténye — mint integrációs tényező — önmagában nem hoz létre minden süketnémánál azonos lelki strukturáltságot. Mint minden épérzékű ember, a süketnéma is egy bizonyos sajátos, reá jellemző testi-lelki adottsággal rendelkezik. Mégis a süketnémákkal foglalkozóknak ahhoz a meggyőződéshez kell jutniuk, hogy a hallás hiánya az egyén szellemi fejlődését az épekétől eltérő irányban befolyásolja. Minden süketnémára ezért — a reá jellemző, sajátos tulajdonságok mellett — egy közös élmény, a „nemhallás" ténye is rányomja a bélyegét. Ha a süketnémáknál általában megtalálható sajátosságokról van szó, ez nem azt jelenti, hogy ezeknek minden süketnémánál azonos módon kell kifejezésre jutniuk, inkább csak az irányt mutatják, amely a süketnéma személyiségét fogyatékossága következtében formálja.

A hang jelentősége az ember számára

Ha a süketnémák személyiségének azokat a sajátos jegyeit akarjuk megkeresni, amelyeket a hallás hiányára vezethetünk vissza, felvetődik a kérdés, hogy mit nyújtanak az ép érzékű embernek a hangok mind az intellektuális, mind az érzelmi-akarati élet kibontakozásában; mit jelentenek mindennapi életünkben, mondhatni „élet-technikánk" vezetése szempontjából.

Ha a hangok személyiségformáló szerepét vizsgáljuk, meg kell különböztessük az élettelen és élő természtből származó hangokat, a zenét, valamint az emberi beszédet. Életünk alakításában mindegyiknek más és más szerepe, hatása van.

A hangok megkönnyítik számunkra az egyes jelenségek közti kapcsolatok, illetve összefüggések felismerését. Sajátosságaikhoz hozzátartozik, hogy az embert mindenütt megkeresik, tolakodók és feltartóztathatalanok. A látási ingereket kizárhatjuk azzal, ha lehunyjuk szemünket, vagy ha elfordítjuk fejünket. A hang az embert ott is eléri, ahol a vizuális hatások korlátozottak vagy (sötétben) teljességgel hiányoznak, ezért az ember összhangulatát nagymértékben képes befolyásolni (HEIMANN, 1959—60).

A *zörejek* természetéből folyik, hogy híranyagot szolgáltatnak a világról, és ezért a környezetet tudomásul vevő tevékenységünk részfolyamataként tekintjük őket. Azonban nem csupán „híranyagot" jelentenek számunkra, hanem hangulati elemeket is tartalmaznak, amelyek érzelmi életünk alakulását is befolyásolják. A jelenségeknek hanghatás nélküli megnyilatkozásmódja lényegesen befolyásolja, sőt torzítja a róluk alkotott képet.

A hangok leggazdagabban a *zenén* keresztül befolyásolják az embert. A zene felemelő, ünnepélyes élménye, megnyugtató vagy jókedvre derítő hatása a süketnéma számára idegen. Ha a zene ritmusából a hangszerek erős rezgésmegnyilvánulásai közvetítésével esetleg át is tud venni valamit, a dallambeli hatás, a harmónia élményét létrehozó elem zárva marad előtte. Ezzel együtt természetesen érthetetlen marad számára mindaz a hatás is, amelyet a zene a halló ember számára jelent (BOSSHARD, 1953).

A hangok legjelentősebb területe az ember számára a *beszédhang* meghallása és megértése. A beszéd az ember szellemi tevékenységének egyik legmagasabb és egyben legfontosabb terméke. Alapvető funkcióit — ahogy arról már az előzőekben szó volt — a *gondolkodás területén és szociális közvetítő szerepében* láthatjuk.

A süketnémák pszichológiájával foglalkozók számára ismert tény, hogy a beszéd nem korlátozódik csupán a szorosan vett nyelv problémájára. Az ép kisgyermek a hozzá intézett szavakon kívül az őt állandóan körülvevő, körülötte folyó beszéd közegében is benne él. A beszéd — intellektust nevelő és kommunikációs szerepe mellett — egyben a környezet hangulati, érzelmi elemeinek hordozója is. A mondottak értelemszerű tartalmán kívül a *hang hordozása*, színezete, dallama is fontos, bizonyos esetekben döntő lehet. A közölt tartalom mellett tehát rendkívül jelentős annak *„intonációs" értelme, affektív értelmezése* is, amely sokszor fontosabb, mint maga az elhangzott szó. A hallás hiánya a környezet efajta megnyilatkozásait teljesen elrejti, sőt a süketnéma nem is sejti, hogy a hangos beszédnek ilyen eleme is lehet. Ez nagymértékben megnehezíti számára a környezet *érzelmi atmoszférájában* való tájékozódást és ezzel az érzelmi, kedélybeli formálódást is (MYKLEBUST, 1960). E veszteségek pedig együttesen a teljes szellemi kibontakozás, a helyes viselkedési formák kialakulása, végső soron a közösségbe való betagolódás szempontjából nyernek igen nagy jelentőséget. (A beszédnek a személyiség kialakításában való szerepével a későbbiek folyamán még részletesen foglalkozunk).

Különböző jellegű hatások kiesésének jelentőségét összefoglalva NAFFIN (1959) alapján megállapíthatjuk, hogy a süketnéma számára a környezetében felbukkanó jelenségek legtöbbje egymástól elszigetelt egységként jelentkezik, s nem egy átfogó egész integrált részeként. Világképe így kényszerűen szaggatott és tökéletlen. Átélései minden vonatkozásban szegényebbé válnak: *a)* hiányzik a hanghatások mindennapi életben való eligazító, a dolgok jelentőségét egésszé tevő, segítő szerepe, *b)* ezáltal jelentősen megnehezül számára a dolgok összefüggésének spontán módon való gyors és helyes felismerése és megértése, és *c)* zavarttá válik a jelenségekhez fűződő helyes érzelmi viszonyulás kialakulása is.

E tények ismerete és szem előtt tartása nemcsak a gyógypedagógusoknak, hanem a süketnémák ügyeit intéző szerveknek, bírósági esetekben a tolmácsnak stb. is alapvetően fontos.

A hallás hiányának jelentősége a személyiség fejlődésében

A süketnéma ember személyiségének megértéséhez szükséges, hogy szemügyre vegyük azokat a negatív élményeket, amelyek a süket gyermeket érik, s amelyek személyiségét a hallóétól eltérő módon formálják. A süketnémaságot mint a személyiség fejlődését gátló tényezőt főleg BOSSHARD (1953, 1961) és KINDERMANN (1957) tanulmányai alapján jellemezzük.

Ha a süketnémák oktatásának megkezdésekor a szülők hallási fogyatékos gyermeküket átadják a süketnéma intézeti tanárnak, akkor nem arról van szó, hogy egy egyébként testileg-lelkileg-szellemileg ép gyermeket adnak át, aki csupán a hallás hiányában tér el kortársaitól. Az említett gyermek *nem csupán süket*. A hallás hiánya a gyermek pszichés állapotának egészét befolyásolja, fejlődését gátolja: bizonyos fokig és irányban meghatározza személyisége kialakulását, s bizonyos vonatkozásban a továbbiakban is módosítja azt.

A „hangok világán kívül élés" ténye már a csecsemő élete számára is hátrányos hatást jelent. A halló újszülött már az első hetek után megismeri anyja hangját, s mikor az anya becézve szól hozzá, felfigyel rá s keresi őt. A csecsemő érzékelései a biológiai hatás szempontjából élesek és pontosak. Feltűnő, hogy hallása mennyire élesen reagál az anya megnyugtató hangjára, amelyet minden más hang közül felismer. A be nem avatott számára érthetetlen, hogy az anya mit tud beszélni csecsemőjéhez, amikor az nyilvánvalóan úgysem „érti" szavait. Azonban az anyai ösztönből fakadó beszéd muzsikája tudat alatt soha el nem halványuló része lesz az anya-gyermek viszony alapjának.

A korai csecsemőkorban a hanghatások még fontosabbak, mint a vizuális ingerek, s így a süketen született csecsemőt az akusztikai benyomások kiesése pszichés fejlődésében érthető módon hátráltatja. Emiatt egyben tökéletlen és hiányos marad számára az „anya ősképzete" is, amely pedig a gyermek egész fejlődése szempontjából igen jelentős tényező.

Fontos az a körülmény is, hogy az ép kisgyermeknél az anyával való kontaktus lehetősége a hallás révén területileg kiszélesül, a hallás biztosítja

a kapcsolattartás lehetőségét akkor is, ha anyja nincs közvetlenül mellette. Ha nem is látja anyját, de hallja jövés-menését, szavát, s ezáltal közel érzi őt magához. A süket kisgyermek csak addig tudja magát az anya biztonságos, óvó környezetében, amíg érzi vagy látja őt. Így a süket gyermeknak az anyáról való leválása drasztikusabb, hirtelenebb, s a vele való kontaktusa rövidebb időre korlátozódik (BOSSHARD, 1961).

A süketnéma kisgyermek helyzetét és fejlődési problémáit behatóan elemzi KINDERMANN (1957). Szerinte a halló kisgyermek számára a vizuális élmények gyakran csak akkor lépnek fel, amikor azokat az akusztikus ingerek már előre jelezték: hallja a lépéseket, ajtó nyílását, és csak legutoljára jelenik meg egy arc. A süket gyermekre mindez váratlanul, előzetes jelzés nélkül „tör rá".

Ezért a süket kisgyermek fejlődése már az első hetektől kezdve más úton halad, mint az épé. Ennek az útnak jellemzője a *növekvő magárahagyottság*.

Az idő múltával a fejlődés kibontakozásához szükséges akusztikus ingerek kiesése egyre nagyobb jelentőségűvé válik. Ez elsősorban a beszédre és a gyermekdalokra érvényes. Kezdetben természetesen a halló kisgyermek sem „érti" az anya hozzá intézett szavait, a gyermekversikéket és dalocskákat, de barátságos visszagagyogása, ujjongása, az anya—gyermek boldogság légkörét teremti meg. Ezen a fokon a süket gyermekhez csak a látható és motorikusan átélhető élmények jutnak el.

Érthető módon az anya is súlyos traumaként éli át, hogy gyermekével nem képes a teljes kontaktust kialakítani. Az anya—gyermek kapcsolatba csalódottság, keserűség, részvét, esetleg szégyen, kedvetlenség lopódzik, nemegyszer kétségbeesés. Az anya életének ilyen mélységes zavara nem maradhat hatás nélkül a gyermekre sem, bár e hatás kicsengésének milyensége az anya adottságai és belső fegyelmezettsége szerint variálódhat.

A kisgyermek pszichés fejlődésében legjelentősebb esemény a *beszéd megtanulása*.

Hogy a *gyermeki intelligencia kifejlődését leghatározottabban a beszéd mozdítja elő*, azt korán felismerték. A gyermek környezetét akkor veszi szellemileg „birtokába", amikor a jelenségeket a nevükön kezdi nevezni. A környezetnek ilyen „szellemi birtokba vétele" a süketnéma gyermek számára rendkívül nehéz feladat. A hangos beszédet nem hallja, a jelbeszédet pedig csak ritka esetben tudják neki nyújtani.

A kisgyermekre vonatkozó beszédvizsgálatok többnyire csak a gyermek szóbeli megnyilatkozásaira korlátozódnak. Azonban a halló gyermek passzív bekapcsolódása a beszéd világába összehasonlíthatatlanul gazdagabb, mint aktív szókincse. Ha a beszéd megértése kezdetben téves utakon halad is, s a felnőttek beszédének megértése nem is egyszerre alakul ki, a tévedések és téves asszociációk csakhamar korrigálódnak a helyes alkalmazás és képzés sokszorosan ismételt meghallása révén. A halló kisgyermeknél két év alatt fejlődik ki az ún. „beszéd-csoda", a nyelvközösségbe való aktív és passzív beilleszkedés ténye. A halló gyermek a beszéd megértésével gazdag ismereteket szerez a tényekről, a dolgok összefüggéséről, személyes véleményekről, megfontolásokról, kezdeményezésekről, érzések és törekvések szóbeli megfogalmazásairól. Ezzel szemben a süket gyermek

főképp csak a vizuálisan megnyilvánuló tárgyi és gondolati viszonyokat érti meg. A hanggal közvetített ismeretektől nagymértékben elesik — ezért kevesebbet tud a világról. A halló kisgyermeket érő vizuális és akusztikus ingerek egymást kiegészítik, módosítják, koordinálják, s így épülnek olyan komplett képzetekké, amelyekhez a süket gyermek spontán módon soha sem juthat el.

A beszéd hiánya miatt a süket gyermek nemcsak az ismeretanyag terén, hanem — mint említettük — az *emberi vonatkozások megértésének fejlődésében is* súlyosan *gátolt*. A látható megnyilatkozásokat gyakran tévesen interpretálja, s még kevésbé tudja azokat a lelki helyzeteket megérteni, amelyek azokat létrehozták.

A *beszéd* nemcsak a gondolkodásnak fegyelmező, kialakító eszköze, hanem a *viselkedés, a szokások, a konvenciók kialakítója is*, s ezzel egyben az ösztönök feletti uralmat is elősegíti. Az anya intelmei — azokkal a közlésekkel együtt, amelyeket a gyermek egyébként is hall (ha nem kifejezetten neki szólnak is) — már az iskoláskor előtt segítik az ép gyermek megfelelő magatartásának kialakítását. Mivel ezek a komponensek a süket gyermeknél hiányoznak, indulati élete többnyire gátolatlanabb.

A hangos beszéd a lelki feszültség levezetésének eszköze is, amelynek hiányában a süket gyermekben sok feszültség feloldatlan marad. Ezt az állapotot igyekszik gyakran a környezet kényeztetéssel rendbehozni. Így alakul azután ki nemegyszer a félelmetes „kis süket zsarnok".

A süketnéma kisgyermek keresi a kapcsolatot környezetéhez, ha azonban egy kontaktus-igényes süket gyermek minden próbálkozása ellenére sem tud felindult állapotában halló környezetével kapcsolatot teremteni — mert az nem képes jeleit megérteni —, nem csoda, hogy végül is indulatkitörésekbe menekül.

Még veszélyesebb azonban, ha a kis süket kontaktus kialakítására irányuló megismételt próbálkozásai újra meg újra kudarcot vallanak, s végül is feladva a küzdelmet, s lemondva a további kísérletezésről, beletörődik a kapcsolatkiépítés lehetetlen voltába. Nem közöl, nem kérdez többé, hanem „külön világot" alakít ki magának.

A süket gyermek élete a családban többnyire egyhangú tompaságban pereg. A legtöbb dolog, amit lát, mozaikszerűen sorakozik egymás mellé, mivel az összefüggéseket nem ismeri, és azt nem is tudják vele közölni. A mindennapi élet monoton ritmusában ugyan már eligazodik, de nem érti, hogy az egyenletes menetet miért szakítja meg néha egy-egy különös nap, amikor ünneplő ruhát adnak rá, ünnepi étkezés és virág kerül az asztalra. Nem érti, mit jelent a születésnapi torta égő gyertyáival, vagy a karácsonyfa az ajándékokkal. Természetesen a süket gyermek is szerez bizonyos rutinszerű ismereteket a vasárnap, a születésnap, a karácsony vagy egyéb ünnepek értelméről, de milyen távol van ez attól a bő tartalomtól, amit ezek az ép gyermek számára jelentenek.

Így növekszik fel a kis süketnéma az őt körülvevő környezet közepette — magányosan. A környező ingereknek, történéseknek csak egy része jut el hozzá, amelyek részleges valóságukkal a jelenségeket mintegy „meghamisítva" képviselik, de számára mégis a teljesség jellegével hatnak. E töredékes, torzított világban magára maradva, *elszigetelten él.*

Mivel mások természetes igényeiről, vágyairól egyáltalán nem vagy csak igen korlátozott mértékben szerezhet tudomást, naiv módon túlbecsüli saját személyének jelentőségét. *Szellemi horizontja beszűkül*, és megnehezül annak lehetősége, hogy saját érzéseivel, törekvéseivel distanciába kerüljön. Minél kevésbé érti a történések összefüggését, embertársai sorsát, problémáit, annál könnyebben kialakul énközpontúsága, *egocentricitása*, amely mások természetes érdekeit csak nehezen tudja méltányolni, s amely a személyiség-fejlődésnek egy alacsonyabb fokon való megtapadását hozza létre.

A süketnémák személyiségének néhány jellemző vonása

A süketnémák személyiségére vonatkozó ismereteinket a szakirodalom szerint különféle források szolgáltathatják:

Az egyszerű tapasztalati megfigyelés, amelyet bárki spontán módon tehet, aki süketnémákkal kapcsolatban van; hasznos felvilágosítást nyújt, de ennek alapján csak óvatosan mondhatunk ki általános szabályokat.

Egyes szerzők (SCHMÄHL, 1933; OLERON, 1957) szerint az tekinthető megnyugtató módszernek, ha azonos feltételű (életkor, nem stb.) süket és halló csoportokat *objektív módon* hasonlítunk össze, és az eredményeket *statisztikailag* értékeljük. Bizonyos jellemző adatokat az ilyen módon végzett vizsgálati eljárások alapján szűrtek le. Azonban az ekvivalens vizsgálati csoportokba besorolható süketnémák kis száma nem mindig engedi meg a statisztikai módszer alkalmazását. Ezt kiegészítve olyan vizsgálati eljárásokra volna szükség, amelyekkel a pszichés élet mechanizmusáig el lehetne jutni. E mechanizmusok ismeretétől azonban még távol vagyunk, s így a vizsgálati eredmények főleg csak egy-egy pszichés tulajdonság összehasonlítására szorítkoznak.

Ezért, bár a süketnémák pszichológiájával foglalkozók általában az egzakt vizsgálatokat fontosnak tartják, annak nehézkes lebonyolítása miatt egyéb eljárásokat alkalmaznak. Például SCHMÄHL (1933) a süketnémák megismerése céljából a széles körű irodalmi tájékozódáson kívül *a) kérdőíveket* szerkesztett, amelyeket nyugalombavonult süketnéma intézeti tanárok töltöttek ki hosszú élettapasztalatuk alapján; *b)* kérdőíveket küldött szét maguknak a süketeknek, annak felderítésére, hogy mi módon vélekednek sorstársaikról; *c)* igénybevette maguknak a süketeknek szóbeli megnyilatkozásait, amelyeket előre meghatározott kérdésekre adtak; *d)* végül süketnémák felnőtt halló gyermekeit kérdezte ki szüleikre vonatkozóan. A kérdőíves módszert rajta kívül mások is (így például BOSSHARD, illetve modern amerikai kutatók) alkalmazták.

BOSSHARD (1953) megfigyeléseit és közléseit a svájci felnőtt süketnémák támogatására létrehozott *gondozónői hálózat gyakorlatából* és tapasztalataiból meríti. Szerinte nem helyes az az álláspont, amely szerint egyes szerzők csak úgy érzik munkájukat elég tudományosnak, ha eredményeiket százalékban és táblázatokban fejezik ki. Éppen ennek az egyoldalú kísérletezésnek tulajdoníthatjuk azt, hogy bizonyos törvényszerűségek leszűrésekor csupán a süketnéma ember jellemzésének periferikus és felszínes megragadásáig jutnak el. Ezért néhány általa is alkalmazott vizsgálat elvég-

zése után lemond az egzakt mérésekről, és azok helyett a süketnémákat a mindennapi életből nyert tapasztalatokból, egy-egy aktuális élethelyzetben tett megfigyelése alapján jellemzi. Gazdag megfigyelései érdekes módon megegyeznek azzal a megállapítással, amelyet más szerzők a süketnémáknál alkalmazott személyiségvizsgáló eljárásokból szűrtek le.

A különféle módszerekkel összegyűjtött adatok azonban nem jellemzik egyértelműen a süketnémát „ilyennek" vagy „olyannak". Ennek oka az, hogy a süketnéma ember, mint minden halló ember is: individualitása szerint egyéni. Az eredmények összesítésekor csak néhány olyan sajátos vonás emelhető ki, amely általában a süketnémasággal, illetve a süketség következtében megváltozott élethelyzettel függ össze.

A *süketnéma* személyiség jellemzésénél ismét utalnunk kell a süketnémának a *beszédhez való kapcsolatára*, illetve az akusztikai hatások hiányának szerepére.

Az a tény, hogy a süketnéma a beszédet csak megkésve, mesterséges módon sajátítja el, a személyiség alakulása szempontjából is tartalmaz meggondolandó mozzanatokat. Ennek megértésére hangsúlyoznunk kell, hogy az ép kisgyemek az első életévekben tanul meg beszélni. A legújabb pszichológiai megállapítások szerint a beszédtanulás ösztöne ebben az időben igen erőteljes, és miután biológiailag és pszichológiailag teljesítette feladatát, a beszédkészség kialakulása után elhal. Röviden: a beszéd megtanulásának predilekciós ideje az első 2—3 életév. Minden iskolás tanul idegen nyelvet is, s tudjuk, hogy a rengeteg energiabefektetés ellenére is csak mérsékelt eredménnyel, noha ekkor már jól beszél, és az írás-olvasás is támogatja nyelvtanulását. A belső erő, amely a gyermeket a beszéd elsajátítására ösztönözte, kialszik.

Ennek jelentőségét a süketnéma gyermek személyiség-alakulása szempontjából Bosshard (1953) a következőkben jellemzi: A süketnéma kisgyermek életében az első öt év, amely a hallóknál az oly erős, majd egyre gyengülő beszédre-ösztönződés ideje, többnyire nincs kihasználva. A kezdeti gagyogás elhal, és a már elért beszédbeli kifejezési formák eltűnnek. Amikor a kis süket 4, de inkább 5—6 éves korában az intézetbe kerül, a beszédre ösztökéltség optimális ideje már elmúlt. Abban a korban, amikor a halló gyermeknek már nagy szókincse, gazdag fogalmi tárháza és kialakult gondolatszokásai vannak, a süketnéma gyermeknek egész egyszerű szavakat és és azok jelentését kell ismertetni.

Ennek ellenére az első életévekben a beszédre való ösztönzés a süketnéma gyermeknél sem marad teljesen kihasználatlanul. A környezet, mikor észreveszi a süketséget, igyekszik természetes jelekkel utat találni a gyermekhez, s a gyermek saját maga is alkot *természetes jeleket*. (Győrffy, 1957). Ezek általában, néhány nemzetközi jeltől eltekintve, individuális jellegűek. A *jel*beszédnek azonban jelentős hátránya, hogy főleg csak a látható dolgok kifejezésére korlátozódik, „az egyes jelek mint fogalmak jellel is kifejezhető gyűjtőfogalmát" nem nyújtja. Viszonyítások kifejezésére nehezen alkalmazható, általában csak a jelenben való dolgok kifejezésére képes, szintaxisa is különbözik a hangos beszédétől (Gáspár, 1959).

A legtöbb ember, ha idegen nyelvet tanul, gondolatait előbb anyanyelvén fogalmazza meg. A süketnéma is többnyire megtapad „*anyanyelvén*", a *jel-*

beszéden. A hangos beszéd „természetellenessége" számára még akkor is megmarad, amikor már régen bevezették annak tanulásába.

A süketnémaság önmagában nem akadálya a gondolkodásnak. A süket is rendelkezik a gondolkodás alapfeltételeivel, azzal a speciális képességgel, hogy jeleket és szimbólumokat alkalmazzon. SCHMÄHL (1933) megállapítása szerint az embert általánosan jellemző vonások — lényeges hiányok nélkül — a süketnémában is megvannak. NAFFIN (1959) is megállapítja, hogy igazságtalan az a következtetés, hogy a süketnéma beszédfogyatékossága miatt szellemileg nem teljes értékű. Ellenkezőleg, a süketnémának a legelőnytelenebb körülmények közt, óriási erőfeszítések árán kell a nyelvet elsajátítania, amelynek teljes birtoklása számára semmiképpen sem természetes — s mégis megtanul beszélni. A hallók és a süketek közt megfigyelhető különbségek — főleg intellektuális síkon — olyan fokozati különbségekként foghatók fel, amelyek halló emberek közt is tapasztalhatók. Néhány magasabb képzettségű süketnéma példája azt mutatja, hogy az igazi tehetség leküzdi a nehézségeket, s ilyen esetben a süketnémaság nem akadálya a szellemi felemelkedésnek. E szerint a felfogás szerint a „süketséget" nem emelhetjük pszichológiai értékelésünk alapelvévé.

Más szerzők viszont a süketnémaság tényét mint az *intellektus kifejlődését súlyosan gátló tényezőt* értékelik. SCHUMANN (1943) több szerző süketnémákról szóló fejtegetéseit idézi. Így ZIEHEN — aki rendszeres intelligencia-vizsgálatokat végzett süketnémákkal — megállapítja, hogy azok a süketek, akiknél nem áll fenn agyi komplikáció, normális intelligenciájúak, és megtaníthatók a hangos beszédre. Ennek ellenére azonban gondolkodási teljesítményeik sajátos módon gátoltak és korlátozottak. SPRANGER hasonlóképpen megállapítja, hogy a süketnémáknál nem csupán az érzékszervi rendszerben találunk sajátos eltérést. Az érzékszerv hiánya az egész lelki struktúrát átalakítja, s emiatt a süketnémánál jelentős értelmi zavar is fennáll.

SCHUMANN munkájában több kutató egymástól függetlenül végzett intelligencia-vizsgálati eredményéről számol be. A több ezer eset vizsgálatából leszűrt adatok abban egységesek, hogy valamennyi a süketnémák értelmi elmaradásáról ad számot. Így egyesek 1—2 éves, mások 3 éves értelmi retardációt mutatnak ki.

OLERON (1950) szerint a süketnémák közt nagyobb számban vannak intellektuálisan visszamaradottak, mint a hallók között. Amerikai szerzők vizsgálataira hivatkozva, azt írja, hogy az iskolai érettség szempontjából körülbelül 2—5 éves elmaradással kell számolni. A különbségek valószínűleg abból erednek, hogy a vizsgálatokban mennyi az absztrakt gondolkodást igénylő próba. Ugyanis a konkrét gondolkodás terén OLERON szerint jóval csekélyebb, vagy nincs is elmaradás.

A gyermek elmaradása általában nem lényeges, ha „utoléri magát". Az iskolai életben az elmaradást megkísérelhetjük a meghosszabított beiskolázási évekkel kompenzálni. Azonba az iskola elhagyása után a fejlődés szükségképpen bizonyos gátlást szenved.

A süketnémák intellektuális fejlődéséről értékesek BIERI megállapításai. Eszerint a süketnémák szellemileg annak az arányában fejlődőképesek, ahogyan a hangos beszéd birtokában vannak. A süketnéma gyermek ugyanazo-

kon a fokozatokon megy végig, mint a halló, de nem éri el ugyanazt a szintet.

Általában megállapíthatjuk, hogy *az a gondolkodás, amely a hangos beszéd nélkül alakul ki, nagyonis hétköznapi, érzéki elemekhez tapadó világképhez vezet*, és így lényegesen különbözik a halló ember gondolkodásától.

A süketnéma az emberiség kulturális kincseiből is csak csökkent mértékben részesülhet. A *művészetek* közül a zene hozzáférhetetlen számára. Az irodalmi művek is nehezebben ragadják meg, mert belső hallása is hiányzik, s ezért a forma szépsége nagyrészt rejtve marad előtte, ha a tartalom megértéséig nagy fáradsággal el is jut.

Személyiségéből általában hiányoznak azok az elemek, amelyek az elvont gondolkodáson, illetve a hangzó szóbeli művészetek átélésén alapszanak.

Myklebust (1960) *szerint a nyelv a tapsztalatok integrálási képességében felépítően hat. Nyelv nélkül a személyiség kevésbé strukturált, kevésbé differenciált és leszűrt*, általában éretlenebb és inkább szenzomotoros karakterű.

Kérdés, hogy mindennek mi a hatása a süketnéma ember *magatartására*. vagyis önmagával és környezetével való viszonyára, életvezetésére.

A süketnémát gyakran a „szem emberének" nevezik. Bárczi (1959) szerint életösztöne kényszeríti arra, hogy látási figyelme korán kialakuljon. s a körülötte zajló életet élesen szemügyre vegye: mindent megfigyel, mindent észrevesz. Általános megállapítás, hogy a látási adatokat jobban fel tudja használni, mint a hallók. Nem a látása jobb, hanem optikai megfigyelőképessége, főleg akkor, ha a környezetben csekély eltérések gyors és biztos megfigyeléséről van szó (Naffin, 1959). Ezt a legkülönfélébb vizsgálatokkal igazolták. Hofmarksrichter szerint egy szempillantás alatt több részletet észrevesznek, s a velük szemben álló személy karakterisztikus vonásait gyakran igen jól felderítik, amit azután egy jelentős gesztussal ki is fejeznek. Ennek ellenére a süketnéma éppen halláshiánya miatt nem mindig érti meg a körülötte folyó életet, ami *bizalmatlanságot*, sőt nemegyszer dühöt vált ki belőle (Bosshard, 1953).

A süketnémát a legkülönbözőbb irodalmi források általában egybehangzóan bizalmatlannak jellemzik. Idegrendszere nem képes megbirkózni azzal a nehézséggel, hogy a beszédet nem hallja. Fellép a védekezés ösztöne, mely gyanakvóvá teszi (Bárczi, 1959). Ez azonban nem szükségképpeni tulajdonsága. A süketnéma gyermek nevelőivel szemben teljes, sőt korlátlan bizalmat érez, s csak ha ezt megingatják, csalódottságában fordul át ellentétbe (Oléron, 1950). A süketség maga még nem okoz bizalmatlanságot. Létrejöttét a környezet váltja ki azzal, ha nem ad kellő támogatást. Ha az átéltek értelme nem világosul meg, és a rejtett összefüggések felfedése a süketnéma számára elmarad, létében korlátozva, sőt veszélyeztetve érzi magát.

Itt kell szólnunk arról, hogy egyes szerzők (például Myklebust, 1960) szerint a süketnémákra bizonyos *autisztikus tendencia veszélye* jellemző. Mások szerint a süketnéma szenved magányosságától és kifejezetten igényli, hogy környezete életében részt vehessen. Schmähl (1933) szerint az autisztikus elem sok süketnémánál csak annyiban áll fenn, hogy a környező világot csupán oly mértékben veszi figyelembe, amennyire azzal közvet-

len kapcsolatban van, s mindent abból a szemszögből ítél meg, hogy az jó-e számára avagy rossz. A jót természetesnek veszi, az őt ért kellemetlen élményeket pedig könnyen igazságtalannak találja. Ez azonban nem karakterhibának tekinthető, hanem fejlődési zavarának következménye.

A süketnémák személyiségét BOSSHARD (1953) a következőképpen jellemzi: a süketnéma a hanghatások kiesése következtében — mint már jeleztük — bizonyos elszigeteltségben él. A számára hozzáférhető élmények nélkülözik a hanghatásokból származó hangulati elemet, s ez kedélyéletére elszegényítő jelleggel hat. Kevésbé tudnak kiváltódni benne azok az érzelmi reakciók, amelyek a normális hallás esetében természetesek, s melyek a hallót az embertársakhoz, a közösségi élethez és a természeti világhoz mintegy hozzákapcsolják. Ennek következményeként nagyobb mértékben alakul ki benne saját személyének fontossága, értékeinek túlbecsülése. Igyekszik szempontjainak érvényt szerezni, s ha emiatt környezetével összeütközésbe kerül, *elnyomottnak érzi magát.*

Mivel nagymértékben hiányzik az a lehetősége, hogy saját teljesítményeit — másokéval egybevetve — reálisan tudja megítélni, úgy véli, hogy a mindennapi élet követelményeinek önállóan is meg tud felelni. Ebből következik az, hogy *igyekszik magát a függésből* — amelyet fogyatékossága szab rá — *kiszabadítani.* Tragikus *ellentmondás* alakul így ki benne, önállóságra törekvése és a mindennapi életben átélt kisebb-nagyobb kudarcai, függésre szorultsága miatt.

Hogy önmaga és környezete értékelését kivívja, igyekszik magát hasznossá tenni. Mivel azonban hiányzik az élettapasztalata, az új, szokatlan helyzetekben nehezen tud eligazodni. Ilyen esetben az általa autoritásként elismert személyek kijelentéseire próbál támaszkodni, amelyeket szinte a dogma szintjére emel, de amelyek szó szerinti követése nem mindig vezet eredményre. Ha ilyenkor a környezet részéről az elismerés elmarad, s jóindulatát nem koronázza siker, érthető módon elkedvetlenedik, *érzékenyné, sértődékennyé* válik.

A világban való helyzetét általában a *hiányos élettapasztalat* jellemzi. Szűk horizontja miatt a világ tárgyi összefüggéseit kevésbé ismeri fel. Dominál a konkrétumokhoz, a szemléletesen adott elemekhez való tapadása. A szituációk helytelen értelmezése gyakran indulatot vált ki benne, s meggondolatlan, könnyed magatartáshoz vezeti.

Az ép fejlődésképességű embernek mindig van módja, hogy saját maga, illetve mások pédáján tapasztalja: mi illik, mi helyes, s saját élethelyzetének megfelelő magatartási kódexet állíthat össze. A süketnéma élete túlnyomóan e tapasztalati lehetőségeken kívül folyik. Az iskolai oktatás folyamán bizonyos helyzetek adekvát viselkedési módozataival megismerkedik ugyan, de későbbi élete szituáció-lehetőségeinek óriási számában ezek csak igen hézagos „magatartási kódexet" nyújtanak. Az élettapasztalat hiánya többnyire nehézzé teszi a süketnémának a szokatlan és új helyzetekben való viselkedést, ezért gyakran előfordul, hogy magatartása a tapintatba és illembe ütközik.

Mindezek, valamint a hallók számára nemegyszer nehezen érthető, célszerűtlen viselkedése miatt környezete nem mindig tekinti teljes értékűnek.

Ha ezt a süketnéma észreveszi, alaphangulatát érthető módon az elkedvetlenedés jellemzi.

Alaphangulatát a *megnehezített „élettechnika"* is befolyásolja. Általában csak azt értheti meg, amit közvetlenül neki mondanak, de ha rosszul artikulálnak, vagy rosszak a megvilágítási viszonyok, megértése még szűkebb, bizonytalanabb. Ugyanígy rejtve marad előtte mások egymás közti beszéde is. A hallás hiánya, a szájról olvasás nehézsége és beszédkészségének csekély volta korlátozza kontaktus-készségét. A korlátozott kontaktus-készség és az élettapasztalatok hiánya nagymértékben megnehezíti a *mindennapi élet lebonyolítását*, amely *lényegesen nagyobb erőfeszítést követel tőle*, mint a hallótól.

Az előbbiekben már utaltunk a süketnéma ember *elszigeteltségére*, magányosságára (Heimann, 1959). Beszédbeli kapcsolataiba — még a közvetlen környezetben is — minduntalan félreértések vegyülnek, idegen környezetben a nehézségek fokozódnak. Nagyobb társaság közös témáiban való részvétele pedig csaknem lehetetlen. A hangos beszéd a süketnéma számára sohasem jelent üdülést, kikapcsolódást, hanem felfokozott fizikai és pszichikai megerőltetést (Schmähl, 1933). *A szájról olvasás* igen koncentrált munka, de a süketnéma sohasem mentes attól a bizonytalanság-érzéstől, hogy esetleg helytelenül értette a mondottakat. Tévedésének forrása az, hogy a szájról leolvasható szóképek helyes kombinációja gyakran keveredik a nem leolvasható hangok értelmes, de nem értelemszerű helyettesítésével. Ez a bizonytalanság például egy felszólítás átvételekor is bekövetkezhet, s gyakran csak a környezet helyeslésében vagy helytelenítéséből tudja meg, hogy jól vagy rosszul értelmezte azt (Bosshard, 1953).

A süketnémát gyakran felületesnek ítélik meg, mert hiányzik a lehetősége, hogy a dolgok lényegének mélyére hatoljon. Az állandó megfeszített figyelem — melyre szüksége van ahhoz, hogy az emberek beszédéből valamit is megértsen — egy-egy részlet leolvasásakor könnyen megelégedett fellélegzésbe megy át. Ezért a bizonytalanság érzésével párhuzamosan ott van annak a veszélye is, hogy a megértett kevés szóból — szájról olvasási készségét túlbecsülve — összefüggéseket konstruáljon, s azt hiszi, ha a beszéd bizonyos mozzanatait megértette, azzal az egész mondanivaló értelmét is felfogta (Heimann, 1959).

Az állandó feszültségbe kényszerülő figyelem annál súlyosabban nehezedik a süketnémára, minél önállóbban kell az életben helytállnia, s természetesen annál nehezebb számára élete vezetése is.

A süketnéma ember életének jellemzett nehézségei hozzásegítnek ahhoz, hogy a *munkához való viszonyát*, kapcsolatát helyesen tudjuk értékelni.

Érdekes tájékoztató adatként tekintjük azt az 1925-ből származó német statisztikát, amely szerint a süketnéma intézetet végzett növendékek 92,2%-a megfelelő foglalkozást választott és munkaképes, s 1926-ban a süketnémák 80%-a részt vett a termelőmunkában. (Schmähl közlése 893 süketnéma adatai alapján.) Kérdés, hogy a süketnémaság hogyan befolyásolja az ember munkához való viszonyát, munkateljesítményét?

Bosshard (1953) ennek felderítése céljából 30 különböző munkáltatót kérdezett meg, akik egy vagy több különböző képességű süketnémát foglalkoztattak. Bár a kikérdezettek száma kicsi, a tájékoztató adatok jellemzőek-

nek mondhatók. Eszerint az összes munkáltató elismeréssel beszélt a süketnémák szorgalmáról és kötelességtudásáról, sőt volt, aki kiemelte, hogy e téren felülmúlják a hallókat. A tanult szakmában — feltéve, ha gondos kiképzést nyernek — láthatóan átélik, hogy munkájukkal a termelésben egy átfogó gazdasági összefüggés részeseivé válhatnak. A fogyatékosságukból származó izolációból kiléphetnek, s a hallókkal egyenértékűvé válhatnak. Ennek átélése teljes aktív akarásukat válthatja ki: szorgalmuk és kötelességtudásuk ennek felismeréséből vagy megsejtéséből ered.

Mindezen pozitívumok ellenére azonban — mivel személyiségének pszichikus és intellektuális érettsége általában korlátozottabb — többnyire hiányzik a süketnémából az átfogóbb feladatok áttekintésének képessége s ezért hiányzik annak lehetősége is, hogy kialakítsa magában az „egésszel" szemben a megfelelő felelősségérzetet. Ennek tulajdonítható, hogy a munkáltatók nagy része úgy nyilatkozott: még a jó képességű süketnémára se merné rábízni a munka felelősségteljes irányítását. Azokban a foglalkozásokban ugyanis, ahol gyors átállások szükségesek, hiányzik a kívánatos mozgékonysága, s komoly törekvésével többnyire nem párosul az a képessége, hogy az új szituációban a helyzet ura lehessen.

Ezzel elérkeztünk a legfontosabb kérdéshez: a teljesítményhez. A *kvalitást* illetően a munkáltatók véleménye egyöntetűen az volt, hogy a süketnéma munkáját pontosabban végzi, mint halló munkatársa.

Munkatempójuk megítélése már kevésbé kedvező. Általában lassabban dolgoznak, mint a hallók. Egyes megfigyelők szerint a süketnéma lassúbb munkájáért mesterei a felelősek, mert nem vezetik be elég aprólékosan a munkába, nem mutatják meg neki a kis, finomabb fogásokat. Valóban, nem minden mester tudja az adott szakmára ugyanannyi idő alatt megtanítani a süketnémát, mint a hallót. Ezért, jóllehet a süketnéma pontos munkássá válik, a munkatechnika sok apró racionális fogásának előnyét nélkülöznie kell, s körülményesebb eljárásai miatt munkája lassúbb lesz, mint a hallóé.

A süketnémák munkavégzését összefoglalva mégis azt mondhatjuk, hogy a képességeikhez mért és jól megválasztott foglalkozásban jó és megbízható munkások. Munkájukhoz való kapcsolatukból kitűnik, hogy az nem csupán kenyérkeresetet jelent számukra, hanem belső szükséglet is. A sikeres munkavégzésben emberi értékeiknek a hallókéval egyenlő igazolását láthatják.

A mozgásszervi fogyatékosok pszichés sajátosságai

A MOZGÁSFOGYATÉKOSSÁGRÓL ÁLTALÁBAN. REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEIK

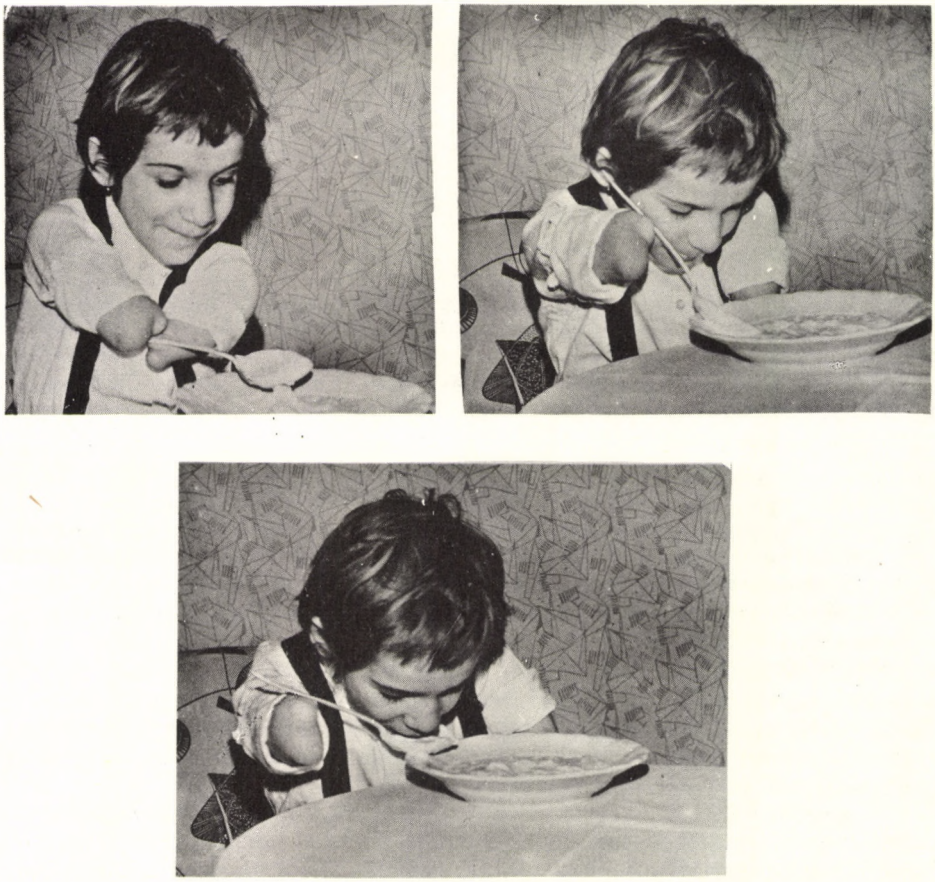
A mozgászavaroknak igen sokféle változata van. A két legfeltűnőbb megjelenési formája szerint *spasztikus* és *petyhüdt* paralízisekről, bénulásokról beszélnek. A *spasztikus bénulásokat* és a túlmozgásokat „agyi eredetű mozgászavar"-nak „cerebrális bénulás"-nak is szokták nevezni, ilyenek a hemiplégia (féloldali bénulás), diplégia (kétoldali bénulás, például Little-kór), paraplégia (az alsóvégtagok paralízise), athetózis (a fél testfél vagy az egész test rángásos, görcsös mozgászavara). *Petyhüdt bénulás*, a poliomielitisz, vagy *„Heine—Medin"*-féle betegség következtében előállt mozgásfogyatékosság. A mozgásgátoltságok közé tartoznak még a nyomorékság különféle formái, a scoliosis (púp), a különféle vele született deformitások, a balesetek vagy betegségek következményéből származó végtaghiányok és még egyéb, a hátgerinc, medence, térd, boka, láb és kézfej rendellenességekből származó mozgászavarok.

A mozgássérülés *súlyossága* szerint — az alig észrevehető mozgásrendellenességektől a vastüdőben fekvők bénultságáig — igen változatos és igen sok körülménytől függő lehet. A mozgásfogyatékosság keletkezésének *ideje* és *oka* — mely egyúttal más károsodást is létrehozhat — szintén hatással van a személyiség sajátos fejlődésére.

A mozgássérülés *oka* éppoly változatos, akár a mozgászavar formája: lehet organikus, lehet funkcionális eredetű; lehet agyi sérülés, betegség következménye (RH-inkomptabilitás, születési sérülés, enkefalitisz), lehet baleset, fejlődési rendellenesség és egyéb. A mozgásfogyatékosság kiterjedhet a beszédszervekre is. A beszédszervi mozgászavar olykor annyira erős, hogy a beszéd szinte érthetetlen. A mozgássérülést okozó ártalom egyúttal az értelmet is károsíthatja.

A szakirodalom egy része (Barker, Moor, 1958) szerint a mozgásfogyatékosok nem jellegzetes típusok, hanem igen változatosan egyéniek. Mások (Baeyer, 1928; Würtz, 1934; Meng, 1937; Hagmeyer, 1955) viszont olyan sajátságokat tulajdonítanak a mozgássérülteknek, amelyek minden egyéni változatra egyaránt jellemzőek, a mozgászavarból eredő helyhezkötöttség és a külvilág reakcióira való visszahatás következtében.

Rehabilitációs lehetőségeik. Iskolai rehabilitálás. A mozgássérültek egyrésze mozgászavara miatt nem képes iskolába járni. Speciális intézményekben helyezik el őket, a Mozgásjavító Általános Iskolában és Nevelőotthonban. Ennek férőhelye azonban nagyon csekély, és a teljesen járásképtelenek számára nincsen berendezve. A Mozgássérültek Nevelőképző és Nevelő Intézete ma még szintén nem elegendő létszámú. A magántanulás sok hátránnyal jár. Továbbtanulási és munkalehetőségük ezért egyaránt igen korlátolt volt még a közelmúltban is. 1965-ben a Rehabilitációs Szociális

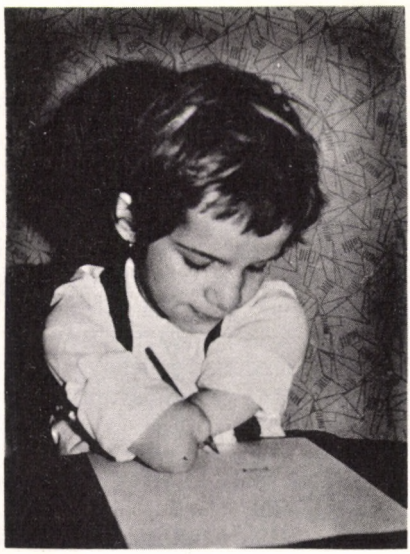


10. kép. Felsővégtag rendellenességgel született kislány étkezésének három mozzanata (Mozgásjavító általános iskola) (Foto: Vadász)

Intézeti Központ mintegy 25 ipari szakon és egyéb pályán adott munkalehetőséget elsősorban a mozgássérültek részére. Továbbtanulásra is több különböző területen van módjuk (Riskó, 1966). Az értelmileg is károsodottakat kivéve szellemi foglalkozásra alkalmasak. Ezt bizonyítják Miklóssyné (1965) vizsgálatai. A megvizsgált mozgássérült tanulók a *mentális próbákban* sokkal jobb teljesítményt értek el, mint a munkapróbákban. Jó koncentrálók és jó emlékezők. A mentális próbák közül — különösen a figyelem és az emlékezet terén — teljesítményük átlaga az ép tanulók átlaga fölött van. Az épek átlaga: 3, a mozgásfogyatékosoké 3,4. Viszont az épek átlaga alatt maradtak az absztrakt térelképzelés és a formaérzék feladatainál, továbbá a fogalom- és az ábrasoranalógia feladatainál. Az épek 3-as, a mozgásfogyatékosok 2,4-es átlagot adtak. Általában az aktivitást és az önállóságot igénylő feladatoknál, különösen, ha képességeikhez mérten nehéznek érzik a feladatot, megtorpannak, elzárkóznak. Kishitűsé-

gük következtében gyakran elvesztik kedvüket a jobb eredményre való törekvéstől.

Képesek azonban szinte lehetetlennek tetsző mozgás-teljesítményekre is. Béna vagy csonka testrészeik ellenére a helyváltoztatás, a játék, a munka és a sport különféle mozgásformáiban — gyakorlat és kompenzálódás útján — az épekéhez hasonló ügyességet sajátíthatnak el (10., 11. kép). Mozgási lehetőségeiket nagy mértékben elősegítik az egyre finomabb technikával és találékonysággal készült művégtagok, protézisek és gépek.



11. kép. Az előző képeken bemutatott kislány írás közben. (Mozgásjavító általános iskola) (Foto: Vadász)

A MOZGÁSFOGYATÉKOSOK INTELLIGENCIÁJA

A mozgászavarban szenvedő vagy mozgásban gátolt gyermekek intellektuális teljesítményeinek megítélésekor külön kell tárgyalni a *cerebrális bénultak* (agyi mozgászavarban szenvedők), a *Heine-Medin* (poliomyelitis) *miatt bénultak* és a *testi fogyatékosok* (nyomorékok) csoportját. Mindhárom csoportban ugyanis mások lesznek az alapvető problémák.

E három kategóriában van azonban valami közös, ami az intelligencia fejlődésére hatással van: a *külvilágról való aktív, személyes tapasztalatszerzés akadályozottsága* a mozgási fogyatékosság miatt. Az a természetes érdeklődés, ami normális körülmények között a környezet iránt már csecsemőkorban megmutatkozik, kísérletező, felfedező mozgásokhoz vezet. Mozgásai révén a kisgyermek mindig új ismeretek, élmények birtokába jut, és ezek ösztönzik újabb kezdeményezésre; kíváncsivá, érdeklődővé teszik. Ezeknek az élményeknek a hiánya, sőt a sikertelen próbálkozások miatti kudarcélmények passzívvá teszik a mozgásfogyatékos gyermeket, és az intellektuális fejlődés fontos mozgatója, az érdeklődés és kíváncsiság csökken náluk.

A hiányzó mozgásos aktivitás miatt nem tudnak közvetlenül megismerkedni a külvilág téri tulajdonságaival, nem gyűjtenek annyi tapasztalatot a tárgyak érzéki tulajdonságairól, mint az ép gyermek. A magasabb rendű intellektuális funkciók kifejlődéséhez pedig nélkülözhetetlenek a gazdag érzéki tapasztalatok.

Cerebrális bénultak. Ebbe a csoportba soroljuk az agyi károsodás (koraszülöttség, szülési trauma, újszülöttkori sárgaság) okozta spasztikus bénulásokat, enyhébb mozgási korlátozottságokat, túlmozgásokat (hemiplégia, paraplégia, diplégia, athetózis). E kategórián belül megint annyiféle kórforma és súlyossági eset lehetséges, hogy igen nehéz általánosságban a cerebrális bénultakról beszélni.

Phelps (1948), amikor megkísérelte pszichikus tulajdonságaikat jellemezni, ezzel a megállapítással vezette be munkáját: „nincs közöttük két egyforma". Az értelmi képességek tekintetében különösen színes képet mutatnak. Phelps vizsgálataiból tudjuk, hogy a cerebrális bénultak között 30%-ban találunk értelmi fogyatékosokat. Ennek az az oka, hogy az agyi károsodás nemcsak a motoros, hanem a mentális funkciókat is érintette. Palmer (1952) munkája pedig arra hívja fel a figyelmet, hogy közöttük 90%-ban találunk beszédsérülteket, részben motoros afáziát, részben — ha például az athetózis a beszédszervekre is kiterjed — súlyos artikulációs zavarokat. E két körülményből fakad, hogy a cerebrális bénultak intelligenciájának megítélésében komoly differenciáldiagnosztikai problémák merülnek fel. (Jewell, Wursten, 1952). A beszédbeli közlés sérülése akadályozza a gyermekeket abban, hogy képességeiket kinyílvánítsák, tudásukat megmutassák. Emiatt a verbális próbákban szükségszerűen gyengébb eredményeket érnek el. A praktikus feladatmegoldásban pedig mozgászavaruk akadályozza őket. Ezért könnyen lehet, hogy sok cerebrális bénult gyermeket sorolnak — helytelen diagnózis folytán — az értelmi fogyatékos kategóriába.

A cerebrális bénultak magasabb rendű kortikális funkcióinak sajátosságait vizsgálva Eidinova (1966) megállapította, hogy hosszú reakcióidők és pszichés fáradékonyság jellemzik őket. Ebből kifolyólag a tanulásban vannak nehézségeik (még az egyébként jó intelligenciájúaknak is), ami viszont károsan hat az értelmi fejlődésre.

Dolphin és Cruickshank (1951) mutattak rá arra, hogy azoknál a cerebrális bénultaknál — akik egyébként átlagos IQ-t mutatnak — gyakran vizuális-motoros percepciós zavarok figyelhetők meg. Pszichológiai vizsgálatukban ezért igen jól alkalmazták a figura-háttér tesztet. Ebből a szempontból megegyezést mutatnak a Strauss és Kephart által leírt exogén értelmi fogyatékosokra jellemző pszichés képpel.

A mozgászavar súlyossága és az értelmi állapot között nincs egyenes összefüggés.

A *Heine—Medines bénulás* elméletileg nem érinti az egyén intellektuális képességét, de a másodlagos retardáció és a hospitalizmus következménye itt is megfigyelhető. Légzésbénultaknál pedig feltételezik, hogy a tartós agyi anoxiás állapot idéz elő az értelmi funkciókban is zavart.

A *testi fogyatékosok* (nyomorékok) intelligenciája elvben nem mutat eltérést az épekétől, mégis több körülmény zavarólag hat mentális fejlődésükre. Az egyik a már említett mozgási akadályozottság, a másik a hosszas ortopédiai kezelések során fellépő tartós hospitalizáció, valamint a személyiség-sérülések, melyek a fizikai rendellenesség átéléséből fakadhatnak. Az a körülmény azonban, hogy a testi fogyatékos gyermek korán megtudja, hogy nem alkalmas fizikai munkára, növeli érdeklődését az intellektuális tevékenységek iránt. Ez főleg a serdülőkor során mutatkozik meg, amikor érezhető közelségbe kerül a pályaválasztás problémája.

A MOZGÁSFOGYATÉKOSOK SZEMÉLYISÉGE

A mozgásfogyatékosok személyiségéről általában

A mozgásfogyatékos ember megismerési és gondolkodási funkciói a szomatopszichés adottságok szempontjából — hacsak nem összetett fogyatékosságról van szó — épek. Fogyatékossága nem érzékszervi, gondolkodási síkon áll fenn. A mozgásfogyatékos személyiségfejlődésének különleges problémái és nehézségei két tényezőből fakadnak:

a) fizikai felépítettsége, megjelenése, testsémája más, mint a többi emberé;

b) mozgásában sérült, ezzel cselekvési, akarati funkcióiban hátráltatott, s ez a tény egész életvezetését befolyásolja.

Mindkét tényező a világhoz való érzelmi és cselekvésbeli viszonyulásában változást hoz létre, és ezáltal jelentősen befolyásolja egész személyiségének alakulását.

A pszichológiai irodalomban a mozgásfogyatékosság problémája többnyire bizonyos teóriákba ágyazva szerepel, módszeresen kidolgozott adatok, a „nyomorékság" rendszeres pszichológiai analízise nélkül (Wegener, 1959).

A mozgásfogyatékosok személyiségéről alkotott kép a pszichológia fejlődése folyamán bizonyos átalakuláson ment keresztül. *A század első évtizedeiben uralkodó szemlélet* a mozgásfogyatékosokat inkább az épek szemszögéből szemlélte. Eszerint a mozgásfunkciók részleges kiesése, illetve korlátozása szükségképpen pszichés zavarokat hoz létre, s a személyiség alakulását negatív irányban befolyásolja. Az élménykörben a saját defektus ténye uralkodik, s ez kisebbrendűségi komplexus kialakulásához vezet. A személyiségen belül feszültségek állnak fenn, s a mozgásfogyatékos kisebbrendűségi érzése és teljesítménycsökkenése következtében nem tud a közösség valódi tagjává válni. A gyakorta kudarcot valló kompenzációs törekvések magatartási rendellenességeket hoznak létre. Ennek a megfogalmazásnak értelmében a mozgásfogyatékosok keserűek, gyanakvóak, önzőek, irigyek, egyben becsvágyók, agresszívek, közösségen kívüli szociopaták.

Ezt a szemléletet, amely a mozgásfogyatékosokat globálisan negatív módon ítéli meg és jellemzi, vissza kell utasítanunk, mert egyrészt általánosításával nem veszi figyelembe az egyes individuumok egyéni sajátosságait, másrészt a mozgásfogyatékosságot, helytelen módon, szükségképpen létrejövő karakterhibák forrásaként tekinti.

A *modern szakirodalom szerint* megbocsáthatatlanul felületes szemlélet az, amely a mozgásfogyatékosok személyiségfejlődésében felmerülő problémák okát egyszerűen a mozgásfogyatékosság tényére vezeti vissza (Motzheim, 1958; Briefs, 1963).

Minden mozgásfogyatékos, pszichés fejlődését tekintve, veszélyeztetett (Moor, 1958). Ez a veszélyeztetettség azonban a környezet hatására jön létre, s abban áll, hogy a mozásfogyatékos saját személyének értékét hamisan ítéli meg, s a környezet helytelen magatartásának hatására magát értéktelennek, teljesítményekre képtelennek tekinti (Briefs, 1963).

A mozgásfogyatékos személyiségének alakulásával kapcsolatban az újabb irodalom a következő fontos szempontokat jelöli meg:

a) hogyan viszonyul a mozgásfogyatékos saját anormális testéhez;

b) hogyan viszonylik a környezet a mozgásfogyatékos anormális testéhez (Baumgarten—Tramer, 1960);

c) ehhez a két szemponthoz csatlakozik az, hogy *mi a környezet véleményének hatása a mozgásfogyatékosra*, mi módon dolgozza fel a mozgásfogyatékos önmagában a környezet hozzá való viszonyulását (Briefs, 1963).

Az emberi test a legfontosabb „énközeli" objektum. Ennek torzulása rendkívül súlyos élményt jelent. A mozgásfogyatékos személyiségének fejlődése folyamán elkerülhetetlenül bekövetkező élmény az, amikor rádöbben fogyatékosságának tényére. Annak felismerése, hogy valaki testsémájában visszavonhatatlanul és megmásíthatatlanul más, mint a többi ember, a mozgásfogyatékos személyiségfejlődésének egyik döntő szakasza.

A mozgásfogyatékosnak saját állapotához való viszonyulásában érthetően az dominál, hogy fogyatékossága számára a szomorúság és szenvedés forrása. A fogyatékosság átélésének súlya, realizálásának mélysége, maga a „sokk-hatás" azonban az élmény pszichés feldolgozásának kiinduló pontja. Saját „csonkított létének", „megjelöltségének" reális tudomásul vétele minden megújuló lázadás ellenére is a belső egyensúly kiküzdésének előfeltétele.

Az éptől eltérő testvázlat nyilvánvaló módon a környezetben is tükröződik. A környezet helytelen magatartása: a sajnálkozás, a felesleges kímélgetés, kényeztetés vagy ellenkezői: a szeretetlen bánásmód, a törődés hiánya, mely nemegyszer párosul a hozzátartozók részéről a mozgásfogyatékos szégyenlésével, szomszédok, idegenek elöli dugdosásával — romboló hatással van személyiségének alakulására.

Mindezt a mozgásfogyatékos személyiségfejlődésében mint súlyos környezeti ártalmat, környezeti károsító tényezőt kell felfognunk. Ha a mozgásfogyatékosnak nem sikerül magát környezete magatartásával szemben belsőleg függetleníteni, a környezet károsító hatására valóban kialakulhatnak azok a karakterhibák, amelyeket a felületes szemlélet minden mozgásfogyatékos sajátosságának ítél, és a mozgásfogyatékosság primer és szükségképpeni következményének tart (Briefs, 1963).

Az őszinte emberszeretet, fejlett etikai értékítélet és szakszerű bánásmód azonban kialakítja azt a légkört, melyben létrejön az elfogulatlan segítő készség, a mozgásfogyatékos meglevő szociális értékeinek tudomásulvétele, elsimerése. Ez pedig hozzásegíti a mozgásfogyatékost saját értékeinek kibontakozásához, amelyek alapján megtalálja élete célját s a közösségbe való beilleszkedésének lehetőségét.

A mozgásfogyatékosság hatása a személyiség kialakulására

A mozgásfogyatékosok személyiségének megítélésekor — mint ahogyan erről már szóltunk — különbséget kell tennünk azok közt, akiket a fogyatékosság vele születetten, vagy egész korai gyermekkortól sújt, és azok közt, akik ezt a személyiségfejlődés érettebb szakaszában máról holnapra

kénytelenek átélni. A személyiség fejlődésére hatást gyakorló problémák mindkét esetben mások.

A *vele született fejlődési rendellenesség* következtében vagy *korai életévekben létrejött mozgásfogyatékosság esetén* a fogyatékosságba való „belenövekedéssel" állunk szemben. Az ilyen gyermek az egészséges állapotot sohasem ismerte. Ez a személyiség formálódásában bizonyos szempontból még mélyebb változást jelent, mint a későbbi évek folyamán szerzett fogyatékosság.

A személyiségfejlődés szempontjából igen jelentős az a körülmény, hogy a mozgásfogyatékos kisgyermek meg van fosztva az épekéhez hasonló korlátozatlanabb helyváltoztatás lehetőségétől és élményétől. Észlelési köre beszűkül, élményei az egyhelyben éléshez, illetve szűkre szabott mozgáslehetőségekhez kötődnek. A tárgyakat és jelenségeket szükségképpen csak a vele kapcsolatos, leszűkült relációk szemszögéből képes értékelni. A játékok vagy más gyermeki örömök csak abból a leszűkített szempontból jelentenek számára értéket, ahogyan azokkal a korlátozott mozgáslehetőségek közt manipulálni tud, vagy azokkal kapcsolatba kerülni képes. Ebben az értékelésben szerepe van a tárgy súlyának, nagyságának, formájának stb., amelyek a korabeli gyermekek mozgásfunkcióihoz vannak méretezve, s amelyekkel foglalkozni, tevékenykedni nem tud.

Elesik a mozgásos játékok képességet, akaratot, szociális illeszkedést fejlesztő hatásától és attól a hatástól, amelyet a játék mint a gyermeki agresszivitás természetes levezető eszköze képvisel. Hiányzik életéből a gyermekközösségek életének eleven lüktetése. Játék- és tevékenységformái, de egész életformája is, lefokozott, a normális gyermekétől eltérően csendes, sivár.

A mozgásfogyatékos gyermek személyiségfejlődésében külön nehézség forrása az a körülmény, hogy környezete nem jelenthet számára természetes és közvetlenül „leutánozható mintát", példát. Saját magának kell lehetőségein belül megtalálnia az önmagával szembeni követelmények helyes mértékét. A mozgásfogyatékos gyermek *családi nevelésében adódó nehézségekre* Moor (1958) hívja fel a figyelmet:

A „nyomorék" gyermek nevelése a laikus környezet számára különleges problémát jelent, és gyakran bizonytalanság jellemzi a nevelést. Mivel a fogyatékosság kívülről erősebben észrevehető, mint például egy belső betegség, ezért a környezetre egészségügyi vonatkozásban is mélyebben hat, és bizonyos tanácstalanságot hoz létre. Ez a tanácstalanság abban nyilvánul meg, hogy nem tudja, mit kívánhat meg a mozgásfogyatékostól, mi módon bánjon vele. Az a tény, hogy a környezet a mindennapi tennivalók számos kisebb-nagyobb problémájában nem tudja, mi a teendője, odavezet, hogy elhanyagolja a mozgásfogyatékos gyermeket. Egyben viszont érezve, hogy „adósa neki", s hogy jóvá tegye az elhanyagolást, kényezteti. Annál jobban ingadozik a nevelő az elhanyagolás és kényeztetés között, minél inkább érzi, hogy nem találja meg a gyermekkel szemben a helyes nevelői magatartást. Viszont minél bizonytalanabb és következetlenebb a nevelés, annál jobban megzavarja a nevelőt a mozgásfogyatékos gyermek magatartása is. Ugyanis a gyermek, aki nem ismeri ki magát a nevelésben, maga sem találja meg a helyes mértéket, s egyik pillanatban

részvétet akar kelteni, a másik pillanatban — ha segíteni akarnak neki — féltékenyen ragaszkodik önálló próbálkozásaihoz.

A mozgásfogyatékos gyermeket sokat foglalkoztatja saját helyzete. S ez nemcsak az értelmes, érzékeny gyermekekre vonatkozik, hanem az enyhébb fokban értelmi fogyatékosokra is. A megállapítások szerint még azok a gyermekek is, akik látszólag tudomásul veszik a realitást, gyakran súlyos kitörésekkel árulják el személyiségük labilitását. Ennek oka, hogy bár a környezettel szembeni alkalmazkodási törekvéseik eredményesnek látszanak, de ezek nagyon is mesterségesen létrehozottak, s a mélyebb rétegekben még nem jött létre az egyensúly.

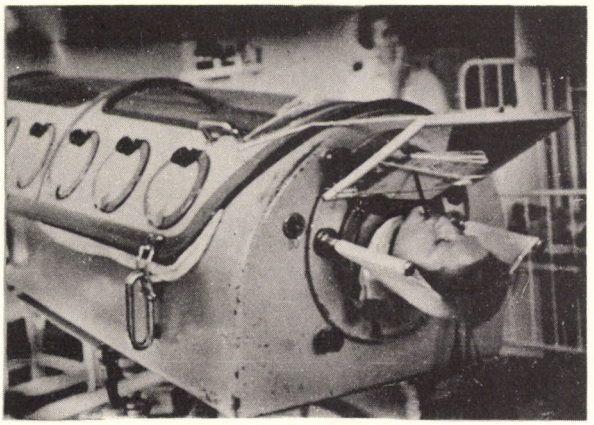
A mozgásában sérült gyermek életében többnyire jelentős szerepet játszanak a hosszas kórházi tartózkodás időszakai. A megszokott környezetből való kiszakítottság, a kórházban átélt, gyakran félelmes élmények és a hospitalizációs hatás ugyancsak mély „bevágást" jelentenek személyiségfejlődésében.

A mozgásfogyatékos kisgyermek saját állapotát még kevéssé realizálja. A fogyatékosság felismerése azonban a pszichés fejlődés folyamán egyre jobban mélyül, s a teljes „rádöbbenés" egyre súlyosbodik.

A *fogyatékosság* felismerésének, *realizálásának szakaszait* részletesen jellemzi Wegener (1959). Eszerint az iskoláskor előtt a gyermek többnyire még nem figyel fel különösebben arra, hogy más, mint a társai; helyzetét többnyire még természetes módon fogadja. Az első krízis általában a kisiskolás kor időszakára esik. Már a beiskolázás idején észre kell vennie, hogy fogyatékossága különleges nehézséget jelent számára a tanulásban és a kortársakkal való játékban egyaránt. Sokszor az iskolát sem tudja látogatni, s ez egész fejlődését hátráltatja. Mindenképpen „félreállítottnak" érzi magát az egészséges gyermekek közösségében, akiknek életét ebben a korban az egészséges motorium tevékenységei: mozgalmas játékok, versengések, tapasztalatszerző kirándulások, csapatszerveződés jellemzik. Ebben az időszakban azonban a gyermek még inkább csak sejti saját „másságát" „különösségét". Ezt a szakaszt még a *külső krízis* idejének nevezhetjük.

A tizedik életév után következik be a fájdalmas önfelismerés *belső krízise*. Az eddigi vidám pajtások már nem ismerik el egyenrangúnak, s növekvő intelligenciájával egyre jobban meglátja saját helyzetét. Mindez önbizalmának, önértékelésének mély hanyatlásához vezet. Ebből a mélypontból a mozgásfogyatékos többnyire csak a pubertás végére tudja felküzdeni magát. A belső érlelődés kiváltja benne a saját értékeinek kibontására irányuló törekvést és a személytelen értékek felé fordulás lehetőségét. Mivel a mozgásfogyatékos intellektuális, emocionális és akarati fejlődése a hiányos nevelés következtében gyakran elhúzódik, az önmagára találás és az eszmények kialakításának ideje gyakran csak a huszadik életév körül következik be. Ebben az érlelődési folyamatban a majdani munkára, hivatásra való előkészületnek hathatós szerepe van. Hogy a mozgásfogyatékos fejlődése folyamán hogyan tud szembenézni, megküzdeni fogyatékossága tényével, azt nagymértékben befolyásolja személyiségének jellege.

Azok számára, *akiknél a mozgásfogyatékosság a személyiségfejlődés érettebb időszakában következik be*, az időponttól függően a probléma más-más színezetet nyer. Minél fiatalabb gyermekről van szó, annál elfogulatla-



12. kép. 12;9 éves fiú. Mind a négy végtagjára teljesen bénult, éjjel-nappal vastüdőben fekszik. Szájjal ír, rajzol, fest; szájába tett botocskával lapozza a könyvet, tologatja a játékot. Tükörből látja a kórtermet, társait, a tv-t. Az általános iskola VI. osztályát végzi. (Szentgyörgyi K. képanyagából)

nabbul veszi tudomásul a tényeket, s csak a fejlődés folyamán ébred tudatára veszteségének.

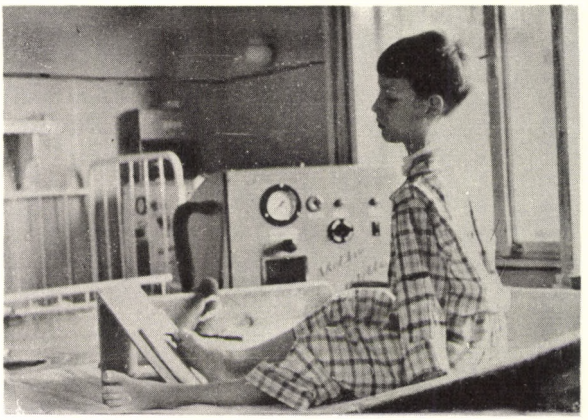
Nagyobb gyermekeknél, főleg a pubertásban, előbb apátiát, majd nagyfokú hangulati labilitást vált ki. Ezeket a fiatalokat töprengés, a jövővel szembeni elbátortalanodás jellemzi. Még a későbbi korban is csak fokozatosan válik tudatossá és egyre fenyegetőbbé számukra a megmásíthatatlan valóság realizálása, a teljes felismerés sokk-élménye.

Bár az ezzel kapcsolatos pontos vizsgálatok hiányoznak, a megfigyelések szerint a későbbi évek folyamán elszenvedett mozgásfogyatékosság hatása, a „felismerési sokk" intenzívebb krízist vált ki a személyiség alakulásában, mint a korai korban létrejövő fogyatékosság. Ezekben az esetekben viszont az a tény, hogy az egyén előző életfolyása normális volt, odavezet, hogy a fogyatékosság okozta hátrányokat intenzívebb energiával igyekszik legyőzni, mint azok a korai fogyatékosok, akik — mint fentebb már jeleztük — sohasem ismerve az ép állapotot, mintegy „belenövekednek" fogyatékosságukba.

A mozgásfogyatékosok a fogyatékosság létrejöttének időpontjától függetlenül sem alkotnak egységes csoportot. Más hatást jelent a személyiség alakulásában a hirtelen betegség, váratlan szerencsétlenség okozta hirtelen károsodás, és más hatást vált ki a krónikus megbetegedés kapcsán lassacskán kialakuló fogyatékosság.

De különféle hatást kelthet a személyiség alakulásában a *fogyatékosság súlyosságának foka* is.

A szakirodalomban többszörösen találunk utalást arra, hogy a fogyatékosság átélése szubjektív jellegű, és nem függ össze szükségképpen magának a fogyatékosságnak a súlyosságával. Gyakran tapasztalható, hogy az enyhébb fokban fogyatékosok szeretnék elrejteni fogyatékosságukat, s felvenni a versenyt az egészségesekkel a számukra inadekvát területen is.



13. kép. 11;2 éves kisfiú. Éjjel elektrorespirátorban alszik, nappal nyitott légcsővel lélekzik. Lábujjaival egészen finom mozgásokra képes: ír, eszik, játszik stb. Az általános iskola IV. osztályát végzi. (Szentgyörgyi K. képanyagából)



14. kép. Az előbbi kisfiú a nála még rosszabb állapotban levő társai kiszolgálásában is segédkezik. (Dr. Kiss Ákosné képanyagából)

Az enyhén vagy középsúlyos fokban fogyatékosok gyakran nehezebben viselik fogyatékosságukat, míg a súlyos fokban fogyatékosok vagy teljesen tehetetlenek, pszichésen mintegy különválasztva magukat az egészségesektől, külön világot alakítanak ki maguknak (Lange—Cosack, Matheis, 1956).

A fogyatékosság súlyossága látszólag szinte fordított arányban van annak átélési lehetőségével (12. kép). A súlyos mozgásfogyatékosság realizálásának hiányát rendkívül érdekesen mutatják a mozgásfogyatékosság legsúlyosabb formájában szenvedő, Heine-Medin megbetegedés következtében gépi lélegeztetésre szoruló, járásképtelen, életüket kórházban élő gyermekek vizsgálatai. Egy négy végtagjára bénult 14 éves leány, aki éjszakáit vastüdőben tölti „beszélgetés közben elmondta, hogy néhány év

múlva férjhez szándékozik menni és több gyermeket szeretne". Egy 8. évében levő „tracheotomizált, kanülben folytatódó nyitott légcsővel lélegző gyermek azt kérdezte a vele foglalkozó felnőttől: ugye, mikor gyerek voltál, neked is volt kanülöd." Egy másik, 10. évében levő „állni még gép segítségével sem tudó, éjjel gépi lélegeztetésre szoruló leány elbeszélése szerint, ha hazamegy, énekelni tanul, mert táncdal énekesnek készül" (13., 14. kép).

Ezek a megnyilatkozások azzal magyarázhatók, hogy e gyermekek állapotukat gyermekkorukkal azonosult állapotnak élik át, és egyben azonosítják azt a kórházi osztállyal is, amelyet már teljes természetességgel fogadnak. A kórterem hangulata derűs, vidám, felszabadult, ebben a környezetben nőttek fel. Felnőtt környezetüket tegezik, a kapott szeretetet természetesnek veszik és ugyanolyan módon viszonozzák (Szentgyörgyi, 1966).

A fogyatékosság-tudat teljes átélése, majd ezzel együtt a gyötrő kisebbségi érzés vagy a kompenzációs törekvésekből származó nagyratörés, nagyzolás, fennhéjázás közti ingadozás érzelmi bizonytalansága a mozgásfogyatékosok valamennyi kategóriájában fokozatosan fejlődik ki, és csak lassan alakul át és jut el a belső kiegyensúlyozottságig. Ez utóbbinak azonban — mint jeleztük — előfeltétele a fogyatékosság felismerése, átélése és az ezt már feldolgozó belső harmónia kivívása.

Mindaz, amit az emberek az életben általában értékelnek, igen meggyőzően hat a fogyatékosra, de ezek az értékek számára többnyire elérhetetlenek. Egyensúlyának alapja az értékek átértékelése. Minél jobban sikerül a mozgásfogyatékosnak az eszmei, személytelen értékek megragadása, minél jobban tudja magát pszichésen függetleníteni fogyatékosságától, annál mélyebb, tartalmasabb „humán értékekkel" telítődik élete.

A mozgásfogyatékosság, a „nyomorékság" nem jár együtt szükségképpen „pszichés nyomoréksággal". Sőt nemegyszer találkozunk mozgásfogyatékosokkal, testi „nyomorékokkal", akik pszichés vonatkozásban magasan az átlagember fölé emelkednek, mert életértékelési skálájuk magasabb szintű, s értékideáljaik magasan az átlagember fölé emelik őket.

A beszédhibások pszichés sajátosságai

A HIBÁSBESZÉDŰEKRŐL ÁLTALÁBAN. REHABILITÁCIÓJUK

A beszédhibások közé sorolják mindazokat, akiknek beszédében valami „alaki" rendellenesség mutatkozik.

Csoportosításuk — a rendellenességek sokfélesége és bonyolultsága miatt — igen nehéz, akár az előidéző ok, akár a tünetek alapján történik. Ugyanaz az *ok* ugyanis többfajta rendellenességet hozhat létre, és ugyanaz a tünet többféle okból származhat. HVATCEV (1954) kóroktani szempontból négy csoportba sorolja a beszédkárosodásokat: 1. organikus elváltozások következtében létrejött beszédhibák, 2. funkcionális zavarok okozta rendellenességek, 3. pszichoneurológiai eredetű és 4. szociális eredetű beszédhibák. BAKWIN (1958) a beszédkárosodásokat vegyes szempontok szerint osztályozza a következőképpen: az organikus eredet, a ritmuszavar, az artikulációs zavar, a kései beszédfejlődés, a hangelváltozások és egyéb beszédhibák szerint. PARREL (1965) osztályozásának fő szempontja gyakorlati: a tünetekből kiindulva a kór-ok alapján hogyan lehet a beszédhibákat — gyermekeknél, ifjaknál és felnőtteknél — gyógyítónevelés útján rendbehozni.

Beszédhiba-típusokba való osztályozást lehetne végezni aszerint is, hogy milyen jellegzetes hibákkal beszél a süket, a nagyothalló, az enyhébb vagy súlyosabb értelmi fogyatékos (és azon belül a Down-beteg, az enkefalitisz következtében beszédsérült), a mozgásfogyatékos (például a cerebrális bénult).

A *tüneteket* alapul vevő felosztások szintén sokfélék. Általában a *folyékonyság* (a ritmus) zavarai és a *kiejtés* (artikuláció) zavarai mint főfogalmak alá igyekeznek rendezni a beszédhibák tarka megjelenési formáit. „*Vegyes rendellenesség*" vagy „*tisztátalan beszéd*" alá pedig az egyik csoportba sem vagy mindkettőbe sorolható beszédkárosodásokat. A beszédbeli rendellenességek rövid, összefoglaló ismertetésekor célszerű ezt az egyszerű felosztást követni, mivel elsősorban a hibásbeszéd *tünetei* észlelhetők.

A beszédhibák változatos képét még színesebbé teszi, hogy a tüneteket vizsgálva figyelembe kell vennünk a beszédfogyatékosság fokának *súlyosságát*, a rendellenesség megjelenésének *idejét* és *eredetét*. Végül összefüggését egész személyiségével.

A beszédhibákat gyakoriságuk szerint részletesebben vagy csak futólag vesszük sorra.

A *dadogás* enyhe formájában a folyékony beszédben való elakadás, a szavak bizonyos kezdőhangjainak vagy szótagjainak többszörös megismétlése. Súlyosabb formájában ezt a megismétlést görcsös erőlködés kíséri, az arc eltorzulása, sőt a kéz és a láb, olykor az egész test látható együttmozgása, rángása. Okának magyarázatában a szakirodalom nem egységes.

Vannak szerzők, akik organikus eredetűnek tartják, vannak akik familiárisnak, mások funkcionális vagy pszichoneurotikus tünetnek, ismét mások vegyes származásúnak.

Megnyilvánulási ideje általában az óvodáskor, az iskoláskor eleje és a pubertás, de előbb is, később is megjelenhet. A 2—3 éves korban átmenetileg mutatkozó dadogás legtöbbször „fiziológiás" tünet, megfelelő környezetben nyom nélkül megszűnik. Jellemző a dadogásra, hogy nem minden helyzetben lép fel, vagy nem egyforma erősen. Tudatos figyeléskor, izgalom, zavar hatására erősödik, viszont önfeledtségben vagy szerepbehelyezkedéskor, továbbá nyugodt, megszokott környezetben nem jelentkezik. Játék, versmondás, éneklés, suttogás közben, színpadon általában nem dadog a dadogó (kivéve a rendkívül súlyos eseteket). Viszont nagy izgalomban még az is dadoghat, akinek beszéde különben ép. Ez az úgynevezett „tüneti dadogás".

A hadarás (tumultus sermonis) nem azonos a gyorsbeszédűséggel (tachylalia). A hadarás jellegzetességei a szakirodalom szerint (Luchsinger—Arnold, 1959; Palotás, 1966) a gyorsaság, a pontatlan, elmosódott artikuláció, a hang és a szótag elnyelése, a befejezetlen mondatok, a gyenge helyesírás, a figyelem, főleg az akusztikus figyelem dekoncentráltsága, a szegényes szókincs, a beszéd egyhangúsága. A hadarás nagy valószínűséggel örökletes organikus zavar. A hadarók intelligenciája általában ép. Személyiségükre jellemző a „kapkodás", a „szétszórtság". Rehabilitálásukat a mai szakvélemény eredményesebbnek tartja, mint a régebbi: főképp, ha idejében részesülnek gyógyítónevelésben. Foglalkozásul a műszaki pályák a legalkalmasabbak számukra.

A hadarás gyakran kombinálódik dadogással.

A pöszebeszéd az artikulációs zavarok közé tartozik. Sokfélesége közt két változat a legjellemzőbb. Amikor a pösze az egyik hang helyett másikat ejt (például: *s* helyett *sz*-t (paralalia), és amikor a megfelelő hangot ejti, de rosszul, tisztátalanul (dyslalia).

Enyhe formájában csak egy-egy beszédhang képzése helytelen: többnyire az *s*, *sz* hangoké („selypes" beszéd), vagy az *r* hangé („raccsolás", rotacizmus). Súlyos formájában a beszéd szinte az érthetetlenségig tisztátalan lehet. Schilling (1963) kiegészíti a hagyományos meghatározásokat, szerinte a hang magában kiejtve helyesen képzett lehet, de nem épül be az anyanyelv fonémakészletébe.

A pöszebeszéd oka rendkívül változatos: értelmi, hallási fogyatékosság, különféle idegrendszeri ártalom, infantilizmus, környezeti károsodás, késett fejlődés, rossz beidegzés, a beszédszervek motoros ügyetlensége, fogrendellenesség, farkastorok, nyúlajk stb. A korszerű szakirodalom (Levina, Pinszkij, 1966) felhívja a figyelmet az artikulációs zavaroknál arra, hogy olyan ép értelmű gyermekek, akiknek hallása is teljesen jónak mondható, mégis beszélhetnek tisztátalanul. Oka a beszédhangok auditív differenciálási nehézsége. Az ilyen gyermekek speciális beszédfejlesztésre szorulnak ugyan, de nem a gyöngeelméjűek intézményeiben.

A pöszebeszédnek is van „élettani" szakasza: a beszédkezdettől körülbelül négyéves korig. Az *r* hang helyes képzése valamivel később is történhet, de mindenesetre az iskoláskor előtt. Beszédkésés esetén ez az időszak kitolódhat.

Az *orrhangzós* beszéd oka lehet szervi, lehet funkcionális. A szervi ok (adenoid vegetáció, farkastorok, nyúlajk) operatív úton megszüntethető, s a beszéd minősége speciális foglalkoztatással megjavul.

Az *afázia* bonyolult kórkép, változatos formákban nyilvánul meg a beszéd, az olvasás, írás, számolás terén, enyhébb-súlyosabb fokban. A motoros afáziára jellemző, hogy a beszédmegértés megmarad, a beszéd artikulációs mozgásos része kiesik. A szenzoros afáziára pedig, hogy a beszédhangok megkülönböztetése gátolt. A két változat együtt is megjelenhet, ez a szenzomotoros afázia. Az afáziás személy értelme és hallása ép.

A *mutizmus* teljes némaság alakjában ritka kórkép, elektív mutizmus formájában inkább előfordul, pszichoneurotikus alapon. Többnyire a beszéd kezdetén vagy az óvodás-, vagy az iskoláskor elején a gyermek nem szólal meg bizonyos helyzetben vagy bizonyos személyek előtt.

A *hangelváltozások* közé tartozik a fonaszténia és az afónia, amikor az artikuláció ép, de a hang halk vagy nincs; továbbá a diszfónia (rekedtes hangszín). Lehet szervi, funkcionális, pszichés eredetű. Ide sorolják a gégeoperáció következményeként előállt hangtalanságot, valamint a mutációt, fiúk serdülésekor fellépő hangváltást.

Tisztátalan beszéd néven foglalható egybe a beszédnek sok kisebb-nagyobb rendellenessége, ezek főleg a gyermekkorban vagy később betegség következtében fordulnak elő. Okai a rossz légvétel, a beszélő szervek renyhe mozgása, nyelv-kényelem, a fogak összezárása, foghíjasság, hangok elnyelése és más egyéb. Előfordulhat a családban rossz beszédpélda, ezt sajátítja el a gyermek.

A *megkésett beszédfejlődés* is a beszédzavarok közé tartozik. Oka lehet örökölt, családi; lehet értelmi, hallási fogyatékosság; a központi idegrendszer zavara; hospitalizmus és több egyéb.

A beszédhiba igen elterjedt rendellenesség. Hazánkban Kanizsai (1953) felmérése szerint pusztán az épérzékűeknél és épértelműeknél 2—2,5%. Ez a szám a hallási és értelmi fogyatékosokat is beleszámítva mintegy a duplájára tehető. Bakwin (1958) adatai szerint az Egyesült Államokban a statisztikai adatok az iskolásgyermekek 10%-ánál mutatnak valami beszédrendellenességet. (Gyermekkorban aránylag mindig több a beszédhiba, mint felnőtt korban. Férfiak közt gyakoribb, mint nők közt). Hvatcev (1954) szerint a dadogók aránya felnőtt korban 1, gyermekkorban 2%, angol adatok kisiskolás gyermekek közt 3, nagy iskolások között 1%-ban mutatnak ki dadogást (Beech—Fransella, 1968).

Rehabilitációjuk. Beszédhibások számára hazánkban jelenleg csupán *speciális iskola-részleg*, „Beszédjavítóintézet" van Budapesten és Kőszegen és több beszédjavító tanfolyam Budapesten és vidéken is. Néhány évvel ezelőtt kísérletképpen megszervezték a dadogó kisgyermekek óvodáját, majd iskolájának első, második osztályát. Noha nevelésük eredményes volt, különféle — külső — okok miatt az osztályt nem indították meg újra. A tanfolyamok száma kevés, és különösen a vidékieknek, a falvakban élőknek nincs módjuk igénybevenni.

A beszédhibások *munkában való rehabilitálásával* a szakirodalom keveset foglalkozik. Elhelyezkedésüknél komolyabb probléma nem mutatkozik, feltéve, hogy nem választanak olyan pályát, ahol a beszédnek a munka el-

végzésében szerepe van. Ilyenformán a hibásbeszédűek pályaválasztásuknál mégis erős hátrányban vannak, lehetőségeik korlátozottak.

Országosan több, megfelelő beszédjavító tanfolyam megszervezése volna sürgős feladat a felnőtt beszédhibások részére, az óvodások és az iskolaköteleskorú gyermekek számára pedig iskolával kapcsolatos intézet. A beiskolázás előtti kötelező vizsgálatnak egyben a beszédhibákat is figyelembe kellene vennie. Legfontosabb feladat pedig az iskoláskor előtti kisgyermekek beszédének rendezése és a szülőknek való tanácsadás.

A BESZÉDHIBÁSOK INTELLIGENCIÁJA

A beszédhibások értelmi képességeinek vizsgálatakor külön kell tárgyalnunk a dadogók és az artikulációs zavart mutatók esetét.

A *dadogással* foglalkozó irodalom áttekintésekor (DIEKL, 1958) feltűnik, hogy viszonylag kevés kutatás foglalkozik a dadogók intelligenciájával. Pszichológiai sajátosságaik közül személyiségük áll a kutatók érdeklődésének előterében. Ez nemcsak azt jelenti, hogy intelligenciájuk vizsgálatát elhanyagolták, hanem azt is, hogy nincsenek feltűnő problémák ezen a téren. Míg a korai kutatások (BLUEMEL, 1930) arra hivatkoznak, hogy a dadogók között több az értelmileg gyengébb képességű, addig újabban olyan statisztikai közleményekkel találkozunk, melyek ezt nem támasztják alá. JOHNSON (1959) összehasonlító vizsgálatában a dadogók intelligenciája ugyanolyan szóródást mutatott, mint az átlag népesedésé, illetve az eltérések nem voltak szignifikánsak. Megemlíti, hogy az extrém variánsok — az igen tehetségesek és a határeset jellegűek — valamivel magasabb számban fordultak elő.

Artikulációs zavarokat mutató gyermekeknél viszonylag magas számban találkozunk értelmi fogyatékossággal, mint ahogy az értelmi fogyatékosoknál is igen gyakori a beszédhiba (MÉREINÉ, 1966). A statisztikai adatok eltérőek arra nézve, hogy hány százalékban fordul elő az értelmi fogyatékosok között beszédzavar. Az eltérést főleg az okozza, hogy a vizsgálatokban eltérő korú, súlyosságú és életkörülményű gyerekek szerepeltek. GENS (1950) adatai szerint az intézetben levő értelmi fogyatékosoknál 70—75%-ban fordul elő beszédhiba, az otthon élőknél ez a szám valamivel alacsonyabb.

Ha a kifejezetten értelmi fogyatékosokat le is számítjuk az artikulációs zavart mutató gyermekek csoportjából, akkor is több gyengébb intellektuális teljesítményt mutatót találunk köztük, mint az átlagnépesedésben. Ennek egyik oka, hogy rejtett hallászavar vagy mozgásos éretlenség gyakran fordul elő közöttük, és ez is gátolja értelmi fejlődésüket. Másik okként — különösen beidegzési zavaroknál — a felsőbb idegrendszeri működés zavarára lehet hivatkozni (POWERS, 1957).

Különleges problémát jelent az *afáziás* gyermekek intelligenciájának megismerése (BERKO, 1951). Motoros afázia esetén a feltételezett jó értelmi képesség kimutatása sok nehézséget jelent. A nem verbális vizsgálati szituációban ugyanis gyakran megtévesztő a praktikus intelligencia fejlettsége, ha az absztrakciós feladatoknál az elmaradás fennáll. A beszéd hiánya

ugyanis — a meglevő jó képességek ellenére — súlyosan befolyásolja az intellektuális fejlődést. Farkastorkú gyermekeknél — ha műtétileg nem korrigálták és meg vannak fosztva a beszédbeli érintkezéstől — ezt szintén megfigyelték (GOLDSTEIN, 1961).

Ha beszédhibás iskolásgyermekeket hasonlítanak össze jól beszélő iskolásokkal — a beszédhiba formájától eltekintve —, akkor a beszédhibások intelligenciája átlagosan valamivel a jól beszélőké alatt van.

A BESZÉDHIBÁSOK SZEMÉLYISÉGE

A beszéd az ember emberhez való viszonyának szinte legszemélyesebb, legfontosabb eszköze; az azonos nyelvi közösségnek azonos társadalmi-szellemi közege, híd, amelyen keresztül az egyik ember a másikhoz utat talál.

A hangos beszéd a társas viszonyulások kialakításának döntő szabályozója. Nemcsak mint gondolataink tolmácsolója játszik fontos szerepet, hanem az egyén érzelmi, hangulati életének, akarati megnyilatkozásainak, a benne lejátszódó dinamikus feszültség-ingadozásoknak is kifejezője. Megnyilvánulásának formai jellege, hangulata pedig „az emberek egymás iránt táplált szimpátia és antipátia élményeinek, általában a szociális atmoszféra kialakulásának elsőrendű forrása" (TÓTH, 1948). Ennek következtében a szép beszéd vagy a beszédhiba hatása a társadalmi érintkezésben, s ezzel együtt az emberi élet minden egyes társas vonatkozásában kifejezésre jut. A szép beszéd a *közlésben*, a *leírásnál*, *kérdezéskor*, a napi *társalgásban* vagy az *érzelmi megnyilatkozások* apró mozzanatai közepette hathatósan támogatja az egyént. A beszédhibásnál ezzel ellentétben a beszédbeli érintkezés gyakran elferdülve, torz formában jut kifejezésre, vagy esetleg teljességgel zátonyra fut.

Az ember gondolatait, vágyait, szándékait és érzéseit nemcsak belső lelki szükségletből juttatja kifejezésre, hanem azokkal más emberekből hatást (együttérzést, beleegyezést, vélemény-nyilvánítást) is akar kiváltani, azaz egyéniségét valamilyen alakban érvényre juttatni (SULYOMI—SCHULMANN, 1935). A hibás beszédű egyén nemcsak attól a lehetőségtől van megfosztva, hogy gondolatainak és érzéseinek a megfelelő árnyalatokban adjon kifejezést, hanem a normális beszédre jellemző erővel sem képes hatni beszélőtársára. Élete szegényebb lesz azáltal, hogy szóbeli kapcsolatait mesterségesen csökkenteni kényszerül. Inkább sok mindenről lemond, minthogy sorozatos beszédbeli kudarcok érjék. A beszédhibás egyén kapcsolata környezetével tehát nem harmonikus, az *interperszonális kapcsolatok zavara pedig visszahat össz-személyiségének alakulására.*

Mivel a beszéd a legemberibb és legdifferenciáltabb tevékenységek egyike, a beszéd területén mutatkozó károsodások is rendkívül bonyolultak, sokoldalúak, és a személyiségre gyakorolt hatásuk is igen sokrétű lehet.

A különféle fajtájú és eredetű beszédhibának a személyiség alakulásával való kapcsolatát a beszédhibák súlyossági fokától eltekintve sem kezelhetjük egységesen. A személyiség alakulásában más problémát jelentenek ugyanis a *fonációs vagy artikulációs zavarok* és mást a *beszéd dinamikájának*,

ritmusának zavarai. Ezen belül is más problémát jelent a funkcionális eredetű fonációs vagy artikulációs zavar, s mást az, amelynek organikus háttere van. Az organikus alapon kialakult artikulációs zavaroknál is különbség van a központi idegrendszer károsodása következtében kialakult beszédzavar s a perifériás beszédszervek károsodása által létrejött beszédhiba személyiségformáló hatása közt. Bizonyos beszédzavaroknál a pszichés konstitúció, másoknál az organikus elváltozás van előtérben. Az esetek többségében a kettő elválaszthatatlan kapcsolata áll fenn.

A beszédszervek *perifériku s károsodásából* származó beszédzavarok személyiségalakító hatását, főleg ha azok külsőleg is szembeszökőek, bizonyos vonatkozásban úgy foghatjuk fel, mint a fizikai rendellenességeknek egy fajtáját. A specifikus károsodás mellett mindkettőt a „megjelöltség" ténye is jellemzi. Ilyennek fogható fel például a gégeexstirpáció és a szájpadhasadék. Utóbbi — különösen ha ajakhasadék is járul hozzá — a beszédhibán kívül testi megjelöltségével is visszahat a személyiség alakulására. Az így sújtott egyén gyermekkorban gúnynak, s még felnőttkorban is gyakran kíváncsiskodásnak van kitéve. A specifikus károsító tényezők a testi fogyatékosságnál is, s a beszédzavarnál is mások; károsító hatásukat azonban mindkét esetben az egyén életfeltételei, életkori, környezeti és nevelési adottságai, valamint személyiségének belső dinamizmusa szerint fejtik ki.

A *központi idegrendszer károsodása* következtében létrejött beszédzavarnál a beszédhiba az egész állapot járulékos tüneteként fogható fel, s a személyiség formálódása a centrális sérülés jellege szerint alakul. Így például az *oligofréniával* járó beszédzavarnál a személyiség alakulását alapvető módon az oligofrénia ténye határozza meg. A csatlakozó beszédzavar azonban mint járulékos tünet az egész személyiségképet tovább súlyosbítja, s ezzel növeli az egyén társadalmi beilleszkedésének nehézségeit. Az egész személyiségre ható súlyos következményekkel jár az *afázia* is. Az esetek nagy részében, legalábbis átmenetileg, a beszéd nem áll a kommunikáció rendelkezésére.

Vannak tehát olyan beszédhibák, amelyek az organikus sajátosságok következményeként foghatók fel, s vannak olyan pszichés sajátosságok, amelyek természetszerűleg kapcsolódnak bizonyos beszédhibához. A beszédhiba és a rárétegeződő pszichikai hatások egymással szerves kölcsönhatásban vannak. Jó példa erre a *hadarás*. Ennél a beszédhibánál egyre jobban kimutatják az organikus alapot. A hadarókra jellemző a kapkodás, a szétszórt figyelem, a rossz megtartó emlékezet, az amuzikalitás, a szókincs-szegénység. Érdeklődésük inkább a reáltárgyak (matematika, fizika) felé fordul, extrovertáltak. Beszédhibájuk nem okoz sem gátlást, sem beszédfélelmet, sőt sokszor nem is tudatos bennük.

A beszédhibások általános jellemzésével kapcsolatban több szerző megemlíti a gyermekkori funkciók (mozgásfejlődés, beszédfejlődés stb.) kialakulásának késését. Hess (1961) rámutat a beszédhibásoknál az akusztikus, optikus, és taktilis-kinesztetikus figyelem és differenciálóképesség fejlődésének elhúzódó voltára, illetve manifeszt gyengeségére. Feltűnik emellett a görcsös tartás, a merev ataktikus járás, a kapkodó szögletes mozgás, görcsös beszédszervi izomzat.

A pszichés tulajdonságokat jellemezve Hvatcev (1954) megállapítja, hogy a súlyosabb beszédhibák hatásaként különösen gyermekeknél hallgatagság, határozatlanság, bátortalanság, bizalmatlanság, zárkózottság, negativizmus, ingerlékenység és a csökkentértékűség érzése fejlődhet ki.

A beszédhibások közül a szakirodalom leginkább a *dadogók* személyiségével foglakozik.

A dadogók személyiségének megértéséhez hozzásegíthet idegrendszeri *konstitucionális adottságaiknak* megvilágítása. Már Sarbó is megállapítja 1906-ban, hogy „a dadogásnál a tünetek oly komplexusát leljük fel, amelyek a központi idegrendszer eltérésére utalnak". Nadolecny (1949) a dadogást olyan konstitucionális alapon létrejövő neurotikus reakciónak fogja fel, amely a beszéd koordináció területén nyilvánul meg. Vlasszova (1965) megállapítása szerint a dadogást nemcsak mint beszédneurózist, vagyis mint egyetlen szimptómát kell szemlélnünk, hanem mint általános neurózist, amelynek maximális kifejeződése az agy beszédközpontjában van. Dosuszkov (1965) 2000 dadogó vizsgálata alapján azt tapasztalta, hogy a dadogás az esetek 96,8%-ában más neurotikus tünetekkel jelentkezik. 25,6%-ban csak egy, 71,2%-ban pedig többféle neurotikus tünettel párosul: enurézissel, enkoprézissel, tic-kel, neuraszténiával. Asperger (1961) a dadogást a neuropátiák közé sorolja. Utal a gyakori karakter-elváltozásokra és a motorikum enyhe, spasztikus apraxiájára. Véleménye szerint a dadogás — nagyobb számban, mint ahogyan ezt feltételezték — organikus agymegbetegedés következménye.

Bakwin (1958) szerint bármi is a dadogás alapja, az emocionális tényezők szerepe egyre növekszik, míg végre is az lesz úrrá. Bakwin nagy jelentőséget tulajdonít a környezetnek is, különösen az anya viselkedésének. A dadogók családjában gyakran tapasztalták, hogy az anya magatartása túlzottan aggodó, túlzottan gyámolító, tökéletességet megkívánó, parancsoló.

Richardson megállapítja, hogy a dadogók többnyire introvertáltak, deprimáltak és kevésbé kiegyensúlyozottak, mint a rendes beszédűek (idézve Luchsinger—Arnold könyvéből). Ezek a sajátosságok nyilván összefüggnek konstitucionális adottságaikkal is. Emellett azonban maga a dadogás mint a beszédmegnyilatkozásoknál megismétlődő beszédélmény visszahat a személyiség alakulására. Sulyomi—Schulmann (1935) szerint a dadogóban olyan embert kell látni, aki kétségbeesett küzdelmet vív beszédbeli érvényesüléséért. Ebben a küzdelemben túlzottan figyeli beszédének hatását, s negatíven túlértékelve azt rendkívül érzékenyen reagál arra.

Több szerző kiemeli, hogy a dadogó életmenetét a beszédtől való félelem hatja át. Hvatcev (1954) szerint a dadogóban patológiás fóbiát alakít ki az a biztos tudat, hogy a beszéde törést szenved. Szerinte a dadogás számos vegetatív megnyilatkozása annak következményeként jön létre, s nem a dadogás okaként, hanem másodlagos pszichikus jelenségként fogható fel.

Ellentétben a hadarókkal, a dadogók többsége introvertált, beszédhibájával nagyon is tisztában van. Minden élethelyzetben, amely beszédet igényel, súlyosan szorong. Evvel függ össze a kisebb (család) és nagyobb (óvoda, iskola, munkahely) közösségbe való beilleszkedésének súlyos ne-

hézsége is. Ide vonatkozó szociometriai vizsgálatok kimutatták, hogy a dadogók az iskolai osztályokban a peremgyermekek csoportjához tartoznak.

A dadogók személyiségének megismeréséhez közelebb vezet többek között rajzaiknak minőségi elemzése is. Szabó (1961) rajzaik vonalvezetésében és nyomatékában sajátos, az ép és a pösze beszédű gyermekekétől eltérő jegyeket fedezett fel. Gyakori a felesleges szünetekkel megbontott, szaggatott, ismétlésekkel teli rárajzolás, a sepregető, „vázlatszerű vonalvezetés". Minél súlyosabb a dadogás, annál rendezetlenebb a vonalvezetés. A nyomatékot vizsgálva feltűnik, hogy az vagy túl erős, sokszoros átírású, vagy túl gyenge, reszketős, „bomló szerkezetű". (A pöszék vonalvezetése és nyomatéka az ép gyermekek vonalvezetésével szemben nem mutat jelentősebb eltérést.) Ezen kívül a dadogók rajzaiban még különös, bizarr jegyek is észlelhetők: különös test-, és fejformák, merész ujjmegoldások, túl hosszú, bizonytalan, befejezetlen végtagok, besatírozások, rácsozások. Utóbbiak a tapasztalatok szerint szorongásra utalnak. Ezeknek előfordulása Szabó vizsgálatai szerint 540 ép gyermek rajzaiban mindössze 4%-os, a dadogók rajzában pedig 33%-os volt, tehát rajzaikra jellemzőnek mondható (a pöszéknél a bizarr jegyek a normálisakéhoz hasonló alacsony számban, 6%-ban fordultak elő). A rajzban kifejezésre jutó átlagostól eltérő jegyek halmozott előfordulása — ha csak közvetve is, de nyilvánvaló módon — fényt vet a dadogók átlagostól eltérő jellegére. A bizarrériák, a nyomaték és a vonalvezetés „mássága" pedig nemcsak az egész személyiség „másságára" enged következtetni, hanem bizonyos szempontból a „másság" irányát is jelzi.

Ismeretes, hogy a dadogás — még súlyos esetben sem — következik be szükségképpen minden beszédbeli megnyilatkozásnál. Az önfeledt játszás vagy a megszokott, megnyugtató környezet hatására a dadogók beszéde lehet teljesen folyamatos. Ugyanígy nem dadognak éneklés vagy versmondás közben, vagy ha kisgyermekhez, kis állathoz szólnak. Több dadogóval foglalkozó szakember figyelte meg azt is, hogy szerepjátszás — például bábozás — közben, mikor a dadogó saját élethelyzetéből kilép, beszé le kifogástalan.

Ezek a megfigyelések egybevetve a dadogók konstitucionális idegrendszeri vizsgálataival rávilágítanak arra, hogy még milyen sok kérdés vár tisztázásra.

Mint jeleztük, a szakirodalom a beszédhibások személyiségének kérdésével még leggyakrabban a dadogók szempontjából foglalkozik. Véleményünk szerint több olyan sajátosság, amelyet a dadogás retrográd pszichogén hatásánál tapasztalunk, bizonyos vonatkozásban egyéb súlyos beszédfogyatékosságnál is fennállhat. Ezek pontosabb vizsgálata azonban a logopédia szakterületének további feladatai közé tartozik.

Az értelmi fogyatékosok pszichológiája

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOKRÓL ÁLTALÁBAN. REHABILITÁCIÓS LEHETŐSÉGEIK

Az „értelmi fogyatékos" kifejezésen kívül használják az „oligofrén", „szellemileg fogyatékos", „gyengeelméjű" szinonim elnevezéseket. A „gyenge tehetségű", „gyenge képességű", kifejezések enyhébb fokát jelentik az értelmi fogyatékosságnak, illetve esetleg csak azt jelzik, hogy a gyermek teljesítményeiben nem felel meg életkora átlagának. Az „oligofrénia" kifejezést a kutatók egy része csak a korai, a veleszületett vagy legfeljebb a két éves korig megnyilvánuló értelmi fogyatékosságra alkalmazza — a később szerzett értelmi fogyatékosságot demenciának nevezi. (Ljapigyevszkij, 1950; Ozereczkij, 1950; Gano 1966). A szakirodalom más része viszont az oligofrénia kifejezést általában minden értelmi fogyatékosságra alkalmazza, függetlenül a megnyilvánulás időpontjától. Demenciával jelöli az elbutulást, a visszafejlődéses állapotokat (például súlyos elmebajok, vagy epilepszia esetén).

Ezen a területen is mindig tekintetbe kell vennünk a fogyatékosság fokát, keletkezése idejét és okát.

A fogyatékosság *súlyossága* szerint a gyengeelméjűeket általában három csoportba szokták sorolni: beszélnek idiótáról, imbecillisről és debilisről. A szakirodalom bőven foglalkozott a háromféle típus definíciójával, differenciálásával, a fokozatok egymásba való átmeneteinek árnyalataival és a „határesetek"-kel.

Az *idióták* fogyatékosságát első rápillantásra többnyire már a laikus is észreveszi. Testileg súlyos deformitásai lehetnek: „vízfej", „madárfej", aránytalanságok, súlyos mozgászavarok. Fejlődésük alacsony fokon rögződött, szobatisztaságra nem szoktathatók. A beszédet nem tanulják meg. Néhány szót esetleg mondanak, olykor „visszhangszerűen" ismételgetnek, egy-két egyszerű parancsot vagy tilalmat megértenek, de gyakran csak artikulátlan hangon nyöszörögnek vagy üvöltenek. Emberi kapcsolódásra, kooperációra nem vagy alig képesek. Csak a legegyszerűbb konkrét tárgyakat ismerik fel. Fokozati különbségek természetesen köztük is vannak, néhányan közülük eljutnak a gyógypedagógiai foglalkoztatás legalsó határáig.

Az *imbecillitás*nak szintén sokféle változata és súlyossági fokozata van. Testileg gyakori a makro-, mikro- és hidrokefália, a mozgászavar, ha nem is olyan feltűnően, mint az idiótáknál. Intellektuálisan elemi képességeik hiányoznak: szám-, szín-, névemlékezetük gyenge. Nemcsak absztrakcióra képtelenek, hanem a szemléletes és konkrét fogalmakkal is nehezen küzdenek meg, különösen, ha szóbelileg kell kifejezniök. Figyelmük szétszórt, kombinatív képességük, ítélőerejük gyenge. A valót összekeverik a képzelttel, a hallottal. Konfabulálnak. Bonyolultabb gon-

dolkodásra és tevékenységre képtelenek. Beszédük erősen késik, formailag és tartalmilag egyaránt hibás. Az emberekkel való kapcsolatukat érzelmi, akarati életüket ösztönös impulzusok irányítják. Gyakorlati intelligenciájuk viszonylag fejlettebb. Gyógypedagógiai foglalkoztatásra alkalmasak.

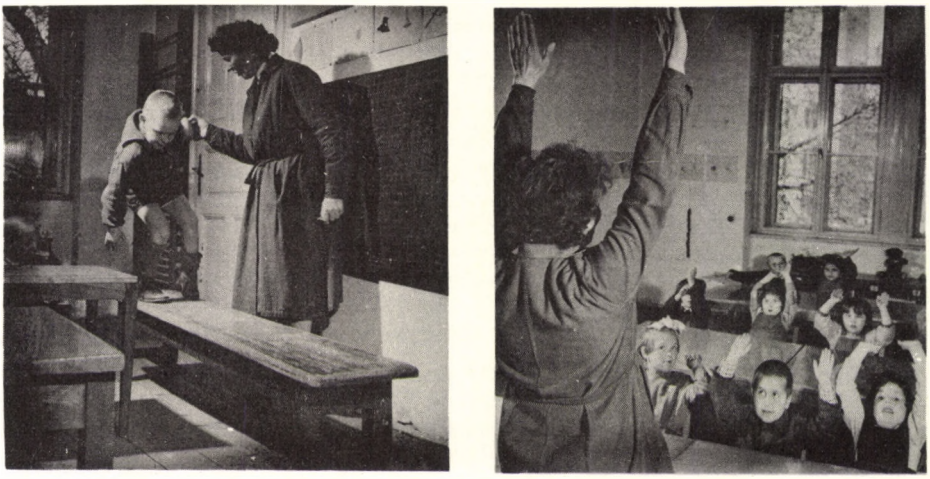
A *debilisek* fogyatékosságát a laikus legtöbbször nem veszi észre. Testalkatuk, fejük nagysága és formája általában nem feltűnően tér el az épektől. Kisebb testi deformitás, halmozott alkati anomália és mozgászavar azonban jóval nagyobb mértékben található náluk. Jellemző rájuk a késett fejlődés, különösen a beszédkésés, a hibás (pösze) és tartalmilag szegényes beszéd, a görcshajlam, az enurézis. Képességeik gyengék, főképp a kombinatív és asszociatív képességek, az ítélőerő és általában a magasabb, elvontabb gondolkodás terén. Viszont a konkrét, a szemléletes és mechanikus képességük megfelelő, ezért praktikus intelligenciájuk elérheti, sőt — olykor — felül is múlthatja az átlagét. Kooperálnak, közösségbe jól beilleszkednek, de mivel általában impulzívabbak, ezért ingerlékenyebbek, nyugtalanabbak, agresszívebbek, fegyelmezetlenebbek, vagy éppen ellenkezőleg: nyomottabbak, passzívabbak, határozatlanabbak, befolyásolhatóbbak, mint az épek. A kisegítő iskola elvégzésére általában képesek. Az értelmi fogyatékosság többnyire együtt jár a beszéd, a mozgás, az érzékszervi funkciók kisebb-nagyobb zavarával, amelyhez többnyire az érzelem, az akarati tevékenység és a viselkedés zavara is csatlakozik.

Nem tartozik az értelmi fogyatékosság körébe egy-egy képességnek egyoldalú „kiesésszerű" gyengesége, mint amilyen az olvasási zavar, a *dyslexia* (más kifejezéssel alexia, legaszténia: olvasási képtelenség, olvasási gyengeség) s az ezzel együtt járó írászavar, a diszgráfia (más szóval agráfia, grafaszténia: írásképtelenség, írásgyengeség), továbbá a számolási zavar a *dyscalculia* (másképpen acalculia, anaritmetika, aritmaszténia: számolás-képtelenség, számolás-gyengeség) vagy egyéb hasonló képesség-gyengeség, ha egyébként ép értelem mellett fordul elő.

Az idiótáknak, imbecillisek és debilisek számarányának megoszlása a szakirodalom szerint: debilis körülbelül háromszor annyi van, mint imbecillis és idióta együttvéve. Más adat szerint az értelmi fogyatékosoknak mintegy 70%-a debilis, 20%-a imbecillis és 10%-a idióta (Lenz, 1934; Moor 1965). Az átlagnépességben — Európában — számukat általában 2%-ra teszik. Ez a szám az oktatás igényességének növekedésével párhuzamosan nő.

Az értelmi fogyatékosság *megnyilvánulási idejéről* a tapasztalat azt mutatja, hogy minél fiatalabb korban keletkezik a károsodás, általában annál súlyosabb következményekkel jár.

Az *ártalom oka* igen sokféle lehet: vele született vagy szerzett, lehet öröklött, lehet csíraártalom vagy méhen belüli károsodás, születési sérülés, betegség (például agyvelő- vagy agyhártyagyulladás) és sok más. A régebbi adatok az örökletes debilitás arányszámát igen magasnak mutatják: 50% körülinek, illetve fölöttinek (id. Moor, 1954). Mai vizsgálataink eredményei szerint hazánkban ez mintegy 13%—40% (Illyésné, 1965; Horváth, 1967). Ez a nagy eltérés abból adódhat, hogy a régi kutatásokban nem különböztették meg eléggé a csíraártalmakat, az intrauterin és a perinatális károsodásokat, nem figyeltek fel eléggé a környezet-okozta ártalmakra. A mai szakirodalom magas százalékszámai viszont az értelmi fo-



15. kép. Egyéni és csoportos mozgásnevelés a gyógypedagógiai óvodában

gyatékossággal járó mindenfajta családi jellegű betegségre vonatkoznak.

Rehabilitációs lehetőségeik. Iskolai rehabilitációjuk speciális intézményekben gyógyító-nevelői tevékenységgel történik. *Óvodai tagozat*, nyolcosztályos *kisegítő iskola* és *kisegítő szakiskola* működik az enyhébb fokban károsodottak részére — nevelőotthonnal is. A súlyos, de még képezhető gyengeelméjűeket pedig *nevelőotthonos foglalkoztató* iskolában helyezik el (15. kép.)

Az idióták ápolásra szorulnak és az Egészségügyi Gyermekotthonokba kerülhetnek; ezek befogadóképessége ma még kicsi.

Azok a fiatalkorúak vagy felnőttek, akik fogyatékosságuk típusa és egyben környezeti körülményeik miatt csak csoportosan foglalkoztathatók, az Egészségügyi Minisztérium főhatósága alá tartozó *foglalkoztató intézményekbe juthatnak be*, ahol elsősorban mezőgazdasági munkát végezhetnek.

Néhány év óta hazánkban is megalakult az egyéni munkára nem képes, súlyosabban értelmi fogyatékosok csoportos foglalkoztatására az „ipari jellegű" úgynevezett „*védő munkahely*". Az itt dolgozók családjuk köréből járnak be, egyszerű részmunkát végeznek, csökkentett munkaidőben, szakemberek irányításával. Az ép munkavállalókhoz hasonló jogokat élveznek: fizetett szabadságban, társadalombiztosításban, nyugdíjban részesülnek. A budapesti Rehabilitációs Szociális Intézeti Központnak ez a kísérlete gátolt körülmények közt is igen jól bevált. Az intézmény külföldi minták utáni további kifejlesztése nemcsak a súlyosan oligofrének emberi életének és munkalehetőségeinek emelése céljából szükséges, nemcsak szüleik megnyugvása szempontjából, akik ily módon biztosítva látják sérült gyermekük jövő sorsát. Hasznos ez gazdaságilag is, mert ezáltal a debilitás alsó fokán, sőt az imbecillitás fokán levő értelmi fogyatékosok is hozzájárulnak eltartásukhoz; nem szorulnak arra, hogy a szociális intézmények gondoskodjanak teljesen róluk.



16. kép. Munkára nevelés a foglalkoztató iskolában. Fent: munka közben; lent: a tanulók által készített munkák

Az értelmi fogyatékosok munkára nevelése már az iskolában kezdődik (16. kép). *Munkába és közösségbe* való beilleszkedésük lehetőségeit JANKOVICHNÉ (1965) a szakirodalom és megfigyelései alapján állította össze. Debilisek munkaalkalmasságát SIMON I. (1965) vizsgálta. A vizsgálatok a *Csirszka*-féle munkaalkalmassági próbamódszerrel történtek. A teljesítmény-értékek felvázolt grafikonja igazolta az elméleti és tapasztalati feltételezéseket: az épekhez viszonyítva a VIII. osztályos kisegítő iskolai tanulók általában leginkább az elvont, a magasabb rendű, a matematikai, a kombinatív gondolkodást igénylő feladatokban maradnak el, de megbízható, jó teljesítményt adnak a konkrét, a mechanikus, a sztereotip jellegű próbákban.

Az oligofrén gyermekek fejlődését nagymértékben befolyásolja a fejlődés belső tényezőinek sérülése, az idegrendszer vele született csökkentértékűsége vagy korai korban keletkezett károsodása. Mégis helytelen lenne azt gondolnunk, hogy az agyi károsodás végzetszerűen meghatározza fejlődésüket. Az ilyen szemlélet nem veszi tekintetbe — hangsúlyozza ZANKOV (1939) — a pszichikus fejlődés összetettségét, a külső tényezők, a nevelés nagy jelentőségét ebben a folyamatban. *Az agyi károsodás ellenére vannak az értelmi fogyatékos gyermeknek fejlődési lehetőségei, melyek a külső tényezők intenzívebb bekapcsolásával realizálhatók.* Fokozottabb szerepe van tehát értelmi fogyatékosoknál a környezet fejlesztő ráhatásainak. Különösen a gyógypedagógiai nevelés folyamatában van mód arra, hogy a fejlődés egyik tényezőjének sérülését kompenzálni lehessen. A helyesen megszervezett gyógypedagógiai nevelés ui. nemcsak pusztán alkalmazkodik a fogyatékosság tényéhez, hanem tudatosan törekszik a defektus által kiváltott sajátosságok korrigálására, a károsult funkciók helyreállítására vagy helyettesítésére, az épen maradt funkciók jobb kihasználására. *Ezért az értelmi fogyatékos gyermekek fejlődésében az oktatásnak és nevelésnek vezető szerepe van, és az oligofrén gyermekek személyiségfejlődését a speciális nevelés folyamatában lehet a legjobban tanulmányozni* (SIF, 1961).

Az értelmi fogyatékos gyermekek fejlődésében vannak bizonyos általános törvényszerűségek, közös vonások, azonban az egyes súlyossági kategóriákban és kórformákban lényegesen eltérő jellegzetességek mutatkoznak meg. Fejlődésük vizsgálatára legalkalmasabb az egyéni nyomonkövetés módszere.

A következőkben röviden összefoglaljuk 184 különböző súlyosságú értelmi fogyatékos gyermek fejlődésének, átlagosan 8—10 éves nyomonkövetése alapján tett megállapításainkat (LÁNYINÉ, 1965).

Az értelmi fogyatékosságot bizonyos tünetek előre jelezhetik már csecsemőkorban — különösen a súlyosabb esetekben —, de az állapot biztos fölismerése rendszerint csak később, a magasabb rendű intellektuális funkciók normális kibontakozásának idején lehetséges. *Ezért helyesebb kis korban értelmi fogyatékosság helyett értelmi fejlődési zavarról beszélni.*

Az oligofrén gyermekek fogyatékossága *csecsemőkorban* legszembetűnőbben a vegetatív idegi szabályozás zavarában, az alapvető életfunkciók rendellenességében, a motoros funkciók fejlődési elmaradásában, a szenzomotoros koordináció zavarában mutatkozik meg. A mentális funkciók közül az érdeklődés, a kíváncsiság, a kísérletező, próbálkozó funkcionális tevékenység elmaradása jelzi a fogyatékosságot.

Az oligofrének fejlődésének egyik jellegzetessége, hogy a funkciók késve jelennek meg, a másik, hogy fejlődésük szakaszai az egyes gyermekeknél sokkal nagyobb időhatárok közé esnek. Ezáltal a *fejlődési periódusok kevésbé különülnek el egymástól, és egy-egy életkori szint fejlődési jellegzetességei sokkal nagyobb egyéni variációt mutatnak.*

Az *1—3 évig terjedő korban* — a debilisek egy részét kivéve — jellemző, hogy az oligofrének még csecsemős életformában élnek. Mozgásos fejlettségük igen elmaradott, alapvető szokásaik a szobatisztaság és evés vonalán



17. kép. Csoportos foglalkoztatás a gyógypedagógiai óvodában

rendellenesek, kapcsolatuk a külvilággal zavart, fejlődésükben igen kis mértékben jut szerephez a spontaneitás. A funkciók differenciálatlansága miatt ebben a korban még sokszor jellegtelen és nem típusos a pszichikus profil.

A 3—6 éves értelmi fogyatékos gyermekek fejlődésében a beszéd már megjelenik, de kezdettől zavart formában. A beszédnek még nincs vezető szerepe a cselekvés irányításában és a beszédmegértés fejlettebb, mint a motoros beszéd. A kontaktuskészség zavara, a viselkedés abnormális tünetei jelzik a sérült valóságtükrözés alapján kialakuló inadekvát alkalmazkodást. Ebben a korban az utánzás megjelenése — pozitív személyiségtényezőkkel együtt járva — a fejlődőképesség fontos tényezője. A szenzomotoros tanulásra való képesség és e korszak második felében fejlődő szociális tulajdonságok az alapjai a gyermekek egy részénél a gyógypedagógiai óvodai nevelésre való alkalmasságnak. A súlyosság szerinti kategorizálás az iskoláskor előtt még alig lehetséges.

Az *iskoláskorban* jelentős eltérés mutatkozik a debilis, imbecillis és idióta gyermekek fejlődésében, és az egyes kategóriákon belül eltérő lesz a gyógypedagógiai nevelésben részesülők és nem részesülők fejlődése. Ebben az életkorban válik kifejezetté az oligofrénia alapvető tünetének, az absztrakció és általánosítás funkcióinak sérülése.

Az idióta gyermekek ebben az életkorban is még csecsemős élethelyzetben élnek, és különösen az ápolóintézetbe kerültekre jellemző, hogy a foglalkozás hiánya miatt állapotuk néha még súlyosbodik is.

Az imbecillis gyermekek esetében a szakszerű képzésben részesülők fejlődési előnye főleg az intellektuális funkciók, a hasznos munkavégzés és alkalmazkodó készség területén mutatkozik meg. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a gyógypedagógiai nevelés ezeket a funkciókat fejleszti a legjobban,

másrészt, hogy az otthon nevelkedő gyermekek spontán fejlődésében ezen a területen történik a legkevesebb előrehaladás. Az otthoni nevelés körülményei között viszont szélesebb skálája fejlődik ki az érzelmeknek.

Debilis gyermekek fejlődésében igen fontos tényező, hogy idejében megtörtént-e állapotuk felismerése, és beiskolázásuk a kisegítő iskolába zökkenőmentes volt-e. Azok a gyermekek, akik hosszas általános iskolai hányódás és kudarcélmények vagy többszörös át- és visszahelyezés után kezdik meg kisegítő iskolai tanulmányaikat, az intellektuális rendellenességen kívül gyakran személyiségzavarokat is mutatnak. Félelem alakul ki bennük az intellektuális követelményektől, a kisebbrendűségi érzés miatt pedig gátlásosság vagy ennek agresszív magatartással való kompenzálása lép föl.

A serdülésnek az értelmi fogyatékos gyermekek személyiségfejlődésében is fontos szerepe van. A szomatikus és pszichés serdülés jelenségei azonban sok esetben másként zajlanak le, mint a normális gyermeknél. A testi serdülés kezdete és időtartama gyakran eltér a normálistól. A testi serdülés késése és elhúzódása általános jelenség. Gyakran előfordul azonban korai nemi érés is. Kifejezett a testi serdülés késése Down-betegeknél. A szexuális fejlődés elmaradása és zavara a fő tünete az értelmi fogyatékossággal járó Turner-syndromának (lányoknál) és a Klinefelter-syndromának (fiúknál). A késlekedő testi serdülésnek szinte minden esetben az a következménye, hogy a gyermek személyisége infantilis lesz. Imbecillisek állapota gyakran súlyosabbnak látszik, mint kisebb korban, mert az életkorhoz és testi fejlettséghez adekvát lelkialkat nem fejlődik ki: a közel felnőtt méreteket elérő 14—15 éves gyermek érdeklődése, viselkedése, játékmódja igen kisgyermekes marad.

A pszichés serdülés terén az értelmi fogyatékosoknál is megfigyelhető jelenségek a következők: fokozott érzékenység és ingerlékenység, érzelmi labilitás, végletes érzelmek. Megfigyelhető az átmeneti dac és makacsság is, melynek nevelési befolyásolása nehezebb, mint az ép serdülőknél. Debilis, sőt még imbecillis serdülők is kezdenek többet foglalkozni saját magukkal, tehát a serdülőkre jellemző introvertálódás, ha más módon is, de náluk is megjelenik. Legtöbbjük, még az imbecillek egy része is rájön vagy rádöbben saját fogyatékosságára, és ezt sok esetben igen fájóan élik át.

A debilisek fogyatékossága a környezet megfigyelése szerint a serdülőkorban gyakran mintha enyhülne vagy eltűnne, imbecilliseknél pedig gyakran súlyosbodást észlelnek. Ennek oka az, hogy erre az időre az imbecillisek nagy része eléri az értelmi teljesítőképesség maximumát, az ún. szellemi plafont. Ha az értelmi funkciók terén nem következik is be ezután lényeges változás, az elemi munkakészségben, a szocializált magatartás terén jelentős fejlődés történhet imbecilliseknél is. Debilis gyermekek a serdülés alatt és után gyakran meglepő magatartás-változást mutatnak. A sok iskolai kudarcot átélt gyermek a munkatevékenységben sikereket ér el. Debiliseknél is megjelenik az „én" hangsúlyozása, a felnőttség vágya, kedvező nevelési feltételek esetén tágul az érdeklődés, és képesek lesznek társadalmi célok érdekében dolgozni. Nem a debilis serdülő képességei lettek tehát jobbak, nem fogyatékossága csökkent, hanem a serdülés során magatartásilag érett, komolyodott.

Fokozott védelemre, felügyeletre szorulnak az értelmi fogyatékosok szexuális vonatkozásban. Védelemre és támogatásra a gyógypedagógiai intézmény elhagyása után, felnőtt korukban is szükségük van életvezetésük kialakításához. Ennek intézményes megvalósítása is fontos gyógypedagógiai feladat.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK ÉRZÉKELÉSE

Az értelmi fogyatékosok látása

Az érzékelő apparátus, színlátás. Az értelmi fogyatékosságot okozó kórfolyamatok gyakran a látószerv zavarait is előidézik (HEBER, 1959).

RANSCHBURG (1908) DOLLT idézve megállapítja, hogy a gyengetehetségűek 35%-a gyengénlátó. Ezt igazolja THORINGTON (idézi: HELLER, 1925), aki 2000 értelmi fogyatékos közül 650-nél talált ametropiát, 215-nél hypermetropiát és 40-nél myopiát, valamint KLEEFISCH (idézi: HELLER, 1925), aki a megvizsgált esetek 20%-ában mutatott ki látászavarokat. KEMPF—COLLINS (1929) a látásélesség zavarát és a strabizmust ugyancsak nagyobb arányban találta gyengetehetségűek, mint normálisok között. DITRÓI (1929) ezzel szemben 100 kisegítő iskolai tanulónál a látásélesség területén nem mutatott ki jelentős eltéréseket, de fénytörési hibákat már jóval nagyobb százalékban tapasztalt. WEBER (1929) kisszámú kisegítő iskolai tanulónál végzett igen részletes látásvizsgálatot, és a primitív látásfunkciók (látásélesség, fény- és színérzékelés) területén nem talált különbséget normálisok és látók között.

A Down-betegek között elvégzett vizsgálatok eredményei jobban megegyeznek. LOWE (1949) a megvizsgált Down-betegek egyharmadánál az irisz kóros elváltozásait és myopiát mutatott ki. SKELLER és OSTER (1951) eseteiknél opálos lencsét és nagy százalékban hypermetropiát találtak, IGERSHEIMER és MAUTNER (1951) 8—15 éves Down-betegeknél cataractous opticyt figyelt meg, BENDA (1960) szerint a Down-beteg gyermekek között a strabizmus és refrakciós hibák gyakoribbak.

A színlátás területén elvégzett vizsgálatok általában a színérzékelés és színmegnevezés zavaraira mutatnak rá.

ULBRICH (idézi: HELLER, 1925), a színmegkülönböztetés és az intelligencia fok között talált összefüggést. KLEEFISCH (idézi: HELLER, 1925) a színárnyalatok megkülönböztetésének nehézségeire, valamint PETERSSzel együtt a színmegnevezés zavaraira mutat rá. O'CONNOR (1957) imbecilliseknél a piros, a zöld és sárga, a kék színvakság eseteit mérte fel. Ezek előfordulása a normálisoknál kimutatott 7,6%-kal szemben 13,3% volt. MERACHNIK (1960) a színlátásban a vizsgálati csoporton belül életkor, nem és agysérülés szempontjából nem talált különbséget, viszont az értelmi fogyatékosok és normálisok között jelentős eltérés mutatkozott. KERESZTES (1963) 100 kisegítő iskolai tanuló színlátását vizsgálta meg a *Stilling*-féle „Pseudo-isochromatikus" táblák segítségével. Kísérleti csoportjában csak 11 tanuló volt normális színlátású, 89 különböző mértékben színt tévesztett.

Az érzékelési idő megnövekedése. Érzékelési időn azt az időtartamot értjük, amely a fizikai ingerek érzékszerveinkre való hatása és az érzékleti kép előállása között eltelik. Szűkebb értelemben az érzékelési idő azt az időtartamot jelenti, ameddig a közvetítő fizikai ingeregyüttesnek a receptor felületre kell hatnia ahhoz, hogy a tárgyat biztosan felismerjük.

A tárgyak érzékelési ideje több körülménytől függ. A tárgy érzékeléséhez általában rövidebb idő szükséges, mint a tárgy képének felismeréséhez. Jól ismert tárgyakat rövidebb idő alatt ismerünk fel, mint kevésbé ismerteket. Ha beállítódunk egy tárgy érzékelésére — például előre közlik velünk, hogy mely tíz tárgy közül fognak egyet exponálni —, rövidebb idő szükséges a felismeréshez, mint ilyen beállítódás nélkül. Az érzékelési időt mindezeken kívül számos más kísérleti körülmény is meghatározza: a tárgy nagysága, távolsága, a megvilágítás erőssége stb.

A fentiekből következik, hogy érzékelési időről nem beszélhetünk általában, hanem mindig csak az érzékelés meghatározott külső és belső feltételei mellett, meghatározott érzékelési szituációban.

Az érzékelés belső feltételei (korábbi tapasztalatok, figyelmi koncentráció, beállítódás stb.) a normálisoknál is különbözőek. Ezért ha azonos érzékelési szituációban nagyszámú egészséges kísérleti személy mindegyikénél külön megállapítjuk az érzékelési időt, akkor azt tapasztaljuk, hogy a kísérleti személyek érzékelési ideje normális megoszlású.

Ugyanebben az érzékelési szituációban nagyszámú értelmi fogyatékos érzékelési idejét lemérve azt tapasztaljuk, hogy az értelmi fogyatékosok eredményei sokkal szélesebb körben szóródnak, mint a normálisok eredményei (Bappert, 1927). Az értelmi fogyatékosok kis részénél a normálisokra jellemző érzékelési időt figyelhetjük meg, nagy részüknél viszont az érzékelési idő ennél hosszabb.

Az értelmi fogyatékosok nagyobb szóródásának oka az, hogy az egyéni különbségek kialakításában új tényező jelentkezik, az idegrendszeri sérülés. Az idegrendszeri sérülés normálisokhoz viszonyítva megnöveli azoknak a belső feltételeknek a számát, amelyek lehetséges kombinációi az egyéni különbségeket okozzák. Mivel az idegrendszeri sérülés formája és mértéke különböző lehet, az értelmi fogyatékosok érzékelési idejében nagyobb egyéni különbségek jelentkeznek, mint a normálisoknál. Ez a gondolatmenet természetesen nemcsak az érzékelési időre érvényes, hanem az értelmi fogyatékosok később tárgyalandó összes érzékelési teljesítményére is.

Az érzékelési idő megállapítására végzett vizsgálatok arra az érdekes kérdésre is választ adtak, hogy mit érzékel a kísérleti személy akkor, ha a tárgyakat a felismerésükhöz szükséges érzékelési időnél rövidebb ideig láthatja. Ebben az esetben nem az történik, hogy a kísérleti személy semmit nem lát, hanem az, hogy az érzékleti kép elveszti határozott tárgyi körvonalait, elmosódottá, színes foltszerűvé válik. Minél rövidebb ideig exponáljuk a tárgyat, annál sematikusabb, egyszerűbb lesz ez a foltszerű élmény. Minél jobban növeljük az érzékelési időt, annál jobban tagolódik, differenciálódik és közeledik a tárgy adekvát érzékleti képéhez. Az érzékelési idő növelésével az érzékleti kép változásait a tárgy felismeréséig, az

adekvát visszatükrözésig SZOLOVJEV (1953) így írja le: „A legmegszokottabb tárgyak — baba, csirke, doboz, gyufa, teáskancsó — színes képeinek fehér kartonokon való exponálásakor rövid expozíció esetén csak egyforma szürkés lapot látunk; azután (ha növeljük az érzékelési időt) kiválik rajta egy egyszerű kerek szürke homályos folt, ami nagyobb, mint az ábrázolt objektum. A további folyamatot az először homogén szürke, egyszerű formájú, elmosódott felhőfolt pontos analízise és differenciálódása jellemzi. A szürke folt színessé válik, először egyszínűvé, később a tárgy különböző színű részeinek megfelelően különböző színűvé. Ezzel a folyamattal párhuzamosan az egyszerű forma a tárgy körvonalainak megfelelően differenciáltabbá, összetettebbé válik, és így az elmosódott kontúrok egyre élesebben válnak ki a háttérből. Az először homogén folt egyre bonyolultabb belső tagolást nyer, s eleinte nagy, majd egyre kisebb részek különülnek el benne. Az érzékelés minden új szakaszon a tárgyak pontos visszatükrözéséhez közeledik. A folyamat a tárgy belső tagolásában részletes, formájában összetett érzékleti képének kialakulásával fejeződik be. Ki kell emelni, hogy a kifejlődő folyamat minden szakaszán értelmes érzékelés folyik, vagyis az érzékelő a látottat tudatosítja, és benne valamilyen tárgyat ismer fel, bár azt a megvalósult analízis és szintézis fokától és formájától függően egy bizonyos momentumig csak megközelítőleg ismeri fel és nevezi meg."

Az idézetből kitűnik, hogy ha egy tárgyat a felismeréséhez szükséges időnél rövidebb ideig exponálunk, akkor ugyanarról a tárgyról az expozíciós idő változásával különböző érzékleti képeket állíthatunk elő. A fizikai ingerminta receptorainkra gyakorolt behatási idejének módosításával módosítani tudjuk az analizátorban lejátszódó szintetikus-analitikus idegtevékenységet, az érzékleti képet megalapozó idegműködés szerveződési szintjét. Ezúton kísérletesen normálisoknál is elő tudjuk állítani az idegrendszeri organizáció azon egyszerű formáit, amelyek az értelmi fogyatékosok sérült felsőbb idegtevékenységére nem rövidített érzékelési idő mellett jellemzőek. Az érzékleti kép valóságtükröző funkcióját tekintve, a fizikai ingerminta behatási idejének csökkentése vagy az idegrendszeri sérülés hasonló változást hoz létre az érzékelést megalapozó felsőbb idegtevékenység szerveződési szintjében.

A vizsgálati eredményekből arra kell következtetnünk, hogy az érzékelést megalapozó szintetikus-analitikus idegműködés időben lezajló folyamat, amely több, gyors egymásutánban következő organizációs műveletet foglal magában. Minden egymás után következő organizációs művelet eredményeképpen az érzékleti képet megalapozó neurofiziológiai „ingerület alakzat" magasabb szinten differenciálódik. A szintetikus-analitikus idegtevékenység a szakaszosan megvalósuló szerveződés ellenére egységes folyamat. Az érzékleti képet a folyamat végén előálló neurofiziológiai ingerület-minta alapozza meg közvetlenül. Ezért az élményben nem jelentkeznek azok az érzékleti képek, amelyek a neurofiziológiai történés egymás után következő szerveződési szintjeinek megfelelnének. Az ingerület-minta neurofiziológiai szerveződését nem éljük át az egyre differenciáltabb érzékleti képek egymás után történő gyors változásaiban, mivel csak a szerveződési folvamat végeredményének megfelelő érzékleti kép tudatosul. A lelki je-

lenség, az érzékleti kép, csak a neurofiziológiai történés szerveződésének lezáródása után jelenik meg.

Az időben lezajló szerveződési folyamat teljes megvalósulásához a fizikai ingereknek a tárgy felismeréséhez szükséges érzékelési idő tartama alatt kell hatniuk a receptor felületre. Ha a fizikai ingerek csak rövidebb ideig hatnak, és ennek következtében a receptor aktivitása az ingerület-minta szerveződési folyamata alatt megszűnik, akkor a szerveződés az éppen elért szinten megáll, és az érzékleti kép ezen a szerveződési szinten alakul ki.

Az érzékleti kép szerveződésének folyamatát az agysérüléssel foglalkozó szakirodalom alaklélektani terminológiával írja le. (GELB-GOLDSTEIN, 1920; CONRAD, 1947; CONRAD, 1948; BOSCH 1954). Azokat az érzékleti képeket, amelyek az érzékelési szerveződés alacsonyabb szinten történő lezáródásakor keletkeznek „Vorgestalt"-nak (előalak), az érzékelési szerveződés folyamatát „Gestaltgenezis"-nek (alakfejlődés), és a szerveződés végén kialakuló adekvát érzékleti képet „Endgestalt"-nak (végső alak) nevezik.

A fenti elképzelés alapján az értelmi fogyatékosoknál a differenciálatlan érzékleti képet feltehetően a neurofiziológiai folyamatok alacsony szerveződési szintjével magyarázhatjuk. Az értelmi fogyatékosoknál az alacsony szintű szerveződést természetesen nem az ingerlés megszüntetése okozza, hanem az idegrendszeri sérülés, amely károsítja a morfológiai struktúrákat. A morfológiai struktúrák károsodásának két különböző következménye lehet:

1. Kiesik az érzékelési folyamat differenciáltabb szintű szerveződését biztosító funkció. Az érzékleti kép tehát csak alacsonyabb szerveződési szinten alakulhat ki. Ezeknek a szerveződési szinteknek felelnek meg a diffúz, globális és szinkretikus érzékleti képek, amelyeket a következőkben fogunk tárgyalni.

2. Csökken a morfológiai struktúra funkcióképessége, s ezért a normálisnak megfelelő szerveződési folyamat hosszabb idő alatt valósul meg. Ebben az esetben az érzékleti kép a normálisnak megfelelő szerveződési szinten alakul ki, de az érzéklési idő megnő. A morfológiai struktúrák funkció-csökkenésekor az idegrendszeri szerveződés idejének megnövekedését kétféle módon magyarázhatjuk.

a) A kéregben és a kéreg alatti specifikus központokban lejátszódó szerveződés megvalósulásához a kéregnek meghatározott ingereltségi, „aktivációs" szinttel, „éberséggel" kell rendelkeznie. Ezt az ingereltségi szintet a kéreg és a kéreg alatti aspecifikus központok, a specifikus és az aspecifikus aktivációs rendszerek kölcsönhatása biztosítja. Ennek a kölcsönhatásnak bizonyos formái éber állapotban állandóan fennállnak, ezek biztosítják a kéreg éberségét, más formáit viszont a receptor ingerlése hozza létre. Az idegrendszeri sérülés a kölcsönhatás mindkét formáját károsíthatja. Csökkenhet a kéreg éberségi aktivációs szintje, illetve a receptor ingerlése kisebb mértékben növelheti az ingerületminta feldolgozását elvégző központok speciális ingereltségi állapotát. Mindkét esetben a fizikai ingereknek a receptor-felületre huzamosabb ideig kell hatniuk ahhoz, hogy a specifikus központok az ingerületminta feldolgozásához alkalmas „gerjesztett" állapotba kerüljenek. Hasonló módon magyarázza az érzékelési idő megnövekedését

Szolovjev (1953) a kérgi folyamatok mozgékonyságának patologikus csökkenésével.

Az érzékelési idő ebben az esetben tehát azért növekedne meg, mert a receptor ingerlése nyomán az idegrendszerben lassabban alakulnak ki a szintetikus-analitikus idegműködés megvalósulásához szükséges feltételek.

b) A morfológiai struktúrák funkciócsökkenését — az ingereltségi szintjüket biztosító funkcionális kapcsolatok sérülése mellett — a neuronális összeköttetések számának csökkenésével hozhatjuk összefüggésbe. Ennek következtében elképzelhető, hogy a normális esetben téri szummációval megvalósuló funkciót az idegrendszer a sérülés miatt csak idői szummációval tudja létrehozni.

Az értelmi fogyatékosok érzékelési folyamatait az érzékelési idő szempontjából részletesen Vereszotszkaja (1940) vizsgálta. Kísérleteiben felnőtteknek, normális és értelmi fogyatékos gyermekeknek tárgyképeket (baba, gyufásdoboz, teáskanna stb.) exponált tachisztoszkóposan. Az expozíciós idő összefüggését a tárgyképek felismerésével a 5. táblázat mutatja.

5. táblázat

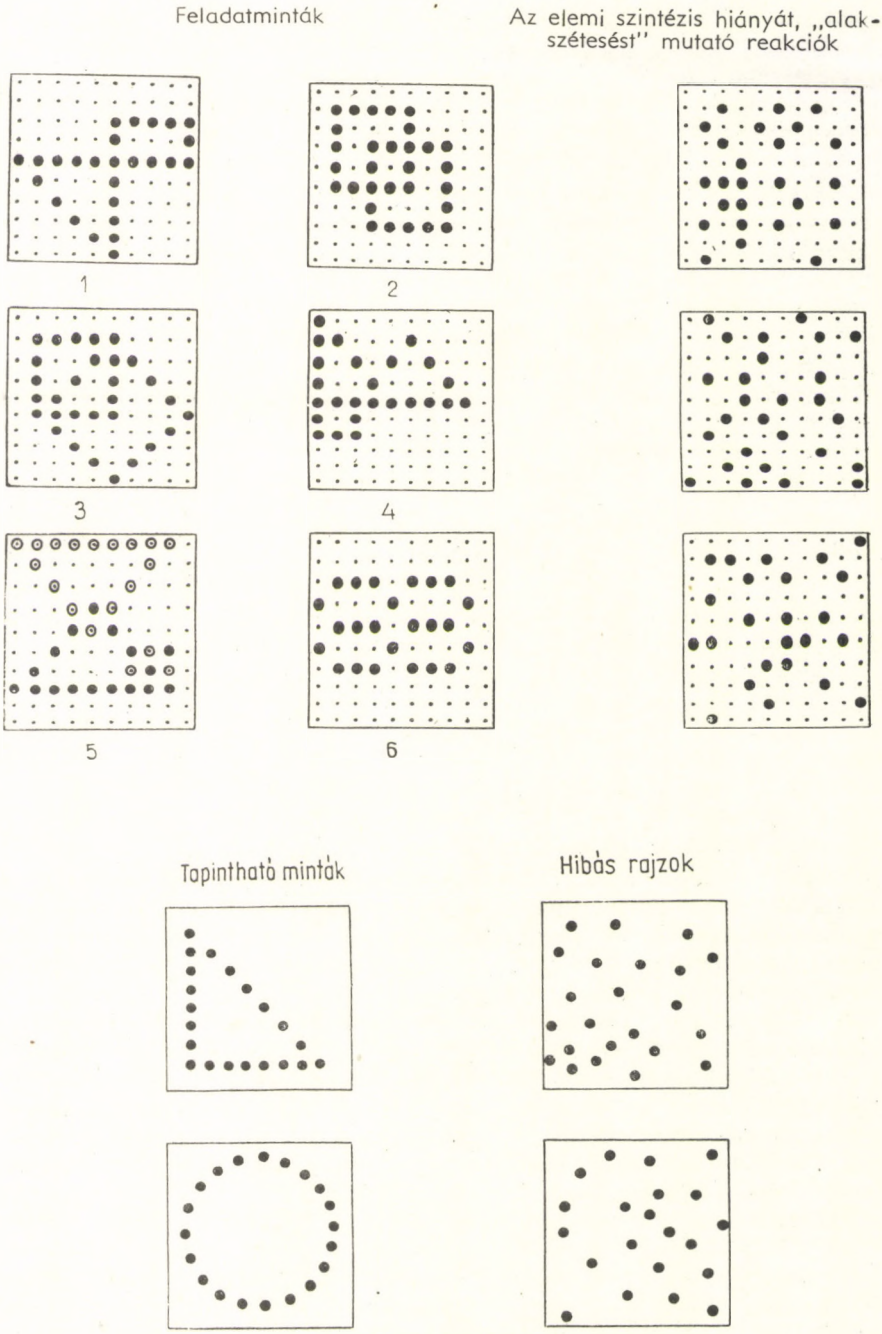
Vereszotszkaja (1940)

Bemutatási idő	Felismert tárgyképek százalékban		
	felnőttek	ált. isk. I. oszt.	kisegítő isk. I. oszt.
22 ms	72	57	—
42 ms	100	95	55

Vereszotszkaja (1940) kísérleti eredményei arra utalnak, hogy az érzékelési idő az érzékelési folyamat olyan jellemzője, amely a fejlődés és nevelés hatására erősen változik. A 22 msec-os expozíciós idő mellett a kisegítő iskola I. osztályos tanulói nem ismertek fel egy tárgyképet sem, a III. osztályos tanulók viszont már a tárgyképek 27%-át helyesen felismerték. 27 msec-os expozíciós időnél az I. osztályosok a tárgyképek 7%-át, a III. osztályosok 57%-át ismerték fel.

Az elemi szintézis zavara. Az elemi szintézis zavarát az érzékelésvizsgálatok elsősorban a formalátás területén mutatták ki. A formák érzékelésének feltételeit megnehezítették azáltal, hogy a formákat részeikre bontva hiányosan, kipontozva exponálták. A pontokból álló ingeregyüttesnél a forma pregnanciája annál gyengébb, minél hiányosabb a forma. Egyszerű alapformák felismerése — kör, háromszög — azonban még ilyen nehezített feltételek között is lehetséges.

Bappert (1927), Schwab (1929), Strauss—Lehtinen (1947) Wewetzer (1959) kimutatták, hogy az agysérült értelmi fogyatékosok csak erősebb formapregnanciájú pontcsoportok exponálása esetén képesek a formákat felismerni. Ennek oka valószínűleg az, hogy az értelmi fogyatékosoknál az érzékelést megalapozó analitikus, szintetikus idegtevékenységben az egyszerű formák szerveződését biztosító elemi szintetikus funkció sérült.



13. á b r a. Strauss—Lehtinen (1947)

Az elemi formaérzékelés zavara legkifejezettebb az alakszétesésnél (Gestaltzerfall). Ebben az esetben az érzékleti kép amorf, foltszerű, elmosódott, nem tükrözi az ingeregyüttes formai sajátosságait.

A 13. ábrán STRAUSS—LEHTINEN (1947) vizsgálati eredményeiből mutatunk be néhány példát az alakszétesésre.

Az alakszéteséshez vezető diffúz érzékelési forma mindennapi élethelyzetekben valószínűleg csak az idiótáknál, illetve óvodáskorú debiliseknél és imbecilliseknél fordul elő. Mivel a kísérleti osztályban a tanulók elemi formákat még bizonytalanul különböztetnek meg (JUHÁSZ, 1960), feltehető, hogy a súlyosabb állapotú tanulók között a diffúz érzékelés is gyakrabban fordul elő. Az előkészítő osztályba járó tanulóknál a mindennapi élethelyzetekben már nem találkozunk ezzel az érzékelési formával.

Az analízis zavara. Az analízis zavarának kimutatására különböző helyzetben végeztek vizsgálatokat. Az érzékleti analízis legegyszerűbb formája az érzékleti összkép tagolódása, a tárgyak kiválása a háttérből és egymástól való elkülönülése.

Az érzékleti analízis ezen formáját a „tárgy—háttér" (Figur—Grund) problémakörben elvégzett vizsgálatok elemezték. Az érzékelési analízis bonyolultabb formáját a formaérzékelés területén több önálló részfigurára felbontható összetett figura érzékeltetésével vizsgálták. A legnehezebb feladatok azokban a vizsgálatokban fordultak elő, amelyekben az összfigurán belül nem zárt figuraegységeket kellett elkülöníteni, hanem a figurákat meghatározott elemi részekre kellett bontani.

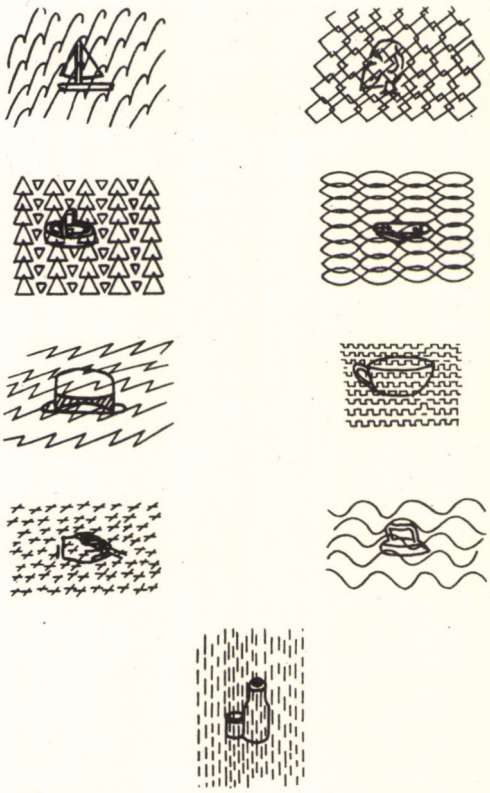
A Figur—Grund probléma kutatását a harmincas évek végén A. A. STRAUSS és H. WERNER indította el.

WERNER a kérdést alaklélektani nézőpontból kívánta megközelíteni, és azokra a tapasztalatokra támaszkodott, amelyeket GOLDSTEIN (1939) felnőtt agysérülteknél szerzett. Célkitűzése nevelési jellegű volt, az endogén és exogén eredetű értelmi fogyatékosok elkülönítésére törekedett (STRAUSS 1939). Úttörő vizsgálataik (WERNER—STRAUSS, 1940, 1941), valamint a későbbi vizsgálatok (STRAUSS—LEHTINEN, 1947; STRAUSS—KEPHART, 1955; CHRUICKSHANK—BICE—WALLEN, 1957; WEWETZER, 1959) a módszerek és az eredmények tekintetében sok hasonló vonást mutatnak. Gyakran alkalmazták a *Marble—Board* tesztet (13. ábra), melynél a gyermeknek figurákat kellett egy 20 × 20 cm nagyságú 10 × 10 lyuksort tartalmazó táblán golyókból kirakni. Tachisztoszkópos vizsgálatnál gyakran szerepeltek a 14. ábrán bemutatott, illetve ezekhez hasonló elrejtett figurák is.

A 14. ábrán látható figurák valójában háttér- és tárgyfigurák. A háttérfigura mindegyik esetben jelentés nélküli, formai vagy tárgyi jelentésük csak a tárgyfigurának van.

E vizsgálatokban az érzékelési analízis a háttér zavaró hatásainak leküzdésére irányult. Ha ez a zavaró hatás érvényesült, akkor nem sikerült a mintát kirakni, illetve a kísérleti személy az elfedett tárgyképet nem ismerte fel.

A háttér zavaró hatása — illetve az erre utaló háttér (Grund)-válaszok — elsősorban az agysérüléssel mutatnak szoros összefüggést. WEWETZER (1959) vizsgálatai szerint a háttér-válasz az agysérülésre utaló egyik legbiztosabb jegy. A nem agysérült értelmi fogyatékosoknál is gyakrabban fordulnak



14. ábra. Wewetzer (1959)

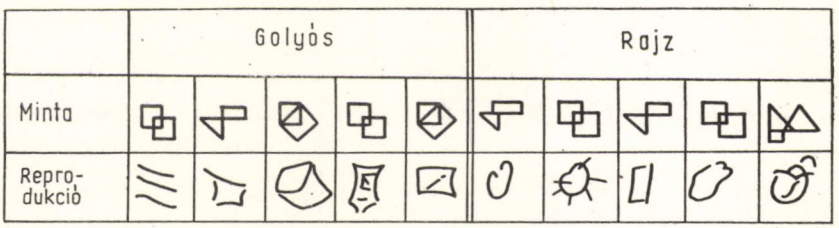
elő, mint a normálisoknál, gyakoriságuk azonban az értelmi kortól függ. BÁN (1963) az elfedett figurákkal normális feltételek — tehát nem rövidített érzékelési idő — mellett az előkészítő osztályban végzett vizsgálatokat. Azt tapasztalta, hogy ezen a szinten és normális körülmények között az elfedés már nem zavarja tárgyfigura érzékelését.

Az érzékelési analízis bonyolultabb formáját BENDER (1957), WEWETZER (1959), JACHIMOVITSNÉ (1962) és még sokan mások vizsgálták. A vizsgálati technika egyszerűsége miatt ilyen természetű feladatok a klinikai pszichológiai gyakorlatban is sokszor előfordulnak.

Az érzékleti analízis e formáinál a kísérleti személyeknek komplex, összetett figurát kell önálló részegységekre, tehát tárgyképekre vagy részfigurákra felbontani (15. ábra).

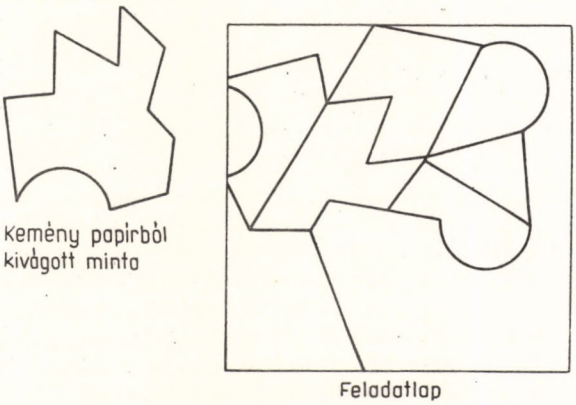
A JACHIMOVITSNÉ vizsgálati eredményeiből idézett példákból látható, hogy az értelmi fogyatékosok az összetett figurák reprodukciójához szükséges érzékleti analízist nem tudták elvégezni. Ezen a szinten az értelmi fogyatékosok érzékletei a forma összjellegét tükrözik. Észreveszik a forma bezártságát, határoltságát, és reprodukcióikban ezt a sajátosságot törekednek visszaadni. Az értelmi fogyatékos az összjelleg felfogásán túlmenően az érzékleti analízist nem tudja elvégezni, a figurákat nem tudja belső tagoltságuknak megfelelően részekre felbontani. A részletek beleolvadnak az egészbe, s az érzékleti kép csak a részletek sajátos összhatását, az egységet, az egész-jelleget tükrözi. Az érzékelés ezen globális szintjén már megvalósul az elemi szintézis, és kialakul az összjellegnek megfelelő formaélmény. Azonban ez a formaélmény még tagolatlan, a részletek elkülönítése nem lehetséges. A figurarészlet hatása nem önállóan, hanem a figura összjellegében érvényesül.

Ez teszi lehetővé azt, hogy az értelmi fogyatékosok a globális érzékelés szintjén a részletek pontosabb analízise nélkül is, csupán az összjelleg alapján tárgyak és formák között különbséget tudjanak tenni. JACHIMOVICSNÉ megkérdezte a gyermekektől, hogy saját reprodukcióikat a mintával megegyezőnek tartják-e? A gyermekek nagy része az összjelleg alapján érzékelte a különbséget.



15. ábra. Jachimovitsné (1962)

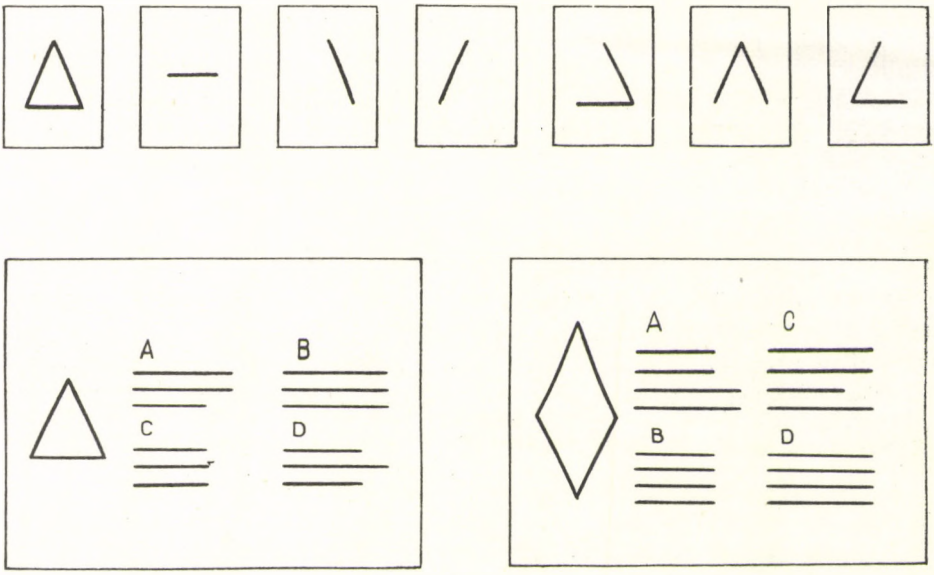
Az érzékleti analízis legnehezebb formájánál a komplex figurát nem önálló, zárt figurális egységekre, hanem a figura önállótlan részelemeire, például vonalakra vagy vonalcsoportokra — kell felbontani. Ilyen típusú feladat gyakran szerepel a performációs tesztekben (*Alexander*-tesztben stb.) is. Bán (1963) kimutatta, hogy az előkészítő osztályos tanulók az ilyen jellegű érzékelési analízist általában már jól meg tudják oldani (16. ábra).



16. ábra. A vizsgált személynek a kemény papírból kivágott minta körvonalait a feladatlapon ki kell keresnie, és a mintát ennek megfelelően kell a feladatlapra ráhelyeznie (*Bán*, 1963)

Birch—Lefford (1964) agysérült és normális gyermekek érzékelési teljesítményeit hasonlította össze egyszerű figurák globális összjelleg alapján történő megkülönböztetésével, valamint a figurák önállótlan részelemekre való bontásával. Megállapította, hogy a figurák önállótlan részelemekre bontásakor az agysérült és normális gyermekek között nagyobb különbség adódott, mint a globális összjelleg alapján történő megkülönböztetéskor (17. ábra).

Érdekes, hogy az érzékelési analízis fenti zavarai nem jelentkeznek az érzékszervi csalódásoknál. A *Müller—Lyer* (Pintner—Anderson, 1916; Spitz—Blackman, 1958; Jenkin—West, 1958) és a *Ponzo* (Leybowitz—Heischel, 1958)-féle figurákkal elvégzett vizsgálatok azt igazolják, hogy a csalódások előfordulása inkább az életkor, mint az értelmi fogyatékosság függvénye. Mivel ezek a csalódások a figurális összjelleg dominanciáján



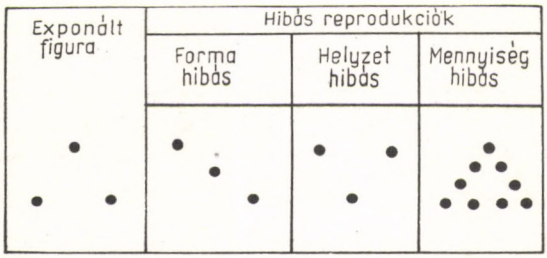
17. á b r a. A vizsgált személynek meg kell állapítania, hogy a bal oldalon levő háromszöget hogyan lehet összeállítani a jobb oldalon levő alkotóelemekből *(Birch—Lefford,* 1964)

alapulnak (KARDOS, 1964), a vizsgálati eredményekből arra lehet következtetni, hogy vannak olyan helyzetek, ahol ez a hatás az értelmi fogyatékosnál és normálisnál egyformán megnehezíti az érzékleti analízis megvalósítását.

A vizsgálatok a Phi-mozgás küszöbértékénél (WERNER—THUMA, 1942; BRENNER, 1956; KELLER, 1958; MARK—PASAMANICK, 1958; SPIVACK—LEVINE, 1961) és a kritikus fúziós frekvencia küszöbnél (WERNER—THUMA, 1942) ugyancsak nem mutattak ki jelentős különbségeket az értelmi fogyatékosok és normálisok érzékelési teljesítményei között. Az ezeknél jelentkező küszöbeltolódások inkább az agysérülésre, mint az értelmi fogyatékosságra jellemzőek.

Az integráció zavara. Nehezített érzékelési feltételek mellett az értelmi fogyatékosoknál az érzékelési zavar kétféle formában, hiányos vagy izolált érzékelés formájában jelentkezhet.

BAPPERT (1927) tachisztoszkópos kísérleteiben szép példákat találhatunk a hiányos érzékelésre. Az értelmi fogyatékosoknak rövid expozíciós idejű (1/6 sec) pontokból álló figurákat kellett felismerniük. Ahhoz, hogy a pontfigurákat hibátlanul felfogják, egy időben kellett érzékelni a pontfigura formáját, téri helyzetét és a figurákat alkotó pontok számát. Az érzékelési integráció akkor valósul meg, ha az érzékleti kép mindhárom sajátosságot helyesen tükrözi. Az értelmi fogyatékosok a pontcsoport három sajátossága közül gyakran csak kettőt érzékeltek helyesen. Az érzékleti kép ezért két helyesen és egy helytelenül érzékelt sajátosság integrációja alapján jött létre (18. ábra).



18. ábra. Bappert (1927)

Lewin (1935) (idézi: Mérei, 1948) és Jachimovicsné (1962) kísérleteiben több példát találhatunk az izolált érzékelésre. Ezekben a kísérletekben értelmi fogyatékosoknak olyan komplex, összetett figurákat kellett reprodukálniuk, amelyeket önálló részfigurákra lehetett felbontani.

Az érzékleti analízis zavarának leírásakor megállapítottuk, hogy az értelmi fogyatékos a globális érzékelés szintjén az összetett figurát nem tudja az alkotó részfigurákra felbontani. Ezen a szinten csak a figura összjellegét érzékeli, de az egyes részeket nem tudja az egészből izolálni.

Az érzékleti integráció zavarára az izolált érzékelés jellemző. Ezen a szinten az értelmi fogyatékos már felbontja az összetett figurát önálló részfigurákra. Ezeket az izolált rész-egészeket azonban a köztük fennálló viszonylatoknak megfelelően nem képes újra egy nagy figurává egyesíteni. Az elkülönített részek így izoláltak is maradnak, nem tagolódnak be az előzőleg meglevő egészbe, hanem önállósulnak, elvesztik kapcsolatukat egymással.

Ha az érzékelési integráció zavart, az egységes érzékleti kép tagolódásával párhuzamosan az érzékelési kép egész jellege elhalványul. Az egész tárgy érzékelése és a tárgy egyes részeinek érzékelése egymást kizáró lehetőségekként jelentkeznek.

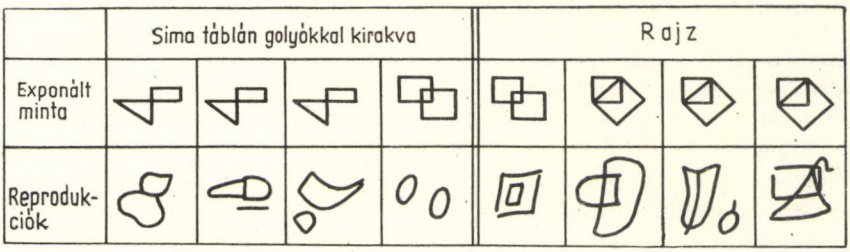
Ha az értelmi fogyatékos a tárgy vagy a figura egészét, összjellegét észleli, akkor nem tudja elkülöníteni a tárgy vagy figura részeit.

Ha viszont az érzékelési analízist végrehajtja, és az egyes részeket elkülöníti, akkor nem észleli a tárgy vagy figura egészét, összjellegét, azt a sajátságos viszonyt, mely az egyes részleteket összekapcsolja.

Az izolált érzékelést tehát az analízissel párhuzamosan megvalósuló magasabb fokú szintézis hiányával magyarázhatjuk.

Lewin (1935) kísérleteiben a részek önállósulása úgy jelentkezett, hogy az értelmi fogyatékos nem vette figyelembe a közös oldalakat. Jachimovicsné (1962) értelmi fogyatékosai érzékelték a nagy egész figura két részfigurából való összetettségét, és rajzaikban ezt próbálták kifejezni. A két részfigura közötti helyes viszonyt, a részleges fedést azonban nem tudták visszaadni (19. ábra).

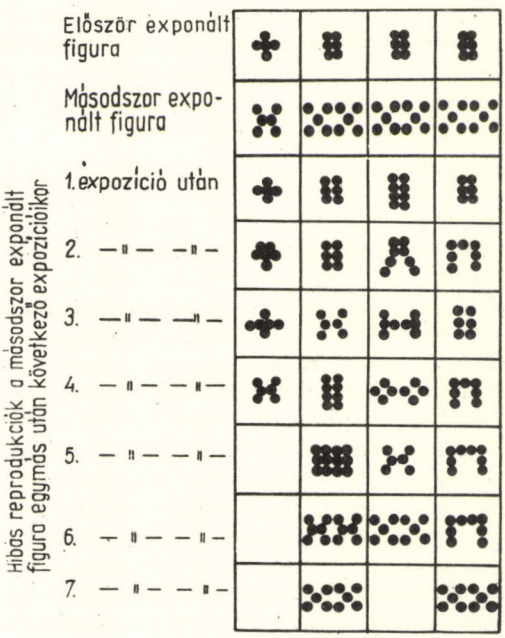
A mindennapos élethelyzetekben az érzékleti integráció zavarát a tapasztalatok korrigálhatják. Erre utalnak az értelmi fogyatékosokkal végzett konstancia kísérletek. Bein (1940) a nagyság-konstancia kisfokú fejletlenségét mutatta ki az értelmi fogyatékosoknál. Ez azonban a kisegítő iskolai korrigáló nevelés hatására a felsőbb osztályokban megszűnik. Jenkin (1960), Jenkin és Morse (1960) a nagyság-konstanciát, Leibowitz, Waskow, Loeffler, Glaser (1959) a forma-konstanciát vizsgálta értelmi fogyatéko-



19. ábra. Jachimovitsné (1962)

soknál és agysérülteknél. Mindkét területen csak tendenciaszerű eltéréseket sikerült kimutatni.

Érzékelési rigiditás. Lewin (1935) klasszikus kísérletei nyomán sokan vizsgálták az értelmi fogyatékosok érzékleti rigiditását. Az érzékelési rigiditás az érzékelési folyamatok változékonyságának — beállítódás, átállítódás — zavarában nyilvánul meg. Idegrendszeri alapját az alaklélektani kutatások egy része (Köhler—Wallach 1944) a kérgi telítődésben, más része (Goldstein, 1939, 1940, 1943) a kéreg alatti (a beállítódás zavara), illetve a kérgi (az absztrakt attitűd zavara) funkciók sérülésében látja. Az értelmi fogyatékosok között elvégzett rigiditás-vizsgálatok (Kounin, 1941a,b, 1948; Werner, 1946a, b; Ziegler, 1962) alaklélektani magyarázata nem egységes. A felsőbb idegtevékenységgel foglalkozó szovjet kutatások (Djacskov, 1958; Pevzner, 1959; Szokolov, 1964) alapján az érzékelési rigiditást a neurodinamikai alapfolyamatok mozgékonyságának csökkenésével magyarázhatjuk.



20. ábra. Bappert (1927)

Az értelmi fogyatékosok érzékelési folyamatainak merevségét a kísérleti kutatások különböző helyzetekben mutatták ki.

Bappert (1927) különböző pontfigura csoportokat exponált egymás után, és megfigyelte, hogy az első pontcsoport perszeverációs útóhatása megnehezíti a második pontcsoport adekvát érzékleti képének kialakulását. Ez különösen akkor nyilvánult meg, ha az először exponált pontcsoport érzékelése egyszerűbb szerveződést kívánt meg, mint az utána következőé. Ezért felte-

hető, hogy a nehezebb feladatnál az érzékleti organizáció regrediál az egyszerűbb szintre, és az első szerveződés perszeverációs utóhatása ezt a regressziót segíti elő (20. ábra).

Spitz—Lipman (1959) és Spivack—Levine (1959, 1961) a spirális vizuális utóhatás vizsgálatánál kimutatták, hogy az utóhatás hosszabb időtartamát nem az értelmi fogyatékosság, hanem az agysérülés okozza. A vizuális figurális utóhatás területén Spitz—Blackmann (1959) és Spivack—Levine (1959, 1961) végzett vizsgálatokat. A vizuális figurális utóhatás normálisok között gyakrabban jelentkezett, mint az értelmi fogyatékosoknál. Mark (1955), Spivack—Levine (1959, 1961) és Spitz—Lippman (1961) ugyanezt állapították meg a kinesztetikus utóhatást vizsgálva. Az alaklélektani magyarázatok ezeket az utóhatásokat a kérgi telítődésre vezetik vissza. Az értelmi fogyatékosok vizsgálatából kapott eredmények ezek szerint a gyengébb kérgi telítődési folyamatokkal magyarázhatók. Mivel az érzékelési folyamatok változékonyságának — jelen esetben torzulásának — egyik oka a kérgi telítődés, az értelmi fogyatékosok között tapasztalt kisebb mértékű utóhatásokból végső soron merevebb érzékelési folyamatokra következtethetünk.

Lényegében hasonló meggondolások alapján sok vizsgálatot végeztek a változó perspektívájú figurák segítségével. (McMurray, 1954; Mark, 1955; Spitz—Blackman, 1959; Spivack—Levine, 1959, 1961; Miller—Spitz, 1955.) Ezeknél a vizsgálatoknál azt tapasztalhatták, hogy az értelmi fogyatékosok a figura perspektívájának változását kevesebbszer érzékelték, mint a normálisok.

Vereszotszkaja (1940) az értelmi fogyatékosok érzékelési folyamatainak merevségét tárgyképek tachisztoszkópos érzékelésével mutatta ki. Az értelmi fogyatékosok a tárgyképeket a szokásostól eltérő téri helyzetben nehezebben ismerték fel, mint a normálisok. A fejlődés és tapasztalás azonban ezeket a teljesítményeket is jelentősen javítja.

Az értelmi fogyatékosok hallása

Az értelmi fogyatékossággal együtt járó hallászavar két különböző okra vezethető vissza; az értelmi fogyatékossághoz vezető kórfolyamat közvetlenül károsíthatja a hallási analizátort, illetve a hallási analizátor épsége ellenére a hallási figyelem vagy a hangingerek feldolgozásának központi zavara megnehezítheti egyszerű vagy összetett hangingerek érzékelését.

Ismeretes, hogy a kisegítő iskolában az értelmi fogyatékosok között nagyobb arányban fordulnak elő nagyothallók, mint az általános iskolában. Heller (1925) idézi a következő eredményeket: „Wanner két kisegítő iskolában a 39 megvizsgált tanuló közül nem kevesebb, mint 27 nagyothallót talált. Hartmann a kisegítő osztályokban 305 gyermeket vizsgált meg; 41 = 20% olyan nagyotthallót talált, aki 4 méteren belül; 29 = 14,1%, aki 2 méteren belül; 9% 1 méteren belül és 8% 0,5 méternél rövidebb távolságról hallotta meg a suttogó beszédet. Kobrak 677 kisegítő iskolai tanulót vizsgált meg, de nem a suttogó, hanem a társalgási beszéd felhasználásával. Összesen 8% olyan rosszul hallót talált, akik 6 méterről a halk társalgási beszédet egyáltalán nem fogták fel. Ezen gyermekek közül 3% jó iskolai

6. táblázat

Méreiné (1965)

	25 dB-nél nagyobb hallásveszteség				45 dB-nél nagyobb hallásveszteség		
	Frekvenciák						
	440—880 512	1760 2048	3520 4096	7040 8192	440—880 512	1760 2048	3520 4096
Átlagnépesség, fiúk	1,7	1,6	4,5	8,0	6,0	6,0	1,8
Értelmi fogyatékos fiúk	6,2	6,6	11,2	25,2	1,9	2,7	4,3
Különbség	4,5	5,0	6,7	17,2	1,3	2,1	2,5
Átlagnépesség, lányok	1,8	1,2	1,2	2,4	0,6	0,4	0,3
Értelmi fogyatékos lányok	12,7	11,4	11,0	22,0	5,9	5,5	5,5
Különbség	10,9	10,2	9,8	19,6	5,3	5,1	5,2

eredményt ért el." 125. lap). HEESE—TIETZEN (1950) 822 kisegítő iskolai tanuló közül 26, azaz 3,1% nagyothallót talált, az általános iskolában szokásos 8,5%-kal szemben.

MÉREINÉ (1965) idézi a következő vizsgálati eredményeket: TREDGOLD (1947) szerint a hallásélesség terjedelme értelmi fogyatékosoknál mindig a normális értékek alatt van. BURT (1937) normális iskolások közül 4%, retardáltaknál 6%, értelmi fogyatékosok között 12% hallászavart talált. STERNBERG és mtsai (idézi: LUCHSINGER—ARNOLD 1959) 10—19 éves ép értelmű és értelmi fogyatékos fiuk lányok hallását hasonlította össze 5 frekvenciában. Eredményeiket az 6. táblázat mutatja.

KODMAN (1963) a tiszta hang audiometriás vizsgálatok (BIRCH—MATTHEWS, 1951; SCHLANGER, 1953; JOHNSON—FARRELL 1954; FOALE—PATTERSON, 1954; SCHLANGER—GOTTSLEBEN, 1956; KODMAN—POWERS—WELLER—PHILIP, 1958; SIEGENTHALLER — KRZYWICK, 1959) eredményeit összegezve megállapítja, hogy az értelmi fogyatékosok 13—49%-ánál hallászavar mutatható ki.

Az értelmi fogyatékosoknál elvégzett GSR audiometriás vizsgálatok eredményei (IRWIN—HIND—ARONSON, 1957; KODMAN—FEUN—MIKSON, 1959; MOSS—TIZARD, 1961) lényegében ugyanígy foglalhatók össze; a normális iskolás gyermekek 5%-ával szemben az értelmi fogyatékosok 15—20%-a hallási zavarban szenved.

POLCZER (1965) kisegítő iskolai tanulók között 3%, UJVÁRI (1965) 10% nagyothallót talált.

Az ismertetett vizsgálatok számszerű eredményeiben jelentkező eltérések a vizsgálati csoportok, az alkalmazott módszerek és a hallászavar kritériumának tekintett értékek különbségeivel magyarázhatók. Az eredmények számszerű eltérése ellenére megállapíthatjuk, hogy az értelmi fogyatékosok között a hallászavar előfordulása általában 4—5-ször gyakoribb, mint a normálisok között.

CANTOR—GIRARDEAU (1959) Down-betegek és normálisok, BLACKETEN—SIMONDS (1953) Down-betegek és értelmi fogyatékosok ritmusérzékelését hasonlította össze. Egyik vizsgálat sem igazolta a Down-betegek fejlett ritmusérzékével kapcsolatos közhiedelmet.

PANKRATOV (1966) 118 III—VIII. osztályos kisegítő iskolai tanulónál vizsgálta a tapintásos ingerküszöböt. Az alkar bőrét változó frekvenciájú és erősségű árammal ingerelte. A tanulók 72%-ánál az abszolút küszöb értéke viszonylag magas volt.

Az inger lokalizációjára vonatkozólag viszonylag sok vizsgálatot végeztek. SATTER és CASSEL (1955) agysérült és nem agysérült értelmi fogyatékosoknál és normálisoknál egyes tapintásingerek lokalizációját vizsgálta. Az agysérültek lokalizációs készsége jelentősen gyengébb volt, mint a nem agysérülteké. Normálisok és nem agysérült értelmi fogyatékosok között nem mutatkozott jelentős különbség.

Az ingerlokalizációs vizsgálatok nagy része egyidejű kettős ingerléssel történt. A kísérleti személyeknek mindkét ingerlés helyéről be kellett számolni. Kétfajta hibás érzékelés fordulhatott elő: *áthelyezés* (a kísérleti személy az ingert rossz helyre lokalizálja) és *kioltás* (a kísérleti személy valamelyik ingert nem érzékeli). Az arc-kéz relációban a kioltás általában az arc javára történik.

Az értelmi fogyatékosoknál kettős ingerléssel FINK, GREEN, BENDER (1953) SWANSON (1956), WHITE (1957), POLLACK és GORDON (1960) végeztek vizsgálatokat. Az eredményekből kitűnik, hogy a kioltásos és áthelyezéses hibák aránya és típusa szoros összefüggésben van az értelmi korral.

Értelmi fogyatékosoknál a tárgyak tapintásos érzékelését és felismerését O'CONNOR—HERMELIN (1961) és SIF (1965) vizsgálták.

O'CONNOR—HERMELIN 15—25 éves normális, Down-beteg, nem Down-beteg de imbecillis és 5 éves normális gyermek kísérleti csoportok eredményeit hasonlította össze. A kísérletben 5 előzőleg bemutatott figurát 5 új közé keverve kellett felismerni. A bemutatást és felismerést külön vizsgálták tapintásos és vizuális érzékeléskor. Az eredményekből kitűnt, hogy a nem Down-beteg imbecillis felnőtt csoport tapintásos teljesítményei a normális felnőttek tapintásos teljesítményeivel egyenértékűek, míg vizuális téren sokkal rosszabbak. Ebből arra kell következtetnünk, hogy a súlyos értelmi fogyatékosok tapintásos érzékelése kevésbé sérült, mint a vizuális érzékelés.

SIF (1965) kísérleteiben I., V. és VII. osztályos kisegítő iskolai tanulóknak tárgyakat, illetve a tárgyak kétdimenziós formáját kellett tapintás útján felismerniük.

A kisegítő iskolai tanulók eredményei gyengébbek voltak, mint az általános iskolai tanulók eredményei.

Az értelmi fogyatékosok súlyérzékelését KLEMM (1929) és GYULAI (1965) vizsgálták.

KLEMM (1929) 170 népiskolai tanuló és 70 kisegítő iskolai tanuló súlyérzékelését hasonlította össze. 10, az előző súly egyharmadával nehezebb súlyt kellett nagyság szerint sorba rendezni.

GYULAI (1965) 60 V.—VIII. osztályos kisegítő és általános iskolai tanuló súlyérzékelését vizsgálta. A tanulóknak 80 gr-os alapsúlyt kellett könnyebb és nehezebb súlyokkal összehasonlítani. A súlypárok összehasonlítását két kézzel, illetve csak jobb vagy csak bal kézzel végezték. A vizsgálat a 80

gr-os alapsúlyhoz viszonyítva jobb kézzel történő összehasonlításnál, általános iskolai tanulóknál 10,25 grammos, kisegítő iskolai tanulóknál 13,28 grammos különbségi küszöbértéket, kétkezes összehasonlításnál 12,75, illetve 16,1 grammos különbségi küszöbértéket eredményezett.

KLEMM (1929) és GYULAI (1965) vizsgálati eredményeiből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az értelmi fogyatékosok súlyérzékelése rosszabb, mint a normálisoké.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK FIGYELME

Az értelmi fogyatékosok figyelemvizsgálatának nagy külföldi és hazai szakirodalma van. A kísérleteket a kutatók sokféle módszerrel végezték: kép, betű vagy mértani formák áthúzásos módszerével (*Bourdon- Piéron-Toulouse*-félével), különféle számolásos metódusokkal (*Kraepelin-, Burgenstein*-félével, *Révész—Nagy*-félével), műszerek segítségével (*Ranschburg-, Mierke-, Schröder*-féle eszközökkel) és még sok mással. A vizsgálatok eredményét az épértelműek teljesítményeihez viszonyították, és az értelmi fogyatékosok figyelmének terjedelméről, tartósságáról bizonyos jellegzetességeket állapítottak meg. Vázlatosan összefoglalva ezek a következők: 1. az értelmi fogyatékosok figyelmének terjedelme szűk, 2. nem tartós, fáradékony, 3. csapongó, szétszórt, hullámzó, 4. a mennyiségi teljesítménnyel együtt növekszik a hibaszám is, és viszont: amikor a teljesítmény minőségileg jobb, mennyisége csökken, 5. a fogyatékosság súlyosságával párhuzamosan romlik a figyelmi teljesítmény, gyakori a kevés és hibás eredmény, 6. hiányzik a figyelem megosztására való képesség; 7. az értelmi fogyatékosok egy részének figyelme nem gyengébb az épértelműekénél.

SEBESFINÉ (1965) kisegítő iskolásokkal végzett vizsgálata azt mutatta, hogy 74,1%-uk elérte *mennyiségileg* az épértelműek teljesítményének alsó határát, és csak 23,9%-a nem érte el a minimumot sem. Az épértelműek között 2,4% nem felelt meg a legalsó foknak. (*Nagy—Révész*-féle módszerrel vizsgálva.) *Minőségileg* az oligofrének 42,9%-a nem érte el a legalsó osztályzatot. A vizsgálat kimutatta a párhuzamosságot a jó figyelmi teljesítmény és a jó iskolai teljesítmény között. Hasonló eredményeket mutatnak MECSÉRY V. (1966) ugyancsak a *Nagy—Révész*-metódussal nyert adatai. Az épekhez viszonyítva a debilisek szándékos figyelmi teljesítménye— az értelmi fogyatékosság súlyossági változatainak megfelelően — többféle rendellenességben jelentkezett. Fáradékonyságban, hullámzó, egyenetlen koncentrációban, pontatlan, felületes teljesítményben. Feltűnően jellemző volt a téves analógiás soralkotás és a számok helyiértékével kapcsolatos zavar. A figyelmi képesség és az iskolai eredmény összefüggését ez a vizsgálat is kimutatta.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK EMLÉKEZETE

A fogyatékosokon végzett emlékezetvizsgálatoknak hazánkban jelentős hagyományai vannak. Ranschburg Pál (1870—1945) és tanítványai úttörő munkásságot fejtettek ki az emlékezet vizsgálatok területén, és kísérleti eredményeiket a nemzetközi szakirodalom még ma is számon tartja. A hagyományos magyar vizsgálati eredményeket ezért a tárgyalás általános menetéből kiemelve külön ismertetjük.

A tapasztalatszerzés folyamatát a szovjet kutatások az emlékezés oldaláról, a nyugat-európai és amerikai kutatások a tanulás oldaláról közelítik meg. Mivel a tanulást az emlékezeti folyamatok első szakaszának, a bevésésnek foghatjuk fel, először a tanulásra vonatkozó eredményeket, majd a felejtésre vonatkozó eredményeket ismertetjük. A tanulás és a felejtés kérdésének tárgyalásakor nem teszünk különbséget az emlékezés területei között. Ezt a problémát az értelmi fogyatékosok emlékezeti formáinak egyenlőtlen fejlődése című fejezetben tárgyaljuk.

Az emlékezetvizsgálat magyar hagyományai

Ranschburg Pál, a magyar kísérleti pszichológia egyik úttörője 1902—1926-ig vezette a Gyógypedagógiai Pszichológiai Magyar Királyi Laboratóriumot.

RANSCHBURG kísérleti munkásságát elsősorban az érzékelés és emlékezés területén végezte. Eredményei közül legjelentősebb az ún. homogén vagy *Ranschburg*-féle gátlás felfedezése és leírása. (A problémával kapcsolatos összefoglaló hazai és külföldi irodalomban jó eligazítást nyújt RANSCHBURG pszichológiai történeti tanulmánya (1942) és SCHNELL (1929) összefoglaló munkája.)

A homogén gátlás jelenségének tanulmányozásához RANSCHBURG több vizsgáló eszközt és vizsgálati módszert dolgozott ki.

Ezek közül legismertebb a mnemométer és a szópár módszer.

A szópár módszernél a vizsgáló lassú ritmusban, logikai kapcsolatban lévő szópárokat mond elő, és ezeket a vizsgált gyermek az előmondás után egyenként elismétli. RANSCHBURG vizsgálataihoz 2, hat szópárból álló és 3, kilenc szópárból álló sorozatot állított össze. A sorozat megtanítása után a vizsgáló néhány másodperc szünetet tart, majd a szópárok első tagját egyenként előmondja, melyre a vizsgált gyermeknek a szópár második tagjával kell válaszolnia. A vizsgáló eközben jegyzi a helyes (Rhi) vagy téves (It) reakciók idejét, a téves reakciókat (Rt) és a javításokat (J). Ilyen módon történik a közvetlen vagy felfogó emlékezet vizsgálata (Memoria immediata). A megtartó emlékezet (memoria konzervativa) vizsgálatánál a kikérdezést csak 24 óra múlva végzik. A nyert eredmények rögzítése jegyzőkönyvön történik (lásd 7. táblázat).

Az értelmi fogyatékosokkal először 1902-ben végzett vizsgálatot, amikor a szópár módszer egyik korábbi változatával 15 első osztályos kisegítő iskolai tanulót vizsgált meg (RANSCHBURG, 1905). Mivel ennél a vizsgálatnál normál kontrollcsoport nem szerepelt, a bevésés utáni közvetlen és a 30 perccel később történő kikérdezés eredményeit hasonlította össze. A vizsgálati eredmények a reminiszcencia jelenségére hívják fel a figyelmet (ILLYÉS, 1965).

Néhány évvel később RANSCHBURG emlékezetvizsgálatait szélesebb körre terjesztette ki. Munkatársaival a kisegítő iskola II—VI. osztályában 37 értelmi fogyatékos tanulót vizsgált meg. Az összehasonlításhoz VÉRTES (1909) eredményeit használta fel. A logikai szópár módszerrel elvégzett emlékezetvizsgálat eredményeit az emlékezet terjedelme, a reakciós idők és a tanulmányi eredmények alapján dolgozta fel (RANSCHBURG, 1910, 1911; 7. és 8. táblázat).

7. táblázat

	A felidézett szópárok középértéke százalékban	
	Bevésés után közvetlenül	Bevésés után 24 órával
Normális tanulók	85,9	80,8
Értelmi fogyatékos tanulók	65,4	50,0

8. táblázat

		A vizsgált tanulók sorszáma														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Reakció-idő (mp)	közvetlenül a bevésés után	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,4	2,4	3,4	3.8	4,8
	a bevésés után 30 perccel	1,6	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,4	2,4	2,6	3,0	4,2	9,4

A megvizsgált 37 értelmi fogyatékos tanulót RANSCHBURG iskolai eredményeik és a nevelők jellemzése alapján 3 csoportra osztotta; enyhe (12 fő) közepes (13 fő) és súlyos (12 fő) fogyatékosokra. Megállapította, hogy a bevésés utáni közvetlen kikérdezéskor a 12 legjobb eredményt elért tanuló közül 6 az enyhe, 5 a közepes, 1 a súlyos fogyatékosok csoportjába tartozott. A 12 leggyengébb eredményt elért tanuló közül viszont 1 az enyhe, 4 a közepes és a 7 súlyos fogyatékosok csoportjából került ki.

A bevésés után 24 órával történő kikérdezéskor a 11 legkevesebbet felejtő tanuló közül 5 az enyhe, 3 a közepes és 3 a súlyos fogyatékosok közé tartozott. A 11 legtöbbet felejtő tanuló között viszont enyhe fogyatékos egy sem, közepes 4, gyenge 7 volt.

Az emlékezet terjedelmének és a fogyatékosság súlyossági fokának egybevetése alapján megállapíthatjuk, hogy az emlékezet terjedelme a fogyatékosság súlyosbodásával párhuzamosan romlik. A reprodukciós idők megoszlásánál nem mutatkozik meg ilyen határozottan az értelmi fogyatékosság súlyossági fokának meghatározó szerepe. A 12 leggyorsabban reagáló tanuló között 5 enyhe, 6 közepes, 1 súlyos, a 12 leglassabban reagáló tanuló között viszont 4 enyhe 3 közepes és 5 súlyos fogyatékos volt.

A 24 óra múlva történő kikérdezés eredményeit a 9. táblázat mutatja.

9. táblázat

	Reprodukciós idő (%)		
	nő	változatlan	csökken
Enyhe fogyatékosok	66,6	25,0	8,3
Középsúlyos fogyatékosok	38,5	23,0	38,5
Súlyos fogyatékosok	41,7	8,3	50,0

Az enyhe fogyatékosoknál megfigyelhető reprodukciós idő növekedést Ranschburg azzal magyarázza, hogy az enyhe értelmi fogyatékosok a nehezen felidézhető, már majdnem elfelejtett szópárokat is törekszenek felidézni. Mivel ilyen esetekben a hiányzó szópárokat nehezen találják meg, náluk a reprodukciós idő megnő. A súlyos fogyatékosoknál az akaratlagos felidézésre való beállítottság nincs meg, ezért ők csak a könnyen felidézhető kapcsolatokat reprodukálják. Ez a reprodukciós idő csökkenését vonja maga után.

A normálisok és az értelmi fogyatékosok mellett Ranschburg (1909, 1911) foglalkozott a különböző pszichiátriai kórformáknál jelentkező emlékezeti zavarok kimutatásával is.

Ranschburg munkatársai közül a fogyatékosokkal elsősorban Vértes végzett vizsgálatokat (1909, 1916, 1929). Nemzeközileg ismert és idézett vizsgálati eredményeit a süketek és vakok emlékezeti folyamatainak tárgyalásánál ismertetjük. Révész Margit (1909, 1911) az erkölcsi fogyatékosok emlékezetét vizsgálta, Dévai Flóra (1913) az emlékezetvizsgálatokhoz mesemódszert dolgozott ki.

A Ranschburg által alkalmazott logikai szópár módszer egyik módosított változatával újabban Rigó (1961) végzett vizsgálatokat I—VIII. osztályos értelmi fogyatékos és normális tanulóknál. Rigó (1961) 4 × 4 logikai szópár segítségével osztályonként 15—20 tanuló közvetlen emlékezetét mérte fel. Az általános iskolai tanulók és a kisegítő iskolai tanulók közvetlen emlékezete között (52,5, illetve 30,2%) 22,3%-nyi különbséget talált, ami Ranschburg (1910, 1911) korábbi eredményeinek felel meg.

Az értelmi fogyatékosok tanulása

A tanulás általános menete. A tanulási kísérleteknél a kísérleti személynek valamilyen mérhető, számszerűen jellemezhető teljesítményt kell elérnie. A tanulás úgy valósul meg, hogy a kísérleti személy többször megismétli a feladat végrehajtását. Az ismétlés erősíti a készséget, mélyíti az emléknyomot, és ennek eredményeképpen a teljesítmények fokozatosan javulnak.

A tanulás általános menetét legjobban a tanulási görbén szemléltethetjük. A tanulási görbe vízszintes tengelyén az ismétlés számát, függőleges tengelyén a teljesítmény mérőszámát tüntetjük fel.

A tanulási helyzetekben az értelmi fogyatékosok és normálisok összehasonlítása általában kétféle módon történik:

1. Meghatározzák az elérendő teljesítmény szintjét (mérőszámát), és megállapítják, hogy a szint eléréséhez az értelmi fogyatékosoknak és a normálisoknak hány ismétlésre van szükségük. A klasszikus emlékezetvizsgálatokban az elérendő teljesítményszint általában a 100%-os teljesítmény volt. Értelmetlen szótagsorokat addig ismételtek, amíg azokat a kísérleti személy hibátlanul nem tudta visszamondani. A tanulási kísérletekben a csoportok összehasonlítására és az idő rövidítése érdekében gyakran alacsonyabb teljesítményszintet — 60—70%-ost — tűznek ki. Ha például a kísérleti személy feladata több nyomógomb közül a megfelelő kiválasztása, akkor megelégszenek azzal, ha a kísérleti személy 10 esetből 6 esetben helyesen — tehát 60%-os biztonsággal — választ. A 100%-os tudásnál alacsonyabb tudási kritérium kitűzése jelentősen megrövidíti a kísérletek idejét.

2. Meghatározzák az ismétlések számát, és megállapítják, hogy azonos ismétlésszámmal az értelmi fogyatékosok és normálisok milyen teljesítményszintet érnek el.

A tanuláslélektani vizsgálatok legáltalánosabb eredménye az, hogy az értelmi fogyatékosoknak a normálisokéval megegyező eredmények eléréséhez nagyobb számú ismétlésre van szükségük, illetve azonos számú ismétlés esetén az értelmi fogyatékosok teljesítményszintje a normálisokénál alacsonyabb.

A tanulás, bevésés meglassúbbodásának okai közül a kísérleti kutatás eddig a következő okokra hívta fel a figyelmet:

a) Az emléknyom képződés zavara. A tanulás, bevésés azért lassúbb, mert az ismétlés az emléknyomot kevésbé erősíti.

b) A figyelmi ráirányulás zavara. A tanulás, bevésés azért lassúbb, mert az értelmi fogyatékos nem tudja a tanulás szempontjából fontos ingert, összefüggést a lényegtelenektől elkülöníteni; nem ismeri fel, hogy mi az, amit meg kell tanulnia.

c) Az I. és II. jelzőrendszer kapcsolatának zavara. A tanulás, bevésés azért lassabb, mert az emléknyom képződés leszűkül az egyik vagy másik jelzőrendszerre, s a két jelzőrendszer nem támogatja egymást.

d) A tanulás motivációjának zavara. A tanulás, bevésés azért lassú, mert a tanulási helyzetben alkalmazott motiváló tényező különböző módon ösztönzi a normálist és az értelmi fogyatékost.

Röviden összefoglaljuk azokat a kísérleti eredményeket, amelyekre a fenti magyarázatok támaszkodnak.

Az emléknyom kialakulása. A tanulás folyamán az emléknyom fokozatosan alakul ki. Az emléknyom erősségét az a teljesítményszint jelzi, amelyre a kísérleti személy az egyes ismétlések után képessé válik. Ha feltételezzük azt, hogy 100%-os teljesítmény mögött 100%-os emléknyom áll, akkor az egyes ismétlések emléknyomerősítő hatását számszerűen is kifejezhetjük úgy, hogy 100-at osztjuk az ismétlések számával. Mivel az értelmi fogyatékosoknak a tökéletes teljesítmény eléréséhez több ismétlésre van szükségük, mint a normálisoknak, ez azt is jelenti, hogy az értelmi fogyatékosoknál egy ismétlés emléknyom erősítő hatása kisebb, mint a normálisoknál.

Általánosabban megfogalmazva: az értelmi fogyatékosoknál a pszichikus folyamatok lezajlásuk után gyengébb emléknyomot hagynak hátra, mint a normálisoknál. Az emléknyom képződés gyengeségét a tanulási folyamat elemzésén kívül az igen rövid 1—80 sec-ig terjedő közvetlen emlékezetvizsgálat is igazolja. A közvetlen emlékezetvizsgálat a tanulási helyzetben a késleltetett reakciók módszerével történik. ZIMMERMANN—ELLIS (ELLIS, 1963) kísérletében a kísérleti személy előtti falon fent és alul egy-egy sorban 5 ablak volt elhelyezve. A fenti ablakban 2,5 sec-ig megjelent valamilyen szín, majd rövid szünet után az alsó 5 ablakban is színek jelentek meg, köztük a fenti ablakban előbb bemutatott szín is. A kísérleti személy feladata az volt, hogy az alatt a szín alatt nyomja meg a gombot, amelyet már korábban, a fenti ablakban is látott. Az alsó és felső színbemutatás közötti időtartam 1, 5, 12, 29, 68 sec volt. Az eredményekből kitűnik, hogy a színek bemutatása közötti időtartam növelésénél az értelmi fogyatékosok teljesítményei jelentősen romlottak. Más körülmények között, de lényegében

ugyancsak az emléknyom gyengeségét igazolta TERRELL (1961) és BLUE (1962) is (idézi: ELLIS, 1963).

Az emléknyom gyengesége olyan feladatokban is megmutatkozik, ahol a megoldáshoz több adatot kellett rövid ideig emlékezetben tartani. BAUMEISTER (1961, idézi: ELLIS, 1963) értelmi fogyatékos tanulóknál a WECHSLER-féle intelligencia-teszttel (HAWIK, WISC.) vizsgálatokat végzett, és a kapott eredményeket faktorelemzéssel dolgozta fel. Az értelmi fogyatékosoknál a normálisoktól eltérően a közvetlen emlékezet sérülésére utaló faktor is jelentkezett.

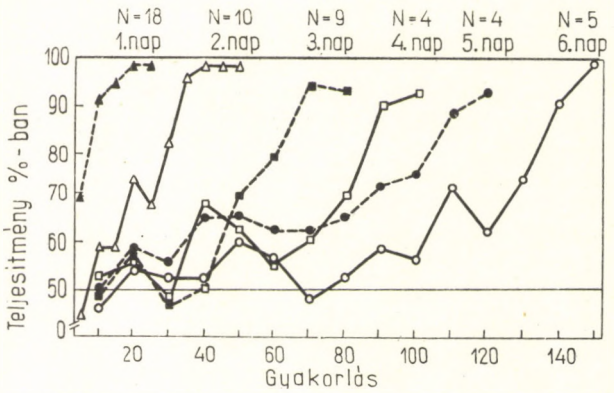
A gyenge emléknyom képződést neurofiziológiai szinten nem tudjuk kielégítően magyarázni. Általánosan elfogadott feltevés, hogy a pszichikus folyamat lezajlása után a neurofiziológiai folyamatok nem szűnnek meg azonnal, hanem rövid ideig még tovább tartanak. Például a késleltetett reakciós vizsgálatokban a felső ablakban megjelenő fény kikapcsolása után az érzéklet megszűnik, de az érzékelést megalapozó idegrendszeri történés rövid ideig még prolongálódik, „tovább él". Feltételezzük, hogy ez a prolongált szakasz az emléknyom képződés szempontjából döntő jelentőségű, mivel ez alatt az idő alatt az ingerület a LORENTE DE NO által kimutatott reverberációs körökben kering, amíg az emléknyom alapját képező morfológiai (HEBB, 1949) vagy biokémiai (HALSTEAD, 1960) változás ki nem alakul. Ezen magyarázatok szerint a gyenge emléknyom képződés a prolongált idegrendszeri történés rövidülésével állna összefüggésben. Esetleg erre utal az is, hogy értelmi fogyatékosok EEG-képében fényingerlésre rövidebb ideig tartó alfa depresszió jelentkezett, mint normálisoknál (BAUMEISTER—SPAIN—ELLIS, 1963).

A figyelem szerepe a tanulásban. Az emléknyom képződés menetének tárgyalásakor a tanulás folyamatára leegyszerűsítetť mechanikus magyarázatot adtunk. Az emléknyom kialakulása és megerősödése a tanulásnak csupán egyik mozzanata, amelyet többnyire szemléletes vagy verbális gondolkodási folyamatok előznek meg. A tanulási folyamat a legritkább esetben korlátozódik csupán a bevésésre. A tanulónak előzőleg azt is el kell döntenie, hogy mi az, amit meg kell tanulnia. Több kísérlet (HAYES, 1953; SIDMAN, 1952; ESTES, 1960; HOUSE—ZEAMAN, 1960a; ZEAMAN—HOUSE, 1962) eredményei azt mutatják, hogy az értelmi fogyatékos a tanulási helyzet érzékleti és verbális analízisét, feldolgozását tekintve a normálissal szemben hátrányban van.

A diszkriminációs tanulásnál például a kísérleti személynek meg kell tanulni azt, hogy a jutalomcukor két tárgy közül melyik alatt található. A tárgyak lehetnek valóságos tárgyak, de inger lehet két kisajtóra festett kép vagy geometriai figura. Ha az értelmi fogyatékosnak két színes geometriai figurát kell megkülönböztetnie, akkor a tanulás első szakaszában először arra kell rájönnie, hogy melyik az a reláció, amely a feladatmegoldás szempontjából lényeges. A két figura különbsége téri relációban (az egyik jobb, a másik bal oldalon van), színrelációban (az egyik piros, a másik zöld) és formai relációban (az egyik kör, a másik háromszög) jelentkezik. A tanulás első szakaszában az értelmi fogyatékosnak érzékleti analízist kell végeznie, fel kell ismernie, hogy a cukor megszerzése szempontjából sem a téri hely, sem a szín nem lényeges, a célravezető viselkedést a formai jellegzetesség jelzi.

Az értelmi fogyatékosnál a sokféle valóságmozzanat közül a célravezető megtalálása lassabban zajlik le, mint a normálisnál. Az értelmi fogyatékos nehezebben képes figyelmét a helyzet releváns mozzanatára irányítani.

A tanulásnak az a szakasza, amelyben a releváns mozzanat keresése folyik, a tanulási görbe elején, a teljesítményszint stagnálásában jelentkezik. Az értelmi fogyatékos ismételgeti a feladatot, de teljesítményeit csak a véletlen irányítja, és azok nem javulnak (két tárgy megkülönböztetésénél 50%-ban választ jól, 50%-ban választ rosszul). A releváns mozzanat megtalálásakor a tanulási görbe emelkedni kezd a 100%-os biztos választásig. Az idézett kísérletekben olyan értelmi fogyatékos csoportok tanulási gör-



21. á b r a. Hat különböző vizsgálati csoport tanulási görbéje (*Ellis*, 1963)

béjét hasonlították össze, amelyeknek a 100%-os teljesítmény eléréséhez különböző számú ismétlésre volt szükségük. Kitűnt, hogy a csoportok között különbség elsősorban a tanulás első szakaszának hosszában jelentkezett. A csoportoknál csupán a releváns mozzanat felismerésének üteme volt különböző, a felismerés után a teljesítmények már mindegyik csoportban nagyjából azonos mértékben javultak (21. ábra).

Ha az értelmi fogyatékosnál a tanulási folyamatot a releváns mozzanat elkülönítésének és felismerésének nehézsége lassítja, akkor ennek a mozzanatnak a kiemelésével, feltűnővé tételével a tanulási folyamatot gyorsítani lehet. Ezt a feltevést O'Connor—Hermelin (1963) igazolta imbecillisek tanulásánál. A kísérletben szóképeket kellett megnevezni és három másik között globálisan felismerni. Az egyik csoportban a megtanítandó szókép és a többi szókép betűnagysága között 7 mm nagyságkülönbség volt, amelyet a tanítás közben fokozatosan az azonos betűnagyságig csökkentettek. A másik csoportban kezdettől fogva azonos betűnagyságú szóképeket kellett differenciálni. Az első csoportnak a megkívánt teljesítményszint eléréséhez 7,8, a másiknak 19,3 ismétlésre volt szüksége.

Denny (1963) szerint az értelmi fogyatékosok nemcsak a releváns mozzanatot találják meg nehezen, hanem a helyzetben lényegtelen mellékes mozzanatot is kevésbé jegyzik meg, mint a normálisok. Ha például a feladat színes

papírformák színenkénti csoportosítása, akkor a releváns mozzanat a szín, a mellékes a forma. A csoportosítás után megvizsgálhatjuk, hogy a kísérleti személy a tevékenység közben önkéntelenül milyen mértékben jegyezte meg a formákat. DENNY szerint az értelmi fogyatékos ilyen spontán mellékes tanulásra kevésbé képes, mint a normális, ezért az élethelyzetekben kevesebb tapasztalatot gyűjt.

Az önkéntelen és szándékos tanulás problémakörének részletes vizsgálatával a szovjet kutatók foglalkoztak.

DULNYEV (1940, idézi: PINSZKIJ, 1954) történetek megtanulására kétféle instrukciót alkalmazott. Az egyik csoportnak csak a szöveg tartalmát kellett megjegyeznie, a másik csoportnak lehetőleg pontos, szövegszerű felidézésre kellett törekednie. PINSZKIJ (1954) kísérletében történeteket kellett különféle instrukciók kíséretében elolvasni. Az egyik instrukció szerint a kísérleti személynek a nem megértett részeket kérdések formájában tisztáznia kellett a kísérletvezetővel, a másiknál viszont a későbbi reprodukció érdekében a szöveg megjegyzését tűzték ki feladatul. Mindkét kísérlet azt igazolta, hogy az értelmi fogyatékosoknál a bevésésre való szándékos törekvés erősebb, jobban felidézhető emléknyomok kialakulását eredményezi, mint az önkéntelen bevésés. PINSZKIJ (1954) kísérlete azonban azt is igazolta, hogy a szándékosság a bevésés pszichikus feltételeit az értelmi fogyatékosnál kevésbé javítja, mint a normálisnál (10. táblázat).

10. táblázat

Az önkéntelen és a tudatos bevésés mellett reprodukált gondolati egységek száma százalékban kifejezve *(Pinszkij, 1954)*

A kísérleti személyek	„A szürke bagoly" szövege		„A fehér gólya" szövege	
	önkéntelen bevésés	szándékos bevésés	önkéntelen bevésés	szándékos bevésés
Kisegítő iskolai tanulók (VI—VII.)	40,0	46,6	46,4	57,1
Általános iskolai tanulók (IV—V.)	50,0	80,5	50,0	85,7
Normális felnőttek	50,0	80,0	60,0	90,0

TEGZES (1965) és POGÁNY (1965) a látási, tapintási és a mozgási emlékezetet mértani figurák segítségével vizsgálták. Megállapították, hogy a figurák karakterisztikus részleteire irányított tudatos figyelem javítja a reprodukciókat.

Az I. és II. jelzőrendszer kapcsolata a tanulásban. Az érzékelési folyamat tárgyalásakor megállapítottuk, hogy az értelmi fogyatékosoknál az I. és II. jelzőrendszer kapcsolatai hiányosak, a szemléleti és a gondolati feldolgozás közötti kölcsönhatások szegényesek.

A pszichikus folyamatok izolációja a bevésés feltételeit, körülményeit is meghatározza. Általános megfigyelés az, hogy szemléletes anyag (képek, figurák stb.) megtanulásakor az értelmi fogyatékosok nem törekszenek a szemléletes anyag szóbeli megfogalmazására, illetve a szóbeli anyag (például történetek) megtanulásakor nem törekszenek a szóbeli anyag vizuális elkép-

zelésére. Ez által a megtanulandó anyag rögzítése izoláltan csak szemléletes, vagy csak verbális szinten történik, és a párhuzamos, kettős rögzítés lehetőségének elmulasztása miatt gyengébb emléknyomok alakulnak ki.

A pszichikus folyamatok elszigeteltsége az értelem nélküli és az értelmes anyag bevésésénél is kimutatható (a szemléletes—verbális reláció nem azonos az értelmetlen—értelmes relációval. A szemléletes anyag lehet értelmes, például tárgyképek esetében, illetve a verbális anyag lehet értelmetlen, például értelmetlen szótagok esetében).

Általános megfigyelés az is, hogy az értelmi fogyatékosok az értelmes anyagban kevesebb logikai összefüggést ismernek fel, mint a normálisok, illetve az értelem és jelentés nélküli anyag bevésésekor kevésbé törekszenek a rögzítést az anyag „kvázi" értelmessé tételével, értelmi kapcsolatok kialakításával elősegíteni. Ezért az értelmi fogyatékosok tanulása mindig mechanikusabb, mint a normálisoké, az anyag elsajátítását nem segíti elő a többszintű gondolati rögzítés.

A szemléletes tanulásban a hiányzó szóbeli megfogalmazást, illetve a verbális tanulásnál a hiányos szemléletes elképzelést Ellis—Pryer—Distefano, (1960), Griffith—Spitz (1958), Griffith—Spitz—Lipman (1959), O'Connor—Hermelin (1961) és Hermelin (1962), mutatták ki. O'Connor és Hermelin (1961) kísérletében az értelmi fogyatékosoknak kép- vagy szósorozatokat kellett bemutatás, illetve előmondás után más képek vagy szavak között felismerni. Ha a kísérletet úgy módosították, hogy a képek bemutatása után a nekik megfelelő szavakat, illetőleg a szavak bemutatása után a nekik megfelelő képeket kellett felismerni, a teljesítmények jelentősen javultak. Ennél a felismerési módnál ugyanis az értelmi fogyatékos már a bevéséskor is arra törekszik, hogy egy időben szemléletes és verbális emléknyomokat alakítson ki (11. táblázat).

11. táblázat

O'Connor-Hermelin (1961)

Bevésés	Felidézés	Közvetlen emlékezet		Megtartó emlékezet	
		ált. pontértékek	szóródás	ált. pontértékek	szóródás
szó	szó	9,0	± 9,7	8,5	±12,2
kép	kép	17,0	±21,9	1,3	± 3,2
szó	kép	31,1	±24,3	18,4	±18,8
kép	szó	43,9	±23,8	19,8	±21,2

Dajka (1960) kép- és szópárok felhasználásával a kettős bevésés hatását vizsgálta. Az egyidejű kettős bevésés hatásosabbnak bizonyult a csak képek segítségével történő bevésésnél, de gyengébb emléknyomot eredményezett, mint a csak szóbeli bevésés. Ez az utóbbi eredmény azonban valószínűleg a kísérlet módszerével függ össze.

A képszerű és szóbeli bevésés és felidézés kölcsönhatásait Bődör (1963a, b, 1964) (12. táblázat), valamint irányításával Horváth (1966), Tóth

12. táblázat

Az A és C csoport a történetet kétszeri felolvasás után először képek segítségével kirakta, majd szóban elmondta. A B csoportban nem volt képszerű felidézés, csak szóbeli *(Bődör, 1963b)*

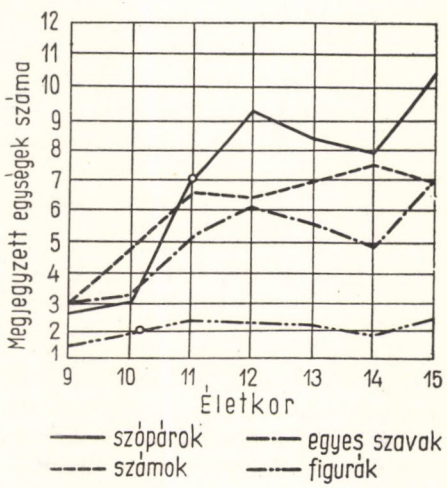
		Vizsgálati személyek száma:		
		A csoport kisegítő isk. V. oszt.	B csoport kisegítő isk. V. oszt.	C csoport ált. isk. III. oszt.
Szóbeli felidézés	teljes, pontos felidézés	4	—	19
	kevésbé pontos felidézés	12	10	5
	hibás felidézés	12	26	6
	felidézés néhány frázissal	—	4	—
	Összesen:	30	40	30

(1966), Fazekas (1966) és Timcsák (1966) vizsgálták. Egyszerű történetet meséltek el, melyet az értelmi fogyatékosoknak szóban — vagy kivágott tárgy- és emberfigurák segítségével képszerűen kellett reprodukálni. A reprodukció formáit az egymás után következő felidézésekkor többféleképpen variálták. A kísérletekből kitűnt, hogy az előzetes szóbeli reprodukció elősegíti az utána következő képszerűt; és az előzetes képszerű elősegíti az utána következő szóbeli reprodukciót. Fazekas (1966) és Timcsák (1966) térképen való emlékezeti tájékozódásban mutatta ki a verbális megfogalmazás javító hatását.

A megtanulandó anyagban levő értelmi összefüggések szerepét a tanulásban és felidézésben Zankov (1935, 1939) és Pinszkij (1962) vizsgálták. Zankov (1935) kísérleteiben kimutatta, hogy az értelmi fogyatékos tanulók a mechanikus emlékezet területén is gyengébbek mint a normálisok (22. ábra).

Pinszkij (1962) kísérletében az értelmi fogyatékos tanulóknak 8 olyan morzejelet kellett megtanulni, amelyek között páronként a hasonlóság alapján logikai összefüggéseket lehetett kialakítani. Az értelmi fogyatékos tanulók a bevéséskor nem törekedtek az értelmi összefüggések megállapítására, ezért emlékezeti teljesítményeik a normálisokénál gyengébbek voltak.

A tanulás motivációja. Az állatokkal folytatott tanuláslélektani kísérletekben a helyzet motivációs sémája igen egyszerű. A kísérlet éhes állatokkal folyik, a cselekvésre késztető erő valamilyen biológiai szük-



22. ábra. Megjegyzett egységek száma *(Zankov, 1935)*

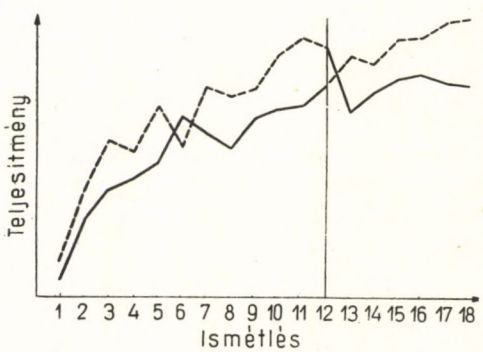
séglet. Az adekvát cselekvés eredményeképpen az állat táplálékhoz jut, amelynek elfogyasztása csökkenti a biológiai szükséglet-állapotot. A táplálléknak mint jutalomnak a funkciója kettős: egyrészt megszünteti vagy csökkenti a cselekvés kiváltó okát, a biológiai szükséglet-állapotot, másrészt ezáltal kiemeli és rögzíti — megerősíti — a célravezető cselekvésformát, a többi helytelen cselekvésformával szemben.

Az állatlélektani kísérletekben a helyzet biológiai vonatkozásain kívül más körülményeknek nincs lényeges ösztönző szerepe. A cselekvés erőadagolását a cselekvésen kívüli tényezők biztosítják. A cselekvés célja, a biológiai jutalom elérése sikeressé, lezárttá akkor válik, ha a biológiai szükséglet-állapot csökken.

Az emberen végzett tanuláslélektani kísérletek gyakran az állatlélektani helyzet sémáját (inger — reakció — biológiai jutalom) vették át. Ezzel együtt a tanulási helyzetben érvényesülő ösztönző tényezők magyarázata gyakran leegyszerűsödött. A gyermeki cselekvés ösztönzőjévé az adekvát cselekvés után járó jutalom: cukor, kép, játék stb. vált.

A tanulási helyzetben érvényesülő, specifikusan emberre jellemző ösztönző tényezők kísérleti vizsgálata az értelmi fogyatékosság területén az utóbbi 20 évben indult meg. Minél több ilyen tényezőt sikerül felismerni és rendszeres kísérleti kutatás tárgyává tenni, annál inkább megszűnik a kísérleti helyzet életidegensége, és a nyert eredmények a gyakorlatban közvetlenül is felhasználhatókká válnak.

A tanulásban a legkézenfekvőbb ösztönző tényező a tárgyi jutalom (cukor, gyümölcs, játék, kép stb.). Később ismerték fel azt, hogy lényeges tényező lehet a kísérletvezető személye is, aki bátorítással, dicsérettel, elismeréssel, vagy elégedetlenségének kifejezésével önkéntelenül, de szándékosan is serkentheti vagy elkedvetlenítheti a kísérleti személyt. Az ösztönzésnek ez a formája a szociális jutalom. A cselekvés belső pszichológiai feltételeinek elemzése útján további ösztönző tényezőket ismerhetünk meg. A kísérleti személy önbizalma, saját eredményességének megítélése, igényszintje, a cselekvés elé kitűzött cél elérése vagy meghiúsulása a sikerélményen keresztül dinamizálják a cselekvést. Más jelenségkörbe tartozik, de hatásában a motívumokhoz hasonlóan jelentkezik a cselekvésben a pszichikus struktúra merevsége.



23. ábra. A vizsgálati személyek egyik csoportja magas jutalmat kapott a 12. ismétlésig, majd a jutalmat csökkentették (szaggatott, majd folyamatos vonal). A másik csoport a 12. ismétlésig kapott alacsony jutalmat és ezután magasat. (Folyamatos majd szaggatott vonal.) *(Stevens—Heber, 1959)*

A felsorolt dinamikai tényezők a cselekvés folyamatában nehezen különíthetők el, ezért hatásuk a tanulási helyzetben önállóan nehezen vizsgálható. Elkülönített tárgyalásukat ezért inkább az áttekinthetőség, mint a pszichikus folyamatok valóságos összefüggése indokolja.

1. *A tárgyi jutalom.* Cantor—Hottel (1955) felnőtt értelmi fogyatékosoknál a tárgyi jutalom *nagyságának* hatását vizsgálta a tanulás folyamatában. Helyes cselekvés esetén a kísérleti személyek egyik csoportja 4, a másik 1 amerikai mogyorót kapott. A két csoport tanulási görbéje nem mutatott eltérést. Heber (1959) felnőtt értelmi fogyatékosoknál a jutalmakat a kísérleti személyek egyéni érdeklődésének megfelelően választotta ki. A kísérleti személy számára fontos, magas jutalom hatására a teljesítmények gyorsabban javultak, mint közömbös, alacsony jutalomnál (23. ábra).

Wolfensberger (1960) négyféle (előnyben részesített konkrét jutalom, zseton mint szimbolikus jutalom, konkrét jutalom megvonása, szimbolikus jutalom megvonása), Ellis (1962) kétféle (1 vagy 3 cigaretta) motiváló tényezőt alkalmazott felnőtt értelmi fogyatékosoknál, de hatásukban nem talált különbséget.

Stevenson—Knight (1961) értelmi fogyatékos és normális gyermekeknél vizsgálta a jutalomként megjelenő állatképek motiváló hatását. Ezek hatása a normálisokra kezdetben erősebb volt, az értelmi fogyatékosoknál viszont hosszabb ideig tartott.

2. *A pszichikus struktúrák merevsége.* Levin (1935) személyiségelmélete szerint a lelki élet a fejlődés során differenciálódik, és az elkülönült részek között a határ egyre erősebbé válik. Az egyes cselekvés-szabályozó rendszerek elkülönülése Levin szerint az életkor növekedésével párhuzamosan történik. Ezért, ha az értelmi fejlődés azonos szintjén álló, de életkorilag fiatalabb normális, illetve idősebb értelmi fogyatékos gyermekeket összehasonlítunk, akkor az értelmi fogyatékosoknál merevebb, jobban elkülönült cselekvés-szabályozó rendszereket találhatunk.

Ez a kísérleti helyzetben úgy nyilvánul meg, hogy az értelmi fogyatékos gyermek valamilyen egyszerű játékos tevékenységet — például kerek hold rajzolását — hosszabb ideig folytat, mint a normális gyermek. Normális gyermek viszont könnyebben és gyakrabban vált át valamilyen más vagy hasonló tevékenységre (Levin, 1935; Kounin, 1941a, b, 1948).

Mivel a normálisok cselekvés-szabályozása flexibilisebb, az értelmi fogyatékosoké viszont merevebb, ebből arra kell következtetnünk, hogy az értelmi fogyatékosoknál a feladatszituáció tartósabb, erősebb motiváltságot jelent a tanulás számára, mint a normálisoknál.

3. *A szociális jutalom.* A Levin (1935) és a Kounin (1941a, b)-féle kísérletekből levont következtetéseket nemcsak a rigiditás értelmezése (Goldstein 1943; Werner, 1946a, b), hanem a tanulás motivációja szempontjából is bírálták. Zigler (1962) sokoldalú kísérleti anyagra támaszkodva (Stevenson—Zigler, 1957; Zigler—Hodgen—Stevenson, 1958; Gewirtz—Baer, 1958a, b; Ellis—Distefano, 1959, Zigler, 1961; Shallenberger—Zigler, 1961; Green—Zigler, 1962) megállapította, hogy a Levin—Kounin-féle eredményekre motivációs magyarázatot is lehet adni.

Eszerint a főleg intézetben nevelkedő értelmi fogyatékos gyermek szociálisan deprivált. Életéből hiányoznak a felnőttel való kapcsolatteremtés gazdag lehetőségei, amelyek a családi környezetben felnövekvő normális gyermek számára adottak. A szociális depriváció miatt az értelmi fogyatékos a kísérleti helyzetben is másképp viselkedik, mint a normális. A felnőttel, a kísérletvezetővel való kapcsolatteremtés lehetősége az értelmi fogyatékos

számára már önmagában is ösztönző jellegű. Ha a helyesen végrehajtott cselekvés után a jutalom a kísérletvezető elismerése vagy dicsérete, akkor ez a motiváció nagyobb mértékben javítja az értelmi fogyatékosok teljesítményeit, mint a normálisokét. ZIGLER (1962) szerint a LEVIN—KOUNIN-féle helyzetben az értelmi fogyatékosok hosszabb kitartása azzal magyarázható, hogy a kísérletvezetőtől kapott feladat, a felnőttel való intenzívebb kapcsolatkeresési igény miatt számukra erősebb motivációt jelentett, mint a normális gyermek számára.

A felnőtt imbecilleseknél elvégzett motivációs vizsgálatok nem támasztják alá a szociális megerősítés nagyobb jelentőségét. GORDON—O'CONNOR—TIZARD (1954) a kísérleti személyek egyik csoportjánál megjelölte a teljesítményszintet, amelyet el kellett érni, a másik csoportban viszont csak a feladatot adták meg, és annak végzése közben biztatták a kísérleti személyeket jobb teljesítményekre. A biztatás hatása kisebbnek mutatkozott, mint a feladat előtt kitűzött teljesítményszint ösztönző ereje. Lényegében ugyanezt támasztották alá GORDON—O'CONNOR—TIZARD (1955), O'CONNOR—CLARIDGE (1955, 1958), WALTON—BEGG (1958) kísérleti eredményei is.

4. *A siker élménye.* Több vizsgálat foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy az értelmi fogyatékos hogyan képes megítélni cselekvésének várható eredményét, a siker vagy sikertelenség kilátásait?

DOLLARD—DOOB—MILLER—MOWRER—SEARS (1939), valamint SHERMAN—BELL (1951) szerint az értelmi fogyatékos nem tudja jól áttekinteni a feladatot, a megoldási módokat, a helyzet megoldásával kapcsolatban kisebb az előrevetített várakozása, s ezért a sikert vagy sikertelenséget sem éli át olyan intenzíven, mint a normális.

STARKMAN—CROMWELL (1958) és RINGELHEIM (1960) vizsgálataiban az értelmi fogyatékosok a tényleges helyzetnél optimistábban becsülték meg lehetőségeiket. E két szerző ezért arra következtetett, hogy az értelmi fogyatékosok kilátásaik megítélésekor az érzelmi torzításnak, a vágyteljesítésnek engednek.

PERRON (1962) viszont azt találta, hogy az értelmi fogyatékosok pesszimistábbak várható teljesítményeik megítélésében.

Az értelmi fogyatékosok igényszintjével és az azt meghatározó feltételekkel kapcsolatos kísérletek lényegében PERRON eredményeit igazolták.

GARDNER (1957) a közbeiktatott feladat sikeres végrehajtása után megfigyelte, hogy az előző feladat továbbfolytatásakor a teljesítményszint emelkedett. Az értelmi fogyatékosoknak tehát van sikerélményük, és ez az igényszintjüket fokozza. Több kísérlet eredményei viszont azt igazolják, hogy az értelmi fogyatékosok igényszintje az életben elszenvedett kudarcok hatására alacsonyabb, mint a normálisok igényszintje. A normális a siker elérésére törekszik, az értelmi fogyatékos a sikertelenséget akarja elkerülni. Ezért az értelmi fogyatékos a siker alacsonyabb szintjével is megelégszik, mint a normális. MOSS (1958) ezt az OSIPOVA (1926) és MATEER (1918) által igazolt összefüggést azzal próbálta bizonyítani, hogy az értelmi fogyatékosok tanulási helyzetben jobban figyelnek a sikertelenséget jelző ingerekre, mint a normálisok. Ezt a feltevést a kísérlet azonban nem igazolta. Igen tanulságosak viszont STEVENSON—ZIGLER (1958), SHIPE (1960), valamint BUTTERFIELD—ZIGLER (1961) kísérletének eredményei. Ezekben a kísérletekben

a szokásos tanulási helyzetektől eltérően nem minden sikeres cselekvést, hanem a sikeres cselekvésnek csupán a 30 vagy 60%-át jutalmazták. A siker tehát nem lehetett teljes, csak részleges. Ilyen feltételekkel az értelmi fogyatékos jobban tanult, mint a normális. A kétharmados siker ugyanis az értelmi fogyatékost jobban kielégítette, mint a normálist.

HEBEL (1957) és GARDNER (1957) kísérletei más körülmények között igazolták az értelmi fogyatékos és a normális eltérő igényszintjét. Ebben a két kísérletben a siker és a sikertelenség ösztönző hatását vizsgálták normálisok és értelmi fogyatékosok teljesítményeire. A jellemző különbség a sikertelenségnél mutatkozott. Erre ugyanis a normálisok mindig nagyobb teljesítményfokozással reagáltak, mint az értelmi fogyatékosok, akik számára a kudarc nem volt ösztönző tényező. Pedagógiai szempontból fontos az, hogy a siker az értelmi fogyatékosok és a normálisok teljesítményeit egyaránt fokozta.

Az eddig tárgyalt motivációs formák fejlődési összefüggéseinek felismeréséhez vezettek el azok a kísérletek, amelyeket BIALER (1961), BUTTERFIELD (1960), MILLER (1961), BUTTERFIELD—BUTTERFIELD (1961) végzett. Ezek alapján a motivációs rendszer fejlődését a következő módon írhatjuk le: a kisgyermek a fejlődés elején még nem ismeri fel cselekvésének hatókörét. Az eredményt és eredménytelenséget külső okoknak tulajdonítja. Ezen a szinten hedonisztikus öröm- és fájdalomtudattal rendelkezik. Később cselekvésének hatékonyságát kezdi felismerni. Ezzel párhuzamosan kezd kialakulni a siker- és sikertelenség tudata is. Ilyenkor már nem az „itt" és „most" jutalomra törekszik, hanem képes a jutalom időbeli eltolódására.

A fenti kísérletek a fejlődésmenetet három területen igazolták:

a) Ha a gyermeknek lehetősége van egy korábban sikeresen befejezett vagy sikertelenül lezárt tevékenység folytatására, akkor a fiatal normális és értelmi fogyatékos a sikeresen befejezettet, az idősebb normális a sikertelent választja.

b) A fiatal normálisokra és az értelmi fogyatékosokra a közvetlen jutalom, az idősebb normálisra a közvetett jutalom is hatással van.

c) A fiatal normális és értelmi fogyatékos cselekvését feladaton kívüli tényezők — tárgyi vagy szociális jutalom —, az idősebb értelmi fogyatékos cselekvését a feladattal összefüggő belső tényezők — sikerélmény — motiválják.

Az értelmi fogyatékosok felejtési és felidézési folyamatai

Az emléknyom kialakulása és rögzítése után megindul a felejtés folyamata, az emléknyom fokozatosan gyengül. Ezt a folyamatot a többi lelki jelenségtől elkülönítve, tisztán, az értelmi fogyatékosoknál nehéz tanulmányozni.

Az első probléma már a tanulásban, bevéséskor jelentkezik. Azonos teljesítményszint eléréséhez az értelmi fogyatékosnak nagyobb számú ismétlésre van szüksége, mint a normálisnak. A tanulás tárgyalásánál feltételeztük, hogy az azonos teljesítményszint mögött azonos erősségű emléknyom is áll. Vajon ez a feltevés a megtartó emlékezet területén is érvényesül-e? Az emléknyom gyengülését a bevéséskor elért teljesítményszint határozza-e meg, vagy pedig ez a folyamat attól is függ, hogy a teljesítményszintet kevesebb vagy több ismétlés alakította ki?

A vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy az értelmi fogyatékosnál a felejtés folyamata a teljesítményszinttől függ, és nincs összefüggésben azzal, hogy az értelmi fogyatékos a teljesítményszintet hány ismétlés után érte el.

O'Connor—Hermelin (1963) kísérletében imbecillisek két csoportjának szóképek globális felismerését kellett megtanulni. Az egyik csoport kedvezőbb feltételek mellett tanult, mint a másik, mivel a tanulás elején a megtanulandó szóképek nagyobbak voltak, mint azok, amelyektől el kellett különíteniük őket. A másik csoportnak ezt a könnyítést nem adták meg. A feladat megtanulásához az első csoportnak 7,8, a másiknak 19,3 ismétlésre volt szüksége. Hosszabb idő után történő kikérdezéskor az első csoport a négy szókép közül háromra, a másik átlagban 2,3-ra emlékezett vissza. A második csoportban tehát a nagyobb számú ismétlés a tanulási nehézség leküzdésére használódott fel és nem eredményezett tartósabb emléknyomot.

O'Connor—Hermelin (1962) egy másik kísérletében 6 éves normális és 22 éves imbecillis csoportoknak logikai szópárokat kellett megtanulniuk. Ennél a kísérletnél nem teljesen azonos teljesítményszint elérésére törekedtek, hanem azonos számú — 10 vagy 20 — ismétlést alkalmaztak. A szópárok előmondása kétféle hangintenzitással — 55 és 90 dB — történt (13. táblázat).

13. táblázat

O'Connor-Hermelin (1961)

Hangerő a szópárok elő mondásakor (dB)	Ismétlések száma	Normálisok			Imbecillisek		
		A felidézéskor kapott átlagos pontértékek					
		1 perc	2 nap	1 hónap	1 perc	2 nap	1 hónap
55	10	4,3	4,5	4,4	4,0	4,2	4,2
	20	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,4
90	10	4,5	5,0	5,3	4,5	4,3	3,9
	20	5,0	5,2	5,5	5,5	5,4	5,4

Ez a kísérlet ugyancsak azt igazolja, hogy az ismétlés a teljesítményszintet határozza meg, és nem a felejtés menetét.

O'Connor és Hermelin (1962) fenti vizsgálati eredményeiben az azonos ismétléssel elért teljesítményszintet tekintve nincs nagy különbség normális gyermekek és imbecillis felnőttek között. Ez valószínűleg a nagy életkori különbséggel és az ismerős, mindennapos szópár-anyaggal magyarázható.

A vizsgálati eredmények szerint az azonos értelmi korú értelmi fogyatékosnál és normálisnál a *felejtés menete* nagyjából megegyezik. Ezt az igen fontos megállapítást más vizsgálatok eredményei is megerősítik (Pryer, 1960; Johnson—Blake, 1960; Ellis—Pryer—Barnet, 1960; Lott, 1958; Denny, 1964; Robinson—Robinson, 1965).

Ezek a vizsgálatok azt igazolják, hogy az értelmi fogyatékosoknál az emlékezés zavarai kifejezettebben jelentkeznek a tanulásnál, bevésésnél, mint a már elsajátított anyag megőrzésénél.

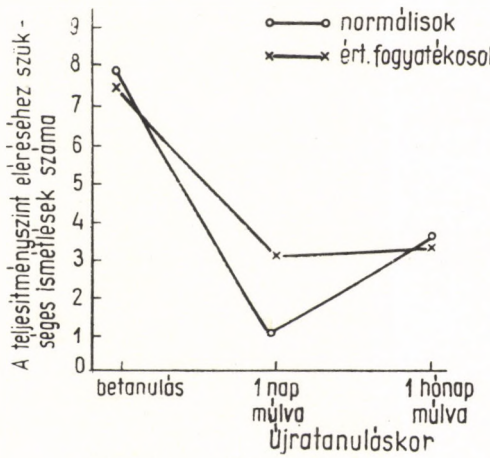
Vergason (1962) 12—16 éves normális és kisegítő iskolai tanulónál a felejtés menetét vizsgálta képpárok segítségével. A kísérletben mindkét

csoportnak meghatározott teljesítményszintet kellett elérnie. A teljesítményszint eléréséhez szükséges ismétlések számát a betanuláskor, majd 1 nap és 1 hónap múlva az újratanuláskor állapították meg. A két csoport között csupán a bevésés után jelentkezett különbség a normálisok javára (24. ábra).

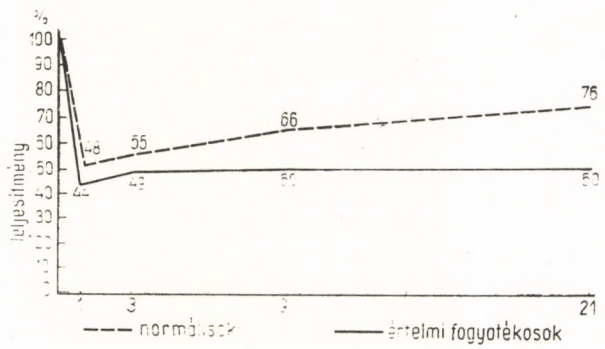
Nem publikált saját vizsgálatunkban (ILLYÉS—GERŐ 1959) 50—50 II. osztályos általános és kisegítő iskolai tanulónál vizsgáltuk a felejtés folyamatát, három értelmetlen szótagsorozat segítségével.

A 100%-os teljesítmény eléréséhez általános iskolás tanulóknak 12,9, a kisegítő iskolásoknak 16,7 ismétlésre volt szükségük sorozatonként. A kikérdezés a bevésés utáni 1., 3., 9. és 21. napon történt. Mivel minden tanulót kikérdeztünk, a kikérdezések ismétléseknek is számítottak. Valószínűleg ezzel és a sorozathatás miatti erős reminiszencia jelenséggel lehet magyarázni az általános iskolások javuló teljesítményeit (25. ábra).

VERGASON (1962) és saját (ILLYÉS—GERŐ 1959) vizsgálataink főleg mennyiségi szempontból elemezték a felejtés folyamatát. NUGYELMAN



24. ábra. Vergason (1962)



25. ábra. Értelmetlen szótagpárok felidézése a bevésés utáni első, harmadik, kilencedik és huszonegyedik napon *(Illyés—Gerő, 1959)*

(1940) a látási képzetek átalakulása területén mutatta ki az értelmi fogyatékosok felejtési folyamataira jellemző minőségi sajátosságokat. Az értelmi fogyatékos, normális és süket kísérleti személyeknek három egyszerű képet 2 mp-ig kellett szemlélni, majd a bemutatás után közvetlenül hat nap és 1 hónap múlva emlékezetből le kellett rajzolni. Az értelmi fogyatékosok emlékképei gyorsabban és erősebben átalakultak, mint a normálisok és süketek emlékképei, és hamarabb is vesztették el egyedi vonásaikat.

Nugyelman (1940) kísérletei a felejtés minőségi elemzésekor számszerűen is nagyobb különbségeket mutattak ki az értelmi fogyatékosok és normálisok között, mint a korábban idézett kísérletek. Ez az eltérés azonban valószínűleg nemcsak az erősebb felejtéssel, hanem főleg a reprodukció nehézségeivel magyarázható.

A megőrzés és felejtés folyamatát a reprodukciók különböző formái alkalmazásával (felidézés, felismerés, újratanulás) vizsgálhatjuk. A lélektani kísérletekben általánosan elfogadott az, hogy a reprodukciós teljesítményszint a felejtés folyamán gyengült emléknyom erősségi szintjét fejezi ki.

Az értelmi fogyatékosok reprodukciós folyamatai azonban nemcsak az emléknyom erősségét, hanem a reprodukcióhoz szükséges egyéb pszichikus folyamatok zavarát is kifejezik.

Az értelmi fogyatékosoknál az emléknyom már kialakulásakor sem ágyazódik be olyan sokrétű asszociációs rendszerbe, mint a normálisoknál. Ezért a felidézéskor a hiányzó részek gondolati keresése kevesebb kapcsolatra támaszkodhat. A többirányú megközelítés az értelmi fogyatékos számára azért is nehéz, mert a tudatos és szándékos felidézéskor nem tud kialakítani sajátos felidézési beállítódást, gondolkozási folyamatait nem tudja a felidézéshez aktivizálni, a homályos, bizonytalan emlékképet nem tudja kritikusan felülvizsgálni és spontán képzeleti tevékenységétől elkülöníteni.

Az értelmi fogyatékosok reprodukciós technikájának fejletlenségét több kísérlet is kimutatta. Johnson—Blake (1960) kísérleteiben az értelmi fogyatékosok jelentősen rosszabbul tudták az értelmetlen szótagokat felidézni, mint a normálisok. Újratanulásnál viszont kitűnt, hogy az azonos teljesítményszint eléréséhez az értelmi fogyatékosoknak nem volt szükségük több ismétlésre, mint a normálisoknak. A felidézéskor nyújtott gyengébb teljesítmény tehát nem a gyengébb emléknyomra, hanem a felidézés egyéb pszichés tényezőinek zavarára utal.

Dulnyev (idézi Pinszkij, 1962) és Pinszkij (1954) történet elmondásos kísérleteiben az értelmi fogyatékosok reprodukcióiban sok olyan idegen elem fordult elő, amely a megtanult történetben nem szerepelt. A reprodukció folyamatában az értelmi fogyatékos nehezen tud különbséget tenni az eredeti emlékképek, más helyzetekből származó tapasztalatai és képzeleti képei között. A gondolati feldolgozás és a tudatos ellenőrzés ezért jelentősen javíthatja a felidézést (Fazekas, 1966; Timcsák, 1966).

Az ismertetett kísérletek alapján feltehető, hogy az emlékezés részjelenségei közül — bevésés, megőrzés, felidézés — az értelmi fogyatékosoknál elsősorban a bevésés és a felidézés zavarairól van szó. Az értelmi fogyatékosok tanulási nehézségei tehát elsősorban az anyag elsajátításánál és felidézésénél jelentkeznek.

Az értelmi fogyatékosok emlékezeti formáinak egyenlőtlen fejlődése

A lelki jelenségek neurofiziológiai alapjukat tekintve több kérgi és kéreg alatti terület bonyolult összműködésének eredményeként jönnek létre. Az egyes lelki jelenségek létrejöttében szerepet játszó területek közül egyesek, az un. „központok" fontosabb szerepet játszanak, mint a többi terület. A régi lokalizációs tan elképzeléseit a lelki jelenségek és a körülhatárolt kis kérgi területek összefüggéseiről a modern pszichofiziológiai (Lurija, 1965) és neurológiai (Horányi, 1961) kutatások nem igazolták. Ma is valószínűnek látszik azonban az, hogy az engram-képződés a kéreg különböző területein történik. Mivel ugyanaz a kérgi terület különböző pszichikus funkciókban eltérő szerepet játszik, körülírt kérgi károsodás esetén a legváltozatosabb emlékezeti, illetve tanulási zavarokat (agnózia, apraxia, szenzoros-motoros afázia, legaszténia, grafaszténia, aritmaszténia stb.) figyelhetünk meg.

Egyes kérgi területeken az emléknyom képződés nemcsak megnehezülhet, hanem egyes esetekben meggyorsulhat, könnyebbé válhat. Az irodalomban leírt emlékezetművészeknél legtöbbször ilyen természetű körülírt emlékezeti funkció tökéletesedésről van szó (Fürj, 1913; Heller, 1912; Pezalla, 1938). Ezzel kapcsolatban néhány megfigyelést idézünk Pazellától (1938).

„Guggenbühl leírt egy churi kretént, akinek beszédét artikulátlansága miatt csak nehezen lehetett megérteni. Ennek ellenére biztosan és könnyedén tudta megnevezni Chur összes lakójának születésnapját és elhalálozási időpontját. — Witzmann beszámol intézetében egy könnyű értelmi fogyatékos kalendárium-művész fiúról, aki ismerte a naptári szentek összes névnapját . . . Az ünnepnapok dátumait 2000-ig úgy megtanulta, hogy egy meghatározott évben szereplő ünnepnappal kapcsolatban feltett kérdésre a dátumot azonnal meg tudta mondani. Hibás válaszok egyáltalán nem fordultak elő. Ezt a fiút az intézetben kertészként akarták alkalmazni. A kiképzést azonban meg kellett szakítani, mivel az ásó használata túl nehéz volt számára . . . — N. nevű könnyű értelmi fogyatékos helyes sorrendben tudta felmondani Berlintől Bremáig az összes állomás nevét, annak ellenére, hogy ezen a szakaszon csak egyszer utazott . . . — Fodéré egy értelmi fogyatékosnál olyan erős emlékezetet figyelt meg, hogy amit 20 évvel azelőtt olvasott, szóról szóra el tudta mondani, sőt még az oldalszámot is meg tudta adni."

Az értelmi fogyatékosoknál az emlékezeti formák egyenlőtlen sérülésének okát a fentiek alapján abban látjuk, hogy egyes kérgi területeken megnehezül vagy könnyebbé válik az emléknyomok kialakítása vagy felidézése.

A kísérleti kutatások érzékelési területenként (Lobsien, 1903; Török, 1955; Schwartz, 1958; O'Connor—Hermelin, 1961b; Pogány, 1965) a verbális emlékezet különböző formáinál (Rossolimo, 1921), valamint a logikus és mechanikus emlékezés viszonylatában (Burt, 1955) vizsgálták a sérülések mértékét. A vizsgálatok eredményei az alkalmazott módszerek eltérő vonásai miatt nehezen általánosíthatók.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK GONDOLKODÁSA

Az értelmi fogyatékosok gondolkodása a cselekvésben

A gyermek az első években tárgyi környezetét manipuláció és lokomóció útján ismeri meg. A manipulációs helyzetben a tárgyakra, ezek fizikai sajátosságaira, funkciójára, a tárgyak között fennálló egyszerű fizikai relációkra

stb. vonatkozó tapasztalatok bővülésével egyre több olyan helyzet adódik, amelyek megoldására a gyermek nem rendelkezik kész cselekvési sémával. Ezekben a helyzetekben a gyermek a megoldáshoz gondolkodás útján jut el. Ez a manipulatorikus gondolkodás nem verbális jellegű, egységeit nem szavak, fogalmak képezik, szerkezetét nem a nyelvi rendszer alkotja. A problémahelyzet egyszerű manipulatorikus szinten, a tárgyakkal végzett cselekvés közben áll elő, ezért a gondolkodás az érzékelési mezőben és a mozgások szintjén zajlik le. A gondolkodás egységei tehát érzékleti képek, mozdulatok. Az értelmi fogyatékosok cselekvésben történő gondolkodásának vizsgálata több szempontból jelentős.

Az értelmi fogyatékosok életben való helytállása azt bizonyítja, hogy a mindennapi élethelyzetekkel összefüggő feladatokat jól oldják meg. Kézenfekvő a feltevés, hogy az értelmi fogyatékosság kizárólag vagy túlsúlyban a verbális gondolkodás területén jelentkezik, és a cselekvésben történő gondolkodás kevésbé sérült.

A cselekvésben történő gondolkodás vizsgálatát módszertani előnyök is előtérbe helyezik. A cselekvéses gondolkodás lefolyása ugyanis jobban követhető, mint a verbális gondolkodásé. A cselekvéses gondolkodás szinte „kívül" játszódik le, a rendelkezésre álló és aktuálisan éppen felhasznált adatokat, a megoldási próbálkozásokat, a folyamat szakaszait stb. a megfigyelő közvetlenül tudja tanulmányozni.

A manipulatorikus gondolkozás elvi és módszertani jelentősége dacára ezen a területen viszonylag kevés vizsgálati eredmény áll rendelkezésünkre. Ezek alapján csupán néhány általánosabb jellemző vonást fogalmazhatunk meg.

A gondolkozási indítékok gyengesége. A gyermek cselekvéses gondolkodása az első években főleg a játéktevékenységben fejlődik. A környezettel való aktív kapcsolat különböző formái, a játék számtalan egyszerűbb, bonyolultabb problémahelyzet megteremtéséhez nyújtanak lehetőséget. A normális gyermek a játékhelyzetben, mint minden pszichikus funkcióját, a gondolkodást is játékosan használja, gyakorolja. Olyan játékkörülményeket, játékfeladatokat alakít ki, amelyek problémát jelentenek, ahol tapasztalatait variálhatja, kombinálhatja, ahol korábbi cselekvési formái alapján új konstruktív megoldásokat hozhat létre.

Az értelmi fogyatékos spontán, játékos, manipulatorikus tevékenységében a gondolkodás gyakorlása háttérbe szorul. Az értelmi fogyatékos gyermekben a fejlődés és érés nem hoz létre olyan erős és tartós belső késztetést a gondolkodási funkciók gyakorlására, mint a normális gyermekben. Az alkotó gondolkodás elemeinek hiánya miatt az értelmi fogyatékos spontán manipulatorikus tevékenysége, játéka színtelen, sivár, fantáziátlan, sematikus, sztereotip stb. Az értelmi fogyatékos gyermek a valósággal való manipulációs kapcsolatában még a rendelkezésre álló gondolkodási lehetőségeket sem használja fel. Spontán nem keresi azokat az alkalmakat, helyzeteket, ahol gondolkodási funkcióit kipróbálhatja, alkalmazhatja. Az intellektuális kíváncsiság, érdeklődés és öröm mint ösztönző tényezők az értelmi fogyatékosok manipulatorikus tevékenységében nem érvényesülnek.

Lányiné (1959) 52 idióta, 103 imbecillis és 30 debilis játékát figyelte meg, és a manipulatórikus tevékenység minden szintjén az alkotó, produktív

gondolkodási elemek hiányát tapasztalta. A gondolkodási indítékok gyengesége a játéktevékenység fejlettebb formáiban is jelentkezik. JASKULSKI (1933) ugyanezt mutatta ki 130 imbecillis szerepjátékának elemzésével.

PÁRDÁNYI (1963) a világteszt segítségével részletesen elemezte 14 debilis és 6 imbecillis produktív játéktevékenységét. A gyermekeknek játéktárgyak segítségével (épületek, emberek, növények, állatok, közlekedési eszközök stb.) világot kellett kialakítaniuk. Az értelmi fogyatékosok által kialakított életképekben 267 produktív fantázia nélküli megoldás fordult elő, a normálisokéban viszont csak 13. A normálisok jelenetalkotásra, eseményábrázolásra törekedtek. Az értelmi fogyatékosok a tárgyakat összezsúfolták, sorba vagy körbe rakták, szegélydíszítést alakítottak ki. A téri renden belül a tárgyak funkcionális vagy fogalmi csoportosítására törekedtek.



18. kép. Játék

A spontán manipulációs tevékenységben a gondolkodási elemek háttérbe szorulása az értelmi fejlődés területén több következménnyel jár.

1. Az értelmi fogyatékos nem gyakorolja és nem tanulja meg a gondolkodási tevékenység menetét.

2. A gondolkodási zavar miatt az értelmi fogyatékos nem ismeri meg sokoldalúan a tárgyak tulajdonságait, a fizikai összefüggéseket stb. A cselekvésbe ágyazott gondolkodás fogyatékossága végső soron a tapasztalatszerzés körének leszűküléséhez vezet.

3. A gondolkodás indítékainak gyengülése az egész értelmi fejlődést lelassítja, s a mechanikus tanulás területére szorítja. Az értelmi fogyatékos elsősorban azt tanulja és érti meg, ami környezetében gyakran ismétlődik. A normális gyermek aktívabban, az értelmi fogyatékos passzívabban ismeri meg a világot.

A manipulációs tapasztalatok felhasználásának nehézsége. Az értelmi fogyatékosok cselekvéses gondolkodását főleg KÖHLER (1917) csimpánzkísérleteinek mintájára kialakított kísérleti helyzetekben vizsgálták (PREISER, 1920; LIPMANN–BOGEN, 1924; GOTTSCHALDT, 1954; BOSCHÁN, 1961). Ezekben a helyzetekben a gyermeknek a közelében elhelyezett, látható céltárgyat (játék, csokoládé, sütemény stb.) kellett megszereznie. Mivel a céltárgyat közvetlenül nem lehetett elérni, az értelmi fogyatékosnak fel kellett ismernie az eszközhasználat szükségességét, és rá kellett jönnie arra, hogy a környezeté-

ben lévő tárgyak (bot, szék, fonal stb.) közül eszközként melyiket lehet a legcélszerűbben alkalmazni.

Az emberi környezetben felnőtt és a kontroll normális gyermekeknél mindig néhány évvel idősebb értelmi fogyatékos számára az ilyen jellegű eszközhasználat más feladatot jelent, mint a csimpánz vagy a normális kisgyermek számára. A csimpánz semmilyen, a normális kisgyermek még kevés manipulációs tapasztalattal rendelkezik, amikor a feladat elé állítják. Számukra a feladat sokkal inkább új helyzet, amely eredeti gondolati feldolgozást kíván meg, mint az értelmi fogyatékosnak, aki idősebb lévén, szükségszerűen több manipulációs tapasztalat birtokában van.

Az értelmi fogyatékosnál várható tapasztalati előny a kísérleti helyzetekben azonban nem nyilvánult meg. Sőt az értelmi fogyatékosok feladatmegoldási szintje a normálisokéhoz viszonyítva mindig alacsonyabb volt.

Az értelmi fogyatékosok gyengébb teljesítményeit cselekvésben történő gondolkodásuk két sajátosságával magyarázhatjuk.

A kísérleti helyzetekben általánosan megmutatkozott, hogy az értelmi fogyatékos később ismeri fel azt, hogy a feladatmegoldáshoz valami eszközre van szüksége, mint a normális. Az értelmi fogyatékos az eszközhasználat előtt valamilyen primitívebb, közvetlenebb megoldási móddal — ágaskodás, kar kinyújtása stb. — kísérletezett. Ebből arra következtethetünk, hogy az értelmi fogyatékosnál az eszközhasználatra vonatkozó szélesebb körű tapasztalatok ellenére *nem alakult ki az eszköz funkciójának általános, minden helyzetben érvényes gondolati megértése.* Az értelmi fogyatékos manipulál a tárgyakkal, de a cselekvéses gondolkodás szintjén nem végzi el azt az elvonatkoztatást és általánosítást, amely a tárgyak általános eszközi funkciójának belátását biztosítaná. Az értelmi fogyatékos a tárgyat megtanulja használni, de nem jön rá arra, hogy a tárgy eszköz. Az eszköztudat gyengesége miatt a feladatmegoldásnál az értelmi fogyatékos számára nem hiányzik valami, ami betölthetné a hiányzó eszköz funkcióját.

Az eszköztudat gyengeségét a cselekvéses gondolkodás szintjén megnyilvánuló konkretizmussal magyaráztuk. Ha az értelmi fogyatékos felismeri, hogy a feladat megoldásához valamilyen eszközre van szüksége, akkor ez a konkrétizmus még továbbra is gátolja a megfelelő eszköz kiválasztását. A kísérleteknél gyakran megfigyelték a „funkcionális rögzülés" (Lénárd, 1961; Woodworth—Schlosberg, 1966) jelenségét, amely abban nyilvánult meg, hogy az értelmi fogyatékos a megszokott eszközi funkcióval rendelkező tárgyat az új helyzetben nehezen tudja új eszközi funkcióval felhasználni. (Például a széket ülés helyett ráállásra, megtámasztásra stb.)

A gondolkodási tevékenység megszervezésének zavara. A cselekvéses gondolkodás folyamata, mivel az egyes gondolkodási lépések valamilyen cselekvésben fejeződnek ki, viszonylag jól tanulmányozható.

A feladatmegoldás folyamatában a legszembetűnőbbek az egymás után következő próbálkozások, amelyek végül is a helyes megoldáshoz vezetnek el. A próbálkozásokban a korábbi és az éppen aktuális tapasztalatok fejeződnek ki. A kísérleti személy elképzel valamilyen megoldási módot, ezt a gyakorlatban megvalósítja, s az így szerzett tapasztalatot új megoldási mód kialakításához használja fel. Ebben a folyamatban igen fontos az, hogy a kísérleti személy a megoldandó feladatot ne veszítse el a szeme elől. A feladat

alkotja a célt, amelyet megoldási próbálkozásaival fokozatosan meg kell közelítenie. Az előrehaladás csak akkor lehetséges, ha a kísérleti személy nem rögződik valamilyen sikertelen megoldási próbálkozáshoz, vagy azokhoz nem tér vissza, ha tanul a sikertelenségből és felismeri, hogy mikor jutott közelebb a megoldáshoz. A sikertelen próbálkozás közben nem szabad feladni a megoldási törekvést, vagy a kitűzött problémát a megoldhatóság érdekében nem szabad leegyszerűsíteni, illetve új feladattá átalakítani.

A gondolkodási folyamat felsorolt követelményei a gondolkodási tevékenységben általában spontán valósulnak meg. A helyes gondolkodásnak nem feltétele szabályainak tudatos ellenőrzése. Különösen így van ez a cselekvésbe ágyazott gondolkodásnál, ahol a tudatos kontroll ritkábban valósul meg, mert a folyamat nem verbális jellegű.

Az értelmi fogyatékosok gondolkodási hibái gyakran a felsorolt követelmények megszegésére, a gondolkodási tevékenység szerveződésének spontán zavaraira vezethetők vissza.

Ezek közül a leggyakrabban a következők fordulnak elő:

a) A feladattudat gyengesége. Cselekvéses gondolkodási feladatoknál gyakran megfigyelték, hogy az értelmi fogyatékos az eredeti gondolkodási folyamattól eltérül. Egy ideig próbálkozik az eredeti gondolkodási feladat megoldásával, majd az egyik próbálkozása közben végzett cselekvésre irányítja figyelmét, és ez válik fő cselekvési feladattá. A korábbi feladat elejtése és az új feladat felé fordulás észrevétlenül, spontán következik be. Az értelmi fogyatékos nem fejezi be, nem zárja le az első feladatot, hanem szinte elfelejti, elterelődik róla a figyelme. Az első feladat normális befejezése vagy az lenne, hogy az értelmi fogyatékos addig próbálkozik, amíg a feladatot meg nem oldja, vagy hogyha ez nem sikerül, a sikertelenség tudomásul vétele, a feladat feladása zárná le a tevékenységet. Az értelmi fogyatékos nem a sikeres befejezés vagy a feladás után kezd új tevékenységbe, hanem még ez előtt. Ilyen módon a feladatok és a cselekvések egymásba folynak, nem határolódnak el egymástól. Ezért az értelmi fogyatékos az új cselekvést a korábbi folytatásának fogja fel, és az ebben elért sikert gyakran a korábbi sikeres befejezéseként éli át. GOTTSCHALDT (1954) első kísérletében az értelmi fogyatékosoknak nagy alakú játékkockákból mennyezetig érő tornyot kellett építeni. Volt olyan értelmi fogyatékos, aki kisebb tornyot épített és ezt az első feladat sikeres megoldásaként élte át. Ebben az esetben a feladattudat gyengesége a feladat átalakításában, leegyszerűsítésében nyilvánult meg. Volt olyan értelmi fogyatékos, aki néhány próbálkozás után a kockákkal egészen más játéktevékenységet kezdett, és ezt az új tevékenységet fogta fel a tulajdonképpeni feladatnak.

b) Eltérülés a követett cselekvési szabálytól. A feladattudat gyengesége a probléma, a cselekvési cél elhalványulásában, a feladat befejezetlenségében nyilvánulhat meg. A gondolkodási tevékenység szervezésének zavarát azonban nemcsak ilyen nagyobb egységeknél, feladatoknál figyelhetjük meg, hanem a feladatokon belül is. A cselekvési feladatok megoldásában az értelmi fogyatékos gyakran nem következetesen, rendszeresen halad előre. A részcselekvések befejezése előtt új cselekvésbe kezd, majd azt is félbehagyja és visszatér az előzőhöz.

Strauss—Lehtinen (1950), Wewetzer (1959), Jachimovicsné (1962) az észlelésvizsgálatoknál azt is megfigyelték, hogy az értelmi fogyatékos milyen munkamódszerrel rakja ki gyöngyökből a geometriai figurát. Kitűnt, hogy az értelmi fogyatékos nem törekedett a megkezdett cselekvés következetes folytatására. Elkezdte a figura egyik oldalát kirakni, félbehagyta, áttért egy másik oldal kirakására, majd visszatért az előzőhöz. Az egész figura kirakását így sokkal több, mozaikszerű részcselekvésből építette fel, mint a normális.

Hasonló jelenséget figyelt meg Párdányi (1963) is a világtesztnél. Az értelmi fogyatékosok a tárgyakat fogalmi, funkcionális csoportokba rendezték el. A kirakásnál a csoportosítás szempontjait azonban gyakrabban változtatták meg, mint a normálisok.

Koncz (1960) a cselekvési szabálytól való eltérülést a korongos *Montessori*-torony felrakásában mutatta ki. A gyermekeknek a tornyot háromszor egymás után kellett felrakniuk. Hibáikat felrakás közben és utána javíthatták. Mivel a korongok nagysága a torony növekedésével párhuzamosan fokozatosan csökkent, a gyermeknek azt a cselekvési szabályt kellett követnie, hogy a maradék korongok közül mindig a legnagyobbat kellett a rúdra felfűzni. A cselekvési szabálytól való eltérülés abban nyilvánult meg, hogy a gyermek nem a legnagyobbat, hanem a nagyobbak közül egyet vagy épp a legkisebbet választotta. Néhány, az új cselekvési szabálynak megfelelő választás után az értelmi fogyatékos gyakran visszatért az eredeti helyes cselekvési szabályhoz (14. táblázat).

14. táblázat

Koncz (1960)

		Gyermekek száma	Felrakások száma	Jó felrakások száma: Azonnal hiba nélkül	Első felrakás közben v. után javítással	2., 3. felrakás után	Jó felrakáshoz nem jut el
Normálisok	3 év	18	54	27	27	—	—
	4 év	21	63	33	30	—	—
	5 év	30	90	67	23	—	—
	6 év	21	63	59	4	—	—
Kísérleti o.		20	60	6	14	2	38
Átmeneti o.		20	60	10	29	—	21
Előkészítő o.		20	60	24	25	5	6

c) Rögzülés a sikertelen próbálkozásoknál. A gondolkodási feladatok megoldásában a próbálkozások a helyzet jobb megismerését, a hibás megoldási módok kizárását, a lehetséges, célravezető megoldási módok körének csökkentését szolgálják. Az értelmi fogyatékosok cselekvésében a próbálkozások nem viszik előre a gondolkodás folyamatát. A próbálkozásokból nem vagy kevesebbet tanulnak, mint a normálisok, a próbálkozások során nem szerez-

nek tapasztalatokat, a próbálkozások nem vezetik el őket a megoldás szempontjából fontos összefüggések felismeréséhez.

A cselekvéses próbálkozás hiányos gondolati elemzése miatt az értelmi fogyatékos az elvi megoldásmód és a cselekvés kivitelezése között gyakran nem tesz különbséget. Nem ismeri fel, hogy nem azért nem tudja a feladatot megoldani, mert ügyetlenül végzett el valamilyen cselekvést, hanem azért, mert a feladat a követett eljárással egyáltalán nem megoldható (HERMANN—HERMANN—CZINNER, 1923; GOTTSCHALDT, 1954). Az értelmi fogyatékos ezért gyakran a külső körülmények vagy saját mozgásának elégtelenségével hozza összefüggésbe sikertelen próbálkozásait. Nem arra törekszik, hogy a próbálkozást módosítsa, új megoldási módot találjon ki, hanem arra, hogy a külső körülményeken változtasson, vagy ügyesebben végezze el a cselekvést. Többször megismétli ugyanazt a próbálkozást anélkül, hogy a megoldási módon valamit változtatna.

GOTTSCHALDT (1954) kísérletében 3,5 × 3,5 cm alapfelszínű, 25 cm hosszú kockákból kellett mennyezetig érő tornyot építeni. Ha az értelmi fogyatékos a kockákat fektetve rakta egymásra, a torony nem ért a mennyezetig, ha állítva, akkor néhány kocka egymásra rakása után a torony feldőlt. Voltak olyan értelmi fogyatékosok, akik nem ismerték fel, hogy a felállított kockák egymásra rakása rossz vagy nagyon nehezen keresztülvihető megoldás, és a torony feldőlését saját ügyetlenségüknek tulajdonították. Ezek hosszú ideig makacsul ismételgették ezt a megoldási formát, arra törekedve, hogy ügyes mozdulatokkal rakják egymásra a kockákat, nehogy azok feldőljenek. Egy-két esetben valóban sikerült is olyan finom mozgásokat végrehajtani, hogy az ingatag torony a feldőlés előtt majdnem elérte a mennyezetet.

d) A bemutatott vagy a próbálkozások közben véletlenül felbukkanó helyes megoldási mód jelentőségének fel nem ismerése. A cselekvéses próbálkozások között gyakran előfordul, hogy az értelmi fogyatékos véletlenül a megoldáshoz vezető helyes cselekvést végzi el. Ugyanez történik akkor is, ha a felnőtt segítséget nyújt, és megmutatja a helyes megoldást. Az értelmi fogyatékos a végrehajtott cselekvést gondolatilag nem dolgozza fel megfelelően abból a szempontból, hogy a cselekvés a helyes megoldást vagy annak elemeit magában foglalja-e. Ezért a célravezető és hibás próbálkozások nem különülnek el élesen egymástól, s az értelmi fogyatékos nem ismeri fel a helyes cselekvés jelentőségét az egész feladat megoldására vonatkozóan.

GOTTSCHALDT (1954) toronyépítési kísérletében többször előfordult, hogy az értelmi fogyatékos véletlenül rájött a helyes megoldási módra. Ezt az építési formát azonban nem követte, hanem „regrediált egy primitívebb megoldási szintre".

Az értelmi fogyatékosok fogalmi gondolkodása

A fogalmi gondolkodás a cselekvésbe ágyazott és szemléletes gondolkodáshoz hasonlóan problémahelyzetek megoldására irányul. A cselekvésbe ágyazott és szemléletes gondolkodástól a gondolkodás egységei és műveleti szintje tekintetében tér el.

Legáltalánosabb leírásnál a fogalmi gondolkodást a kommunikáció, a beszéd oldaláról közelítjük meg. Erről az oldalról vizsgálva a gondolkodás alapegységeit szavak, műveleteit nyelvi struktúrák alkotják, és a gondolkodás folyamata a kommunikációs funkciójától megfosztott belső beszéd területén valósul meg.

A finomabb elemzés a szavak és nyelvi struktúrák, a gondolat anyagi hordozói és kifejezői mögé hatol, és a gondolkodás verbális szintje mögött a logikai szintet tárja fel. Ha így közelítjük meg a kérdést, akkor a gondolkodás alapegységeit fogalmaknak, műveleteit a formális vagy matematikai logika műveleteinek, és a gondolkodást logikai szinten megvalósuló folyamatnak tekintjük.

A gondolkodás nyelvi, kommunikációs, verbális és logikai oldalának vizsgálata a gondolkodás konvencionális anyagi hordozóját és kifejezőjét és az objektív, helyes gondolkodás szabályszerű műveleteit tárja fel.

Az elvont gondolkodás folyamatában a konvencionális, verbális és objektív logikai oldal mellett más rendező elvek is érvényesülnek. A tapasztalat, a tudás legtöbbször nem a szavakhoz kapcsolt tiszta logikai fogalmak formájában áll a gondolkodás rendelkezésére, hanem igen komplex érzelmektől, cselekvéses tapasztalatoktól, képszerű elemektől átszőtt formában.

A letisztult, elvont fogalom sohasem szakad el teljesen a sokszínű konkrét tapasztalati alapanyagtól. Problémahelyzetben, a megoldási minta keresésekor többszörös interakció valósul meg a fogalom és a reprezentáció konkrétabb szintjei között, és ez a gondolkodás folyamatát letérítheti a logikai szabályok által kijelölt egyenes útról. A gondolkodás a cselekvés, a tevékenység egyik formája (LÉNÁRD, 1964). Lefolyásában ezért a szubjektív jelleg nemcsak a sajátosan egyéni, konkrét tapasztalatok révén érvényesül, hanem az akarat, az érzelem, a személyiség sajátosan egyéni jellemzőinek oldaláról is. Ezekre a tényezőkre a cselekvésbe ágyazott gondolkodás tárgyalásánál részben már utaltunk.

Az értelmi fogyatékosok elvont gondolkodását a fentiek alapján a nyelv és beszéd, a gondolkodásban érvényesülő logikai műveletek, a konkrét élmények és tapasztalatok reprezentációs szintjével való kapcsolat, a gondolkodási folyamatot dinamizáló akarati és érzelmi tényezők oldaláról vizsgálhatjuk.

A jelen fejezetben az elvont gondolkozás alapegységeivel, a fogalmakkal, a logikai műveletekkel, valamint az elvont gondolkozás akarati és érzelmi mozzanataival foglalkozunk.

Az értelmi fogyatékosok fogalmai

Az értelmi fogyatékosokkal elvégzett fogalomvizsgálatok fontosabb adatait és eredményeit táblázatosan közöljük (15. táblázat).

Az ismertetett vizsgálatok eredményei alapján az értelmi fogyatékosok fogalmainak főbb sajátosságait a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A fogalom tartalmát fogalmi jegyek alkotják. A fogalmi jegyeket a következő csoportokba sorolhatjuk:

a) A fogalom lényegi, logikai jegyei azok a jegyek, melyek a logikai definí-

ció genus proximumát és differencia specifikáját adják, amelyek alapján az adott fogalmat el tudjuk helyezni a fogalmak logikai rendjébe.

b) A fogalom gyakorlati, funkcionális jegyei azok a jegyek, amelyek a gyakorlati élettel, alkalmazással, hasznossággal függnek össze.

c) A fogalom érzékletes—konkrét jegyei azok a jegyek, amelyek látás, hallás, tapintás útján ragadhatók meg, amelyek a fogalom érzékletes tulajdonságait írják le, vagy mozgásban fejezik ki.

A fogalmak kialakulásakor a szó először a fogalom érzékletes és funkcionális jegyeit foglalja össze. A szó mögött levő gondolati tartalmat ezen a szinten még nem tekinthetjük szigorúan vett logikai fogalomnak, mivel *nem általános*, mert csak egy vagy néhány tárgy, helyzet, jelenség tapasztalati anyagát sűríti össze, és *nem objektív*, mert cselekvéses, hangulati, érzelmi elemeket is magában foglal, és *nem rendezett*, mert a tapasztalati jegyek között lényeges és lényegtelen nem különült el. A felnőtt környezet beszédében és az iskolai oktatásban a szavak a fogalmak logikai tartalmát fejezik ki. Ennek a magasabb szintű gondolkodásmódnak, valamint az értelmi érésnek (Wallon, 1958) hatására a gyermek érzékletes és funkcionális jegyeket tartalmazó fogalmai differenciálódnak, és fokozatosan elkülönülnek a fogalom lényegi, logikai jegyei.

Ez a folyamat először egy sajátos közbülső helyzetet eredményez. A gyermek megérti azt a gondolatmenetet, amelyhez a fogalom lényegi, logikai jegyeinek absztrakciója szükséges, sőt esetleg optimális feltételek mellett meghatározási feladatoknál ezt az absztrakciót maga is el tudja végezni, de általában még mindig a fogalom érzékletes és funkcionális jegyeinek szintjén gondolkozik. A fejlődés következő lépéseként a szó mögötti gondolati tartalomban dominálóvá válnak a fogalom lényegi, logikai jegyei, a fogalom elfoglalja helyét a fogalmak hierarchikus fogalmi rendszerében.

Ha a szóval kifejezett gondolati tartalom aktuálisan domináns mozzanatát, jegyét a fogalom központi jegyének tekintjük, akkor a fogalomkialakulás imént vázolt menetét három lépésben foglalhatjuk össze:

a) A fejlődés elején a fogalom központi jegyét érzékletes és funkcionális jegyek alkotják.

b) A fejlődés következő szakaszán a fogalom lényegi, logikai jegyei elkülönülnek, de a fogalom központi jegyei továbbra is az érzékletes és funkcionális jegyek maradnak.

c) A fejlődés végén a fogalom lényegi, logikai jegyei a fogalom központi jegyeivé válnak.

Az értelmi fogyatékosoknál elvégzett fogalomvizsgálatok tanúsága szerint a fogalom kialakulása lassabban zajlik le, mint a normálisnál. A fogyatékosság súlyosságának megfelelően az értelmi fogyatékos kisebb vagy nagyobb mértékben elmarad a normális fejlődés mögött (Papania 1954; Szilvágyi 1961).

Az elmaradás az elvont fogalmakban (Bieber, 1930; Szabados, 1964; Kulcsár, 1964; Vincze, 1965; Tomán, 1966) és a fogalmak elvont jegyeiben (Szabados, 1964; Kulcsár, 1964) nagyobb, mint a konkrét fogalmakban, illetve a fogalmak konkrét jegyeiben. Ezért az ismertetett vizsgálatokban az elvont vagy általános fogalmak (ünnep, királyság, bútor) meghatározá-

15. táblázat

Fogalomvizsgálatok eredményei

Szerző	Vizsgálati csoportok	Vizsgált fogalmak	Vizsgálati módszer	Eredmények
Rösgen, 1925, 1927	Kisegítő isk. tanulók (kb. 4—17 év)	Választás, béke, törvény, község	Meghatározás, kikérdezés	14% jó megoldás, főleg konkrét tapasztatlati anyag alapján való értelmezés.
Bieber, 1930	Kisegítő isk. tanulók (8—10 év)	Binet—Bobertag összehasonlítási feladatai	Összehasonlítás, kikérdezés	Beszélgetéssel különbségek jól kihozhatók. Felső fogalmat nem tudják.
Stacey—Portnoy, 1950	Két különböző IQ-jú csoport (58,4—70,4)	WISC szó szubtesztjének fogalmai	Meghatározás	Absztrakt definíciók aránya a két csoportnál azonos. Magasabb IQ-jú csoport több konkrét, az alacsonyabb több funkcionális meghatározást adott.
Stacey—Portnoy, 1951	Felnőtt ért. fogyatékosok és gyenge tehetségűek	WISC szó szubtesztjének fogalmai	Meghatározás	A két csoport között nincs különbség, de az előző vizsgálattal összehasonlítva gyermek és felnőtt értelmi fogyatékosok között különbség mutatkozik: felnőtteknél több konkrét és absztrakt, gyermekeknél több funkcionális meghatározás fordult elő.
Papania, 1954	Ért. fogy. gyermekek, 5 csoport (ért. kor: 6, 7, 8, 9, 10 év. IQ: 70) Kontroll azonos életkorú norm. csoport	Stanford—Binet szó szubtesztjeinek fogalmai	Meghatározás	Értelmi korral párhuzamosan nő az absztrakt és csökken a konkrét meghatározások aránya. Értelmi fogyatékosoknál kevesebb az absztrakt és több a konkrét meghatározás, mint normálisoknál.
Badt, 1958	Ért. fogy. gyermekek (IQ: 50—75)	Stanford—Binet szó szubtesztjeinek fogalmai	Meghatározás	Életkor és absztrakt definíciók között a korreláció 0,34. Intézeti nevelés időtartama és absztrakt definíciók között magas negatív korreláció.
Szilvágyi, 1961	Kisegítő isk. tanulók (243)	lugas, kajla, talpraesett, nyáj, éhenkórász, fukar, pillér, tűzről pattant, részvét. (Minden tanuló 3 fogalmat határozott meg.)	Meghatározás, kikérdezés	Helyes felelet: 214, hiányos, hibás meghatározás: 204, nem ismeri a fogalmat, nem válaszol: 311.

Szabados, 1964	15—15 norm. óvodás, ált. iskolás, főiskolás és tanulatlan felnőtt, valamint VII. oszt. kisegítő isk. tanuló	ünnep, csésze	Meghatározás, kérdésekkel, összehasonlítással stb. történő produktív kifejtés. A fogalom asszociatív kapcsolatainak vizsgálata	Az értelmi fogyatékosoknál kevesebb az elvont, több a funkcionális definíció. A definícióban kevesebb jegy szerepel, de a produktív kifejtéssel a konkrét fogalmaknál emelni lehet a jegyek számát. A kifejtés után az értelmi fogyatékos magasabb szintű definícióra képes, mint előtte.
Kulcsár, 1964	VII. és VIII. osztályos ált. és kisegítő isk. tanulók és VII—VIII. osztályos ált. iskolát végző VIII. gyp. osztályt befejezett ért. fogyatékosok	asztal, szék, bútor, változás	Meghatározás. Kikérdezés	A spontán meghatározásnál ért. fogy. és norm. azonos módon használja a felső fogalmat, de a lényegre való rákérdezésnél norm. többször, ért. fogy. alig használ felső fogalmat. A hasznosság és tulajdonság leírásánál normális több helyzetet, illetve jegyet tud leírni, mint az ért. fogy. Ért. fogy. érzékletes tulajdonságokat (piros, kemény) sorol fel, norm. elemzi az érzékleti képet (részek, ezek viszonya stb.). Az ért. fogy. a bútor fogalmát konkretizálja, nem tudja egységnek tekinteni; példákkal értelmez, felső fogalmat nem ismer. Az ért. fogy. gondolkodásában az azonosság és a különbség együtt jelenik meg.
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	szél, térkép, királyság, éghajlat	Meghatározás	Helyes megoldás: szél 58%, térkép: 44%, éghajlat: 14%, királyság: 0%. Hibás megoldások: utalás hasznosságra, fajtára, keletkezésre. Éghajlat meghatározása formális.
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	talajfajták	Konkretizálás	Kb. 90% jó megoldás.
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	sóska, bab, búza, len, borsó, rozs, kender, spenót, dohány, árpa, cukorrépa, zab	Felső fogalom meghatározása	87% jó megoldás
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	sertés, szarvasmarha, ló, baromfi, juh	Felső fogalom meghatározása	Kb. 90% jó megoldás.
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	város, járás, megye	Összehasonlítás	3% jó megoldás (Mert többszörös logikai viszony felismerését kívánja meg.)

A (15. táblázat folytatása)

Szerző	Vizsgálati csoportok	Vizsgált fogalmak	Vizsgálati módszer	Eredmények
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	Duna, Balaton	Összehasonlítás.	83% jó megoldás.
Vincze, 1965	VI.,VII.,VIII. osztályos kisegítő isk. tanulók	növény, kukorica	Részek, tulajdonságok leírása.	Növény részeinek leírása 89%-ban jó, kukorica leírása VI. osztályban hasznosság szerint, később más tulajdonságok alapján.
Toman, 1966	Kisegítő isk. tanulók (VI. és VIII. oszt.) Ált. isk. VI. oszt.	vasakaratú, kőszívű, agyafúrt, ágrólszakadt	Kikérdezés.	Jó és megközelítően helyes értelmezés: ált. isk. tan. 83,3%, kisegítő isk. tan. 27,3%, helytelen és szó szerinti értelmezés: ált. isk. tan. 16,7%, kisegítő isk. tan: 26,4%, nem értelmezte: kisegítő isk. tan. 46,3%.

sakor az értelmi fogyatékos és normális között nagyobb színvonalbeli különbség jelentkezett, mint a konkrét (csésze, szél, térkép, szék) fogalmak meghatározásakor. Az értelmi fogyatékos az elvont általános fogalmakat nehezebben tudja meghatározni, mint a konkrét fogalmakat.

Az értelmi fogyatékosok a konkrét fogalmak jelentős részénél nem érik el a fogalmi fejlődés legfelsőbb szintjét (STACEY—PORTNOY, 1950, 1951; BADT 1958). Ez abban nyilvánul meg, hogy a fogalmak meghatározásakor, leírásakor a fogalom elvont lényegi, logikai jegyei helyett a fogalom konkrét, érzékletes és funkcionális jegyeit fejtik ki, a jegyek felsorolását rendezetlenül végzik, nem tesznek különbséget fontos és kevésbé fontos jegyek között (VINCZE, 1965; KULCSÁR, 1964).

Azok az elvont és általános fogalmak, amelyeket az értelmi fogyatékos megért, de nem tud meghatározni, és valószínűleg beszédében sem igen használ, a fogalomfejlődés középső szintjén rekednek meg. Ezekben az esetekben (például éghajlat, ünnep, bútor) az értelmi fogyatékos a lényegi, logikai jegyek helyett konkretizál; példákat, fajtákat stb. sorol fel.

A vizsgálati eredmények alapján nem dönthető el, hogy az érzékletes és funkcionális jegyek közül melyik fejezi ki a fogalomfejlődés magasabb szintjét. A jegyek előfordulási gyakorisága normális és értelmi fogyatékos viszonylatában nem állandó. Valószínűnek látszik, hogy az érzékletes és funkcionális jegyek kifejtésére való beállítódás nem a gondolkodás fejlődésével vagy az általános értelmesség színvonalával változik, hanem az adott fogalomtól és az aktuális feladattól függ.

2. Az előzőekben az értelmi fogyatékosok fogalmainak fejlődésmenetét a normális fejlődésmenettel hasonlítottuk össze. Ez az egybevetés alkalmat adott azoknak a sajátosságoknak a bemutatására, amelyek a normálisokéval közös fejlődésmenetben tanulmányozhatók. Az ismertetett vizsgálatok azonban azt is kimutatták, hogy az értelmi fogyatékosok fogalomfejlődésének menetét nem lehet pusztán a normális fejlődés lassabban lezajló és alacsonyabb szinten megrekedő változatának tekinteni. A fogalmi fejlettség azonos szintjén álló értelmi fogyatékos és normális között ugyanis a fogalom tartalmát alkotó jegyek tekintetében lényeges *mennyiségi*, *strukturális* és *minőségi* különbségek állnak fenn.

Ezeknek a különbségeknek a kimutatásához a fogalom tartalmát alkotó jegyeket kell csoportosítani. Az előzőekben már utaltunk arra, hogy a fogalmaknak olyan központi jegyei vannak, amelyek a fogalom tartalmában a legpregnánsabbak, és a gondolkodási műveleteknél elsődleges szerepet játszanak. Ennek az elvnek az alkalmazásával a fogalmi jegyek következő csoportjait különböztetjük meg:

a) A fogalom sztereotip jegyei azok a jegyek, amelyek konvencionális gondolkodásmód vagy szóhasználat következtében mechanikusan hozzákapcsolódtak a fogalomhoz. Ezek a sztereotip jegyek általában valamely meghatározott nyelvi formában, mondatban, a fogalmat kifejező szóval is mechanikus asszociatív kapcsolatot képeznek.

b) A fogalom aktív jegyei, azok a jegyek, amelyeket a fogalom meghatározásakor, leírásakor az értelmi fogyatékos spontán, rávezető kérdések nélkül kifejt. (Tulajdonképpen ezek a fogalom központi jegyei, amelyek a legpregnánsabban érvényesülnek a gondolkodási folyamatban.)

c) A fogalom passzív jegyei azok a jegyek, amelyeket produktív kifejtéssel (SZABADOS 1964), rávezető kérdéssel fel lehet tárni az értelmi fogyatékosnál.

d) A fogalom latens jegyei azok a jegyek, amelyek a fogalom más fogalmakkal való jelentéstani kapcsolataiban kifejeződnek, és amelyeket csak közvetett szemantikai vizsgálatok (például szelektív kifejtés, SZABADOS, 1964) útján lehet megismerni.

A fogalom tartalmát alkotó jegyek tekintetében az értelmi fogyatékos és normális közötti *mennyiségi* különbség abban jelentkezik, hogy az értelmi fogyatékosok fogalmai kevesebb aktív, passzív és latens jegyet foglalnak magukban, mint a normálisok fogalmai (SZABADOS, 1964; KULCSÁR, 1965; VINCZE, 1965).

A *strukturális* különbség a fogalmi jegyek csoportjainak aránybeli eltolódásában jelentkezik. Az értelmi fogyatékosoknál a fogalmak aktív jegyei a a passzív jegyeknek kisebb hányadát képezik, mint a normálisoknál (SZABADOS, 1964; KULCSÁR, 1964). Ezért rávezető kérdésekkel a kifejtett jegyek számát, a fogalom tartalmát jelentősen bővíteni lehet, és elő lehet segíteni az ezután következő meghatározás színvonalának emelését.

Valószínűleg általános strukturális különbséget ismert fel VINCZE (1965) a fogalom sztereotip jegyeire vonatkozóan is. Kísérletében az éghajlat fogalmának meghatározásakor azt tapasztalta, hogy a logikailag helyes definíciót adó tanulók részletesebben nem tudták kifejteni, megindokolni meghatározásukat, és magyarázataikban alacsonyabb fogalmi fejlettségi szint tükröződött. VINCZE (1965) utal arra, hogy ezek a tanulók a logikailag helyes definíciót előzőleg az iskolai oktatás során tanulták meg. Az értelmi fogyatékosoknál feltehetően gyakori az, hogy a közgondolkodás, a konvencionális megfogalmazási mód vagy az iskolai oktatás hatására a fogalom egyes lényeges vagy lényegtelen jegyei sztereotip nyelvi formában a fogalmat kifejező szóhoz kapcsolódnak. A fogalom meghatározásakor, leírásakor mechanikus jellege révén először ez a verbális tudás érvényesül, és ez félrevezető lehet a fogalom reális tartalmi színvonalának megítélésekor.

Értelmi fogyatékosok és normálisok fogalmainál a fogalom tartalmának *minőségi* különbsége a tartalmilag eltérő, passzív és latens jegyekben nyilvánul meg.

Értelmi fogyatékosok és normálisok fogalmainak szemantikai szerkezetét SZABADOS (1964) hasonlította össze. Normálisoknál a csésze fogalmi tartalmának produktív, tehát rákérdezéssel történő kifejtésénél kitűnt, hogy a fogalom tartalmába elsősorban mértani, színbeli, esztétikai tulajdonságok tartoznak. A jelentéstani, latens kapcsolatok vizsgálatánál ugyancsak ilyen irányú fogalmi kapcsolatok manifesztálódtak. Az értelmi fogyatékosoknál viszont mindkét vizsgálati formánál a funkcionális tulajdonságok: hol lehet venni, mibe kerül, miből van, törik-e stb. kerültek előtérbe. A normálisoknál igen erős esztétikai, művészeti vonatkozások az értelmi fogyatékosoknál még a latens jegyek feltárásánál sem jelentkeztek.

Mindebből valószínűleg általánosabban is arra következtethetünk, hogy az értelmi fogyatékosoknál a fogalom tartalmát alkotó jegyek jelentős része a valósággal való kapcsolat más területeiről, eltérő jelentéstani struktúrákból származik, mint a normálisoknál, függetlenül attól, hogy a jegyek nagy részénél vagy éppen a fogalom központi jegyeinél megegyezés mutatható ki.

Az értelmi fogyatékosok gondolkodási folyamataival foglalkozó vizsgálatok a kérdésfeltevést, az alkalmazott feladatokat, a módszert, valamint a feldolgozásnál irányadó kategóriákat tekintve nem egységesek.

VINCZE (1965) feladatainak összeállításában KELEMEN (1960) tudásszint felmérő kísérleteit követte, és a gondolkodás műveleteit LÉNÁRD (1958a, 1959c, 1963) alapján írta le. BUDAY (1967) a gondolkodási folyamatban előforduló műveletek és fázisok elemzésére JUSTNÉ (1964, 1965) és LÉNÁRD (1958, 1959c, 1963) módszereit és feldolgozási szempontjait alkalmazta. ILLYÉS—VITÁR (1962), SZIGETVÁRINÉ (1961), KERTÉSZ (1962) a lényegkiemelés vizsgálatában BARANYAI—LÉNÁRD (1959) kísérleteiből indult ki. Ennek a módszernek egy módosított változatát alkalmazta a vázlatkészítés közben folyó gondolkodási műveletek vizsgálatára ILLYÉS—ORISKO (1965), BÁNHEGYI (1965), HORÁNYI (1965), PALÁGYI (1967).

A külföldi szakirodalomban ATZESBERGER (1957) vizsgálatai az oksági kapcsolatok fejlődésével, SZOLOVJEV (1953) vizsgálatai az elemi számtani gondolkodás tipikus hibáival foglalkoztak.

VINCZE (1965) vizsgálataiból a fogalmakkal kapcsolatos eredményeket az előző fejezetben ismertettük. A kísérletben elvonatkoztatási, általánosítási feladatok és következtetések is szerepeltek.

Elvonatkoztatást és általánosítást kíván meg a következő feladat megoldása:

Ha a virágot nem öntözzük, akkor . . .
Ha az állatok nem kapnak vizet, akkor . . .
Amelyik ember nem kap inni, az . . .
Mi következik ezekből?

Annak ellenére, hogy a részkérdésekre a tanulók 80—90%-a helyesen válaszolt, a következtetést csak 15%-ban tudták elvégezni. Általában a következtetés alanyának (élőlény) megfogalmazásához szükséges elvonatkoztatás és általánosítás okozott elsősorban nehézséget.

Több feladat szillogizmust tartalmazott. (Például: minden, ami táplálkozik és szaporodik, élőlény. A növények táplálkoznak és szaporodnak, tehát . . . Ahol kevés eső esik, ott rossz a termés. Az alföldön kevés eső esik, tehát . . . stb.) Ezeket a feladatokat a tanulók 82%-a próbálta megoldani, 31%-uk sikerrel.

VINCZE (1965) és KELEMEN (1960) feladatai között közös a víz körforgásának leírása. Eredményeiket egybevetve a 16. táblázaton mutatjuk be.

A gondolkodási folyamatban szereplő műveletek és fázisok részletesebb elemzését BUDAINÉ (1965) végezte el. 22 debilis (IQ: 0,53—0,68; életkor: 7—10 év) és 25 imbecillis (IQ: 0,50 alatt; életkor: 8—16 év) kisegítő iskolai tanulót vizsgált meg. Három egyszerű problémát tartalmazó történetből indult ki, és a gondolkodási folyamatot irányított beszélgetés keretében elemezte. (Például: Egyszer két kisfiú, Jancsi és Pista, mérleghintán hintáztak. Egyszer, amikor Jancsi a levegőben volt, Pista meg egészen a földön, megállt a hinta. Egy bácsi, aki a játszótéren hintázó gyerekeket nézte, odament Jancsihoz és Pistához, segített rajtuk és a gyerekek vidáman hintáztak tovább. Miért állt meg a hinta? Mit csinált a bácsi?)

16. táblázat

Kelemen (1960) és Vincze (1965) eredményei alapján összeállított adatok

A víz körforgásából megemlített mozzanatok	Általános iskola (Kelemen, 1960)		Kisegítő iskola (Vincze, 1965)				
	tanulók száma III. oszt.	százalék	tanulók száma IV. oszt.	tanulók száma VII. oszt.	tanulók száma VII. oszt.	tanulók száma összesen	százalék
Értékelhető válaszok száma (100%)	283	100	19	13	18	50	100
Meleg hatására a víz elpárolog, felhő képződik	283	100	19	12	18	49	98
A víz eső alakjában visszahull a földre	267	94,3	19	12	18	49	98
A leeső víz egyik része elpárolog	45	15,9	4	2	4	10	20
A víz másik része beszivárog: talajvíz, forrás lesz	32	11,3	7	2	6	15	30
A víz útja a forrástól a tengerig	267	94,3	2	—	4	6	12
A folyamat ismétlődése, egybekapcsolódása	7	2,4	6	9	12	27	54

Budainé (1967) az értelmi fogyatékosok gondolkodási folyamatában a gondolkodási műveleteket és a gondolkodási fázisokat vizsgálta. A 17. táblázat a gondolkodási műveletekre vonatkozó eredményeket tünteti fel.

Budainé feladatmegoldásaiban az értelmi fogyatékosok gondolkodási műveletei a normálisokéhoz viszonyítva több jellegzetes eltérést mutatnak.

Az értelmi fogyatékosok gondolatmenete a helyes válaszok mellett sok téves választ (gondolkodási műveletet, ténymegállapítást és egyéb téves választ) tartalmaz. (Helyes válaszok: normális óvodásoknál 100%, debiliseknél 75%, imbecilliseknél 67%.) A téves válaszokban hibás adatok, rosszul elvégzett műveletek vagy olyan gondolati lépések fordultak elő, amelyek nem tartoztak a probléma által körülhatárolt gondolatmenetbe. A hibás válaszok az értelmi fogyatékosok téves ismereteit, gondolati lépéseik kritikai ellenőrzésének hiányát és a problématudat alapvető irányító és szervező funkciójának gyengeségét mutatják.

Az értelmi fogyatékosok gondolatmenetében a normálisoknál ritkábban felbukkanó sajátos, hibás műveletek, gondolati lépések is előfordultak (átvitt gondolkodási művelet, önkényes összefüggés, túlkonkretizálás, túláltalánosítás).

Az alkalmazott feladatokat az értelmi fogyatékosok a normálisokhoz hasonlóan elsősorban az összefüggések felfogása és konkretizálás útján oldották meg. Az értelmi fogyatékosoknál az absztrakció és általánosítás is előfordult, ez azonban valószínűleg az irányított beszélgetéssel s a magasabb életkorral magyarázható. Az értelmi fogyatékosoknál a ténymegállapítás a gondolkodási folyamat sokkal lényegesebb részévé válik, mint a normálisok-

17. táblázat

Budainé (1967)

Gondolkodási műveletek	Debilisek (százalékok)	Imbecillisek
Analízis	5,30	6,14
Téves analízis	0,86	1,20
Szintézis	3,04	2,65
Téves szintézis	0,56	0,55
Absztrakció	6,46	4,99
Téves absztrakció	0,86	0,65
Konkretizálás	9,67	9,09
Téves konkretizálás	1,24	2 00
Összefüggés felfogása	32,53	21,71
Téves és önkényes összefüggés	5,95	8,95
Összehasonlítás	0,43	0,30
Téves összehasonlítás	0,09	—
Kiegészítés	1,92	2,00
Téves kiegészítés	0,34	0,55
Általánosítás	0,56	0,50
Téves általánosítás	0,21	0,05
Analógia	0,13	0,10
Ténymegállapítás	15,48	19,97
Téves ténymegállapítás	3,29	3,75
Szubjektív ténymegállapítás	0,60	0,70
Irreális ténymegállapítás	0,17	0,16
Egyéb		
Animizmus	0,30	0,05
Célokság	0,21	0,40
„Nem tudom" válasz	2,35	4,59
Késleltetett válasz	2,57	1,85
A k. sz. nem ad választ	2,82	2,25
A k. sz. kérdést intéz a kv-hez	1,11	0,60
Sztereotip perszeveráló ténymegállapítás	—	1,00
Értelmetlen válasz	—	1,05
Szenzomotoros válaszadás	0,95	2,60
Összesen:	100,00	100,00

nál, s a válaszokban sokkal gyakrabban fordul elő. Ha ehhez hozzávesszük még azt is, hogy az értelmi fogyatékos azonos számú gondolkodási műveleteire több verbális megnyilatkozás, válasz esik, akkor ennek a két adatnak az alapján a szóbeli megfogalmazás és gondolkodási folyamatok összefüggéséről egy plauzibilisnek tűnő következtetést fogalmazhatunk meg. Az értelmi fogyatékosnak a gondolkodás közben nagyobb szüksége van a gondolkodási művelet tudatosítására, verbalizálására, mint a normálisnak. Ezzel egyrészt a gondolatmenet szétesése, az adatok kiejtése, elfelejtése ellen védekezik, és a probléma megvizsgálandó mozzanatát a gondolkodás középpontjába helyezi. Másrészt elősegíti a gondolatmenet felaprózását kis lépésekre és apró részproblémákra, amelyeket meg tud érteni és meg tud oldani.

Az értelmi fogyatékosok gondolkodására általában jellemző volt az, hogy az irányított beszélgetéssel magasabb szintű gondolkodási műveletekre váltak képessé, mint a spontán megoldással. A debiliseknél a beszélgetésnek csupán irányító szerepe volt, az imbecillisek viszont beszélgetés nélkül gondolatmenetet egyáltalán nem alakítottak ki. Imbecilliseknél még így is magas a gondolatmenet szempontjából értékelhetetlen jegyzőkönyvek száma (debiliseknél 3, imbecilliseknél 17 esetben). A ténymegállapítás és a verbális megfogalmazás az imbecillisek gondolkodásában még lényegesebb szerepet játszik, mint a debiliseknél. Az imbecillisek viszont sok gondolati tartalmat nem tudnak szavakban kifejezni, és ezért viszonylag megnő a szenzomotoros válaszok száma is.

A történetben szereplő mindhárom probléma megoldásához (hintázás; kifut a tej; házat építenek, nem csinálnak ablakokat, sötét lesz) korábbi tapasztalatokat kellett felhasználni. A gondolkodás színvonalát ezért a korábbi tapasztalatok színvonala, rendezettsége, előzetes strukturáltsága jelentősen meghatározta. Az értelmi fogyatékosok — különösen az imbecillisek — ebből a szempontból jelentősen elmaradnak a normálisok mögött. Tapasztalati világuk globális, az egyszerű fizikai összefüggések felismerése, az érzékletes tapasztalatok analízise tekintetében feldolgozatlan, rendezetlen élményekből áll. (Például: A tej forrásakor keletkező globális élményegészt érzékletesen nem analizálják; az ablaküveg átlátszósága = világosság, egyszerű fizikai összefüggését nem ismerik fel stb.) Tapasztalati világukban a cselekvő ember dominál (aki felgyújtja a villanyt, hogy világosság legyen; aki meglöki a hintát, hogy menjen: akinek a forrásban levő tej mellől nem lett volna szabad elmennie) és nem a valóság objektív ismérvei.

A saját tapasztalati anyag már a problémák megértését is meghatározza. Az értelmi fogyatékos azt és úgy értette meg a feltett kérdésekből, ami korábbi valóságról való tudásának megfelel. Ezért gyakran nem a probléma megoldása, hanem a probléma megértése és megértetése okozott nehézséget. Az értelmi fogyatékos gondolkodása ellenállt azoknak az ösztönzéseknek, amelyeket az irányító kérdések, a mindennapi helyzetek új szempontú elemzésére és megközelítésére nyújtottak. Mivel szemléletét, tudását nem tudta a problémához igazítani, alkalmazni, gyakran a problémát önkényesen átformálta, új adatokkal egészítette ki, hogy az a korábbi tapasztalati körén belül megérthető és megoldható legyen.

A gondolkodási folyamat fázisaira vonatkozó megállapítások közül Budainé (1967) vizsgálataiból azt kell kiemelnünk, hogy debiliseknél az aktivitásra utaló gondolkodási fázisok (módosítás, indítvány, bírálat) gyakrabban fordulnak elő, mint normálisoknál. Ez megítélésünk szerint arra utal, hogy a debilis gyermek gondolkodási tevékenységében az irányító, ellenőrző felnőttel való kooperáció a gondolkodási folyamat más-más mozzanatainak verbalizálását helyezi előtérbe, mint a normális gyermeknél.

Szigetváriné (1961), Illyés—Vitár (1962), Kertész (1962) gondolategységekre tagolt, leírt történet részeinek sorba rendeztetésével vizsgálták a kisegítő iskolai tanulók gondolkodási folyamatát. Illyés—Vitár kimutatták, hogy a sorba rendezési feladatban a gondolategységek összefüggésének felismerését a szövegezés útján befolyásolni lehet. Szigetváriné az előző kísérletben leghatékonyabbnak bizonyult szöveg részeinek sorba rendezésé-

nél nem tapasztalt fejlődést a kisegítő iskola IV—VIII. osztályában. KERTÉSZ általános és kisegítő iskolai felső tagozati osztályokban 9 gondolategységből álló új történettel végezte a sorba rendezési kísérleteket. A kisegítő iskolai tanulók feladatmegoldásaiban SZIGETVÁRINÉhoz (1962) hasonlóan nem tapasztalt fejlődést, míg az általános iskolai osztályokban határozott fejlődés jelentkezett. A feladatot a tanulóknak egymás után kétszer kellett megoldani. A második megoldáskor az általános iskolai tanulók teljesítményei javultak, a kisegítő iskolai tanulóké nem. A gondolategység között három általános, a többit részben magában foglaló gondolategység szerepelt. A tanulóknak a három leglényegesebb, legfontosabb gondolategység keresése közben ezekre kellett rátalálniuk. Az általános iskolai tanulók 78%-os, a kisegítő iskolai tanulók 50%-os eredményt értek el.

ILLYÉS—VITÁR (1962), SZIGETVÁRINÉ (1961), KERTÉSZ (1962) vizsgálataiban alkalmazott módszer nem a gondolkodási folyamat finomabb elemzése útján, hanem a teljesítmények szintjén biztosította a normális és az értelmi fogyatékos tanulók összehasonlítását. Figyelemre méltó, hogy a szöveggel kapcsolatos gondolkodási feladatokban az értelmi fogyatékosok teljesítményei jelentősen elmaradnak a normálisok teljesítményei mögött, valamint az az eredmény, hogy a normálisoktól eltérően az értelmi fogyatékosok teljesítményei nem javulnak. Az értelmi fogyatékosoknál az osztályok közötti különbségeket elnyomják az osztályon belül jelentkező egyéni különbségek.

ILLYÉS—ORISKÓ (1965), HORÁNYI (1965), BÁNHEGYI (1965), PALÁGYI (1967) vázlatkészítési és címadási feladatokban vizsgálták általános és kisegítő iskolai felső tagozatos tanulók elvonatkoztatási és általánosítási folyamatait. A vizsgálatokhoz részben a kisegítő iskola V. és VI. osztályos tankönyveiből vett egyszerű olvasmányszövegeket használtak fel a gyufáról, kanyarójárványról, konyhakerti sétáról.

A vizsgálatok fontosabb eredményeit a következőkben foglalhatjuk össze:

1. A kisegítő iskolai tanulók minden osztályban alacsonyabb elvonatkoztatási és általánosítási szinten oldják meg a feladatot, mint az általános iskolai tanulók. Ez a gondolkodási műveletekben jelentkező konkretizmus a a vizsgálatoknál kétféle módon nyilvánult meg. Voltak olyan szövegrészek, amelyek azonos elvontsági szintű ismereteket tartalmaztak. Az értelmi fogyatékos ezeknél gyakran nem tudta a közös jegyeket elvonatkoztatni és az egész szövegrészre érvényes, általános formában, egy mondatban megfogalmazni. Ehelyett, a legalacsonyabb szinten, gondolati izolálást végzett, az ismeretek közül kiemelt egyet vagy néhányat, és ezeket foglalta össze egy mondatba. Magasabb szinten már absztrakcióra és általánosításra törekedett, de gyakran csak olyan jegyet tudott elvonatkoztatni, amely csak a szöveg egy részét általánosította.

A műveléti konkretizmus másik formája azokban a szövegrészekben jelentkezett, ahol a feldolgozandó szövegrészlet különféle elvontsági szintű, illetve lényeges és lényegtelen ismereteket tartalmazott. Itt az értelmi fogyatékos gyakran felismerte a lényegesebb, általánosabb gondolatot, és izolálással azt emelte ki.

2. A szövegrészlet egyes gondolatainak izolálással történő kiemelésekor, illetve a közös jegy keresésének és általánosításának irányánál a tanulók spontán több lehetőség között választhattak. Az értelmi fogyatékosok meg-

oldásaiban kifejeződő választások azt mutatták, hogy az értelmi fogyatékosok gondolkodásában néhány nem logikai szemléleti tényező erőteljesebben érvényesül, mint a normálisok gondolkodásában.

Ezek a következők voltak:

a) Cselekvésközpontúság. Az értelmi fogyatékos figyelmét az olvasmány cselekményes része, a történés ragadta meg, nem az olvasmányban szereplő hasznos ismeretek, a tananyag. A cselekményes részekből magát a manipulációt tartotta lényegesnek, vagy valamilyen ezzel összefüggő, konkrét érzékletes mozzanatot és nem a cselekvést indokló magyarázatot. A cselekvéseknél is tehát a hogyanra és nem a miértre figyelt.

b) Emberközpontúság. Az értelmi fogyatékos számára a cselekvés, történés leglényegesebb mozzanata a cselekvést végző személy, ezért gyakran a személlyel kapcsolatos adatokat izolálja, vagy az általánosítást ilyen irányban végzi.

c) Szubjektivizmus. Az olvasmányokban hangulati aláfestő, megindító vagy megdöbbentő részek is szerepeltek. Az értelmi fogyatékos ezekre adott érzelmi reakcióitól nehezebben tudott elszakadni, mint a normális. Ezért gondolati kiemelései között gyakrabban szerepeltek érzelmileg hangsúlyozott részek, mint a normálisnál.

A felsorolt szemléleti tényezők az értelmi fejlődés részben túlhaladott maradványai, részben élő elemek az értelmi fogyatékosok gondolkodásában. Ezek a szemléleti tényezők akadályozzák a gondolkodás logikai formáinak érvényre jutását a gondolkodás folyamatában. A logikailag helyes elvonatkoztatás és általánosítás elvégzéséhez ezeket az extralogikai tényezőket ki kell küszöbölni a gondolatmentből, a gondolkodás folyamatát semlegesíteni kell. Ilyen értelemben az értelmi fogyatékosoknál a gondolkodás folyamata kevésbé objektív, mint a normálisoknál.

3. Az olvasmányszövegekben több közhelyszerű, konvencionális megállapítás, ismeret szerepelt. Az értelmi fogyatékosok figyelmét ezek a megállapítások is megragadták, és gyakran lényegesebbnek érezték ezeket, mint a kevésbé közhelyszerűeket. A konvenciók által közösségileg igazolt tudás előtérbe helyezése feltehetőleg az értelmi fogyatékos sajátos ismeretszerzési folyamataival magyarázható. Az értelmi fogyatékos sok nézet, vélemény helyességét önálló mérlegeléssel nem tudja eldönteni. Ezekben az esetekben a közösség általános felfogására, a közvéleményre hagyatkozik. A közvélemény igazoló funkciója révén viszont a közvélemény tudásformáló hatása is nagyobb lesz az értelmi fogyatékosok ismeretszerzésében. A közösségi verifikáció növeli a kommunikációs ismeretszerzés jelentőségét, és konformista tudásanyagot eredményez.

4. Az olvasmányszövegekben szereplő ismeretek feldolgozásában a konformista szemlélet mellett az értelmi fogyatékosok hiányos tudása is megmutatkozott. Azokat a lényeges megállapításokat, amelyeknek jelentőségét a korábbi ismeretek alapján lehetett volna felismerni, az értelmi fogyatékosok gyakran nem emelték ki.

Az értelmi fogyatékosok gondolkodási folyamatairól szólva befejezésül Atzesberger (1957) vizsgálatait említjük meg. Atzesberger (1957) I—VIII. osztályos kisegítő iskolai tanulókat kérdezett ki természeti és életjelenségekről, technikai összefüggésekről. Az I—II. osztályban egocentrikus,

finalista magyarázatokat kapott. A kauzális gondolkodás legegyszerűbb formája, a „ha . . . akkor . . .” logikai szerkezet a III. osztályban jelent meg. A specifikumok kiemelésére a kisegítő iskolai tanulók csak a felső tagozatban képesek. A kauzális megindoklást azonban még itt is gyakran tautológia, le- és körülírás helyettesíti.

INTELLIGENCIA-VIZSGÁLATOK ÉS AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁG PROBLÉMÁJA

Az értelmi fogyatékosság problémája egészen új megvilágításba került attól kezdve, hogy az intelligencia pszichológia kifejlődött. Az értelmi fogyatékossággal addig főleg orvosi és gyógypedagógiai szempontból foglalkoztak. Osztályozták azokat az okokat, sérüléseket, amelyek értelmi fogyatékossághoz vezettek, összegyűjtötték és leírták azokat a betegségeket, kórképeket, amelyek értelmi fogyatékossággal járnak. Rendszerezték azokat a tapasztalatokat, amelyek az értelmi fogyatékos gyermekek nevelésére és oktatására vonatkozóan összegyűltek.

Az intelligencia pszichológiájának kifejlődésével a következő kérdések kerültek előtérbe:

a) Az intelligencia eloszlása az átlagnépesedésben. Ehhez nagy tömegeken végzett tesztvizsgálatok szolgáltak alapul.

b) A normális intelligencia övezetének számszerű meghatározása. A határértékek kijelölése, amelytől negatív irányban értelmi fogyatékosságról, pozitív irányban kiemelkedő intelligenciáról, tehetségről beszélhetünk.

c) Az értelmi fogyatékosság fogalmának függősége bizonyos társadalmi szociális és gazdasági kritériumoktól.

A kezdeti időkben sok helytelen általánosítás és elmélet született ezen a téren. A hibák elsősorban onnan származtak, hogy egyedül a tesztvizsgálatok alapján akarták megoldani ezeket a nagyon is összetett, többirányú megközelítést igénylő kérdéseket. A tesztvizsgálatokkal kimutatható eltérések az intelligenciában csak mennyiségi különbségekre derítenek fényt, ezeket is pusztán jelenségtani oldalról közelítik meg, függetlenül az előidézett októl.

Tekintsük át a fent említett három problémakört, amely az intelligencia és értelmi fogyatékosság összefüggéseit mutatja.

a) Az intelligencia az átlagnépesedésben normális eloszlást mutat. Minden különösebb vizsgálat nélkül is tapasztaljuk, hogy az emberek nagy többsége átlagos képességekkel rendelkezik, és az átlagon felüli, valamint átlagon aluli képességű emberek előfordulása arányosan kevesebb. Igazoltnak tekinthető a normális eloszlás azért is, mert mint a megfelelő fejezetben kifejtettük, normális eloszlást kapunk olyan jelenségek esetében, amelyek sok véletlen tényező összeadódásából származnak. Az intelligencia is sok tényezőből áll, és ha figyelembe vesszük az emberek iskolázottságából adódó különbségeket, akkor joggal elmondhatjuk, hogy a nagy embercsoportokon végzett méréseknél sok véletlen tényező szabja meg a jelenségek előfordulását.

A különböző tesztvizsgálatokkal pontosan igyekeztek kimutatni az IQ-értékek szóródását és gyakorisági eloszlását. Több vizsgálat adatai igazolják az IQ-értékek Gauss-görbének megfelelő eloszlását. Pl. TERMANN és MERILL (1937) több ezer emberen végzett vizsgálatai szabályos Gauss-görbét adtak. Vannak azonban olyan közlések is (pl. PENROSE 1959), amelyek szerint az intelligencia eloszlásban a szabályos Gauss-görbével szemben az az eltérés, hogy a görbe enyhén hajlított, nagyobb gyakorisággal az alacsony teljesítmények területén. Szerinte is egy csúcsa van a görbének, de nem a 0,1—1 értékek körül, hanem 0,75—0,85-ös értékek területén. Ezek az ellentmondások a tesztek hitelességének a problémáját is felvetik.

b) Az IQ-értékek diagnosztikus felhasználásából következett, hogy az értelmi fogyatékosság súlyossági fokozatait, a normalitás és abnormalitás határát számszerű értékekben is kifejezték. A különböző szerzők által meghatározott értékek nagyjából megegyeznek. Az Egészségügyi Világszervezet is hivatalosan elfogadta az ilyen felosztást. *Az értelmesség foka IQ-ban kifejezve:*

0—0,25	idiócia	tényleges értelmi fogyatékosság
0,25—0,50	imbecillitás	
0,50—0,70	debilitás	
0,70—0,80	határeset! — esetleg debilitás	
0,80—0,90	lassú fejlődés nehézkesség, többnyire nem debilitás	
0,90—1,1	normál öv	
1,1 —1,2	magas intelligencia	
1,2 —	igen magas intelligencia	

E kategorizálás egyoldalúsága ismert, hibalehetőségeit a diagnosztikus munkában figyelembe kell venni.

c) Az értelmi fogyatékosság fogalmának meghatározásához bizonyos társadalmi kritériumok is szükségesek, mint ezt a normalitásról és abnormalitásról szóló fejezetben már kifejtettük. Ezek a kritériumok arra vonatkoznak, hogy az egyén mennyire tud eleget tenni a társadalom szabta követelményeknek, munkájával, magatartásával mennyire tud beilleszkedni a társadalomba. Minél fejlettebb gazdasági, szociális, kulturális és technikai szempontból egy társadalom, annál magasabb követelményeket állít az egyénnel szemben. Ez a követelmény-állítás már az iskolázás során, majd a pályaválasztásnál és a munkahelyeken is megmutatkozik. Differenciált, magas színvonalú iskolarendszer, gépesített termelés mellett korán kiderül, ha valaki intellektuális gyengesége miatt nem tud megfelelni a kívánalmaknak. Egy kevésbé differenciált társadalomban, egyszerű formális képzést nyújtó iskolában, primitív termelési viszonyok között egy enyhén értelmi fogyatékos gyermek vagy felnőtt esetleg fel sem tűnik, nem okoz problémát. Az értelmi fogyatékosságnak ez a függősége a kulturális-technikai fejlettségtől megnehezíti, hogy egyes országokban az értelmi fogyatékosok számát reálisan összehasonlítsuk, mert nem egyforma követelmények alapján történik a megítélés. Statisztikák tanúsága szerint világméretek-

ben növekszik az értelmi fogyatékosok, különösen az enyhe értelmi fogyatékosok száma a technikai-kulturális haladással arányosan. Attól függően, hogy hol vonjuk meg a határt normális és abnormális intellektusúak között, módosul az értelmi fogyatékosok százalékos aránya.

A fentiek ismeretében látjuk, mennyire fontos az, hogy pontosan meghatározzuk az értelmi fogyatékosság fogalmát, elkülönítsük az iskolázatlanságtól vagy más környezeti ok miatt keletkezett értelmi visszamaradottságtól. Az értelmi fogyatékosság meghatározása is sok fejlődésen ment keresztül. A meghatározáshoz orvosi, gyógypedagógiai, pszichológiai, szociológiai szempontok szükségesek, valamint abban a kérdésben való helyes tudományos állásfoglalás, hogy milyen szerepe van az egyén képességeinek kibontakozásában az öröklésnek és a társadalmi-környezeti hatásoknak. A tudományos ismeretek fejlettségétől és attól függően, hogy a meghatározásban melyik szempontot emelték ki, változáson ment keresztül a definíció (Tredgold, 1947; Pevzner, 1951, 1964; Masland, Sarason, Gladwin, 1958; Ciarke, 1958; Lurija, 1963).

Az értelmi fogyatékosság fogalmát a továbbiakban a következő értelemben használjuk:

Az értelmi fogyatékosság (oligofrénia) átfogó kifejezése mindazoknak a különböző súlyosságú állapotoknak, amelyekre elsősorban az intellektus károsodása a jellemző. Ez az állapot

a) a neuro-endokrin rendszer strukturális csökkentértékűségén vagy sérülésén, illetve funkciózavarán alapszik;

b) jellemző rá, hogy vagy öröklött, vagy vele született, vagy korai életszakaszokban keletkezett;

c) maradandó, irreverzibilis, az egész életen át tart, és bár a fejlődés és speciális fejlesztés lehetősége fennáll, az állapot nem szüntethető meg;

d) az értelmi erők elsődleges károsodása mellett az egész személyiség zavarát hozza létre, vagyis az intellektuális csökkenésen kívül az ép- és fogyatékos értelem között minőségi különbségek mutatkoznak;

e) a legkülönfélébb etiológiájú kórképekhez mint tünet csatlakozik.

Az intelligencia-csökkenések megjelölésére — függetlenül attól, hogy az milyen eredetű — általánosan használják a *mentális szubnormalitás* vagy *inadekvát intelligencia* kifejezéseket. Ezen belül kell aztán elkülöníteni a szociális és organikus hátterű intelligencia-zavarokat.

AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSOK SZEMÉLYISÉGE

Az értelmi fogyatékosok személyiségéről általában

Az értelmi fogyatékosok személyiségéről — ha csak általános jelleggel is — egységes jellemző képet adni még nehezebb, mint a látási vagy hallási fogyatékosokéról. Utóbbiaknál az a tény, hogy az ép értelem mellett a személyiséget alakító tényezők közül a vizuális vagy akusztikus elemek hiányoznak, bizonyos fokig egységesebb irányt szab a probléma alakulásának. Ezzel szemben az értelmi fogyatékosság kérdése igen szerteágazó.

Ismeretes, hogy az oligofrénia nem egységes kórkép. Az oligofrének nem alkotnak egységes csoportot (BLEULER, 1960). Az oligofrénia mint megjelölés csupán gyűjtőfogalom, amelynek jegyei az értelmi fogyatékos állapotot az ép állapottól elhatárolják.

Az oligofrénia sok olyan állapotot foglal magában, amelyek etiológiailag különbözőek, de megnyilvánulásaikban hasonlóak, és az egész személyiség fejletlenségében nyilatkoznak meg (PEVZNER, 1959). A körébe tartozó kórformáknak azon jegyeit általánosíthatjuk, amelyek az egyént értelmileg a normálistól negatív irányban megkülönböztetik. Jellegzetes alaptünete a megismerő tevékenység kóros gyengesége (JANKOVICHNÉ, 1961a).

Az értelmi fogyatékosok személyiségének jellemzéséhez — lényegesen jelentékenyebb mértékben, mint ahogyan azt egyéb fogyatékosságoknál láthatjuk — hozzátartozik az *etiológiai tényező*, a feltehetően körülhatárolható *kórforma*, valamint a *fogyatékosság súlyosságának* mértéke is (JANKOVICHNÉ, 1961a). E szempontok szövevényét színezi az értelmi fogyatékos egyén személyiségjellege, amely — éppúgy, mint minden más emberé — önmagában álló, zárt individuum. Az értelmi fogyatékos adottságaiba és környezetébe s ezzel sorsának összefüggéseibe speciálisan, a szóban forgó egyed számára jellegzetes módon van beágyazva. Az oligofrének közt tehát ugyanúgy találkozhatunk a legkülönfélébb jellegű emberekkel, mint ahogy az épek különböznek egymástól, csakhogy ezeket a jellegbeli különbségeket az értelmi fogyatékosság ténye módosítja. Az egyes oligofrén egyedek közti különbség nem csekélyebb, mint az épek között, ellenkezőleg, a károsodás következtében létrejött eltérések növelik a különbséget (HOMBURGER, 1927).

Az oligofrének személyiség-problémájáról szólva, külön kell választanunk azt a főleg *régebben uralkodó szemléletet, amely az értelmi fogyatékosságot csupán értelmi csökkentértékűségnek, értelmi visszamaradottságnak tekinti, attól az újabb szemlélettől, amely az értelmi fogyatékos állapotban az egész személyiség módosulását látja.* Az előbbi csupán a legszembetűnőbb különbséget, az értelmi csökkentértékűséget ragadja meg, s ennek alapján próbálja az értelmi fogyatékos egyént az ép egyénnel összehasonlítani. Az oligofrénia mibenlétének ebből az egyoldalú és kvantitatív kritériumokra támaszkodó szemléletéből eredt, hogy a különböző súlyossági fokokat mutató oligofréneket a normálisan fejlődő fiatalabb korú ép gyermekekkel hasonlították össze. E szerint a szemlélet szerint az értelmi fogyatékosság a fiatalabb korú ép gyermek személyiségfejlődési fokán való megrekedést jelentett.

A megrekedés idejét — az oligofrénia különböző súlyossági fokainak fiatalabb korú ép gyermekekkel való összehasonlítását — az egyes szerzők nem azonos módon ítélték meg. A legismertebb és legelfogadottabb összehasonlítás szerint a debilisek a nyolc-tizenkétéves gyermekek fokán állnak, az imbecillisek a három-hétéves gyermeknek felelnek meg, az idióták pedig kb. a hároméves gyermek szintjéig juthatnak el.

Ezzel a felfogással szemben le kell szögeznünk, hogy *az oligofrén egyén semmiképpen sem azonosítható az ép gyermekkel*, mint ahogyan az ép bébi sem hasonlítható össze a maga tehetetlenségében az ugyancsak tehetetlen, súlyos értelmi fogyatékossal. Egész személyiségjellegük gyökeresen külön-

bözik egymástól. Míg az ép gyermek személyiségét a harmonikus fejlődés jellemzi, addig az oligofrén egyén személyisége a károsodott, diszharmonikus fejlődés következtében „torzó" marad. Az ép csecsemő, illetve gyermek legfőbb jellemzője, hogy magában hordja az ép felnőtté, a teljes értékű emberré válás lehetőségét. Az értelmi fogyatékos tragédiája éppen az, hogy ettől a lehetőségtől meg van fosztva.

A fentebb jelzett kvantitatív jellegű szemlélet a század első évtizedeiben egyre jobban fejlődő tesztvizsgálatokra támaszkodva alakult ki. Ekkor jött létre az értelmi fogyatékosság súlyossági fokának IQ-ban való kifejezése is. Az oligofrén egyén értelmességi fokának IQ-ban való kifejezését nem lehet a személyiségjelleg megismerésének alapjául vennünk. Ennek ellenére az értelmi fogyatékosság súlyosságának felderítéséhez, megítéléséhez hozzájárul, s ezzel bizonyos vonatkozásban fényt vet az oligofrén személyiség-állapotára is.

Az értelmi fogyatékosság súlyossági fokának IQ-ban való meghatározása — éppúgy, mint a fiatalabb korú ép gyermekkel való összehasonlítása — sem teljesen egységes. A legismertebb és legelfogadottabb a Világegészségügyi Szervezet megállapítása, amely szerint az enyhe értelmi fogyatékosság 69—50, a középfokú 49—20, a súlyos fokú 19—0-ig terjedő IQ-val fejezhető ki (SCHIPKOVENSKY, 1960).

Az oligofrének személyiség-kérdésével kapcsolatban az irodalomban a fiatalabb korú ép gyermekkel való összehasonlítás mellett találunk olyan utalásokat is, amelyek a *súlyos fokú oligofrén pszichés megnyilatkozásait az állattal próbálják összehasonlítani.* A párhuzamba állítás nemegyszer ugyanazoktól a szerzőktől származik, akik az ép gyermekkel való összehasonlítás szemléletét is képviselik. Ez érthető, ha arra gondolunk, hogy mindkét felfogás egyaránt a kvantitatív jellegű meggondolásokból ered.

Ezt a szemléletet el kell utasítanunk. Az idióták ugyanis az állatokkal ellentétben nem rendelkeznek az első jelzőrendszer ép funkcióival, ösztönéletük is károsodott, torzult, képtelenek magukat fenntartani, s a külvilág ingereihez adekvátan alkalmazkodni. Az állat önmagát és faját fenntartó lény, ezzel szemben az idióta teljes kiszolgálásra, ápolásra szorul, amelynek hiányában elpusztul. Mindezek ellenére azonban — bár idegrendszere súlyosan sérült — de sajátos emberi módon felépített idegrendszer. Megnyilatkozásaiban, ha torzult formában is, emberi jellegű emóciók maradványai fedezhetők fel, amelyek mimikájában, gesztusaiban, nevetésében jutnak kifejezésre.

A modern szakirodalom tanulmányozása azt mutatja, hogy az oligofrének személyiségének egységes jellemzése még kidolgozatlan terület. MOOR (1958) szerint a probléma azért is bonyolult, mert amit a kérdésről tudunk, az is hézagos, töredékes. Főleg az újabb szerzők azonban már megegyeznek abban, hogy *az értelmi fogyatékosság nemcsak izoláltan az intellektus defektusát jelenti, hanem* messze túl az értelmi funkciók zavarán *az egész személyiség defektusát is* (ASPERGER, 1956). Az értelmi fogyatékosra nemcsak az intelligencia minusz variánsa és a következményes teljesítmény-csökkenés jellemző, hanem a normális személyiségtől minden vonatkozásban eltérő más személyiségjelleg (SCHOLZ—EHRSAM, 1962). Ezt a felfogást már a régebbi irodalomban is megtaláljuk. Már HELLER leszögezi 1925-ben,

hogy az oligofrén gyermek a normálistól „nemcsak az intelligencia fejlettségében különbözik, hanem egész pszichikus mivolta másként organizált. Appercepciós készségének hiányos fejlettsége, az egyoldalúan kiépült rész-emlékezet, az érzelmi életnek főleg érzéki benyomásokra korlátozódó volta olyan pszichikus állapotot hoz létre, amely kizárja az ép gyermekkel való közvetlen összehasonlítás lehetőségét".

Bopp (1930) szintén utal arra, hogy „az értelmi fogyatékosság mint megjelölés elsősorban a gyengébb értelem voltára enged következtetni, holott ez a defektus nem izolált jelenség a személyiségen belül, hanem csak egy szimptómája az általános lelki csökkentértékűségnek. Gyakran az érzelmi, akarati élet is jelentősen elmarad a normális mértéktől, mivel az egész személyiség defektusos, szubnormális, csekélyebb értékű."

Az értelmi fogyatékosság tehát az egész személyiség zavara, amely *hatással van az egyén fizikai és pszichés megnyilvánulásaira egyaránt* (Lutz, 1961). Az intellektus károsodása az intelligencia hierarchikus összefüggéseinek következtében nemcsak az egyes intelligencia teljesítmények korlátozottságában jelentkezik, hanem oka mindazon funkciók csökkentértékűségének is, amelyek a defektusos funkcióra épülnek, s amelyeknek megjelenési formájában a károsodás közvetve hat (Busemann, 1959). Ezért az agyi károsodás nemcsak a teljesítményfolyamatok átstrukturálódásához, hanem az egész személyiségkép elváltozásához vezet (Wewetzer, 1959).

A modern szakirodalomban már általánosnak mondható az a felfogás, hogy az oligofrén egyénnél az *egész személyiség strukturális zavaráról beszélünk*. Ez a vélemény például Busemann (1959), Pevsner (1959), Wewetzer (1959), Zazzo (1960), Asperger (1961), Lutz (1961), Scholz—Ehrsam (1962) munkáiban is kifejezésre jut.

A személyiség felépítésében mutatkozó strukturális zavar kétféle módon is létrejöhet. Egyrészt *lehetséges, hogy a kóroki tényező*, amely az értelmi fejlődés zavarát létrehozta, *a személyiség egyéb tényezőit is károsította*, s az egyén emocionális, akarati szférájában is észlelhetünk patológiás jelenségeket. Másrészt azonban *lehetséges, hogy a károsító hatás kizárólagosan az értelmi funkciókat érintette*, s ennek elszigetelt sérülésével állunk szemben. De az értelmi működésnek — mint a személyiségjegyek egyik fontos tényezőjének — károsodása, láttuk fentebb, önmagában is módosítja a többi személyiségjegy alakulását, s ezzel a személyiség-struktúrában szükségképpen változást idéz elő.

Az intelligencia jelentékeny szerepet játszik a magatartás szabályozásában, s károsodása esetén a cselekvések létrejöttében könnyebben dominálnak a személyiség „tudattalan", illetve „átdolgozatlan" rétegei: a vágyak, az ösztönök, az indulati elemek. Az intellektuális kontroll csökkenése vagy hiánya lehetővé teszi az *affektív tényezők* előtérbe jutását.

Az értelmi fogyatékosok személyiségének jellemzése

Mielőtt az oligofrének személyiségének részletes jellemzésére rátérnénk, előbb e jellemzés szempontjait kívánjuk megadni; először az oligofrén személyiséget *szomatikus* szempontból írjuk le. Erre azért van szükség, mert a szemé-

lyiségről alkotott fogalmunk — mint ahogyan ezt a modern szakirodalom alapján történő személyiség meghatározásunkban jeleztük — nemcsak a pszichés tulajdonságok sajátos egészét tartalmazza, hanem az egyén vele született és szerzett, belső és külső, morfológiai és funkcionális feltételeinek egymásba kapcsolódó egységét is — tehát mind a szomatikumot, mind a pszichikumot (Gegesi Kiss, 1963). Az értelmi fogyatékos személyiségnél az a kóroki tényező, amely a mentális defektust okozta, gyakran az alkati felépítésben is sajátos elváltozásokat hoz létre. Ha tehát az értelmi fogyatékosoknál szomatikus elváltozásokkal is találkozunk, ezek tárgyalása a személyiségükkel való foglalkozás során nem hagyható figyelmen kívül.

A szomatikus jellemzésen belül kitérünk a *megjelenésre* és a *motorikumra*. Majd az oligofrének személyiségének *pszichés jellemzésére* törekszünk. A továbbiakban arra a kérdésre keresünk választ, hogy mit várhatunk a különböző súlyossági fokban szenvedő oligofrénektől az élet bizonyos területein. Ennek keretében érintjük az iskolázhatóságot, a praktikus készséget, a hasznos tevékenységet, valamint a szociális beilleszkedés vonatkozásait (Jankovichné, 1961a).

A felsorolt területek helyenként nehezen határolhatók el egymástól, s ezért a jellemzést néhol csak a személyiség egyik vagy másik oldalának kifejezettebb hangsúlyozásával tudjuk biztosítani. A modern pszichológiai szemlélet alapján azonban tudjuk, hogy izoláltan fellépő fizikai vagy pszichés funkciók nincsenek; a személyiség-struktúra egy több oldalról megközelíthető integrációt, szövedéket képvisel. Az individuum összefüggő egész, amelyet csak mesterségesen lehet összetevő elemekre bontani. Ezért az egyes területek vagy funkciók elkülönített szemlélete csak bizonyos fokig lehetséges.

Sajátos külső jegyek

a) Megjelenés. Az értelmi fogyatékosok személyiségének jellemzéséhez hozzátartozik külső megjelenésüknek leírása is.

Célszerű a megjelenés tárgyalásakor külön szólnunk az értelmi fogyatékosok *testi méreteiről*, a náluk igen gyakran fellelhető *alkati anomáliákról*, oligofrén arckifejezésről stb. Nem érdektelen az oligofrének testi ellenálló képességének, *testi erejének* kérdése sem.

Az értelmi fogyatékosok külső megjelenésére vonatkozó általános érvényű megállapítást — akárcsak az oligofrének személyiség-ábrázolásának bármely más területén — itt sem tehetünk. Azonban a gyakorlati tapasztalatot támogató, több erre vonatkozó vizsgálat is azt mutatja, hogy az átlagos külsőtől eltérő jelenségek értelmi fogyatékosoknál jelentékenyen magasabb számban fordulnak elő, mint a normálisok körében (Lutz, 1961; Scholz—Ehrsam, 1962).

Az oligofrén ember külső megjelenése természetesen *nem* árulja el *szükségképpen* a fogyatékosságot, nem feltétlen jellemzője a fizikaiban is kifejezésre jutó eltérés. A megjelenésről alkotott benyomás — ahogyan erre a szakirodalomban is több helyen találunk utalást — lehet teljesen normális, sőt lehetséges, hogy az orvosi vizsgálat sem mutat ki semmiféle idegrendszeri rendellenességet (Homburger, 1927; Lutz, 1961; Scholz—

Ehrsam, 1962). Ritkábban ugyan, de találkozunk kifejezetten harmonikus alkatú, jó megjelenésű értelmi fogyatékosokkal is, akinek külseje nem árul el semmit az intellektus defektusából.

Igen gyakori azonban, hogy az első ránézésre ép jelleg a szakszempontból gyakorlott szem számára finom, néha alig észrevehető jegyeket, alkati



19. k é p. Oligofrén gyermekek különböző súlyossági fokon



20. k é p. Oligofrén gyermekek különböző súlyossági fokon

eltéréseket árul el, amelyeknek halmozott előfordulása már az oligofrén személyiség megjelenéséhez tartozó külső jegyként fogható fel (Asperger, 1956; Lutz, 1961). A sérült jelleg nemegyszer a *megjelenes egészében*, az arckifejezésben, a tekintet tompaságában stb. jut kifejezésre (19., 20., 21. kép).

Az értelmi defektus súlyossága és a fizikai megjelenésben mutatkozó eltérés *nem áll* szükségképpen *egyenes arányban*. Néha enyhe fogyatékosok is rendelkezhetnek igen szerencsétlen, a fogyatékosságot eláruló külsővel, s ritkábban, de előfordul, hogy az idegrendszeri károsodás következtében

létrejött súlyosabb oligofréneknél is láthatunk viszonylag harmonikus, intakt benyomást keltő megjelenést. Ez főleg azoknál a még kisebb gyermekeknél tapasztalható, akiknek fogyatékosságát az idegrendszer fertőző megbetegedése idézte elő. Ezeknek a néha szinte babaszerűen szép kisgyermekeknek az arckifejezése azonban az évek múlásával nagyon is „elváltozik", s a lelki-szellemi élet hiánya az egyébként finom vonásokat bambává teszi, tekintetük üressé, kifejezéstelenné válik, és nyilvánvalóan tükrözi fogyatékosságukat.

Az irodalmi adatok és a gyakorlat alapján megállapítható, hogy a *viszonylag harmonikus megjelenésű értelmi fogyatékosok inkább az enyhébb*



21. k é p. Oligofrén gyermekek különböző súlyossági fokon

esetek közül kerülnek ki, s minél súlyosabb az oligofrénia, annál gyakoribbak a szomatikus anomáliák; az idiótáknál csak egész kivételes esetekben látunk ép alkatot.

Etiológiai szempontból vizsgálva a kérdést kiderül, hogy az enyhébb fogyatékosság többnyire familiáris eredetű (Asperger, 1959; Bleuler, 1960; Lutz, 1961). Ezzel ellentétben az idegrendszer sérülését kiváltó hatás többnyire alkati elváltozásokat is létrehoz. Itt elsősorban a korai intrauterin károsodásokra gondolunk. Ezek az esetek legnagyobb részében feltűnő szomatikus eltéréseket, alkati anomáliákat okoznak, s a sérült jelleg az egész külső megjelenésre rányomja bélyegét.

Sorra véve az oligofrének külső megjelenésének fent említett szempontjait, először az értelmi fogyatékosok *testi méreteivel* foglalkozunk. Ezzel kapcsolatban saját tapasztalataink azt mutatják, hogy gyakori a visszamaradottság a hosszúnövekedésben vagy súlygyarapodásban, vagy mindkettőben. Ezt eddig elsősorban a gyermekkora vonatkozóan volt alkalmunk megfigyelni. Az elmaradás sokszor csak kisfokban feltűnő, és csak a méreteknek a középértékkel való egybevetésével tűnik ki. Nem ritka azonban, hogy az oligofrén gyermek testi méretei feltűnő visszamaradást mutatnak, és a nála két-három, sőt esetleg több évvel fiatalabb gyermek testi méreteinek felelnek meg.

Az oligofrén gyermekek testi fejlődésben való visszamaradottságát Scholtz—Ehrsam (1962) is hangsúlyozza. Idevonatkozó vizsgálatokra hivatkozik, amelyek megállapítják, hogy a debilis gyermekek testi méretei átlagosan háromnegyedéves elmaradást mutatnak az épekéhez viszonyítva. 14 éves korig a hossz- és súlynövekedés viszonyát tekintve főleg a hossznövekedés marad el az épeké mögött.

A vizsgálatok szerint az oligofrének testi fejlődését az is jellemzi, hogy a pubertás átlagosan egy évvel később következik be, s hogy főleg a fiúk, még 17 éves korukban sem érik el a normális tanulók átlagos méreteit. Ritkábban előfordul, mint fejlődési rendellenesség, a pubertás praecox is.

Az értelmi fogyatékos tanulók hossznövekedésben való visszamaradottságáról egyébként Homburger (1927) is beszámol. A 8. életévben egyéves, a 11. életévben két-hároméves visszamaradást jelez, a 14. életévben pedig a gyermekek 10%-át mint feltűnően alacsony növésűeket jelöli meg.

A tapasztalat szerint a szomatikus visszamaradás sokszor nem harmonikus jellegű, s nem kelti egyszerűen a fiatalabb korú ép gyermek benyomását. Sűrűn látunk feltűnően gracilis csontozatot vagy feltűnő soványságot. A testméretek zavarához sorolhatjuk azonban az életkorhoz képest túlfejlett alkatot is, amely nemegyszer kóros elhízással jár együtt.

Mindezekben az esetekben már maguk a testméretek is rendellenességről, aránytalanságról tanúskodnak. Ugyanaz az ártalom, amely az idegrendszer károsodása alkalmával az értelmi fogyatékosságot létrehozta, a növekedésben, valamint a kötőszövetek felépítése és zsírelosztása terén is zavarokat okozott.

A megjelenés rendellenességeinek következő feltűnő jegyei az *alkati anomáliák*. Kisebb alkati anomáliák előfordulhatnak normálisoknál is, ezeknek halmozott fellépése azonban már feltűnik, és az oligofrén megjelenés velejárójaként értékelhető. Emellett bizonyos alkati anomáliák bizonyos kórformák szükségképpeni velejárójaként jelentkeznek, s alapul szolgálnak a kórforma diagnosztizálásához, mint ahogyan ezt például a Down-betegeknél is tapasztaljuk.

Legfeltűnőbb és leggyakoribb a koponyaforma diszharmóniája, a különféle diszkraniák, amelyek már az első ránézésre gyanút keltenek arra vonatkozóan, hogy „valami nincs rendben". Ide sorolhatók a gyakran előforduló abszolút, illetve relatív mikrokefáliák is, de ide számítható maga a „mikrokefál koponyaforma" is, amikor a méretekben ugyan nincs jelentős eltérés, de a koponya formája, a hátracsapott homlok, szűk parietalis rész stb. felveti a mikrokefália gyanúját.

Ugyancsak sűrűbben előforduló rendellenesség a hidrokefáliás koponyaforma, a ballonszerűen megnagyobbodott fej, a kiszélesedő parietalis rész vagy elődomborodó homlok, kiugró homlokdudorok; vagy az egyenletesen megnagyobbodott makrokefália; a nyeregkoponya stb. Gyakori koponyarendellenesség a brachikefália, de a normálisnál nagyobb számban találkozunk turikefál, dolichokefál koponyaformával is.

A koponyán fellelhető számtalan rendellenesség közül meg kell említenünk a szájüregben előforduló zavarokat: a gótikus szájpadot, a nyelv diszplaszticitását, a fogfejlődési rendellenességeket stb. Az arc felépítésénél gyakoriak a benyomott orrgyök, diszplasztikus fülek (makrotia, mikrotia),

esetleg feltűnő aszimmetria stb. Nem ritka a rendellenes hajnövés, homlokba benőtt haj, az ún. „Pelzmützenhaar", „szőrsapka-haj" stb.

A megjelenés rendellenességeinek körébe sorolhatók továbbá a *test arányainak zavara*, a nyak, a törzs, a végtagok arányának diszharmóniája, valamint a végtagokon fellelhető rendellenességek: tömpe, rövid vagy túlhosszú ujjak, ún. arachnodaktilia (syndaktilia pterigium) stb. Bizonyos kórformáknál (Down-betegség, kretinizmus stb.) meghatározott szindrómák, illetve szindróma rendszer észlelhető.

Nem lehet célunk az oligofrénekre jellemző valamennyi alkati eltérés leltárszerű felsorolása, csupán a gyakrabban előforduló, fontosabb rendellenes jegyekre kívántuk a figyelmet felhívni. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a felsorolt rendellenes alkati jegyek a normálisok körében is fellelhetők, azonban mint már jeleztük, az *alkati anomáliák halmozott előfordulása* az oligofrén személyiségre jellemző külső jegyként értékelhető.

Érdemes figyelmet szentelnünk az *oligofrének testi erejének*, illetve betegségekkel szembeni ellenállóképességének kérdésére. E problémával Scholz—Ehrsam (1962) foglalkozik, s megállapítja, hogy az oligofrének nemcsak intellektuális szempontból, hanem testi erő szempontjából is hátrányban vannak az épekkel szemben. Az a defektus, amely különösen a szellemi téren való követelményekkel szemben nyilvánvaló, a személyiségnek minden egyéb megnyilatkozási területén is megmutatkozik, s az oligofrének testi erejét is többnyire negatív irányban befolyásolja. Az oligofrén gyermek igen gyakran gyöngébb fizikumú, kevésbé ellenálló a külső hatásokkal, infekciókkal szemben; fizikailag általában kevésbé teherbíró, ha ez utóbbiak nem is függnek össze közvetlenül az oligofrénia tényével.

Fizikális állapotuk összehasonlítása céljából Németországban a század első évtizedeiben általános és gyógypedagógiai iskolákban több ezer gyermekkel végeztek vizsgálatokat. Az eredmény szerint az oligofrének közül hatszorta nagyobb számban találtak konstitucionálisan gyenge tanulót, mint az épek közt. Egy berlini iskolaorvosi vizsgálat eredményei még súlyosabb képet nyújtottak: gyenge erőállapotú tanulót az elemi iskolában 3,2%-ban, gyp. osztályban 27%-ban; rachitisest 0,7%-ban, illetve 22%-ban; tuberkulotikust 0,8%-ban, illetve 2%-ban találtak (Homburger, 1927).

Ezek az adatok felhívják a figyelmet arra, hogy az oligofrének testi, erőbeli, illetve egészségügyi vonatkozásaiban is negatív eltérések észlelhetők az épértelmű emberekkel szemben.

Az oligofrének külső megjelenéséről mondottakat összegezve azt látjuk, hogy a különböző területekről nyert megállapítások, amelyek az oligofrének testi méreteire, alkati eltéréseire, illetve fizikai erőállapotára, egészségi sajátosságaira vonatkoznak, az értelmi fogyatékost külső vonatkozásban is megkülönböztetik a normális embertől. Ez a különbség, mint már jeleztük, *nem szükségképpeni* velejárója az oligofrén személyiség külső jegyeinek, azonban — az esetek túlnyomó részében e sajátosságok közül egy vagy több — fizikális állapotának tartozékaként jelentkezik.

b) Motorikum. Az oligofrén személyiség külső jegyei közt többnyire jellegzetes szerepe van annak a *sajátos mozgásképnek*, amely az értelmi fogyatékosságnak gyakori velejárója.

Az irodalom megállapítása szerint az értelmi fogyatékos gyermekek *motoros ügyetlensége* ugyanolyan biztosan meglevő jelenség, mint arckifejezésük tompasága, üressége, amelyen a későbbi fejlődés sem— vagy csak kismértékben — változtat.

Az értelmi fogyatékosok mozgásképével kapcsolatban HOMBURGER megalkotta a *motoros infantilizmus* fogalmát, amelynek finom jellegzetességeit részletezi. Ezek közül a legszembetűnőbb a *motoros fejlődés megkésett* volta. GÖLLNITZ szerint a motoros infantilizmus jegyei tulajdonképpen azonosak a motoros retardáció szimptómáival: mindazok a célirányos mozgások, amelyek a kortikális rendszer működésén nyugszanak, retardáltak. Ide tartozik az első nyúlás, a mászási próbálkozások, a felülés, a járás és végül maga a beszéd. Minden mozgást nehézkesség, „plumpság" jellemez, hiányzik az ép kisgyermek mozgását kísérő báj, ehelyett a csecsemőre jellemző tömeges mozgások észlelhetők (GÖLLNITZ, 1957).

A motorium elmaradására jellemző a *kéz motoriumának* rendkívül lassú fejlődése. Még az ép kisgyermeknél is igen hosszú az út, míg a csecsemő ügyetlen kis kezéből az a csodálatosan differenciált eszköz kialakul, amelynél minden ujj önálló mozgásra lesz képes. Az emberi kéz lehetőségei és alkalmazkodási képessége pszichikus tartalmak kifejezésére is alkalmas, s mint eszköz, a legbonyolultabb gépeket is fölülmúlja. Ezzel szemben feltűnő az oligofrén gyermek kéz-motorizmusának nagyfokú késése, s az, hogy a kéznek „mint egésznek" globális használatakor az ujjaknak szabad játéka távolról sem éri el a szükséges differenciáltságot.

SCHOLZ—EHRSAM (1962) megjegyzi, hogy az oligofrének motorizmusával kapcsolatban téves az a nézet, amely szerint az értelmi fogyatékosok fejlett motorizmussal, jó praktikus készséggel rendelkeznek. Akik ezt állítják, megneveznek *egyes* gyógypedagógiai osztályba beiskolázott *tanulókat*, vagy olyanokat, akik a praktikus munkában helyüket jól megállják. Az ilyen esetek nem nevezhetők általánosnak. Inkább tapasztalhatjuk azt, hogy az intellektuális zavarhoz motoros zavar is csatlakozik, amelyet LUTZ (1961) szerint a statika, a ritmus, a tempó és a dinamika zavara jellemez.

Ha valaki egy értelmi fogyatékosok számára létesített intézetbe, osztályba belép, annak azonnal feltűnik a szokatlan mozgásbeli sajátosságok tömege, amelyek a legkülönfélébb motoros rendellenességekből tevődnek össze.

A mozgásos sajátosságok közül elsőnek magát a testtartást emeljük ki. A felegyenesedett tartás, a kialakult biztos egyensúly az ép kisgyermeknél már korán hirdeti az embert körülvevő tér birtokbavételét, és az emberi módon való beilleszkedést a tér irányaiba, a fenn-lenn, elől-hátul, jobb-bal világába. Az értelmi fogyatékos tartásbeli biztonságának ez a méltósága igen gyakran hiányzik. A tartás elernyedt, laza, görnyedt, vagy ellenkezőleg merev, görcsös.

Sérült a biztos, nyugodt, harmonikus *járás* is, amely sokszor nehézkes, esetlen, csoszogó vagy csapkodó, esetleg ollózó tendenciájú, vagy imbolygó, bizonytalan. A karok együttlengése diszharmonikus vagy hiányzik, a törzs előrehajlik. Ezekben az esetekben a futás is esetlen; a fenti jelenségek, a lábak csapkodása, a karok dobálása, a törzs előrehajlása stb. fokozódik.

Az alapmozgások általában darabosak, nehézkesek, hiányzik az ép mozgással együtt járó szépség, harmóniaélmény. Mindez kifejezett mozgásfogyatékosság nélkül is észlelhető jelenség, s mint az értelmi fogyatékosság mozgásban való tükröződése értékelhető.

A finom mozgások közül a legdifferenciáltabbal, a beszédmozgás kóros elváltozásaival a könyv más fejezete foglalkozik.

A feltűnő mozgásos sajátosságok egyike a gyakorta megfigyelhető *túlmozgásos* állapot. Ez leggyakrabban egyszerű hipermotilitásban nyilatkozik meg, esetleg helyváltoztatásos motoros nyugtalanságban, amely néha clown-szerű jelleget ölt, s a környezet számára alig elviselhető extrém fokú nyugtalanságig, mozgásviharokig fokozódik. Göllnitz (1957) szerint a hipermotilitást gyakran kimeríthetetlen, amorf, időnként rohamszerűen erősödő, céltalan, ritmust nélkülöző mozgások jellemzik.

Az oligofréneknél észlelhető mozgásos rendellenességek közül tán legkirívóbbak a *mozgás-sztereotípiák:* a szálemezés, a két lábon való himbálódzások, a különböző tic-féleségek, kézrázogatások, grimaszolások. Ez utóbbiak elsősorban a súlyosabb fokban értelmi fogyatékosok sajátjai, az enyhébb fokú oligofréneknél csak ritkán fordulnak elő, s a gyógyítónevelés hatására elmaradnak, lekopnak.

A túlmozgásos rendellenességek mellett feltűnik a *mozgásszegénység* is. Hiányzik a folyamatosan megnyilatkozó adekvát mimika; az arckifejezés merev, néha szinte maszkszerű; a taglejtések szegényesek, korlátozottak. Ezekben az esetekben az egész mozgásképet bizonyos merevség, szögletesség jellemzi.

Az ép embernél a tartás, a mimika és a taglejtések egységes, zárt, egymással harmóniában álló és az átéléseknek pontosan megfelelő egészet alkotnak. Az oligofréneknél gyakran hiányzik a mozgáskifejezésnek ez a harmonikus egysége. A testtartás nem felel meg a többi kifejező mozgásnak, az egyes mozgások egymáshoz való koordinálása hiányos vagy teljesen hiányzik, a mozgások lefutása gyakran túlméretezett (Lutz, 1961).

Ha az oligofréniát kiváltó kóroki tényező az idegrendszer mozgató pályáit is károsítja, az értelmi fogyatékossághoz kifejezett *mozgásfogyatékosság* is társul. Így láthatunk az értelmi fogyatékossághoz csatlakozó hemiplégiát, diplégia spasztikát (Little-kór), coreiform túlmozgásokat, atetózist, ataxiát stb. Ez utóbbi mozgásképeket az értelmi fogyatékosság súlyossági fokától függetlenül, enyhe értelmi fogyatékosoknál is észlelhetjük, mint ahogy ezek ép értelmi képességek mellett is előfordulhatnak, elszigetelten csak mozgászavarként.

A mozgásformák e sokféle rendellenessége teszi szükségessé, hogy a *gyógypedagógiai szakfoglalkoztatás* keretében a mozgásnevelésnek jelentős szerepet biztosítsunk. A gyógyítónevelés hatására az egész személyiség rendeződésével, harmonizálásával az oligofrének jellegzetes mozgásképe is megváltozik, harmonizálódik, sőt teljesen rendbe jöhet. Göllnitz (1957), aki az oligofrének mozgását *Oseretzky-* és *Quint*-féle motometrikus skálával vizsgálta, megkísérelte, hogy a motorizmus fejlesztésével direkt úton hasson a gyermekek intellektuális teljesítőképességére. Ha direkt hatást nem is tudott elérni, kiderült, hogy az így kezelt gyermekek a pedagógiai

ráhatás számára hozzáférhetőbbek lettek, aktívabbakká váltak, jobban tudtak figyelni, tehát a mozgásnevelés egész fejlődésüket pozitívan befolyásolta.

Az értelmi fogyatékosok pszichológiai jellemzése

Az oligofrének személyiségének pszichológiai jellemzésekor ki kell emelnünk, hogy az oligofrén egyénnél az alacsonyabb értelmi szint specifikus pszichológiai képet hoz létre. Tehát nem arról van szó, hogy a fogyatékosság valamennyi pszichés funkciót azonos mértékben érint, hanem arról, hogy a *pszichés struktúra egészében változik meg, és a specifikus jegyek együtteséből létrejövő sajátos rendszeren belül a különféle képességek és készségek egyenlőtlensége észlelhető* (Zazzo, 1960).

Éppen ezért a pszichés funkciók egyenlőtlen fejlettségét mint az oligofrének személyiségének talán legjellemzőbb tünetét foghatjuk fel. Többnyire maguk az intellektuális folyamatok sem egyenletesen sérültek. Általánosan ismeretes, hogy a mindennapi tapasztalattal, mechanikus begyakorlással összefüggő ismeretek terén az értelmi fogyatékosok teljesítményei jobbak. Az oligofrénián belül a rendezett, ún. „harmonikus" személyiség jellegű értelmi fogyatékosoknál szinte kiugranak olyan pszichés funkciók, amelyek az egyén társadalmi beilleszkedését elősegítik, s amelyeket mint *„vivő funkciókat"* jelölhetünk meg.

Saját idevonatkozó vizsgálataink (Jankovichné, 1966) rávilágítanak arra, hogy az intellektuális folyamatok kóros gyengeségével szemben a közösségbe beilleszkedést elősegítő „vivő funkciókat" elsősorban a feladathoz és a szabályhoz való alkalmazkodás, valamint az egyszerű helyzetek felismerésének és verbális síkon való megoldásának készsége adják. Ezeket az intellektuális funkciókkal szemben *„extraintellektuális funkcióknak"* nevezhetjük.

Vizsgálataink rámutattak továbbá arra is, hogy ezek a társadalmi beilleszkedés szempontjából oly fontos, sőt nélkülözhetetlen funkciók már a beiskolázás elején is viszonylag magasabb szintről indulnak, és a növekvő intelligencia-koron belül egyenletesebb fejlődést mutatnak, mint a súlyosabban sérült megismerési funkciók. Emellett fény derült arra is, hogy az egyes pszichés funkciók közt mutatkozó fejlettségi szintkülönbség kifejezettebb az imbecilliseknél. Míg a debiliseknél ez csak jellegzetesnek mondható, addig az imbecilliseknél már szakadékszerűen jelentkezik.

Az értelmi fogyatékosok személyiség-problémáját tanulmányozva újból felvetődik a kérdés, hogy vajon az a kóroki tényező, amely az oligofréniát létrehozta, *elsősorban* vagy *kizárólag* az intellektuális folyamatokat érintette-e; vagy a személyiség egyéb tényezőit is károsította. Másképpen megfogalmazva: elszigetelt kortikális sérülésről vagy a központi idegrendszer kiterjedettebb károsodásáról, a szubkortex sérüléséről is szó van. Utóbbi esetben — az oligofréniát egyébként általában is jellemző személyiségkép mellett — kifejezett személyiségfejlődési zavarral állunk szemben.

A személyiség-tényezők *többoldalú károsodása* a személyiségképben a laikusok számára is *feltűnő elváltozásokat hoz létre. A viszonylagosan elszigetelt intelligencia-károsodásnál* viszont a *személyiségkép is viszonylag harmonikus jelleget mutathat.* Ez esetben az enyhébb fogyatékosságban szenve-

dőknél lehetséges, hogy — bár az egyes területeken észlelhető intelligencia-defektusok kétségkívül más, közvetlenül nem érintett intelligencia-funkciókat is befolyásolnak — a látható összteljesítményt bizonyosfokú célszerű kompenzálódás, rendezettség jellemzi (BUSEMANN, 1959).

Ezekben az esetekben elsősorban az intellektuális folyamatok zavara dominál, és legelébb az ilyen teljesítményt igénylő feladatokban látunk problémát; a személyiség-struktúra azonban a *pszichés funkciók relatív egyensúlya* miatt, ha az épekétől eltérő módon is, de bizonyos egyensúlyt reprezentál.

Ilyen relatív egyensúlyt, ha ritkábban is, de néha még a kevésbé enyhe esetekben is észlelhetünk. Noha a fogyatékosság súlyosbodásával általában együtt jár az egész személyiségkép kóros eltolódása, elvétve súlyosabb fokú oligofrének közt is láthatunk olyanokat, akiknél mintegy *„érzelmi kompenzációról"* szólhatunk. Ezek bár a normálistól feltűnően eltérő, a fogyatékosságot világosan kifejező elváltozásokat mutatnak, környezetükkel szembeni magatartásuk alapján viszonylagosan rendezett, oligofréniájuk súlyosságához viszonyítva, mondhatni, szinte harmonikus személyiség jellegűeknek mondhatók.

Más problémáról és más személyiségképről van szó, amikor a fogyatékosságot kiváltó okok a személyiség valamennyi tényezőjét károsítják. A fogyatékossági forma súlyosbodásával általában ez az eset áll fenn.

A következőkben azzal a kérdéssel foglalkozunk, hogy az intellektuális funkciók károsodása milyen hatással van a személyiség többi tényezőinek alakulására, az értelmi téren mutatkozó sérülés mit jelent az érzelmi és akarati élet működésének síkján; mi az intellektus szerepe a magatartás irányításában, illetve a belátás és az értelmi kontroll sérülése hogyan befolyásolja az akarati cselekvéseket, s a cselekvések irányításában mennyiben dominálnak a személyiség egyéb tényezői.

A problémát legjobban az oligofrén ember valóságátélési módján keresztül közelíthetjük meg.

A debilis, de főleg az imbecillis és idióta ember számára a tárgyi világ nagyrészt az egyedi tárgyak világát jelenti. Elmarad az egyes tárgyak lényegbeli sajátosságainak mintegy távlatból történő összegezése, az ebből eredő tapasztalatok leszűrése, s ezáltal ritkán jut el a „fajtaszerűség" megragadásáig. Számára emiatt a tárgyi világ is sokkal konkrétabb jellegű, mint az ép ember számára. A tárgyi világ átélésének módja a fogyatékosság súlyosságának arányában torzulást szenved, szorosan a fogyatékos szükségleteihez kapcsolódik, ezáltal a jelenségek értékelése fokozott mértékben szubjektív színezetet nyer. A semleges ingerek, még inkább a tőle érzelmileg távol álló ingerek átélése — fogyatékosságának súlyossága szerint — nehezen, alig vagy egyáltalán nem megközelíthető számára, s ezáltal egész világképe szegényesebb (BUSEMANN, 1959). Világképének általános jellemvonása, hogy még az enyhébb fogyatékos is megmarad az ingerek feldolgozásának kezdeti fokán, ezáltal a jelenségek, a fogyatékosságának arányában, egyre kevésbé jelentkeznek összefüggéseikben, hanem mozaikszerűen raktározódnak el benne. Tudásának bizonyos „nyersanyag" jellege van, amely mintegy „emésztetlenül", gondolati feldolgozás nélkül marad meg benne, anélkül, hogy fogalmi osztályokká vagy fajtákká cso-

portosulna. Az egyes tudásrészek spontán módon nehezen vagy egyáltalán nem kapcsolódnak egymáshoz, nem állnak össze a dolgok egészévé, Hiányzik a történések szabályszerűségének felismerése, fogalmi rendeződése is. Éppen a gyógypedagógiai szakfoglalkoztatás egyik feladata az, hogy a tárgyi világban adódó részjelenségek közti összefüggést a fogyatékos számára mesterségesen megteremtse, kialakítsa.

Emellett az oligofrének világképe a *tér-* és *időbeliség átélése* szempontjából is beszűkült. Noha körülhatárolt életterükkel kapcsolatos hétköznapi viszonylataikban egészen jól kiismerik magukat, térszemléletük főleg tartózkodási helyükre korlátozódik. Időszemléletük is korlátozott. Bár az időbeliséget jelző változásoknak — napszakoknak, évszakoknak stb. — megvannak a maguk tárgyi síkon is észlelhető jegyei, az imbecillisek már e területen is nehezen igazodnak el. Az oligofrén ember saját életének időbeli távlatait felismerni csak igen hézagosan vagy egyáltalán nem tudja. Akár néhány hónappal vagy akár néhány évvel korábban történt vele valami, az egyaránt „régen volt"; a történelmi tudat kialakítására pedig képtelen.

A „jövőben gondolkodni" tudás képessége is az elvonatkoztatás egy fajtájának mondható. A múltban lefolyt vagy jelenben történő folyamatok hatásának jövőbeli elképzelése, áttekintése — tekintve, hogy ez az okokozati összefüggések birodalmába tartozik — jobb esetben is csak primitív szinten vagy egyáltalán nem hozzáférhető számára. Ez a mindennapos cselekvések célkitűzéseit, illetve azok végrehajtását tekintve az arra még félig-meddig képes enyhébb fokú fogyatékosoknál is az életvezetés ökonómiájának hiányában, inkonzekvenciájában nyilatkozik meg.

Legsúlyosabb a helyzet az *absztrakt fogalmak* kialakulása terén, amelyeknek adekvát megértését még az enyhébb fokú oligofrénia is akadályozza.

Az emberiség magasabb céljait, a társadalom magasabb rendű értékeire irányuló eszméket, az esztétikai eszméket az elvont fogalmak hordozzák. Ezeket fogalmi síkon megközelíteni az oligofrén nem képes, s emiatt nem részesülhet a valóban emberi értékek átélésében sem. Ez az egyéb területeken (szociális és gazdasági síkon) való súlyos hátrányait tetézve ugyancsak egyike tragikus korlátozottságainak.

Az eddigiek alapján elmondható, hogy az értelmi fogyatékos világképe az érzékletes elemekhez tapad: mind az érzéki világban észlelhető összefüggések, mind pedig a felső fogalmak megragadásában szegényes (Busemann, 1959). Az elvont fogalmak pedig hozzáférhetetlenek számára. Világképe az „egyes dolgokból", illetve jelenségekből tevődik össze, amelyek sok esetben torzan tükröződnek benne, és tökéletlenül, hézagosan vagy semmiképpen sem tudnak egésszé alakulni.

Az oligofrén ember világképének az épekétől eltérő volta személyisége minden síkján az épekétől elütő jelenségek forrásává válhat. Világképének kezdetleges, „befejezetlen" jellege nemcsak *teljesítményét* csökkenti, hanem *magatartásában* is tükröződik. A bonyolultabb szituációk felismerésének nehézsége vagy teljes hiánya, a jelenségvilágban észleltek értelmezése és értékelése, a dolgok lényegfelismerésének hiánya egész világképét átszövik. Cselekvéseinek hajtóerőit és motívumait a szubjektív módon átélt világkép érzékletes elemei irányítják.

Ezek az érzékletes elemek a gyermekkori fejlődés folyamán is sokkal tovább (sőt talán az egész élet folyamán) a „pillanatnyi megkívánás" köréből származnak, s bármire irányulnak, többnyire nagy affektív erővel rendelkeznek (HOMBURGER, 1927). Ez a jelenség az értelmi fogyatékos személyiségének gyakran *infantilis jelleget* kölcsönöz.

Kérdés, hogy vajon az oligofrén ember mennyire van tudatában fogyatékosságának, kialakul-e benne kisebbrendűségi érzés? Bár objektív vizsgálatok még nem adnak erre pontos választ, de a szakirodalomban már felmerült a debilisek személyiség-vizsgálatával kapcsolatosan az *„inferioris helyzet" (kiszolgáltatottság)* fogalma (PERRON, 1960). A követelményekkel szembeni „elégtelenség" élménye gyakran már a gyermekkorban kialakul, amikor a környezet a fogyatékost minduntalan az ép testvérekkel vagy társakkal hasonlítja össze. Az épek számára felállított igényekhez képest valóban lemarad, s teljesítményeinek elégtelenségét a fogyatékos akarva nem akarva kénytelen átélni. A harmonikus személyiségjellegű, enyhébb fokban fogyatékosnak az általános iskolában elszenvedett sorozatos kudarcaiból rá kell döbbennie arra, hogy minden iparkodása, szorgalma ellenére is lemarad. A *negatív élmények* sorozatának *romboló hatása* egész személyiségét előbbutóbb neurotizálja: elveszti biztonságérzetét, elbátortalanodik, visszahúzódó lesz. Sikertelenségei egész magatartásában *depresszív vonásokat* váltanak ki. De előfordulhat ennek ellentéteképpen az is, hogy az addig fegyelmezett magatartás megbomlik, s az addig rendezett személyiségű gyermek *agresszív úton keres magának kompenzációt.*

Az oligofrének személyiségével kapcsolatosan szólnunk kell arról a régebbi felosztásról, amely az értelmi fogyatékosokat két nagy csoportra: *torpidok*ra és *eretikusok*ra osztja. Ez mint felosztás, ma már nem használatos, de mint jelzőt még ma is gyakran alkalmazzák. A torpidok magatartását tompaság, passzivitás, indítékszegénység, mozgásszegénység, bizonyos apátia jellemzi; az eretikusokét ingerlékenység, izgatottság. E megjelölések általában a súlyosabb értelmi fogyatékosokra jellemzőek; használatuk a debilisekre többnyire inadekvát.

Az eddigiekben főleg azokat a legfontosabb jelenségeket igyekeztünk számba venni, amelyek az értelmi fogyatékosok személyiségének alakulásában az intellektus defektusának tényéből természetszerűen adódnak. A személyiségjelleget azonban nemcsak az intellektus károsodásának mértéke határozza meg. Minél kevésbé képes az oligofrén egyén a jelenségvilágból az észlelteket helyesen kiszűrni s azokat megfelelően regisztrálni, annál valószínűbb, hogy a környezetbe való beilleszkedése is zavart lesz; ez azonban nem jelenti azt, hogy az enyhe fokban fogyatékosra nem lehet éppen úgy jellemző a személyiségfejlődés zavara. Nemegyszer tapasztalható, hogy az organikus agyi sérülést szenvedett egyén értelmi funkcióiban alig károsodott, viszont az organikus alapon létrejött motoros nyugtalansága és súlyos magatartási zavarai egész személyiségének súlyosan pszichopátiás jelleget kölcsönöznek. Sőt az is lehetséges, hogy az agyi károsodás egyetlen tünete a pszichopátiás magatartás.

Az értelmi fogyatékosság — ahogy ezt már jeleztük — sokszor az egész személyiség működési zavarával, diszharmóniájával jár együtt, s a *maga-*

tartási zavarok legtarkább képével— nehezen kezelhetőség, dühkitörések, csavargás, lopás stb.— is párosulhat.

A kérdés bonyolult. Az oligofrén személyiség pszichikus megjelenését ugyanis nagymértékben színezik a fogyatékosságot létrehozó *kóroki tényezők*, illetve a fogyatékosság *kórformája*. Utóbbinak bizonyos esetekben, például a Down-betegeknél kifejezett személyiség meghatározó jellege van. Ezzel szemben pl. a posztenkefalitiszes állapot a legváltozatosabb személyiségképeket hozhatja létre, és a legkülönfélébb pszichopátiás, sőt pszichotikus formák utánzására képes. De előfordulhat, hogy a posztenkefalitiszes személyisége harmonikus marad, ha betegsége előtt is az volt. E szempontokat komplikálja a *fogyatékosság súlyossága* is.

Mindezeket egybevetve látható, hogy az oligofrének személyiségéről nehéz kifogástalanul helytálló leírást adni. Ennek ellenére megkíséreljük, hogy az eddigiek alapján néhány általános jellegű megállapítást szűrjünk le:

a) az oligofrén egyénnél az alacsonyabb értelmi szint *specifikus pszichológiai képet* hoz létre. A pszichés struktúra egészében más, mint az ép értelmű egyénnél. A specifikus jegyek együtteséből létrejövő sajátos rendszeren belül a *különféle készségek és képességek egyenlőtlensége* tapasztalható.

b) Az egyes pszichés funkciók közt mutatkozó fejlettségi szintkülönbség ki fejezettebb a súlyosabb mértékben fogyatékosoknál. Míg a debiliseknél csak jellegzetesnek mondható, addig az imbecilliseknél szakadékszerűen jelentkezik.

c) Világátélési módjuk az érzékletes elemekhez tapad; az összefüggések felismerése és a felsőbb fogalmak kialakítása szegényes, vagy teljesen hiányzik; az absztrakt fogalmak megragadása hozzáférhetetlen számukra.

d) A jelzett pszichés eltérés nemcsak a *teljesítmény csökkenésében*, hanem a *társadalomba való beilleszkedés* terén is megmutatkozik.

e) A személyiség harmonikus vagy diszharmonikus voltát tekintve az oligofrének *két nagy csoportra* oszthatók: azokéra, akiknek elsősorban csak az intellektuális képessége csökkent, és azokéra, akiknek személyisége egészében is sérült. Az utóbbiaknál ugyanaz az ok, amely az értelmi funkciók csökkenését kiváltotta, egyben az egész személyiség működési zavarát is létrehozta.

f) A harmonikus személyiségjellegű értelmi fogyatékosoknál a *társadalmi beilleszkedést* elősegítő *„vivő funkciók"* elsősorban a feladathoz, szabályokhoz való alkalmazkodáson, valamint az egyszerű helyzetek felismerésén és verbális síkon való megoldásán nyugszanak.

g) Általában megállapítható, hogy *az értelmi fogyatékosság súlyossága és a személyiség kóros zavara egyenes arányban vannak*, azaz minél súlyosabb az értelmi fogyatékosság, annál súlyosabb a személyiségkép torzulása is. Ez a kóros személyiségzavar jellegzetes módon mutatkozik meg a súlyos fokú oligofrének torpid vagy eretikus magatartásában is.

h) Nemegyszer a kisebb fokban fogyatékosoknál is súlyos személyiség fejlődési zavarok állhatnak fenn, sőt előfordulhat, hogy az agyi — pontosabban szubkortikális — sérülés egyetlen tünete a pszichopátiás jellegű személyiségzavar.

i) Általában elmondhatjuk, hogy a személyiség meghatározó kórképeken túl az *oligofrén személyiség annyiféle* lehet, *ahány oligofrénnel találkozunk* (Jankovichné, 1961a, 1966).

A nemélyiség jellemzése az oligofrénia súlyossági fokának szempontjából, a képezhetőség, a praktikus készség és a közösségbe való beilleszkedés megvilágításában

Az oligofrén személyiség fejlődési prognózisának, rehabilitációjának kérdése szorosan összefügg a fogyatékosság súlyosságával.

Noha tudjuk, hogy a személyiség jellegét nem csupán az értelmi fogyatékosság súlyossága határozza meg, hanem hogy abban igen jelentékeny szerepet játszanak a személyiség egyéb tényezői is, mégis az értelmi fogyatékosság súlyossága döntőnek mondható.

A laikusok gyakran úgy képzelik, hogy az értelmi fogyatékos lassúbb fejlődése az iskolai képzés folyamán kiegyenlítődik. Ezzel szemben a tapasztalat azt mutatja, hogy a fejlődés a fogyatékosság súlyosságának arányában egy bizonyos ponton elakad, és semmiféle pedagógiai eszközzel nem vihető tovább. Hogy ez a fejlődési határ hol van, azt előre megmondani nehéz, és tulajdonképpen csak a kifejlett egyénnél, a pubertás lezajlása után állapítható meg teljes biztonsággal. Az oligofrénia prognózisa a teljes rehabilitáció szempontjából mind a szakirodalom, mind a gyakorlati tapasztalat szerint kedvezőtlennek ítélhető.

Gyógypedagógiai szempontból a fejlődési prognózissal kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy: az oligofrénia az egyén egész életén keresztül fennáll, és — bár a fejlődési korlátozottság egyes funkcióiban jó környezeti és nevelési hatások, valamint orvosi segítséggel meglepő mértékben is oldódhat, s a patologikus személyiségjelleg egészében is harmonizálódhat — végső fokon még jó fejlődés esetén sem szüntethető meg teljességgel.

A prognózis tekintetében alapvető jelentőségű a fogyatékosság súlyosságának a kérdése. A fejlődést természetszerűleg mindig a szóban forgó oligofrén egyén *kiinduló állapotához* kell viszonyítani. A rehabilitáció célkitűzései annak megfelelően alakulnak, hogy milyen fokú az egész személyiség károsodása, tehát mást jelentenek a debilis, mást az imbecillis és mást az idióta egyén számára.

A fogyatékosságon belül az egyes fokok elhatárolása igen nehéz. Az oligofrénia súlyosságának IQ-ban való kifejezése egyrészt mechanikus, másrészt kevés felvilágosítást nyújt az oligofrén egyén praktikus lehetőségeinek megismerésére. Még magának az oligofréniának a normálistól való elhatárolásában sem tudunk éles határt vonni.

Bleuler (1960) szerint az intellektuális képesség területén az életben való helytállás az a lényeges jegy, amely az ép embert az értelmi fogyatékostól megkülönbözteti. Busemann (1959) megállapítása szerint többé-kevésbé meghúzható határvonalat csak az idióták és az imbecillisek, illetve az imbecillisek és a debilisek közt látunk. Az idióták és az imbecillisek közti határt a beszédteljesítmények közti különbségek meglehetősen egyértelműen megszabják (lásd könyvünk idevonatkozó részét). Az imbecillisek és a debilisek közti határvonal nem ilyen feltűnő, néha csak több évi szakfoglalkoztatás után állapítható meg abból a tényből, hogy a debilis gyermek a gyógypedagógiai iskolában boldogul, az imbecillis pedig csak ritkán, illetve csak kezdeti fokon és korlátozott mértékben.

A következőkben a közismert nehézségek ellenére, gyakorlati tapaszta-

lataink alapján megkíséreljük az oligofrének személyiségét az értelmi fogyatékosság súlyosságának szemszögéből jellemezni a *képezhetőség*, a *praktikus készség*, a *hasznos tevékenység* és a *szociális* közösségbe való *beilleszkedés* szempontjából.

A gyakorlat általában azt mutatja, hogy az oligofrénia három foka a debilis, imbecillis és idióta egyéneknek az élet egyes területein észlelhető megnyilatkozásai alapján, finom megfigyeléssel részletesebben is differenciálható. Ezért az egyes fokozati megkülönböztetéseket az említett területeken részben tovább bonthatjuk, és egy-egy fokon belül enyhe és súlyos formáról is szólhatunk, (JANKOVICHNÉ, 1961a).

Ha a különböző súlyossági fokú oligofrénia várható teljesítményeivel foglalkozunk, különleges jelentősége van a szóban forgó oligofrén ember személyiségjellegének. A személyiség szerepe a meglevő készségek, képességek felhasználása és értékesítése szempontjából az ép embernél is fontos; mennyivel döntőbb ez az oligofrén esetében! Ha tehát a következőkben az oligofrének bizonyos területeken *elérhető teljesítményeiről* szólunk, mindig szem előtt kell tartanunk — erre szükség esetén még külön is utalunk —, hogy itt csupán lehetőségekről van szó. Az egyes fokok leírásakor a gyógypedagógiai szakfoglalkoztatás segítségével elérhető maximális szintet vesszük alapul.

A *beiskolázás területén* a súlyossági fokokat elhatároló skálánk nemcsak gyakorlati tapasztalatokon, hanem részben ilyen célzatú vizsgálatainkon is nyugszik (37 gyógypedagógiai osztályba beiskolázott 418 gyermek vizsgálata), és főbb elvi törvényszerűségek felismeréséből adódik (JANKOVICHNÉ, 1961b), ezért ezt a kérdést részletesebben tárgyaljuk.

Mindenekelőtt nyilvánvaló, hogy az értelmi fogyatékos gyermek beiskolázhatósága, képezhetősége fogyatékosságának súlyosságával arányos.

A *kisebb fokban debilis* gyermek, ha személyiségében harmonikus, ambiciózus, s ha körülményei jók, korrepetálással, sok támogatással, osztályismétléssel az általános iskola felsőbb osztályaiba felkerülhet. Mechanikus emlékezetével s esetleg egyéb részképességeivel tartja magát felszínen. Az általános iskola felső tagozatában, ahol a már bonyolultabb ismeretek elsajátítására részben vagy egészben képtelen, az általános iskola „kegyelemből" vagy mert nem tudja, hogy mit kezdjen vele, megtűri. Kisegítő iskolába átkerülve kifejezetten jó, sőt társaihoz viszonyítva esetleg feltűnően jónak látszik. A VIII. kisegítő osztályt nehézség nélkül elvégzi. Magasabb iskolatípusban messzemenő segítség nélkül nem képes helytállni, ilyen segítséggel azonban erőltetve, gyengéit „elnézve" még találkozhatunk vele.

A *közepes fokban debilis* gyermek — amennyiben személyisége harmonikus és körülményei megfelelőek — a kisegítő iskola VIII. osztályát korának megfelelően elvégezheti. Iskolai pályafutását valószínűleg az általános iskolában kezdi, de áttelepítésére többnyire már az I., II. osztályban sor kerül. Előfordulhat azonban, hogy kedvező, támogató környezetben, erőltetéssel az általános iskola felső tagozatában is „elvan". Ennek természetesen a megszerzett bizonyítványon kívül számára kevés a reális nevelő értéke.

A *súlyosan debilis* gyermek fogyatékosságát rendszerint már az általános iskola I. osztályában észreveszik, és áthelyezik a kisegítő iskolába, ahol a felső osztályokat esetleg osztályismétléssel vagy későséssel, de el tudja vé-



22. k é p. Csoportos foglalkoztatás imbecillis gyermekekkel

gezni; ellenkező esetben a felső tagozat alacsonyabb osztályaiban megreked, lemorzsolódik.

A *kisebb fokú imbecillitásban* szenvedő gyermek fogyatékosságát az általános iskola többnyire már a beiskolázás idején jelzi. Foglalkoztató Iskolába átkerülve, általában az Előkészítő II. (volt átmeneti), vagy esetleg az I. csoportból (volt előkészítő) indul. Reális képezhetőségi szintje maximálisan a kisegítő iskola II. esetleg III. osztályáig terjed, amit a foglalkoztató iskolában VIII. csoportos korukban érhetnek el.

A *közepes fokban imbecillis* gyermeket az általános iskola már semmi módon nem fogadja be. Foglalkoztató Iskolában az Előkészítő I. (volt kísérleti), vagy az Előkészítő II. (volt átmeneti) csoportban kezdi. Jó esetben a kisegítő iskola I., esetleg II. osztályáig feljut, az itteni anyagot azonban elsajátítani már nem tudja (22. kép).

A *súlyosan imbecillis* gyermek foglalkoztató intézeti elhelyezésére — megkésett mozgási és magatartásbeli fejlettsége miatt — többnyire csak megkésve kerül sor. Beiskolázása csak az Előkészítő I. csoport szintjéről indulhat, s itt vagy esetleg az Előkészítő II. csoportban meg is reked. Jó esetben — esetleg egy-két kialakult készsége alapján — felkerül az imbecillisek I., II. csoportjaiba.

Az *idiócia enyhe* eseteivel mint alsó határesetekkel a Foglalkoztató Iskolák Előkészítő I. csoportjaiban még találkozhatunk, mivel azonban a bizonyos ideig tartó gyógypedagógiai foglalkozással fejlődésük nem indítható meg, ápolóintézeti elhelyezésre szorulnak.

Az oligofrén gyermek beiskolázási sorsának most jellemzett menetét a következő körülmények befolyásolhatják:

a) a fogyatékos gyermek személyisége,
b) egy-egy készség részleges kiesése,
c) a környezeti károsító tényezők, a hospitalizáció,
d) az értelmi fogyatékossághoz társuló egyéb fogyatékosság (nagyothallás, csökkentlátás stb.).

a) Az értelmi fogyatékos gyermek személyiségjellege, ha az érzelmileg harmonikus jellegű, ambiciózus, jó magatartású — iskolai fejlődésére is nagy hatással van. A jóindulatú, iskolában fegyelmezett gyermeket nemcsak pedagógusa szereti önkénytelenül is jobban iparkodó magatartásáért, hanem összeszedett, figyelmes részvétele az iskolai munkában a gyógypedagógiai ráhatást is termékenyebbé teszi éppen úgy, mint ahogy az ambiciózus feladatelvégzés is gyakorlást jelent, amely az elsajátítottak elmélyítését biztosítja. Mindez pedig a jobb iskolai előhaladást, s ezzel az értelmi fejlődést segíti elő. A nyugtalan, pszichopátiás jellegű gyermeknél e pozitív hatások csökkennek. A szétszórt figyelem, az ambició hiánya, az esetleges iskolakerülés, a beiskolázás menetét nagymértékben kedvezőtlenül befolyásolják.

b) Ugyancsak kedvezőtlenül befolyásolja az oligofrén gyermek beiskolázási lehetőségeit *egy-egy készség részlegesen súlyosabb állapota*, esetleg teljes kiesése. Ezt látjuk például, ha az egyébként enyhébb fokban fogyatékos gyermeknél kifejezett diszgráfiás, diszlexiás tünetek is észlelhetők, vagy motoros afáziára emlékeztető esetekben. Ezeknek a gyermekeknek a helyzete igen nehéz, és még a gyógypedagógiai beiskolázás keretén belül is komoly gondot okoznak. Iskolázásuk az osztályismétlések miatt elhúzódik, s alacsonyabb fokon elakad, mint ahogyan az egyébként remélhető lenne.

c) Ugyancsak probléma a *környezeti károsító tényezőknek, a hospitalizációnak* a szerepe. A beiskolázás megindulásakor a hospitalizáció nemcsak az ép gyermeknél hozhat létre pszeudodebilis képet, hanem az oligofrén gyermek fogyatékosságát is torzíthatja. Ilyen értelemben beszélhetünk „pszeudoimbecillis", sőt „pszeudoidióta" gyermekről is. Ez a kérdés főleg a gyógypedagógiai diagnóziskor, a beiskolázás eldöntésekor játszik fontos és felelősségteljes szerepet (határeset probléma). Ugyanígy jelentékenyen torzítják a megítélés lehetőségét és egyúttal rontják a fogyatékos gyermek fejlődési prognózisát a környezetében levő károsító hatások, rendezetlen családi élet, részeges, durva apa stb.

d) Előfordul, hogy az értelmi fogyatékossághoz hallászavar, látászavar vagy súlyosabb fokú mozgászavar csatlakozik. A *kettős fogyatékosság* a beiskolázás menetét megzavarja, s a képezhetőség prognózisát erősen lerontja. E gyermekek járulékos fogyatékossága jelentékenyen megnehezíti vagy teljesen meg is akadályozhatja, hogy az értelmi fokuknak megfelelő kiképzés felső határáig eljussanak.

Visszatérve a debilis gyermekek általános iskolai pályafutásával kapcsolatban mondottakra, egy pillanatra ki kell térnünk arra a romboló hatásra, amely a fogyatékosokat az ép gyermekek közösségében, illetve a rendezett személyiségű, enyhébb fokban fogyatékos gyermeket az általános iskolában akkor éri, amikor sorozatos kudarcaiból rá kell döbbennie arra, hogy minden iparkodása, szorgalma ellenére is lemarad épértelmű társaitól. A

negatív élmények rendezett személyiségjellegére előbb-utóbb neurotizálólag hatnak: elveszti biztonságérzetét, elbátortalanodik, visszahúzódó lesz; vagy ennek ellentéteként, eddigi fegyelmezett magatartása megbomlik, s esetleg éppenséggel agresszív úton keres kompenzációt magának.

Ezzel szemben gyakran igen jól megoldható, s több szempontból kívánatos is, hogy azok a kisebb fokban oligofrén gyermekek, akik erre alkalmasak, a kisegítő iskola VIII. osztályának elvégzése és kellő előkészítés után az általános iskola VI., esetleg VII. osztályából levizsgázhassanak, és tanulmányaikat megfelelő támogatással a dolgozók iskolájában befejezhessék. Erre a feladatra a már idősebb, ambiciózus debilis fiatalok megérlelődnek, képessé válnak. Ez az iskolai fok természetesen nem jelenti az általános iskola anyagának oly módon való önálló feldolgozását, mint ahogy az az ép gyermekeknél szokásos — hanem a lényeg speciális kiemelésével az anyag minimumának „elégséges fokon" való „beemlézését", mely bizonyos tárgyakban csak a mechanikus elemek felvételére szorítkozik.

A praktikus értelmesség terén nyújtott teljesítmények közül az önkiszolgálás fokát az önadminisztráció, önálló életvitel lehetőségét és a hasznos tevékenységet, a munkát érintjük. Mindezt — mint jeleztük — nem a feladatokhoz való viszonyulás, hanem a fogyatékosság adta keretek lehetősége alapján szemléljük.

A *debilis* egyén képes önmaga testi szükségleteit megfelelően ellátni (önmagát és holmiját renben tartani), sőt esetleg a gondjaira bízott háztartás mechanikus munkáinak elvégzésére is alkalmas lehet. Az önálló életvitel, az ésszerű háztartásvezetés terén azonban már támogatásra szorul. Szülők, testvérek, esetleg házastárs megfelelő támogatásával az életében felmerülő egyszerű feladatoknak eleget tud tenni. Megértő munkahely és munkatársak pedig hozzásegíthetik, hogy egyszerű, betanított ipari munkában helytállhasson. A súlyosabb fokban debilis nagyobb fokú irányításra szorul, de egyszerűbb munkakörben még megfelel. Szervezett gyógypedagógiai közösségben, foglalkoztatóban helyét igen jól megtalálja.

A kisebb fokban *imbecillis* az önkiszolgálás fokát eléri, de az élet önálló vitelére már támogatással sem képes. Ipari üzemben még szerencsés esetben is csak esetlegesen és erős irányítással, gépektől távol, egyszerű kisegítő munkási munkakörben alkalmazható. Egyszerű mezőgazdasági munkában irányítással hasznosan tevékenykedhet. Szervezett gyógypedagógiai közösség munkájába jól beállítható. Ház körüli egyszerű tevés-vevésben felhasználható.

A súlyosabb fokban imbecillis egyén az önkiszolgálásban már többnyire problémát okoz és irányítást igényel. A „hozd-vidd" foknál a házimunka terén sem jut többnyire tovább. Hasznosítható tevékenysége oly csekély, hogy még szervezett gyógypedagógiai közösségben is problémát jelent.

Az *idióták* közül a könnyű esetek az önkiszolgálás egyes mozzanatait még elérhetik, de hasznosítható tevékenységük sem a családi, sem a szervezett közösségben nem biztosítható.

Ha az oligofrénia súlyossági fokait a *szociális beilleszkedés* szempontjából kívánjuk jellemezni, legcélszerűbb a következőket szemügyre vennünk:

a) az épek társadalmába való beilleszkedés fokát, családhoz és ép társakhoz való viszonyulási készséget; *b)* a szervezett gyógypedagógiai intézmény közösségébe való beilleszkedést; *c)* a szabályhoz, kötelességhez, munkához való viszonyulást.

Ezen a téren újból fel kell hívnunk a figyelmet, hogy mindaz, amit ebben a vonatkozásban megfigyelhetünk, fokozott módon függ az oligofrén személyiség harmonikus vagy diszharmonikus voltától. Az alábbiak arra az esetre vonatkoznak, ha az értelmi fogyatékos személyiségének harmonikus jellege optimális lehetőséget nyújt.

A *debilis* személyiség számára a családba való beilleszkedés nem okoz nehézséget. A hétköznapok egyszerű, visszatérő életmenetét ismerve, az egyszerűbb helyzeteket, a nap nap mellett adódó összefüggéseket felismeri, s az így előforduló könnyű feladatokat a látott példák alapján rutinszerűen megoldja. Tekintve, hogy verbalitása a laikus számára többnyire nem mutat feltűnő eltérést, a családon kívüli érintkezésben fogyatékossága nem igen tűnik fel. A harmonikus személyiségű, kisfokban értelmi fogyatékos az intellektuális követelményeket nem támasztó, vele jól bánó közösségbe jól beilleszkedik, s éppen harmonikus személyiségjegyei alapján (szorgalom, becsületesség, jóindulat stb.) abban fenn tudja magát tartani, sőt megbecsülést is szerezhet. Gyógypedagógiai intézménybe kerülve a közösségi életben vezető szerepet vihet. Előfordulhat, hogy a körülötte élő, esetleg súlyosabb fokban fogyatékosok állapotát realizálva elkedvetlenedik, és visszavágyódik az épek közösségébe. Érzelmi kapcsolatok harmonikus kialakítására képes, sőt lehetséges, hogy intellektuális hiányosságai ellenére a benne élő szeretet-erők környezete számára komoly értéket jelentenek.

A mindennapi élet konvencionális szokásait vagy munkahelyének egyszerűbb jellegű szabályait megérti, azokhoz szívesen és könnyen alkalmazkodik. A munka iránti érdeklődése és ambíciója felkelthető, kitartó munkára képes.

Az *imbecilliseknél* — már a könnyebb eseteknél is — az ép közösséghez való alkalmazkodásban nehézségek merülnek fel. A nagyon is megszokott helyzetektől való eltérést képtelenek áttekinteni, s a legkisebb változás adta probléma megoldhatatlan nehézséget jelent számukra. Fogyatékosságukat az ép közösség észreveszi, érezteti.

Harmonikus személyiségű, kisebb fokban imbecillisek a személyi kapcsolatok kialakítását igénylik, erre képesek is. Gyógypedagógiai intézmény életébe beilleszkednek. A mindennapi együttéléssel járó egyszerű szabályok elfogadtatása, valamint a kötelességérzés kialakítható náluk. Ugyancsak kiépíthető az egyszerű munkafolyamatok elsajátításával járó munkaöröm és munkasiker érzése is. A súlyosabb fokban imbecillisek ép közösségbe már nem tudnak adekvátan beilleszkedni. De gyógypedagógiai intézményben a beilleszkedés alsó határát még elérhetik. Szabályok betartása, legegyszerűbb munkafolyamatok elvégzése csak szoktatás útján érhető el.

Az *idióták* környezetbe való beilleszkedéséről semmiféle formában nem beszélhetünk. Az idióta sem az ép, sem a gyógypedagógiai közösség követelményeinek nem tud eleget tenni; teljes értékű ápolást, gondozást igényel. A nála elérhető legmagasabb teljesítmény jó esetben is a legegyszerűbb

szoktatásokra szorítkozhat. Szociális kapcsolatai azonban környezete tagjaival szemben a szimpátia-antipátia síkján még kialakulhatnak. A könnyebb fokban idióta környezete tagjait megismeri, s azokkal szemben, akik vele jól bánnak, humán jellegű, meleg ragaszkodásra képes.

Az *eddigieket összegezve* tehát: az oligofrén személyiség fejlődési prognózisa fogyatékosságának súlyossága arányában csökken. Rehabilitációs lehetőségeit, az épek közösségébe, illetve szervezett gyógypedagógiai közösségbe való beilleszkedését ugyancsak fogyatékosságának súlyossága szabja meg. A fogyatékosság súlyossága nem korlátozódik az intellektus defektusára, hanem súlyosan befolyásolja az egész személyiség alakulását, a termelő munkafolyamatokba való bekapcsolódást, illetve a közösségbe való beilleszkedési lehetőségeket. A személyiség differenciáltsága az intellektus károsodásának arányában csökken, egyre jobban veszít az egyéni színekből, a valóban emberi jellegű megnyilatkozásokból. Azonban még a legmélyebb ponton is megtartja humán jellegét.

Egyéb személyiségfejlődési rendellenességek

A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSI ZAVAROKRÓL ÁLTALÁBAN

A személyiségfejlődési rendellenesség kifejezés ma még olyan gyűjtőfogalom, amelyben a sokféle értelmezése miatt szinte alig lehet eligazodni. A személyiség harmonikus kialakulását — a fogyatékosságokon kívül — igen sokféle ok gátolhatja, megzavarhatja, a tünetek gazdag variációit mutatva. Ezeknek a rendellenességeknek a csoportosítása ma még sem a hazai, sem a külföldi szakirodalomban nem egységes.

Legáltalánosabban a „nehezen nevelhető" vagy „magatartási zavarban", vagy „jellemzavarban" szenvedő és az „inadaptált", rosszul alkalmazkodó kifejezéseket használják a személyiség fejlődésének vegyes rendellenességeire. E kifejezések alatt azután tágabb vagy szűkebb értelmezésben a rendellenesség oka, eredete vagy enyhébb-súlyosabb foka szerint, vagy a megnyilvánuló tünetek, tünetcsoportok formái szerint osztják fel a személyiségfejlődés zavarait. (Stern, 1953; Bakwin, H.—Bakwin, R. 1958; Stutte, 1961; Kershaw, 1961; Lafon, 1963; Roucek—Owen, 1964; György J., 1965; Verville, 1967.)

Használják azonban a „kivételes", a „gátolt", a „társadalmi fogyatékos", az „antiszociális", a „problématikus gyermek", a „gyermeki nehézségek", a „fejlődésében zavart", az „érzelmi fogyatékos", a „személyiségzavar" és még más hasonló kifejezéseket is. (Scheidemann, 1931; Tóth Z., 1933; Schnell, 1934; Stone—Deyton, 1951; Cruickshank, 1956; Louttit, 1957; Falisse, G.—Falisse, F., 1952; Baton, 1962; Rassekh—Ardjomand, 1962; Meinertz, 1962; Moor, 1958, 1965; Lafon, 1963; Gegesi Kiss — Liebermann Lucy, 1965; György J., 1967.) A személyiségfejlődési rendellenesség és a fogyatékosság viszonyának meghatározásánál a szakirodalom egy része a felsorolt elnevezésekkel jelöli meg sok esetben a fogyatékosokat is, „abnormális" személyiségüknél fogva. (Scheidemann, 1931; Bakwin, H.—Bakwin, R., 1958; Coville—Costello—Rouke, 1960; Lafon, 1963; Verville, 1967). Más szerzők viszont a különféle személyiségfejlődési rendellenességeket sorolják a gyógypedagógia munkaterületére. (Düring, 1925; Meinertz, 1962; Moor, 1958, 1965; Heese—Wegener, 1966).

Leggyakoribb a rendellenesség oka vagy eredete szerinti felosztás. Ilyen szempontból megkülönböztetik az *organikus* vagy *testi* okokat, a *környezeti* ártalmakat és az *alkati* abnormalitást. (Wintsch, 1960; Grossmann—Schmitz, 1966), mások kiemelik a funkcionális tényezőket (Asperger, 1956). Meinertz (1962) a „gyermeki nehézségek" eredetét három forrásból származtatja: a hajlamból, a testi, és a lelki okokból (ezen voltaképpen különböző környezeti ártalmakat ért, például hospitalizmust, az anya hiányát, elhanyagoltságot, frusztrációt, lelki traumát és egyebeket). Stern

(1953) a magatartási és karakterzavarok rendkívül változatos tüneteinek okait mind endogén, mind exogén tényezőkben, tehát komplexnek látja.

Gano (1966) két csoportra osztja a tényezőket, amelyek magatartási rendellenességet okozhatnak: 1. a társadalmi környezet és a nevelés negatív hatásai, 2. a betegségek következményei.

Lafon (1963) — mint láttuk — a biológiai inadaptációk mellett „pszichés inadaptációk" és „szociális inadaptációk" fő csoportokba foglalja a személyiség rendellenességeit. Pszichés inadaptációk közé sorolja az affektivitás és aktivitás egyszerű zavarait, bizonyos alkati tulajdonságokat, affektív elmaradásokat, a temporospaciális vagy a gyakorlati strukturáció zavarait, az iskolai inadaptáció bizonyos formáit és a pedagógiai elmaradást. Az első csoportba tartozónak véli még az értelmi gyengeség okozta zavarokat és a szűkebb értelemben vett viselkedési rendellenességeket. A második fő csoportba a *szociális* okok következményeként fellépő *inadaptációkat* sorolja: a családi negatív körülményekből származó zavarokat, valamint nevelési hibák folytán bekövetkezett rendellenességeket. Ide tartoznak az iskolai inadaptációk is: a helytelen iskolai nevelés, túlterhelés, alkalmatlan módszerek; végül az erkölcsi veszély, csavargás, prostitució, fiatalkori bűnözés.

Heese—Wegener (1966) a gyógyítónevelést azok számára tartja szükségesnek, akik „félrenevelés" vagy elégtelen nevelés miatt magatartási zavart mutatnak. A gyógyítónevelés formái az utónevelés és átnevelés. Serkentő nevelésben pedig azokat kívánja részesíteni, akiknek beilleszkedését enyhébb, illetve átmeneti testi vagy lelki zavar akadályozta. A serkentő nevelés formái a helyreigazítás, a kiegészítés és a támogatás.

Moor (1965) a nehezen nevelhetőség fogalma alá mindazt a jelenséget besorolja, amely megnehezíti egy „megértő és jó nevelés körülményeit". Ide utalja a neuropátiás tüneteket mutató gyermekeket, a pszichopata vonásokat mutatókat és a környezet által károsodottakat. Végül külön említi — negyedik csoportként — a nehezen nevelhetőség *egyes* tüneteit.

Kershaw (1961) „rossz alkalmazkodás"-nak nevezi a személyiségrendellenességeket. Definícióját nehéznek tartja, mert nincs standard hozzá. A gyakorlati meghatározást tartja ezért a legjobbnak: a szociális magatartásnak olyannak kell lenni a család, a kisebb és nagyobb közösség, a társadalom iránt, hogy az egyén viselkedése ne kerüljön szembe mások jólétével és boldogságával.

Bakwin, H. és Bakwin, R. (1958) magatartási zavarok címszó alá foglal mindenfajta problémát adó gyermeket, mégpedig hol az okok, hol a tünetek kiemelésével: „fizikailag beteg és gátolt gyermekek", „a mentális funkció problémái", „fejlődési abnormalitások", „az emocionális fejlődés problémái" „a szokás és tréning problémái", „organikus zavarok", „antiszociális viselkedés", „specifikus szindrómák".

„Problematikus-gyermek"-nek Rassekh—Ardjomand (1962) az olyan normális intelligenciájú gyermeket nevezi, aki nem tud alkalmazkodni környezetéhez. „A problématikus-gyermek" jelentésében ugyanaz, mint a nehezen nevelhető gyermek, de Rassekh—Ardjomand szerint a nehezen nevelhető kifejezés nem meghatározott, nem elég tudományos, és a viselkedés egyszerűbb zavaraira vonatkoztatható csupán. A jellemzavar kifejezés viszont a régi, konstitucionális elméleteken nyugvó, pszichiátriai felfogásra

emlékeztető. RASSEKH—ARDJOMAND ezek helyett ajánlja a „problematikus gyermek" elnevezést, ez világos és leíró. Nem azt jelenti, hogy a gyermek problémát okoz családi, iskolai vagy szociális vontkozásban, hanem hogy ő magában probléma. Eleve objektív állásfoglalásra késztet.

A problematikus-gyermekek csoportosítása, a fogalom komplex-volta miatt igen sokszempontú lehet. RASSEKH—ARDJOMAND összeállította a különféle szemléletű osztályozásokat. Ezekből néhány fontosabbat és korszerűbbet említünk meg:

Pszichiátriai osztályozás:

1. organikus eredetű zavarok (kisgyermekkori enkefalopátiák, epilepszia, agysérülések stb.),
2. korai pszichopátiás jellegű zavarok (szkizoid karakter, mitománia, állhatatlanság stb.),
3. neurotikus zavarok (fóbiák, szorongás stb.),
4. egyszerű reaktív állapotok (affektív krízisek, agresszív viselkedés stb.).

Szociofamiliáris osztályozás:

családi inadaptáció,
iskolai és
szociális inadaptáció.

LAGACHE (1943) *klinikai szempontból* két fő csoport szerint osztja be a magatartási zavarokat: az orvos-pszichológiai és az orvos-pedagógiai szempont szerint.

Orvospszichológiai osztályozás: 1. A *jellem* zavarai: *a)* affektív-motoros zavarok, apátia, aszténia, közöny stb. Emocionális túlérzékenység (depresszió, félelem, szorongás stb.) Impulzivitás (nyugtalanság, düh, agresszió). Állhatatlanság. Perverzitás. *b)* A szociális magatartás különféle zavarai: az introvertált, a félénk, a befolyásolható, a zsarnok, a hisztériás karakter. 2. A *moralitás* zavarai közé sorolja a tulajdonképpeni bűnözést, a lopást, csavargást, a hazudozást (mitomániát), a verekedést, a szadizmust, az érzéstompaságot, a szexuális aberrációkat és más bűnözési formákat, 3. A harmadik csoportba az *átmeneti* zavarokat utalja. A periodikusan visszatérő vagy átmeneti időszakon át tartó csavargást, dührohamot.

Az orvospedagógiai osztályozás: a fiatalkorú inadaptáltakat a terápiai és pedagógiai megoldási lehetőség szerint csoportosítja: 1. Reaktív inadaptáció (a családi élet zavarai, a család hiánya stb. miatt inadaptált), 2. enyhe karakterzavarok, pszichoneurózisok, pedagógiai elmaradottság. 3. érzékszervi- és mozgásgyöngeség, 4. debilitás, 5. súlyosabb karakterzavarok, 6. visszaeső és perverz bűnözés, 7. pszichózisok, 8. pszichés „infirmitás": súlyos értelmi fogyatékosság, epilepszia.

Hazánkban GYÖRGY J. (1965, 1967) az antiszociális magatartás eredetét szintén komplex tényezőkben látja: 1. fiziológiai okokban, 2. környezeti ártalmakban, 3. a helytelen nevelésben. Kiemeli annak fontosságát, hogy a „veszélyeztetett gyermek" idejében kerüljön gondozásba, mielőtt még valamilyen törvénybe ütköző cselekedetet elkövet.

GEGESI KISS — LIEBERMANN (1965) tapasztalata szerint a személyiségzavar nem ritka kórkép. Huszonöt évi klinikai gyakorlat kimutatta, hogy a gyermekosztályra kivizsgálásra hozott gyermekek 8—10%-a komoly személyiségzavarban szenvedett. A vizsgált gyermek „teljes diagnózisa" alapján egyéni terápiát és egyúttal családi csoportterápiát végeztek. Ezek eredményét bő adat és anyag ismertetése támasztja alá.

A személyiségfejlődési rendellenesség, ahogyan a szakirodalom egy részének előbbi ismertetéséből kitűnik, rendkívül változatos, komplex

elnevezésben is, eredete szerint is és tünetei szerint is. A gyógypedagógiai pszichológia szempontjából legalkalmasabbnak tartjuk a *tünetek* alapján való csoportosítást. Nemcsak azért, mert jól reprezentálják a rendellenességet, hanem mert a tünetek feltárásával kezdődik az okok keresése is, a személyiség megismerése és végül a tennivalók megállapítása, az átnevelés és a terápia különböző formái.

Ez a tárgykör tartalmilag olyan gazdag és bonyolult, terjedelmileg olyan hatalmas, hogy kézikönyvünk kereteibe egészében semmiképpen nem illeszthető. Egységes álláspont sincs még arról, hogy milyen típusok tartoznak a gyógypedagógiai pszichológia területére. Az „egyéb személyiségfejlődési rendellenességek" témáját tehát nem dolgoztuk ki teljesen, csupán a differenciáldiagnosztikai részben annyit 1. amennyi feltétlenül szükséges ahhoz, hogy a különféle jellegű fogyatékosok személyiség-sajátosságai differenciálhatók legyenek, 2. amennyi nélkülözhetetlen annak felismeréséhez, hogy a fogyatékosság okozta személyiség-elváltozáson kívül, illetve azzal együtt előfordulhat sokféle „személyiségfejlődési rendellenesség" náluk éppúgy, mint az épeknél. A vak gyermek is lehet — függetlenül világtalanságától — neurotikus, a süket gyermeknek is lehet — függetlenül süketségétől — károsító a környezete, a beszédhibás is lehet hospitalizált, ezenkívül pszichopata és elhagyatott. A magatartási zavaroknak, a személyiség-rendellenességeknek — legalább nagyvonásokban való — ismerete feltétlenül szükséges tehát a gyógypedagógiai pszichológiai kézikönyvben is a pontosabb, finomabb diagnózis végett és a megfelelő tennivalók, tanácsadás, terápia összeállítása végett.

Harmadik rész

A gyógypedagógiai lélektani megismerés és tanácsadás

Diagnosztika

A FOGYATÉKOSOK MEGISMERÉSÉNEK SZEMPONTJAI ÉS FORRÁSAI

A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat — az orvosi vagy a pszichológiai vizsgálathoz hasonlóan — sokrétű, komplex, sokféle ismeretet és tapasztalatot igénylő feladat. A vizsgálónak nemcsak azt kell tudnia, milyen az ép személyiség, hanem alaposan ismernie kell a fogyatékosság minden megnyilvánulási formáját, jellegzetességét is. A fogyatékos személyisége éppen úgy, mint az épé bonyolult és sokféle változatban nyilvánul meg. Sőt a fogyatékosság jellege, súlyossága, megjelenési ideje, eredete, a környezet viselkedése és egyéb tényezők miatt még bonyolultabb lehet. Ezért a vizsgálónak tisztában kell lennie minden olyanfajta rendellenességgel is, amely nem tartozik szorosan a gyógypedagógiai pszichológia fogalomkörébe, hogy képes legyen differenciálásra. A fogyatékosok vizsgálatát a gyógypedagógiai pszichológia tág értelemben vett alkalmazott része, a gyógypedagógiai diagnosztika és differenciáldiagnosztika tárgyalja.

A gyógypedagógiai diagnózis általános kérdéseivel a hazai szakirodalomban Tóth Z. (1933) foglalkozott behatóan. *Személytelen* megismerésnek nevezi a tapasztalati és kísérleti úton megállapított tényeknek és az azokat előidéző okoknak általános összefoglalását. Ez teszi lehetővé a prognózist és az összes gyógyítónevelői kérdések áttekintését. *Csoportokra* vonatkozó megismerés szerinte az egyes fogyatékosság-fajtákhoz tartozó hibás, rendellenes és fogyatékos gyermek meghatározása. Ez az egyént a maga normálison aluli és normálison felüli egyoldalúságával, egy fő ok megvilágításában tárja elénk. Az *egyéni* diagnózis pedig a legapróbb részletek megismerésére való törekvést jelenti. Fogyatékosok vizsgálatánál különösen vigyázni kell arra, hogy az egész személyiség teljes képe alakuljon ki.

A gyógypedagógiai lélektani diagnózist a sokoldalúság, a finom részletek kiderítése, az összefüggések feltárása és a teljesség kell hogy jellemezze. A fogyatékos gyermeket (ifjút vagy felnőttet) egyoldalú értékeivel, személyiségének globalitásában, fejlődésében és környezetében kell szemlélni. „Bio-pszicho-szociális totalitásában" (Lafon, 1963).

A gyógypedagógiai lélektani diagnózison alapul a gyógypedagógiai fejlődési prognózis és a tennivalók megállapítása: a gyógypedagógiai pszichológiai tanácsadás és a speciális pszichoterápia.

GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIAI VIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

Ahogyan a pszichológiai vizsgáló metódusok, ugyanúgy a gyógypedagógiai pszichológiai vizsgáló eljárások is *céltudatosak:* azaz szándékossággal, meghatározott cél érdekében irányulnak a megismerendő személyre;

módszeresek: azaz megszabott elvek, szempontok szerintiek; *rendszeresek:* azaz szempontjai meghatározott logikai összefüggésben vannak egymással; *objektívek:* azaz a megismerendő személy megnyilvánulásait elfogultság nélkül, érdekmentesen szemlélik, s végül *tudományosak:* azaz szakmai felkészültség alapján értékelnek.

A szokványos lélektan a pszichológiai jelenségek megismerésére igen sokféle eljárást használ. Ezek közül részletesebben foglalkozunk a *megfigyelés*, a *kikérdezés* és a *kísérlet* bizonyos módszereivel: azokkal, amelyek legalkalmasabbak a fogyatékos gyermek, a fogyatékos személyiség sajátos lelki jelenségeinek megismerésére. Ezeket az eljárásokat, noha gyakorlatilag egymástól el nem választhatók, mégis külön-külön ismertetjük. Ez az elkülönítés azonban csak azt jelenti, hogy elsősorban az egyik vagy másik módszer dominál. Valójában azonban az egyik módszer alkalmazása közben szinte kikerülhetetlenül alkalmazzuk egyúttal a másikat is. Például akár a kikérdezés, akár a kísérlet bármely formájával szorosan összefügg a megfigyelés.

Az eljárás a fogyatékosok vizsgálatában is lehet egyéni vagy csoportos. A vizsgáló lehet egy személy vagy munkaközösség („team", „équipe"); sőt a fejlődés a gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatok és korrekciók, valamint átnevelések során egyre inkább a munkaközösségi tevékenység irányába halad. A fogyatékos személyiség problémáinak komplex jellege miatt több szakember adja össze szakismeretét: a gyógypedagógus-pszichológus, a szakorvos, a gyógypedagógiai tanár, a pszichológus, a gyermekpszichiáter, a gondozónő, és esetleg még más szakember is (jogász, szociológus). A gyógypedagógiai pszichológia minden esetben összehasonlító és differenciáló: a fogyatékosok teljesítményeit az épekéhez méri. Pontosabban: ahhoz a társadalomhoz, amelyben a fogyatékosnak élnie kell, a társadalom igényeihez, amelyeknek eleget kell tennie.

A FOGYATÉKOSOK MEGFIGYELÉSE

A megfigyelés forrásai és módjai

A megfigyelés formái közül az *introspekció*, az önmegfigyelésen alapuló eljárás sérült személyiségek egy részénél még kevesebb megbízható adatot nyújt, mint az épeknél. A korán megvakultak önmegfigyelése a látható világ ismerete hiányában, a süketeké a beszéd hiányában, a mozgásfogyatékosoké a kellő tájékozottság hiányában, az értelmi fogyatékosoké pedig a kellő ítélőképesség és a megfigyelő képesség pontossága hiányában tér el az épek introspekciójától.

Az *extraspekció*hoz — éppúgy mint az épekkel foglalkozó pszichológiában — forrásul szolgálnak a naplók, az önéletrajzok, a levelek, a jellemzések. Ezenkívül a biográfiai leírások, a biostatisztikai eljárások, a film- és magnetofon-felvételek és sokféle vizsgáló eljárás.

Módot nyújtanak még az extraspekcióra a közvetlen kifejező jelenségek: az *arckifejezés* (mimika, pirulás—sápadás, tekintet, sírás—nevetés), a *testalkat* (típus, jellegzetes járás, mozgás, gesztusok), a *beszéd* (szókincs, hang-

erősség, hangsúly, hangszín, tempó, színes kifejezések, nyelvi gazdagság vagy sivárság), az *írás* (a mindennapi iskolás megítélésen kívül az írás esztétikája, egyéni jellegzetességei), a *rajzok* és esetleg egyéb *munkák* (alkotások), vagy azok *értékelése* (iskolai bizonyítványok, kitüntetések) és a *cselekedetek*. Ezek a kifejező jelenségek egyénenként rendkívül változatosak lehetnek az életkor, a mindenkori környezet és az egyéni különbözőségek szerint. A gyermek általában nyíltabban kitárulkozik, mint a felnőtt. A felnőttek is nevelésüktől, környezetüktől függően többé-kevésbé fegyelmezettek, egyéni tulajdonságaik szerint is zárkózottabbak vagy közlékenyebbek lehetnek. Befolyásolhatja őket pillanatnyi hangulatuk, a vizsgáló személy iránt érzett rokon- vagy ellenszenv és még sok más.

Különösen karakterisztikusak ezek a jelenségek a fogyatékosok esetében. A *látási fogyatékosok* tartózkodása, bizalmatlansága, mimikaszegénysége, fegyelmezettsége nehezebben megfigyelhetővé teszi őket. Mindamellett beszédjük, továbbá arcjátékuk, amely gyakran inadekvát módon tükrözi lelki állapotukat, de amellyel nem képesek a látókhoz hasonlóan „színt játszani", mégis elárulja a finomabb megfigyelés számára indulataikat, érzelmeiket. Ezzel szemben a *süketek* gazdag és leplezetlen, szinte túlzóan kifejező mimikája és gesztusai adnak több lehetőséget megfigyelésre, hangjuknak mechanikusan begyakorolt, betanult gépiessége pedig alig ad lehetőséget rá. A *mozgásfogyatékosok* zárkózottsága, félszegsége, önmaguknak hol aránytalan fölbecsülése, hol aránytalan kishitűségük eltakarják valódi énjüket, és megnehezítik annak megismerését. A *beszédhibások* általában igen érzékenyen reagálnak megfigyelésre, vegetatív tünetekkel is. A dadogók beszédhibája többnyire erősödik, olykor igen nagy mértékben, ez nehezíti objektív megfigyelésüket. Az *értelmi fogyatékosok* megfigyelése viszonylag a legkönnyebb. Előfordul ugyan, hogy primitív ravaszsággal olykor másnak akarnak mutatkozni, mint amilyenek, de hamarosan elárulják magukat. Általában véve érzelmeiket többnyire éppúgy kimutatják, mint szellemi tevékenységük hiányosságait.

A helyes megfigyeléshez *jó szaktudás, gyakorlat* és *tapasztalat* szükséges. A vizsgálat körülményeit lehetőleg úgy kell rendezni, hogy valahogy kapcsolatban legyen az élethelyzettel, a realitással. A feltételek és a légkör ne legyenek mesterségesek, a vizsgált személy ne érezze, hogy őt most „figyelik", „vizsgálják". A megfigyelések alapkövetelménye, hogy lehetőleg *természetes* helyzetben vagy legalább ahhoz hasonlóban történjék. Valósághelyzetnek nevezzük azt a szituációt, amelyben a *vizsgált személy, miközben életének akár megszokott, akár újszerű feladatait végzi, nincs tudatában annak, hogy különlegesen megfigyelik.*

A fogyatékosok megfigyelése, akár az épeké, történhet: *iskolában* (óra közben, szünetben), *iskolai feladat végzése közben* (napköziben), *munkahelyen* (gyakorlaton), *családi életben* (környezettanulmány során), *társaságban* (nevelőintézetben), *játék alkalmával* és *vizsgálat közben.*

Természetes kísérlet. A gyermek sokoldalú pszichológiai megismerése iránti igény és a tesztmódszer egyoldalú alkalmazásával szembeni elégedetlenség hozta létre a természetes kísérlet módszerét. A gyermek megismerése és különösen a fogyatékosság megállapítása nem lehetséges teljesen életidegen helyzetben, egy alkalommal történő vizsgálat alapján. A megfi-

gyelésnek ez a formája osztálykeretben, szervezett oktatási folyamatban, előre meghatározott körülmények között vizsgálja az egyes tanulók különböző lelki tulajdonságait, és több napon át tart. Így mód nyílik a gyermekeket számukra természetes élethelyzetben hosszabb időn át sokoldalúan megfigyelni és a nevelői ráhatásra bekövetkező változásokat is felmérni. A módszer lehetővé teszi a vizsgálati eredmények mennyiségi regisztrálását is, de a hangsúlyt a minőségi értékelésre helyezi.

Tartós megfigyelés. Ennek a módszernek az értelmi fogyatékosság megállapításában, a kisegítő iskolába való áthelyezés során különösen nagy jelentősége van. A kisegítő iskolák mellett sok helyen ún. kiválogatási csoportok működnek. Az áthelyezésre javasolt gyermekek itt 6—12 napig előre megtervezett speciális foglalkoztatásban részesülnek, és ennek a foglalkozásnak a során állapítják meg tényleges értelmi állapotukat, kiegészítve ezt a hosszan tartó megfigyelést a többi vizsgálati eredménnyel. A vizsgálatok csoportosak is, egyéniek is (Dulnyev, Lurija, Sif, 1960).

Huzamosabb ideig tartó vizsgálatnak egy másik módja, hogy az ambuláns vizsgálat nem egy alkalommal zajlik le, hanem többszörös behívással. Ilyenkor a vizsgálat többnyire már a terápiával kapcsolódik össze. Természetesen fogyatékosoknak is szükségük van a vizsgálat kórházi formájára, a fogyatékosság típusa vagy súlyossága, vagy bonyolult, nehezen diagnosztizálható volta miatt. Fogyatékosok számára specializált kórházi részleget hazánkban még nem szerveztek meg.

A megfigyelés lefolytatása. A gyermekek megfigyelését a *pszichológiai vizsgáló intézményekben* többnyire a *játszó-szobában* szokták megkezdeni. Itt kisebb-nagyobb csoport gyermek különböző vagy hasonló feladatot végez. A vizsgáló személy esetleg nincs is a helyiségben, hanem kívülről, „ablak-tükrön" át nézve jegyzi fel észrevételeit. A gyermekek itt *„valóság-helyzetben" vannak, noha vizsgálják őket:* játszanak, valami munkát végeznek, játékot készítenek, tanulnak, leckét írnak, rajzolnak, beszélgetnek. Abban, ahogy feladatukat vagy szabadon választott tevékenységüket végzik, megfigyelhető társas magatartásuk is: hogyan barátkoznak össze, hogyan utánozzák vagy segítik egymást: melyik húzódik félre, nem illeszkedik a közösségbe és így tovább.

Igen jó helyzetet teremt a megfigyelésre a vizsgált személlyel való *beszélgetés* is, amikor a beszélgetés tartalmi mondandóján kívül figyelemmel kísérhetők affektív megnyilvánulásai is.

A szűkebb értelemben vett *vizsgáló módszerek* alkalmazása önmagában még nem teszi mesterségessé a vizsgálat légkörét. A vizsgált személynek csupán *szokatlan, idegen körülmények* közt kell bizonyos megszokott vagy pedig újszerű feladatokat megoldania. (Az életben sok ilyen helyzet adódik: például a vizsgák alkalmával.) Ezt a szituációt azonban a vizsgálónak önmagában tudatosítania kell, és az értékelésnél tekintetbe kell vennie. Példaképpen bemutatjuk a megfigyelés módjait a *játék*, a *mozgás*, a *viselkedés* és a *beszéd* terén. Mindhárom terület rendkívül fontos a fogyatékos megismerése szempontjából, mindhárom globálisan jellemzi őt, azaz olyan jellegzetességet mutat, mely őt az épektől is, egymástól is többé-kevésbé megkülönbözteti.

A játék megfigyelése

Minden gyermeknek, épnek, sérültnek egyaránt a *játéka, játékmódja* tán a legjellemzőbb megnyilvánulásai közé tartozik. Ekkor a legönfeledtebb, ekkor fedi fel legőszintébben, legnyíltabban magát. Számára a játék, a játszás ugyanaz, mint a felnőttek számára a hivatásszerű munka — és egyben a szórakozás. Ezért — különösen a fogyatékos gyermek vizsgálatát — ezzel kell kezdeni.

A gyermeket vagy egyénenként vizsgáljuk, vagy ha mód van rá, előnyösebb, ha csoportban. Lehetőséget adunk arra, hogy többféle játék közt válogasson. A játszás ideje alatt a következő fő szempontokból figyeljük meg és írjuk le:

Milyen játék érdekli: közös, társas vagy egyéni, amivel magányosan félrevonul? Milyen játékot választ magának először, meddig játszik vele, milyenre cseréli fel? Ülő játék érdekli-e inkább, vagy amivel mozogni, futni lehet? Csöndes vagy hangos? Kész játék (autó, vonat), vagy ami fantáziát, tevékenységet kíván (fúrás-faragás, építés, babaruha varrás, főzés)? *Hogyan változik viselkedése* a játék folyamán, felbátorodik-e, lehiggad-e; hamar megunja, váltogatja-e a játékokat? *Beilleszkedik-e* a játszó gyermekek közösségébe és hogyan: vezető akar-e lenni, s ha nem sikerül, hogyan reagál rá: alkalmazkodik vagy otthagyja a többit? Hogyan vezeti a játékot: hatalmaskodik-e, józan-e; betartja-e a játékszabályokat? Nem próbál-e csalni? Hogyan fér meg társaival, készséges-e velük, segíti-e őket, vagy önző, veszekedő, támadó? Kisebbekhez vagy nagyobbakhoz csatlakozik-e? Mennyire kezdeményező, mennyire alkalmazkodó? Mennyire feledkezik bele a játékba, mennyire vesz szívvel részt benne?

Höhn (1964) a gyermeki játékot igen alkalmasnak tartja a gyermek személyiségének *sokoldalú megismerésére.* Diagnosztizálásra a következő szempontokból látja megfelelőnek: *a)* a játék mint a tehetség és az érdeklődési kör megnyilatkozása; *b)* a játék, mint alkalom a személyi problémák feltárására; *c)* a játék mint a fejlődéslélektani diagnózis eszköze; *d)* a játék mint lehetőség a gyermek személyiség-srtuktúrájának és külvilágának megismerésére; *e)* a játék alkalmazása a klinikai pszichológiában.

Az *a—d* pontokból az *e* pontra vonatkozóan azt következteti, hogy ha a játék valóban tükrözi a gyermek világképét és külvilági élményeit, akkor a pszichés zavarban szenvedőknek sajátos lelki alkatát is tükröznie kell. Bühler és mtsai, nálunk Polcz A. (1962, 1966) és mások kísérletekkel igazolták pszichotikus, gyöngeelméjű, dadogó, gátolt és „emocionálisan sérült" gyermekeken ezt a feltevést, a „világjáték"-módszer folyamán.

A fogyatékos gyermekre általában jellemző, hogy az ép gyermek játéktevékenységétől elmaradt, vagy — a legjobb esetben — egyoldalúan fejlett. A *vak* gyermek erősen korlátozott játékában; ez a terület is beszűkült számára; ráadásul gyakran a környezete sem nyújt lehetőséget hozzá. Hasonló a helyzet a *mozgászavarban* szenvedő gyermekkel; mozgásfogyatékosságának fokától és környezetétől függően, szintén csak korlátozottan játszhat. Az épek játékától már kevésbé tér el a *süket* gyermek játszása, noha a hallásbiány okozta egyoldalúság náluk is érezhető. A *beszédhibás* gyermek játéka attól függően, mi a beszédhiba oka — legközelebb állhat az ép gyermek játékához, s attól legfejlebb finom, apró eltéréseket mutat, gyakran már csak a személyiség-sajátosságai miatt (félénkség, visszahúzódás vagy túlkompenzálás, erőszakosság, agresszió). Végül a súlyos

értelmi fogyatékos gyermek alig vagy egyáltalán nem tud adekvátan játszani: a játékszert szájba veszi, földre dobja, rakosgatja, vagy hozzá sem nyúl, nem érdekli. Az enyhébb fokban értelmi fogyatékos már játszik, de játéka sivár, fantáziátlan, önállótlan, elmaradott a korabeli ép gyermekéhez viszonyítva. Játékfoka azonban fejleszthető, játékra megtanítható.

Az építőkockával való játékkal érzékeltetjük az oligofrén gyermek játékfejlettségi fokozatait: 1. a gyermek nem reagál rá; 2. szájába veszi, nyalogatja; 3. földre dobja; 4. kézbe fogja, kocogtatja, rakosgatja; 5. berakja valamibe, kiszedi; 6. néhányat egymásra tesz; 7. minta után primitíven épít vele, utánozva a mintát; 8. önállóan primitíven épít vele; 9. önállóan, ötletesen épít.

A mozgás megfigyelése

A gyógypedagógia területére tartozó egyének — szinte valamennyien — mozgásukban is többé-kevésbé eltérnek az épektől. Ha a nagyvonalú, a „durva" mozgásformákban, mint a járás, a futás nem minden esetben mutatnak is zavart, a finom, az apró mozgások összerendezettségében, mint a beszéd, az írás, az arcjáték, a gesztusok annál gyakrabban. Ha összehasonlítjuk, mint két végletet a vakok és a süketek mozgását, azonnal szembe tűnik az éles ellentét: a vakok sok esetben tétova s különösen ismeretlen területen szinte tapogatózó járása, gesztusaik gátoltsága, arckifejezésük merevsége s ezzel szemben a süketek túlélénk arcjátéka, taglejtése, tekintetük, szájuk, kezük valósággal minden kis izmuk szüntelen izgése-mozgása, mozgásritmusuk zavartsága, melyet hallás által nem tudnak célszerűen szabályozni. A mozgásfogyatékosok mozgásának erős korlátozottságát és a súlyos oligofrének mozgásharmóniájának hiányát, „idétlenségét" szintén könnyű megfigyelni; de az enyhén debilisek vagy az enyhén beszédhibások nem szembeszökő mozgásos összerendezetlenségét is észre kell venni és le kell írni.

A mozgás-összrendező extrapiramidális idegrendszer vizsgálatát elvégezni a szakorvos feladata. Mit kell a gyógypedagógusnak a vizsgált személy mozgásában megfigyelnie és leírnia?

A helyzetváltoztató mozgásokat általában: tud-e a vizsgált gyermek és hogyan tud ülni, járni, állni, futni, ugrani, guggolni, térdelni, mászni, lépcsőn fel-, lemenni, vonalat követni? Milyen a karok, a lábak mozgásának a ritmikája? Mennyire biztos, könnyed, fürge, automatikus vagy tétova, nehézkes, szélesalapú, esetlen, lassú, összrendezetlen mozgás?

Meg kell figyelni az *arcjátékot és a taglejtéseket* is: túlmozgékony, túlélénk vagy fegyelmezett, illetve szegényes, sivár-e? Van-e tic-je; milyen; „grimaszol"-e? Nagy gesztusokkal, hadonászva beszél-e, vagy mereven, gátoltan?

A beszédet és az olvasást formai szempontból szintén meg kell figyelni: a tempót, a ritmust, a hangsúlyt, a hangszínt, a folyamatosságot, az esetleges akadozást, kihagyást, hadarást, hangelnyelést, az együttmozgásokat (az arc együttmozgásait, esetleg az egész testet).

Az *írás és a rajz* alapján következtetni lehet a mozgás összrendezettség finomabb vagy durvább zavaraira, a vonalvezetésből, a nyomatékból,

a ritmikusságból, a görcsösségből, a maszatolásból; az írás vagy a rajz egész összképéből, tehát a formai jegyekből.

A megfigyelendő mozgásformák közül a legfontosabbak közé tartoznak a *játékmozgások*, *a munkamozgások* és a *sportmozgások*. Mennyire adekvátak, mennyire helyénvalók, pontosak, mennyire takarékosak, ügyesek, a célhoz illőek, mennyire automatikusak, begyakorlottak? Vagy milyen darabosak, ügyetlenek, nehézkesek, „pazarlók" a mozdulatok? Milyen az egész mozgás „összkép"-e: tempója, ritmusa, harmóniája?

Végül le kell írni a kóros tüneteket, a *kóros mozgásformákat* is. Valamelyik végtag vagy szerv bénult-e? Petyhüdt vagy görcsös? Végtaghiány van-e? Van-e a mozgásban valami bizarrság vagy modorosság? „Szálemezés", „ollójárás", körbeforgás, kézrázás, fejingatás és így tovább.

A viselkedés megfigyelése

A viselkedés leírásához hozzátartozik a vizsgált személy *külsejének* a megfigyelése és leírása is: a *testalkat* (magasság, zsíreloszlás, testi arányok, esetleg típus); az *arc*, a *haj*, (finomság, szín); a *vegetatív* megnyilvánulások (elpirulás, sírás, nevetés). Továbbá — amit már másutt is említettünk — a *mimika*, a *gesztusok*, a *beszéd*, a *hang*, a *cselekedetek* leírása. Sőt, az öltözködésből is szoktak következtetni egyéni jellegzetességekre; a ruházat elhanyagolt, piszkos, rendetlen vagy gondos, tiszta, ízléses, egyszerű, divatos, esetleg piperkőc? Továbbá: milyen az *egész megjelenése* s egyben modora: rokonszenves, kellemes, mutatós, érdekes, harmonikus vagy jelentéktelen, szürke, semmitmondó; esetleg feltűnő, kihívó, szemtelen, agresszív, kellemetlen.

Ezekben a leírásokban is objektivitásra kell törekedni, függetlenül a vizsgált személy rokon- vagy ellenszenvet keltő hatásától. Még óvatosabban kell eljárni a pszichés tulajdonságok lejegyzésénél, amelyeket ugyancsak a külső megnyilvánulás alapján szokás leírni. Vigyázni kell arra, hogy ne *következtetéseket*, hanem lehetőleg tényeket írjunk le, a következtetéseket később vonjuk le.

A viselkedés megfigyelésénél és megítélésénél ugyanis egzakt módszerek hiányában, különösen fogyatékosok vizsgálatakor, a vizsgáló és a vizsgált személy részéről egyaránt sok a hibaforrás, több, mint bármi más vizsgálatnál. Ezek közül a főbbek:

a szubjektivitás (a rokon- vagy ellenszenv önkénytelen megnyilvánulása)
az interpretálás (tényközlés helyett következtetés)
a szuggesztivitás (a vizsgáló szuggesztív hatásával befolyásolja a vizsgált személyt)
a beleérzés (a vizsgáló saját elképzelését vetíti a vizsgált személyiségébe)
a hamisítás (a vizsgáló a vizsgált személy megítélésében öntudatlanul „szépít" vagy általánosít).
a megbízhatatlanság (ok-okozati összefüggések helytelen kapcsolata, a vizsgált és a vizsgáló pillanatnyi egészségi és kedélyállapota, szórakozottsága, fáradtsága stb.).

A hibák elkerülése végett Hasemann (1964) szerint megfelelő megfigyelő módszereket kell kialakítani, *megfigyelőíveket*, *skálákat* összeállítani, és a megfigyelést végzőket megfelelően kell *kiképezni*. A megfigyelőnek éles észrevevőképességgel kell rendelkeznie, a részletekből megbízhatóan kell ítélni tudnia, a leírásban pontosnak kell lennie. A megfigyelőívek és skálák előnye, hogy nemcsak kvalitatív, hanem kvantita-

tív értékelésre is módot adnak a fokozatok megállapítása révén. Továbbá az általános szempontok leírásával biztosítják az adatok homogenitását. Végül általuk az adatok interpretálása is egységesebb és pontosabb.

A gyógypedagógia területére tartozók megfigyelésénél és vizsgálatánál rendkívül fontos a *kontaktus-készség*, a kooperálás kérdése, azaz, hogyan lehet a vizsgálttal kapcsolatot teremteni. Ez a jó vagy rossz együttműködés megint igen sok külső—belső körülménytől függ: a fogyatékos életkorától, fogyatékossága fajtájától, fokától, személyiségjegyeitől, addigi környezetétől, illetve neveltetésétől, pillanatnyi állapotától, hangulatától, és így tovább. Hallási fogyatékossal, súlyos beszédhibással és súlyos értelmi fogyatékossal a beszéd hiányossága akadályozza a kapcsolat létesítését, olykor negativizmusuk, agresszivitásuk is. A látási fogyatékossal, mozgássérülttel való kooperációt pedig elzárkózásuk, bizalmatlanságuk gátolhatja. A vizsgáló magatartásának ehhez kell igazodnia: derűsnek vagy komolynak kell lennie, megnyugtatónak vagy élénkítőnek, játékosnak, szuggesztívnek olyan mértékben, ahogy az a vizsgálat érdekében helyénvaló. Játékkal kell kezdeni a vizsgálatot, látszólag nem törődni a gyermekkel. Esetleg az anya is legyen mellette.

A *vizsgálat folyamán* a vizsgált gyermek *viselkedése* változhat: a félénk vagy bizalmatlan gyermek feloldódik, a kezdetben nyugtalan, izgatott lassankint megnyugszik, az érdeklődő esetleg kifárad, türelmetlen lesz, a közömbösben felébred az érdeklődés, és így tovább. Ezért szükséges, hogy a gyermek viselkedését, annak hullámzásait az egész vizsgálat folyamán mindvégig figyeljük és jegyezzük.

Bár részleteket láthatunk csak a vizsgálat folyamán a gyermek viselkedéséből, ezt a többi adattal olyképpen kell kiegészíteni, hogy az egész személyiségről globális jellemző kép táruljon elénk.

A beszéd megfigyelése

A gondolkodás szóbeli kifejezésének, a második jelzőrendszernek, a beszédnek fejlettségét nem csupán azért vizsgálják, mert a társas érintkezés alapvető feltételei közé tartozik, hanem mert általában alkalmas az intelligencia fejlettségi fokának és formájának, sőt az egész személyiség alacsony vagy magas strukturáltságának a megítélésére is. A fogyatékosok beszéde, formai vagy tartalmi rendellenességeivel vagy egyoldalúságával ennél részben többet, részben kevesebbet árul el. Többet, mert akár a süketek, akár a vakok, akár a beszédhibások, akár az értelmi fogyatékosok, de még akár a mozgásfogyatékosok beszédének helyes megfigyelése is, jellegzetességeivel hozzásegít a fogyatékosság pontosabb diagnózisához. Kevesebbet pedig azért nyerünk, mert a hibás beszéd nehezíti az értelmesség és a személyiség valódi, belsőbb jellegzetességeinek a megítélését.

A vizsgált személy beszédének megfigyelése, akár a viselkedésé, voltaképpen a vizsgálat első pillanatától, illetve az első szótól a vizsgálat befejezéséig tart. A fogyatékosok beszédének sajátos jegyeit külön-külön az egyes fogyatékossági fajták leírásakor már említettük. Szóba kerül a beszéd jellegzetessége az anamnézisben, az explorációban is.

A megfigyelés és vizsgálat szempontjai: tisztázandó a beszéd kezdete, fejlődési menete, késése, a beszédmegértés foka, a kifejezőkészség milyensége, a nyelvtani helyesség, a beszédszervek épsége. *Tartalmilag* a gondolat szóbeli kifejezése lehet gazdag, fordulatos, eredeti, változatos, elvont, konkrét; vagy sivár, szegényes, sematikus, primitív. A két véglet közt a változatok sokasága mutatkozhat. A beszéd egész mivoltából általában visszakövetkeztethetünk a gondolkodásra. Fogyatékosoknál azonban beszéd és gondolat nincs ilyen egyszerű kölcsönhatásban. A vakok beszédének megfigyelésénél a szó tartalmi telítettségére, illetve a verbalizmusra kell külön figyelni. A süketek beszéde általában csak gyengén tükrözi értelmi fejlettségi szintjüket. Az oligofréneknél fogyatékosságuk súlyossága, formája, egyéni változatai szerint különböző fokban jellemző a beszéd fejletlensége. Beszédhibásoknál — különösen dadogóknál — a beszédfélelem gátolhatja a beszéd tartalmi mondandójának kifejezését is. A mozgássérültek beszéde tükrözi leginkább értelmességük és gondolkodásuk fejlettségi nívóját, ha a károsodás nem érinti a beszédszerveket is.

A beszéd *alaki* részének vizsgálatánál meg kell figyelni a hangok kiejtésének tisztaságát egyenként, szóban és mondatban is, továbbá a hangsúlyt, a tempót, a ritmust. A beszéd hibái, rendellenességei a fogyatékosok jellegzetességei szerint mások és mások. A süket azonnal felismerhető beszédéről: monoton, orrhangzós, magas vagy mély hangú, mely hirtelen átcsap egyik hangfokból a másikba, szaggatott, agrammatikus. Legfeltűnőbb jelenségei még a zöngés—zöngétlen hangok eltévesztése és a ritmuszavar. A mozgásfogyatékosok közül különösen a cerebrális bénultak beszédére jellemző a ritmustalanság, görcsösség, erőltetettség, erős fintor, arctorzulás. Az értelmi fogyatékosok beszéde a pöszeség legkülönbözőbb változatait és fokait mutatja, szinte az érthetetlenségig, sőt az artikulálatlan hangokig: a „visszhang" beszéd, a „gramofon-beszéd" változatait, az oligofrénia súlyosabb formáiban — míg az enyhe debilis beszédére csak könnyebb beszédfejletlenség jellemző. A vakok beszéde tartalmilag fejlettnek tetsző, formailag gyakran felnőttesen fegyelmezett, tartózkodó. Beszédhibát náluk is találunk, mivel a látás nem kontrollálja a beszédszervek mozgását. A beszédhibások beszéd-rendellenességeiről A fogyatékosok pszichológiája című fejezetben részletesen volt szó.

A KIKÉRDEZÉSRŐL ÁLTALÁBAN

A megismerés másik módja, a *kikérdezés*, voltaképpen a fogyatékosok vizsgálatánál sem más, mint beszélgetés, irányító kérdések feltevésével. A köznapi beszélgetéstől azonban ugyanúgy különbözik, mint a szakszerű megfigyelés a mindennapitól, vagyis ez is céltudatos, módszeres, rendszeres, tárgyilagos és szakszerű. Formái közül a *kérdőíves* módszert fogyatékosoknál főképp gyermek vagy fiatalabb korban nem lehet egyöntetűen, közvetlenül alkalmazni, írás-olvasási nehézségek miatt. A vakoknál domborírásra kell átírni a kérdőívet, a süketek csak a beszédtanulás magasabb fokán értik meg a kérdéseket és képesek felelni rájuk, a mozgásfogyatékosoknak is lehet az írásban és beszédben nehézségük; leginkább a beszédhibások

alkalmasak rá. Mindehhez tehát alkalmazkodni kell; a hozzátartozók segítségét kell igénybe venni.

A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatban a *klinikai módszer* válik be jól, az előre meghatározott cél érdekében összeállított irányító kérdéssor, kérdéscsoport, témakör. Ezek a kérdések „rugalmasak". Az első kérdést követő kérdés, a tulajdonképpeni részletezés, már aszerint módosul, mit válaszolt a vizsgált személy az előzőre. Eszerint tesszük fel ismét a következő kérdést is, lassankint odaterelve őt a kérdésekkel, amit éppen személyisége megismerése érdekében megtudni kívánunk. A kérdések közt lehetnek „keresztkérdések" is, de sem „szuggeráló kérdések", sem pedig „kritizáló-kioktatók" ne legyenek. Kérdésmódunk azonban lehet serkentő, „szuggesztív".

A kikérdezés metodusának rendkívül sok válfaja és módja lehetséges. Egyik formája az, amikor magával a kísérleti személlyel beszélgetünk, a másik, amikor valamelyik hozzátartozójával. Az első esetben tehát a gyermek önmegfigyelésére építünk, a másodikban a hozzátartozó — szülő, rokon, pedagógus stb. — megfigyelésére. A fogyatékosok vizsgálatánál mindkét formát alkalmazzuk. A kikérdezés célját szolgáló kérdéssorok a gyógypedagógiai lélektani diagnosztikában szintén sokféle változatot mutatnak. Ez azonban csak azt jelenti, hogy ez a módszer *elsősorban a kikérdezés* eljárásához tartozik, de a módszer maga olyan komplex, mint mindegyik más: a kikérdezés egész folyamata alatt a vizsgált személyt mindvégig *megfigyelnünk is kell.*

Bármilyen módját és formáját alkalmazzuk is a kikérdezésnek, bizonyos alapvető követelményeket be kell tartanunk.

A gyermekre vonatkozóan a *legközelebbi hozzátartozót* (lehetőleg az anyát) kérdezzük ki;

rajta kívül lehetőleg beszéljünk *még valakivel* a környezetből, aki ismeri a gyermek s a család helyzetét;

óvodás, iskolás gyermek esetében az osztályvezető *pedagógust* feltétlenül kérdezzük ki a gyermekre vonatkozóan;

néhány szóval értessük meg a hozzátartozóval, hogy a gyermek érdekében teljes őszinteséget kérünk tőle; biztosítsuk őt a teljes *titoktartásról* (és azt tartsuk is be);

bizalmas beszélgetés közben ne legyen harmadik személy jelen, s a beszélgetést megszakításokkal *ne zavarják meg;*

a gyermeket ne csak a közvetlen metódusok során kérdezzük ki (például az érzelmi jellegű vizsgálatoknál), hanem a közvetettek során is, tehát az anamnézisben; azokban a dolgokban, amelyekről a *gyermeknek* tudomása van;

alkalmat kell adni a vizsgált személynek, sőt legközelebbi hozzátartozójának is arra, hogy *„kibeszélhesse"* magát; el kell találni a pillanatot, amikor erre magától, spontán van kedve és igénye; a szülőknek, különösen az édesanyának legtöbbször szüksége van rá;

az adatokat *bizonyos kritikával* hallgassuk. A hozzátartozó jóhiszeműen tévedhet, vagy szándékosan leplezhet valamit. Ha gyanúnk van tévedésre, próbáljunk — óvatosan — ellenőrző kérdéssel bizonyosságra jutni;

magatartásunk a gyermekkel és a hozzátartozóval egyaránt *barátságos, tapintatos és biztató* legyen.

Vizsgáló módjaink közül ehhez a vizsgálati formához tartozik a *panasz* és a *jelen állapot* (status praesens) kikérdezése, a *kórelőzmény* (anamnézis) felvétele, a *jelen helyzet* feltárása (exploráció), a *környezet* felderítése és néhány — az *értelmi képesség*, továbbá az *affektív*, érzelmi élet megismerésére szolgáló — eljárás.

A kikérdezés módjai. A gyógypedagógiai pszichológiai tanszéken végzett vizsgálatok a személyi adatok és a panasz felvételével kezdődnek.

Az *adatok felvételénél* legelőször is kitöltjük a kérdéseket a „törzslap"-on a vizsgált személy nevét, születési idejét, helyét, iskolai végzettségét, foglalkozását, lakáscímét, apja nevét, korát, foglalkozását, lakását, anyja nevét, korát, foglalkozását, lakását. Feltüntetjük a dátumot, a beutalót és a vizsgáló személy nevét.

A *panasz* pontos és részletes feljegyzése az anamnézis használhatóságának alapfeltétele.

Legelőször fel kell írnunk, ki az, aki a vizsgált személyről az adatot szolgáltatja: anya, apa, nagyszülő vagy más hozzátartozó.

A panasz felvételét a következő kérdésekkel indítjuk meg: *Miért hozták* (vagy küldték) *a gyermeket — vagy fiatalkorút — kivizsgálásra? Mi a kifogás ellene otthon, és mi az iskolában?* Mindent, amit a hozzátartozó mond, pontosan jegyezzük; a népies kifejezéseket („frász", „szívbaj", „gyomorideg") idézőjelbe tesszük, s tisztázni igyekezzük, hogy valójában mi lehetett a baj (eklampszia, epilepszia stb.)

A panaszokat igen *aprólékosan* kell kikérdeznünk; nem elégedhetünk meg általánosságokkal. Ha például a hozzátartozó azt mondja, hogy a gyermek „nem beszél", akkor tisztáznunk kell, hogy egyáltalán semmit nem beszél-e, vagy csak szavakban, szómondatokban, esetleg primitív mondatokban? Ilyenkor tisztáznunk kell azt is, hogy a beszédet érti-e, teljesen, vagy milyen fokban? Egyszerű felszólításokat, tilalmat megért-e? Hogyan fejezi ki magát, jelekkel vagy másképp? Meg kell kérdezni azt is, milyen a hallása, nem vették-e észre, hogy rosszul hall?

Így megyünk sorra *minden*, a vizsgált személy ellen felhozott kifogáson, panaszon. Külön választva kérdezzük és tüntetjük fel az otthoni, külön az iskolai és külön az esetleges munkahelyi panaszokat.

A kifogásokon kívül azonban nagyjából tisztáznunk kell azt is, hogy milyen a vizsgált személy általános fejlettsége. *A panaszfelvételnek olyannak kell lennie, hogy a vizsgált személyről nagy vonásokban ugyan, de mégis bizonyos összképet adjon. A vizsgáltra vonatkozó minden kifogást részletesen tüntessen fel, de röviden azt is, hogy milyen a vizsgált személy általános fejlettsége. Mennyire önálló életkora és fejlettségi foka szerint, az öltözködés—vetkőzés, evés—ivás, szobatisztaság, apró házkörüli feladatok elvégzése terén, önmaga ellátásában, játékban? Hogyan illeszkedik környezetébe, családjába, az iskolába vagy munkájába? Végül, milyen jó tulajdonságai vannak?*

Megkérdezzük a hozzátartozótól azt is, *mi a kérése*, azaz mit kíván, mit vár a vizsgálattól, tanácsot, kezelést, intézeti elhelyezést vagy más egyebet.

Ezután következik sorrendben a vizsgált személy előéletének felvétele.

Az anamnézis

Az anamnézis kifejezés szintén az orvostudományból került át a pszichológia közvetítésével a gyógypedagógiai pszichológiába.

A mai orvostudományban, főleg a pszichiátriában — éppúgy, mint az időszerű lélektanban — a kórelőzmény vagy előélet adatait egyre jelentékenyebbnek tartják, és egyre részletesebben, pontosabban veszik

fel. Enélkül nehézségbe ütközik a megbízható diagnózis és a kórjóslat. Egyre inkább általános vélemény (MENNINGER, 1952; STERN, 1955), hogy az anamnézis „klinikai történet" helyett „élet-történet" legyen, hiszen az egész életet alakító tényezők következménye a betegség. A kórelőzmény részletes felvételére nagy súlyt helyez a gyógypedagógiai pszichológia is. Abból derülhet ki, mi lehet a fogyatékosság *oka*, mi a fogyatékosság keletkezésének *időpontja*, hogyan *fejlődött* a vizsgált személy addigi élete során, a *környezete* törődött-e vele, vagy elhanyagolta, volt-e része *gyógykezelésben*, *szakirányú nevelésben*, és így tovább. Az anamnézis felvételekor kikérdezzük lehetőleg a szülőtől a vizsgált személyre vonatkozóan a fogamzás előtti és körüli időszakot, a terhesség alatti időt, a szülés körülményeit, továbbá a vizsgált személy csecsemőkorát, óvodáskorát, iskoláskorát, pubertás- és ifjúkorát, majd felnőttkorát is.

A *fogamzás előtti és körüli* időszakról főképpen azt kérdezzük, milyen egészségi állapotban voltak a szülők akkor? Nem voltak-e testileg vagy lelkileg leromlott állapotban, valamilyen betegségben. Hány terhessége volt az anyának, hány szülése és abortusza volt összesen, ebből hány spontán és hány művi? Sorra vesszük az összes terhességeket, időrendben feltüntetjük a testvérsort, élőket, holtakat, s néhány mondattal azt is feljegyezzük, hogy a testvérek egészségesek-e, nincs-e panasz valamelyikre.

A *terhesség* lefolyásának tisztázása következik ezután. Egészséges volt-e az anya a terhesség idején? Nem volt-e fertőző, lázas, kiütéses megbetegedése (még ha gyermekbetegség is), mint rubeola (rizli), mumpsz, hepatitisz (fertőző májgyulladás) influenza? Nem volt-e valamilyen mérgezése? Kapott-e röntgenbesugárzást (nem a kötelező átvilágítást), injekciós kezelést, milyet (esetleg antiluetikus kúrát)? Volt-e hányása, kóros mértékű, és meddig; vérzése, görcsei, vesebaja? Tapasztaltak-e esetleg *egyéb* rendellenességet? Nem kísérelte-e meg az anya, hogy a magzattól szabaduljon? Ha igen, hogyan? Megvolt-e az anyának a megfelelő táplálkozása? Nem volt-e lelkileg rossz állapotban, nem volt-e ideges, nem volt-e valami nagy bánata? Milyen volt a munkaköre? Milyen anyagokkal dolgozott? Kapott-e streptomycint? Nem volt-e a szülőknél RH-inkompatibilitás (RH-összeférhetetlenség)?

A *szülésre* vonatkozóan fel kell jegyezni: időre történt-e, nem volt-e korai vagy túlhordott? Hol történt a szülés, kórházban (melyikben) vagy otthon? Volt-e orvos, bába a szülésnél? Mennyi ideig tartott, nem volt-e lassú, elhúzódó vagy túlságosan gyors, rohamos? Milyen fekvésben volt a magzat, nem forgatták-e meg? Injekciót vagy valamilyen orvosságot kapott-e az anya szüléskor, esetleg nem altatták-e? Nem fogóval vették el a magzatot vagy esetleg császármetszéssel? Nem volt-e rángógörcse? Felsírt-e azonnal az újszülött, nem volt-e asphyxiás: nem volt-e elkékülve, vagy éppen nagyon is halvány? Nem volt-e a köldökzsinór a nyaka köré tekeredve? Nem lóbálták, pacskolták, hideg-meleg vízzel nem élesztették?

Az *újszülöttkori, csecsemőkori és kisgyermekkori* fejlődésére vonatkozóan ki kell kérdezni: mennyi volt az újszülött súlya, hossza, fejkörfogata. Hogyan szopott: magától-e, jó étvággyal vagy lustán, aluszékonyan; hányt-e sokat, sugárban hányt-e? Sárgasága volt-e, mennyi ideig? Rángógörcsei voltak-e? (Részletesen le kell írni a görcsös állapot egész lefolyását.) Nem volt-e nyugtalan, sírós csecsemő, vagy épp ellenkezőleg, túlságosan nyugodt volt, közömbös? Milyen alvó, milyen evő volt? Hogyan gyarapodott testileg, hogyan szellemileg? Mikor kezdett figyelni fényre, mozgásra, zajra? Mikor kezdett nyúlni, fogni? Mikor jöttek az első fogai? Mikor kezdte a fejét emelni, mikor feküdt hasra, mikor fordult meg, mikor kezdett mászni, önállóan ülni, állni, járni? Mikor kezdett gagyogni, mikor kezdett beszélni: szavakban, mondatokban? Mikor lett szobatiszta? Meddig fordult elő, szórványosan, enurézis? Éjszaka vagy nappal is? Mikor kezdett önállóan enni, vetkőzni—öltözni? Érzelmileg kihez kötődött a legjobban? Nem volt-e elszakítva édesanyjától, esetleg hosszabb ideig? Milyen ok miatt? Hogyan viselte? Volt-e valaki, aki helyettesítette a hiányzó anyát?

Az *óvodás- és iskoláskorra* vonatkozóan tisztázzuk: hogyan fejlődött testileg, szellemileg érzelmileg? Milyen volt a beszédfejlődése: dadogott-e, pöszén beszélt-e, meddig? Hogyan illeszkedett a testvérei körébe? Hogyan, mivel játszott a legszívesebben? Járt-e óvodába? Hogyan fért össze társaival, alkalmazkodott-e vagy dirigálni akart? Indulatos volt-e? Dühkitörései, hisztériás jelenetei voltak-e? Volt-e szokatlan kedvtelése (tűz-szeretet, állatok kínzása vagy túlzó szeretete). Ónánia? A fogváltás mikor következett be? Fejlődése egyenletes volt, vagy időszakosan, átmenetileg zavarokat tapasztaltak-e nála? Mikor, milyet? Időben íratták-e iskolába, melyik iskolába járt, jár? Hogyan illeszkedett, illeszkedik az osztályközösségbe? Milyenek az iskolai eredményei? Volt-e panasz rá az iskolában? Milyen jó vagy esetleg kiváló tulajdonságai, képességei vannak?

A *pubertáskor és az ifjúkor* időszakát a következő kérdésekkel igyekszünk felfedni: Mikor következett be a nemi érés, testileg, érzelmileg? Észrevettek-e a természetében valami erősebb változást? Milyen a magatartása: visszahúzódó, zárkózott, kritizáló, esetleg negativisztikus, a szülőkkel, felnőttekkel, társadalommal szembeforduló? Vagy rajongó, barátokat gyűjtő, eszmékért lelkesedő? Társaságban hogyan viselkedik: félszeg, gátolt vagy éppen nagyhangú, nagyképű? Milyen a szellemi érdeklődése? Milyen fokú feltűnni vágyása, öltözködése; elhanyagolja-e magát vagy csinosítja? Ír-e naplót, van-e bizalmasa, akivel titkait megosztja? Mi a szórakozása, szenvedélye? Milyen könyv, milyen film, színdarab, sport érdekli? Iskoláit bevégezte-e, vagy továbbtanul, esetleg tovább szeretett volna tanulni? Mit? Milyen pályára szeretne menni? Illetve hol, mit dolgozik? Kielégíti-e a munkája? Ha nem, miért nem? Jövő tervei, ambíciói? Barátok (barátnők), ideál, szerelem? Nincs-e valami neurotikus tünete (tik, szorongás, dadogás)? Vagy társadalomellenes magatartása (csavargás, munkakerülés, hazudozás, lopás vagy más egyéb)? Társadalmi, politikai érdeklődése van-e? Végez-e ilyen irányú munkát?

A *felnőttkorban* levő vizsgált személyt munkájáról, családjáról, szórakozásairól kérdezzük ki. Mennyi iskolát végzett, milyen eredménnyel? Hol, mit dolgozik? Szereti-e a foglalkozását? Nem változtatja-e munkahelyét? Ha igen, miért? Abban a szakmában dolgozik-e, amelyre készült? Munkahelyén milyen a viszonya munkatársaival, feletteseivel? Jól érzi-e ott magát? Mennyire önálló a munkaköre? Mennyi a jövedelme? Kapott-e valami kitüntetést? Meg vannak-e vele elégedve? Elbocsátották-e valahonnan, valamiért? Fizetését jól be tudja-e osztani, nem szenved-e valamiben szükséget? (Fel kell tüntetni valamennyi munkahelyét, pontos címmel.) Milyen a lakása, megfelelő-e? Nős-e (férjezett-e), vannak-e gyermekei? Hány évesek, milyen az egészségi állapotuk? Van-e panasz valamelyikre, ha igen mi az? Milyen természetű a felesége (férje)? Harmonikus-e a házassága, nincs-e valami zavaró körülmény, veszekedés a családban? Ha nőtlen (nincs férjnél), hol lakik, szüleinél, rokonoknál, idegeneknél vagy egyedül? Ki gondoskodik róla, ki törődik vele? Vannak-e barátai (barátnői)? Milyen szórakozás érdekli: sport, olvasás, mozi, színház, társaság vagy egyéb? Van-e alkalma, ideje, pénze a szórakozásra? Végez-e politikai vagy társadalmi munkát? Meg van-e elégedve sorsával, vagy szeretne változtatni rajta, hogyan, miért? Mit tart élete céljának, értelmének?

Fogyatékosoknál — minden fajtájú fogyatékos esetében — különös gondot kell fordítani annak tisztázására is, hogy a vizsgált személy mennyire képes önálló életvezetésre, vagy mennyire szorulna támogatásra, és milyen fajta védelemre. Munkatársai segítségére vannak-e, befogadják-e vagy kihasználják, kigúnyolják? Súlyosabb értelmi fogyatékosoknál gondolnunk kell arra is, hogy nem minden esetben képes megítélni saját helyzetét, süketnél arra, hogy esetleg nincs eléggé a beszéd birtokában, a kérdések megértéséhez. A beszédhibásnál és a mozgásfogyatékosnál a beszéd formai zavara akadályozhatja a közvetlen beszélgetést. Valamennyiüknél, mint a látási fogyatékosoknál is, tartózkodásuk, zárkózottságuk, kishitűségük és egyéb személyiség-jellegzetességük miatt különleges tapintatot és bizalomkeltést igényel a vizsgálat.

Pontosan fel kell jegyeznünk azt is, hogy a vizsgált személy mikor és milyen *betegségeken* ment át: bélhurut, (enteritisz), influenza, vörheny (skarlát), torokgyík (diftéria), kanyaró (morbilli), szamárköhögés (pertusszisz), bárányhimlő (varicella), rizli (rubeola), agyhártyagyulladás (meningitisz), agyvelőgyulladás (enkefalitisz), gyermekbénulás (Heine—Medin-féle paralízis vagy poliomielitisz), fültőmirigylob (mumpsz), gümőkór (tuberkulózis) stb. Fel nem ismert betegségben szenvedett-e, milyen tünetekkel? Nagyon magas láz, hányás, tarkómerevség volt-e valamelyik betegségénél? Görcsös rohama volt-e? (Ha igen, pontosan leírjuk a lefolyását: milyen körülmények közt történt, lázas volt-e, eszméletét vesztette-e, elkékült-e; menynyi ideig tartott, szükség volt-e orvosi segítségre; ismétlődött-e, milyen időközökben, hogyan zajlott le?) Általában, ha lehet, lejegyezzük a betegségek időtartamát, súlyosságát is, az orvos nevét, aki kezelte; azt, hogy kórházban volt-e, hol, mettől-meddig, mi volt a diagnózis. Milyen gyógyszerrel kezelték? Érte-e valami erős mechanikai ártalom: esés, ütés, zúzódás, agyrázkódás? Milyen tünetekkel járt: orrán, száján jött-e vér, eszméletét elvesztette-e, mennyi időre, a röntgenfelvétel kimutatott-e sérülést? Van-e valami testi rendellenessége? Van-e valami rossz szokása: tic, körömrágás, ujjszopás vagy más egyéb?

Fontos adat az is, hogy *ki és mikor vette észre legelőször a gyermeknél, hogy „nincs rendben"*, hogy *„nem olyan, mint a többi"*? Betegség, baleset, esetleg lelki trauma után hirtelen vették észre, vagy lassankint jöttek rá? Tapasztaltak-e változást a gyermek fogyatékosságában, javult vagy romlott-e? Hol és ki vizsgálta a gyermeket? Mit állapított meg róla, milyen kezelésben részesítette?

Az anamnézis felvételénél minden esetben kérnünk kell az *iratok, leletek, kórházi zárójelentések, iskolai bizonyítványok, füzetek* és egyéb, a károsodásra fényt derítő igazolások bemutatását, iskolásoknál, óvodásoknál a *pedagógus véleményét*.

Családi adatok. Az anamnézis kapcsán fel kell még pontosan vennünk a vizsgált személy családi és környezeti körülményeit. Lényeges ez akkor is, amikor szerzett fogyatékosságról van szó, de még indokoltabb, ha gyanú van arra, hogy a fogyatékosság családi (genuin, örökletes) jellegű. Gyakran nem lehet eldönteni, *mennyi része van az ártalom létrejöttében az örökletességnek, mennyi valamilyen betegségnek, mennyi a környezetnek.*

Az *öröklésstudomány* a pedagógiának segédtudománya. Fokozottan áll ez a gyógypedagógiára. A családkutatás segíti annak eldöntését, hogy a fogyatékosság öröklött vagy szerzett-e, annak kiderítésével, hogy a tágabb családban milyen hibák, rendellenességek, fogyatékosságok (de emellett milyen képességek és tehetségek) vannak. A diagnosztikus és a nevelési szempontokon túl fontos ez a fogyatékosság megelőzése (a prevenció) szempontjából is.

Napjainkban az örökletességnek nem tulajdonítanak akkora jelentőséget, mint néhány évtizeddel ezelőtt. Szerzettnek, betegség következményének vagy környezeti ártalomnak tartanak több olyan hibát, rendellenességet, fogyatékossági formát, amelyet azelőtt családi jellegűnek gondoltak.

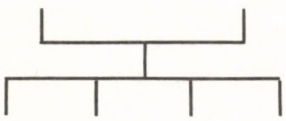
Sok esetben azonban nem lehet eldönteni, hogy valamely fogyatékosság szerzett vagy öröklött-e, annyira *egymás oka és következménye lehet* egymásnak az örökletes és a szerzett károsodás. A fogyatékosság oka, bármilyen jellegű legyen az, igen gyakran sokrétű. A családi jellegű értelmi fogyatékosságban szenvedő szülők környezete is olyan kedvezőtlen hatású lehet gyermekük számára, hogy testi gondozatlanság következtében betegséget, ingerszegénység következtében értelmi elmaradást, iszákosság követ-

kezményeként magatartási zavart okozhat, és mindezek révén végül az értelmi fogyatékosság tüneteit mutatja a gyermekben.

A családi adatok felvétele. Családfát csak *titoktartásra* hivatalosan kötelezett személy vehet föl, éppúgy, mint anamnézist: orvos, pszichológus, gyógypedagógus stb. Az adatokat itt is lehetőleg a vizsgált személy *legközelebbi hozzátartozóitól* kérdezzük: anyjától, apjától, nagyszüleitől, esetleg egyiktől is, másiktól is. Az anya könnyebben mondja el a férje családjának rendellenességeit, az apa pedig felesége családjáét. A kikérdezés két szempontja: hogyan kérdezzünk? mit kérdezzünk?

Feltétlenül *négyszemközt* kell a hozzátartozót itt is kihallgatni. Ez itt fontosabb még, mint az eddig említett vizsgálati módoknál. Külön is hangsúlyozni kell, hogy őszinte válaszokat kérünk, ha valami nagyon kellemetlen számára, akkor azt fel sem írjuk. A kérdezésnél lehetőleg nem használunk orvosi vagy gyógypedagógiai szakkifejezéseket. Minden esetben igyekszünk minél több iratot megszerezni és átnézni: orvosi bizonyítványokat, halottleveleket, kórházi látleleteket és hasonló dokumentumokat. Egyebekben pedig úgy járunk el, mint az anamnézis felvételnél.

A gyógypedagógiai pszichológia a családfa felrajzolásánál a szokványos jeleket használja. A férfi jelölésére a Mars bolygó jelét: ♂ a nő jelölésére a Vénusz bolygóét: ♀ A házasság jelölésére a felfelé nyíló mérlegkart, a gyermekek jelölésére a lefelé nyílót:



A családfán a fogyatékosságot, általában a kóros megnyilvánulást fekete karikával szoktuk jelölni, a tehetséget pirossal. Fontos kérdés: hány családtagot vegyünk fel? Általában a vizsgált egyén valamennyi *testvérét*, az *anyját*, az *anyjának* valamennyi *testvérét* és azok *gyermekeit* (tehát az elsőfokú anyai unokatestvéreket) és az *anyai nagyszülőket*. Ugyanígy az apai hozzátartozókat is. Legjobb időssági sorrendben felsorolni a családtagokat: természetesen a megholtakat, a halva születetteket, sőt az abortuszokat is feltüntetjük. Kiindulópontunk mindig a vizsgált személy. Azután testvérei jönnek sorra, majd az anyja és családja, azután az apja és hozzátartozói.

A *fogyatékosok családtagjaira* vonatkozóan a következőket kérdezzük és jegyezzük fel: a hozzátartozó korát, foglalkozását; a meghaltaknál azt, hogy ki milyen bajban és hány éves korában halt meg. Tisztáznunk kell, előfordult-e *az a fogyatékosság fajta*, amelyben a vizsgált személy szenved, a család más tagjánál is. Milyen fokban, súlyosabb vagy enyhébb formában, javítható volt-e vagy sem? Van-e a fentebb felsorolt hozzátartozók közt szellemileg fogyatékos (értelmileg gyenge, nehéz felfogású, tanulásra képtelen, nagyon rossz tanuló)? Van-e látási fogyatékos (vak, gyöngénlátó)? Van-e hallási fogyatékos (süket, nagyothalló)? Van-e mozgásában korlátozott? Beszédhibás? A fogyatékosság keletkezésének idejét és körülményeit is feljegyezzük: így született-e, vagy valami betegség okozta a károsodást? Szenvedett-e valaki a családban elmebetegségben? Milyenben? Részesült-e elmeorvosi kezelésben, volt-e elmeosztályon? Található-e a családban különc, furcsa, „terhelt", „ideges" egyén? Veszekedő, pereskedő, elviselhetetlen, zsarnok, könnyelmű? Volt-e öngyilkos

valaki a hozzártatozók közt (milyen módon, miért)? Ért-e valakit súlyosabb baleset? Epilepsziás, hirtelen haragú, erősen fejfájós, esetleg enuretikus van-e? Található-e társadalomellenes egyén: csavargó, tolvaj, betörő, gyújtogató, gyilkos, közveszélyes munkakerülő, szélhámos? Idült alkoholista, morfinista, vérbajos, gümőkóros?

Milyen másféle rendellenesség fordult még elő?

Milyen fajta képességek, jótulajdonságok és tehetségek nyilvánulnak meg a hozzátartozók közt: jó kézügyesség, technikai, írói, zenei, színészi, képzőművészeti hajlam, valamilyen tudomány művelésére való képesség?

Szükség szerint ennél még részletesebb és tüzetesebb kérdéseket is feltehetünk.

A szociális helyzet. A családi adatok felvétele alkalmával a vizsgált személy közvetlen környezetének körülményeit is fel kell deríteni. Tudnunk kell, milyen *anyagi, egészségi, erkölcsi és nevelési körülmények közt él a gyermek, illetve a vizsgált személy.* Megvan-e a szükséges tápláléka és a megfelelő ruházata? Megvan-e a lehetősége a tanulásra: fűtött szoba, tiszta asztal, csend és idő? Hány szobájuk van, külön ágyban alszik-e? Mennyi a család összes jövedelme? Egészségesek-e a családtagok? Tisztán tartják-e a lakást? Harmonikusan él-e a család, nincsenek-e nagy, gyakori veszekedések, a közvetlen környezetben nincs-e részeges, idegbeteg, bűnöző?

Az exploráció

Az előélet felvétele után sorrendben következik a vizsgált személy *jelen helyzetének* a részletesebb felderítése, az exploráció (feltárás, kikutatás). Ez voltaképpen az előélet folytatása, a jelenre való átvitele, bizonyos tekintetben kibővített formában. Kiterjed minden olyan fontos testi-lelki jelenségre, amelynek megismerése más vizsgáló módszer keretében nem történik meg. Ugyanúgy, mint az anamnézis, az exploráció is irányított beszélgetés formájában zajlik le, és elsősorban a kikérdezés módszeréhez sorolható; ugyanakkor azonban mindvégig — mint minden pszichológiai eljárás — egyúttal megfigyelés is. Az irányító kérdések mellett, aszerint, hogy miről van szó, több, a problémához alkalmazkodó részletkérdést teszünk fel; ezeknek sem számát, sem milyenségét nem lehet előírni. Egyik kérdés folyik a másikból, és a válaszok szerint módosul.

Az exploráció direkt módszer: a vizsgáló és a vizsgált személy közvetlen kapcsolata, az épek esetében. A sérült személyek azonban nem mindig vannak a megfigyelő-, az emlékező-, a kifejező-, és az ítélőképesség olyan fokának birtokában, hogy a közvetlen beszélgetés eredményes lehetne. Így a legközelebbi hozzátartozót kell kikérdezni. Sőt, mindenképpen tanácsos legalább ellenőrzésül a legközelebbi hozzátartozót *is* meghallgatni.

Tájékoztató, irányító kérdések. A kérdéssor úgy van összeállítva, hogy lehetőleg a vizsgált személy egész egyéniségére rávilágítson, ne csak az előforduló hibákra, rendellenességekre és fogyatékosságokra. A kérdések sorrendje és tartalma tapasztalatokon alapul.

Fejfájás: szokott-e a feje fájni, milyen gyakorisággal? A fejnek melyik táján? Erősen? Mivel jár együtt (hányással, émelygéssel, szédüléssel)? Mi idézi elő, mitől múlik el?

Szédülés: szokott-e szédülni, mitől, mennyire, rosszulléttel jár-e, mitől múlik el?

Ájulás: vesztette-e már el az eszméletét? Hányszor, milyen körülmények közt? Mi előzte meg? Mennyi ideig tartott? Hogyan tért magához, fáradt, álmos volt-e, aludt-e utána?

Balkezesség: melyik keze ügyesebb? Mikor szokott jobbkézre? Melyik kezével ír, rajzol, vág, eszik?

Rendellenesség: a látás, a hallás, a szaglás, a mozgás területén? (Nemcsak kérdezzük, hanem magunk is megfigyeljük, leírjuk, szükség esetén megvizsgáljuk, sőt szakorvossal kivizsgáltatjuk.)

Alvás: mennyit alszik, mettől-meddig, délután alszik-e? Nyugodt, jó alvó-e, vagy forog, felébred, nyög, beszél, járkál álmában, fogát csikorgatja-e? Mélyen vagy felületesen alszik? Este hamar elalszik-e, reggel pihenten, magától vagy fáradtan ébred-e?

Álom: milyen álmokra emlékszik? Jót vagy rosszat, izgalmasat, ijesztőt, álmodik-e? (Írjuk le az álmokat, amelyekre emlékszik.)

Evés: milyen étvágyú, sokat, keveset, mohón, lassan eszik-e? Gyomrát könnyen elrontja-e, hány-e, kiütést kap-e valami ételtől? Válogatós-e, mi a kedvenc étele, milyen ételt nem bír megenni, mitől undorodik?

Ivás: vizet vagy egyebet, esetleg alkoholt iszik-e, mennyit (rendszeresen vagy időszakosan)?

Gyűjtés: mit gyűjt, milyen buzgalommal, milyen kitartóan?

Szexus: van-e benne a másik nem iránt érdeklődés, milyen fokú, miben nyilvánul meg? Van-e onánia, milyen mértékű?

Játék: milyen játékok érdeklik, társasak vagy magányosak? Milyen játékszerek: az izgalmas játékokat szereti? Kitartóan játszik-e vagy hamar megunja s váltogatja játékait?

Szórakozás: sport, zene, olvasás, társaság vagy mi egyéb szórakozás érdekli, és milyen mértékben? Szenvedélye-e valamelyik? Nincs-e valami káros szenvedélye, ártalmas szórakozása?

Barát, barátnő: ki a legjobb barátja (barátnője)? Ki az utána következő? Miért éppen azok a legjobb barátai? Könnyen barátkozik-e vagy nehezen? Hűtlen barát-e vagy kitartó? Sok barátja van-e vagy kevés, vagy egyáltalán nincs? Mennyire bizalmas a barátaival?

Társaság: szereti-e a társaságot? Felnőttek társaságát inkább vagy gyermekekét; magánál idősebbekét vagy fiatalabbakét? A társaságban szeret-e kitűnni, vagy inkább visszahúzódik; vezető szerepet visz-e vagy alkalmazkodót? Feltalálja-e magát jól és hamar idegen társaságban?

Önállóság: mennyire önálló az evésben, öltözésben, ügyei intézésében?

Megbízhatóság: elintézi-e a rábízott feladatokat (bevásárlás, apróbb-nagyobb elintéznivalók)? Ígéretét megtartja-e, pénzzel elszámol-e?

Munka: a ház körül milyen munkákat végez el? Felszólításra vagy magától, szívesen, ügyesen csinálja-e? Milyenféle ház körüli munka érdekli leginkább (sütés-főzés, varrás, takarítás, fúrás-faragás, bevásárlás stb.)? Ha már dolgozik a vizsgált személy, hol, hogyan dolgozott, illetve dolgozik, milyen eredménnyel, milyen kedvvel?

Tanulás: milyen iskolát, milyen osztályt, hol, milyen eredménnyel végez? Mi a kedvenc tárgya: milyen tárgyat tanul legszívesebben (miért?), és mit tanul legnehezebben, mit utál (miért?)? Milyen a pedagógushoz való kapcsolata, szereti-e őt, és — érzése szerint — az szintén szereti-e növendékét? Milyen a viszonya osztálytársaihoz, vannak-e ott barátai, megértik-e jól egymást, jól érzi-e magát az iskolában?

Beszéd: milyen a beszéde alakilag: nem dadog-e, nem pösze-e; esetleg nincs-e másfajta beszédhibája (orrhangzós, hadaró, tisztátalan beszéd)? Milyen a beszéde tartalmilag: hogyan fejezi ki magát, könnyen, nehezen? Milyen a szókincse? (A vizsgált személy beszédére vonatkozókat, mint már említettük, nemcsak kikérdezzük, hanem magunk is mindvégig megfigyeljük, sőt szükség szerint részletességgel megvizsgáljuk.) Nyelvtanilag hogyan fejezi ki magát?

Anya: milyen az édesanyjához való kapcsolata: anyás-e, kimutatja-e szeretetét irányában, hízeleg-e neki, megkívánja-e a becézést, bizalmas-e hozzá? Kihez ragaszkodik erősebben: anyjához, apjához? Ki a szigorúbb, kinek fogad inkább szót, ki neveli inkább? Becsüli-e, s mennyire, szüleit? (A fogyatékos gyermeknek a családjával, főképpen az édesanyjával való kapcsolatát pontosan tisztázni kell, hiszen ő sokkal erősebben és sokkal tovább kiszolgáltatott, tőlük függő, mint az ép gyermek. Az anya— gyermek kapcsolat tehát szintén szorosabb és tartósabb.)

Apa: ugyanezek a kérdések az apára vonatkozóan. Ha a szülők valamelyike nem él, azt kell tisztázni, mennyi idős korban maradt árva, van-e mostoha- vagy nevelőapja, -anyja?

A nevelő vagy mostohaszülő szereti-e a gyermeket, s hogyan bánik vele? Tudja-e a gyermek, hogy ő nevelt vagy mostohagyermek?

Testvérek: hány testvére van, hány évesek? Hogyan férnek össze, hogyan tartanak össze (más gyermekekkel szemben)? Melyikhez húzódik leginkább? Komolyabb veszekedés, verekedés gyakran előfordul-e? Pártfogólag, védőleg viselkednek-e irányában, beveszik-e játékaikba, esetleg félretolják, lekicsinylik, féltékenyek rá?

Nevelés: ki neveli főképpen? Hogyan nevelik: következetes-e a nevelés? Hogyan jutalmazzák, hogyan büntetik? Hogyan reagál a büntetésre: sír, bocsánatot kér, „azért sem" kér bocsánatot, őszintén megbánja, belátja-e, ha „rosszat tett", hamar megbékül-e? Hatása van-e a büntetésnek? mennyi időre? Szokták-e ijeszteni, mivel? Testi fenyítést alkalmaznak-e, milyet, ritkán vagy gyakran, miért? Ki foglalkozik legtöbbet a gyermekkel?

Tisztaság, rendszeretet: vigyáz-e a holmijára, ruhájára? Saját személyét tisztán tartja-e, iskolaszereit, játékait rendben tartja-e?

Érdeklődés: érdeklődő-e vagy közönyös? Mi iránt érdeklődik, hamar ellankad-e érdeklődése, aktív-e vagy passzív érdeklődése irányában?

Félelem, bátorság: mitől fél: irreális félelmei vannak-e, vagy reálisak? Van-e veszélyérzete, nem túlságosan vakmerő-e?

Kedély, hangulat: általában milyen a hangulata, jó- vagy rosszkedvű-e? Vidám, nevetésre hajló vagy közönyös, mogorva, depressziós? Hirtelen változó, csapongó-e a hangulata?

Érzékenység, féltékenység: mennyire érzékeny: hamar sír, nyafog, megsértődik? Tartja-e a haragot, dacos, vagy hamar megbékül? Féltékeny-e testvéreire, barátaira, másokra, s hogyan mutatja ki?

Jószívűség: félti-e a holmiját, vagy könnyen odaadja, esetleg meggondolás nélkül, kritikátlanul?

Indulatosság, agresszió: hamar indulatba jön-e (kis okokra is)? Ilyenkor hogyan viselkedik: toporzékol, földre veti magát, kiabál, nekimegy-e a nagyobbnak, erősebbnek is, vagy csak kisebbeknek, gyengébbeknek? Mivel lehet lecsillapítani? Kezd-e verekedést, kis okra, vagy megtudható ok nélkül is? Másokat bosszant-e, bánt-e; az állatokat kínozza-e?

Hazugság: szokott-e hazudni: gyakran, vagy csak „végszükségben"? Milyenfajta hazugságai vannak: hasznossági hazugságok, önmagát fontossá tevő hazugságok, fantázia-hazugságok, másnak ártóak, esetleg vegyesen. Szokták-e a szemébe mondani, hogy hazudik? Hogyan reagál erre: tovább is fenntartja vagy bevallja hazugságát?

Jótulajdonságai: milyen jótulajdonságai vannak a környezete szerint (valamire való képesség, hajlam, ügyesség, valamilyen erény, erkölcsi tulajdonság, megbízhatóság, kötelességtudás, lelkiismeretesség, jószívűség stb.), és mit ítél meg ő saját maga mint jótulajdonságát?

Hibái: mit ró fel hibájául a hozzátartozó, és mit tart ő maga hibájának, akár fizikai, akár szellemi, akár erkölcsi téren?

Hogyan fogadja el a szülő gyermeke fogyatékosságát? Hogyan viseli el a gyermek saját rendellenességét?

Környezettanulmány

Az anamnézis és az exploráció mellett a fogyatékos gyermek megismeréséhez rendkívül sok adatot — és nélkülözhetetlen adatot — nyújt a gyermek *környezetének tanulmányozása.*

Az átöröklést a mai felfogás nem tartja megváltozhatatlan sorsnak, végzetszerűnek. A vele született hajlamok, képességek aszerint fejlődnek, ahogyan kifejlődésüket a külvilág segíti, vagy gátolja. Az öröklött adottságok csak lehetőségek: hogy milyen mértékben és milyen irányban nyilvánulnak meg, arra lényeges befolyása van a környezetnek. Az ember személyiségét tehát lehetetlen megismerni a miliőjének alapos megismerése nélkül. A környezettanulmánynak ezért a pszichológiában és a pedagógiában egyaránt nagy je-

lentősége és — főleg külföldön — nagy irodalma van. A miliőkutatás a gyógypedagógia számára még fontosabb. RANSCHBURG és ÉLTES nálunk már a század első negyedében sürgette a társadalmi környezet és az értelmesség viszonyának vizsgálatát, VÉRTES (1935) pedig részletesen kidolgozta, minden vonatkozásban, a gyermek környezetének jelentőségét.

A külvilágot többféleképpen osztályozzák. STERN (1930, 1934) természeti, szociális és kulturális miliőről beszél. Ez „objektív milió", amely az egész, az emberen kívüli tárgyi külvilágot jelenti. A *természeti* környezetet az időjárás, a talaj és a táj sajátosságai alkotják, amelyek nemcsak biológiailag vannak hatással az emberre, hanem lelkivilágában is visszatükröződnek.

A *szociális miliő* a társadalomban, az egy közösségben élő emberek egymásra való hatása. Hogy milyen változást okoz ez a befolyás, az főként az egymásra ható emberek egyéniségétől függ.

A gyermek számára legelső és legfontosabb környezet a család, és rögtön utána az iskola. De ezenkívül befolyásolja fejlődését az „utca", a szomszédok, a barátai, és így tovább. A családon belül döntő hatással van a helyes vagy helytelen nevelés, a jó vagy rossz példa, a gyermek helye a testvérsorban, az esetleges betegségek, az, hogy mennyit foglalkoznak vele, és még sok egyéb. A családon kívül felnőtt gyermek életét — vagyis az elhagyatott, az árva, az államilag gondozott, intézetben nevelkedett gyermek életkörülményeit — pedig ezek a miliőviszonyok alakítják, újabban az igazolódott, hogy sokszor mennyire kedvezőtlenül.

A *kulturális miliő* változatos formáival szintén már születésétől kezdve veszi körül a gyermeket, és befolyásolja aszerint, hogy milyen gazdasági, technikai, jogi, erkölcsi, művészeti, tudományos és társadalmi körülmények, életlehetőségek és felfogások közé születik. Közismert például, hogy a rossz gazdasági miliő nemcsak a testet teszi satnyává, hanem — elhanyagoltság folytán — az értelem színvonalát is károsítja. Vizsgálatok és kísérletek bizonyították, milyen különbség lehet gyermekek teljesítményei közt aszerint, hogy a gyermekek fejlesztésével foglalkoznak-e vagy sem. Amilyen mértékben nevelésüket-oktatásukat elhanyagolják, olyan mértékben marad alacsonyabb — egyforma képességek esetén is — szellemi teljesítményük nívója.

Az „objektív miliő" körülményeinek a fogyatékosok jobban ki vannak szolgáltatva, mint az épek. Hogy a társadalom, főleg a kultúra, milyen fejlettségi szinten van és mennyire ad lehetőséget iskoláztatásukra, mennyire nyújt munkalehetőséget számukra, sorsdöntően fontos. Nagymértékben ettől függ, hogy a társadalom megbecsült tagjai lehetnek-e, vagy a közösség tehernek érzett tagjai.

Az objektív környezet hatását nem minden egyén fogadja be egyformán. A külvilág ingerei közül „válogat"; nem hat rá mindegyik, és nem mindegyik hat mindenkire hasonlóan. Az emberek ugyanarra a külső ingerre nem reagálnak ugyanazon a módon: hajlamaik, érdeklődésük, foglalkozásuk szerint ugyanabban a dologban mást látnak, mást éreznek bele. Ezt a belső szemléletmódot hívják *„szubjektív" miliőnek:* azaz azt a hatást, amit az ember a ráható objektív környezetből befogad. Fogyatékosok nagy részénél ez a szubjektív környezet is eleve korlátozott.

Ahogyan a hajlam az életkörülmények befolyására átalakul, éppen úgy alakítja az ember a maga hajlamai szerint a környezetét: *alkalmazkodik hozzá,* de változtatja is, *vissza is hat rá.*

A fogyatékosok számára a külvilág az épekétől bizonyos tekintetben eltérően, sajátlagosan tükröződik. A vakok és a süketek számára a környezet adta ingerek egy része hozzáférhetetlen. A vakok nem észlelik a világ vizuális, nevelő, esztétikai és gyakorlati tényezőit. A süketeknél pedig az akusztikai hatások művelő, absztrakcióra, felsőbb rendű elvont gondolkodásra fejlesztő miliője hiányzik. Az oligofréneknél az egész objektív külvilág felfogása, megítélése, értékelése hibás, az arra reagáló érzelmek és cselekedetek inadekvátak és hiányosak, ezért az ahhoz való alkalmazkodás korlátozott.

A gyermekekkel foglalkozók számára igen fontos, hogy *tisztában legyenek azoknak a hatásoknak a jelentőségével, amelyeket a külvilág gyakorol az egyén fejlődésére.* Hiszen az egész nevelői tevékenység azon az előfeltevésen alapul, hogy az *ember bizonyos külvilági hatásokkal befolyásolható*, tehát képezhető, nevelhető.

Ehhez természetesen meg kell ismerniük növendékeiknek a miliőjét, a *tágabb és a szűkebb környezetét.* Tágabb környezeten értjük azokat a külvilági tényezőket, amelyek a vizsgált személyt közvetve érintik, szűkebben pedig azt a környezetet, mely őt *közvetlenül* eléri, körülveszi.

A környezet tanulmányozásának többféle változatát alkalmazzák. Ezek közül a vizsgált személy szűkebb környezetének vizsgálatához azt az eljárást használjuk, amelyet a gyógypedagógiai pszichológiai tanszék egyik volt munkatársa, E. Mikó Eszter (1948) állított össze. Fő szempontjaiban ezt közöljük.

Környezetvizsgálat

A környezet tanulmányozásának lefolytatását E. Mikó Eszter (1948) az alábbi négy fejezetben ismerteti: A vizsgálat szempontjai. A vizsgálati eljárás módszerei és a vizsgáló magatartása. A vizsgálati adatok feldolgozásának, kiértékelésének módja. A környezetvizsgálat diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai jelentősége.

A környezetvizsgálatnál alkalmazandó szempontok akár egészséges, akár fogyatékos gyermek környezetében történik a vizsgálat, vonatkoznak a gyermek egészségügyi, anyagi vagy gazdasági és családi körülményeire, a környezet világnézeti és társadalmi kapcsolataira, a gyermek iskolai tanulmányaira és a környezet nevelőhatására. Ezek a szempontok a gyakorlatban szorosan összefüggenek egymással, egymással állandó kölcsönhatásban vannak.

Egészségügyi szempontból tisztázni kell, hogy milyen a lakás higieniája, mennyi férőhely van, milyen a tisztaság, a rend. Továbbá, hogyan táplálkoznak, öltözködnek? Nem él-e a lakásban fertőző beteg, alkoholista, pszichopata, elmebeteg. Nincs-e a gyermek valami életveszedelemnek kitéve? A gyermek maga esetleg nem ön- és közveszélyes-e?

Anyagi vagy gazdasági szempontból azt kell kiderítenünk, mennyi a család vagyona, illetve összes jövedelme, és hogy abból hányan élnek és hogyan gazdálkodnak.

A gyermek *családi életével* kapcsolatban fontos kérdés, milyen viszony van a szülők közt, a szülők és gyermekeik és maguk a testvérek közt? Nincs-e hátrányban bármelyik családtaggal szemben a fogyatékos gyermek, vagy ellenkezőleg, nem élvez-e aránytalan előnyt? Van-e zavar a családi életben? Van-e felelőtlen, iszákos, büntetett életű személy a családban? A gyermek otthona derűs, barátságos-e vagy sivár, kellemetlen?

A gyermek környezetében élő személyek *világnézeti* állásfoglalásáról és *társadalmi* kapcsolatairól E. Mikó Eszter lényegesnek tartja annak tisztázását, hogy a szülők vagy a nagyobb testvérek tagjai-e valamely tömegszervezetnek, eljárnak-e ennek összejöveteleire, aktívan tevékenykednek-e ilyen irányban? Továbbá, vannak-e barátaik, vagy elzárkózottan élnek? Milyen viszonyban vannak a körülöttük élő emberekkel, rokonokkal, szomszédokkal, munkatársakkal?

Az *iskolai tanulmányokat* illetően ki kell derítenünk, van-e segítsége a gyermeknek a tanulásban, van-e megfelelő helye a leckekészítésben, mennyi időt vesz igénybe a tanulás, marad-e még szabad ideje? Milyen a szülők és az iskola viszonya?

A *neveléssel* kapcsolatos kérdések: ki nevelte eddig a gyermeket? Volt-e kiadva idegenbe, meddig, miért? Van-e nézeteltérés otthon a nevelési módszerek felett, esetleg ellentét az iskolával? Ellenőrzik-e a szülők a gyermek egész napi elfoglaltságát, mennyi időt töltenek vele? Hogyan fegyelmezik, hogyan büntetik vagy jutalmazzák?

Milyen házimunkát kívánnak tőle, milyen mértékben? Vannak-e a gyermeknek játékai, helye és ideje a játékra? Milyen emberek élnek a gyermek környezetében? Rokonok, albérlők, ágyrajárók? Milyen hatással vannak a gyermekre? Hogyan bánnak a szülők a környezetvizsgálat tartama alatt a gyermekkel, s hogyan viselkedik ezalatt a gyermek?

A vizsgáló eljárás módszere és a vizsgáló személy magatartása. Ebből a szempontból az adatgyűjtés és a véleményalkotás alapfeltétele, hogy ne riasszuk el a környezetet nem megfelelő magatartásunkkal. A vizsgálat módszere a megfigyelés és a kikérdezés, amelynek már ismert feltételeit itt is be kell tartani. A beszélgetés közvetlen, tapintatos, fegyelmezett legyen, ne keltse a kíváncsiskodás látszatát. Főképpen pedig arra kell ügyelni, hogy elkerüljük a gyanút, mintha a gyermekre panaszunk volna, ne ébresszünk a hozzátartozókban a gyermek ellen ellenséges érzelmeket.

A beszélgetés alatt nem tudunk mindent lejegyezni, utólag írjuk le azt, ami fontos és tényszerű.

Előfordul, hogy valamilyen okból nem várhatunk őszinte véleményt a környezettől, például a szülők erősen bántalmazzák a gyermeket, vagy válófélben levő szülők egymás ellen vádaskodnak. Ilyenkor a család helyzetét jól ismerő, objektív személlyel kell ellenőriztetnünk az adatokat.

A vizsgálati adatok feldolgozásának, kiértékelésének módja, feltételei. A vizsgálatból nyert eredményeket fel lehet dolgozni *csoportosan:* ilyenkor vigyázni kell, hogy egységes szempont szerint történjék a feldolgozás; vagy fel lehet dolgozni *egyénenként.* Az egyénenkénti kiértékelésnél nem szabad feledünk a célt, amiért a vizsgálatot végeztük, szem előtt tartva, hogy a tapasztalt jelenségek egymással kölcsönhatásban vannak, s a gyűjtött adatok összegezése önmagában nem ad helyes képet.

A környezetvizsgálat diagnosztikai jelentősége fogyatékos gyermekek eseteiben és *differenciáldiagnosztikai* értéke a tanulmányi, nevelési nehézségek feltárásában.

Ebben a fejezetben E. Mikó Eszter a környezetvizsgálat jelentőségét, jól használhatóságát domborítja ki. A környezetvizsgálat fontos eszköze a pedagógusnak, a pszichológusnak, a gyógypedagógusnak, különösen a fogyatékos és a nehezen nevelhető, valamint a tanulási nehézségekkel küzdő gyermekek esetében. Eredményeit felhasználhatják a tanácsadó szervek és a bíróságok vagy egyéb hatóságok is. Általa könnyebben felderíthető a környezeti ártalom, és így könnyebben diagnosztizálható a tanulási nehézség, az értelmi elmaradottság oka, az értelmi fogyatékosság súlyosságának mértéke, az intézeti elhelyezés szükségessége és sürgőssége, a gyermek esetleges veszélyeztetettsége. A bűncselekményt elkövető gyermekek vagy fiatalkorúak esetében nélkülözhetetlen a környezetvizsgálat a helyes vélemény kialakítása végett: maradhat-e a fiatalkorú eddigi környezetében.

A látási, hallási és mozgásfogyatékosok vizsgálatában ugyancsak lényeges jelentősége van annak, hogy a környezet elősegítette-e a károsodást szenvedett gyermek fejlődését vagy gátolta. A környezetvizsgálat a felsorolt esetekben és sok hasonló másban sokkal pontosabb, megbízhatóbb adatokat nyújt, mint a hozzátartozókkal a vizsgálóhelyiségekben való beszélgetés. Arra kell tehát törekedni, hogy lehetőleg minden esetben, de legalább a bonyolultabbnak látszó esetekben ne mulasszuk el a környezetvizsgálatot.

A KÍSÉRLET

Az ember megismerésének már említett metódusai közül a megfigyelés és a kikérdezés mellett a gyógypedagógiai pszichológia felhasználja a *kísérletet.* A kísérlet — mint pszichológiai eljárás — formailag voltaképpen a megfi-

gyelésnek különleges alakja: behatóbb, pontosabb, aktívabb megfigyelés: tartalmilag ugyanakkor fölhasználhatja bármelyik pszichológiai metódust vagy azok kombinációit. A kísérlet *tudományos, kutató módszer elsősorban.* Valamely törvényszerűséget, ok-okozati összefüggést kutat-igazol, többnyire „mesterséges" módon logikai következtetések alapján vagy gyakorlati-tapasztalati úton.

A pszichológiai kísérlet körülményei nagyjából hasonlóak bármely természettudományos kísérletéhez. A gyógypedagógiai pszichológiai kísérletnél, mivel a fogyatékosok lelki jelenségei még *változékonyabbak, egyénibbek, bonyolultabbak* — ezért tehát még több feltételük van —, még körültekintőbb alaposság szükséges, hogy következtetéseket levonjunk, törvényszerűséget bebizonyítsunk.

Próbamódszerek

A pszichológiai megismerés formáinak, a megfigyelésnek és a kikérdezésnek sokféle eljárásáról volt szó. A kísérleti vizsgáló módszereknek, amelyeket fogyatékosok diagnosztizálására használhatunk, szintén igen sok fajtája van. Ezek közé tartozik a *teszt* is. Sok meghatározása közül, mint egyik legismertebbet, STERN-ét idézzük: *„A teszt olyan kísérlet, amely bizonyos esetben megállapítja valamely személyiség egyéni lelki alkatát, vagy egy valamely lelki tulajdonságát".* A kísérlettől főképp abban különbözik, hogy míg az inkább *kutatási* célt szolgál, addig a tesztmódszer célja a *vizsgálat.* Jellemző a tesztre, hogy feladata *diagnosztikus:* az egyes esetet illeszti be a már ismert összefüggésekbe, továbbá, hogy ez a beillesztés bizonyos *normál értékekre* vonatkoztatva történik, éspedig többnyire számszerűen. A tesztnek meg kell felelnie a *természettudományos kísérlet,* a *pszichológia* és általában a *méréstan* (pszichometria) feltételeinek (SZONDI, 1929).

Az első azt jelenti, hogy a kísérletező a kísérletet maga *idézi elő, kezdetét* maga határozza meg; a feltételeket, külső körülményeket tervszerűen *megváltoztathatja,* céljának és a kísérlet közben nyert eredményeknek megfelelően; a folyamatot végig *figyelemmel* kíséri, elemzi és értékeli.

A pszichológia követelményeinek akkor felel meg, ha sokoldalú, ha változatos, ha átfogó, ha a vizsgálandó jelenségre specifikus, ha megfelel a vizsgált személy fejlettségi nívójának és sajátosságainak.

A harmadik követelmény azt jelenti, hogy a kérdéses jelenség bizonyos *törvényszerűségek szerint mérhető,* számszerűen kifejezhető. Ez a kvantitatív értékelhetőség a tesztek eredményeiként sokféle változatban nyilvánulhat meg. Általában legegyszerűbb formában a normál-öv, a középarányos, a *Gauss*-görbe alapjára vezethetők vissza.

A főbb változatok a következők:
kifejezhető a teljesítmény egy *számban,* pontszámban vagy százalékban;
kifejezhető *kvóciens* formájában; például a *Binet—Simon—Éltes*-féle intelligenciapróbáknál, a végeredményt az intelligenciakor és az életkor hányadosa adja, tizedesben kifejezve: IQ = IK/ÉK = intelligencia-kvóciens = intelligenciakor/életkor;
kifejeződhet *képletben* is; ilyenkor például a teljesítmény nagyságát, a teljesítmény idejével hozzák kapcsolatba, mint a *Ranschburg*-féle logikai szópár-módszernél az A/T = amplitúdó/tempus;
Ábrázolható *grafikonnal* (vonalgrafikonnal), mint pl. a *Bourdon*-féle figyelemvizsgálat, vagy oszlopgrafikonnal, mint a *Cser*-féle intelligencia-vizsgálat;

lehet *összetett*, *kombinált* az értékelés módja, mint a *Rorschach*-féle személyiség vizsgálatnál, vagy a *Szondi*-féle ösztönvizsgálatnál, amelyek bizonyos — bonyolult — képletek, illetve grafikonok alapján interpretálják, értelmezik a vizsgálat eredményét;

végül vannak olyan metódusok is, amelyek számszerű értékelés nélkül, csak kvalitatíven, *interpretáció* útján értékelnek (például a komplexusokat, gátlásokat, lelki traumákat kutató, többnyire „projekciós" tesztek, mint a TAT és hasonlók).

A mai pszichológia kívánalma szerint a teszt meg kell hogy feleljen a validitás követelményének: a teszt azt mérje, amit mérnie kell; a hűség igényének, vagyis hogy konstans és homogén eredményeket adjon; az érzékenység feltételének, azaz hogy jelezze a csekély egyéni eltéréseket is (Beslay, 1963; Luccioni, 1965).

A próbamódszerekre vonatkozó bírálatok

Kevés, talán egyik pszichológiai módszer sem keltett annyi vitát, mint a tesztmódszer. Noha ezt a módszert általában empirikusan, kísérleti úton dolgozták ki mint objektíven, egzaktan, számszerűen értékelő tudományos eljárást, mégis igen sokféle és sokfelől jövő bírálatnak volt alávetve. A fogyatékosok vizsgálatakor még pontosabban kell ellenőriznünk a vizsgálómódszereket.

Már maga Stern (1955) is megköti, korlátozza a tesztvizsgálat használhatóságát. A vizsgálómódszerek egyik formájának tartja, kisegítő eszköznek.

Hasonlóan vélekedik Asperger (1956) is: pusztán intellektuális, „egzakt" módszerek nem elegendők valamely személyiség megismeréséhez.

Meili (1955) azt hangsúlyozza, hogy az embert fejlődésében kell megértenünk. Ezért nélkülözhetetlen a vizsgálathoz az anamnézis felvétele és a kikérdezés más formája is. Figyelmeztet arra, hányféle szempontot kell tekintetbe venni, amelyek befolyásolhatják az eredményt, és hibaforrásul szolgálhatnak. Ilyen szempontok: *a)* az értelmesség fokának és a tehetségnek hatása a teljesítményekre, *b)* a teljesítőképesség fejlődése és a tehetség konstanciája, *c)* a nemek közti különbség, *d)* külső körülmények befolyása a teszt eredményeire: az eddig szerzett ismeretek hatása, az iskola befolyása, az affektív tényezők és a szociális miliő, végül *e)* a gyakorlás hatása.

Szmirnov (1954) a vizsgálómódszerektől azt kívánja, hogy fedjék fel az előidéző okot és azt a módot, ahogy az egész jelenség lefolyt. A legfőbb dolog, amit tanulmányozni kell — a pszichikus aktivitás —, a teszt alkalmazásakor kívül marad a kutatáson.

Éles kritikával illette a tesztmódszert az 1936-ban kiadott és magyar nyelven 1949-ben megjelent szovjet *Párthatározat* az akkori helyzetnek megfelelően. Ezt a bírálatot értelmezi és módosítja éppen húsz évvel később — a Szovjetszkaja Pedagogika szerkesztőségi cikke: „*Sokrétűen és alaposan tanulmányozzuk a gyermeket*" (1956).

A közlemény félreértésének nevezi azt a felfogást, amely a pedológiával együtt száműzte az iskolából a gyermekek pszichológiai tanulmányozását és a tesztmódszerrel együtt a kísérleti lélektani metódusokat is. Felelősnek tartja a pszichológusokat abban, hogy ahelyett, hogy ennek a hibának a kijavítására törekedtek volna, maguk is azt igyekeztek megindokolni, miért

tartja magát távol a lélektan a gyermekek sajátosságainak gyakorlati kutatásaitól. „Tilalmassá vált — fejtegeti a cikk — már a „teszt" szó használata is, mintha mindenféle rövid vizsgálat feltétlenül értelmetlen és elméletileg hibás dolog volna."

Rubinstein (1958) megállapítja, hogy az utóbbi időben a „teszt" kifejezést igen tág értelemben használták. Csaknem minden olyan feladatra alkalmazták, amelyet a kísérleti személynek a kísérlet folyamán el kellett végeznie.

A sokféle bírálat következtében a tesztmódszerek hibaforrásait igyekeznek egyre inkább kiküszöbölni. A próbamódszerek újabb és újabb változatban, egyre javítva, egyre komplexebb formában kerülnek alkalmazásra: „teszt-battériákat", teszt-sorozatokat használnak. A számszerű értékelés mellett értelmezik a feladatok megoldásának miként jét is. A vizsgálatok sok formájánál nem kvantitatív az értékelés. Bizonyos korlátozások, megszorítások közt alkalmazzák csak őket, mint *egy* vizsgálati módot a többi pszichológiai metódus mellett. Végül a legnagyobb gonddal ügyelnek arra, hogy *hozzáértő* szakember használhassa csak fel. Összefoglalva, nézzük meg azt is, mi a helyzet a kérdésben *ma nálunk, gyakorlatilag?*

A próbamódszereknek általában azokat a fajtáit használják leginkább, amelyek nem csupán kvantitatív, hanem kvalitatív értékelésre is módot adnak. Továbbá azokat, amelyek célja elsősorban a feladatmegoldás, a munkamódszer és a viselkedés megfigyelése. Főképp bizonyos kísérleteknél és bizonyos munkaterületeken alkalmazzák: tudományos kísérleteknél, az ideg- és elmekórtani, a pszichológiai és a gyógypedagógiai lélektani diagnosztikában és differenciáldiagnosztikában. Természetesen többféle vizsgálati eljárással együtt, annak tudatában, hogy a *sokoldalú személyiség* megismeréséhez csak *sokoldalú diagnosztikai metódusok* vezethetnek.

A közismertebb próbamódszerek

A fogyatékosok vizsgálatára is alkalmas tesztek sokféle szempontból csoportosíthatók:

Lehet aszerint, hogy a személyiségnek csak *egyféle* teljesítményét, tulajdonságát, képességét vizsgálja-e (figyelmét, emlékezetét), vagy valami *általánosabb* tulajdonságát (általános intelligenciáját, ösztönalkatát) vagy az *egész* személyiségét.

Lehet aszerint, hogy egy *egyént* vizsgál-e, vagy pedig *csoportot.*

Értékelésmódja szerint is lehet osztályozni (kvantitatív, pszichometrikus; kvalitatív, projekciós, interpretációs próbák).

Egyéb osztályozási szempontok is vannak még: verbális, nem verbális vagy performációs, egyes vagy komplex, alacsonyan vagy magasan strukturált stb. próbák.

A próbamódszerek százai közül azokat — a legfontosabbakat — fogjuk megemlíteni,

amelyeknek a diagnosztikában *történelmi* jelentőségük van,

amelyek a szakmai körökben a *legismertebbek*,

amelyek ismerete nélkül nehézségbe ütközne a hazai és külföldi *szakirodalom megértése* és nyomon követése,

végül amelyeket a klinikai pszichológiában, a gyógypedagógiai pszichológiában, az elme- és idegszakrendeléseken, továbbá a vizsgáló és tanácsadó állomásokon *általában használnak*. A legegyszerűbbekből indulunk ki, s fokozatosan haladunk az összetettebbek és bonyolultabbak felé.

A vizsgáló módszerek egy része változtatás nélkül használható a különböző jellegű fogyatékosokra. A verbális próbák a látási fogyatékosok, a legtöbb mozgásfogyatékos és a debilisek vizsgálatára alkalmazhatók; a performációs tesztek a hallási fogyatékosoknál és a beszédhibásoknál. A vizsgálati módszerek más részét át kell dolgozni a fogyatékosok számára. Végül vannak teljesen speciális, a fogyatékosok vizsgálatára készült eljárások.

Az egyféle tulajdonságot, egyféle képességet (egyféle teljesítményt) vizsgáló próbák általában a *megismerő funkciók valamelyikére* vonatkoznak. Ezeket ma már nem szívesen választják külön sem egymástól, sem az általános intelligenciát vizsgáló eljárásoktól. Szinte valamennyi általános értelmességi próbasorozatban megtaláljuk tényezőként az emlékezet, a figyelem, a felsőbb fogalom, az ítélőképesség vizsgálatának próbáit. Közülük felsoroljuk azokat, amelyekkel fogyatékosokon vizsgálatokat végeztek, vagy arra alkalmasak.

Emlékezetvizsgálati próbák. Ha az emlékezetet úgy tekintjük, mint képességet a felfogott benyomások megőrzésére és felidézésére, akkor vizsgálata egyszerű. Ilyen-

18. táblázat

a

Ranschburg-féle emlékezet vizsgáló lap első része. Szópárok logikai kapcsolattal

	Memoria immediata		Memoria conservativa	
	Idő	Hibás válasz	Idő	Hibás válasz
lány—fiú				
tél—hideg				
húd—líba				
vas—ólom				
gomb—kabát				
csend—lárma				
szék—asztal				

b

Szópárok logikai kapcsolat nélkül

	Memoria immediata		Memoria conservativa	
	Idő	Hibás válasz	Idő	Hibás válasz
kúp—tüzér				
gém—undor				
agy—csarnok				
csőd—ürmös				
háj—szeder				
nyíl—szappan				
ól—kristály				

féle szemlélet alapján igen sokféle vizsgálati módszert állítottak össze, amelyek közül egy-kettőt — a fogyatékosok vizsgálatára is alkalmasat felsorolunk a legismertebbek közül.

A közvetlen emlékezet (memoria immediata) vizsgálatára való a *Ranschburg*-féle logikai szópár-módszer, mely auditív úton vizsgálja a logikai emlékezetet (18. táblázat).

A megtartó emlékezet (memoria conservativa) vizsgálatára ugyanezt az eljárást alkalmazzák, természetesen újabb begyakorlás nélkül. A kikérdezés általában 24 óra múlva szokott megtörténni.

Az előbbi vizsgálatnak van egy nehezített formája is: a szavak logikai összefüggésben vannak ugyan, de *elvontak*.

Ismét egy másik változatban a szópárok *nincsenek* egymással *logikai kapcsolatban*.

Használnak a *mechanikus* emlékezet vizsgálatára *nem szóalkotó* betűsorokat és számsorokat.

Az emlékezetvizsgálatnak egy másik — hasonló — fajtája az *idegen szavak* betaníttatása és kikérdezése. Több nyelvből vett tíz idegen szót magyar jelentésével együtt 3 perc alatt meg kell tanulni, majd egy bizonyos idő múlva reprodukálni.

Újabban a *vizuális emlékezet* vizsgálatára 30 kartonlapocskát használnak, rajtuk különféle képek: fazék, csacsi, harang, asztal, csizma, lapát, hordó, rózsa, mozdony, zászló, kakas, olló, tehén, dívány, madár, óra, lámpa stb. Van egy párhuzamos sorozata is. Ezeket a kísérleti személy egyszer végignézi, utána elmondja — tetszés szerinti sorrendben — azokat, amelyekre visszaemlékszik. Értékelése standardizált norma alapján történik, nem és életkor szerint 7 éves kortól a felnőtt korig.

Az auditív emlékezet vizsgálata egészen hasonló módon történik azzal a különbséggel, hogy itt 30 szót felolvasnak a vizsgált személynek: karton, kocsi, varjú, kilincs, térkép, kalács, vadász, csésze, tető, körte, leves, kabát, macska, ecet, virág, munka, gyufa, tinta stb. Az értékelése is megegyezik az előzővel.

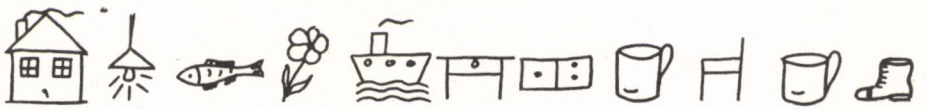
g j u s t a w i t p r a c t i c e v n d i c t k l e t r b o k t a
a p r n s s i m u l t n e u u s i t y k r e s u n a b l b l b t i
a l t u s x h i s p f u n d a m e n t l i u f c u z r s a u t r
u n c o n f u r m d u r m u d i f i e d a n d h e t u e l g n
r y r p u n a f u r t h u r t i n f u r m a t u n o r c u m
o f t h s e c u n d i t i u n s t u d i e s t h e p u n s e h o
d u e l s t i p r s c i b d n o t e v r y h u w e v r t h o n
i o d s w h i c h p r e c l u e y p t r i m u t s w e m u s t

27. ábra. A Bourdon-féle figyelemvizsgáló lap egy része

Figyelemvizsgálati próbák. Közülük is csak néhányat említünk meg. Leghasználatosabbak az ún. betű-áthúzásos módszerek, amelyek a gépies, a mechanikus figyelem koncentrációját, tartósságát, illetve hullámzását mérik. Egyik vagy másik formája alkalmazható a fogyatékosok különféle csoportjaira.

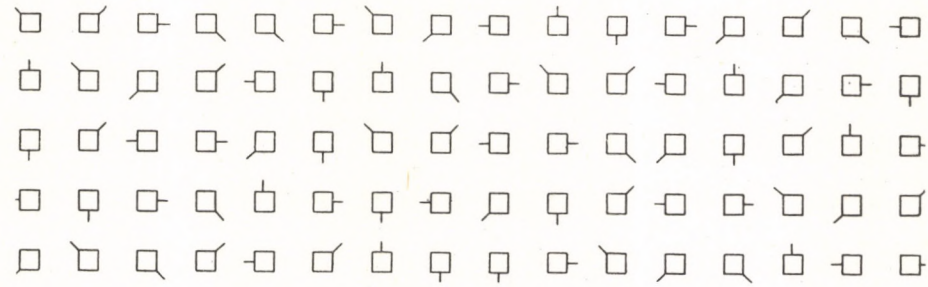
A Bourdon-féle figyelempróba. Szöveget és szavakat nem alkotó betűtáblán a vizsgált személynek két megadott betűt kell áthúzni. Bizonyos szabályos időközökben, három- vagy ötpercenkint, aszerint, hogy a vizsgálat mennyi időn át tart — 1/2 óráig vagy 2 óráig— jelet kell tenni és folytatni a munkát. Az eredményt grafikon szemlélteti: a *teljesítménygörbe* mutatja azt, hogy a megadott idő alatt a megadott időszakaszokon belül hány betűt húzott át helyesen, a *hibagörbe* pedig azt, hányat vétett el. Néhány sor szemléltetésül a betűtáblából (27. ábra).

Irni nem tudó kisgyermekek számára ugyanezt a feladatot olyképpen módosították, hogy a lapon a betűk helyett apró, ismétlődő ábrák vannak, Az eljárás egyébként ugyanaz, mint az előbbinél. Mutatóul: 28. ábra.



28. á b r a. Figyelemvizsgáló lap iskolás kor előtti gyermek vizsgálatára

Hasonló ehhez az eljáráshoz a *Piéron-Toulose*-féle figyelemvizsgálat; szintén áthúzásos módszer. A vizsgált személynek a kis ábrákon át hell húznia egy vagy két ábrát. A munkaidő négy perc. Az értékelése átlagnorma szerint 11 éves kortól felnőttkorig van kidolgozva (29. ábra).



29. á b r a. Piéron—Toulouse-féle vizsgáló módszer

A figyelemvizsgálatnak másik formája a *számolásos* figyelemvizsgálat. A *Nagy—Révész*-féle változatát ismertetjük. Igen egyszerű összeadáson alapszik, olyan egyszerűn, amely automatikusan, gondolkodás nélkül végezhető. Egy bizonyos számhoz (105-höz) hozzá kell adni újra meg újra 1-et, 2-t, 3-at, így:

105	142	stb.
101	144	
108	147	
111	148	
112	stb.	
114		
117		
stb.		

A vizsgálat ideje 10 perc, percenként új számoszlop-kezdéssel. Az előbbiekhez hasonlóan a figyelem ingadozását méri.

Valamennyi ismertetett figyelemvizsgálat *csoportosan* is végezhető. Értékelésük történhet életkorokra megállapított norma szerint vagy grafikonon. Ábrázolunk néhány jellegzetes teljesítménygörbét:

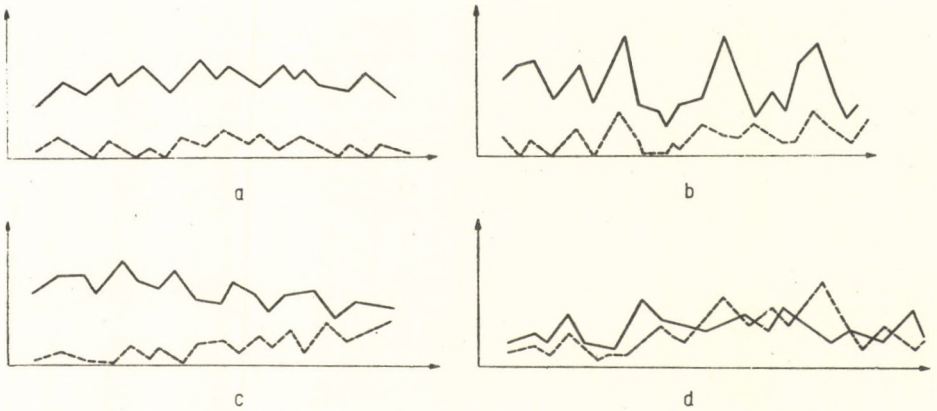
Normális figyelmű gyermek típusa: az átlagteljesítmény-görbe eleinte felfelé halad (begyakorlás), némi hullámzással egy ideig fent marad (tartósság), majd lefelé megy (beáll a fáradtság). A hibagörbe alacsony, enyhén ingadozó (30. a ábra).

Hullámzó figyelmű, *rosszul koncentráló* gyermek típusa: a teljesítménygörbe igen erősen ingadozik, a hibagörbe szintén, s viszonylag magas (30. b ábra).

Fáradékony figyelmű gyermek típusa: a teljesímény vonala egy kevés emelkedés után egyenletesen lefelé halad (30. c ábra).

Értelmi fogyatékos gyermek: a teljesítménygörbe alacsony, erősen hullámzó, a hibagörbe szintén erősen ingadozó, magas (30. d ábra).

Vannak próbák a megosztott figyelem vizsgálatára is. Azaz arra, hogyan tudja valaki figyelmét egyszerre két tudattartalomra koncentrálni. Ilyen feladat például, hogy valamit le kell rajzolni, és az ugyanakkor hallott beszélgetésből (felolvasásból) minél többet (számokat, neveket, eseményeket) megjegyezni.



30. ábra. *a)* a normális figyelem görbéje; *b)* dekoncentrált figyelem; *c)* fáradékony gyermek figyelem-görbéje; *d)* értelmileg fogyatékos gyermek teljesítmény-görbéje

A *„józan ész" vizsgálata* a gyermek reális ítélőképességére mutat. Több formája van. Valamely képsorozat mindegyike valami könnyebben vagy nehezebben felismerhető képtelenséget ábrázol. Ezt kell a vizsgált személynek felismernie. Például: a szél fúj, ez látszik a fákon, és a füst ellenkező irányba megy. Vagy: nyár van, és a tóparton a kisfiú korcsolyát csatol föl.

Hasonló abszurdomot *szöveges történetek* formájában is összeállítottak. Például: „Valaki levelet küldött barátjának és azt írja benne: Ha nem kapnád meg ezt a levelemet, tudasd velem azonnal." Vagy: „Vasúti szerencsétlenségeknél legtöbbször az utolsó kocsi szokott megsérülni. Ezért induláskor az utolsó kocsit mindig le kellene kapcsolni."

A *felsőbb fogalom* vizsgálatának leghasználatosabb formái (gyermekre alkalmazva):

Képrendezés: 24 képből álló sorozatban 4 étel, 4 állat, 4 virág, 4 ruhanemű, 4 közlekedési eszköz (jármű) és 4 szerszám színes képe van. Ezeket összekeverten tesszük a gyermek elé. Feladata, hogy rendezze: tegye egymás mellé az „egymáshoz valókat". A gyermek — magasabb fogalmi fejlettsége szerint — sokféle változatban és fokozatban rakhatja egymás mellé a képeket. Csoportosíthatja kettesével, négyesével vagy úgy is, hogy az egyik csoportba többet, a másikba kevesebbet rak. Csoportosítását sokféleképpen indokolhatja.

A *színe* szerint teszi például egymás mellé a képeket: a lóherét a nyúl mellé (a nyúl zöld mezőben van). Úgy csoportosítja a képeket, ahogyan a tárgyak a *valóságban egymáshoz* tartoznak: a kenyér mellé a kést, az autóhoz a kalapácsot és a harapófogót; a legmagasabb fok a *felső fogalom* szerint való csoportosítás: a négyesével rendezett fogalmilag összetartozó képeknél meg is nevezi azt a magasabb fogalmat, ami alá tartoznak.

Nagyiskolások és felnőttek számára egy hasonló elven alapuló vizsgálat szolgál: képek helyett *30 szót kell rendezniök* a felsőbb fogalom szerint, s szintén meg kell nevezniök ezt az összefogó felsőbb fogalmat:

fej, piros, láb, fazék, fekete, mutatóujj, húsdaráló, kalapács, narancssárga, meleg, asztal, kalap, olvasni, néhány, mozsár, mérni, fúró, tíz stb.
fej, láb, mutatóujj: testrészek
piros, fekete, narancssárga: színek stb.

A *nyelvi gondolkodás*, a logikai nyelvi készség vizsgálatára szolgálnak a kiegészítéses próbák. EBBINGHAUS nyomán sok ugyanolyan elven alapulót állítottak össze: összefüggő szövegből kimaradnak szavak, amelyeket a vizsgált személynek kell behelyettesítenie. A szöveg egyre nehezedő, egyre több marad ki belőle, és egyre inkább a magasabb nyelvi-logikai készséget igénylő szavak. BÁLINT módosított szövegét mutatjuk be:

Az elemi isk—— növen—ei nagy víg——gal von—tak ki a köze— erd——. A tanító az egyik tisztásnál megállí—— a gyer—— és azt mond— nekik:

.....

.....

Már leáld—ni kész— ——, mikor a tan—— nagy üggyel—— ism— össze——— és —— velük —————.

A *Stern*-féle *tanúvallomás* vizsgálat ma már inkább történelmi jelentőségű. Azt bizonyítja, hogy a gyermek mennyire pontatlan és gyakran mennyire szuggerálható megfigyelő. Egy mozgalmas családi ebéd jelenetet ábrázoló képet tettek egy perc tartamára a vizsgált gyermek elé. A képet azután elvették, és a gyermeknek le kellett írnia, mit látott a képen. Majd sokféle kérdést tettek fel: részben kiegészítő kérdést, részben színekre vonatkozót; sőt „szuggesztív" kérdéseket is. Az utóbbi kapcsán ilyeneket: „Milyen színű volt a cica?" (A képen nincs is cica.)

Nem váltak be a kívánt célra az *erkölcsi érzéket* vizsgáló régebbi próbálkozások. A *Fernald*-teszt több rövid, egyszerű történet rendezéséből áll, amelyek alapján különböző súlyosságú erkölcsi hiba felett kellett a vizsgáltnak ítélnie.

POTOTZKY hasonló módon azzal kísérletezett, hogy a gyermeknek jó és rossz cselekedeteket kellett elbírálnia. Az bizonyosodott be, hogy e tekintetben az intelligencia döntő. A vizsgált személy helyesen tud ítélni értelmileg, annak ellenére, hogy cselekedetében ezt nem érvényesíti.

Ma már ezeket az egy-egy képességet vagy tulajdonságot vizsgáló próbákat önmagukban általában nem használják.

Az eddig felsorolt — egy-egy teljesítményt, tulajdonságot, képességet vizsgáló — módszereknél globálisabbak és összetettebbek azok a metódusok, amelyek valamely átfogóbb, komplexebb lelki jelenséget vizsgálnak, például a fejlettségi fokot, az *általános intelligenciát*, a mozgásos fejlettséget, az „ösztönalkatot".

A kisgyermek fejlettségi fokát vizsgáló *Bühler-Hetzer*-féle (1932) *kisgyermek fejlődési teszt* már az első hónaptól kezdve vizsgálja nem annyira a kisgyermek intelligenciáját, mint inkább általános pszichés fejlettségét. A gyermeket mindennapos természetes helyzetében figyeli meg. A csecsemő első nyolc hónapjára havonta más és más vizsgálatsorozatot állítottak össze, tekintetbe véve a kezdeti gyors fejlődést. Attól kezdve kéthavonta változnak, fokozódó igénnyel, a feladatok. Mindegyik időszakra 10—10 próbát állítottak össze, a következő szempontok szerint:

a) érzékszervi recepció,
b) mozgás és test fölötti uralom,
c) szociabilitás, azaz az emberekhez való viszony, beleértve a beszédet is,
d) tanulékonyság (utánzásos tanulás),
e) anyagfeldolgozás,
f) szellemi produktivitás.

Példaként bemutatjuk a háromhónapos csecsemő próbáit. *A háromhónapos csecsemő:*

fejével kereső mozdulatot tesz a hangforrás irányába,
tekintetével követi a távolodó tárgyat,
körülhordozáskor ide-oda tekintget,
szemével követi az előtte mozgatott tárgyat,
hasonfekve felfigyel a csörgő zajára,
hasonfekvő helyzetben fejét fölemelve tartja,
a vizsgáló pillantását nevetéssel, gőgicséléssel viszonozza,
szemével keresi az eltűnt tárgyat.

Ez a vizsgálat a gyermek fejlettségi fokát *kvóciensben* fejezi ki, de ezen a kvantitatív értékelésen túl módot ad alapos megfigyelésre s kvalitatív értelmezésre is. Hasonló a *Gesell*-féle (1925) próbamódszer.

Az általános intelligencia fejlettségi fokát a *rajzfejlettségből* közelíti meg a *Goodenough*-féle (1925) vizsgáló eljárás. Hároméves kortól 13 éves korig használható. Magyar gyermekekre BENKŐNÉ ZSEMLYE ERZSÉBET (1964) dolgozta át. Rendkívül egyszerű és gyors vizsgálómód. A gyermek azt a feladatot kapja, hogy rajzoljon egy bácsit. A rajzjegyek kiértékelése — előre meghatározott skála alapján — pontszámban történik. Aszerint, hogy mennyire részletes, illetve pontos az ábrázolás, emelkedik a pontszám. A skálán ez 18 fokozatban — és ezen belül alfokozatokban — nyer kifejezést. A 18 fokozat: a rajzon van 1. fej; 2. láb;. 3. kar; 4. törzs; 5. mindkét láb és kar helyesen kapcsolódik a törzshöz; 6. nyak; 7. szem; orr, száj, 8. haj; 9. ruha; 10. ujjak; 11. váll—könyök, boka, térd; 12. arányosság; 13. sarok (cipősarok); 14. motoros koordináció; 15. fül; 16. szem-részek (szempilla, szemöldök); 17. homlok, áll; 18. profilban van az arc. A legmagasabb elérhető pontszám 51. Az eredményből kiszámítható a RK (rajzkor) és a RQ (rajzkvóciens). A rajzolt részletek számán és helyességén kívül tekintetbe veszik még a dimenziót, az arányokat, a vonalvezetést, sőt bizonyos fokig esztétikailag is értékelik.

A kutatások és tapasztalatok szerint a RQ általában megegyezik az IQ-val. JANKOVICHNÉ 120 értelmi fogyatékos gyermeken végezte el ezeket a vizsgálatokat, s hasonlította össze eredményeiket: a RQ és az IQ közt csaknem pontos megegyezést talált. A RQ átlaga 61, az IQ átlaga 60 volt. Ez a párhuzamosság nem jelenti, hogy a két vizsgálat egymással helyettesíthető. Az alacsonyabb RQ csak felhívja a figyelmet arra, hogy a gyermek fejlődésében zavar áll fenn; ez nem feltétlenül értelmi, lehet személyiségzavar is.

A *Goodenough*-féle (1925) vizsgáló módszert nemcsak az ép intelligencia fokmérőjeként használják. A neuropszichiátriai gyakorlatban az organikus agyi károsodás, a gyermekkori szkizofrénia és a gyöngeelméjű gyermekek diagnosztizálásának egyik segédeszközeként alkalmazzák.

Részletesebben kell foglalkoznunk a *Binet—Simon* (1905—11) —*Éltes*-féle (1914) általános intelligencia-vizsgálattal. Noha a legrégibb próbasorozat, átdolgozott alakjaiban a mai napig is a legelterjedtebbek, legismertebbek közé tartozik, alapul szolgál a legújabb értelmesség vizsgáló módszereknek is. BINET és SIMON, két francia orvospszichológus állította össze abból a célból, hogy a gyermekek értelmi szintjét empirikus úton, normalizálva megállapíthassák, illetve hogy a debilis gyermekeket kiszűrjék az épértelműek közül. A módszert 3 éves kortól felnőttkorig lehet alkalmazni. Életkoronként 5—5 feladata van, s alapjában véve fejlődési teszt. Az értelem, az értelmesség sokrétűségéhez igazodva az általános intelligenciát a szám-, a szó-, az alakfelfogás, illetve az emlékezet, a kombinatív képesség, a megfigyelő készség, a logikai gondolkodás, a kritikai felfogás milyenségén át méri — az iskolai ismeretek lehető kikapcsolásával.

A vizsgálat a *„képek próbájával"* kezdődik. Színes, mozgalmas képet tesznek a gyermek elé azzal a felszólítással, mondja el, mit lát a képen. A vizsgálat folytatását az dönti el — csaknem függetlenül az életkortól —, hogy milyen válaszokat ad a gyermek a képekre. Ha csak megnevezi, *felsorolja* a személyeket, tárgyakat (néni, bácsi, kisfiú, ajtó), akkor a vizsgálatot a 3 évesek próbáinál kell elkezdeni. Ha az *eseményt leírja* (betört az ablak, a bácsi cibálja a kisfiú haját, a kisfiú szalad), akkor a 7 évesek próbáinál. Ha pedig *felismeri a logikai összefüggést* is (ez a kisfiú hógolyóval betörte az ablakot és elbújt; a másik kap ki helyette), akkor a 15 évesek vizsgálatainál.

Mintaképpen bemutatjuk a 6. életév próbáit:

a) négyzet lemásolása,
b) meghatározás célmegjelöléssel,
c) jobb és bal oldal megkülönböztetése,
d) 13 gomb megszámlálása,
e) hiányos rajzok felismerése.

Az értékelés *intelligencia-kvóciensben* fejeződik ki; ez az intelligenciakor (IK) és az életkor (ÉK) hányadosa = IK/ÉK Az *intelligenciakor* voltaképpen a gyer-

mek *szellemi fejlettségének foka*, a pozitív feleletek alapján számítják ki. A végösszeg — tizedes számban kifejezve — megadja az „értelmességi kort". Valamennyi intelligencia-vizsgálat közül a gyógypedagógia területén ezt a módszert használták legtöbbet az értelmi fogyatékos gyermekek elmaradásának és értelmességi korának megállapítására.

Az eddig ismertetett egyéni intelligencia-vizsgálatokon kívül sokan állítottak össze kollektív, azaz csoportosan végezhető értelmességi próbasorozatokat is. Közismert a *Rossolimo*-féle tesztsorozat is, értékelése grafikonon, „profilon" — ábrázolható.

Magyar gyermekek számára ilyen csoportos intelligencia vizsgáló tesztsorozatot Cser (1932, 1934) állított össze. Elsősorban a 10—14 éves gyermekek számára készült. A próbák az értelmesség fejlettségi fokát a főbb megismerő funkciók fejlettsége alapján kívánják megállapítani: a figyelem, az emlékezet, a képzettársítás, a mechanikai fantázia és a sajátlagos gondolkodás folyamatai alapján. Az értékelés grafikusan történik itt is, de az intelligenciakor és kvóciens is kiszámítható az értékelő normák és táblák alapján.

Mintaképpen bemutatunk néhány próbát:

a) szókincs megállapítása szabad asszociáció alapján,

b) számsor kiegészítése (eredetileg *Ruth*-féle próba)

— — 64 32 16 — —
— — 15 22 29 — —

c) az ellentétek próbája:
jó—
kicsi— ...; majd fokozatosan nehezedve: kétely— ...
rokon— ...

d) a mechanikai érzék vizsgálatára a *Roloj*-féle próba egyik változata szolgált: vázlatosan lerajzolt „forgó" kerekek sebességének és forgási irányának megállapítása.

Az általános intelligencia fejlettségének megállapítására vonatkozó módszereket, így a *Binet-Simon*-féle változatokat is, egyre inkább kiszorítja világszerte a *Wechsler-Bellevue*-féle. Egyszerű, rövid időt vesz igénybe, könnyen alkalmazható. Az életkorban igen nagy skálájú: 10 éves kortól 60 éves korig használható. Abból a követelményből indul ki, hogy az értelmességi próbáknak fel kell fedniök, hogy a vizsgált személy képes-e racionálisan gondolkodni, képes-e alkalmazkodni a feladatokhoz. A vizsgálat sorozatonként 11 próbát tartalmaz, 6 verbálisat és 5 performációsat. E próbák egy része már ismert, más változatban használatos, más része pedig ismerteken alapszik: voltaképpen ez a sorozat csak összeállításban új. A következő próbákból áll: 1. általános ismeretek, 2. általános megértés, 3. számtani gondolkodás, 4. számlálás előre- és vissza, 5. hasonlóságok felismerése, 6. szókincs, 7. képsor rendezés, 8. képeken hiányzó részek felismerése, 9. összerakó játék, 10. mozaikteszt, 11. helyettesítés.

Az értékelés pontozással történik. A feladatok nem korosztályonként vannak csoportosítva, hanem fokozódva nehezedő sorrendben. Az intelligencia-kvóciens kifejezést megtartja, de más formában alkalmazza: a próba eredményeit külön-külön összegezik. A verbális és nem verbális próbák végeredménye adja meg a vizsgált személy korának megfelelő középarányost.

Wechsler (1956) elsősorban klinikai pszichológiai használatra kívánta módszerét alkalmazni. Részben klinikai diagnosztikai célra, elmebeteg típusok, kórformák egymástól való megkülönböztetésére. Részben pedig — és ebben is új az eddigi módszerek közt — hogy bizonyos megoldandó feladatok és a vizsgált személy teljesítménye révén rámutasson arra, hogy betegség, öregség vagy más ok milyen „romlást", „elfajulást", „hanyatlást" idézhet elő az intelligenciában, s annak melyik területén.

Nálunk főként az ideg- és elmeosztályokon és a pszichológiai vizsgáló állomásokon a fenti módszernek németre átdolgozott változatát használják, a HAWIE (= Hamburg—Wechsler Intelligenztest für Erwachsene), magyar profilra módosítva.

A felnőttek *Wechsler*-tesztjéhez hasonló próbasorozatot is dolgoztak ki gyermekek számára, 6-tól 15 éves korig (WISC = Wechsler Intelligence Score for Children); ennek a német gyermekekre módosított formája a HAWIK (Hamburg-

Wechsler-Intelligenztest für Kinder). Nálunk ez van elterjedőben. Éppen úgy verbális és nem verbális feladatokból áll, mint a fenti, csupán könnyebb követelményekkel. Értékelésében szintén nem az értelmességi kor kifejezést használják, hanem az intelligencia-kvócienst, a fent említetthez hasonló értelmezésben. Az egyes próbák szintén általában a régieken alapulnak.

Az intelligencia vizsgálatára más módot állított össze MEILI (1955). Az intelligencia különböző aspektusai szerint a vizsgálatnál „elvont", „konkrét", „elemző" és „találékony" intelligencia formákról beszél. Módszere: hat megoldandó grafikus próba.

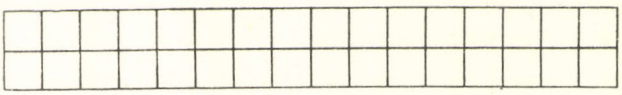
Mozgásvizsgálat viszonylag kevesebbféle van, mint értelmességvizsgálat: a mozgás megfigyelése és vizsgálata közvetlen úton is lehetséges. A *mozgás összrendezettségére* következtető módszerek közül ismertetünk néhányat:

Szabad pontozás: a vizsgált személy azt a feladatot kapja, hogy egy papírlapra, merőlegesen tartott ceruzával minél gyorsabban minél több pontot tegyen, külön a jobb és bal kézzel, 6—6 másodpercig (31. ábra, a, b).



31. á b r a. Szabad pontozás (tapping), *a)* bal kéz; *b)* jobb kéz

Kötött pontozás: a vizsgált személynek egy négyzetcentiméterekre osztott hálózatba egy-egy pontot kell tennie, amilyen gyorsan csak képes, külön a jobb és külön a bal kézzel (32. ábra).



32. á b r a. Kötött pontozás sémájából két sor

Gyöngyfűzés: körülbelül 20 cm hosszú fonalra stoppolótűvel 30, körülbelül 3—4 cm hosszú és 2cm vastag gyöngyöket a vizsgáltnak kell felfűznie, amilyen gyorsan csak képes. Mindhárom próba *értékelése* átlagnorma szerint történik, 5 évestől a felnőttkorig, külön a fiúk és lányok normái szerint.

Az *Oseretzky-féle mozgásvizsgálat* (1929) eredetileg orosz gyermekekre készült, hazánkban is módosították. Jóval komplexebb az eddigieknél: a mozgáskoordinációt hat területen vizsgálja:

1. a statikus koordináció,
2. a dinamikus koordináció felső végtagra,
3. a dinamikus koordináció alsó végtagra,
4. a celeritás (gyorsaság),
5. a szinkrónia (egyidejű mozgások) és a
6. a szinkinézia (együttmozgások) területén.

Példaképpen bemutatunk egy sorozatot.

1. egyenes állás, karok oldaltartásban,
2. „labirint"-próba,
3. féllábon ugrálás nyitott szemmel 5 méternyire,
4. pénz átrakása,
5. pontozás egyszerre két kézzel,
6. szemöldök-felhúzás.

Értékelése az intelligencia-vizsgálatok értékeléséhez hasonló: mozgáskort (MK), mozgás-eltérést (-elmaradást) (ME) és *mozgáskvócienst* (MQ) állapít meg. Ezt a vizsgálatot általában kiegészíti a mozgás megfigyelése is: sérült személyiségeknél főképp a kóros mozgások pontos leírása.

Oseretzky célja a pontos neurológiai diagnózis: a motoros magatartás tipikus formáinak megkülönböztetése, a munkaalkalmassághoz szükséges motoros képesség megállapítása, a vizsgáltaknak motoros készségük szerint való osztályozása, végül — sérült motoros funkciók esetén — a terápia lehetővé tétele.

A *személyiséget* vizsgáló módszerek az eddigieknél globálisabban, az egész személyiséget igyekeznek megismerni. Két főcsoportra osztják őket: az analitikusokra és a szintetikusokra. Az első csoportba tartoznak a *kérdőíves* próbák, például a *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MacKiney-Hathway, 1955); ez a fogyatékosoknál csak átalakítva alkalmazható. Gyermekekre és a fogyatékos gyermekek nagy részére is használható a „kérdések képekben" próba (Heuyer—Shentoub, 1955). Objektívabb metódusok a technikai próbák, Zazzo „barrage"-a (1948); ezek alkalmasak a pszichopatológiai típusok megkülönböztetésére is. Ezenkívül még sok más, nálunk kevéssé ismert eljárás van forgalomban.

A szintetikus személyiségpróbákat *projektív* teszteknek is szokták nevezni (Frank, 1948; Beslay, 1963), ezek a pszichés rendellenességek felderítésére is alkalmasak. Sokféle szempontból osztályozhatók aszerint, mi a kiindulási alapjuk.

Bender (1932, 1957) próbája geometriai formák másolásából áll. Célja a vizuomotoros strukturáltság funkciójának kiderítése; gyermekeknél ennek érettségét vizsgálja, felnőttnél kimutatja az organikus agyi sérülést (Morris, 1963).

Gondolkodási-séma (GS)-teszt. Horváth L. G. (1957, 1967) egyéniségvizsgáló eljárása, a projektív módszerek közé tartozik. Ezen az érzülettől irányított gondolkodási és állásfoglalási sémán Horváth L. G. azt az érzelmileg hangolt, sajátosan egyéni vélekedési módot, diszpozíciót érti, „amely cselekvésünket közvetlenül megelőzi, és amellyel az egyén az őt érő külső és belső ingerekre élete folyamán kialakult gondolkodási szokásai alapján általában egyformán válaszol." A GS ugyan a környezet és a társadalom hatása alatt alakul ki, időleges idegi kapcsolatokra épül, de viszonylagosan állandó reakciómód, mely jellemzi az egyént és alkalmas a diagnózisra. Horváth L. G. módszere elsősorban a cselekvést előkészítő és irányító gondolkodást vizsgálja. Eljárása a következő: a vizsgált személynek 40 emberi arcot ábrázoló képet mutatnak — vagy kevesebbet, a helyzet szerint — azzal a felszólítással, mondja meg, hogy a képen látott személy mire gondol, mi a szándéka, mit akar cselekedni? A felmutatott képek mint ingerek hatnak, reakciót, projekciót idéznek fel. A vizsgált személy leleplezi magát, feltárja *saját gondolkodási sémáját*, hajlamait, érzelmeit, problémáit, konfliktusait, világszemléletét. Horváth L. G. a beszédreakciók értékelésekor megkülönböztet *direkt* reakciót (türelmetlenség, elzárkózás, megjegyzések, kategorizálás, karakterizálás, egyéni leírás stb.) és *indirekt* reakciót (emocionális asszociáció, projekció, identifikáció stb.). A tünetek kiértékelése és a megfelelő pszichés dinamizmusokra való visszavezetés alapján *„egyéniségképet"* szerkeszt. Módszerét alkalmazta gyermekekre és felnőttekre, ép és kóros személyiségekre.

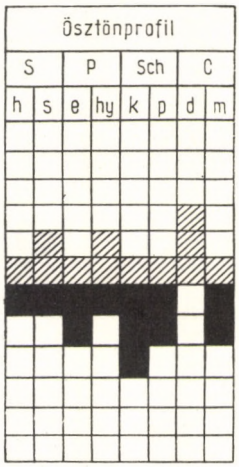
A *Szondi-féle ösztöndiagnosztikai teszt.* Szondi az *ösztönből* vezeti le az ember minden normális és patologikus életjelenségét. Az elmebetegség szerinte — minden súlyossági fokán és minden változatában — ösztönbetegség. Az elmélet ismertetése, amellyel Szondi vizsgáló módszerét magyarázza, itt nem kerül sorra, csak empirikusan kidolgozott diagnosztikai eljárása.

Ez a vizsgálat az egyénenként változó ösztönalkat és ösztönmechanizmus meghatározására szolgál. Igen egyszerű választáson alapszik. Az életben az ember sok ezer személy közül választja ki a vele „génrokon" egyént, vagyis azt, aki neki rokon-

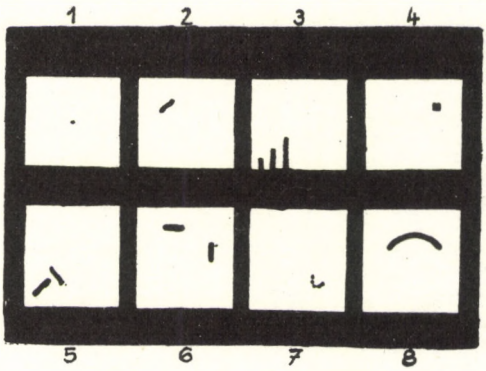
vagy ellenszenves. Az élő személyeket a vizsgálat fényképekkel helyettesíti. A vizsgált személynek hat sorozatból, sorozatonkint 8—8 fényképből kell kiválasztania két-két rokonszenvest és két-két ellenszenvest.

Hogy a hatás minél élesebb legyen, a fényképek súlyos elme- és ösztönbetegekről készültek, mint a különféle ösztönényezők legszélsőségesebb hordozóiról. Hat sorozat van, egy-egy sorozat nyolcféle ösztönbeteg képéből áll, a Szondi által felvett nyolcféle „ösztöntörekvés"-nek megfelelően.

A választások eredményét az „ösztönprofil" érzékelteti, az ösztöntendenciák grafikusan megjelenített ábrája. Egy személyről több, általában 10 profilt vesznek fel. A vizsgálat értékelése *empirikus úton* készült ugyan, de elméleti meggondolások is alátámasztják. A végeredmény képletből olvasható le, amelyhez alapos interpre-



33. ábra. „Ösztönprofil"



34. ábra. Wartegg-féle rajzteszt

táció járul. Ebből megállapítják, milyen az egyén ösztönalkata, s ez hogyan nyilvánul meg egész személyiségében. Az értelmesség fokára a kulturáltság és tehetség révén következtetnek. Egy „ösztönprofilt" mutatunk be (33. ábra).

A *Wartegg-féle rajzteszt* egy megadott grafikai inger feldolgozása grafikai kifejezés útján. Fekete alapon 8 négyszögletes fehér mező van. Mindegyik mezőben egy-két pont vagy vonal van előrajzolva, mindegyik más és más ösztönzést nyújt. A vizsgált személynek ezek felhasználásával valami rajzot kell komponálnia, illetve képpé kell kiegészítenie azokat (34. ábra).

Az értékelés többféle szempont szerint történik: a feldolgozás különféle módjai különféle fejlődési fokoknak felelnek meg. Következtetni lehet abból, hogy a vizsgált személy a megadott jelet *hogyan komponálja bele* a rajzába, hogyan veszi figyelembe: elhanyagolja-e, elfedi-e, belevonja-e, értelemmel tölti-e meg. Azután értékelik a rajzot a megadott jel *milyensége* és a mezőhöz való viszonyulása szempontjából is: az első mezőben például a megadott jel kicsi, központi, kisugárzó. A rajz *tartalmi mondandójából* pedig a vizsgált személy képzelet-gazdagságára, érdeklődési körére, alkotóerejére következtetnek, de elfojtott vágyaira, félelmeire is. A tapasztalat azt mutatja, hogy az eredményt befolyásolja a rajzképesség és a foglalkozás is, ezért az értékelésnek ezt is figyelembe kell vennie.

Mint a személyiség megismerésének egyik módját — főképp a munkaalkalmassági vizsgálatoknál — alkalmazzák a *fatesztet* (Koch, 1957). A vizsgált személy feladata egyszerű: rajzolnia kell egy fát (bármilyet, fenyő kivételével). A rajz technikai kivitelének és az ábrázolás „tartalmi" milyenségének (gyökérzet, törzs, lomb, virág,

gyümölcs stb.) elemzése és interpretációja alapján bizonyos korrelációt állapítanak meg a vizsgált személy intelligenciájára, affektivitására, karakterére, alkalmazkodóképességére vonatkozóan.

A *Rorschach-féle pszichodiagnosztika* talán a legrégibb és leginkább elterjedt személyiségvizsgáló módszer világszerte. RORSCHACH svájci elmeorvos dolgozta ki elmebetegek diagnosztizálására, eredményeiket az épek eredményeihez mérve. Tanítványai továbbfejlesztették a tesztet, s tág körű, de mégis viszonylag egzakt diagnosztikai módszert alkottak belőle. Tíz képből álló sorozat: a képek mindegyike voltaképpen szimmetrikus, elkent tintapacni, szürke-fekete vagy színes kombinációban. A képeket egyenként a vizsgált személy elé teszik azzal a felszólítással, mondja meg, mi lehet a kép, mire emlékezteti, mire hasonlít. Válaszait pontosan felírják, jelezve egy-egy válasz idejét, s a következő szempontok szerint értékelik:

Egésznek értelmezi-e az ábrát, vagy jól látható nagyobb *résznek*, vagy jelentéktelen apró *részletnek; formát* vagy *mozgást* lát-e benne, vagy a *színek* szerint értelmezi-e? Utóbbi esetben fontos az, hogy a forma dominál-e a szín fölött, vagy fordítva, vagy esetleg csak a szín befolyásolja válaszát. Megítélési szempont még az is, hogy *vulgáris-e* a válasza, azaz általában a vizsgáltak egyharmada azt mondja, vagy *originális* azaz csak igen ritkán adja valaki.

Továbbá: *tartalmilag* minek értelmezi az ábrát: embernek, ember részének, állatnak vagy részének, tárgynak, növénynek, és így tovább. Végül tekintetbe veszik a *vizsgálat idejét*, azaz mennyi idő jut egy feleletre, a *feleletek számát, az egymásutániságát*, a szukcessziót; és még sok részletkérdést.

Ezek az elemek világítják meg a vizsgált személy *felfogótípusát*, vagyis gondolkodási típusának a formális jellegét, és az *átélő (élmény)*-típusát, vagyis affektív életének milyenségét, s mindezek összegezésével *egész személyiségét*. Ezt a módszert mint személyiségvizsgáló eljárást használják tudományos kutatásnál éppúgy, mint gyakorlati célra, a különféle vizsgáló-állomásokon. Igen elterjedt a neuropszichiátria területén, főképp az organikus eredetű zavarok és a pszichoszomatikus megbetegedések differenciálására.

Többen foglalkoztak a metódus *gyermekek* számára való módosításával. ZULLIGER (1948, 1954) párhuzamos sorozatot állított össze. Ugyancsak ő három, illetve egy képpel kollektív vizsgálat számára csoportos tesztet alakított belőle *(Z-teszt)*.

A *„téma-tesztek"*-nek sokféle változatuk van. Kvantitatív értékelés nélküli projekciós, értelmező módszerek. Legismertebb közülük egy amerikai pszichiáter, MURRAY által összeállított képsorozat, a TAT (Tematic Apperception Test: téma értelmező vizsgálat). A 20—30 képből álló sorozatot egyenként a vizsgált személy elé teszik. Egy lap a sorozatban üres, fehér, a többi szürke-fekete árnyalatokban különféle bizonytalan, többértelmű, többféleképpen magyarázható helyzetet, jelenetet ábrázol.

A feladat az, hogy ezeket a helyzeteket történetekkel magyarázza a vizsgált személy. Azaz értelmezze, mit fejezhet ki a jelenet, mi történhetett, mit érezhetnek, gondolhatnak a képen ábrázolt személyek, mi várható, mi következhet ezután. Az üresre pedig találjon ki valami történetet.

A vizsgált személy *érzelmi életére és élményeire, egész affektivitására* vonatkozóan sok érdekes következtetésre lehet jutni abból, ahogyan a jeleneteket értelmezi: föltéve, ha egyéb pszichológiai eljárással már sikerült tisztázni a vizsgált személy körülményeit, élettörténetét. Mert természetesen a képekről mondott történetek nem tükrözik mindig magától értetődően a vizsgált belső életét vagy problémáit.

A jelenetek közül a legegyszerűbbek közé tartozik egy asztal mellett ülő, félig lehunyt szemű kisfiú képe, amint az asztalra könyököl. Előtte az asztalon hegedű, vonó és nyitott kotta. Interpretációja — az erős felszólító jelleg ellenére — igen változatos lehet. A képet magyarázzák úgy — történet keretében —, hogy a kisfiú nem szeret hegedülni és elaludt a lecke fölött; vagy úgy, hogy fényes jövőről álmodozik, amit mint nagy művész, majd elér; vagy hogy fáj a feje, és ezért nem tud gyakorolni — és még igen sokféleképpen.

A vizsgált személy vágyai, érdekei, érzései, konfliktusai, félelmei feltárásán kívül a vizsgálat rámutat a vizsgált aktív vagy passzív voltára, derülátó vagy borulátó gondolkodásmódjára. A történetek milyensége, élmény- és fantázia-gazdagsága — vagy sivársága, rendezettsége — és még sok egyéb megnyilvánulás — szintén lehetőséget nyújtanak a vizsgált személy komplexebb megismerésére. Kérdéses azonban, menynyire lehet megismerni a TAT által az élmények és cselekedetek *mélyebb, tudattalan*

motívumait. MEILI (1955) szerint ez a módszer is csak akkor nyújt megbízható eredményt, ha a vizsgáló alapos pszichológiai műveltséggel és sok speciális tapasztalattal rendelkezik. Ehhez a vizsgálati módhoz hasonló, rövidített formában VAN LENNEP eljárása. Szempontjai és értékelése ugyanaz, mint a TAT-é, azzal a különbséggel, hogy az eléje adott négy képről *összefüggő történetet* kell a vizsgált személynek kitalálnia.

Hasonló szellemben állítottak össze *gyermekek* vizsgálatára egy 10 képből álló sorozatot BELLAK L. és Sz. (1948). Ez a CAT (Children's Apperception-Test = gyermekek értelmező-próbája). A képek állatjeleneteket ábrázolnak, emberi szituációban. Például az egyik képen egy hatalmas oroszlán és egy pici egér van. A másikon kis csibék ülnek az asztal körül, háttérben a tyúkmama. Egy harmadikon egy kis nyuszi egyedül van a nagy, sötét szobában. A következőn két nagy mackó húz egy kötelet, az egyiknek segít egy kicsi mackó. A vizsgálat lefolytatása és értékelése az előzőkhöz hasonló, csupán egyszerűbb.

Vannak tesztek, ha ugyan még annak nevezhetők, amelyek a gyermek affektív élményvilágát és élethelyzetét „játékos" módon kívánják felderíteni. Mivel a gyermekek általában nagyon szeretnek szerepet játszani, sajátlagos játékszituációra adnak nekik alkalmat, azzal a céllal, hogy a gyermekek közben leleplezik belső életük tartalmát, konfliktusait.

Világ-játék. A gyermek apró alakokkal, kis tárgyakkal, házakkal, állatokkal, személyekkel saját elképzelése szerint felépítheti a „világot". (BÜHLER, 1941, 1955; MUCCHIELLI, 1960; hazánkban POLCZ A., 1962, 1966) diagnosztikai és terápiás célból foglalkozik ezzel a módszerrel.)

Ugyancsak diagnosztikus és gyógypedagógiai célra alkalmazzák a *bábjáték* bizonyos formáit (BERGMANN, 1962; KOVÁCS E., 1967).

A *szceno-teszt* babaszoba bútorokkal, babákkal, amelyekkel a gyermek eljátszhatja azokat a jeleneteket, amelyeket — feltételezhetően — a környezetben lát, vagy amelyek konfliktusait okozhatják (STAABS, 1955.)

A *pszichodrámával* alkalmat adnak nemcsak a gyermek konfliktusainak megnyilvánulására, hanem arra is, hogy katarzis útján esetleg megszabaduljon tőlük. A felsorolt diagnosztikai eljárások értékelése az elemző interpretáció.

Az utóbbi pszichodiagnosztikai eljárások, a *szó „klasszikus" értelmében* már nem nevezhetők „tesztnek": nem felelnek meg a teszt definíciójának. A szorosabb értelemben vett teszt jellegű vizsgáló módszerekkel szemben ezeknél nincs számszerű értékelés. Értékelésük magyarázó, értelmező, interpretáló: projekciós próbáknak is szokták ezeket nevezni. (A *„projekció"* kifejezést az irodalomban kétféle értelemben használják. Az ún. „strukturális projekció", amelyben az egyén olyanformán fejezi ki magát, mint a mimikájában, mozdulataiban, mint a *Wartegg-* vagy a *Rorschach-*tesztben. A szorosabb értelemben vett projekció az „affektív projekció", amikor az egyén öntudatlanul más személyekbe vetíti saját gondolatait, érzéseit vágyait, cselekedeteit, konfliktusait, mint ahogy például a tématesztekben.)

Meg kell említeni a *szociometriai eljárást*, amely egyaránt alkalmazható ép és fogyatékos személyekre. A vizsgáltak *társas kapcsolatainak* megismerésére szolgál. Sokféle változatban használják: a változatok MORENO módszerének variánsai.

A vizsgált személyeknek egy bizonyos társas körről, amelyben élnek, kell nyilatkozniok, indirekt módon: ki rokonszenves, ki ellenszenves közülük, kit becsülnek, ki közömbös.

Ezt a módszert nálunk MÉREI (1948) dolgozta fel iskolás gyermekekre — ILLYÉS—SZAKÁCS (1958) pedig vak óvodásokra — *szociogram-módszer* néven. Negyven kérdésből álló sorozatra kellett a gyermekeknek felelniök. Például: ki a legerősebb az osztályban, ki a leggyengébb, kiből lesz híres ember, ki verekszik legtöbbet, ki szeret téged a legjobban stb. E válaszokból kiderült, hogyan értékelik a tanulók társaikat. A feleletek alapján MÉREI gyakorisági táblázatokat, kölcsönösségi vázlatot, kölcsönösségi indexet és sűrűségi indexet szerkesztett. Az iskolai osztályok társas szerkezetében öt jól elkülöníthető típust talált. Ezek: halmaz-szerkezet, laza-szerkezet, egypontú széles peremű szerkezet, több-központú szerkezet és tömb-szerkezet. Ilyen módon elemezhető és jellemezhető egy csoport társas életének szerkezete.

A *mélylélektani irányzatok* elméletének ismertetésével az általános lélektan foglalkozik. Meg kell azonban említenünk a legismertebb *diagnosztikai* eljárásaikat. Ezek többnyire egyben terápiai célúak.

A *lélekelemzés* (pszichoanalízis) elsősorban FREUD nevéhez kapcsolódik. Kezdetben azt a gyógyító eljárást jelentette, amellyel a beteget tudattalan gyermekkori „traumatikus" élményei tudatosításával és „lereagálásával" mintegy „katarzis" útján kezelték. FREUD maga a módszerét neurózisok, fóbiák, kényszeres állapotok, jellemelváltozások, szexuális gátlások és elferdülések, hisztéria és bizonyos depressziók kezelésére tartotta alkalmasnak, illetve az ilyen bajokban szenvedőknek pszichológiai átnevelésére. A lélekelemzés *diagnosztikai eljárása* a szabad asszociáción alapul: a vizsgált személynek „el kell hagynia, el kell engednie" magát, s gondolkodás nélkül beszélnie, mindent ki kell mondania, ami csak eszébe jut. Az analízishez hozzátartozik az „álomfejtés", vagyis a vizsgált személy álmai szimbolikájának a felderítése is. A cél a tudatalatti, az elfojtott — a *konfliktust, traumát okozó — élmények felszínre hozása, elemzése, tudatosítása.*

FREUDnak, elméletének és módszerének nagy iskolája, sok híve, sok bírálója is volt és van. Az általa képviselt pszichológiai irányzat világszerte közismert, s kritikai értékelése a „neofreudizmus"-éval együtt — ma újra folyamatban van.

Az *individuál-pszichológiai* irányzat főként ADLER nevéhez fűződik. Nagy fontosságot tulajdonít a kóros pszichés jelenségek létrejöttében a külső tényezőknek, a családi környezetnek, sőt, közelebbről annak is, hogy a vizsgált személy a testvérsorban hányadik gyermek? Ebben keresi a „kisebbrendűségi" érzés, illetve *komplexus* (Minderwertigkeitsgefühl, illetve Minderwertigkeitskomplex = „miko") okát. Az egyén élete során maga is igyekszik *„kompenzálni":* egyensúlyba hozni valami módon állapotát, olykor ez sikerül, s jól beilleszkedik a közösségbe, máskor, „túlkompenzálja" a lelki sérülést, s ez még erősítheti kóros pszichés megnyilvánulásait. ADLER módszere a kóros lelkiállapot okainak feltárására — s az ebből következő gyógymódra — az analízisnek egy bizonyos módosított formája, egy bizonyos speciális „átnevelés".

JUNG nevét a köztudatban elsősorban tipológiája tette ismertté, a befelé forduló *(introvertált)* és a kifelé irányuló *(extravertált)* embertípus leírása és analízise. A mélylélektani irányzat, amelyet ő képvisel, lényegesen eltér az eredeti pszichoanalitikus elmélettől.

A lelki gátlások és konfliktusok felderítésére bevezette a diagnosztikába a *„kötött asszociációs"* módszert, amelyet „száz-szavas" módszernek is szoktak nevezni. A vizsgált személynek egymás után száz hívószót olvasnak fel, amelyek kezdetben egyszerűek és konkrétak, később egyre „nehezebbek" és elvontabbak. Ezek közé a szavak közé rejtik azokat, amelyekről az előző vizsgálatok alapján feltételezhető, hogy kapcsolatosak a vizsgált személy gátlásaival, konfliktusaival, traumáival. A válaszreakciókat felírják és idejét is pontosan mérik. Az értékelésnél tekintetbe veszik, hogy mennyi a vizsgált személy átlagideje, attól milyen kiugró eltérés van, s a válasza adekvát-e. A feltűnő eltéréseknél megvizsgálják, mi okozhatja (esetleg értelmi gyengeség vagy egyéb), s ha a többi ok kizárható, akkor tisztázni próbálják az affektívjellegű okokat.

Speciális pszichológiai módszerek. A különféle lélektani irányzatoknak igen sokféle diagnosztikai eljárásuk van még az ember megismerésére. Ezeket nem vesszük sorra, a fentebb meghatározott okok miatt.

Kérdésfeltevésünk most az: az ismertetett próbamódszerek közül *melyek alkalmazhatók a különféle fogyatékosokra, továbbá: változtatás nélkül vagy módosítva, azaz hogyan alkalmazhatók rájuk?*

Az ismertetett próbamódszerek egy része változtatás nélkül használható fogyatékosokra is, más része módosítást kíván. A *mozgásfogyatékosok* és a könnyebb *beszédhibások*, valamint az enyhébb *debilisek* vizsgálatára általában alkalmasak. Az intelligenciavizsgáló módszerek hozzásegítenek az *értelmi fogyatékosság* diagnosztizálásához *(Binet—Simon, Bühler—Hetzer, Wechsler—Bellevue*, felső fogalom vizsgálata, figyelem, emlékezet, mozgás, nyelvi-gondolkodás vizsgálata). A *süketek* és a *vakok* vizsgálatára azonban ezek a módszerek egészében nem alkalmasak. A vakokon elvégezhetők e módszerek verbális feladatai, a süketeken a performációs próbák: a többi feladat csak speciális átdolgozás, módosítás után.

Vannak olyan próbamódszerek is, amelyeket *különféle fogyatékosokra specializálva* állítottak össze. Ilyenek a süketek és a súlyosabb beszédhibások számára az ún. nem verbális vagy *„néma tesztek"*, azaz olyan próbák, amelyek megoldásához nem szükséges a beszéd, sőt némelyekhez a beszéd megértése sem, csupán a feladat megértése.

Legismertebb nem verbális módszer a *Snijders-Snijders—Oomen*-féle beszéd nélküli intelligencia-vizsgáló módszer, süketek és hallók számára. (SON = Snijders Oomen Nichtverbaler Intelligenztest). Valódi néma teszt, sem a beszélt, sem az írott nyelvet nem veszi igénybe. Hároméves kortól felnőttkorig használható. Különösen a klinikai pszichológiai vizsgálatoknál és a munkaalkalmasság megállapításánál alkalmazzák.

Négy próbasorból áll, amelyek mindegyike még két-két alcsoportra (Subtest) s azokon belül egyre nehezedő feladatokra tagozódik.

I. *Forma* — Térképzetek észlelése, elemzése és létrehozása.

II. *Összefüggések és szemléltetés* — Összefüggéseket kell felismerni, amelyek nem csupán figurálisak, hanem jelentés tartalmuk van.

III. *Absztrakció* — Megadott anyagból absztrahálni kell egy rendezési elvet és azt átvinni másik anyagra.

IV. *Közvetlen emlékezet* — Noha a szerző kétségesnek tartja, hogy a közvetlen emlékezet intelligenciát vizsgál-e, mégis bevette a próbák közé, mivel a tanítás számára fontos.

Értékelés: az IQ kiszámítható, de nem az IK/ÉK alapján, hanem a *Wechsler*-féle intelligencia-vizsgálat mintájára. A számítás két lépésben történik: a fejlettségi kor standard értékét (Subtestalter = SA), majd ennek középértékét számítják ki (Intelligenzalter = IA).

A beszéd fejlettségének megállapítására Borel—Maisonny (1963) összeállított egy vizsgálatsort. Kisgyermekek beszédnívójának meghatározására szolgál, a beszéd megindulása idejére. Egyéni vizsgálat.

Színes képeket mutatnak a gyermekeknek: a képeken a következő ábrák vannak: 1. kisfiú pórázon vezet egy kutyát, 2. egy gombolyag fonal, 3. gyermekpapucs, 4. három búzavirág, 4. két fekete kutya, 6. két macska, 7. két bögre, 8. két hattyú, 9. kisfiú háttal, poharat tart, 10. két mackó, 11. kislány felső része luftballonnal, 12. kisfiú lábtól lefelé, labdával, 13. Két pár cipő, fiókos szekrény alatt. *Kérdések:* Mi ez? (Mutasd meg a lábát, fejét stb.) Mire való? Mit csinál vele? Kié? (Mutasd a kicsit, a nagyot, a feketét stb.). Egyforma? Melyik szebb? Miért szebb? Melyik áll, melyik megy? Mi hiányzik? stb.

Értékelés: az első szempont a beszédmegértés tisztázása: mennyit ért meg a gyermek: csak szavakat vagy mondatokat is? Megállapítja, hogy melyik életkorban a beszédfejlettségnek milyen fokán van általában a gyermek. Például 18 hónapos korban megnevez néhány személyt, állatot, testrészt, ruhadarabot; 3 éves korban nagyságot, helyzetet (elől, hátul, fent, lent); 3 1/2 éves korban színt, 4 éves korban hasonlóságot, 4—5 éves korban különbséget. A hol? miért? mikor? kérdés már a 3. év betöltése előtt megjelenik. A beszédfejlődés folyamán a gyermek szavakat mond 18 hónapos korban, 2 éves korban agrammatikusan, torzítva, 3 éves korban helyesen beszél. Azonban ettől lefelé és fölfelé is lehetséges eltérés. Vidékiek általában lassabban tanulnak meg beszélni, mint a városiak, sőt vidékek szerint is lehet különbség: sok függ attól, hogy a környezet mennyit foglalkozik a gyermekkel, és végül egyéni különbségek is lehetnek.

Az előbbi szerző egy másik fajta — néma — tesztje másfél évestől 5 és fél éves gyermekek *szellemi nívójának* megállapítására szolgál.

A kisgyermek értelmességének fejlettségét nem a beszéde, hanem pszichomotoros aktivitása alapján ítéli meg. Mozgásos ügyességét mértani formák kiegészítése, kivarrás, kivágott formák összerakása, gyöngysornak üvegből való kiszedése, egymásba zárható fatojás szétszedése és összerakása, képek kiegészítése stb. útján vizsgálja. Ezekhez a próbákhoz csatlakozik az érzékszervek működésének vizsgálata is, az értelmesség próbáin kívüleső és külön értékelendő négy próbasor.

Borel—Maisonny (1963) a *tájékozódás, az ítélőképesség és a beszéd* vizsgálatára is összeállított egy speciális vizsgálómódot olyan 5 és fél évestől 9 éves gyermekek számára, akik a beszéd, az írás vagy a helyesírás zavarában szenvednek.

A próbák bizonyos részleges képességhiány megállapítását szolgálják, s csak a teljesség kedvéért tartalmazzák az értelmesség fejlettségére mutató ítélőképesség feladatait. A nem verbális próbák közt szerepelnek a tájékozódás motoros próbái, vizuális próbák, auditív próbák.

Borel—Maisonny *képességvizsgáló próbasort* is kidolgozott 5 és fél éves—10 éves gyermekekre.

A vizsgálati eljárás vizuális próbákból, taktilis és grafikus feladatokból, számok, színek, formák kombinációjának és zajok megkülönböztetésének próbáiból áll. Ezt a vizsgáló módszert kóros gyermekek vizsgálatára is használták, a beszédkésés, a vele született süketség, az értelmi elmaradottság, a dadogás és neurózisok eseteiben.

AZ ÉRTELMESSÉG FEJLETTSÉGÉNEK ÉS AZ ISMERETEK SZINTJÉNEK MEGÁLLAPÍTÁSA

Az intelligencia életfontosságú funkció. Ahhoz, hogy valaki az életben képes legyen önállóan boldogulni, bizonyos fokú és bizonyos fajta értelmességre van szüksége.

Bármilyen gyermeket hoznak tehát bármilyen panasszal kivizsgálásra, *értelmességének* milyenségét feltétlenül tisztázni kell. Ezért az erre vonatkozó vizsgáló eljárásokat külön kiemeljük és bővebben részletezzük. A könyv első részében szó volt az idegrendszeri károsodás és a funkcionális zavarok okozta tünetekről, illetve tünetcsoportokról, amelyek a károsodás súlyossága, megnyilvánulási ideje, helye szerint más és más fogyatékosság-formákban jelenhetnek meg.

Az idegrendszeri károsodás az orvostudomány mai eszközeivel sem mutatható ki minden esetben, a tünetek azonban akkor is fennállnak. Ezeket — a *szakorvos és a gyógypedagógus* egymással együttműködve — sokszor csak hosszas vizsgálatokkal tudják pontosan megállapítani. Ez a megállapítás a gyógypedagógus részéről a panasz, a jelenlegi állapot tisztázásával, az anamnézis adatainak feltárásával, az exploráció felvételével kezdődik; folytatódik a gyermek rajzainak, iskolai ismereteinek, egyéni és társas magatartásának megfigyelésével, beszédének, érzelmi és akarati életének vizsgálatával, iskolai és otthoni (családi) körülményeinek tanulmányozásával, mozgásos összerendezettségének, munkaképességének felderítésével, és befejeződik az így nyert adatoknak gondos összevetésével, elemzésével, a következtetések levonásával s a gyógypedagógiai diagnózissal.

Bizonyos esetekben a felsorolt vizsgáló eljárások mindegyike szükséges ahhoz, hogy a vizsgált személyről megállapíthassuk, *értelmileg ép-e* vagy *elmaradott*, vagy *egyoldalúan fejlett*, esetleg fogyatékos, illetve *milyen fokban* fogyatékos.

A vizsgáló módszerek között vannak azonban olyanok, amelyeknek *elsősorban* az a céljuk, hogy az *értelem fejlettségét* állapítsák meg, erre specifikusak. Alkalmazásukkor figyelemmel kell lenni arra, hogy a *szerzett ismeretek* és a *környezeti adottságok* erősen befolyásolják minden értelmességet vizsgáló metódus eredményét. A gyermek állapota szerint a következő eljárásokat alkalmazzuk diagnosztikai gyakorlatunkban: (a már említett teszteken kívül).

Vizsgálat alsó fokon: az utánzás alapján történő feladatvégzés, a *megnevezésre* történő feladatvégzés és a *kérdésre* történő feladatvégzés vizsgálati módja.

Pedagógiai vizsgálat: a gyermek iskolai ismereteinek tisztázása — az írás, olvasás, számfogalom terén, a gyermek tanulási módszere. *A gyermek általános tájékozottságának* megállapítása saját személyére, időre, térre vonakozóan.

Rajzvizsgálat: a rajzfejlettség menetének, fokának és fogyatékosság-formák szerinti sajátosságainak megállapítása.

Érzelmi színezetű beszélgetés: a gyermek beszédnívójának és reális, kritikai, valamint affektív gondolkodásszintjének meghatározására.

Önéletrajzíratás: a gyermek írásbeli kifejezőkészségének megismerésére.

Beszédvizsgálat: a gyermek szóbeli kifejező képességének és beszéde formai fejlettségének vizsgálatára.

Mindezeket a vizsgálatokat — szükség szerint — ki kell egészíteni a már leírt értelmességi próbamódszerekkel, illetve azoknak egy-egy részével. Főképpen az *elvont gondolkodás, az ítélőképesség, az emlékezet, a figyelem vizsgálataival.*

Vizsgálat alsó fokon

A gyógypedagógiai pszichológiai tanszéken a beiskolázatlan gyermekek értelmi fejlettségének vizsgálatára a gyermek állapotának megfelelő szinten, fokozódóan nehezedő feladatokból álló eljárást használunk. Az első, a legalacsonyabb fok az *utánzás* foka; a következő fokon a *beszédmegértésen* alapulnak a feladatok; a harmadik fok már a gyermek *beszédén* alapul.

Utánzás alapján történő feladatvégzés: ezt a legalacsonyabb fokú vizsgálatot beiskolázatlan süketeken, súlyos vagy hallónéma típusú értelmi fogyatékosokon és még a beszédtanulás kezdetén levő kisgyermekeken végezzük.

A feladatok megoldása az utánzáson alapul: mutatjuk, amit csinálnia kell, fokozódóan nehezebb követelmény elé állítva a gyermeket.

a) Mennyiség-egyeztetés,
b) színegyeztetés,
c) egyszerű mozgásformák utánzása,
d) testrészek megmutatása játékosan („testvázlat"-ismeret),
e) tárgy egyeztetése tárggyal,
f) tárgy egyeztetése képpel,
g) kép egyeztetése képpel („lottó-játék").

Megnevezésre történő feladatvégzés: kisgyermekkel, sükettel, értelmi fogyatékossal.

a) Megnevezett mennyiséggel való manipulálás („vegyél ki két pálcikát, adjál 3—4 stb. pálcikát" — lásd: Pedagógiai vizsgálat),
b) szín megmutatása megnevezésre,
c) egyszerű felszólítások végrehajtása,
d) testrészek megnevezésre történő megmutatása („mutasd meg a szemedet, orrodat stb."),
e) képfelismerés képeskönyvből: tárgyak, személyek, események megnevezésre való megmutatása.

Kérdésre történő megnevezés:

a) Mennyiségek megnevezése (lásd: Pedagógiai vizsgálat),
b) színek megnevezése felmutatásra,
c) testrészek megnevezése felszólításra,
d) környezetben levő tárgyak megnevezése,
e) képfelismerés, illetve képleírás.

PEDAGÓGIAI VIZSGÁLAT

Az iskolába járó gyermekek vizsgálatának fontos része a *pedagógiai vizsgálat.* A pedagógiai vizsgálattal azt igyekszünk megállapítani, hogy a gyermek ismeretei megfelelnek-e azoknak a követelményeknek, amelyeket az iskola támaszt vele szemben, mennyire sajátította el az elvégzett osztályok tudásanyagát. A gyermek iskolai tudásának számbavétele tehát arra vonatkozik, hogy mit tud a gyermek az oktatott tananyagból. Ha iskolai ismeretei nem felelnek meg a követelményeknek, az anamnézis, az exploráció, az orvosi vizsgálat és pedagógusok véleményének gondos elemzésével ki kell deríteni a meg nem felelés okát.

A teljesítmények rögzítésén kívül igen fontos megfigyelni azt, hogy a gyermek milyen megoldási móddal jutott el az általa nyújtott teljesítményhez. *A feladatok megoldási módjának gondos megfigyelésével tudunk segítséget kapni ahhoz, hogy a teljesítmény mögött álló értelmi képességre is következtessünk.* Ezért a vizsgálatok során azon a kérdésen kívül, hogy *mit old meg, mit tud, mit teljesít a gyermek,* ugyanolyan fontos, hogy *hogyan oldja meg* a feladatokat.

A megoldási mód és a teljesítmények mögött álló képességek vizsgálatához jó szempontot ad, ha az egyes próbákat a vizsgálat során megismételtetjük. Az analógiás helyzetekben való *feladatmegoldás* és gyakorlékonyság, illetve ennek hiánya is fontos adat az értelmi állapot megítélésében. Ugyanezt a célt szolgálja az is, ha a vizsgálati szituációban egy, a gyermek tudásszintjéhez és gondolkodási színvonalához alkalmazkodó új ismeretet próbálunk megmagyarázni, a vizsgálati helyzetben megtanítani. A gyermek gondolkodási sajátosságaira derül fény, ha ilyen formában vizsgáljuk egy ismeretanyag megértése és megtanulása során észlelhető jelenségeket. A gyermek értelmi állapotához ugyanis nemcsak az tartozik, hogy mi az elért teljesítmény szintje, hanem az is, hogy az elsajátított ismeretek segítségével *hogyan tud új feladatokat megoldani.* A vizsgálatok során tehát alkalmazzunk olyan feladatokat is, ahol a megoldást abból a szempontból figyeljük meg, hogy miként tudja a gyermek felhasználni a vizsgáló személy által nyújtott segítséget. Vigotszkij vizsgálataiból ismerjük a „legközelebbi fejlődési zóna' elvét. Ez azt jelenti, hogy a gyermek azokat a feladatokat, amelyeket most még nem tud önállóan megoldani, a pedagógus (vizsgáló személy) által nyújtott segítséggel meg tudja oldani akkor, ha ezeknek a feladatoknak a megoldására való képessége a közeljövőben fog kifejlődni, vagyis a legközelebbi fejlődési zónába esik. Az értelmi fogyatékos gyermekekre jellemző, hogy ez a legközelebbi fejlődési zónájuk szűk, s ezért, nehezen tudják felhasználni a nyújtott segítséget.

Az értelmességet kutató pszichológiai vizsgálatok feladatainak s próbáinak az összeállításánál általában olyan szemlélet érvényesül, hogy az értelmességet az iskolai ismeretanyagtól független feladatokkal tartják célszerűnek vizsgálni. Ezzel akarják elkerülni az iskolai ismeretanyag egyszerű reprodukálását, mely a vizsgálót megtévesztheti. Ebben az esetben ugyanis nem annyira a gyermek gondolkodási színvonalát, hanem emlékezetműködését ismerik meg. Miután pedig az értelmesség kritériuma az új helyzetben való boldogulás, a vizsgálati szituációt is ilyen új helyzetté kell alakítani.

Mindezen szempontok helyességének elismerése mellett szükséges azonban rámutatni arra, hogy az iskolai ismeretanyag teljes mellőzése a vizsgálat során nem helyes. A gyermek értelmi képességei, gondolkodása az oktatás folyamatában fejlődnek, és ebben a fejlődésben az oktatott ismeretanyagnak nagy jelentősége van.

Az iskolai ismeretanyagtól való függetlenülés az intelligencia-vizsgálatokban a fent említett jogos körülményeken kívül azzal is összefügg, hogy nem ismerték fel kellően az értelmi fejlődésben az ismeretanyag fejlesztő hatását. Ezt felismerve, mi nagyobb jelentőséget tulajdonítunk vizsgálatainkban az iskolai tudásanyag számbavételének, mint az a pszichológiai vizsgálatokban egyébként szokásos.

A pedagógiai vizsgálat során nagyon sok lehetőség van az iskolai tudásanyag számbavételén kívül a gyermek gondolkodásmódjának, értelmi képességének, intelligenciájának megismerésére is.

A pedagógiai vizsgálathoz elsősorban a számfogalom fejlettsége és a számtani gondolkodás vizsgálata, valamint az írás és olvasás vizsgálata tartozik. Ide soroltuk azonban a még iskolába nem járó gyermekek számfogalmi fejlettségének vizsgálatát is, valamint az általános tájékozottság megismerését is, ami az értelmesség vizsgálatának igen fontos része.

A számfogalmi fejlettség és számtani gondolkodás vizsgálata. A számtani gondolkodás általában összefügg az általános intelligenciával, ennek mintegy egyik kifejeződése, jellegzetes megnyilvánulása. Ez az összefüggés azonban csak nagy általánosságban érvényes, és gyakran *előfordul, hogy az általános intelligencia és a számtani gondolkodás egymástól függetlenül különböző fejlettséget mutat.* Ha az elsőként említett összefüggést vesszük figyelembe, akkor érthető, hogy az általános intelligencia csökkenése, fogyatékossága rendszerint tükröződik a számfogalmi fejlettség gyengeségében, a számtani gondolkodás korlátozottságában, megnehezült formájában. A diagnosztikus munka szempontjából megfordítva a jelenséget: a számfogalmi fejlettség gyengeségéből, a számtani gondolkodás zavarából vagy hiányából következtethetünk értelmi fogyatékosságra. Mindig figyelembe kell venni azonban azt, hogy ez is csak részadat, amely önmagában semmit sem jelent, és csak a többi adattal együtt értékelhető. Ennek ellenére nagyon fontos a számtani gondolkodás körültekintő, alapos vizsgálata az értelmesség diagnosztikájában, noha, mint már említettük, a számtani gondolkodás és az általános értelmesség fejlettsége nem mindig függ össze egymással, hiszen lehet a számolási gyengeség csak parciális kiesés is.

Ha egy gyermeknél a vizsgálat során — még a számfogalmak vizsgálata előtt — gondolkodásbeli fejletlenség mutatkozik, akkor a ténylegesen betöltött életkortól és a látogatott osztályfoktól függetlenül olyan alacsony szinten kezdjük a vizsgálatot, amelynek pozitív teljesítését feltételezzük.

Ezzel elérhetjük azt — ami a vizsgálat további eredményessége szempontjából igen lényeges —, hogy a gyermekeknek kezdetben sikerélményük lesz a feladatok megoldásában. Ezután fokozatosan nehezítjük a feladatokat, és amikor meggyőződtünk arról, hogy meddig terjednek a gyermek számtani ismeretei és készségei, befejezésül újra olyan feladatokat adunk, amelyeket jól meg tud oldani. Fontos, hogy a gyermeket mindig a legmagasabb teljesítményre késztessük, hogy lássuk a teljesítményei felső határát.

Kiértékelési szempontok a vizsgálatokhoz. A beiskolázás előtt álló épértelmű 6—7 éves gyermek mennyiséget 5-ös körben problémamentesen egyeztet, 10-es körben a feladatot egyenkénti hozzásorolással oldja meg. Egyet, kettőt, hármat és sok esetben ennél nagyobb mennyiséget akusztikai úton is felfog és visszaad, egyszerű ritmust visszaad. Mechanikusan 10-ig vagy néha azon felül is számlál, 5-ös körön belül mennyiséget problémamentesen megszámol, a végén tisztában van a számlált mennyiséggel. Ez utóbbinál és a körberakott megszámlálásánál infantilis és gyengébben fejlett gyermekek még bizonytalanok. Hármas körben a mennyiséget globálisan is felismeri. A 6—7. életévben kezd kialakulni a mennyiség állandóságának foka, ami azt jelenti, hogy a gyermeket a forma és kiterjedés nem téveszti meg a mennyiség megítélésében. Infantilis gyermekek ezt a fokot gyakran később érik el. A debilis gyermekeknél a funkciók csak évekkel később és rendszerint nagyon sok foglalkozás, gyakorlás után alakulnak ki.

A debilisek másik eltérése a normálistól, hogy amíg a normális gyermekeknek óvodás korban rendszerint örömet jelent a számokkal való ismerkedés és a mennyiségekkel való manipulálás (legtöbbször a gyermek maga kezdeményezi), addig a debilis gyermekek maguktól nem érdeklődnek a számok és mennyiségi viszonyok iránt. Ha pedig tanítani kezdik őket, akkor ezt a foglalkozást unják, még a szülőnek is feltűnik, hogy a gyermek nem gyakorlékony, egyik alkalomtól a másikig elfelejti a tanultakat. Néha meglepően jó mechanikus emlékezettel jegyzik meg a debilis gyermekek a számsor tagjait, de a visszafelé való számlálás megoldhatatlan nehézséget jelent számukra. A megszámlált mennyiségről nem tudják, hogy mennyi, a különálló csoportba rakott mennyiségek összeszámlálása is nehézségbe ütközik. A kisóvodás korra jellemző inadekvát számnévhasználat náluk még 6—7 éves korban is elég általános.

Imbecillisek hat-hétéves korig a számfogalmakat nem alakítják ki, mennyiségélményük nincs. Hét-nyolcéves korban nagyjából képesek 3-as vagy 5-ös körben mennyiség egyeztetésére, a fejlettebbek 3-as körben megnevezett mennyiség kirakására, de még nyolcéves korban is nehézséget jelent számukra a mennyiségek megnevezése.

A meghatározott számtól meghatározott számig való számláltatás egyúttal figyelemvizsgálati célokra is alkalmas. Az épértelmű I. osztályos gyermekeknek általában már nem okoz különösebb nehézséget a visszafelé való számlálás. Az *inverz műveletekre való képtelenség debilis gondolkodásmódra utal.*

Az olvasás vizsgálata. Az olvasás vizsgálata is fontos része a pedagógiai vizsgálatnak. Az olvasás elsajátítása terén fennálló nehézségek, zavarok többféle okból származnak, és nem szükségszerűen értelmi fogyatékossággal függnek össze, mert jó vagy elégséges értelmi képesség mellett is felléphet olvasási zavar, diszlexia. Differenciáldiagnosztikai szempontból is fontos tehát ez a vizsgálat. Gyógypedagógiai oktatásra szoruló gyermekeknél pedig támpontot ad az osztálybesoroláshoz.

Az olvasástanítás eredményességét befolyásolják:

1. a gyermek értelmi képességei,
2. beszéde, beszédének mind alaki, mind tartalmi tényezői (az olvasástanítást igen megnehezítik a beszédhibák és a szegényes szókincs is),

3. a gyermek érzékszerveinek állapota (esetleges látás- vagy hallászavar),
4. nehézségek állhatnak elő átállított balkezes gyermekeknél, vagy akiknél a kéz- és szemdominancia között eltérés van (például a gyermek a bal kezének és jobb szemének működésére támaszkodik),
5. a gyermek figyelme,
6. az olvasási órákon való részvétele (hosszas vagy gyakori mulasztások),
7. a tanítási módszer helyes vagy helytelen alkalmazása,
8. familiáris tényezők.

Az olvasás vizsgálatában két szempont vezet bennünket:

1. Követett-e el olvasási hibákat?
2. Felfogta-e a szöveg gondolati tartalmát?

Az írás vizsgálata. Az írás a beszédben kifejezett gondolati tartalmainkat vizuális jelekkel rögzíti.

Az írás vizsgálata is több szempont szerint történik:

1. Hogyan alakítja a gyermek a betűket?
2. Hozzá tudja-e kapcsolni őket az egyes beszédhangokhoz?
3. Tudja-e velük jelölni a szó vagy a mondat hangsorát?
4. Ki tud-e gondolati tartalmat is fejezni az írással, tehát felfedezte-e az írás jelentésrögzítő, közlő jellegét, és tud-e vele élni?
5. A szavak, mondatok megjelölése az anyanyelv helyesírási szabályai szerint történt-e?

A fenti kérdésekre a választ a másolás, diktálásra való írás és a fogalmazások elemzéseivel szoktuk vizsgálni. A valódi írás, amely az írás összes funkcióit magában foglalja, a fogalmazás. Ezt tulajdonképpen csak a III. osztálytól felfelé vizsgálhatjuk. Leegyszerűsítve (szófogalmazás) megkísérelhetjük alsóbb fokon is. (Lásd részletesebben az 1967-ben megjelent *Gyógypedagógiai áthelyezési útmutató* c. kiadványt és MEIXNER (1968) művét).

AZ ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZOTTSÁG VIZSGÁLATA

Az általános tájékozottság vizsgálata minden intelligencia-vizsgálatnak fontos része. Ez a gyűjtőfogalma azoknak a kérdéseknek, amelyek a gyermek tájékozottságát vizsgálják a hétköznapi élet ismeretei területén, a családi-időbeli orientációban, a pénzhasználat stb. vonatkozásában.

Ez a vizsgálat nehezen különíthető el a gondolkodás-vizsgálattól, és annak tulajdonképpen egyik része. Különösen akkor, amikor bizonyos reláció-felismerés, illetve viszonyítási képesség szükséges az egyes ismeretek élethelyzetben való alkalmazásához. Bizonyos értelemben tehát az ismeretek alkalmazását is vizsgálhatjuk vele. Előnye, hogy a gyermekhez közelálló kérdései miatt beszélgetésszerűen folytatható le, egyúttal a beszédvizsgálathoz is jó alkalmat nyújt, valamint lehetőséget ad, hogy szükség esetén az érzelmi élet megismerését célzó vizsgálatok valamelyik kérdéséhez kapcsolódjék.

A vizsgálat során alkalmazott feladatok kiválasztásának szempontjai. Azt, hogy melyik életkorra milyen kérdéstípus alkalmas — vagyis melyik az az életkor, amelyben a kérdés az épértelmű gyermekek nagy többségének sem nem túl könnyű, sem nem túl nehéz — több forrásból ismerjük.

Eldöntéséhez a gyermeklélektani ismeretek szolgálnak alapul. Nagy általánosságban tudjuk, hogy a gyermekek többsége az egyes életkorokban mit tud és hogy milyen minőségűek ismereteik.

Tájékozódhatunk a kérdések összeállításakor abból is, hogy *ugyanezeknek a témaköröknek a tanítását hol irányozza elő a tanterv, és milyen mélységben dolgozza fel.* Például óvodai foglalkozásokon is sok általános tájékozottsághoz tartozó kérdést tárgyalnak, az általános iskolai környezetismereti és olvasás órák anyagában pedig ennek a területnek szinte minden lényeges kérdése szerepel. Azt azonban tekintetbe kell venni, hogy a gyermek mennyire vett részt az iskolai oktatásban, és csak a már régebben tanult anyagot kérhetjük számon.

A harmadik forrás, ahonnan a vizsgálati kérdések időbeni követelményeiről tájékozódhatunk, az *intelligencia-tesztvizsgálatok.* Ezek jól eligazítanak abban a kérdésben, hogy milyen életkorban milyen kérdést használhatunk.

A saját személyre és a családi adatokra vonatkozó ismeretek. Alacsonyabb szinten itt tisztázzuk azt, hogy a gyermek *testvázlat*-képe hogyan alakult ki.

A testrészek megnevezésre történő megmutatása, illetve megneveztetése útján történhet ez a vizsgálat.

Név: Hogy hívnak?
Kor: Hány éves vagy?
Születési év: Mikor születtél?
Apa neve: foglalkozása:
Anya neve: (esetleg leánykori név), foglalkozása:
Hány testvéred van? Nevük?
A testvérednek hány testvére van? (Az egyik testvért nevén nevezzük.)
Hányan vagytok otthon testvérek?
Lakás: Hol laksz? (Nagyobbaknál kerület, megye stb.)
Iskola: Melyik iskolába jársz? (Esetleg a tanítóméni neve.)
Magyarázd meg, hogy a nagymama kije apukának; a testvéred kije apukádnak?

Kiértékelési szempontok. Attól függően, hogy milyen korú és milyen fejlettségű a gyermek, mélyítjük a kérdéseket. Például hány éves vagy és mikor születtél? E kérdéseket iskoláskorban már kapcsolatba lehet hozni egymással. Ha a gyermek még nem is tudja a pontos születési dátumát, 6—7 éves korban már rá kell jöjjön arra az összefüggésre, hogy ha ő hat éves, akkor hat évvel ezelőtt született. — Leszel vagy elmúltál X éves? kérdés is alkalmas ennek a problémának a mélyítésére, különösen ha látjuk, hogy a vizsgálati időponthoz közel esik a születésnapja. A testvér reláció tisztázása igen alkalmas a viszonyítási képesség felderítésére. 7—8 éves koron túl az épértelmű gyermeknek általában nem okoz problémát az, hogy ha neki — mondjuk — két testvére van, akkor a testvérének is két testvére van, és együtt hárman vannak testvérek. A szülők foglalkozásának megnevezésénél is az életkortól függően várunk egyszerű tevékenység-megnevezést vagy pontos szakma és munkahely megnevezést. 8—9 éves korban a gyermekek megmondják, hogy a nagymama valamelyik szülő anyja.

Debilis gyermekeknél az általános tájékozottság kérdéseinél a nehézséget abban látjuk, hogy a mechanikusan megtanult adatok egymásra vonatkoztatását nem tudják megoldani. A náluk fiatalabb korú gyermekek színvonalán állnak, ismereteik gyakran hiányosak saját személyükre és családjukra vonatkozóan.

Állami gondozott és környezetileg elhanyagolt gyermekek vizsgálatakor vegyük figyelembe, hogy a saját személyre és az általános tájékozottságra vonatkozó ismereteik általában elmaradottabbak. Ez részben az ez irányú foglalkoztatás hiányával magyarázható és azzal, hogy környezetük is alig tud róluk valamit. A családi kapcsolatok hiánya pedig rendszerint magával hozza a relációkban való gondolkodás zavarát is.

A rendezetlen családi viszonyok között élő gyermekek válaszainak értékelésében is óvatosan kell eljárni. Kétféle apa vagy anya és testvér igen megnehezíti még 8—9 éves gyermek esetében is a családi kapcsolatok helyes áttekintését.

Imbecillis gyermeknél még 8—9 éves korban is csak mechanikusan megtanult, szórványos, gyakran a kérdéshez nem adekvátan kapcsolódó ismereteket találunk.

Az időbeli tájékozottság vizsgálata.

A napszak ismerete: Mi van most, délelőtt vagy délután? (Ne azt a napszakot kérdezzük utoljára, amikor a vizsgálat történik.)

A napszak jellemzése: Mondd el, miből látod, hogy reggel van, este van, dél van stb. (Ha csak tevékenységet jelöl meg a gyermek, például: este akkor van, amikor lefekszünk stb. — akkor kérdezhetjük tovább, hogy milyen az este stb.)

A hét napjai: Milyen nap van ma? A hét napjai sorban? Visszafelé, illetve viszonyítással: milyen nap van a csütörtök előtt, a vasárnap után? Milyen nap volt tegnap, tegnapelőtt, milyen nap lesz holnap, holnapután?

A mai nap dátuma: Hányadika van ma?

A hónapok nevei: Egy évben hány hónap van?

Az évszakok ismerete: Hány évszak van? (Ha nem ismeri a gyermek az évszak fogalmát, elkezdjük sorolni, tudja-e folytatni).

Az évszakok jellemzése: Meséld, el milyen az ősz, mikor van karácsony, húsvét?

A hónapok évszakok szerint: Téli-nyári hónapok?

Az óra ismerete: (számlapos, állítható órán különböző idők leolvasása).

Kiértékelési szempontok. A fenti ismeretek nélkülözhetetlenek a hétköznapi életben való boldoguláshoz. Éppen ezért az iskolán kívüli életben is sokat szerepelnek, szinte „ráragadnak" a környezetében érdeklődéssel élő gyermekre. Az így elsajátított ismereteket azután az iskola rendszerezi. Ha arra vagyunk kíváncsiak, hogy mennyit tud a gyermek az iskolában tanultakból, akkor tovább mélyítjük a kérdéseket. Például: Egy évben hány nap van, hány hét, mi a szökőév, egy nap hány óra stb. (II., III. o.) Az időbeli tájékozottság kérdéseinél is fontos az egymásra vonatkoztatás. Ha a gyermek tudja, hogy egy évben hány évszak és hány hónap van, akkor — ha jól gondolkodik — II. osztályos korától problémamentesen rájön arra, hogy egy évszakban hány hónap van. Az ép értelmű gyermek gyakran hamarabb rájön erre, mint ahogy az iskolában a bennfoglalást ténylegesen tanulja.

Debilis gondolkodásmódra vall, ha a gyermek 7—8 éves korban egy felsorolás megfordítását képtelen megoldani, vagy ha a legegyszerűbb viszonyításnál megakad.

Imbecillis gyermekek az első kérdéseket kivéve, még 10 éves koron túl sem adnak helyes válaszokat.

A pénzfelismerés, pénzváltás és a pénz értékéről való ismeret vizsgálata egyformán része az általános tájékozottság és a számolás vizsgálatának is.

Szintén olyan tudás, amely a mindennapi életből is ismerős, és amelynek gyakorlása az iskolában is állandóan szerepel.

Már óvodáskorban tudja a gyermek, hogy a forint többet ér, mint a fillér, és a papírpénz többet, mint az érme.

I. osztályos korában a gyermeknek tisztában kell lennie a forint és fillér viszonyával, de pénzváltási feladatokat csak V. osztályos kortól kezdve adjunk. A pénzváltás és visszaadás műveletét az ép értelmű gyermek megérti akkor is, ha a kiszámítás még nehézséget okoz.

A RAJZVIZSGÁLAT

A rajz mint diagnosztikai eszköz. A szakirodalomban — az orvosiban, pedagógiaiban, pszichológiaiban és gyógypedagógiaiban egyaránt — már hosszabb ideje közismert, hogy a gyermeki — vagy akár a fiatalkori — rajz milyen diagnosztikai értékkel bírhat. „A gyermek tevékenységének egy másik területét mutatja meg, amely nem elvont és verbális, hanem térbeli és plasztikus" — írja WALLON (1950). NAGY LÁSZLÓ (1905) szerint a rajzból, éppúgy mint a taglejtésekből vagy a beszédből s az írásból, jogosan következtethetünk a gyermek lelki jelenségeinek fejlettségére, természetére, tartalmára. A rajz a gyermek egyfajta kifejezési módja. Megállapították, hogy a gyermekrajz fejlődési fokozatai együtthaladnak a gyermek általános szellemi fejlődésével, s eredetileg ebből merült fel a gondolat, nem lehetne-e a gyermek rajzát *fejlődése mércéjéül*, vagyis diagnosztikailag felhasználni? A járás kezdetének, a beszéd megindulásának idején kezd a gyermek firkálni, nem is mindig ceruzával papírra, hanem ujjával, pálcikával vagy más eszközzel porba, falra, bútorra, ablakra: ez tulajdonképpen éppúgy *funkcióöröm*, mint a beszédszervek mozgatása, gyakorlása. *Zárt forma* ábrázolására azon a fejlődési fokon tér át, amikor maga is megkülönbözteti magát más egyénektől, maga is „zárt lény" lesz, körülbelül hároméves korban. S ahogyan a gyermeknek lassanként kiépül saját egyénisége, rajzaiban is fokról-fokra fejlődik. Az emberábrázolása és egyéb rajza eleinte *sematikus*, később *valóságszerű*, *természetszerű* lesz. A párhuzam a gyermek fejlődése és rajzának fejlődése közt tovább nem folytatódik, a pubertás a rajzfejlődésben többnyire visszaesést okoz. Utána a rajzolási kedv alábbhagy, vagy teljesen el is marad; kivételek azok, akiknek képességük, tehetségük van a grafikus ábrázoláshoz. A későbbiekben tehát a rajz már nem az ifjú vagy felnőtt szellemi fejlettségét fedi fel elsősorban, de továbbra is hozzásegít a személyiségnek, különösen a személyiség pszichodinamikájának megismeréséhez. A gyermek *fejlettségi* fokának (és nem elsősorban intelligencia szintjének), valamint *rajzbeli* fejlettségi fokának ez a párhuzamossága arra késztetett néhány kutatót, hogy standardizálás útján *rajztesztet* szerkesszen. Megállapították a „grafikus kort"; közülük WINTSCH, FAY és GOODENOUGH nevét említjük; az utóbbi metódusát a próbamódszerek közt ismertettük. A rajztesszttel, mint az értelmi fejlettség fokmérőjével más kutatók szerint óvatosan kell bánni. Igen jó tájékoztató ugyan, de a gyermek értelmi fejlettsége, fejlődési vonala és személyisége megállapításának csak egyik *segédeszköze* lehet. Jól felhasználható metódus a fogyatékosok különféle csoportjainak vizsgálatában is.

A rajzkészség fejlődése. A Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola gyógypedagógiai pszichológiai tanszékén kiterjedt rajzvizsgálatok folytak, épeken és fogyatékosokon egyaránt, JANKOVICHNÉ vezetésével. Az évek folyamán összegyűlt anyagot több tanulmányban dolgozta fel. Mintegy tizennégyezer személy rajza van birtokunkban. Ezek mindegyike több részfeladatot foglal magába. A rajzfelvétel és a feldolgozás munkája még egyre folyik.

A rajzfejlődés kezdete felől a kutatók véleménye megoszlik. A gyermek gyakorlatilag akkor kezd rajzolni, amikor az első szándékos vonalat húzza. WINTSCH (1950) szerint 20 hónapos korban, PRUDHOMMEAU (1947, 1948) szerint már 11 hónapos korban képes rá. NAVILLE (1950) ezt az időpontot 10—12 hónapos korra teszi. A rajzfejlődés menetében általában három-négy szakaszt különböztetnek meg.

A rajzok feldolgozásában a fejlődési szakaszokat NAGY LÁSZLÓ (1905) felosztásából vesszük át. Ezek:

a) az *alaktalan vagy amorf firka kora*, kb. 3 éves korig;
b) a *képzeletszerű rajzolás* foka 3—10 éves korban és
c) a *jelenségszerű vagy természetszerű* ábrázolás 10—13 évig.



35. ábra. Balról jobbra: 18 hónapos kislány: gomolyag-firka; 28 hónapos kislány: lengővonalas firka; 27 hónapos kisfiú: zárt firka

Az alaktalan firka kora. Ahogy a már említett kutatók is megállapították, ez a mozgásöröm, a ritmus-, a funkcióöröm kora. A firka lehet *erőssége* szerint erős vagy gyenge nyomatékú; *biztonsága* szerint réveteg, elmosódott vagy határozott, lendületes; végül *alakja* szerint vonalas, körkörös, csigaszerű, gomolyagos, írásutánzó stb. „Tartalmilag" már ebben a korban is kifejezhet valamit: a gyermek már magyarázhatja, mit ábrázol a rajza, akár előre megmondja, mit akar rajzolni, akár utólag (35. ábra).

A firka 2 és fél—3 éves korban átmegy a zárt formába: alakja körülírt, elhatárolt lesz. Legtöbbször ez egyúttal már az emberábrázolás kezdeti foka. Az első forma, amit a gyermekek rajzolni akarnak: a *„bácsi"*. Épp ezért a gyermeki rajzokkal foglalkozó kutatók a rajzi fejlődést az emberi alakon szemléltetik.

A képzeletszerű rajzolás kora. Előbb az ember „szétszórt képe" jelenik meg, azután a fej-láb, majd a törzs-fej-láb alak. Ez mindinkább felismerhető,

mindinkább „ember" lesz. Eleinte még csak vonalakból, úgynevezett *egyvonalas* alakban, majd *körvonalas* formában is.

Az ábrázolás ebben a korban a gyermeknél *sematikus:* szinte mereven, egyformán úgy ábrázolja a dolgokat, ahogyan tudja, hogy vannak, tehát nem úgy, ahogyan látja azokat. Erre a korra jellemző a rajzbeli *aránytalanság:* a virág akkora, mint a fa, a gyermek nagyobb, mint a ház; és az *átlátszóság:* a házban látszik a bútor, a sonka, a kolbász; a lovasnak a ló túlsó oldalán levő lába (36. ábra, a, b).



36. á b r a. Aránytalanság, átlátszóság ép gyermek rajzában: *a)* 7;2 éves leány: aránytalanság; *b)* 9 éves fiú: átlátszóság



37. á b r a. A „néni" ábrázolásának fejlődése ép gyermek rajzában. Balról jobbra: 3;1, 5,2, 10;4 és 14 éves gyermek rajza

Mindinkább megjelenik a ruházat is, egyelőre a két nem jellegének megkülönböztetése nélkül, majd egyre jobban fel lehet ismerni a „bácsi"-t és a „néni"-t; sőt a felnőtt és a gyermek közti különbséget. Kialakul a profilbanrajzolás is (37. ábra).

Ebben a szakaszban tartalmilag is egyre gazdagodnak a gyermekrajzok. Kifejlődik az eseményábrázolás, a jelenetek, tájak rajzolása. Így jut el a

„logikai realizmus" korából a „vizuális realizmus" korába (LUQUET, 1927), a rajzfejlődés harmadik szakaszába, a *jelenségszerű, illetve természetszerű* ábrázolás korába. Ezen a fejlődési fokon a gyermek már alapos megfigyelés alapján rajzol. A valóságnak, az őt körülvevő dolgoknak megfelelően, aprólékosan, részletesen, úgy, ahogyan *látszanak* a dolgok. Ilyenkor nagyon szívesen *másol* is. Megjelenik a *perspektíva* (38. ábra, a, b).



38. ábra. *a)* Kezdődő perspektíva; *b)* kezdődő látszat-rajzolás

Mivel az átlaggyermek ítélőképessége egyre élesedik, de a grafikus kifejező képessége ezzel nem halad párhuzamosan, elmegy a kedve a rajzolástól. Csak azok rajzolnak tovább, akik pályájukon kívánják rajzkészségüket érvényesíteni.

A nemek közti különbség. A nemek közti különbség a fejlődés első szakában még nem tűnik elő határozottan. A második szakaszban először tartalmi jegyekben jelentkezik: a fiúk közlekedési eszközöket, harci jeleneteket rajzolnak szívesebben, a lányok házat, szobát, virágot, tájat és szépen felöltöztetett lányokat (39. ábra).

Általános iskolások összehasonlító vizsgálataiból kitűnt, hogy fiúk közlekedési eszközt 24,5%-ban, lányok 3%-ban, harci jelenetet fiúk 23%-ban rajzoltak, lányok közül egy sem, házat, bútort, tájat és virágot viszont a lányok 40%-ban rajzoltak, a fiúk csak 14%-ban (40. ábra).

Erzelmi, hangulati és karakter-jegyek is leolvashatók a gyermek rajzaiból. Megfigyelések és kísérletek szerint feltűnő különbség mutatkozik a félénk, szelíd, engedékeny gyermekek és a merész, erőszakos gyermekek közt a *színezésben:* a félénk gyermekek 82%-a halvány vonalakkal, halvány színekkel rajzolnak, az erőszakosak 60%-a erőssel, rikítóval.



39. á b r a. 12 éves kislány „szabad" rajza



40. á b r a. 12 éves fiú „szabad" rajza

Jelentőséget tulajdonítanak annak is, hogy a gyermekek „mosolygó" vagy „szomorú" arcokat rajzolnak-e, továbbá, hogy alakjaik *mozgásban* vannak-e, vagy merevek.

A gyermek tulajdonságaira lehet következtetni abból is, hogy a gyermek rajza *hogyan tölti be* a papírlapot: ez, a tapasztalatok szerint, a gyermeknek a külvilághoz való alkalmazkodását jelképezné. A kiegyensúlyozott kapcsolat jele a papírfelületen harmonikus, szabályos rajzi elrendezésben mutatkozik meg. A szorongó gyermekek rajza sok esetben egészen pici, a papírnak csak a szélére rajzolnak. Ezzel szemben az olyan gyermekek, akik szeretnek előtérbe kerülni, az egész felületet kitöltik.

A *vonalvezetés* módja is jellemző lehet a gyermek egyéni sajátosságaira: a tiszta, szabályos, határozott vonalak — szemben a maszatos, bizonytalan, szabálytalanokkal.

A tapasztalat szerint igen erős *nyomatékkal* általában az agresszív gyermekek szoktak rajzolni, a „pánikos" gyermekek sok fekete színezést használnak. A *diszlexiás-diszgráfiás* gyermekek rajza általában sivár, kopár, noha rajzfejlődési menetük normális.

A *neuropszichiátriában* a rajz diagnosztikai értékével nagy szakirodalom foglalkozik.

A rajzvizsgálat módja. Függetlenül attól, hogy a kivizsgálásra kerülő gyermek ép-e vagy sérült, s hogy a kivizsgálásnak mi az oka, az első feladatok közé tartozik a gyermek rajzoltatása. Egy-két bevezető, biztató mondat után, hogy szeret-e rajzolni, papírt, ceruzát kap és azt a feladatot, hogy rajzoljon egy *bácsit*, egy *nénit*, egy *gyermeket*. A félív papírt kettőbe hajtva tesszük eléje, a nevét felírja, ha nem tud írni, felírjuk mi. Mikor a fenti rajzzal készen van, egy *fát*, egy *virágot*, egy *kutyát* és egy *madarat* kell rajzolnia. Ezután a félív másik negyedére egy „téli képet" rajzoltatunk vele, amit néhány mondattal bevezetünk. „*Most rajzold le, amikor tél van, a gyermekek szánkáznak, hóembert csinálnak, hógolyóznak, és esik a hó . . .*" Amikor ez is megvan, átfordítjuk a papírt és a harmadik negyedre „nyári képet" rajzoljon: „*Rajzold le, amikor nyáron a fák lombosak, a virágok nyílnak, a gyerekek játszanak, fürödnek, süt a nap*". A félív utolsó negyedére „*szabad rajz*" kerül, vagyis a gyermek azt a felszólítást kapja, hogy „*most razjzolj azt, amit akarsz!*"

Fogyatékosok rajzai

Hogyan jelentkeznek az ismertetett jegyek a különféle fogyatékossággal sújtottaknál? Hogyan alkalmazhatjuk diagnosztizálásukra; milyen mértékben és milyen pszichés funkcióikra (értelmi, érzelmi megnyilvánulásaikra)?

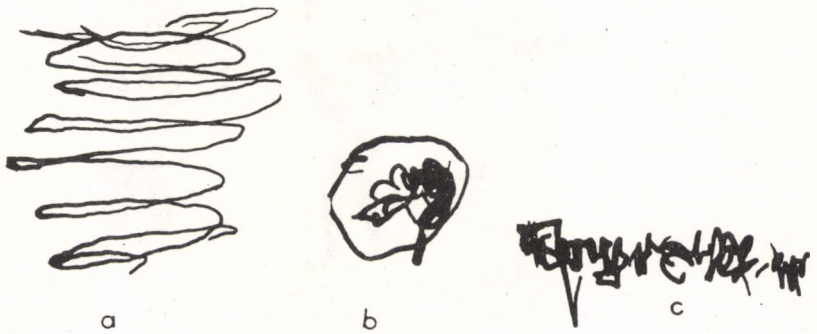
Az értelmi fogyatékosok rajzai. Jankovichné (1959) az értelmi fogyatékosok rajzai jellegzetességeire vonatkozó megállapításait közel 8000 rajz alapján tette meg. Az általa feldolgozott eredményeket ismertetjük a következőkben.

Az ép gyermek rajzfejlődési menetének fokozatait az értelmi fogyatékos gyermek rajzainak kiértékelésében is használhatjuk. A fő különbség az, hogy míg az ép gyermek rajzfejlődése az *életkorával* halad párhuzamosan, a gyöngeelméjű gyermek nem az életkora, hanem az értelmi fejlettsége — azaz *fogyatékosságának* foka szerint halad.

Az imént leírt rajzvizsgálati eljárást természetesen nem lehet valamennyi szellemi fogyatékossal teljes egészében elvégeztetni: a legalacsonyabb szinten levők nem értik meg a feladatot, *mire való a papír meg a ceruza;* nem is lehet nekik megmagyarázni. Ilyenek az idióták és a foglalkoztatásban nem részesült súlyos imbecillisek. Ennél némileg magasabb fokon van az a gyermek, aki valami firkafélére már képes. Ám a firka terén is nagy különbség lehet a firka módjai közt. Az ép gyermek aktív, örömet nyújtó, ritmikus firkálásától többé-kevésbé különbözik az értelmi fogyatékosok *réveteg*, bizonytalan, határozatlan jellegű firkája. Már enyhébb fogyatékosság jele, ha a firka *lendületes*, *nyomatékos*, *határozott*, *ritmusos*. Azonkívül: az ép gyermeknél a „firkálás" általában legfeljebb három éves koráig tart, a gyengeelméjűeknél jóval tovább elhúzódik, sőt az idióták legtöbbször erre a fokra sem jutnak el (41. ábra, a, b, c).

A rajzokon, gyakran már a firka fokán, egyéb — értelmi fogyatékosságra utaló — sajátosság is látszik: *sztereotípia, bizarrság, a nyomaték réveteg vagy agresszív volta, a térbeosztás hibái, diszharmónia és sivárság (koartáltság)* (42. ábra, a, b).

A gyengeelméjű gyermek *sematikus rajzai* is különböznek az ép gyermekéitől. A fent említett jellegzetességek, a bizarrság, a diszharmónia, a nyomaték extrém formája, főképpen azonban a sztereotípia tünteti fel az ép és az



41. ábra. Értelmi fogyatékos gyermekek rajza a firka fokán. *a)* 6;6 éves leány: lengővonalas firka; *b)* 6;1 éves leány: zárt firka; *c)* 5;5 éves fiú: írás-utánzó firka



42. ábra. Példa a sztereotípiára: *a)* 13 éves értelmi fogyatékos leány; *b)* 11;2 éves értelmi fogyatékos fiú

oligofrén gyermek közti különbséget, valamint az időbeli eltolódás, vagyis az, hogy az *ép gyermek 3—4 éves korában van ezen a fokon, a gyengeelméjű pedig — fogyatékosságának súlyossága szerint — később*. A további fejlődés során az *emberábrázolás* fokára eljutott értelmi fogyatékos rajzát az ép gyermekéhez viszonyítva elsősorban ismét az életkorbeli különbség jellemzi: az ép gyermek 3 éves kora körül jut el erre a fokra. Ha a gyengeelméjű gyermek 6—7 éves korában eléri ezt a szintet, a gyógypedagógiai oktatás prognózisa jó.

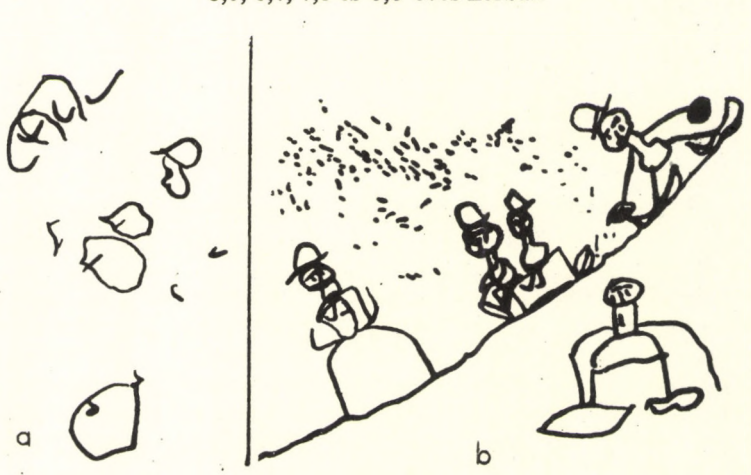
Az értelmi fogyatékosoknál is kifejlődik lassankint az emberábrázolás differenciálódása: az alak hármas tagolódása, a részletek kidolgozása, a ru-

házat felrakása, a nemek közti megkülönböztetés. Legfeljebb hosszasabban tapadnak meg egy-egy fokozaton (43. ábra).

Eljutnak az egyvonalas séma fokára is. Ezen a szinten már szívesen rajzolnak ők is, élvezik a rajzolást, kialakítják saját sémáikat, sőt — noha még csak többé-kevésbé kezdetlegesen — képesek megadott téma lerajzolására, eseményábrázolásra is („nyári kép," „téli kép"). (44. ábra, a, b). Az emberalak



43. ábra. A „néni" ábrázolásának fejlődése ugyanannál az értelmi fogyatékos fiúnál 5;9, 6;7, 7;8 és 9;0 éves korban



44. ábra. Értelmi fogyatékos gyermekek eseményábrázolása. *a)* 7;9 éves imbecillis fiú; *b)* 12;6 éves debilis fiú

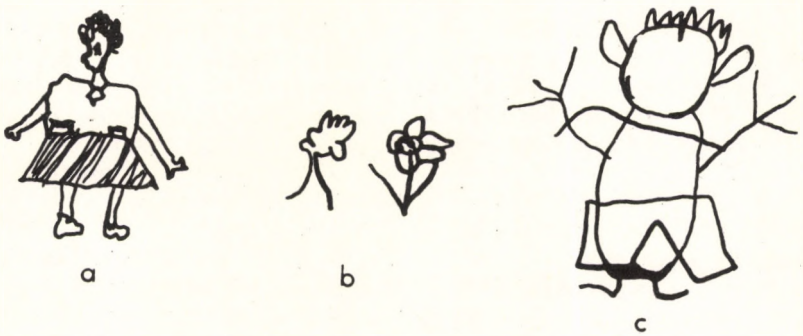
profilban való rajza olykor megjelenik már a II. gyógypedagógiai osztály előtt is; többnyire azonban csak ott; megjelenése a III. osztályban már természetes és általános.

Az enyhébb fokban oligofréneknél az egész rajzolási mód tovább érik, és a rajzok egy része mindinkább kezd hasonlítani — az alacsony életkorú — ép gyermekek rajzaihoz. Átmennek ők is a körvonalas séma, az eseményábrázolás, az aránytalanság, az átlátszóság fokán (45. ábra, a, b, c).

Az ép gyermek további fejlődése — ahogyan erről szó volt — a természetszerű ábrázolás szakaszába vezet. Meddig jutnak el — mint legmagasabb

fokra — az értelmi fogyatékosok? A gyengeelméjű gyermekek a jelenségszerű (*a természetszerű*) *ábrázolás fokát nem érik el.* Kivételesen előfordulhat, hogy tervszerű tanítás útján bizonyos elemeket sematikus jelleggel képes produkálni egy-egy debilis, ha jó rajzkészsége van. Általában azonban a gyengeelméjűek *csak a firka- és a képzeletszerű ábrázolás* szakába juthatnak el.

Összefoglalás. Az értelmi fogyatékos gyermek rajzainak kiértékelésekor különbséget kell tennünk a *szakfoglalkoztatásban részesült* és abban *nem részesült* gyermekek rajzai közt. Az utóbbiaktól természetesen kevesebbet várhatunk: részben azért, mert fejlesztő foglalkoztatás hiányában képessé-



45. á b r a. Értelmi fogyatékos gyermekek rajzai. *a)* 14 éves leány: körvonalas séma; *b)* 13 éves leány: aránytalanság; *c)* 13 éves fiú: átlátszóság

geik is alacsonyabb fokon rögződnek, részben környezetük nyilván nem alkalmas fejlődésük oly mértékű elősegítésére — a rajzi kifejezés terén sem —, mint a szakszerű foglalkoztatás.

Jankovichné az értelmi fogyatékosok nevelésében nyert tapasztalata és a rajtuk végzett tömeges rajzvizsgálat feldolgozásának eredménye alapján, megfelelő óvatossággal, felállít egy bizonyos skálát a különböző súlyosságú gyöngeelméjűek rajzi szintjéről. Ez azonban csak a gyógyítónevelésben, oktatásban részesült gyermekek rajzeredményeire vonatkoztatható. Eszerint: a *súlyos idióták* a rajzeszközök mirevalóságát nem ismerik fel, a feladatot nem értik meg; a *kevésbé súlyosak* inadekvát, esetleg adekvát módon (révetegen) firkálgatnak.

A súlyosabb imbecillisek eljuthatnak az alakábrázolás legkezdetlegesebb fokára, de eseményábrázolásra nem képesek. Az *imbecillitás enyhébb* fokán levők elérhetik a merev, kezdetleges körvonal-sémákat, az eseményábrázolásnak pedig egyes részletformáit. Rajzaik általában sztreotipek, merevek.

A *súlyosabban debilisek* sémái már változatosabbak, eseményábrázolásuk, ha primitív formában is, de kialakult. Az *enyhébb fokban debilisek* rajzai pedig megközelítik a néhány évvel fiatalabb korosztályú ép gyermekek rajzait. Eseményábrázolásuk általában kezdetleges, de kifejező. Egészben véve rajzaik azonban az ép gyermekéinél merevebbek, sivárabbak, ötletszegényebbek. Ez a vázlatos menet segítséget nyújthat nemcsak az értelmi, fogyatékos gyermek rajzfejlődésének megismeréséhez, hanem a gyöngeelmé-

jűség fokára való bizonyos mértékű következtetéshez is. A rajz tehát így, a gyermek életkorával összevetve, diagnosztikai értékkel bír az értelmi állapot, az értelmi fejlettség megállapításához.

Eldönthetjük-e egy rajzról — akár tüzetesebb megfigyelés alapján is —, hogy *ép vagy értelmi fogyatékos gyermek rajzolta-e*? Ha a rajzoló *életkorát nem tudjuk, nem.* Az életkorának ismerete alapján *több-kevesebb biztonsággal.* Vannak olyan gyermekek, akik a fent említett értelmi fogyatékosságra tipikus jegyeket szinte halmozottan mutatják. Vannak viszont olyanok is, akiknél csak rajzfejlettségi elmaradást találunk; az ő diagnosztizálásuk még nagyobb körültekintést kíván. Minden esetben tehát, ahogyan azt többször hangsúlyoztuk, *minden* körülményt aprólékosan figyelembe kell venni, s egyetlen eljárás alapján véleményt mondani nem szabad.

Azoknak a gyöngeelméjű gyermekeknek a rajza akiknél az értelmi fejlődés zavarán kívül *feltűnőbb* érzelmi-akarati diszharmónia is fennáll, a kifejezésmód szempontjából külön is elbírálandók. Milyen a külseje: piszkos, rendetlen; milyen a térbeosztása: az aránya; milyen a nyomaték.

A szakirodalom adatai egybevágnak Jankovichné megállapításaival. Csak egyet idézünk: Trümper—Bödemann (1926) ugyancsak értelmi fogyatékosok rajzi készségének fejlődésével foglalkozik, s azt találta, hogy rajzaiknak legjellemzőbb tünete a megtapadás, az automatizmus és a sztereotípia. Az ép gyermek rajzfejlődésében szintén három fokot különböztet meg: a felsorolás fokát, az elbeszélés fokát és az interpretáció fokát.

Az első kettőre — megállapítása szerint — a gyöngeelméjű gyermek is eljut; az a gyermek azonban, aki az interpretáció fokát is eléri, értelmileg *nem* fogyatékos.

Kísérletek történtek annak eldöntésére is, hogy lehet-e valami megkülönböztetést tenni az értelmi fogyatékosok rajzai közt a gyöngeelméjűséget *előidéző* ok, illetve a *fogyatékosság formája* szerint. Elsősorban *agyvelőgyulladáson* átesett gyermekek rajzain keresték a sajátlagos-megkülönböztető jegyeket. Berrein (1935) azt találta, hogy a „bácsi" rajzában náluk az alaknak nincs nyaka, sem haja, sem ruhája; a méretek aránytalanok, a kép inkoordinált; végül, mint legjellemzőbbet, hogy a tipikus értelmi fogyatékosságra utaló jegyekkel normális rajzi jegyek keverednek. Bender (1950) szintén *posztenkefalitiszes* gyermekek rajzának elemzése kapcsán megállapította, hogy azok fő jellegzetessége a részletekben való szegénység és a hibás kivitel.

A *pszichotikus* gyermekek rajzára jellemző jegyek (csonkítás, vér, csontváz, halál, bizarrság, szimbolikus, szürrealista elemek, gyakran ügyetlenség, (Dumezil, 1967),) hozzásegítenek az ép és a rendellenes gyermek differenciálásához.

A *Down-betegek* rajzainak feldolgozásával munkatársaink közül szintén Jankovichné foglalkozott. Célja annak megállapítása volt, *a)* milyen a Down-betegek *rajzfejlődési menete, b)* az egyéb kórformájú gyöngeelméjűekhez viszonyítva mutatnak-e rajzukban feltűnőbb *eltérést* és *c)* van-e a Down-betegek grafikus megnyilatkozásában, a rajzok kifejezésmódjában *olyan jellegzetesség*, mint külsejükben és pszichés jegyeikben. Mintegy 200 Down-beteg rajzát hasonlította össze körülbelül 600 egyéb kórformájú értelmi fogyatékos rajzával. A vizsgáltak életkora 2 és 25 év közt volt. A rajzok

közt *lényeges* eltérést nem talált, csupán kisebb különbségeket: a Down-betegek rajzai általában alatta vannak az egyéb kórformájú értelmi fogyatékosok rajznívójának; kevesebben érik el közülük azt a fejlettségi fokot, mint az egyéb gyöngeelméjűek.

Hasonló eredményre jutott Cs. Kremmer és Göllesz (1964). Down-beteg gyermekek rajzait vizsgálva azt találták, hogy a firka fokán volt 52%-uk, a szintézis-képtelenség fokán 42%-uk, és az ideovizuálitás fokán 6%-uk; ennél magasabb szintet egyikük sem ért el. A rajzok sajátos Down-jellegzetességeket nem mutattak.

A süketek rajzai. A süketek rajzaiban, ha globálisan, egységesen szemléljük őket, a hallókhoz viszonyítva több jellegzetességet találunk. A süket gyermek, ellentétben az értelmi fogyatékossal, de még a hallóval is, a legtöbb esetben *hamarabb jut rajzeszközhöz.* Hamarabb igénye van rá, megszerzi magának; sőt a környezet is felismeri ennek szükségességét és hozzájuttatja őt, hiszen mivel hangos beszédre — beiskolázás előtt — nem képes, *kifejezési lehetőséget* ad neki.

Környezetével nem ezáltal érteti meg magát ugyan, mert ezt mimikával és gesztusokkal teszi elsősorban. Rajzolásra tehát inkább egy *belőle fakadó spontán kívánság* készteti; ennek kielégítése örömet szerez neki, nagyobb fokban, mint a halló gyermeknek. „A rajz a süketnémáknak" — írja Lindner (1925) — kifejezési módja, a beszéd egy formája: szükséglet". Iskoláskorban ez olykor valóban a beszédet pótolja: ha a tanárral nem értik meg egymást valamiben.

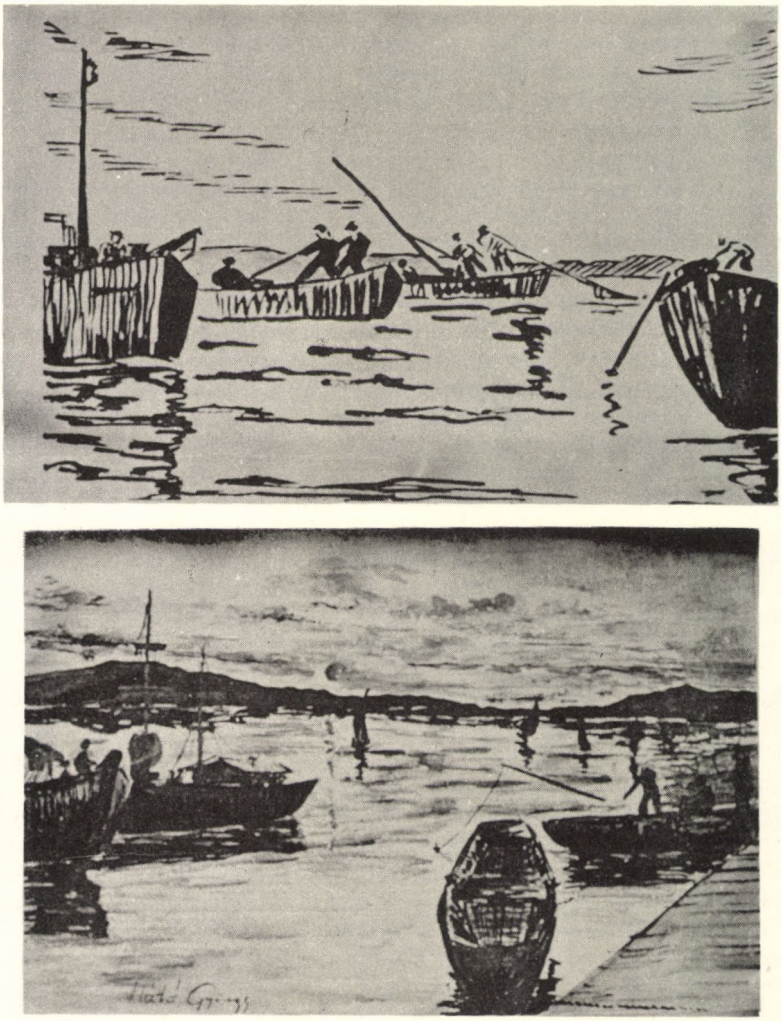
Az épértelmű süket gyermekek *rajzfejlődési menete megegyezik* a hallókéval. A rajzolás náluk ugyanúgy firkálással kezdődik, majd az emberábrázolás, a sematikus (képzeletszerű) rajz kora, végül a természetszerű (jelenségszerű) ábrázolás szaka következik. Ez a fejlődésmenet azonban *nem teljesen azonos* a halló gyermekével. A szakirodalom adatai szerint már kezdeti fokon észrevehető, hogy a süketek fejlődése *korábbi és gyorsabb* lefolyású, mint a hallóké. Mivel a süket többet és szívesebben rajzol mint a halló, fölénye növekszik. A gyakorlottság következménye, hogy a rajzfejlődés magasabb fokára is nagyobb számban jutnak el, mint a hallók (23. kép).

Sáray Julianna (1937) megfigyelése szerint a süketek már a IV. osztályban elérik a vizuális realizmus fokát, amikor a hallók még csak a logikai realizmus szintjén vannak. Lindner kísérletei szintén azt mutatták, hogy a beszédben minden tekintetben fejlettebb halló iskolásgyermekek rajzai elmaradnak a süketekétől.

Jakab Irén (1956) szerint a süketek rajzbeli érettsége hamarabb kifejlődik, mint a beszédbeli.

A különbség a hallók és süketek rajzai közt a fejlődésbeli gyorsabb tempón kívül megmutatkozik a *rajzolás technikájában* is: gondosabb, határozottabb, tisztább vonalvezetéssel, egyszóval gyakorlottabb technikával rajzolnak (46. ábra, a, b).

Lindner (1925) — összehasonlításul — közlekedési eszközöket rajzoltatott ugyanolyan életkorban levő halló és süket iskolásgyermekekkel. Az értékelés pontozással történt. A bíráló nem tudta, melyik süket gyermek rajza, melyik hallóé. A süketek rajzai közül egyetlenegy sem volt 0 jegyű, a hallóké közül 8. A süketek rajzai között egy sem volt hibás, a hallóké közül 27%-é.



23. kép. Süket tanuló rajzai (Süketek általános iskolája)

A süketek és hallók rajzai közt a *témaválasztásban* is mutatkozik némi eltérés; ez azonban nem szignifikáns, nem általánosítható (47. ábra).

Süketek szabad rajzai gyakran ábrázolnak mozgalmas jeleneteket; a megfigyelések szerint kedvelik a csataképeket és a karikatúrát; a gúnyos, nevető, tréfás figurákat. Több adat igazolja, hogy a süketek általában *mozgásban* ábrázolják alakjaikat; de van adat ennek ellenkezőjére is: vagyis, hogy a süketek rajzai közt sok a *merev* ábrázolás.

Pongor (1957), Montágh (1957), Sármándy (1961) feldolgozták süketnéma tanintézetekben levő növendékek rajzait. Ezeket azonos feltételekkel

kiválogatott hallók rajzaihoz viszonyították. Eredményeik a következőkben foglalhatók röviden össze:

A süketeknek más a rajzfejlődési *tempója;* fejlődésük nem olyan egyenletes, mint a hallóké: 7—8 éves korig gyors, a hallók felett van, akkor egy-két évet stagnál, majd újra nekilendül. Más a fejlődés *folyamata:* korábban ábrázolnak emberalakot, korábban öltöztetik s különböztetik meg nemek és nagyság szerint a figurákat, korábban alkalmaznak díszítést, rajzolnak profilt, perspektívát és ábrázolják a mozgást. Más a fejlődés *eredménye:* egyrészt fejlettebb technikával, gazdagabb, színesebb, mozgalmasabb, precízebb



46. á b r a. *a)* VIII. osztályos fiúnövendék rajza; *b)* VIII. osztályos leánynövendék rajza



47. á b r a. 17 éves süket fiú szabad rajza

ábrázolásokat nyújtanak, másrészt azonban sok a *fantáziátlan, merev* rajz is: tehát nagy a szóródás. A süketség okozta sajátosságok — gyakran pozitív, olykor negatív következménnyel — megmutatkoznak a süketek rajzfejlődésében is.

Az elmondottakat mind figyelembe kell venni a süketek rajzainak elemzésénél; fölényük abból származik, hogy vizualitásra utaltságuk következtében jobban rákényszerülnek erre a kifejezési módra, jobban is érdeklődnek iránta, többet gyakorolják kedvtelésből is, és az iskolában is alaposabb rajzoktatásban részesülnek, mint a halló gyermekek.

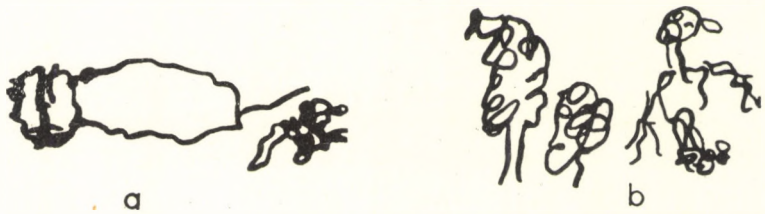
Mozgásfogyatékosok rajzai. A mozgássérültek rajzai — hacsak fogyatékosságuk nem akadályozza őket technikai kivitelében — általában nem mutatnak lényeges eltérést az épekéitől. A szakirodalom szerint a korcsoportokon belül — épekkel összehasonlítva — a rajz fejlettségi foka és menete *nagyjából* azonos. Elmaradás mutatkozik — olykor igen súlyos és tartós — amikor a

betegség hosszan elhúzódó, vagy korai életkorban zajlik le. Ez magyarázza – különösen, ha utána intézetbe kerül a gyermek — a sivárabb, fantáziaszegényebb, egyhangúbb grafikus ábrázolást és a gyengébb technikai kivitelezést is.

Nem lehet a mozgássérültek rajzát anélkül értékelni, hogy ne ismerjük fogyatékosságuk formáját és súlyosságát. A mozgásfogyatékosság olykor már első ránézésre is tükröződik rajzaikon a remegő és elrángatott, görcsös vonalvezetésen. (Különösen a diplégiásokén, de még inkább az atetotikusok rajzain — 48. ábra, a, b.)

Máskor viszont csak néhány jellegzetes jegy hívja fel rá a figyelmet. Például a szakirodalom által megállapított ilyen jegy, hogy a mozgásfogyatékosok rajzaikban gyakran elhagyják, vagy éppen hangsúlyozottan kiemelik a sérült testrészt.

Több szakdolgozat foglalkozott a mozgásfogyatékosok rajzainak elemzésével és értékelésével. (SMAROGLAY, 1960; TIMÁR, 1960; JESZENSZKYNÉ,



48. ábra. Mozgásfogyatékos gyermekek rajzai. *a)* 8;2 éves fiú (atetózis); *b)* 11;7 éves lány (atetózis)

1961.) Szerzőik a Mozgásjavító Általános Iskolában, a Mozgássérültek Nevelő Intézetében és a Heine-Medin utókezelő kórházakban levő gyermekeken végezték kutatásaikat; mintegy ötszáz (573) mozgássérült személy közel ötezer (4871) rajzát dolgozták fel.

A vizsgáltak közül szerzett bajban szenvedett 60,6, vele születettben 39,4%. Három típusú betegségállapot szerint csoportosították őket:

a) status post Heine-Medinem,

b) cerebropathia (centralis bénulás, főképp diplégia és atetózis),

c) egyéb mozgássérültség: spondilitis, baleset, ízületi baj, luxatio coxae stb. Életkoruk 2—17 volt. Az eredményeket 500 ép gyermek rajzával hasonlították össze. A rajzfejlődés menetében a 6 éven aluli mozgássérült gyermekeknél komoly elmaradást tapasztaltak.

A hat éven felüliek rajzfejlettsége észrevehetően megközelítette az épekét. A sérültek közül jól megoldotta: 70, részben megoldotta: 27, rosszul 3%.

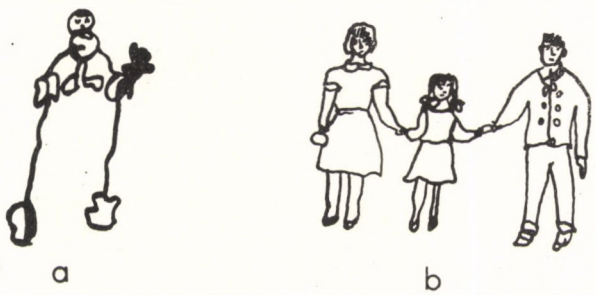
Témaválasztásukban is eltérés mutatkozott. Az ép gyermekek sportjelenetet, vidám jelenetet és csatajelenetet összesen *76%-ban* rajzoltak, a mozgásfogyatékosok csak *5%-ban*. Az ép gyermekek tájképet, járművet és állatfigurákat *21%*-ban, mozgásfogyatékosok viszont *91%-ban*.

Az ábrázolás a mozgásfogyatékosoknál fantázia- és ötletszegényebb, sematikusabb, merevebb, mint az épeknél, jóval kevesebb mozgásábrázolással. Szívesen rajzoltak, néhány kivétellel.

Végül a szakdolgozatírók valamennyien alátámasztották LANGE—COSACK és MATHEIS (1956) megfigyeléseit. LANGE—COSACK és MATHEIS poliomielitiszen átesett gyermekek plasztilin-munkáinak éveken át tartó megfigyelése alapján a következő jellegzetességeket állapította meg: a mozgássérült gyermekek munkáikban igen gyakran saját testsémájukat tükrözik a sérült testrészt nem ábrázolják megduplázzák a sérült testrészt (49. ábra, a, b, c).



49. ábra. Mozgássérült gyermekek rajzai. *a)* 15,9 éves fiú (scoliosis); *b)* 13 éves lány; poliomielitisz következtében mindkét alsó végtagjára bénult; *c)* 8,3 éves fiú; poliomielitisz következtében mindkét alsó végtagjára bénult



50. ábra. *a)* 10;8 éves fiú; poliomielitisz utáni állapot: mindkét alsó végtagjára bénult; *b)* 11;11 éves lány; bal oldala végig bénult

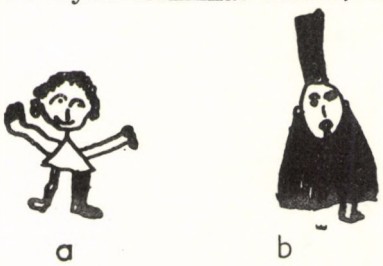
Ezeket a jegyeket — noha LANGE—COSACK—MATHEIS eredményeitől eltérő arányban — megtalálták az általuk vizsgált mozgássérült gyermekeknél. Sőt tapasztaltak még olyan jellegzetességeket is, melyeket az említett szerzők nem írtak le. Ilyenek:

a sérült testrész elfedése,
torz emberi alak ábrázolása,
egyéb feltűnő jegyek (torz állat, erős nyomaték, satírozás stb.).

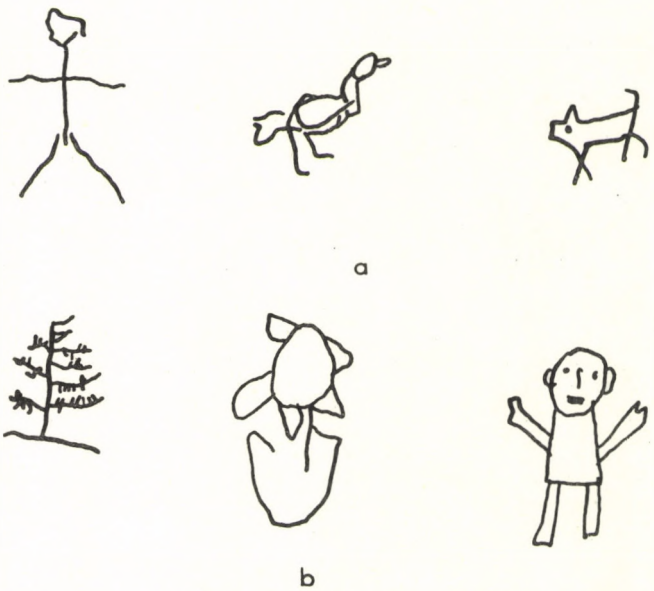
Mozgássérült gyermekek rajzainak elemzésekor figyelemmel kell lenni mindezekre a sajátos jegyekre (50. ábra, a, b; 51. ábra, a, b). (Fenti rajzok az említett szakdolgozatok anyagából valók.)

Vakok rajzai. A vakoknál általában csak a földrajzi és mértani ismeretek elsajátítása érdekében, segédeszközként használatos a „rajzoltatás". KATZ

(1953) — tudomása szerint elsőként a szakirodalomban — írja le kísérletét gyakorlatilag vak személyeken végzett rajzvizsgálatairól. Célja kettős volt: *a)* a rajzon át betekintést nyerni a *vakok sajátos pszichés jelenségeibe*, és *b)* megpróbálni, lehet-e olyan technikát találni, amellyel a vak képes a



51. á b r a. *a)* 6,4 éves lány; mindkét alsó végtagja petyhüdt, bénult; *b)* 5,9 éves lány; bal lába bénult; *c)*



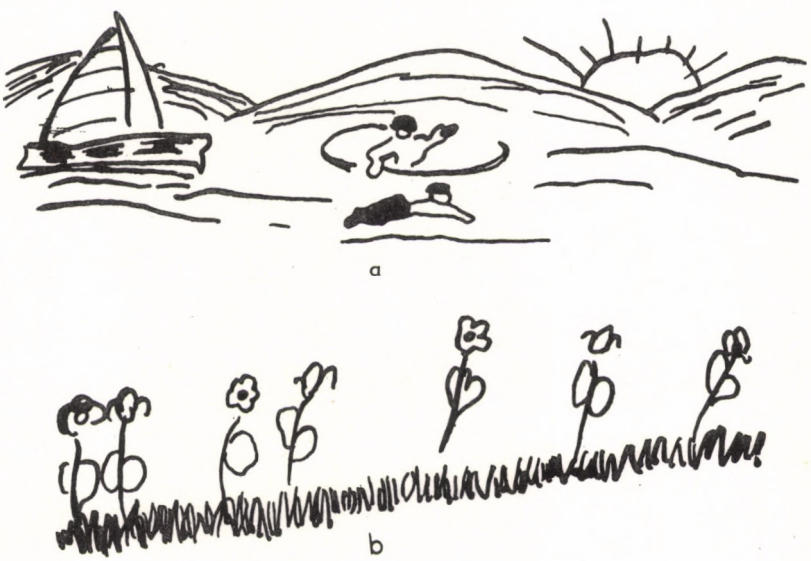
52. á b r a. Vak gyermekek rajza: *a)* 12 éves fiú: ember; 14 éves lány: madár; 13 éves leány: kutya; *b)* 14 éves leány: fa; 14 éves leány: virág; 13 éves fiú: ember

háromdimenziós világot síkon, *két dimenzióban* ábrázolni. Harminc 12—18 éves kísérleti személy — életében először — kapta azt a feladatot, hogy „szabad" rajzot és modell utáni rajzot készítsen. Segédeszközül ehhez 50 × 40 cm-es deszkalapot használtak: erre sűrű, vékony drótháló feszült. Efölé került a kb. 0,5 mm vastag durva papír. Ironként fémvégű, fanyelű stílus szolgált. A rajzolás technikai elve ugyanaz volt, mint a Braille-írásnál: a papír másik oldalán a „bevésett" forma kidomborodott s tapintható volt.

Érdekes és sajátos volt a *szabad rajz témaválasztása:* saját neve kezdőbetűjét rajzolta 3 személy, mértani figurát 13, növényt 20, embert vagy állatot csak 9. Feltűnő a témaválasztásban, milyen kevés az élőlény (9) és ebből is csak három ember van. Hogy kevés az állat, azt KATZ azzal magyarázza, hogy a vakoknak nincs alkalmuk olyan közeli kapcsolatba kerülni az állatokkal, mint a látóknak. A kevés emberábrázolás okát pedig részben a vakok elszigeteltségében látja, részben pedig abban, hogy számukra az embert elsősorban a hangja érzékelteti (52. ábra, a, b).



53. ábra. Vak gyermekek rajza: „ház". *a)* 12 éves fiú; *b)* 14 éves leány; *c)* 12 éves leány



54. ábra. *a)* Jó képességű, viszonylag kisfokban gyengénlátó 12 éves fiú rajza; *b)* Nagyobb fokban gyengénlátó 11 éves lány rajza

A rajzok vonalvezetése az épekéhez viszonyítva rendkívül primitív; közülük a legjobb sem érte el egy hatéves látó gyermek átlagos eredményét. Az emberalak mindig szemben van, nincs rajta, vagy ritkán ruha, sem haj, sem dísz. Az állatokat viszont mindig oldalnézetben ábrázolták. A „ház" rajzát semmiképpen nem tudták megoldani, teljesen elüt a látó gyermek

házábrázolásától: nincs teteje, s a lépcsőt sehogyan sem tudták megfelelően hozzáilleszteni (53. ábra, a, b, c).

A *minta* utáni rajzolás modellje egy négylábú kis asztal, egy piramis, egy prizma és egy henger volt. Ezeket a formákat tapintás útján érzékelve kellet lerajzolniok. Az eredmények elemzése és értékelése elvezeti KATZot a vakok taktilis és akusztikus térképzetének problémájához, s több más kutatóval szemben a kísérlete alapján levont következtetésekre támaszkodva bizonyítottnak látja, hogy a vakok képesek háromdimenziós testet síkban, két dimenzióba áttéve ábrázolni. Ugyanezzel igazolja, hogy a vakok jelentős térfantáziával rendelkeznek. A vakok rajzoltatását hasznosnak látja, a rajzokból levonható sokirányú érdekes következtetés miatt.

A gyengénlátók rajza az épekéhez közelebb áll (54. ábra, a, b).

Érzelmi jellegű vizsgálatok

Mivel az érzelmi jelenségek minden pszichés megnyilvánulással elválaszthatatlanul, szorosan kapcsolódnak, erősen színezik az intellektuális jelenségeket is. E kölcsönhatás tanulmányozása végett feltétlenül szükséges, hogy az értelmesség épségének, elmaradásának, egyoldalúságának és fogyatékosságának vizsgálatánál érzelmi jellegű vizsgálatokat is végezzünk. Ez részben megfigyelés, részben kikérdezés formájában történik, illetve legtöbbször komplex módon, a két eljárás összekapcsolásával.

Voltaképpen attól a pillanattól fogva, amikor a vizsgálatra kerülő gyermek belép, *egész viselkedése*, minden megnyilvánulása egyúttal *érzelmi életére* is rávall.

Ahogyan bátran belép, kezet fog, köszön, körülnéz, érdeklődik, vagy csak suttog, anyjába kapaszkodva — minden moccanása, tekintete, hangsúlya affektív életének már néhány mozzanatára enged következtetni, ha gyakorlott szemmel és szaktudással figyeljük.

Van a vizsgálatnak egyenesen *rákérdező formája* is. Az *anamnézis* és még inkább az *exploráció* kérdései között jó néhány bizonyos karaktertulajdonságokra, affektív kapcsolatokra, érzelmi jelenségekre vonatkozik. Ezekre a kérdésekre adott szubjektív feleleteknek az ellenőrzését jelenti, hogy a *gyermeken* kívül édesanyját (vagy más közeli hozzátartozóját) — óvodásoknál, iskolásoknál a pedagógust is — kikérdezzük, s a több oldalról nyert adatokat elemezzük, kiértékeljük, és az egyéb vizsgálatok eredményeivel, a családi adatokkal és a környezet vizsgálat adataival összeegyeztetjük. A kérdések témái: játék, szórakozás, barát—barátnő, társaság, megbízhatóság, munka, iskola, apa, anya, testvérek, nevelés, félelem—bátorság, közöny—érdeklődés, kedély, hangulat, érzékenység, féltékenység, indulatosság, hazugság, önismeret a jó és rossz tulajdonságok terén, továbbá olyan kérdések, mint: kit szeret a legjobban és kit a legkevésbé, és miért? Sőt még az olyan kérdések is, mint evés-ivás, alvás-álom, gyűjtés, szexualitás és így tovább — mind rávilágítanak érzelmi életük milyenségére is. Nyerünk adatokat erről a személyiségvizsgáló eljárásokból is. Ugyanebből a célból összeállítottunk egy 15 kérdésből álló, irányított beszélgetés jellegű kérdéssort, amely a „klinikai kérdőmódszer" mintá-

jára szükség szerint bővíthető, részletezhető. A gyermeket a reális, kritikai, affektív gondolkodása felől próbálja megközelíteni. Egyúttal hozzájárul a válaszokból kiinduló beszélgetéssel, az érzelemvilág, a karakterjegyek felfedésével a teljes személyiség jobb megismeréséhez. Egyéni vizsgálat, de írásban, csoportokkal is végezhető.

A kérdéssor összeállításánál a következő szempontok voltak irányadók:

a) legyen egyszerű és könnyen érthető, hogy a kisebb szókincsű süketnémák és értelmi fogyatékosok is megérthessék;

b) ép gyermekek az alacsonyabb korosztálytól kezdve használhassák, de megfelelő nívó különbséggel a magasabb korosztályúak számára is alkalmazható legyen;

c) ne legyen egyenesen „rákérdező" jellege;

d) az érzelmi élet főbb jelenségeit képviselje;

e) az értelmi fejlettség fokára is — bizonyos speciális szempontból — rávilágítson;

f) értékelése ne legyen számszerű, ne legyen teszt, hanem adjon lehetőséget — a válaszokból kiinduló — érzelmi-exploratív jellegű beszélgetésre;

g) adjon betekintést a gyermek valóságos és elképzelt életsorsába, az ahhoz való érzelmi viszonyába.

Tájékoztatásul bemutatjuk hatszáz 6—14 éves városi és falusi gyermek vizsgálati eredményét. Ezt egyéb vizsgálatokkal egybevetve kontrolláltuk, elemeztük, és a következtetéseket ezek alapján vontuk le.

A válaszok értékelésénél tekintetbe vettük: a nemek közti különbséget (fiú—lány), az életkor különbségeit, a környezeti különbséget (falusi-városi), a szociális helyzetet (gazdasági, kulturális miliő), fejlettségi fokukat, esetleges fogyatékosságuk jellegét.

Megítéltük a feleleteket aszerint is, hogy *a)* mennyire *reálisak*, józanok, illetve irreálisak, esetleg bizarrak, *b)* mennyire *hasznossági*, gyakorlati, esztétikai vagy esetleg egyéb szempontúak, *c)* mennyire lepleznek *félelmi* komponenseket, gátlást, gátoltságot, esetleg lelki sérülést, *d)* mennyire mutatják tényleges életkörülményeiket, szociális helyzetüket és az azzal szembeni *állásfoglalásukat*, *e)* mennyire adtak választ környezetükben való *tájékozottságukra*, *f)* mennyire világították rá a külvilággal szembeni *érzelmi kritikájukra*, végül *g)* mit árultak el *képzelt*, „álmodott", vágyott világukból.

Szemléltetésül csak igen röviden ismertetjük a kérdésekre adott választípusok legjellegzetesebb és leggyakoribb formát:

A bevezető kérdésekre: *Melyik évszakot szereted a legjobban és miért?* — adott feleletekből rögtön kiderül, hogy tudja-e, mi az évszak, vagy nem, magyarázatra azonnal megérti-e? A válaszok milyensége erősen függ a szociális körülményektől (azaz van-e jó meleg ruházata és szobája a gyermeknek); a többi válasz fő jellegzetessége kisgyermekes örömkeresés, nagyobbaknál esztétikai jellegű volt.

A második kérdés: *Melyik állatot szereted a legjobban és miért?* — Ez a kérdés változatosabb válaszadási lehetőséget nyújt. *a)* Leggyakoribb a józan-hasznossági válasz: a lovat szeretik, mert kocsit húz; a kutyát, mert őrzi a házat; a disznót, tyúkot, mert meg lehet enni; a cicát, mert megfogja az egeret. *b)* Gyakori az olyan tulajdonságot jelképező állat megnevezése, amely tulajdonságra a gyermek vágyódik, vagy amely imponál neki: az oroszlán, mert bátor; az elefánt, mert erős; és ezeknek szinte az ellentétpárjaként; a bárány, mert szelíd, a madár, mert nem bánt. *c)* Sok az esztó-

tikai válasz is: az őzike, mert szép; a mókus, mert szépen ugrál; a cica, mert kedves és így tovább.

A következő kérdés: *Mire valók a fák meg a virágok?* — alkalmat adott iskolai tudásuk, fantáziájuk és szépérzékük megnyilvánulására is.

Jellemnyitóbbnak mutatkozott az eddigieknél a következő kérdés: *Kihez szeretnél hasonló lenni és miért?* — A válaszok elsősorban az életkor, azután a környezet és csak azután az egyéni tulajdonságok szerint különböztek egymástól. A kisebb gyermekek, a 3—5 évesek válaszai elsősorban az anyához, azután az apához és esetleg valamelyik testvérhez való kötöttséget mutatták: anyámra szeretnék hasonlítani, „mert szeretem", „mert főz", „mert szép".

A valamivel idősebbek (6—8 évesek) az „ideál"-nak a külsejét, a külső tulajdonságait látják: mert piros arcú, kövér, erős, nagy, gazdag — ezért szeretnének hozzá hasonlítani. A nagyobbak (9—12 évesek) már a leki tulajdonságokat emlegetik: a lányok a jóságot, a kötelességtudást, a lelki szépséget nézik, a fiúk az erősre, hatalmasra, emberségesre szeretnének hasonlítani. Ezek a falusiak feleletei. A városi hasonló korú gyermekek válaszaiból erősen kitetszett a városi élet, a mozi, a kirakatok, a reklámok hatása: példaképül a sportolót, a filmszínészt, a jólöltözött embert választják.

Irreális feleletnek vettük az ilyesmit: „a virághoz, mert az jószagú", vagy: „a fényképhez, mert aki meghalt, megvan a fényképen".

A következő kérdés talán még többet leplez le: *Mit tennél, ha nagyon sok pénzed lenne?* — A kisebbek a városiak közül főképp élvezeti cikket vásárolnának, a falusiak elsősorban közszükségleti cikkeket. Alig fordult elő, hogy valami nagyobb értéket képviselő dolgot (házat stb.) kívánnának, vagy hogy szüleiken kívül másnak is juttatnának. A nagyobbak látóköre már tágabb és a szegényekre is gondolnak. Városi-falusi, csaknem függetlenül szociális helyzetétől, ebben egyetért.

Körülbelül háromnegyed része a vizsgáltaknak adna a szegényeknek is: „nekem 1 millió nem kéne mind, kiosztanám a szegényeknek", „a szegények számára oda-adnám a pénzt, hogy nekik is legyen", „én azt csinálnám, hogy a betegeknek adnám oda", „a szegényeknek kiosztanám, de magamnak is vennék". A falusi nagyobb lányok ezenkívül ruhára gondoltak leginkább: „szépen felöltöznék", „ruhát, nagykabátot vennék". A fiúk közt előfordul, hogy „lovat, kocsit, földet" akarnának, emeletes házat, villát építenének. A városiak — fiúk-lányok egyaránt — magasabbra néznek, azaz reálisabban értették meg a sok pénz fogalmát, villát, autót, bútorokat vennének. Gyakori a nyílt érzelmi megnyilatkozás is: „örülnék", „nagyon boldog lennék".

A sorbajövő kérdés: *Mi akarsz lenni, ha nagy leszel? Miért? Gondolod-e hogy az leszel? Hogyan?*

A fiatalabb gyermekekre jellemzőbb volt a tipikus kisgyermekes „ideál": a fiúknál az egyenruha (katona, vasutas, rendőr), a lányoknál érezhetően az anyához való kötöttség; „anyuka", „főzni", „takarítani". A nagyobbak összeegyeztetik a hasznosságot és a megvalósítás lehetőségét.

A gyermeki félelem, szorongás irrealitását a következő kérdés hozta leginkább napvilágra: *Mitől félsz és miért?* — Feltűnő, hogy milyen kevés közöttük, aki azt felelte: semmitől. A legtöbbnél a megnevezett félelmi ok vagy tárgy nem volt reális, és ebben az életkor is csak lassan hozott változást. E tekintetben a falusi és városi gyermekek közt sem mutatkozott észrevehető különbség. A 6—8 évesek a farkastól félnek (mert szétcibál), a tűztől (mert megégünk), a villámtól (mert megcsap), az árvíztől (mert elviszi a házat), a boszorkánytól (mert megöl), a kígyótól (mert ránk tekergőz); 9—10 évesek az oroszlántól (mert igen mérges), a farkastól, medvétől, elefánttól, bikától, sötéttől, a „verekedő emberek"-től, a haláltól. Tehát általában *a)* amivel ijeszteni szokták őket (zsákosbácsi), *b)* babonás és mesealakoktól (boszorkány, ördög, mumus), *c)* ami reálissá válhat: villám tűz, árvíz, *d)* a valóban reálistól viszonylag nagyon kevesen (attól, hogy kikapnak), és végül legtöbben *e)* irreális dolgoktól (oroszlán, medve, tigris stb.).

Arra a kérdésre: *Mi a legnagyobb örömöd a világon?* — a falusi kisebbek éppúgy, mint a nagyobbak, a fiúk csakúgy, mint a lányok közszükségleti dolgokat neveztek meg, szemben a városiakkal, akik sokkal inkább választottak valamilyen szellemi örömet, sőt gyakran érzelmit is: „ha jól tanulok", „ha örömet szerezhetek szüleimnek", „ha együtt vagyunk mindnyájan".

Meglepő, hogy mennyire éretten feleltek az előbbi kérdés párjára, arra a kérdésre, hogy „*Mi a legrosszabb az életedben?*"

A válaszok érettségében a falusiak vezettek, felsoroltak mindent, ami az életben rossz, a hideget, az éhséget, a betegséget, a halált. A városiak a kérdést nem általánosan, hanem inkább egyénileg magukra vonatkoztatva értelmezték. Az élet ilyen általános bajainak a megismerésétől a városi környezet, a magánélet elzártabb volta következtében, meg tudja őket kímélni gyermekkorukban. Nem élnek annyira bent a felnőttek életében, mint a falusiak. A városiak azt tartották legrosszabbnak, ha megszidják őket, ha intőt kapnak, ha megverik őket.

A következő kérdés páros: *Szeretsz-e abból adni másnak, amid van?* És ennek a párja: *Ha a pajtásod is éhes, meg te is éhes vagy, adsz-e neki az ennivalódból és mennyit?* — A kérdés első felére a legtöbben szinte gépiesen ráfelelték, hogy „igen". Akadt azonban néhány „nem" is, azzal az indokolással, hogy „akkor nekem nem marad", vagy „nekem sincsen". A második kérdés válaszaira jellemző, hogy a kisebbek és a kisgyermekesebbek határozatlan mennyiséget neveztek meg, amit adnának: „sokat", „keveset", „egy kenyeret", „amennyit kér", „mindet". A nagyobbak — akár városi, akár falusi, akár fiú, akár leány — egyformán osztanák el, a felét adnák oda.

Mit tennél, ha látnád, hogy valaki beleesett a folyóba? — A kérdés azt célozza, hogy mennyire reálisan képzelik el egy ilyen helyzet megoldását. A kisebbek által adott válaszokra jellemző a „kihúzom" és ehhez hasonló; de azonnal kiderül, hogy úszni nem tudnak. A nagyobbak helyzetfelismerően reálisak.

Leleplező kérdésnek bizonyult a következő is: *Kit tartasz te jó embernek és miért?* — A válaszok — nagyjából az életkorok fokozata szerint: *a)* az anyát és az apát tartják legjobbnak; *b)* akitől kapnak valamit; *c)* a jótulajdonságok alapján ítélnek meg valakit „jó ember"-nek: külsőleges tulajdonságok alapján: („tisztességesen megy az utcán", „rendes és tiszta") vagy lelki tulajdonságok szerint („aki igazságos", „aki minden kötelességét teljesíti", „aki nem követ el bűnt", „aki segít mindenkinek").

Az utolsó kérdéspár: *Megvan-e mindened ami kell?* és *Mire volna leginkább szükséged?* — Ezt a két kérdést környezetük anyagi felderítésére szántuk. De nem objektíven a hiányok felfedésére, hanem arra, hogy a gyermek — szubjektív megítélése szerint — mit hiányol, mi kellene neki legjobban. A válaszokban a kisebb gyermekek nagyrészt anyagi szükségletű cikkeket soroltak fel, a nagyobbak és a jobb körülmények közt élők pedig élvezeti és szórakoztató dolgokat vagy szellemi értékeket kívánnának.

A régebbi vizsgálatokat összehasonlítottuk a néhány év előtti eredményekkel is. Ez érdekesen rámutat a gyermeki lélek alakulására: legnagyobb eltérést a gyermekek *életszemléletében* látunk. A 6—14 évesek nem mint élményt mutatják a társadalmi, gazdasági és kulturális változásokat, hiszen az új korosztály ebbe már beleszületett, hanem mint *élethelyzetet*. A különbség leginkább abban nyilvánul meg, hogy nem annyira elemi szükségletű dolgokat kívánnak, hanem — a felvételek tanúsága szerint — élvezeti, szórakozási, szellemi, érzelmi dolgokat. Legfőbb örömül a sportot (repülést), a mozit, a színházat, az olvasást említik, a családdal való együttlétet, az egymásnak való örömszerzést. „Életideáljuk" nagyrészt a lányoknak is — ez a pályaválasztásukból is kiderül — a mérnök, a technikus, a repülő, az orvos, a tudós, a sportoló és a művész.

Ezek a vizsgálatok is azt mutatják — akár az intelligencia foka, akár érzelmi jelenségek szempontjából elemezzük és értékeljük őket, hogy milyen *nagy mértékben tükrözik a környezeti hatásokat is:* a családi és iskolai nevelésen kívül a rádió, a film, a könyv nevelőhatását.

Több száz értelmi fogyatékos gyermekkel is elvégeztük a fenti vizsgálatot. A nyert adatok észrevehetően elütnek az ugyanolyan korú ép gyermekek eredményeitől. Ezeket JANKOVICHNÉ és SZIGETI (1961) dolgozta fel. Csak a legszembetűnőbb különbségeket ismertetjük.

A gyengeelméjűek egy része, a középsúlyos debilistől lefelé, *nem értett* meg néhány — vagy több — kérdést. Például mi az évszak, mi a legrosszabb az életedben? és néhány hasonlót. Az imbecillisek egy része még magyarázatra sem fogta fel a kérdéseket.

Az épeknél a „*nem tudom*" válasz jóformán nem fordul elő. Az értelmi fogyatékosoknál igen *gyakori* volt, különösen a „miért"? kérdésre.

Nehéznek mutatkozott számukra az *indokolás*. Vagy egyáltalán nem tudtak okot megnevezni, vagy csak igen primitíven, semmitmondóan, kisgyermekesen: „csak", „mert", „mert jó", „mert szeretem".

A lányok és fiúk közti különbség sokkal elmosódottabb, mint az épeknél. Általában csak 12—14 éves korban válik észrevehetővé. A lányok „érzelmibbek", családhoz kötöttebbek, többször hivatkoznak szeretetre, mint a fiúk.

Az enyhe debilisek feleletei a *realitásnak és helyzetüknek általában megfelelnek*. Válaszaik gyakran hasznossági, ritkábban esztétikai szempontúak. A nyarat szeretik, mert meleg van, mert nem kell iskolába menni; a tehenet, mert tejed ad, a disznót, mert húsát meg lehet enni és így tovább. A tavaszt azért választják, mert szép, mert nyílnak a virágok, mert jószagú a levegő; a kecskét, mert szép a szőre, a cicát, mert szép és így tovább — hasonlóan a fiatalabb korú ép gyermekekhez.

Sajátságosan nyilvánul meg fogyatékos egyéniségük a „Mi akarsz lenni, ha nagy leszel"? és „Mit csinálnál, ha nagyon sok pénzed lenne?" kérdésre. Az elsőre igen gyakran azt válaszolják, hogy „bácsi", „néni", „iskolás": nekik ez a „felnőttség" önmagában imponál. A második kérdésre sűrűn felelik azt, hogy „dolgoznék", „pénzt keresnék", „gyárba mennék", ugyanis reális helyzetüket átérezve azt tartják nagyra, aki minderre képes.

Végül megemlítjük még, hogy mennyire megmutatkozott *befolyásolhatóságuk és a pillanatnyi helyzet hatása*. Sokan közülük arra a nénire szeretnének hasonlítani, aki kikérdezte őket, sőt olyan is akadt, aki azt a nénit tartotta „jó embernek". Ilyen választ az ép gyermekeknél ritkán és csak a kicsinyek közt tapasztalunk.

Az adatok bizonyítják, hogy a gyöngeelméjűek értelmi foka érzelmi színezetű vizsgálattal is jellegzetes, az állapotot híven tükröző jegyeket mutat. De ugyanakkor felfedi érzelmi világuk változatos képét, az érzelmi sivárságtól kezdve az egyénien más és más színezetű érzelmi gazdagságig.

ÖNÉLETRAJZ-ÍRATÁS

Az önéletrajz-íratást általában nem tartják olyan vizsgálati eljárásnak, amely akár rejtett lelki sajátosságokat, akár leplezett környezeti körülményeket derítene fel; akár pedig az értelmesség méréséhez pontos eszközt szolgáltatna. Ennek ellenére — egy bizonyos életkortól kezdve — igen jó segédeszköz lehet több tekintetben: adatai *kiindulási alapot* adnak a bizalmas exploratív beszélgetésre; az intelligencia fokának, formájának megítélését pedig az embernek egy igen fontos oldaláról — az *írásban való kifejezés felől* — segíti elő.

A vizsgált személy egyszerűen azt a feladatot kapja, hogy írja le élete történetét; írjon le őszintén mindent, ami vele megesett. Nem szükséges hozzátenni, hogy minden fontosat, mert önként ugyis azt írja le (hacsak nem akar valamit leplezni) amit ő az életében fontosnak, jónak, rossznak, érdekesnek, kiemelkedőnek tartott. Biztatni többnyire arra kell, hogy sokat és részletesen írjon.

Életrajzot íratni természetesen csak attól a kortól kezdve lehet, amikor a gyermek már elsajátította a folyamatos írás készségét. Eddigi vizsgála-

taink alapján ez a módszer nagy vonásokban a következő jellegzetességeket mutatta:

Elsősorban az *életkorok különbsége* volt észrevehető. A kisebbek szinte szabad képzettársítással írták le életük eseményeit: élményeiket alig összefüggően csak felsorolják. Később az életkép egyre egységesebb, áttekinthetőbb, gazdagabb, részletesebb: szerepet kap az álom, a fantázia, az elképzelt események. A nagyobbak, a 10—11 évesek már nemcsak saját magukról írnak, hanem környezetükről is. Már bírálnak. Határozott véleményük van, kialakult világszemléletük. Mindinkább érezhető az egyéni különbség is. Van, aki egész novellát kerekít élete történetéből, van, aki életének egy részletét emeli ki, azt írja le aprólékosan. A 12—14 évesek a tényeket tárgyilagosan közlik, életükben egyre fontosabb a kötelességtudat, a munka, a megélhetés kérdése; életrajzuk mindinkább „felnőttes".

A *fiúk és lányok közt* tapasztalható különbség nagy vonásokban azt mutatta, hogy a lányok a részletekben élesebb megfigyelők, és folyékonyabb stílusuk van. A fiúknak fejlettebb az ítélőképességük, és szubjektív élményeik közé beleveszik a külvilágról való véleményüket is. A lányok képzelete merészebb, a valóságot színezik, a fiúk inkább beletörődnek a realitásba.

Feltűnően elárulták az életrajzok azt is, hogy a gyermekek milyen *környezetből* valók.

A városiak és a falusiak közti környezetbeli különbség a másfajta táj, életmód és foglalkozás, és végül a gazdasági, anyagi és kulturális különbségek olyan tényezők, amelyek a gyermeki életrajzoknak szinte minden sorából azonnal kiderültek.

Csaknem valamennyi gyermeki életrajzra jellemző volt, hogy életük *kimagasló eseményeként* általában nem a kellemes, a jó emlékek maradtak meg, illetve kerültek be az életrajzokba, hanem a rosszak, a fájdalmasak. Szinte egyhangúan csak a baj, betegség, szenvedés, a kikapás, a szorongás sorakozik, itt-ott megszakítva vidám emlékekkel.

Az életrajzokat tartalmi mondandóikon kívül elemezni és értékelni lehet az írásban való kifejezés fejlettsége, a szókincs és fantázia gazdagsága, a fogalmazás, az íráskészség, a stílus gördülékenysége és szépsége szempontjából. Továbbá alkalmat ad a helyesírásnak és az írás külalakjának elbírálására is.

A fogyatékos gyermekek közül az imbecillitás fokán levő gyermek írásban nem jut el odáig, hogy életrajzot lehessen vele készíttetni, a debilisek és főként az enyhe debilisek már képesek erre. A süketek írása híven tükrözi beszédbeli sajátosságaikat, s a látási fogyatékosoké e téren való fejlettségüket.

Néhányat bemutatunk közülük:

11 éves fiú, enyhe fokban debilis:

Én K.... E.... vagyok. Ercsiben lakom. 1 testvérem van, nagyon szeretem őtet. Anyukám gyárban dolgozik, szerelő. Ha nagy leszek biztos kőmíves leszek. Segitem fölépiteni a Magyar Szocialista népet, Én IV. oztályos vagyok. Jól fogok tanulni, és megmutatok Hogy kijavitom a bizonyitványt. Tudom hogy milyen fárasztó a munka. És megköszönöm az Iskolának hogy rendes tiszteséges Emberé

felnevelt. Vissza fogok emlékezni erre az Iskolára. Itt a rend és a fegyelem a kötelesség. Már megtanultam olvasni. És már olvasom a relytelmes szigetett, érdekes könyv. Otthon szoktam játszani a játékaimal.

13 éves születési sérült, értelmileg fogyatékos fiú (debilis):

Én az első 4 osztályt kijártam. Utána jártam ötödikbe, de megbuktam. Azután mégegyszer jártam az ötödiket, és azt igértem, hogy majd kijavitom az osztályzatot. Kaptam egy rollit, és sokáig azzal játszottam. Azután mégis kijártam. Elkezdtem járni most hatodikba. Kaptam születésnapomra egy nagy pöttyös labdát. Egyszer egy tanár azt mondta nekem hogy majd a vizsgán kijavitom. Eljöt a vizsga napja és nem hivott fel. Azután azt mondta Anyukám hogy ha nemjavitom ki, akkor elvisz a Javitó Intézetbe.

10 éves kisegítő iskolai III. osztályos értelmi fogyatékos lány. (Ismeretlen eredetű, valószínűleg familiáris debilitás):

én mikor kicsivoltam sokat játszotam és nagyon szeretek játszani. mikor nagyob voltam iskolában járok sokatanulok othon szaladgálok.

10 éves kisegítő iskolai III. osztályba járó fiú, a debilitás és imbecillitás határán: elhanyagolt. (Születési sérülés):

Mitör tivelem játszatamfukárrotam szkátam uldketem pihetem sátam ugártam, setam beszegtem szeresen való h ott jászok apukáma anukáma meszvako toll másvegke lemek hazo (Mi történt velem: játszottam, futkároztam, szaladgáltam, üldögéltem, pihentem, sétáltam, ugráltam, sétáltam, beszélgettem. Szerencsém egy van, hogy otthon játszom apukámmal, anyukámmal. Messze vagyok tőlük már (?) megyek haza).

13 éves vak kislány önéletrajza:

Édesapám tanácselnök volt. Őt másfél éves koromban elvesztettem. Igy édesanyám kénytelen volt egyedül négy gyereket felnevelni. Gyengénlátó voltam, mikor megszülettem. Nővérem megtanított írni, mire hat éves lettem. A látásomat 6 éves koromtól kezdve kezdtem elveszíteni. Látó iskolában nem tanulhattam, és így kerültem ide a vakok intézetébe. Már 8 éve tanulok itt az intézetben. A szemem egyszer operálták, de a műtét sajnos nem sikerült. Már csak fényt és alakot látok. Igyekszem jól tanulni, hogy egy jó munkahelyhez jussak, a munkámat becsülettel és jóakarattal fogom elvégezni.

13 éves gyöngénlátó fiú önéletrajza:

Makón születtem a kórházban. Szegeden laktunk. Szüleim tanítók voltak. Boldog gyermekkorom volt, mert szüleim megadtak mindent, amire szükségem volt. Soha nem kényeztettek. Egy lánytestvérem van. Elemi iskoláimat, valamint a felső osztályokat hatodikig itt végeztem. Hetedikes koromban a Vakok Intézetébe kerültem, mint csökkentlátó. Most is itt vagyok, a nyolcadik osztály elvégzéséig. Nekem az élet iskolás koromban sokmindent megadott, ezért csak azt várom, hogy hozzásegítsen tengerészhivatásom eléréséhez. K. Gy. a leghűségesebb barátom. Ő is tengerésznek készül. Túlságosan nem szeretek semmit. Meghatározottan szeretem mindazt, ami szép, jó és magasztos. Szeretek segíteni azokon akik rászorulnak, és megérdemlik. Honvéd drukker vagyok.

15 éves süket leány tanuló önéletrajza:

„Én 8 hónapos korában elvesztettem a hallást. 6 évig nem tudtam beszélni. 6 éves korában bejelentette a Siketnémák Tanintézeténél és felvette az iskolába. Először sirtam az iskolába, de később megszoktam. Az iskolában hamarosan tudtam beszélni. 10 éves korában színészfényképet és újságot gyüjtöttem és megtanultam a színész nevet. Most színésznő vagy tolmács szeretném lenni, de nem lehet, mert nem hallom semmit. Nagyon szeretem olvasni a mesekönyveket. Szeretem moziba, strandra, korcsolyázni menni. A hatodik osztály vizsgán nem játszottam az előadáson, mert a szivbeteg miatt elmaradtam. Sportom először uszás voltam, később asztalitennisz

lettem. Én nem szeretem kézimunkázni, rajzolni. A színészek közül kedvencem Andrey Hepburn, Alain Delon, Törőcsik Mari, Frank Sinatra . . ."

Két önéletrajzi részlet:

„Nagyon szomoru vagyok, mert siketnéma vagyok. Szeretnék halló lenni, de nem lehet. Halló jobb, mint a siketnéma. Azért, mert sok hallóval lehet szépen beszélni, rádiót lehet hallani, moziba is lehet hallani a beszédet" (VII. osztályos leány.)

„Nagyon szomoru, mert süket vagyok. Sok bácsi csufolt engem, hogy bácsik mondta én néma vagyok. Nem szeretem süketnéma. Jó volna halló. Nem lehet." (VI. osztályos fiú.)

A VIZSGÁLAT MENETE

A gyakorlat szempontjait figyelembe véve, elsősorban azt az egymásutánt soroljuk fel, amely általában egy gyermek (vagy ifjú) *vizsgálatának menetét* jellemzi. Természetesen a vizsgálatok sorrendje nincs és nem is lehet mereven meghatározva. Bizonyos *logikai vezérfonal* azonban mégis irányítja és nagyjából megszabja a vizsgálatok ésszerű sorrendjét.

Nem lehet előre meghatározni azt sem, hogy *mennyi ideig* tart — tartson — a vizsgálat. A diagnózis megállapításának, a tennivalók összeállításának ideje több körülménytől függ. Mennyire tapasztalt és lelkiismeretes szakember a vizsgáló, mennyire bonyolult a probléma, és függ természetesen attól, hogy mi a *vizsgálat célja*. Egyszerűen azt kell csak megállapítani egy súlyos fogyatékosról, hogy fogyatékos-e, és hogy milyen fokban az? Vagy pedig úgynevezett „határeset"-ről van szó, a fiziológiai korlátoltság és az enyhe debilitás határán, és azt kell eldönteni, hogy melyik iskolatípusba való? Végül össze kell állítani azokat a tennivalókat, amelyek személyiségének megfelelő, speciális fejlesztő nevelését szolgálják. Mivel a legegyszerűbbnek látszó károsodás esetében is az egész személyiségről kell képet kialakítanunk, gyakran egy alkalommal nem is lehet dönteni a vizsgált gyermek ügyében, hanem *többször* be kell rendelni, illetve esetleg *hosszabb időn át megfigyelni*. A vizsgálat időbeli alsó határa az a minimális idő, amelyet a legrövidebb vizsgálat is igénybe vesz. Ez legalább néhány óra.

1. Bármilyen vizsgálatról van szó, minden esetben a *személyi adatok és a panasz* részletes felvétele az első teendő. A gyermeket és a hozzátartozót attól a perctől kezdve, ahogy belép és megszólal, azonnal, „figyelni" kezdjük. A vizsgálat tehát az első pillanatban megkezdődik.

2. Második feladat az *anamnézis* felvétele. Ezt igen nagy gonddal kell végezni: ez segíti elő talán legnagyobb mértékben a helyes diagnózist; a szakorvosi és a gyógypedagógiai vizsgálatnak egyaránt alapja. Az adatokat bizonyos kritikával kell szemlélnünk. A bizonytalan vagy téves adatokat igyekszünk pontosan tisztázni, bizonyítványokkal ellenőrizni, esetleg egy másik hozzátartozó révén megszerezni.

3. Az anamnézisnek mintegy kiegészítő része az *exploráció*. Ha a gyermek már beszélő korban és megfelelő értelmi fokon van, feltétlenül kikérdezzük őt is. Ezt a megbeszélést későbbre is halaszthatjuk, a vizsgálat középső szakaszára, amikor a gyermek értelmességével, képességeivel, környezetével, szakorvosi vizsgálatának eredményével nagyjában már tisztában vagyunk. Ekkor a vele való beszélgetésben karakterének, személyiségének mélyebb

rétegeit ismerhetjük meg; a megelőző vizsgálatok folyamán már jobban fölengedett és bizalmasabban nyilatkozik meg problémáiról, életkörülményeiről, környezetéről. Gyakran csak a vizsgálatok végén, mintegy összefoglaló vizsgálatként kerül sorra.

4. Miközben a hozzátartozóval az előélet és a jelen helyzet adatainak felvétele folyik, ezzel egy időben, sőt az első perctől kezdve — a gyermeket is foglalkoztatni kell. Legjobb megoldás a „játékszobában" levő többi gyermek közé bevezetni. Miközben ott spontán bekapcsolódik — vagy nem kapcsolódik be — a többiek tevékenységébe, a vizsgálatvezető megfigyeli egyéni és társas magatartását. Ahol ilyen játékszoba nincsen, mielőtt bármi más vizsgálat megkezdődne, a gyermek *játékot kap*. Megnyugtatására, feloldására ez a legjobb bevezető. Közben természetesen magatartásának megfigyelése és leírása épp oly módon történik, mint a játszószobában.

5. A gyermeket, játszásának megfigyelése után közvetlenül, többnyire *rajzoltatni* szoktuk. Iskolás korú gyermekek vizsgálatát ezzel kezdjük. A legtöbb gyermek igen szívesen rajzol, könnyebben, bátrabban fejezi így ki magát, mint szóban. Az ép gyermek rajzi — grafikus — kifejezőképessége általában párhuzamosan halad testi-szellemi fejlődésével (legalábbis egy bizonyos életkorig, a pubertásig). Ezért első ránézésre is útbaigazítást nyújthat a vizsgálat további teendőire, éppúgy, akár a játék.

6. Ezután következik sorrendben a gyermek *értelmességének megállapítása*. Erre minden esetben szükség van, de nem minden esetben egyforma mélységgel. Ha például egy vak vagy süket gyermeket hoznak kivizsgálásra, akinek tanulási nehézségei nincsenek, nagyjából mégis tisztáznunk kell, hogy a nem látás, nem hallás következtében sajátos fejlettségén belül milyen egyéni változatot találunk. Hasonló a helyzet az épértelmű beszédhibás vagy mozgászavarban szenvedő, vagy neurotikus, vagy epilepsziás vizsgáltak esetében. Az intelligencia normalitásának vagy egyoldalúságának határán belül a fokozati különbségek mellett minőségi eltérések, jellegzetességek is vannak. A vizsgált személy intelligenciája lehet: elvont vagy inkább praktikus, aktív, találékony vagy inkább befogadó, passzív, asszociációja gyorsabb vagy lassúbb, figyelme jól koncentráló vagy szétszórt, emlékezete megbízható vagy gyenge és így tovább.

Mindez igen változatossá színezi az intelligenciát. Az értelmi fogyatékos gyermeknél pedig még nagyobb a variabilitás lehetősége, mert az ártalmat előidéző ok kórformája, a károsodás súlyossága, időpontja, a környezet reakciója és viselkedése lényegesen hozzájárulnak a gyermek értelmi fejlettségének milyenségéhez.

7. Többnyire ennyi adat felvétele után — vagy esetleg később a pedagógiai vizsgálat megejtése után — kerül sor a gyermek *szakorvosi vizsgálatára*. A gyógypedagógiai lélektani diagnózis és a szakorvosi diagnózis szorosan összekapcsolódnak.

A szakorvosi vizsgálat célja a kóros állapot okának, klinikai formájának, kórjóslatának megállapítása, valamint az orvosi kezelés előírása, esetleg végrehajtása. A kóros állapot oka azonban az esetek egy részében nem állapítható meg bizonyossággal. A fogyatékosság klinikai formájának diagnosztizálásához az idegrendszer alapos kivizsgálása szükséges. Az ideg-

rendszeri vizsgálatot sok esetben egyéb, többnyire kórházban vagy orvosi rendelőintézetben végezhető vizsgálattal kell kiegészíteni (koponya-röntgen felvétel, EEG-felvétel, az agykamrák levegővel való feltöltése, lumbálpunkció, a látásfok vagy hallásfok pontos kivizsgálása stb). A kórjóslat annak megállapítására törekszik, hogy a jelen állapot javulására van-e kilátás, állandónak tekinthető-e, vagy rosszabbodástól kell tartani.

8. A szakorvosi vizsgálat után sorra kerül a *pedagógiai vizsgálat*, feltéve, hogy a gyermek már iskolás. A pedagógiai vizsgálat egyszerűen csak azt igyekszik tisztázni, megfelelnek-e a gyermek iskolai ismeretei azoknak a követelményeknek, amelyek elé az iskola állítja, vagyis beleillik-e az osztályába. A pedagógiai vizsgálatot az iskolai ismeretek alapfontosságú területén végezzük: az írás, olvasás és számolás terén. Ezek eredményét összevetjük a pedagógustól bekért véleménnyel.

9. Az olvasásvizsgálat kapcsán figyeljük meg azt is, a gyermek *hogyan szokott tanulni*, milyen módszerrel. Az írásvizsgálat során pedig *önéletrajzot* íratunk vele.

10. Különösen a pedagógiai vizsgálatnál ügyeljünk, hogy a lehető legmagasabb teljesítményt igyekezzünk kihozni a gyermekből, hogy *teljesítménye felső határát lássuk*. Mindig átnézzük a gyermek *iskolai füzeteit és bizonyítványát* is.

11. Iskolás-óvodás gyermeknél a nevelőt, a felügyelőt, óvónőt kikérdezzük a gyermek *magatartásáról, előmeneteléről, közösségi beilleszkedéséről*. Szükség esetén *környezettanulmányt* is végzünk a hozzátartozók lakásán.

12. Az iskoláskor előtt levő gyermek esetében a pedagógiai vizsgálat helyett *megfigyeljük és leírjuk*, hogyan képes figyelni, játszani, utánozni, milyen az *általános tájékozottsága* saját személyéről és környezetéről, térben és időben való eligazodásáról.

13. Megfigyeljük a gyermek *mozgásos fejlettségét is:* durvább és finomabb mozgásait: hogyan ül, áll, jár, fut, ugrik, játszik, rajzol, ír, milyen a kézügyessége?

14. Ezután általában a gyermek *érzelmi-akarati életének* felderítése következik.

15. A gyermekkel való foglalkozás során már kiderül, hogy milyen a *beszéde tartalmilag és alakilag*. A gyermek ép vagy fogyatékos mivoltára annyira jellemző a beszéde, hogy a behatóbb megfigyelés céljából is beszéltetjük. Közben alkalmunk van leírni, milyen a beszéde alakilag (tiszta, pösze, dadogó, orrhangzós, érthetetlen stb.) és milyen tartalmilag (kifejezőkészség, szókincs stb.)

16. Megfigyelés közben mindent írjunk, pontosan *jegyezzünk*. Olykor a vizsgálati helyzet nem engedi meg ezt, de amint lehet, utána azonnal írjuk le megfigyeléseinket.

Ez nagyjából a vizsgált személy vizsgálatának menete. Természetesen ha különleges problémáról van szó, *speciális* vizsgálatok különféle formái kerülhetnek még sorra, vagy egy-egy tulajdonság, képesség aprólékosabb megfigyelése. Az ismertetett vizsgálat menetét a helyzetnek megfelelően *változtathatjuk* is.

Differenciáldiagnosztika

A DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA ÁLTALÁNOS KÉRDÉSEI

Egy gyermek fogyatékosságát — bizonyos esetekben — könnyű felismerni már „első ránézésre". Nehezebb azonban megállapítani a fogyatékosság súlyosságának fokát, és csak alapos kivizsgálással — vagy hosszan tartó megfigyeléssel — lehet meghatározni a további következményeket, azaz azt, hogy személyiségét milyenné formálta a fogyatékosság, és hogy fejlesztésére melyik nevelési eljárás a legalkalmasabb.

Más esetekben rendkívül nehéz eldönteni, hogy a gyermek rendellenessége milyen fogyatékosságnak a következménye, vagy hogy a gyermek fogyatékos-e egyáltalán. Ezeknek kiderítésére a *gyógypedagógiai lélektani differenciáldiagnózis* szolgál.

Például egy gyermeket azzal a panasszal hoznak kivizsgálásra, hogy értelmileg fogyatékos, mert tanulásban nem képes együtthaladni társaival, és magatartása is elviselhetetlen. A vizsgálat a következőket állapíthatja meg:

a) A gyermek értelmileg ép, de elhanyagolt, elmaradt, nehezen nevelhető, környezeti károsodás következtében.

b) Hasonló panasszal hozott gyermek esetében a vizsgálat kimutathatja, hogy a gyermek diszlexiában-diszgráfiában szenved, ezért nem képes az osztály-követelményeknek megfelelni. A közösségbe való rossz beilleszkedése pedig csak másodlagos, következménye az írás-olvasási zavarnak. A gyermek gyógypedagógiai átnevelésre szorul ugyan, de nem gyógypedagógiai intézménybe, hanem általános iskolába való.

c) A fent említett panasszal hozott gyermekről a vizsgálat megállapíthatja, hogy infantilis, iskolaéretlen; ez magyarázza iskolai tanulmányaiban való elmaradását és egy helyben ülésre még nem érett, koncentrálásra nem képes kisgyermekes viselkedését is. A gyermeknek nem gyógypedagógiai intézményre, hanem fejlesztő-foglalkoztatásra van szüksége. Így remény van rá, hogy az általános iskolára „beérik".

d) Hasonló panasznak oka lehet az is, hogy a gyermek súlyosan beszédhibás, dadogó. Ebből ered az a látszat, hogy értelmileg nem ép. Társaival és környezetével való ellentéte nyilatkozik meg magatartásában, ugyancsak beszédhibája következtében.

e) Kiderülhet továbbá, hogy a gyermek nagyothalló, ezért képtelen az osztály munkájába bekapcsolódni, s rendellenes viselkedése is ebből következik. A gyermek speciális iskolába, a nagyothallók iskolájába való és nem kisegítő iskolába.

f) Előfordulhat az is, hogy a fentemlített panasszal hozott gyermekről az derül ki, hogy súlyos neurotikus vagy pszichopata, vagy pszichotikus.

g) Lehet a gyermek valóban debilis, s ennek következménye a magatartási zavar.

Szaporíthatnánk még a példákat, de ennyi is világosan mutatja, mi a feladata voltaképpen a differenciáldiagnosztikának.

A gyógypedagógiai lélektani diagnosztika és differenciáldiagnosztika a tágabban értelmezett *gyógypedagógiai szelekcióval* követ azonos célt és bizonyos fokig azonos eljárásokat.

A gyógypedagógiai szelekcióról — elsősorban pszichológiai szempontból — tágabb és szűkebb értelemben beszélhetünk. *Tágabb* meghatározásában jelenti azt a szempontot és tevékenységet, amellyel a gyógypedagógia terü-

letére tartozó — gyógyítónevelést igénylő — gyermekeket és fiatalkorúakat az épek köréből, az *épek közül* kiválogatják. *Szűkebb definíciója* pedig jelenti a gyógypedagógiai területre tartozó különféle fogyatékosok *egymásközti* szétválasztását.

Ha csak nagy vonásokban is, de közelebbről szemléljük az első értelmezést, azt tapasztaljuk, hogy a szakterületen — a külföldet is beleértve — ma még nem alakult ki egységes nézőpont. A különböző országokban más és más a kiválogatás szempontja és ennek következtében a szelekciós tevékenység is. Erről már szó volt a gyógypedagógiai pszichológia fogalmának meghatározásakor.

A szelekció *szűkebb* értelmezésében több szempontot kell figyelembe venni: az egyik a fogyatékos gyermekeknek *egymás közti*, a gyógypedagógia területén belüli differenciálása, a fogyatékosság *fajtája*, jellege szerinti, a másik a gyermek fogyatékosságának *súlyosság* szerinti megkülönböztetése.

Végül egy-egy fogyatékossági területen, egy-egy súlyossági fokon belül is szükséges a finomabb, egyénenkénti, azt lehetne mondani „minőségi" differenciálás: tekintetbe kell venni az ártalom keletkezési idejét, okát, a gyermek egészségi állapotát, életkorát, képességeit, addigi fejlődését, fejlődési lehetőségeit, munkaképességét, karakterét, affektivitását, egyszóval egész személyiségét, továbbá otthoni körülményeit, egész környezetét.

Mi szükséges a helyes szelekcióhoz akár tágabb, akár szűkebb értelemben?

1. Legelőször talán a *jó diagnoszta*. Ez csak lelkiismeretes, gyakorlott szakember lehet. Jó gyógypedagógiai szelekciót csak *gyógypedagógiailag is képzett* szakember végezhet.

Azt eldönteni például, főképp „határesetben", hogy a gyermek általános vagy kisegítő iskolába való-e; milyen osztályfoknak felel meg, és ehhez hasonló kérdéseket csak specifikus pszichológiai és gyógypedagógiai ismeretek birtokában lehetséges.

2. A helyes szelekcióhoz szükséges második kívánni való a *megfelelő módszer*. Noha ma már igen sokféle vizsgáló eljárás van kidolgozva, de a finomabb differenciálást szolgáló és különösen az egyes fogyatékossági fajtákra alkalmas vizsgáló módokban — különösen a pályaalkalmassági vizsgálatok területén — még hiány van. Újabban nálunk is kísérleteznek a pedagógiai, pszichológiai kivizsgálás egyik formájának, a tartós megfigyelésnek intézeten belüli megvalósításával.

3. A jó szelekció általános keresztülviteléhez *megfelelő számú vizsgáló állomásra* van szükség. A mai helyzet az igényt távolról sem elégíti ki. Nagy jelentőségű volna e tekintetben is egy gyógypedagógiai vizsgáló és tanácsadó intézmény megszervezése, amelynek egyik feladata az volna, hogy a kiválogatás ne csak ambuláns módon, hanem — bonyolultabb esetekben — hosszabb megfigyelés alapján történjék.

4. Végül, a szelekciót csak akkor lehet jól végrehajtani, ha a megfelelően kiválogatott és csoportosított gyermekek elhelyezésére *megfelelő számú specializált gyógypedagógiai intézmény* (iskola, intézet, osztály) áll rendelkezésre.

Az előbbiek alapján a fogyatékos gyermekeknek egymástól és az egyéb sérült vagy rendellenes gyermekektől való megkülönböztetésére szolgáló

jegyeit — a könnyebb áttekinthetőség kedvéért — három területen vizsgáljuk: a gyógypedagógia határterületein, a gyógypedagógia területén belül a *milyenség* szerinti, és a fogyatékossági csoportokon belül a *súlyosság* szerinti megkülönböztetés alapján. Mindezek a csoportok — ezt előre kell bocsátanunk — *nem egymást kizáró kategóriák*. Sok esetben elhatárolni sem lehet őket pontosan egymástól. A csoportosítást aszerint végeztük, ahogyan a szakmai közhasználat szokta, nem is mindig egységesen, de mégis a fő tünetcsoportok szerint.

A GYÓGYPEDAGÓGIA HATÁRTERÜLETÉRE TARTOZÓK SZELEKTÁLÁSA

A pszeudodebilis gyermek

Pszeudodebilisnek, ál-értelmi fogyatékosnak az olyan gyermeket nevezzük, aki értelmi fogyatékosnak *látszik*, de valójában nem fogyatékos, csak értelmi fejlődésében elmaradt. Az elmaradás oka lehet látás- vagy hallászavar, késett fejlődés, hosszas betegség, lokális kiesés, környezeti ártalom és egyéb átmeneti ártalom.

Vizsgálat közben bizonyos esetekben feltűnik valami ellentmondásos jelenség a gyermek teljesítményeiben és személyiségében. Például az írás-olvasás-számolás terén elmaradt, de egész megjelenése, arckifejezése, mozgása ép. Vagy iskolai teljesítményei rosszak ugyan, magatartása félénk, visszahuzódó, de beszéde logikus, gazdag szókinccsel fejezi ki magát. Vagy képességei nem harmonikusak: rosszul koncentrál, fantáziája csapongó, de következtető képessége és magasabb fogalmi gondolkodása korának megfelelően fejlett. A pszeudodebilitás megállapításánál a következőket kell különlegesen figyelembe venni:

Milyen a gyermek egész megjelenése, mozgása, arckifejezése, tekintete?

Milyen a szókincse, kifejezőkészsége? Milyen gondolkodásának logikussága, elvontsága, hogyan képes figyelni, megfigyelni, kombinálni?

Pontos környezettanulmányt kell végezni arra vonatkozóan, nincs-e, nem volt-e a gyermek környezetében olyan körülmény, ami fejlődését, iskolai haladását gátolhatta; elhanyagoltság, hányatott életmód.

Megállapít-e az orvosi diagnózis idegrendszeri ártalmat, érzékszervi károsodást, milyen mértékűt? Vagy más valami olyan tünetet, ami valószínűsíti az értelmi károsodást — vagy éppen az ellenkezőjét?

Rajza megfelel-e életkorának?

A szokottnál is gondosabban veszünk fel anamnézist a fogyatékosság irányának elhatárolása szempontjából: nem esett-e át a gyermek olyan betegségen, amelynek értelmi fogyatékosság lehet a következménye? Nem volt-e hosszasan beteg?

Új anyagot tanultatunk vele: egy-két versszakot és egy rövid prózai szöveget. Elmondatjuk vele továbbá valami olvasmány tartalmát is, annak megítélésére, milyen a felfogása, közvetlen emlékezete, lényegmeglátása.

Milyen a személyisége: gátolt, félénk, zárkózott, szorongó, közvetlen, határozott, nyugtalan, fecsegő, alkalmazkodó, udvarias, szembeszegülő, agresszív stb.

Példa vizsgálati anyagunkból:

Az egyik iskola egy 11 éves, III. általános iskolába járó kislányt küldött kivizsgálásra azzal a panasszal, hogy *debilis*, gyógypedagógiai iskolai áthelyezésre javasolja. A kislány a legfontosabb tárgyakból megbukott.

Az anamnézis sem az anya terhességéről, sem a születésről , sem a gyermek fejlődésében egészen öt éves korig semmi kórosat nem mutatott ki. A gyermek testileg, szellemileg jól fejlődött. Kényszerítő körülmények miatt ekkor az anya állami gondozásba adta a kislányt, ahonnan nevelőszülőkhöz helyezték ki. Hat éven át sok helyen hányódott, iskolába keveset járt, dolgoztatták. Magatartása félénk, zárkózott lett, jóformán nem mert megszólalni. Pedagógiai ismeretei alig feleltek meg az általános iskola első osztálya követelményeinek. Az orvosi vizsgálat kóros eltérést nem mutatott ki.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálat szerint a kislány értelmileg ép, csak fejlődésében — környezeti károsodása miatt — elmaradt. A vizsgálat után a gyermek a nevelőszülőktől visszakerült az édesanyjához.

Egy nyáron át — korrepetálással — pótolta a II. osztály hiányait; a III. osztályt már jó eredménnyel végezte, később pedig „ugrató"-val egy évet behozott elmaradásából.

A környezet által károsított gyermek

A személyiség fejlődésében a születéstől kezdve alapvetően fontos tényező a közvetlen környezet hatása, a nevelés. Minél kisebb vagy minél károsodottabb a gyermek, annál inkább. Ha ez a közvetlen környezet, elsősorban a család és abban is mindenekelőtt az anya nem tud megfelelő nevelést nyújtani, a gyermek — mind az ép, mind a fogyatékos — személyiségfejlődésében egész életére kiható ártalmat szenvedhet. Általában nem megfelelő környezetet jelent a gyermek számára, ha a szülők elváltak, betegek, nyomorban vannak, rossz családi életet élnek, valamelyik meghalt közülük, a hozzátartozók közt alkoholista, elmebeteg, züllött, bűnöző van. A környezeti károsodás következménye a pszichés és organikus neurózis többféle alakjában jelentkezhet: emocionális zavar, félelem, gátlás, bizonytalanság, dac, szembeszegülés, agresszió, depresszió, ritkábban hisztéria, kényszertünetek és enurézis, sőt kriminalitás (Destunis, 1961; György J., 1965).

A környezet a gyermeket károsíthatja 1. fizikailag, 2. értelmileg, 3. érzelmileg, 4. morálisan.

1. *Fizikailag*, testileg, egészségileg károsodhat a gyermek azáltal, ha nem kap megfelelő táplálékot, ruházatot, ha fertőzési veszély fenyegeti, továbbá alkohol élvezetére szoktatják, erején felül dolgoztatják, verik stb. 2. A testi károsodáshoz hasonlóan, vagy tán még fokozottabb mértékben árthat a gyermek *értelmi fejlődésének* a kedvezőtlen miliő: *a)* az ingerszegény környezet, *b)* az elhanyagoltság, *c)* az alkohol.

a) Az *ingerszegény környezet* egyhangú, szegényes, kevés ingert nyújt, holott a gyermeknek a fejlődéséhez változatos, egyre bővülő, gazdagodó, sokféle ingerre van szüksége.

Legjobban bizonyítja ezt azoknak a gyermekeknek a példája, akiket az intézetbe kiskorban helyeztek el. Hiába kerül a csecsemő, a kisgyermek a testi egészségét gondosan óvó, a fertőzést kizáró környezetbe, hiába kapja meg a legszakszerűbben megválogatott táplálékot, ha nem foglalkoznak vele megfelelően, értelmi-érzelmi fejlődésében elmarad. Nem tanul meg időre beszélni, gondolkodása nem éri el életkora

szintjét, affektív életében is különféle zavarok mutatkoznak (magányosság, félszegség, bizalmatlanság; kielégítetlen szeretetvágya az ellenkező végletbe is viheti: az ellenszegülés, az agresszió felé). Iskoláskorba jutva nem képes egykorú társaival együtthaladni. Olykor azt a látszatot kelti, hogy értelmi fogyatékos. Ez a jelenség — szaknyelven *hospitalizmus* — ma már közismert, és a korszerű intézményekben mindent elkövetnek elkerülésére. Vizsgálatok kimutatták, hogy huzamosan intézetben nevelt kisgyermekeknek csökkent a testi ellenállásuk, lassúbb a növekedésük, elmaradt a mozgás- és beszédfejlődésük, és magatartási zavarokat mutatnak. Kevesebb ilyen probléma adódik a hetes bölcsődékben és alig a napos bölcsődékben (Steinitz, Ryll, Trettin, 1959; Schmidt—Kolmer, 1961). Természetesen a családi környezet is lehet ingerszegény, ha — ahogy néha előfordul — a gyermeket naphosszat bezárva tartják a szülők elfoglaltsága vagy egyéb ok miatt.

Gyakran tapasztaljuk, hogy a *fogyatékos kisgyermeket*, különösen a látási, értelmi és mozgásfogyatékost a szülők a gyermek iránti aggodalomból, rosszul felfogott kíméletből valósággal helyhez kötik — olykor nemcsak képletesen —, hogy „kárt ne tegyen magában". Még a lakásban sem engedik egyedül közlekedni, tárgyakat a kezébe nem vehet, semmi önállóságra nem adnak neki lehetőséget. Ez gyakran arra vezet, hogy a fogyatékossága által amúgy is korlátozott kisgyermek *még inkább elmarad* ép társaitól.

b) Az *elhanyagoltság* okozta károsodás voltaképpen csak egy válfaja, egy fokozata az ingerszegénység okozta környezeti ártalomnak. A gyermek értelmi fejlődését nagymértékben befolyásolja az, hogy foglalkoznak-e vele, „csiszolják"-e vagy elhanyagolják.

Hetzer (1929) vizsgálatai szerint az elhanyagolt gyermek szókincse gyakran csak egytizede a megfelelően foglalkoztatott gyermek szókincsének. Tömeges vizsgálatok csaknem 16 ezer angol és amerikai gyermek miliőjének feldolgozása alapján megállapították, hogy átlagban legjobb szellemi eredményt azok a gyermekek mutattak, akiknek szülei tudtak és akartak foglalkozni gyermekeikkel. Közepes teljesítményt adtak azok, akiknek szülei erre már nem törekedtek ilyen mértékben. Leggyengébb eredményt pedig azok nyújtottak, akiknek szülei elfoglaltságuk vagy ismerethiányuk miatt erre nem voltak képesek.

Saját vizsgálataink, amelyeket iskolás korú gyermekeken 1938-tól 1942-ig végeztünk, szintén a fentieket igazolják. Az elvégzett vizsgálatok után a gyermekek négy csoportját állapítottuk meg:

Az *I. csoportba* csupa olyan gyermeket soroltunk, akiknek szülei igen gondosan foglalkoztak velük, még különórák, könyvek, utazások útján is.

A *II. csoportba* azok a gyermekek kerültek, akikkel a szülők noha kevesebbet foglalkoztak, mint a fentiek — de érdeklődésüket kielégítették, leckecsinálásnál magyaráztak.

A *III. csoportba* azok a városi gyermekek jutottak, akik kedvezőtlen körülmények közt éltek, nem volt idejük vagy megfelelő helyük a tanulásra.

A *IV. csoportba* az ugyanilyen körülmények közt élő falusi gyermekek kerültek.

Az általános intelligencia vizsgálata nálunk a következőket mutatta:

	Életkorán felüli (%)	Életkorának megfelelő (%)	Életkorán aluli (%)
I. csoport	65	30	5
II. csoport	30	50	20
III. csoport	15	50	35
IV. csoport	8	49	43
értelmi fogyatékos	—	11	89

Az eredmények ilyen éles különbségéhez hozzájárult, hogy az akkor még *nem egységes iskolatípusok* (elemi, polgári, gimnázium) nem egyforma mértékben fejlesztették a gyermeket. Azonkívül az is, hogy a falusi gyermekek közül sokat otthon fogtak munkára, s ezért nem jártak rendszeresen iskolába, illetve abból hamarább kimaradtak. Városban a beiskolázást szigorúbban vették. A leggyengébb eredményt mutató csoport is jóval fölötte volt azonban az oligofrének vizsgálatánál mutatkozó életkori elmaradásnak.

c) A környezeti ártalmak közt említjük az *alkohol* károsító hatását, mert nem megfelelő környezet az, ahol a gyermek az ivásra lát példát, s még kevésbé az, ahol esetleg őt is rászoktatják. Kísérletek bizonyítják, hogy az alkohol hatására a szellemi munkabírás tempója leromlik. A teljesítmény mennyiségben és minőségben egyaránt csökken. Különösen a felfogó, a számoló, az emlékező és a kritikai képesség teljesítménye száll alá.

3—4. A kedvezőtlen környezet nemcsak értelmileg, hanem *érzelmileg és morálisan* is károsíthatja a gyermeket a következők révén: *a)* elhanyagoltság, *b)* rossz családi élet, *c)* rossz példa, *d)* helytelen nevelési eljárás, *e)* gazdasági nyomor és *f)* alkohol. Mindez olykor egy időben is előfordulhat a gyermek környezetében.

a) Az *elhanyagolt* gyermek nem részesül abban a tudatos, célszerű módszeres nevelési tevékenységben, amely révén képes a közösségbe jól beilleszkedni. Az elhanyagolt gyermek ki van szolgáltatva a saját, önző, ösztönös vágyainak, kívánságainak, részben pedig a külvilág, az „utca", a véletlen, többnyire kedvezőtlen befolyásának. Különösen veszélyeztetett az értelmi fogyatékos gyermek, aki megítélni sem képes kellőképpen ezeket a hatásokat.

Egyik vizsgáltunk, egy 15 éves félárva, debilis kislány — akinek édesanyja egész nap munkában volt, s nem tudott vigyázni rá — naphosszat az utcán csatangolt. Csaknem egy tucat férfit sorolt fel, akivel összeismerkedett és akivel „elment", de hozzátette, hogy nem emlékezik mindenkire.

Súlyos érzelmi fogyatékosságot jelent az anya, illetve anyai szeretet hiánya. Az első életévekben jól alakult anya—gyermek kapcsolat eredménye a gyermek későbbi megfelelő beilleszkedése a családba, a társadalomba. A kisgyermeknek nemcsak testi, nemcsak intellektuális szükségletei vannak, hanem affektív igényei is, a hozzá legközelebbi lény, az anya iránt. Ennek fontosságát ma egyre inkább hirdeti a pszichológia. Ha ez a kapcsolat valamely ok miatt — árvaság, felelőtlen, gyermekével nem törődő anya vagy nevelőanya — nem sikerül, a gyermekben az emocionális zavarok valami formája, beilleszkedési nehézség marad vissza, és ez személyiségfejlődés eltérést okozhat egy életen át.

b) A *rossz családi élet*, a szülők, a családtagok viszálykodása és igen gyakran a szülők közé került „harmadik" — a gyermekre érzelmileg és erkölcsileg is ártalmas hatású: elvész a szülői tekintély, a szülőben való bizalom.

c) A gyermeket igazán közösségi lénnyé elsősorban a *példa* neveli. Ha környezetében hazudozó, durva, csavargó, bűnöző személyek vannak — néhány gyermektől eltekintve, akiket „elrettent" ez a példa —, nem tudja magát kivonni hatásuk alól. Érzelmileg bizonytalan lesz, erkölcsi ítélete megzavarodik, sőt esetleg maga is elzüllik.

d) A helytelen nevelés is lehet környezeti ártalom a gyermeknek. Helytelen a nevelés akkor, ha a gyermeket túlságosan elkényezteti, nem készíti fel a közösséghez való alkalmazkodásra, munkára, áldozatkészségre. De épp így gátolja a gyermek közösségbe való beilleszkedését, ha a nevelés durva, megfélemlítő, ha verést alkalmaz. Végül kifogásolható a gyermek érzelmi-erkölcsi fejlődése szempontjából a következetlen nevelés is, amikor becézés és türelmetlenség hirtelen és indokolatlanul váltják egymást.

e) Az *anyagi nyomor* is nyomot hagy a gyermek érzelmi, erkölcsi világán. A gyermek korán észreveszi, hogy neki nincs meg úgy mindene, mint társainak, s több egymástól ellentétes módon próbál egyensúlyba kerülni. Vagy félrehuzódó, félénk lesz, önbizalomhiánnyal küzd. Vagy dacosan, agresszíven szembeszáll társaival, s esetleg a pedagógussal is. Vagy feltűnést keres és bohóckodással, esetleg más módon igyekszik magának tekintélyt biztosítani. Előfordul azonban az is, hogy anyagiakban jól ellátott gyermek érzelmileg elhanyagolt és morálisan rossz példát lát.

f) Mint affektíven és erkölcsileg károsító tényezőt is meg kell említeni az *alkoholt*. Alkoholos állapotban csökken a meggondoltság, az ítélőképesség, az önfegyelem, viszont hevessé válik az ösztönös megnyilvánulás minden formája.

Élesen bizonyítják ezt a kocsmai verekedésekbe sodródott fiatalkorúak adatai. Több ifjúkorú gyilkos vizsgálatából kiderült, hogy részeg, szinte beszámíthatatlan állapotban kezdtek el veszekedni, majd verekedni, végül a verekedés hevében szándék nélkül, meggondolatlanul követték el a gyilkosságot.

A környezeti károsodás általában több formában jelentkezik egy időben.

Sokféleségére példa H. L. 11 éves kislány esete, vizsgálataink anyagából (LÁNYINÉ lelete). Példa arra is, milyen nehéz eldönteni, hogy mi az *elsődleges* valami ártalomban, hogy mi az *ok és mi a következmény*.

A kislány egyedül jött kivizsgálásra azzal, hogy az apja mindig részeg, édesanyját és testvéreit, különösen pedig őt üti-veri. „Szegény anyukám hiába keres . . . az apám . . . mindent eliszik, ez a helyzet". „A nagy testvéremet is bántja, a kicsit is, de engem űz a legjobban a háztól." Kéri, hogy helyezzük őt el intézetben.

A kislány szüleinél környezettanulmányt végeztünk. Ennek tanúsága szerint a gyermek rendkívül rossz szociális és erkölcsi körülmények közt él. Lakásuk egyetlen üzlethelyiség, amelyben semmiféle szegénységgel nem indokolható piszok, rendetlenség van. A helyiségben három ágynemű nélküli szalmazsákos fekhely van, egy-két rongyos kabát és ruha szolgál takaróul. Ezen a három fekhelyen alszik a hétszemélyes család. Az anya és apa az egyiken, négy gyermekük a másikon, a harmadikon az anya huga. Az anya foglalkozása takarítónő, a huga konyhalány, az apa orvosi műszer kereskedésben dolgozik. *A családban tehát három dolgozó van, mégpedig mindhárom olyan munkahelyen, ahol a tisztaság és a rend elsőrendű követelmény.* A gyermekek rendkívül elhagyatottak, piszkosak, naphosszat az utcán csavarognak. A legnagyobb gyermeket beíratták ugyan iskolába, de mivel túlkoros, nem jár. A középső állítólag rendszeresen jár iskolába, a legkisebb óvodás volna, de nem járatják. A gyermekeknek a rajtukon levőn kívül nincs ruhájuk, mindennapi táplálékuk a zsíros kenyér. A család fél éve él Pesten, vidékről költöztek fel.

A fentiek alapján felmerül a gyanú, hogy a család ilyen mértékű elhanyagoltságáért valóban csak az apa alkoholizmusa-e a felelős? A további adatok igazolják a kislány — egyébként nem mindenben hitelt érdemlő — panaszát, hogy apja valóban részeges, durván bánik a családdal, a holmijukat eladogatja, a keresete is italra megy. Állítólag az apa családjában több alkoholista és könnyelmű ember van. Az adatok továbbá azt is valószínűvé teszik, hogy a gyermek édesanyja és annak huga is isznak.

Ebben a környezetben a kislány testi-értelmi-erkölcsi fejlődése veszélyeztetve van.

Az orvosi vizsgálat szerint a kislány közepesen fejlett, aszténiás alkatú, sápadt bőrű, mozgásilag rendben van, organikus neurológiai eltérése nincsen.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálat szerint a gyermek értelmi fogyatékos a debilitás fokán. Beszéde alakilag jó, tartalmilag beszűkült gondolat- és érzelemvilágot tükröz. Beszédstílusa kveruláló, logorrheás, modoros. Nem gyermeki módon panaszkodik, hanem a felnőttektől, úgy látszik, sokat hallott sajnálkozásokat „mondja fel". Nagyot sóhajt, közben-közben öreges módon beszél, mimikáján és gesztusain meglátszik, hogy sokat hallotta már ezeket a mondatokat, és játssza is a szerencsétlen gyermeket. „Sose lássam őket, miattuk szenvedek". Szinte gépiesen mondja panaszait, közben figyeli, hogyan írja a vizsgálatvezető „... és nem törődnek velem ... ez már benne van?" — kérdezi, majd „írja be azt is, hogy engem meg kell védeni ..." Utána, mint aki rutinnal diktálta a jegyzőkönyvet, kéri, hogy olvassa fel a vizsgálatvezető, hogy mit írt le.

Gyakorlati tájékozottsága korának nagyjából megfelel. A fogalmi fejlettséget és kritikai érzéket igénylő feladatokban viszont évekkel kora átlaga alatt van. Érzelmileg könnyen kötődik, és ezáltal ítéleteiben is könnyen befolyásolható, ami fokozza veszélyeztetettségét. Pedagógiai teljesítményeiből kitűnik, hogy a tanított mechanikus ismereteket viszonylag jól elsajátította, önálló gondolkodást igénylő feladat megoldására azonban képtelen. Gyógypedagógiai osztályba jár, a 10-es körben számol, a betűket nagyrészt ismeri és leírja, összefüggően írni-olvasni nem tud.

A kislány fogyatékosságának eredete biztonsággal nem állapítható meg. Familiáris eredet, szülési sérülés, csecsemőkori betegség kapcsán fellépett károsodás feltételezhető annak ellenére, hogy neurológiai eltérés nem mutatható ki. Mindezeken kívül a környezeti ártalom tömény, ez azonban önmagában nem idézett volna elő ilyen pszichés képet, csak a fentiekkel összeszövődve.

Mindezek alapján indokoltnak tartottuk a kislány gyógypedagógiai intézeti elhelyezését.

Fel kell vetnünk a kérdést, hogy a *környezeti ártalom* valóban minden esetben csak külső, exogén ártalom-e, vagy nagymértékben hozzájárulnak endogén, belső tényezők is? Van olyan vélemény is, hogy elsősorban a hajlam a döntő, s a „rossz környezetet" maga a „rossz hajlam" alakítja ki. Felhozzák példának, hogy testvérek közt is milyen feltűnő különbség, sőt ellentétesség mutatkozhat, holott egyforma környezetben, egyforma nevelési hatások alatt nevelődtek.

Az érv tetszetős, csakhogy a környezet még két testvér számára sem azonos. Az ún. „mikromiliő" számukra is eltérő. Ugyanaz a hatás például különböző életkorban éri őket: meghal az anya, amikor az egyik gyermek három-, a másik hatéves. Vagy vidékre költöznek, amikor az egyik két-, a másik hétéves. Az egyik jár óvodába, a másik nem. Az egyik elsőszülött, a másik több testvér közé született. Más és más pedagógus, más és más barátok, osztálytársak közé kerülnek. Az egyik többféle betegségen esik át, a másik nem.

Természetesen a hajlamnak, az adottságoknak, az endogén tényezőknek nagy szerepük van a környezet kialakításában. Csakhogy a gyermek még nem tudja környezetét alakítani, s a jó hajlamai is eltorzulhatnak, ha nem segítik kifejlődésre. Hogy egy gyermek hibáiban, rendellenes magatartásában mennyi része van a szűkebb és tágabb külvilág károsító hatásának és mennyi a hajlamának, azt minden gyermeknél *egyénileg lehet csak eldönteni.*

A fogyatékos gyermeket éppen annyi környezeti ártalom érheti, mint az épet. Sőt, bizonyos tekintetben, mivel védtelenebb, érzékenyebb, kevésbé ellenálló, kiszolgáltatottabb, többfelől és többféle károsodást szen-

vedhet környezete részéről is. Fogyatékossága miatt sok esetben szánakozást, máskor türelmetlenséget, olykor feltűnést, gúnyt kelt környezetében, gyermektársai közt, az utcán, sőt az is előfordulhat, hogy éreztetik vele, hogy terhe és szégyene a családnak.

A legközvetlenebb környezeten kívül károsító tényező lehet az *óvodában* és *iskolában* a pedagógus bánásmódja, vagy az általa alkalmazott módszer, az osztálytársak viselkedése, s a tágabb környezet, a rokonok, szomszédok, vagy baráti kör hatása. Végül bizonyos *filmek*, *olvasmányok* is, ha nem megfelelő életkorban vagy válogatás nélkül jut hozzájuk.

A nehezen nevelhető gyermek és ifjú

Szűkebb értelemben csak azokra a gyermekekre és fiatalkorúakra alkalmazzuk ezt a kifejezést, akik a közösségbe inadekvát módon, nehezen illeszkednek. A szakirodalmi osztályozásról szó volt az egyéb személyiségfejlődési rendellenességek kapcsán. Most az egyszerűbb tájékozódás kedvéért speciális, gyógypedagógiai lélektani szemléletünk alapján gyakorlati csoportosítást végzünk a *megnyilvánuló tünetek* és az azokat *előidéző tényezők, azaz okok szerint*. A *tünetek* szerint alcsoportokat kell alkotnunk:

Az első csoport nehézségei nem mennek túl a *magatartási zavarok* határán. A viselkedés kisebb-nagyobb rendellenességei tartoznak ide: szófogadatlanság, dacreakciók, hazugság stb.

A második csoportba soroljuk a *társadalomellenes* cselekedetek, a fiatalkori bűnözés különféle formáit: a lopást, betörést stb.

A harmadik csoportba azok kerülnek, akik az előzőektől abban különböznek, hogy nem a környezet s nem a társadalom ellen irányulnak megnyilvánuló tüneteik, hanem *elsősorban saját maguk* ellen. Ilyen például a fóbia, a szorongás, a kényszerek különféle fajtái, a különcség, az elzárkózottság, a gátoltság, a hozzáférhetetlenség és sok más hasonló.

Természetesen nem lehet elkülöníteni a tüneteket az okoktól és az okokat a tünetektől (sőt az egyéb értelmi és személyiség-sajátosságoktól sem). *Ezért minden csoportosítás önkényes, a gyakorlati tájékozódás szempontjából azonban mégis szükséges.* A gyógypedagógiai vizsgálatok követelményeinek megfelelően a tünetekből kell kiindulnunk, hiszen a gyermek ezek panaszaival kerül kivizsgálásra vagy olykor gyógypedagógiai intézetbe. A további feladat éppen az előidéző tényezők kiderítése.

Magatartási zavarok (engedetlenség, szembehelyezkedés a hozzátartozók akaratával, dac). Ennél a panasznál az első kérdés az, hogy a tünet milyen időszakban lép fel és milyen fokú. A 3—4 éves gyermeknél, az első önállósodás, az anyától való bizonyos elszakadás korában nem kóros. Jelentkezhet valamivel korábban, később, elhúzódhat, főképpen, ha nem megfelelően bánnak a gyermekkel. A pubertás idején szintén természetes fejlődési folyamat a felnőttekkel való szembehelyezkedés, a kritika, és ugyancsak az önállósodás jele. A tünet lehet korai, kései, elhúzódó, gyengébb, vagy erősebb fokú, aszerint, hogy a pubertás milyen időben, milyen hevesen jelentkezik, és hogy a hozzátartozók reakciója milyen.

A szembeszegülő viselkedésnek lehet oka a *helytelen nevelés* is: a túlzott elkényeztetés, a túlzott szigor, a következetlenség a nevelésben. Lehet

oka *egyéb környezeti ártalom:* rossz példa, rossz családi élet, házi veszekedések a szülőknek valami olyan hibája, ami miatt a gyermek nem tudja becsülni őket (durvaság, iszákosság), és gyakran a válófélben levő vagy elvált szülőknek az a tulajdonsága, hogy egyik szülő a másik ellen ingerli a gyermeket. Lehet oka a szembehelyezkedésnek vele született *hajlam* is (nehéz alkalmazkodóképesség), végül betegség, betegség következménye és *kóros állapot:* enkefalopátiás személyiségzavar, pszichopátia stb.

A *fogyatékosok* éppúgy mutathatják a fenti tüneteket, mint az épek. Fogyatékosságuk következtében azonban még több nevelési nehézség adódhat velük. Részint többnyire kényeztetik, sajnálják őket; részint, nem képesek testvéreik s még kevésbé idegen gyermekek társaságába beilleszkedni, azok játékában teljes mértékben részt venni, akár vakságuk vagy süketségük, akár értelmi vagy testi sérültségük akadályozza meg őket ebben. Könnyen kishitűek lesznek, önbizalomhiánnyal küzdenek vagy sértődöttek, máskor agresszívek.

Indulatosság, dühkitörés, agresszió. Az indulat és annak egyik hevesebb, kitörőbb és hirtelenebb megnyilvánulási formája, a düh, a legelemibb lelki jelenségek közé tartozik. Erősebben-gyengébben, féktelenebb-fegyelmezettebb módon mindenkiben megvan, a kisgyermekből többnyire nyíltabban tör ki, mint a felnőttből. Az ép gyermek és ifjú dühkitörése is élénk testi jelenségekkel jár: elpirulással, hevesebb formában elsápadással, remegéssel, gyorsult szívveréssel és lélekzéssel: a beszéd akadozó, a taglejtés heves, a gyermek kiabál, toporzékol, esetleg a földre veti magát.

Mikor mondhatjuk ezt a jelenséget *kórosnak?* A patologiás dühkitörésre jellemző a *kitörés hevessége:* síró vagy nevetőgörcs, ájulás, esztelen tombolás-rombolás, törés-zuzás, a gyermek saját magát harapja, fejét a falba üti, padlóba veri, haját tépi, ruháját szétszaggatja, dobálja magát, bárkinek nekimegy. Ezenkívül jellemző, hogy igen kis okra vagy *ok nélkül* jelentkezik az erős indulat; továbbá, hogy többnyire bizonyos *időszakossággal* jelentkezik; végül, hogy a kitörés lezajlása után a gyermek *kimerült* állapotba kerül.

A gyermek indulatosságának vagy dühkitörésének közvetlen *oka* többnyire valamilyen *kellemetlen testi-lelki állapot,* amivel szemben a gyermek tehetetlen: éhség, szomjúság, fáradtság, hőség, lappangó betegség (lányoknál a menstruáció ideje), felizgatott állapot, félelem, elkeseredés, sértődöttség, hirtelen időjárás változás (az arra érzékenyeknél). Azonkívül lehet nevelési hiba: igazságtalan szemrehányás, szidás, csúfolás, túlzott szigor, gyermek akaratának letörése, verés és hasonlók.

Hajlamosít-e *fogyatékosság* dühkitörésekre? Emlegetik a süketek indulatosságát, a beszédhibások ingerlékenységét, általában mindazoknak indulati hevességét, akik beszéd útján nem képesek magukat megértetni. Ez a türelmetlenség nem *természetükből,* hanem helyzetükből fakad. Gyakori és kóros kitörései lehetnek a súlyosabb fokú gyengeelméjűeknek, mert képtelenek erős indulataikat fegyelmezni. Az imbecillisek és idióták kitörése olykor egészen féktelen lehet, különösen ha felingerlik őket. Kóros dührohamokra hajlanak az epilepsziásak, olykor az enkefalitiszen átesettek, „nagy jelenetek" rendezésére a hisztériásak.

Az indulatkitörés egész lezajlása tehát szintén jellemző a gyermek vagy ifjú személyiségére, és fordítva: a gyermek személyiségével együtt szem-

lélve érthetjük meg csak a gyermeki dührohamokat és tehetünk kísérletet — okának felfedésével — annak megszüntetésére vagy enyhítésére.

Példa a kóros dühkitörésekre vizsgálati anyagunkból: T. B. 16 éves fiút azzal a panasszal hozzák a szülei, hogy türhetetlen dührohamai vannak. Ötéves koráig ép és igen szelíd, csendes gyermek volt. Akkor (valószínűleg) agyvelőgyulladáson esett át, utána megváltozott. Izgatott, ingerlékeny lett. Az általános iskolát elvégezte, emlékezete, kitűnő, mindent tud, amit egyszer megtanult. Nyelvérzéke is jó. Minden érdekli. Egész nap „olvas", lexikont, könyvet. De egy könyvet sem olvas végig, nincs türelme hozzá, csak bele-belelapoz. Az újságot viszont az utolsó betűig végigolvassa. Mosdásra, fésülködésre, fogmosásra, körömtisztításra csak igen nehezen lehet rábeszélni. Idegeneknek sokkal inkább megtesz mindent, mint szüleinek. Főleg kisgyermekek tudják sok mindenre rávenni. Az állatokat valósággal imádja. Otthonról elcsen vajat, húst, és a szomszéd macskákat, kutyákat eteti meg. Dolgozni nem szeret. Türhetetlenül indulatos. Ilyenkor az ujjairól letépdesi a bőrt, véresre tépkedi kezét. Ha valamit ellenére tesznek, szinte őrjöng, ordít, fenyegetőzik, toporzékol, „mintha nem volna magánál". Az utóbbi egy-két évben több ízben nekiment szüleinek, anyját torkon ragadta, apját ellökte. Amikor egy kisfiú tréfából hógolyóval megdobta, olyan dühbe gurult, a gyermeket úgy vágta a falhoz, hogy fejebőre berepedt, orvos varrta össze.

Az indulati jelenségek egyik formája az *agresszió*. Gyermekeknél ez általában mások bosszantásában, verekedésben nyilvánul meg. A gyermek szinte minden ok nélkül belerúg, belecsíp testvérébe, pajtásába, haját cibálja; elszedi holmiját, kötekedik vele; gúnyolja, megveri. Az ilyen „támadás" lehet nyílt vagy alattomos. Az agresszív gyermek többnyire az állatokat is kínozza (ez azonban nem azonos a kíváncsiságból eredő „kínzással", amikor a gyermek apróbb állatot szétszed — éppúgy, mint játékait, hogy lássa, „milyen belül"). A „kínzás" olyan fokig mehet, hogy már a *szadizmus* fogalma alá tartozik.

A hazugság. A kérdéssel sokan foglalkoztak pedagógiai, pszichológiai, szociális, etikai, jogi szempontból: Duprat, (1921), W. és K. Stern (1934), Ch. Bühler, Jolivet (1950), Sutter (1956), Lafon (1963), Porot (1965), nálunk többek közt Martos Ágostné (1913) és Harsányi (1935). A hazugságnak valamennyi definíciójában kidomborodik, hogy a *hazugság a valóságnak szándékos meghamisítása, és hogy célja a tudatos félrevezetés*. Harsányi a hazugságot mint pszichés, mint társadalmi és mint etikai jelenséget vizsgálja, szerinte a hazugság a valótlannak felismert tartalmat a megtévesztés szándékával valóságként akar másokkal elismertetni.

Tehát nem nevezhető hazugságnak a valóság elferdítése, ha nem tudatos, ha nem megtévesztő szándékú. Ez lehet tévedés és lehet kóros megnyilatkozás. Mihelyt az egyén hiszi azt, amit mond, az ő szempontjából nem hazugság.

Stern (1934) a hazugság célja szerint tíz fokozatba sorolta a hazugságféleségeket. Bühler (1934) három csoportba. Ezek a következők: 1. *antiszociális* hazugság, amellyel valaki valakit tudatosan, a saját érdekében megkárosít; 2. az *aszociális* hazugság, amellyel valaki saját magának — más megkárosítása nélkül — előnyt, érdemet szerez; és 3. a *szociális* hazugság: udvariasságból, tapintatosságból, másnak érdekében elkövetett hazugság.

A gyermek nem mindig hazudik, amikor valótlant mond. A szakirodalom szerint a gyermeknél általában 5—6 éves kor előtt nem beszélhetünk hazugságról. A belső (szubjektív) és a külső (objektív) világot nem képes

még szétválasztani (STERN, 1934). Valóság, mese, tréfa, fantázia és játék összeolvad benne. „Hazugsága" tehát „fantázia". Még a „hasznossági", azaz érdek-hazugságai sem igazán tudatosak: ijedtében, veréstől való félelmében letagad, vagy másra fog valamit, nem gondolva arra, hogy milyen könnyen rajtakapható. Ezt a jelenséget SUTTER (1956) gyermeki „pszeudohazugság"-nak nevezi. Az ép gyermek azonban lassankint mind jobban alkalmazkodik a realitáshoz, fantáziája mederbe szorul, környezete is tudatosítja benne a hazugság fogalmát. Ekkor már bűntudat jelentkezik nála, amikor valótlant állít: elpirul, zavartan, akadozva beszél, szemét lesüti, félrenéz stb. Nyolc-kilencéves korára a gyermek szinte „valóságrajongó". HARSÁNYI (1935) idéz egy kisfiút, aki attól való féltében, nehogy egy szemernyit is eltérjen az igazságtól, amikor megkérdezték, hány óra van, így válaszolt: „Vagy pontosan félnyolc van, vagy már elmúlt, vagy még csak lesz". Ezzel szemben főképp neurotikus gyermeknél ebben a korban is előfordul „nappali álmodozás", s a fantáziák realitásként való előadása.

A *hazugság* oka gyermekkorban félelem a szidástól, veréstől — és főképp a tiltott örömök kielégítésének vágya. A pubertásban a bizonytalanság érzése, a másik nem iránt ébredő érzések szégyenlése, kamaszos nagyzolás, nagyképűség, dicsekvés. Az ifjúkorban már a felnőttekéhez hasonló okok. A hazugság előidézője lehet még a helytelen nevelés, a túlságos szigor és a rossz példa.

A kóros hazugság. A hazugságot kórosnak mondjuk, ha beszámíthatatlan vagy csökkent beszámíthatóságú egyén esik bele. Ilyenfajta hazugság a *konfabuláció* és a *pszeudológia fantasztika.*

A *konfabuláció* („hozzámesélés") az emlékezeti kiesés pótlása, a valóság átköltése, az élmények pontatlan, kibővített, lényegétől megfosztott átformálása. Értelmi fogyatékosokra, pszichopatákra és bizonyos fajta elmebetegekre jellemző. A gyengeelméjű — átlagban — gyengébb megfigyelő, rosszabb emlékezetű, fegyelmezetlenebb fantáziájú, mint az ép gyermek. Az illúziót a valóságtól — akár a kisgyermek — pontosan elkülöníteni nem tudja. Erkölcsi gátlása kisebb, a félelem és a vágy pedig, ami ferdítésre késztetheti, erősebb lehet. A debilisek még ragaszkodhatnak a valósághoz, az imbecillisek már kevésbé beszámíthatók, a hazugságon könnyebben rajtakaphatók. Az idiótáknál pedig nem beszélhetünk hazugságról, még ha képesek is esetleg valótlant állítani.

A *pszeudológia fantasztika* DELBRÜCK majd DANNEMANN (1934) definíciója szerint is, kóros megnyilvánulása a fantázia hazugságnak. Az egész pszichés folyamat zavarát jelenti. Pontatlan felfogóképesség, az álom-álmodozás-olvasmány összekeverése, a vágyak átszíneződése az eseményeken, hamis kombinációk, élénk képzelőerő és csökkent ítélőképesség idézik elő többnyire együttesen, akár érdekből, akár haszon nélkül való a hazugság. Legtöbbször annyira autoszuggesztív, hogy az illető maga is elhiszi, amit mond, és valóságként illeszti be élményei közé .Ezáltal hazugsága másokra is meggyőzően hathat. A pszeudológia fantasztika, mint tartós sajátság csak kóros egyéneknél fordul elő: hisztériásoknál, epilepsziásoknál, egyéb pszichopatáknál és elbutult állapotban lévőknél. Az elmebetegek ilyen irányú megnyilvánulása nem nevezhető semmiképpen hazugságnak; irreális képzelődéseiket ők tántoríthatatlanul *hiszik.*

Itt említjük meg a sokféle változatban megjelenő „mitomániát" is: ez hajlam a valóság meghamisítására (DUPRÉ, 1905; MINKOWSKI, 1951; POROT, 1965). Eredete, formája kóros, jellege igen sokféle lehet: hiúság (dicsekvés), rosszindulat (rágalmazás), perverzitás („ösztönösen" konfabulál), Egyszerűbb primitívebb formája debilisek között előfordul, főképp mint dicsekvés.

ASPERGER (1956) a kóros hazugságokat jellegzetességeik szerint egy-egy kórforma köré csoportosítja:

Az *enkefalitiszen átesett* gyermek és fiatalkorú hazugságformáira jellemzőnek találta, hogy az alacsonyabb intelligenciájú és személyiség-integrációjú gyermek hazugsága hirtelen ötlettel keletkezik, meggondolatlan, logikailag nem megalapozott. Ha rájönnek, azonnal „föladja" a hazugságot. Magasabb intelligencia és épebb személyiségjegyek mellett a hazugság lehet raffináltabb, ügyes kifogásokkal védett, ezért nehezebben felismerhető és veszélyesebb.

A *kritikátlanságból eredő* hazugságok kritikátlan, szuggesztibilis gyermekeknél fordulnak elő, ha szuggesztív kérdéseket kapnak. Ez rögződik náluk, s később elmosódik a valóság. Az ilyen típusú gyermekekre jellemző az is, hogy a mástól hallott élményt mint velük megtörténtet mondják el, és hogy fantáziálásukat valóságnak hiszik.

Ösztönükben zavartak közé ASPERGER az autista pszichopaták egy részét sorolja. Jellemzőjük az a fajta kóros hazugság, amely olykor egészen céltalan, olykor védekezésül szolgál cselekedeteik igazolására. Ezek a hazugságok fantáziálásszerűek, kevés közük van a valósághoz, irrealitásuk hamar felismerhető. Elkövetőjük nem is ragaszkodik állításához, könnyen bevallja, őszintén, úgy hogy azt a hatást kelti, valami „őrültségről" volt csupán szó, és többé nem fog előfordulni.

A *szélhámos típusú* hazugságra jellemző, hogy „mesteri". Minden szó pontosan a helyén van: a hangsúly éppúgy, akár a gesztus. Minden kis részlet stílusos. Eszébe sem jutna senkinek, hogy mindez „kitalált" lehet. A szélhámost hazugságában nem könnyű rajtacsípni: hazugságát föntartja, nagyszerűen fölépített módon védi. Olyan ügyesen védekezik, hogy megzavarja, azt aki gyanúsítani meri. Nem lehet rávenni bevallására: „megsértődik". Szavahihetőségéhez hozzájárul, hogy a szélhámos típus többnyire jó megjelenésű, megnyerő és szuggesztív.

A *hisztériás hazugságtípusra* jellemző: teátrális magatartás, eltúlzott affektív megnyilvánulás (valódi könnyek, kétségbeesés, felháborodás), de mégis észrevehető az érzelmi belső üresség, hidegség, és igen erős egocentrikusság. Mivel a hisztériás igazi érzésben általában szegény, ezt az űrt tölti ki szenzációval, hazugsággal. Hazugságuk többnyire az „előkelőségi komplexus" és a szexualitás körül forog. Ha rájuk bizonyítják a hazugságot, nem jönnek zavarba: bevallják, de azonnal más hazugságot konstruálnak mentségükre. A hisztériásoknak általában jó beszédkészségük van, lélektanilag indokolnak. Intelligenciafokuktól és személyiségnívójuktól függően hazugságaik olykor átlátszóak, máskor logikusak, s nehezebben leplezhetők le.

A *hideg számításból* eredő kóros hazugság példáját egy gyermek esetében ismerteti ASPERGER. Erre a típusra jellemzőnek találta, hogy egy hazugság-szövevény mellett, amelybe vélt érdekből belebonyolódott, konokan kitart; ettől nem tágít, minden érv lesiklik róla. Az kelthet gyanút ilyenkor, hogy a vallomás túlságosan pontos, túlságosan részletes; a gyermek nem jön zavarba, nem habozik, hiszen alaposan meggondolta, valósággal „betanulta" már a fiktív történetet.

A fentiekből is az következik, hogy ha a gyermekre vagy ifjúra az a panasz, hogy „hazudik", *igen sokféle szempontot kell figyelembe venni* a helyes diagnózishoz. És fordítva: a gyermeki és fiatalkori hazugságformák diagnosztizálása hozzásegít a vizsgált egész személyiségének megismeréséhez. A hazug ság is olyan tünet, amely felhívja a figyelmet a gyermek személyiségének vagy környezetének valamely rendellenességére. „A hazug gyermek vagy a külső realitással elégedetlen, vagy saját magával" (ALLENDY, idézi LAFON, 1963).

A magatartási panaszok közé tartozik még a *szökés és a csavargás is*, Ez többféle változatban és súlyossági formában nyilvánulhat meg:

A gyermek *elkószál*, elnézeget, eljátszik, megfeledkezik az időről infantilis-kritikátlan módon; esetleg fél valamiért hazamenni, például intőt kapott. Vagy: *nem érzi jól magát ott, ahol van* . Például az intézetből hazaszökik, vagy otthonról szökik el, mert úgy érzi, hogy ,,rosszul bánnak vele'', igazságtalanul összeszidták, megverték (olykor ez megfelel a valóságnak is). Vagy a ,,*szabad élet*'' csábítja kalandos regények, filmek hatására. Előfordul, hogy több minden összeszövődik, ami szökésre, csavargásra csábítja a gyermeket vagy fiatalkorút.

A szökésnek és csavargásnak az említettek még nem kóros formái. A kóros megnyilvánulásra jellemző, hogy hirtelen, meggondolatlanul, mintegy ,,tudatködben'' megy végbe, szinte ellenállhatatlan kényszer hatására történik, a visszaemlékezés zavart. Epileptoid egyéneknél mint az epilepsziás rohammal ekvivalens, azt pótló megnyilvánulást tartja számon az orvostudomány *poriománia* néven. Ez és a kóros csavargásnak másik formája, a szkizoid-típusra jellemző emberkerülés, a közösségből való menekülés a pszichopata gyermekekre és fiatalkorúakra jellemző.

A szökéssel, csavargással együtt jár a *munkakerülés*, illetve az *iskolakerülés*. Olykor az egyik, olykor a másik elsődleges. Fokozatilag, okilag változatokat találunk, kezdve a kisgyermek játékába feledkezésétől, a megfelelő munkát nem találó, alkalmazkodni nem tudó ifjún át a súlyos pszichopata munkaképtelenségéig és a züllött fiatalkorú munkautálatáig.

Nem ritka a különféle *szexuális jellegű* megnyilvánulásra, főképp az onániára való panasz. Már a kisgyemeknél előfordul, hogy örömét találja a nemi részével való játékban. Ha nem rögződik, tehát csak átmeneti jellegű, és nem túlzott mértékű, nem nevezhető kórosnak. Olyankor gyakoribb és tartósabb, amikor a gyermeknek nem rendezett az élete, nincs elég öröme.

Lopás panasza is elég sűrűn fordul elő gyermekeknél. Kisgyermeknél többnyire apróságok elcsenéséről van szó, nyalakodásról, infantilis vágykielégítésről, örömszerzésről, és így megfelelő nevelési eljárással könnyen rendbehozható. Előfordulhat súlyosabb formákban is. Kóros, különleges megnyilvánulása a *kleptománia*, a ,,kényszeres'' lopás. Ez éppoly ritka, akár a poriománia, s kórformájának sajátossága is hasonló azéhoz.

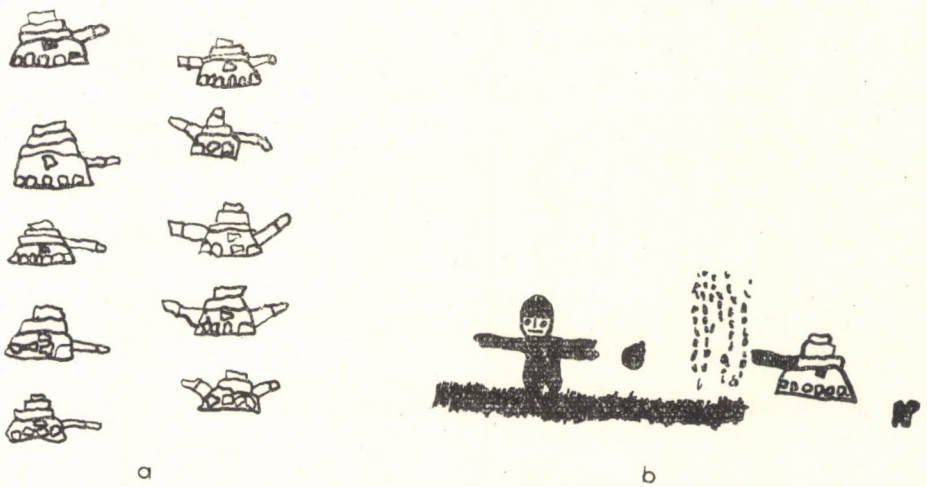
,,*Gyújtogatás*'' mint magatartási panasz szintén előfordul; közismert a gyermekek ,,tűzimádata''. Kóros, sajátos és ritka kórforma a *pirománia*, amelynek jellemzői hasonlók a kényszeres jellegű porio- és kleptománia jellegzetességeihez. Fiatalkorúak felelőtlenségből, ritkán bosszúból, pszichopaták és értelmi fogyatékosok esetleg szenvedélyből gyújtanak fel valamit.

Példa vizsgálatainkból: Egy nyolcéves kisfiút a Gyermekvédő Intézet egyik nevelője hoz kivizsgálásra. Körülbelül fél éve adták be a gyermeket állami gondozásba; az apja ismeretlen helyen van, az anyja nem veheti magához, nem derül ki, miért. A vidéken élő nagyszülőknél nevelkedett, de ők nem merték tovább maguknál tartani, mert a fiú szenvedélye volt a gyújtogatás; legutóbb 15 ezer forintos kárt okozott. A gyújtogatás részleteiről nem lehetett pontosabb adatokat megtudni. Amióta a gyermek intézetben van, senki nem látogatta.

A szakorvosi vizsgálat eredménye: ismeretlen eredetű kisfokú hidro- vagy makrokefália következtében sérült agyvelő; a végtagokra, de különösen az alsókra kiterjedő

spaszticitással, enyhe extrapyramidális jellegű mozgászavarral és magatartási rendellenességgel.

A gyógypedagógiai vizsgálat szerint a gyermek képességei egyenetlenek. Nem dönthető el (a gyermek előéletéről jóformán semmit nem lehetett megtudni), hogy környezeti ártalom okozta elmaradásról és neurózisról vagy enyhe debilitásról van-e szó. Rajza bizarr, összenyomott alak és tárgyábrázolás, fő témája a tank. Szabad rajza: tankok sztereotip képe (55. ábra,a,b). Beszéde tartalmilag homályos, zavaros. Számtanban a korának megfelelő példákat helyesen megoldja. Ismeretlen szöveget szótagolva, ismertet folyékonyan olvas. Jól másol, diktálásra súlyos helyesírási hibákkal ír. Időbeli orientációja, általános tájékozottsága kissé hiányos.



55. ábra. *a)* Részlet a „gyujtogató" 8 éves kisfiú sztereotip tankrajzaiból; *b)* a „Téli kép"-ből sem hiányzik a tank. Oldalt a kis fekete folt egy kis bárány

A vizsgálat alatt magatartása csendes, de kooperálni vele csak erősen szuggesztív ráhatással lehet, mivel állandóan el akar térni a kitűzött feladatok megoldásától. Súlyos magatartási panaszai miatt és értelmi képessége színvonalának eldöntésére alaposabb kivizsgálásra javasoltuk.

Magatartási panasz néha még a *„züllöttség"* is. A züllött egyén nem követ el a jogrendbe ütköző cselekményt, „csak" viselkedése rendellenes, lusta, hazug, szemtelen, iszik, kártyázik, „lumpol".

A züllöttség — Ranschburg szerint — állapotot jelent, tartós, negatív irányú változást az egyén erkölcsi szemléletében. Révész (1909) szerint züllött az a gyermek, aki társadalmi környezetével több ízben és huzamosabban ellentétbe jut. Benedek (1943) azt vallja, a züllöttség bűnözési módokkal jár ugyan együtt, de nem bűnözés, ilyen például a fiatalkorúak ivászata, romboló hajlama, tűrhetetlen viselkedése.

A *fogyatékosok* magatartási zavarai az épekétől bizonyos fokig eltérnek. Általában több és ambivalensebb okokból eredhetnek, a fogyatékosok sajátos pszichés összetevői — az érzékenység és sértődöttség, a kényeztetettség és önbizalomhiány, az önfejűség és akaratgyengeség, a követelőzés és

visszahúzódás, a kishitűség és túlkompenzálása — alapján. A zavarok megnyilvánulási területe és lehetősége viszont szűkebb, a fogyatékosságuk okozta korlátozottság következtében. Végül környezetük sem viselkedik velük úgy, mint az épekkel, hanem hol kedvezőbben, hol kedvezőtlenebbül.

A „bűnöző" gyermek és fiatalkorú

A gyógypedagógus elé kerülhet kivizsgálásra olyan gyermek — illetve fiatalkorú — aki „jogrendbe ütköző" cselekedetet követett el, azzal a problémával, hogy értelmileg nem fogyatékos-e? Ha fogyatékos, akkor tette más elbírálás alá esik: a fiatalkorút gyógyítónevelő jellegű intézetbe helyezik. A nem értelmi, hanem más jellegű fogyatékos törvényellenes viselkedése is eredhet személyiségének rendellenességéből: ítélőképességének hiányából, tájékozatlanságból, értelmi elmaradásából s így a gyógypedagógus védelmére szorulhat. Ezért jelentékeny kérdése a gyógypedagógiai differenciáldiagnosztikának a kriminalitás problémája.

Makarenkó (1947) az Új ember kovácsa című művében leírja, hogyan nevel dolgozó, becsületes embereket bűnöző fiatalokból. Ugyancsak Makarenkó (1949) az Igor és társai című könyvében elmondja, hogyan marad sikertelen ugyanaz a közösségi munkára nevelés egy-két esetben, s hogyan közösítik ki végül őket a többiek.

„Bűnözésről" jogi, orvosi, lélektani, pedagógiai, erkölcsi, népgazdasági és társadalmi szemszögből egyaránt beszélhetünk. A szakirodalomban használatos definiciók legnagyobb része a tett társadalomellenességét hangsúlyozza: antiszociális, aszociális, disszociális, szociálabnormális cselekedetnek bélyegzi. A törvénysértés társadalmi probléma, kérdésével sokféle tudományág foglalkozik: a jogi és személyi kérdéseket az általános és klinikai kriminológia foglalja össze. A tett elkövetésének objektív körülményeit a kriminalisztika vizsgálja, a lélektani szempontokat a kriminálpszichológia, kóros oldalait a kriminál-pszichopatológia stb. A mi szemléletünk ezen a területen is a *gyógypedagógiai pszichológiai* feladatokra vonatkozik: a „bűnöző" gyermek vagy fiatalkorú személyiségét és környezetét, tettének okait, kóros állapotát kell alaposan megismernünk és a gyógyító-nevelés eljárásait ennek megfelelően összeállítanunk. A bűnözés, bűnöző kifejezést csak jobb hiányában használjuk, problémájából csak annyival foglalkozunk, amennyi a gyógypedagógiai lélektan hatáskörében előfordulhat. Három oldalról vizsgáljuk a kérdést: 1. A bűnözés formái, 2. a bűnözést előidéző okok és 3. a bűnözők személyiségének jellegzetességei szerint.

A bűnözés formái. A kiskorban és kisfokban még csak „magatartási zavarok"-nak nevezett rendellenességek súlyosabb formában és a fiatalkorúaknál már a bűncselekmény fogalma alá tartozhatnak, ha törvényt sértenek: szökés-csavargás, munkakerülés, csalás, sikkasztás, szélhámosság, lopás, betörés-rablás, szexuális aberrációk, gyújtogatás és az erőszakossági cselekedetek (verekedés, testi sértés, gyilkosság). Mindezeknek a bűncselekményeknek a megítélése rendkívül változatos lehet aszerint, hogy milyen fokban súlyosak, mennyire beszámítható egyén követte el azokat, mennyire önállóan, aktívan vett részt benne, melyek a „mentő körülmények".

A *szökés* és *csavargás* fiatalkorúnál akkor válik veszélyessé, ha számára vagy környezete számára kár származik belőle. Például lopással, vagy prostitucióval párosul. Többnyire együtt jár a munkakerüléssel. Oka lehet elhagyatottság, családi-, környezeti ártalmak, filmek, olvasmányok hatása, de lehet kóros, szkizoid emberkerülés, epileptoid poriománia vagy egyéb kóros lelkialkat is. (MEINERTZ, 1962; POROT, 1965). Általában átmeneti jelenség. GYÖRGY J. (1965) a csavargás mechanizmusa és a különböző személyiség-struktúrák szerint *három* csavargástípust vázol fel: 1. reális ok következménye a csavargás; 2. kényszeresen ismétlődik; 3. súlyos reaktív depresszió váltja ki. — Mindben közös az érzelmi konfliktus.

A gyógypedagógia területén főképpen az értelmi fogyatékosoknál fordul elő kritikátlanság, felelőtlenség vagy mások befolyása következtében.

A csalás, sikkasztás, szélhámosság a ritkább bűnözési formák közé tartozik. A fogyatékosok közt csak kis mértékben, primitív módon fordul elő, többnyire a fogyatékossággal való valamiféle visszaélésben nyilvánul meg.

A *lopás* talán a legelterjedtebb bűnözési forma, valamennyi bűncselekmény mintegy 75%-a. Már kiskorban is jelentkezhet, de 6—7 éves kor előtt nem beszélhetünk valójában lopásról. Nagyobb értékek eltulajdonítása olykor csak a pubertás idején nyilvánul meg: gyakran csak átmeneti jelenség.

A lopás formái a tolvajlást elkövető személyiség típusa szerint változnak. Hasznossági lopás (valamit örömet akar szerezni magának, mozi, édesség, ivás stb. által); félelemből való lopás; „nagylelkű" lopás (valakinek örömet akar szerezni, imponálni akar, gazdagnak látszani, ajándékokat osztogatni, szeretetet nyerni). Érdek nélküli „értelmetlen" lopás (epilepsziások, pszichopaták tolvajlása). Rosszindulatú lopás (máson bosszút állni, másnak ártani). Így hát igen sokféle személyiség rejtőzhet a változatos formák mögött. (RÉPOND, 1960; MICHAUX—DUCHÉ, 1963.)

Példa a kóros jellegű csavargásra és lopásra vizsgálati anyagunkból (I. O. 16 éves fiú):

Anamnézise szerint a szülés ideje és lefolyása, valamint a kisgyermekkori fejlődése normális volt. Hároméves kora körül többféle betegségen esett át, valószínűleg meningitiszen is. Hónapokig feküdt kórházban, több ízben végeztek lumbálpunkciót rajta. A vizsgálat alkalmával az orvosi diagnózis szerint neurológiai eltérés nem volt kimutatható.

Édesanyja szerint már egészen kis korában szeretett „elszökni" mellőle, s hol a vonatra szállt föl, hol a szomszéd istállójába ment nézelődni. Hosszabb útra 8 éves korában indult, az 5—6 km-re fekvő másik faluba. Valami otthoni csínytevése miatt, a veréstől való félelmében szökött el. Amikor az iskolában megbukott, kezdett elcsavarogni onnan is, kezdetben ritkábban, később már 2—3 naponta. Reggel úgy indult el, mintha iskolába menne, a szokott időben haza is tért, így szülei csak később tudták meg, hogy nem volt iskolában: uszodába, moziba ment. Ekkoriban kezdett el lopni is. Eleinte csak otthon, majd a társbérlőtől, a szomszédtól, a tanítónőtől, egyre nagyobb mértékben, egyre vakmerőbben. Kölcsönt kért szülei nevében; eladta saját kabátját, növéréét, anyjáét; az alvó apja mellől kabátjából a tárcáját, párnája alól a kulcsot vitte el. Előfordult az is, hogy napokig nem tért haza.

Moziba, színházba, uszodába járt, pályaudvaron vagy vonaton aludt. Amikor pénze elfogyott, hazament, a ház körül ólálkodott, amíg anyja észre nem vette, s be nem hívta. Mihelyt pénzre tett szert, újra megszökött. Eleinte nagyon megverték, pofozták, nadrágszíjjal ütötték, javítóintézettel fenyegették; azután már csak a lelkére próbáltak beszélni. Megbánta tetteit, de újrakezdte. Próbálták intézetbe helyezni:

vidéki intézetből Pestre szökött, pestiből vidékre. Próbálták rokonoknál, ismerősöknél elhelyezni, hosszabban egyik helyen sem maradhatott, megszökött, pénzt vitt el onnan is.

Hetekig volt kivizsgáláson az egyik gyermekosztályon, ott semmi panasz nem volt rá. Sem a kórházban, ahol szintén hetekig feküdt. Többször előfordult az is, hogy nagyobb összegű pénzt bíztak rá, azzal hűségesen elszámolt. Értelmileg ép, noha rossz tanuló. Nem bírja a fegyelmet, az iskolát sem: tanítóival szembeszáll, osztálytársaival nem fér össze. Értelmesen fejezi ki magát, önálló, ügyes, sőt leleményes.

Zsarnok, erőszakos, követelőző. Jó megjelenésű, széles vállú, koránál fejlettebb. A hasonló korú fiúknak imponál. Amíg érdekei úgy kívánják, barátkozik velük, mihelyt nem üzletelhet, otthagyja őket. Vakmerő. Minden helyzetben feltalálja magát, ha máskép nem, ügyes hazugsággal. Igen jó a tájékozódó képessége. A családban édesanyjához mutat ragaszkodást: vele mindig megbocsáttatja hibáit, zsarolja őt, apjától inkább fél.

Az állatokat szereti, gondozza. Az édesség, az édes hab kedvence. Annyira rajong érte, hogy maga szakácskodik vele. Környezete nem megfelelő: sok veszekedés van a családban: a testvérek egymással, az apa velük és feleségével, valamennyien a nagyapával, nagymamával.

Javaslatunk pszichoterápia és környezet változtatás volt.

A gyógypedagógia területére tartozóknál a lopás — a szakirodalom fellelhető adatai szerint — az átlagnál kevesebb a látási, hallási és mozgásfogyatékosoknál, az átlagnál gyakoribb az értelmi fogyatékosoknál. Az oligofrének tolvajlásai többnyire egyszerűek, s abból erednek, hogy ítélőképességük gyenge, befolyásolhatók, és vágyaik kielégítésének nem tudnak ellenállni.

Betörés, rablás. Ez a bűncselekmény a különféle fogyatékosság okozta korlátozottság miatt ritka a gyógypedagógia területén. Leginkább a befolyásolható értelmi fogyatékosok követik el, akiket erre többnyire felnőttek „szerveznek be". Az ő arányszámuk viszont magasabb, mint az épeké.

A *szexuális abnormalitások* többféle megjelenési formában nyilvánulhatnak meg neuro- és pszichopatáknál és — fogyatékosoknál, főképp gyengeelméjűeknél. Ezek lehetnek: korai és túlzott nemi érdeklődés és onánia; kései fejlődés vagy teljes fejletlenség; nimfománia-szatiriázis (válogatás nélküli túlzott nemi élet); homoszexualitás (hasonnemű iránti szerelmi érdeklődés); biszexualitás (mindkét nem iránti szerelmi érdeklődés); incesztus (vérfertőzés); stuprum (nemi erőszaktétel); pederasztia (gyermekek iránti szexualitás); szodomia (állaton elkövetett nemi aktus); szadizmus, mazohizmus (nemi örömet kiváltó kínzás-önkínzás); exhibicionizmus (magamutogatás) és prostitúció.

A fogyatékosok közt elsősorban az oligofréneknél találunk ilyen tüneteket, kritikátlanság, felelőtlenség, fegyelmezetlenség, a szexuális vágy válogatás nélküli kiélése következtében. Olykor aktív tevékenység formájában fordul elő, máskor — különösen a lányok — passzív áldozatai szexuális aberrációknak.

Példa vizsgálati anyagunkból (lelet: Illyés Sándor) S. S. 18 éves fiút kivizsgálásra küldték. A vád ellene „erőszakos nemi közösülés" volt. A fiatalkorú egy ismeretlen négyéves kislányt becsalt az egyik italbolt WC-jébe, de kísérletezésében idejében megakadályozták.

Az orvosi és gyógypedagógiai vizsgálat folyamán a fiatalkorúról kiderült, hogy gyengeelméjű. Értelmi teljesítményei jóval a korának megfelelő követelmények alatt

maradnak. Értelmileg és érzelmileg egyaránt befolyásolható, kritikátlan. Tettét állítólag inkább kíváncsiságból, mint nemi vágyból akarta elkövetni. Először csak „meg akarta nézni", milyen a kislány, meg akart ismerni valamit, amiről már sokat hallott, és eközben vált önkéntelenül és ösztönösen szexuális jellegűvé cselekvése. Tettét nagyon megbánta annál inkább, mert a kislány szülei igen erősen megverték.

Erőszakossági bűncselekmények fogalma alá tartoznak az indulatból, dühből, bosszúból származó cselekedetek, a verekedés, a testi sértés és a többnyire nem szándékosan elkövetett gyilkosság. Az anyagi érdekből eredő rablógyilkosság más elbírálás alá esik. Ismét az értelmi fogyatékosokat kell itt is elsősorban említeni, a már felsorolt okok miatt. A látási és mozgásfogyatékosok aránya az átlagosnál kisebb az erőszakossági bűncselekmények elkövetésében; ezzel szemben a süketek, a debilisek és főleg az imbecillisek az épek átlagánál magasabb számban vesznek részt a testi sértések e fajtájában.

A bűncselekmények elkövetésének okai. A szakirodalom szerint exogén (külső, környezeti) és endogén (belső, alkati) adottságok egyaránt hozzájárulhatnak a bűncselekmény elkövetéséhez. Hogy melyik szerző milyen mértékben hibáztatja egyik vagy másik tényezőt, annak százalékos meghatározásában nagy eltéréseket találunk.

GRUHLE (1912) 9,53%-ban *csak* a környezetben,
8,57%-ban *főleg* a környezetben,
40,95%-ban *egyformán* a környezetben és hajlamban,
20,00%-ban a környezetben *is*,
20,95%-ban *csak* a hajlamban találta a bűnözés okát.

Ő tehát már a környezet magas százalékszámát említi.

BURT (1955) 200 bűnöző fiatalkorú és ugyanannyi kontrollként vizsgált ép fiatal összehasonlítása alapján valamennyi bűnöző esetében széles változatosságot, sokféle tényezőt állapított meg. Igyekezett a mélyebb, rejtettebb okokat is feltárni. Örökletesnek nevezhető formát 11%-ban talált. Szerinte legfejlebb a prediszponáló (hajlamosító) tényezők lehetnek öröklöttek, de a *bűnözés mint olyan, nem.* Ezért nem is helyesli az erkölcsi fogyatékos kifejezést, hanem a „temperamentumbeli fogyatékos" elnevezést javasolja helyette.

Más szerzők *általános terheltséget* mutattak ki a bűnözők családjában: elmebetegséget, pszichopátiát, epilepsziát, hisztériát, alkoholizmust, öngyilkosságot és más hasonlókat.

EXNER (1939) három módon vizsgálta a bűnözés örökletes vagy nem örökletes voltát: *a)* egy-egy bűnöző családi talajának vizsgálata, *b)* statisztikai családkutatás és *c)* ikerkutatás útján. Ezekből állapította meg a kriminalitás családi jellegét. De:

a) Egy-egy bűnöző családjának — őseinek és leszármazottainak — felderítése nem nyújtott erre vonatkozóan megbízható, statisztikailag e tekintetben is jól értékelhető adatokat. A hírhedt *Kallikak*, *Yuke* és *Zero* családok több száz bűnöző leszármazottja nem bizonyítja, mennyi lehet náluk az öröklött hajlam és mennyi a miliő-ártalom. A legtöbb esetben ugyanis nemcsak származtak bűnözőktől, hanem azok környezetében is nevelkedtek és éltek.

b) A *statisztikai családkutatás* azzal próbálta a kérdést eldönteni, hogy a bűnözők szülei hány százalékban voltak maguk is büntetett előéletűek? Különböző szerzők szerint

az apa büntetve volt 4-től—37%-ig,
az anya büntetve volt 1,5-től—14%-ig.

LUND (id. BENEDEK, 1943) adatai szerint 600 menhelyen nevelkedett és bűnözővé lett fiatalkorúnak az apja büntetve volt 12, az anyja 3%-ban, míg 800 menhelyben nevelkedett ép magatartásúnak az apja csak 1, az anyja csak 0,1%-ban volt büntetett előéletű.

Ezek az adatok sem tisztázzák azonban az örökletesség és a környezeti ártalom hatásának arányát, mert túlságosan sok összetevő adódik: egyrészt sok esetben nem megfelelő környezet az a család, amely kénytelen menhelybe adni gyermekét, sem maga a menhely, sem azok a családok, ahová kihelyezték a „menhelyes" gyermekeket.

c) Legmeggyőzőbbnek tekintik az *ikerkutatás* eredményeit az örökletesség—környezeti ártalom arányának az eldöntésében is. Megegyezést találtak a törvénysértés formájában

konkordáns (egypetéjű) ikreknél 70%-ban,
diszkordáns (kétpetéjű) ikreknél 32%-ban.

Más ikerkutatások hasonló eredményeket mutattak: (LANGE, KRAUS, STRUMPFL, id. KAMMERER, 1965) azonos ikrek 2/3-ánál, kétpetéjű ikrek 1/3-ánál találtak megegyezést.

Ezek az adatok is a környezethatás viszonylag magas számát mutatják, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy az azonos ikrek azonos környezetben egymást erősebben befolyásolják, mint a nem azonosak.

A korszerű öröklésкutatásban ma már ennél is pontosabb összehasonlítás szükséges, KALLMAN (1938) a szkizofrénia örökletességének megállapítására ugyancsak ikrek adatait vetette össze. Külön dolgozta fel a nem rokonok anyagát: az átlagnépesség, a mostoha testvér és a férj—feleség adatait. És külön azokét, akik vérrokoni kapcsolatban vannak egymással: szülő, gyermek, unoka, nagyszülő, testvér, féltestvér, unokatestvér, nagynéni, nagybácsi. Külön hasonlította össze az egy- és kétpetéjű ikrek adatait, azt is tekintetbe véve, hogy egy környezetben éltek-e vagy külön, s mennyi ideig.

A bűnözés okának környezeti vagy örökletes arányára ilyen pontos vizsgálat — tudomásunk szerint — nincs. Ezért az egymástól eltérő, olykor egymásnak csaknem ellentmondó számokra vagyunk utalva. Nem lehet tehát még szabatosan felelni arra a kérdésre, milyen arányban van részük a külső és belső okoknak a bűnözés megnyilvánulásában. A mai szakirodalom nagyjából megegyezik abban, hogy az *ép* gyermeknél vagy fiatalkorúnál a bűnözés *nevelési csőd*. Elvileg meg lehet találni azt az *egyéni nevelési eljárást, amely révén az ép gyermek és fiatalkorú nem lesz bűnöző.* Illetve, ha negatív környezeti tényezők hatására „bűncselekménnyel" reagált, megfelelő nevelési ráhatással rendbe hozható. Természetesen más a helyzet a kóros esetekben.

Hasonlót bizonyít több szerző, olykor más indokolással, s más alapból kiindulva. Burt (1955) szerint a bűnözés bizonyos adott körülmények közt természetes pszichés reakció. Az *individuálpszichológiai* irányzat szerint a bűnözés valamely gyermekkori lelki trauma kompenzációja, ez az irányzat tehát tagadja a bűnözési hajlam örökölhetőségét. Szondi (1943) és Benedek (1943) szerint a bűnöző hajlam nem öröklődik, legfeljebb az ösztönalkat, amely — esetleg — hajlamosít rá. Gruhle (1912) azt állapítja meg, hogy „A bűnözés nem egy bizonyos karakter megnyilvánulása, hanem legföljebb egy, természetesen a legkülönbözőbb motívumokból keletkezett életforma." A kriminalitás oka legtöbbször komplex, összetett.

Milyen tényezők járulhatnak hozzá a *környezet részéről* a bűnözés megnyilvánulásához?

A szűkebb környezet, elsősorban a *család*. Egyre inkább ezt hangsúlyozza a szakirodalom (Kershaw, 1961; Wilson, 1962; Popper, 1962; Gegesi Kiss—Liebermann, 1964, 1965; Kolos—Majláth, 1964; Lantosyné, 1965; Sziklayné, 1967; György J., 1965, 1967). A rossz hangulatú családi környezet, melyben a gyermek nem érzi jól magát; a rossz példa; a helytelen nevelés; a túlságosan gyönge vagy szigorú vagy szeszélyes fegyelmezés; a durva bánásmód, a verés. Előidézheti a hányatott élet: árva, félárva, mostoha és házasságon kívüli gyermekek élete rokonok, nevelőszülők és intézetek között. Hozzájárulhat a szeretethiány: a gyermeknek az az érzése, hogy őt senki nem szereti, senkinek nem fontos (ami gyakran megfelel a valóságnak).

A szűkebb családon kívül hatással vannak a *szomszédok*, az *utca* példája, valamint a *barátok* befolyása.

Közeli külvilágnak számít az *iskola és a pedagógus* is. Ezt a hatást eleve jónak kellene feltételeznünk. Előfordul azonban az is, hogy egy-egy pedagógus — félreértés, vagy olykor szakszerűtlenség folytán — „elvadít" egy-egy túlérzékeny tanulót. Az osztálytársak hatása általában erős. Főképpen szökésre, csavargásra, lopkodásra csábíthatják egymást.

A *munkába* kerülő fiatalkorú — az iskolai fegyelem és az önállótlanság után — hirtelen lesz felnőtt. Erre elő kell őt készíteni. Foglalkozást olyat kell találni számára, amelyben örömét leli. A kedv nélkül végzett munka nem versenyezhet sem minőségileg, sem mennyiségileg a szívesen végzett munkával. Ha nem tud beilleszkedni munkájába, érzelmileg sokszor „üres" lesz, s esetleg hibás, káros tartalmat alakít ki magában. Hasonlóan fontos az is, hogy az ifjú milyen *munkatársak* közé s hogyan illeszkedik, kihez kapcsolódik munka-környezetéből.

A nem megfelelő *szórakozás* is veszélyt jelenthet a fiatalkorúnak. Az éjjeli szórakozóhelyek, az ott kialakult ismeretségek és szenvedélyek (ivás, kártyázás) a bűnözés irányába sodorhatják őt, különösen azért, mert ezek a szórakozások költségesek, s nem futja rá a fizetéséből. A film és az olvasmányok már csak kisebb mértékben rejtenek veszélyt magukban, de egy kalandos lelkületű gyermeket mégis arra csábíthatnak, hogy a valóságban is megpróbálja az izgalmas történetet utánozni.

Mennyi része lehet a *nélkülözésnek*, a hiányoknak a bűncselekmény előidézésében? A szakirodalom és a tapasztalat tanúsága szerint nem közvetlenül, hanem inkább következményeiben hat: nem az éhező lop elsősorban,

hanem akinek valami „többlete" hiányzik (édesség, mozi), vagy valami szenvedély (ital, kártya, nemiség) kielégítésének vágya viszi rá.

A *lelki sérülés* egyik komoly oka lehet a gyermek vagy fiatalkorú antiszociális cselekedeteinek: ezzel törekszik frusztráció-élményei kiegyensúlyozására, kisebbrendűségi érzése kompenzálására (Wilson, 1962; Karpas, 1964).

A mélylélektan képviselői elsősorban a *lelki traumát* tartják a bűnözés alapmotívumának: a tudatalattiba süllyedt gyermekkori élményt vagy a kisebbrendűségi érzés egyik eltorzult kompenzációját.

Meg kell említeni a *pubertás időszakát*, amikor a fiatalkorút átmeneti fejlődési sajátosságai bizonyos fokig fogékonyabbá tehetik bűnözés elkövetésére. A nemzetközi szakirodalom a „galerik" és „geng"-ek befolyásával napjainkban sokat foglalkozik. A csoportba tömörült fiatalok közt a felelősség megoszlik; egymást biztatják, bátorítják a tett elkövetésére.

Az *alkoholos állapot*, esetleg valami kábítószer nagymértékben elősegítheti kriminális tettek megnyilvánulását azáltal, hogy a vágyaknak, indulatoknak kritika és fegyelmezés nélkül utat enged.

Schnell (1934) megállapítása szerint a visszaeső bűnözők nagy része alkoholista, s tettét az ital izgató, durvító, kirobbanó és moralitást lefokozó hatása alatt követi el. Más szerzők azt közlik, hogy a visszaeső bűnösök 25%-a alkoholista: a gyilkosságok 60%-át, a rendészeti kihágások 67%-át, és a gyújtogatások 40%-át ittas állapotban követik el.

Fontos motívum végül még az *„alkalom"*. Az alkalom csábító hatása különösen a gyengébb akaratú, befolyásolhatóbb gyermekeket és fiatalkorúakat csábíthatja valamely büntetendő cselekmény elkövetésére.

Milyenek a bűnözők? Találunk-e náluk eltérést fizikailag, testileg? Orvosi vizsgálatok kimutatták, hogy gyakoribb náluk a kisebb-nagyobb testi rendellenesség, mint az átlagban; és több a két véglet: korai fejlettség, túlfejlettség vagy éppen gyengeség, betegesség.

Burt (1955) a bűnözők csoportjában 16%-kal talált több testi rendellenességet, mint a kontroll-csoportban.

Pszichológiai szempontból vizsgálva a bűnözők személyiségjegyeit, a szakirodalom és vizsgálataink adatai szerint a következő intellektuális, érzelmi és akarati-cselekvési tulajdonságokat mutatják:

Értelmi zavar nagyobb számban fordul elő köztük, mint az átlagnépességben. (Értelmi fogyatékos az átlagnépességben mintegy 2% van.)

Gruhle (1912) az általa vizsgált 105 bűnöző közt 20% gyengeelméjűt talált. Mönkemöller (1934) 603 (felnőtt) közt 26%-ot. Burt 200 fiatalkorú bűnöző közt 10%-ban állapított meg értelmi fogyatékosságot, 28%-ban értelmi korlátoltságot. A többiek intellektuálisan épek voltak, sőt akadt köztük az átlagosnál magasabb intelligenciájú is. Hasonló adatokat közöl Kershaw (1961), Sziklainé (1967), Isaszegi (1967). Ezzel szemben Karpas (1964) Lázárfalvi (1967) és mások jóval kisebbnek tartják az értelmi fogyatékosok számát a bűnözők közt.

Az értelmi fogyatékosoknak a bűnözők közt kimutatott magas százaléka nem különleges hajlamukat jelzi a kriminalitásra, hanem intellektuális csökkentértékűségük következménye. A gyengeelméjűeknek lassúbb, bizonytalanabb a felfogó és a fogalomalkotó képessége, asszociációk nem

pontosak, benyomásaikat nem képesek tartósan megőrizni, főképpen pedig ítélő-erejük fejletlen. Már eleve nem értik meg úgy a jó — rossz, szabad — nem szabad fogalmát mint az ép gyermek. Még kevésbé igazodnak el az elvont eszmei tartalmak közt. Impulzívak, gátlástalanok. Emócionális életük viszont féktelenebbül, fegyelmezetlenebbül nyilvánul meg. Erkölcsi ellenállóerejük gyengébb, akaraterejük szintén befolyásolhatóbb. A statisztikai adatok azt bizonyítják, hogy egy bizonyos súlyossági fokig a bűnözés arányszáma nő az értelmi fogyatékosok közt. De az egészen súlyos oligofrén kriminális cselekedetre már alig képes.

Mönkemöller (1934) négyszer annyi imbecillist talált a bűnözők közt, mint debilist, és ötször annyi debilist, mint idiótát. Más adatokból viszont az derült ki, hogy a debilisek és imbecillisek arányszáma körülbelül azonos a bűnözők közt. Mivel a debilitás és imbecillitás határait a különböző kutatók nem értelmezik egészen egyöntetűen, a számszerű adatokat csak tájékoztató jellegűnek fogadhatjuk el.

A bűnözés *formáit* illető statisztikai adatok azt mutatják, hogy a *debilisek* és *imbecillisek* leggyakoribb kriminális cselekedete az egyszerű, többnyire naívan, olykor raffináltabban elkövetett *tolvajlás*. A betörés és rablás általában csak olyankor fordul elő náluk, ha erre valaki felbujtatja, vagy bandába szervezi be őket. Gyakori a szexuális aberráció, az exhibició, az incesztus, a szodomia, a homoszexualitás, a stuprum és főleg a *prostitució*. A prostituáltaknak körülbelül egyharmadát találták gyengeelméjűnek a különféle vizsgálatok. Elkövethetnek még gyujtogatást, hamis feljelentést (bosszúból, téves értelmezésből), és indulati-agresszív cselekedetet (testi sértést, gyilkosságot). Az *idióták* — beszámíthatatlanságuk miatt — már kórosnak minősülő kriminális cselekedete lehet indulati és — esetleg — szexuális-erőszakossági cselekedet.

A gyógypedagógia többi területén, a vakok, a süketek és a mozgássérültek nagy része korlátozottabb a bűncselekmények elkövetésének lehetőségében.

Az *emocionális* (affektív, érzelmi-indulati) tényezők és az *akarat* fogalomkörébe tartozó faktorok elsődleges jelentőségét a bűnözésben szinte egyöntetűen vallja a szakirodalom. Minden emberben lehetnek, vannak tiltott vágyak, hajlam agresszióra, hazugságra, önösségre. Az embernek a közösségbe való beilleszkedéshez ezt le kell győznie magában, kulturálnia kell. A bűncselekmény elkövetésének megelőzésében az érzelmi és akarati tényezők nagy jelentőségét domborítja ki a szakirodalom (Karpas, 1964; Brown, Berzien, Russell és Wells, 1966.).

Betegség és kriminalitás. Bizonyos betegségek következtében a már gyógyultnak tekintett gyermek jelleme, személyisége megváltozhat. Ilyen betegség például az agyvelőgyulladás. Ljapigyevszkij (1950) összeállította az enkefalitisz következtében sérült gyermekeknek azokat az érzelmi, akarati sajátságait, amelyek a bűnözés irányába sodorhatják. A gyermekek egy részénél a pszichés reakciók fokozott ingerlékenységét tapasztalta. Gurevics (1950) megállapítása szerint az *epileptoid* típusú pszichopata benyomását kelthetik. Hajlamot mutathatnak dühkitörésekre, konfabulációra és olykor szadizmusra. A dührohamnak gyakran nincs észrevehető oka, vagy legalábbis nincs arányban a kitörés hevességével:

a gyermek harap, üt, köp. Jellemző továbbá erre a típusra a cinizmus, a durvaság, a trágárság, a mértéktelen és szemérmetlen onanizálás.

Példa vizsgálatainkból az ilyen típusú gyermekre: T. E. 5 éves korában enkefalitiszen esett át. Ennek következtében súlyos magatartási rendellenességeket mutat. A betegség értelmileg nem károsította, ezért általános iskolát kellett volna végeznie; az általános iskola azonban nem vállalta nevelését viselkedése miatt. A gyógypedagógiai iskolák szintén elutasították azzal, hogy értelmileg nem fogyatékos. Ilyenformán semmiféle szakfoglalkoztatásban nem részesült.



56. ábra. Az ismertetett kisfiú rajza. Vadul feketíti be figuráit, erős nyomatékkal rajzol

Általános iskolai két tanítónője szerint a gyermek a közösségben elviselhetetlen. A vele való minden próbálkozás sikertelen maradt. Ilyen jellemzést adtak róla: „Magatartása a közösségben tűrhetetlen, egyben társaira életveszélyes. Tanulmányi eredménye elégtelen. Tudatosan csinálja az ellenkezőjét annak, amit mondok neki. A gyerekeket csípi, rúgja, fojtogatja, harapja, köpködi. Összeszurkálta tűvel az előtte két paddal ülő fiút, tűt akart szúrni a hátába. Egy másik társának a fejét a W.C. ajtóval odaszorította. Felült a fogasra és fejberúgta azt a gyereket, aki a közelébe ment. Vizsgálaton leszaggatta a függönyt, az orvosnak visszabeszélt, verekedett."

Egy másik pedagógus:

„Őrültként rohan fel és alá, ha rájön a dühöngés. Állati hangokat ad ki. Fegyelmet nem ismer. Ellenkezni vele lehetetlen, vagy hogy ő ne kapjon valamit először. Ilyenkor vadul dühöng, kiabál, verekszik. Nincs olyankor az a hatalom, ami meg tudná fékezni. Üt, rúg, harap, kiabál, köpköd. Az egyik kartársnőnek a kezébe harapott, a másik férfi kartársat bokánrúgta, a harmadik kartársnő kabátját, táskáját leköpködte. Ajándékozással, jó szóval csak egy fél óráig lehet megfegyelmezni, kezdődik az egész cirkusz elölről." (56. ábra.)

A másik szindróma az *autizmusra* jellemző sajátosságokat mutatja. Gilarovszkij (1931) megállapítása szerint: a gyermek gyanakvó, képzelődő, negativista (ellenkedő), zárkózott. Nem tartoznak a bűnözés szorosabban vett fogalomkörébe sem az *elmebetegek* ön- és közveszélyes cselekedetei, sem a gyógypedagógus hatáskörébe az elmebaj megállapítása. A gyógypedagógus feladata, hogy amikor gyanú merül fel arra, hogy a gyermek vagy fiatalkorú esetleg elmebetegségben szenved, *elmeszakorvosi kivizsgálásra* küldje.

György J. (1967) a bűntett elkövetése mögött rejlő antiszociális állapotot mint kóros pszichés reakciót vizsgálja, és a törvénysértőket három csoportba osztja: 1. neurotikus bűnözők; 2. perverzek („habituális" bűnözők, prepszichotikus, pszichotikus jelenségek) és 3. átmeneti vagy aktuális bűnözők („normális" bűnözők).

Benedek (1943) a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Kórtani és Gyógytani Laboratóriumában megvizsgált körülbelül 500 disszociális közül 100-nak az adatait részletesen feldolgozta, és négyféle típust állapított meg:

1. Az *infantilis, játékos* bűnözőre jellemző a testi elmaradottság, az ivaréretlenség, az elhúzódó enurézis és a lelki infantilizmus. Apróbb tiltott cselekedeteket követnek el: lopást, csavargást, iskolakerülést, koldulást. Az indító ok a legtöbb esetben az, hogy a kellemetlent nem tudták tűrni, az örömről nem tudtak lemondani. Környezeti adottságaik rosszak voltak, züllött, alkoholista, durva, gyengeelméjű hozzátartozók közt éltek.

2. Az *indulati* típus igen gyakori a fiatalkorú bűnözők közt. Epileptoid-paroxymális tünetek jellemzők rájuk: epilepszia-ekvivalencia (porio-klepto-piro-dipszománia), dadogás, migrén, balkezesség, enurézis, pánikkeresés, gyakori a pánikálom. Gyermekkorban az indulati tényező még nem antiszociális, csak aszociális. Bűnözési formák: csavargás, szökés, lopás. A testi vizsgálat gyakran mutatott ki agyvelő-agyhártyagyulladásra utaló jeleket. A környezetre jellemző volt az epileptoid jellegű családtagok nagy száma.

3. A *szereplési-kiélvezési* típusnak legjellegzetesebb bűnözési formája a szélhámosság, csalás, sikkasztás, lopás, hazugság, Jellemző rájuk, hogy önfejűek, szemtelenek, „cirkuszt rendeznek", többet akarnak mutatni, „felvágnak". Kalandorok, paraziták, a fiúk „Don Juan"-ok „gálánsak", fizetnek, pazarolnak, herdálják, amit elloptak vagy csalással szereztek, a lányok erotizmusukat, női mivoltukat használják ki. „Nagy lábon élnek", éjjeli életet folytatnak, kártya, ivás, munkakerülés, kicsapongás vonzza őket. A lopásban, csalásban nem ismernek mértéket, lelkifurdalásuk nincs.

4. Az *én-beteg* bűnöző két változatát írja le Benedek: a paranoid, nagyzásos, megszállott típusúét, akire jellemző a sértődékenység, az üldöztetési mánia, állásainak változtatása, az esetleges öngyilkosság. Bűnözési formája a bosszúállás, életveszélyes fenyegetés, a homoszekszualitás és esetleg a gyilkosság. A szkizoid típusra jellemző az autizmus: elzárkózás, magánykeresés, befelé fordulás, negativizmus, bizarrság, gátoltság. Bűnözési formája: a kóborlás, az emberektől való elzárkózás, közöny: nem illeszkedik be, a törvényt nem ismeri el, bűntudat nélkül lépi át. Messzire elbolyong, magányosan, „új életet kezd". Ha lop, felelőtlenül, lelkifurdalás nélkül, hidegen, meggondoltan.

Neurózis, pszichopátia

A nehezen nevelhetőség bonyolult problémáiról szólva igyekeztünk sokféleségét *összetartozó szempontok* szerint csoportosítani. Említettük, hogy legegyszerűbb és gyakorlatilag legfontosabb a *tünetekből* kiindulni, amellett próbáltuk a csoportokat az előidéző *okok* szerint is egymástól elhatárolni. Nehézséget jelent, hogy ugyanaz az ok többféle tünetet hozhat létre és ugyanaz a tünet többféle oknak lehet a következménye. „Idézőjelben kellene említeni minden klinikai kategóriát" írta Ortigues (1967). Ezért csak arra törekedtünk, hogy a differenciálás számára tájékoztató szempontokat nyújtsunk. Így a neurotikus, a pszichopata (és a pszichotikus) gyermekről és ifjúról csak olyan mértékben lesz szó, amilyen a gyógypedagógiai differenciáldiagnosztikában szükséges. Sem teljességre, de még csak részletességre sem törekedhetünk.

„A neurózis olyan megbetegedés, amelynél — legalábbis eddigi módszereinkkel — kimutatható morfológiai, anatómiai-strukturális elváltozás nincsen". A köznapi életben az „idegesség" szóval foglalják össze a különféle neurotikus panaszokat, megbetegedéseket (HÁRDI, 1960).

KRASZNOGORSZKIJ (1950) szerint a neurotikus gyermek alkalmazkodási folyamata vontatott, késedelmes. Ez valószínűleg a kortikális kapcsolatok elégtelen aktivitásának következménye. A neurózis oka vele született, vagy szerzett lehet, afölött is vita van, hogy melyik elsősorban. Kétségtelen, hogy a környezeti ártalomnak nagy része van benne, különösen a családi konfliktusoknak. MOOR (1965) neuropátián az idegrendszer „izgatható gyöngesége"-t érti, a nehezen nevelhetőség egyik organikus okát. BURT (1955) nem választja külön a neuropátiát és a pszichopátiát. A kórformák változatossága miatt típusokat ír le. A gyenge (aszténiás) neurózisok közé sorolja a neuraszténiát, az általános szorongásos állapotot, a szorongásos neurózist és a hisztériát. Az erős (szteniás) neurózisok közé az indulati neurózisokat, a kényszeres neurózisokat és a konverziós hisztériát.

Melyek a neurópátia jellemző tünetei? PISZAREVA (1950), MOOR (1958, 1965), legfőképpen ASPERGER (1956) és a mai szakirodalom alapján írjuk le:

Már *külső megjelenésében* is feltűnhet a gyakran sápadt arc, karikás szem, pirulás-sápadás, még a nyakuk, szinte a fejbőrük is elpirul.

Szervi-neurotikus tüneteik: étvágytalanok, s minél inkább unszolják őket az evésre, annál inkább. Könnyen hánynak, undortól, izgalomtól, félelmükben: nem ritka köztük az enuretikus.

Vérkeringési zavarokra is panaszkodnak: heves szívdobogásra, szívtáji nyomásra, fájdalomra, fejfájásra, szédülésre, esetleg ájulásra. A neurotikus ájulást félelem, ijedtség, undor, rossz levegő, erős napfény, fájdalom, esetleg vér látása idézi elő; az eszméletvesztést rosszullét, ásítás, fülzúgás, kóválygás, elsötétedés előzi meg. Rángógörcs nincs, a gyermek nem alszik utána. Az „affekt (indulat)-görcs", főképpen kisgyermekeknél fordul elő, izgalom, félelem, akaratuk letörése esetén; a gyermek kitátja száját, nem kap levegőt, szinte elkékül, — majd kiáltással, sírással kitör belőle a hang, s az állapot oldódik.

A *lélegző szervek* működése is mutathat zavart: az egyébként automatizált folyamat tudatosodik (a lélegzetvétel szabálytalan, kapkodó, mély, esetleg görcsös), és különféle száraz, „ideges" köhögés lép fel, sőt asztma.

Gyakori neurotikus tünet a „tic". A tic valamely izomnak önkénytelen, akaratlan és nem tudatos kényszeres mozgása: szemhunyorítás, szipogás, köhécselés, szájrángás, vállrándítás, legyintés stb. Neurotikus tünet még az ujjszopás, körömrágás, sőt a dadogást is annak tartják.

Alvási zavarok is léphetnek föl. A gyermek nem tud elaludni, nyugtalan, ébren-alszik, felriad, beszél, kiabál álmában; alvás előtt vagy közben ritmikusan himbálja magát vagy ingatja fejét.

A neurotikus gyermek *pszichésen* nem harmonikus, nem rendezett. Nyugtalan, izgatott, lelki egyensúlya könnyen fölborul, nem találja helyét. Fél a jövőtől. Hangulata változékony, rossz, határozatlan. Cselekedetei meggondolatlanok, a szabályokon túlteszi magát; gyakran elbámészkodik, el-

húzza az időt, elkószál. Koncentrálási zavar is gyakori náluk: hosszabb ideig nem képesek figyelmüket összpontosítani. Az iskolában minden más leköti figyelmüket, csak a tanulás nem. Fáradékonyak, bágyadtak. A házi feladat elvégzésekor elmerengenek, álmodoznak, ülnek a könyv mellett, eljátszogatnak. Állandó biztatásra szorulnak, kötelességtudatuk és akaratuk gyenge.

Általában túlérzékenyek: zajra, szagra, ízekre, időváltozásokra. Noha nagyobb részük nyugtalan-mozgékony, más részük gátolt, félénk, nyomott, passzív, hallgatag. (Ezt a típust neuraszténiásnak is nevezik.)

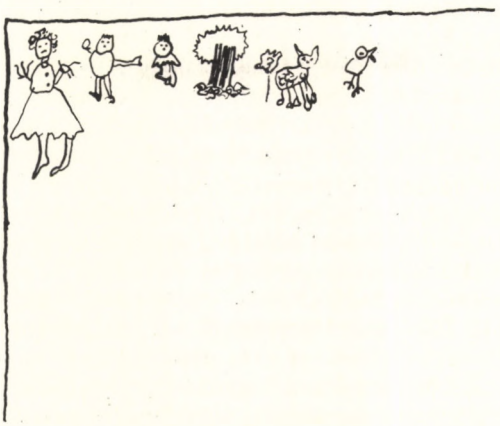
A neurózis kísérő tünete a *félelem*. A tárgy nélküli, bizonytalan félelmet szaknyelven szorongásnak nevezik, a határozott tárgyút pedig fóbiának. A félelem többféle alakban is felléphet, például agorafóbia (tériszony); gyermeknél ez ritkább, de serdülőnél már előfordul: nem mer átmenni téren, nem mer emeletről, hegyről lenézni. Ennek ellentéte a klausztrofóbia, a bezártságtól, zárt szobától, egyedülléttől való félelem. Ide tartozik a sötéttől, villámlástól, illetve inkább a dörgéstől való félelem, az állattól — egészen ártalmatlan állattól, például a csirkétől — való félelem, az elpirulástól, a betegségtől, a haláltól, sőt a félelemtől való félelem. A lámpaláz, vizsgaláz túlzott foka is idesorolható. A félelmet szívdobogás, remegés, esetleg szédülés, sírás kíséri. A mai pszichiátriai szakirodalom egy része a neurózis tünetei közé sorolja a magatartási rendellenességek néhány tünetét, mint a dühkitörést, agressziót, fegyelmezetlenséget, vagy a zártságot, dacot, álmodozást, hanyagságot, félénkséget, olykor a depressziót. Az ifjúkori és felnőttkori neurózisok közé az aszténiát, a szorongást, a fóbiát, a kényszert és a hisztériát sorolják (Lafon, 1963; Porot, 1965; Hesnard, 1965).

A tünetek közül természetesen nincs meg *valamennyi* ugyanannál a gyermeknél, de többnyire jó néhány mégis előfordul. Színezik a neurotikus gyermek képét személyiség-tulajdonságaik is. Lehetnek köztük kiváló értelműek, tehetségesek és produktívak, akik az iskolába is és később az életbe is jól beilleszkednek. Sőt túlságos érzékenységüket és egyéb neurotikus tüneteiket fegyelmezve s egyensúlyban tartva harmonikus lényekké fejlődhetnek. Különösen, ha a környezet megfelelő bánásmóddal hozzásegíti őket. Többnyire azonban *iskolai nehézségekkel* küzdenek. Sőt, súlyosabb tünetek esetén a debilitás gyanújába is kerülhetnek, különösen, ha intellektuálisan a közepesen alul vannak. Ilyenkor nagyon kell vigyázni a tünetek mérlegelésénél, *nehogy a neurotikus gyermeket gyógypedagógiai intézménybe helyezzék.*

Példa vizsgálatainkból (lelet: Lányiné): Egy nyolcéves kislányt nevelőanyja, akiről a gyermek azt hiszi, hogy édesanyja, ezzel a panasszal hoz vizsgálatra: Feledékeny, nem akar tanulni, feje fáj, hány, sír, ha tanulnia kell. Erőszakolni kell a tanulást, mert magától nem veszi elő a leckét. Ha anyja melléje ül, akkor sírva nekikezd, de félóránál tovább nem bírja, teljesen kimerül. Ha az iskolában felszólítják, nem akar felelni, fél. Nem barátkozik senkivel. Otthon is zárkózott, félős. Sötétben fél, hogy valaki bemászik az ablakon, a WC-n is fél, hogy felmászik a patkány. „Nagyanyám is ijesztgetett, hogy meg fog halni, és meg is halt. Olyan rémes volt a temetés." Babázni nem szeret, mese, rádió nem érdekli. Kezdetben verés, térdepeltetés volt a büntetése, de reszketett már előre: most szép szóval próbálják nevelni.

Tanulás közben izzad a tenyere. Nyugtalanul alszik, forgolódik, felriad, sír. Nagyon keveset eszik, étvágytalanul. Sokat volt beteg. Ha egy kis szél fújt, már belázasodott. Volt bélhurutja, vörhenye, kanyarója, középfül- és tüdőgyulladása, influenzája, gyakran mandulagyulladása. Gyomoridegességgel kezelték kórházban.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálatok szerint értelmileg ép, még csak nem is retardált (57. ábra). Pszichés fáradékonysága miatt figyelmét nem képes tartósan összpontosítani, ez másodlagosan okozza, hogy bizonyos idő után teljesítménye csökken. Neurotikus, sok szorongással, félelemmel, kisebbrendűségi érzéssel; ezeknek



57. á b r a. Az ismertetett kislány rajza: apró alakok a papír bal felső szélén; a lap többi része üres. Gyenge nyomaték

létrejöttében részben alkati tulajdonsága, részben az adoptálás körülményeinek sejtéséből fakadó bizonytalansága és a beiskolázás kezdetén való tanulási nehézségei is közrejátszhattak. A kislányt pszichoterápiára ajánlottuk, és a szülőknek nevelési tanácsot adtunk.

A pszichopata gyermek és fiatalkorú

Csak az utóbbi évtizedekben fejlődött ki a kifejezés mai jelentése, és még ma is vitás. Az elmekórtan és a pszichopatológia még korántsem definiálta egyértelműen. A pszichopátia gyűjtőfogalma bizonyos, az egész személyiséget átszövő rendellenességeknek.

A különböző — régebbi — meghatározásokat összefoglalva a pszichopátia fogalmát a következők jellemzik: mindazok az egyének tartoznak ide a szellemi egészség és elmebetegség közti területről, akiknek abnormitása nem elsősorban, vagy egyáltalán nem intellektuális (Haymann, 1934; Schneider, 1934). A pszichopátia nem elmebaj, nem értelmi fogyatékosság, de a normálistól mégis elütő lelki alkat (Bleuler, 1930, 1960); többé-kevésbé krónikus állapot, amely az egyén egész lelki életét áthatja (Ziehen, 1926). A rendellenesség az érzelem, az affektív élet, az akarat, az ösztön, a karakter területén jelentkezik. (Homburger, 1926; Kahn, Stern, 1953; Bleuler, 1960.) Kiegyensúlyozatlan, diszharmóniás egyéniségüknél fogva nem tudnak a szokásos nevelési eljárással az iskolai közösségbe, majd a társadalmi és munkaközösségbe jól beileszkedni

(Ranschburg, Révész M., Schnell, 1934). Ettől szenvednek, kétségbeesnek. Lehetnek köztük az átlagból messze kiemelkedő intellektuális képességűek, s a közepes tehetségűek között is produktívan dolgozók, a társadalomra ilyenformán mégis értéket jelenthetnek (Schnell 1934; Haymann 1934).

Destunis (1961) megfogalmazása szerint a neurózis mindig környezeti ártalom, a pszichopátia pedig örökletes hajlamból ered. Moor (1965) akkor beszél pszichopátiáról, amikor a nehezen nevelhetőség oka a gyermek lelki felfogásában rejlik.

A különböző tünetek a különböző egyéneknél igen változatos súlyosságúak és formájúak lehetnek. Már a korai gyermekkorban feltűnhetnek, de a kritikus időszak a pubertás, sőt, a klimax, általában az élet nagyobb megrázkódtatásainak ideje. Valódi okairól még nem lehet bizonyosat állítani: kimutatható gyakran családi terheltség. Mindenesetre elősegíti vagy gátolja megnyilvánulását a környezet hatása, viselkedése, és hozzájárulnak a traumatikus élmények. Az idegrendszer károsodása is fontos tényező lehet: bizonyos betegségek (főképpen az enkefalitisz, meningo-enkefalitisz) után fellépő karakterelváltozások teljesen pszichopata képet mutathatnak.

Osztályozása még ma sem egységes. Ahány kutató, annyiféleképpen csoportosítja. Schneider tízféle, Gruhle nyolcféle pszichopata típust különböztet meg. Kretschmer a szkizoid és cikloid típus mellett leírja az epileptoid, a hiszteroid és a paranoid karaktert. Kahn három fő terület — az ösztön, a temperamentum és a karakter alapján osztja fel a pszichopatákat. Homburger pedig az énnek és a külvilágnak egymáshoz való kapcsolata alapján.

Bleuler (1930, 1960) négy fő csoportba sorolja őket: a személyiség pszichopata sajátosságai szerinti típusok, a pszichózisokkal kapcsolatos típusok, az asszociális pszichopaták és az ösztönükben zavart pszichopaták osztályaiba.

E kézikönyvben azokat ismertetjük — főképpen Asperger (1956) alapján —, akikkel a gyógypedagógus a leggyakrabban találkozik: az autista, a hisztériás és a kényszeres jellegű pszichopata gyermeket és fiatalkorút.

Az autista pszichopata gyermek és ifjú. Az *„autizmus"* kifejezés Bleulertől (1930) ered, a szkizofrénia egyik fő tünetét jellemezte vele: a szkizofrének elveszítik a világgal való kapcsolatukat. Ez többféle tünetben nyilvánul meg: a beteg saját magára korlátozódik, lelki élete „beszűkül"; logikus összefüggések helyett érzelmi összefüggésekben gondolkodik; a realitástól elkülönül és fantáziáiba húzódik vissza. Az autizmusnak van egy kora-gyermekkori formája (Kanner-féle). A kisgyermek interperszonális kapcsolatai úgyszólván nem fejlődnek ki, beszéde késik, egy részüknél mindvégig megmarad a mutizmus. Nem mosolyognak, maguk elé merednek. A tárgyakhoz azonban igen ragaszkodnak, a környezetváltozást nehezen tűrik. A dementia infantilis (Heller) az óvodáskor elején kezdődik. A gyermek elveszti érdeklődését, kapcsolatait, közönyös lesz, elhanyja a beszédet, majd állapota autizmusba és demenciába megy át (Grossmann—Schmitz, 1966).

Asperger (1956) leírása szerint az autista pszichopata *megjelenésében* a változatos formák mellett is feltűnik valami koraérettség, „koravénség":

a gyermekies vonások helyett „markáns" arc; nagy orr, visszahuzódó áll, gyakran fogrendellenesség. Tekintetük a távolba néz, nem a beszélőre, azt csak „érinti". Mimika- és gesztusszegények, a hangjuk elmosódott vagy éppen éles, nem világos, nem kellemes.

Nehezen alkalmazkodnak a mindennapi élethez. Viselkedésükre jellemző, hogy ügyetlenek, nem is érdeklik őket a mindennapi élet apró szabályai (öltözködés, rend, tisztaság stb.); sőt, ellenük szegülnek ha csak bizonyos tekintetben az ellenkező végletbe nem esnek. A családban *elkülönülnek*, testvéreiktől is félrehúzódnak. Nehezen fogadnak be külső hatást. Valósággal megsértődnek, indulatosak lesznek, ha rábeszélni, kényszeríteni akarják őket valamire. Saját impulzusaikat követik, nem törődve a külvilág szokásaival, követelményeivel. Játékban is eltérnek az átlag gyermektől: magányosan, órákig eljátszanak valami aprósággal, fadarabbal, ronggyal, ócska játékszerrel, amelyhez — mint valami fetishez — ragaszkodnak, az ágyba is beviszik, anélkül nem alusznak el.

Igazi nehézségeik az iskolában vannak. Ott sem képesek beilleszkedni: a pad alatt mászkálnak, belebeszélnek a tanításba, szemtelen megjegyzéseket tesznek. A tananyag nem érdekli őket, hacsak véletlenül nem vág össze egy-egy részlet saját érdeklődésükkel. Társaikhoz nem kapcsolódnak, „kilógnak" közülük. A többiek legtöbbször megérzik ezt és ellenük fordulnak, gúnyolják őket, amire ügyetlenségük, bizarrságuk és félszegségük alkalmat ad. Olykor feldühödnek, s ilyenkor szinte vakon — nekimennek a náluk nagyobbnak is, vagy magatehetetlenül sírnak, kiabálnak; verekedésben többnyire ők huzzák a rövidebbet.

Negatív tulajdonságuk ellenére az autista gyermekek általában véve nem csökkentértékűek, mert intellektuális képességeik épek. Spontán, produktív, eredeti gondolkodók lehetnek, beszédjük korán fejlődik. Olvasni is jókor kezdenek, mindent, ami a kezükbe kerül. Érdeklődésük általában egyoldalú. Bizonyos területen átlagon felüli tudást szedhetnek össze, s igen kitartóak lehetnek. Az érdeklődési körükön kívül eső dolgokat viszont teljesen elhanyagolják. Az elvontságok iránt jó érzékük van. A művészetek felé az átlagnál jobban vonzódnak. Önismeretük is fejlett: objektíven figyelik és bírálják magukat, hibáikat. Másokat is helyes érzékkel ítélnek meg, „átlátnak" rajtuk.

A felső határ tehát, ameddig eljuthatnak, igen *magas* lehet. Azok viszont, akik nem érik el a *közepest*, életidegen, zárt, irreális, gyenge teljesítményű különcök. Az intellektuálisan *alsó fokon* levők pedig automatizált, sztereotip — esetleg csak ál — értelmi fogyatékosok, bizonyos különcségekkel és olykor egy-egy látszólagos, föl nem használható rész-képességgel. Ilyenek a „naptár-emberek", akik szinte elképesztő gyorsan és hibátlanul megmondják, melyik hónap hányadika milyen napra esik, vagy melyik napon milyen névnap van, vagy elsorolják az összes villamos és autobusz-járatot, valamennyi megállójával.

Az autista pszichopata még *jó intellektuális képességekkel sem boldogul jól az iskolában.* Nemcsak alkalmazkodási nehézségei miatt, hanem mert a mechanikus tanulásra nehezen képes. Gyakran van ellentét a szülő és a pedagógus közt a gyermek megítélésében, mert az értelmes, magát nagyszerűen kifjezni tudó, sokat olvasó, egy-egy területen tehetséges gyermek

rossz osztályzatot kap. Ami ugyanis tananyag, azt nem ismeri eléggé, ezért iskolai teljesítményei rosszak. Amikor pedig *értelmileg alacsonyabb szintű* a gyermek, igen gyakran *gyengeelméjűnek nézik* és kisegítő iskolába helyezik át. Az ellentét ilyenkor nemcsak a szülő és a pedagógus közt van, hanem a szülő mellé a gyógypedagógus is társul, aki felismeri, hogy a gyermek *nem értelmi fogyatékos.*

Az autisták *ösztönéletére* jellemző a végletek közt mozgó változatosság. Vannak köztük szexuálisan hűvösek és ösztöngyengék, de vannak hevesek, vannak szinte nyíltan onanizálók. Előfordulhat homoszexuális érdeklődés, szadisztikus vonás is.

Érzelmileg általában síváraknak, egocentrikusoknak, kíméletlennek tartják őket. Érzelmi életük azonban bonyolult, nem átlátszó. Ha intézetbe kerülnek, honvágyat sokkal hosszabb ideig és hevesebben éreznek, mint társaik. Napokig ülnek kétségbeesett némaságban, vagy sírnak, nem esznek, nem alusznak. Egy-egy személyhez — vagy olykor állathoz — szenvedélyesen, vadul tudnak ragaszkodni. A gyűjtés is jellemző rájuk. Többnyire nem azt gyűjtik, ami éppen „divat", hanem felhalmoznak minden értéktelen apróságot, amire úgy vigyáznak, mint a szemük fényére. A jó képességűek válogatósabbak és igényesebbek gyűjtőszenvedélyükben is. A gyermekkori és fiatalkori autizmus szindrómája nemcsak az értelmi fogyatékosság néhány tünetével mutathat hasonlóságot, hanem a szkizofrén pszichózissal és a posztenkefalitikus állapottal is (ASPERGER, 1956).

Az *autista pszichopátia* tünetei azonban nem olyan hevesek, mint a szkizofréniáé. Nincs az a vak félelem, mint annál, nincs hallucináció, sem tudatzavar, a személyiség nem „épül le", nem bomlik szét. Az *agyvelőgyulladás utáni* állapottól való elhatárolásához főképpen az anamnézis és az idegorvosi vizsgálat segít hozzá. Az ilyen gyermeket mindenképpen ideggyógyászati kivizsgálásra kell küldeni.

Példaképpen vizsgálati anyagunkból egy 19 éves borbélytanuló önéletrajzát iktatjuk ide, a kívánatos kihagyásokkal. A fiú olyan kitűnően figyeli meg és írja le jellemvonásait, hogy kommentálás nélkül is világosan előttünk áll egyik típusa az autista személyiségnek:

„Az én édes atyám másféléves koromba beadott a ... intézetbe ... Abban az időben már rossz világ volt, és ezért atyám is nem volt olyan helyzetben, hogy el tudott volna tartani. Én még emlékszem arra, hogy körülbelül 4—5 éves lehettem, amikor a ... nővérek nagyon szerettek engem és becéztek, tanítottak játszani, énekelni, tornázni szerepelni, verset mondani ... Mikor már nagyobb lettem, lassanlassan kezdtem érteni a körülöttem levő dolgokat. A környezettől féltem, a nyilvánosságtól, is és szégyelltem magam a ... nővérek előtt. Én most tudom igazán sajnálni, hogy én nem mindig voltam kedvükre, és már akkor meg tudtam különböztetni a jót a rossztól ... És én ezeket nem tartottam be sokszor, pedig tudtam volna, ha akartam volna, de az én gyenge jellemem ... a rosszra húzott ...

Talán számtalanszor elhibáztam már életemet, mert nem alkalmazkodtam a körülményekhez, a környezethez. Most tudom csak, hogy mennyivel több örömöm lett volna, ha megtartottam volna az intézeti szabályokat. De azért én nem esem kétségbe, voltak szép és örömteljes, vidám napok, amelyekre emlékszem. Például volt az intézetben többször ünnepély tartva, és engem kértek meg, hogy énekeljek, mert szerették hallani a hangot, melyet kiadtam ... Mikor az iskolába mentem, akkor ott is nehezen szoktam meg a környezetet, mert idegennek éreztem magam, könnyen lettem szomorú és hamar egykedvű, közömbös a dolgok iránt. A számtan valahogy nem ment könnyen, pedig én szerettem volna tudni mindent, amit kell az iskolában tudni. Szerettem olvasni, kíváncsi voltam mindenre. Minden olyan tárgyat, amiről gondol-

tam, hogy jó, hogy lehet használni, azt mind amit találtam összeszedtem és kiválogattam és gyűjtöttem és rendberaktam. Például cipőfűzőt, gombot, cérnát, pamutot, tűt, játékot, úgy hogy a fiúk engem kértek meg, hogy adjak, ha kellett valami. Emlékszem arra, hogy a fiúk az intézetben és az iskolában nem szerettek azért, mert gyáva voltam vagy nyugodt voltam és nem tartottam velük a veszekedésben vagy a játékban. Volt, aki azért szeretett, mert csendes voltam, vagy szolgálatukra álltam, avagy nem árultam el őket valamiért. A tantárgyak közül a mértan, a fizika ment nehezen, a tornában is gyenge voltam. Sokszor meghazudtoltam magamat, vagyis meghasonlottam önönmagammal . . . és már azt hittem, hogy elmerülök a tétlenségben vagy a kételkedésben. Sokszor voltak kísértéseim az erkölcsi téren, és nem álltam ellene, hanem engedtem szabadon az ösztönöket . . . különösen nem engedelmeskedtem, és nem mondtam igazat a társaimnak. Fondorlatos és hamis meg raffinált és konok voltam, de most már nem szeretem csinálni, mert saját káromon tanultam.

A szabad természetet szeretem és benne, ami titokzatos. Például, hogy az ember mért él a földön, és miért kell a világnak lenni stb . . . 14 éves korom után elmentem a . . . intézetbe, ott is, mint eddig, különböztem a társaimtól a zárkózottságom miatt, és különcnek néztek. Ezért nem is nagyon szerettek és üldöztek a kérdéseikkel valahányszor alkalmuk volt. A zárkózottságból egy keveset felhagytam, és kezdtem lassan hozzászokni a társadalmi élethez, és így megkedveltek, ami jó hatással volt reám. A sporttól is, ami kötelező volt, féltem, mert fölényben voltak nálam a fiúk, és ami sokszor durva verekedéssé fajult . . . Én tudtam szeretni azt, ami hasznos a számomra, például a jókedv, a jóakarat, a jó táplálkozás, különösen a déli gyümölcsök és szeretem a kedves egyéneket, az egészséges piros arcokat látni, szeretem a szép zenét, a virágokat, a sok pazar színpompát és a fegyelmezett fiúkat meg a világosságot.

Az én életem változatos volt, mert volt megpróbáltatás, ha el is estem, nem esem kétségbe. Pedig sokat mérgelődtem már magammal, magam miatt, pedig elkerülhettem volna. Voltak kételyeim, de már elmúltak. Szeretek elmerülni és elmerengeni, vagyis elgondolkozni az élet fogalmairól, de tudom, hogy nem elég ez, hanem tettek kellenek, csak ki kellett volna tartani és elestem. Mikor a fiúk énrólam beszéltek, mindig azt mondták, hogy . . . gyámoltalan, lanyha a megjelenésem . . . Az üzletben azt mondotta rólam a mesterem, hogyha egy kicsit ügyesebb és gyorsabb lennék, akkor egész másképp néznék ki, vagyis férfiasabban néznék ki. Pedig én szeretek dolgozni és nem bánom, ha nehéz is, csak bírjam. Az intézetben engem bíztak meg, hogy takarítsam ki a szobákat és általában szerettem mindig valamivel foglalkozni, a fiúk meg, aki csak ismert, valahányszor különcnek néztek és mindenféle megjegyzéseket mondottak rám. Én rájuk se hederítettem, és csak jól kinevettem mindjárt őket úgy, hogy ezért ők is nevettek, és nem szívlelték az ottlétemet. Én meg védekeztem, ahogy csak tudtam, és azt mondtam, hogy ez természetes dolog, meg hogy ennek így kellett lenni, és hogy ki tudja, hogy mire lesz jó ez — úgy hogy elrontottam a kedvüket, vagy nekem rosszat tettem."

A hisztériás gyermek és ifjú. A köztudatban tán a legismertebb és a legnagyobb ellenszenvvel fogadott betegségforma, amelyet sokan teljesen szimulálásnak tartanak (HÁRDI, 1960). A hisztériát hol a neurózisok közé sorolják (MEINERTZ, 1962; LAFON 1963; HESNARD, 1965), hol a pszichopatiák, sőt az elmebajok közé. (ASPERGER, 1956; MOOR, 1965).

A definíciót négy oldalról ismerteti VÉRTES (1930).

1. *Anatómiai fiziológiai* meghatározások: pszichés energiacsökkenés (RANSCHBURG), az asszociációs rostok végződéseinek gyengesége (JENDRASIK), gátolt agykérgi neurózis, melynek jellemző tulajdonsága az ideges folyamat gyöngesége és a gátlás állandó jelenléte (KRASZNOGORSZKIJ).

2. A *mélylélektan* magyarázata szerint a hisztéria lelki sérülés: az elfojtott kellemetlen élmények testi térre való áttevődése.

3. A *pszichogén* felfogás lelki eredetű, lelkileg rögzített jelenségnek tartja ezt a betegséget: az élet feladatai elől való menekülésnek (JASPERS), a gyöngének az erősebb ellen vívott harcának (CIMBAL).

4. *Alkati* meghatározások: több kutató (BLEULER, KRAEPELIN, VÉRTES 1930) a betegség következtében szerzett hisztéria mellett egy alkati, elfajulásos formát is megkülönböztet.

A hisztéria oka, a különböző szerzők szerint lehet örökletes, lehet születési sérülés, fertőző betegség, mérgezés, baleset, lelki trauma és sok egyéb.

A hisztéria tünetei igen változatosak.

Testileg: fájdalom, nyomásérzés, zsibbadás, gyengeség, túlérzékenység vagy érzéketlenség jelentkezhet bármely szervben. Ezek abban különböznek a neurotikus tünetektől, hogy azok halványak, primérek, ezek színesek, hevesek, „szenzációsak" és súlyosabbak. A hisztériás az anatómiai állapotától függetlenül érzi a különböző testi tüneteket. Jelentkezhet bénulás: a beteg nem tud járni, állni; remegés, síró- és nevetőgörcs, hányás, köhögés, asztma, nyelési zavar, enurézis. Előfordulhat „némaság"; a hisztériás nem képes csak suttogva beszélni; de énekelni, hangosan köhögni ugyanakkor tud. A hisztéria minden testi és lelki betegséget „utánozhat" és megkülönböztetése nem minden esetben könnyű. A hisztériás rohamot az epilepsziástól elkülöníti, hogy a hisztériás beteg óvatosan esik a földre, nem üti meg magát, nyelvét nem harapja meg, nem vizel-székel maga alá. Nem nyersen ordít fel, többnyire síró-kacagó hangot hallat; az öntudata lényegében megvan, vagy eszméletvesztése legalábbis nem mély, utána nem alszik. A roham mindig mások jelenlétében zajlik le és valami ok, cél, vágy van a hátterében. Éjszaka, álomban hisztériás roham nem jelentkezik. ASPERGER (1956) tapasztalata szerint e tünetek nem mindig elég pregnánsak a megkülönböztetéshez. A legújabb EEG vizsgálatok bizonyos kölcsönhatást mutattak ki a hisztéria és az epilepszia közt. (DONGIER, 1961; FAURE, 1967).

Értelmileg minden fokozat megtalálható a hisztériás pszichopaták közt, de valamennyire jellemző, hogy gondolkodásukat, ítéletüket, eszméiket erősen befolyásolja affektivitásuk.

A hisztériások *érzelmileg* rendkívül egocentrikusak. Minden cselekedetükben a feltűnést keresik, az érdeklődés középpontjába akarnak jutni. Ezért öltözködnek élénken, beszélnek hangosan, nevetgélnek mesterkélten. Jellemző rájuk a színpadi póz, a hatásvadászás. Valami heves, szándékolt, túlzott, színészies, nem valódi van bennük. Hízelgésük mímelt, a szerelmük hiúság. A forró érzéskifejezés mögött nincs igazi szenvedély: a tág, fénylő, föl-fölvetett „madonnaszemek", a sóvárgó arckifejezés és a csábító „olvasztó" mosoly mögött üresség van. A nő „vamp", a férfi „Don Juan", egyik sem igazán érett szexualitású. Képzeletük élénk. Emlékezetük hiányait fantáziával pótolják. Előfordul, hogy kórosan hazudnak, főleg a pubertásban, a feltűnni vágyástól hajtva. A lányok fantáziái a szexualitás és a nagyzolás körüliek. Gyakran hamisan vádolják iránt uk való nemi érdeklődéssel tanárjukat, sőt apjukat (ASPERGER 1956).

Akaratuk eltér az átlagostól, nem akaratgyöngék, hiszen — kerülő úton, mások által — véghez viszik akaratukat; abban gyengék, ha nekik kell akaraterőt kifejteniök, feladat- és kötelességteljesítés közben.

A hisztéria teljes formájában gyermekkorban nem igen fordul elő, csak dührohamok, hiszteroid jelenségek formájában. (Légzési zavarok, látási zavar, egyik végtag remegése vagy pszeudoparalizise, hányás, alvajárás.)

STOHMAYER és VÉRTES (1930) egy mondatban így jellemzik szélsőséges viselkedésüket: Amikor a normális gyermek lelki izgalomra elhalványodik, a hisztériás elájul; ha a normális gyermek undorodik, a hisztériás hány; ha az egy pillanatra megdermed, ez tartósan megbénul . . .

Példa vizsgálati anyagunkból:
Egyik vizsgáltunk, 13 éves fiú, karakter-sajátosságaiban mutat hiszteroid-jelleget. Minden igyekezete arra irányul kiskora óta, hogy szerepeljen, észrevegyék, figyeljék, központ legyen. Óvodás kora óta szaval, mesél, szerepet játszik otthon, óvodában, iskolában. Bohóckodik, társait nevetteti, zavarja a tanítást. Minden vágya az, hogy színész lehessen. Hogy önmagát még jobban kiemelje, érdekessé tegye, a nagyzolásos hazugságoktól sem riad vissza. Ezek azonban átlátszóak. Egyik hiányzását azzal mentette tanárnője előtt, hogy az Operaházban kellett fellépnie kétezer forintért, ezért nem mehetett iskolába.

A kényszeres gyermek és ifjú. A kényszeres állapot meghatározása a szakirodalomban szintén sokféle. ASPERGER (1956) és MEINERTZ (1962) a pszichopátiák közé sorolja. FAURE (1963) a neurózisok közé, s a félelem, szorongás, erősebb fokának tekinti. A szorongás a bizonytalan félelem. A fóbia vagy iszony, már védekezés, mert tárgyat talált. Ilyenek az agorafóbia (tériszony), klausztrofóbia (zárt tértől való félelem), mélységtől, bizonyos állatoktól való iszonyodás. Ezektől az egyszerű fóbiáktól meg kell különböztetni a kényszeres fóbiákat: a betegségtől, piszoktól, vértől, vihartól, elpirulástól, sötéttől való félelmeket (FAURE 1963; SUTTER 1965), ezek már gyermekkorban észlelhetők.

A kényszeresességre vonatkozó sokféle leírás közül ASPERGERÉT (1956) vesszük alapul: valamely személyiség kényszerítve érzi magát, ceremóniás ismétléssel, többnyire sztereotip módon, *bizonyos dolgokat gondolni, mondani, tenni, azoktól félni,* miközben *tudatában van annak, hogy az teljesen értelmetlen.* A szabad akarati elhatározás beszűkülése legtöbbször csak néhány kényszerű szokásra szorítkozik. A leggyakrabban előforduló formák:

Gondolkodási kényszer: gyakran közömbös, de többnyire illetlen, utálatos, káromló gondolatok térnek vissza.

Beszédkényszer: bizonyos kifejezéseket, beszédformulákat kénytelen mondani. Főképpen kisebb gyermekeknél, kérdezési kényszer formájában jelentkezik.

Pubertásban szexuális tartalmú kényszerek lépnek fel.

Kényszer-szokások (vagy cselekedetek): az abban szenvedő kénytelen bizonyos dolgokat megszámlálni, bizonyos szabály szerint lépegetni, bizonyos útirányt betartani, megérinteni bizonyos tárgyakat, Idetartozik a „tisztálkodási kényszer": a folytonos mosakodás, kézmosás. A „kontrollálási kényszer": vagyis a kényszeresnek újra meg újra meg kell győződnie arról, hogy például az ajtók be vannak-e zárva, a villany el van-e oltva, rendben vannak-e könyvei, tudja-e a leckét és így tovább. „Kényszeres skrupulusok"-nak nevezi SUTTER (1965) az elkövetett vagy el nem követett hiba utáni szüntelen önmardosást.

A kényszeres állapot többnyire nem egyetlen tünetben, hanem tünetcsoportban nyilvánul meg, s egész ceremóniák szigorú betartására késztetheti a beteget. A kényszeresség mögött általában — bármilyen formában jelentkezik is — egy bizonytalan, tartalom nélküli *félelem* van. A kényszer volta-

képpen védekező mechanizmus. A kényszeres képzet általában észokokkal, meggyőzéssel nem szüntethető meg.

A kényszeres tünetek nehezen tisztázhatók kisgyermekeknél, intellektuálisan gyengéknél, értelmi fogyatékosoknál, agyvelőgyulladáson vagy más agyi károsodáson átesett személyiségeknél.

Példa vizsgálati anyagunkból: (lelet: LÁNYINÉ):

I. A. 16 éves fiú: fejlődésében normális, noha mindig túlérzékeny volt. Négy-hat éves kora közt éjszaka több ízben felriadt, kiabált, sőt egy-két alkalommal fel is kelt és járkált a szobában. Egyszer kis korában ijedtében elájult, s néhányszor sírógörcse volt.

Értelmi fejlődése korai volt és gyors, iskolai eredményei kifogástalanok, magaviselete kedves, többnyire vidám. Serdülése kezdetén hirtelen megváltozott: az emberektől félt, elkerülte őket, ha vendég jött, elbújt. Barátaitól visszahúzódott. Képes volt órákig egyedül ülni a szobában és álmodozásaiba merülni. Az iskolában napokon át ok nélkül sírva fakadt. Félszeg, gyámoltalan lett. Nincs kedve semmihez, úgy érzi nem ért semmit, ha felhívják, nem mer felelni, mert „úgyis rosszat mond". Az iskolával annyira megromlott a viszonya, hogy szülei kivették és magánúton taníttatják.

Környezetével nem közli félelmeit, illetve sajátos, kényszeres jellegű módot választott a közlésre. Kis cédulákra felírta panaszait: „Nagyon szerencsétlen vagyok." „Meg fogok halni". „Meg akarok halni". „Meg fogok bukni." „Mi lesz velem?" Ezeket a cédulákat a lakásban szétszórta az asztalokra, hogy hozzátartozói megtalálják.

A tanulás körül is ceremóniái alakultak ki: ha tanulásról van szó, kénytelen az asztalt megkocogtatni. Ha nem az asztal mellett ül, odaszalad. Csak az asztal ablakfelőli oldalán ül le, az asztalon nem lehet más, csak a könyvei, azok is meghatározott sorrendben, különben nem tud tanulni. Az autista-kényszeres jellegzetességeken kívül bizonyos fokú infantilizmus is jellemző rá. Egész viselkedése egy évekkel fiatalabb gyermek magatartásának felel meg. Ez leginkább mimikájában, gesztusaiban, indulatszavaiban jut kifejezésre.

A pszichotikus gyermek és fiatalkorú

Pszichózis (elmebaj) a gyermekkorban ritkán fordul elő. A serdülés korában már jóval gyakoribb. Az elmebetegségek közül a *szkizofrénia (hasadásos elmezavar)* az a betegségforma, amely már gyermekkorban is jelentkezhet. Némely szerző szerint a betegségnek csak alig 1%-a kezdődik 15 éves kor alatt, mások szerint 4%-a tíz éves kor alatt nyilvánul meg. KOTHE (1957) gyakoribbnak tartja a gyermekkorban megjelenő szkizofréniát csak — szerinte — nem helyesen diagnosztizálják. A szkizofrénia *felismerése gyermekkorban igen nehéz.* Gyakran csak „rossz viselkedés"-nek tartják, vagy értelmi fogyatékosságnak.

A klasszikus meghatározás szerint a szkizofrénia a személyiség, a lelki egészség széthasadása: BLEULER (1911), ASPERGER 1956), GROSSMANN—SCHMITZ (1966). FELDNER (1955) a szkizofréniában szenvedő beteg állapotát az álomállapothoz hasonlítja, s mechanizmusát az álom mechanizmusához. PAVLOV szerint ez az elmebaj az agykéreg vele született és szerzett gyengeségén, fáradékonyságán és könnyen gátolhatóságán alapul.

A felnőttkori szkizofréniát az elmekórtan tárgyalja. Mi csak a gyermek és ifjúsági szkizofrénia néhány olyan jellemzőjét soroljuk fel, amelyek a gyógypedagógus számára megkönnyítik az elmebeteg gyermek felismerését és szakorvoshoz való utalását.

A gyermekkori szkizofrénia tünetei változatosak: többnyire lassankint alakulnak ki. Iskolai és pszichomotoros nehézségek, karakter és intelligencia

zavarok jelentkeznek: beszédrendellenességek, kényszeres és fóbiás tünetek. (CASTELS, 1967.) A gyermek megváltozik. Már a mozgása is eltér az ép gyermekétől: az arckifejezése, a taglejtése bizarr, modoros, majd később elsivárosodik, sztereotip, kényszeres lesz. Az ilyen gyermekek föl-alá járnak, körbeszaladgálnak, ugrálnak, himbálják magukat, szétterpesztett ujju kezüket nézegetik, forgatják, legyintgetnek, fejüket rázzák. De esetleg mereven, közönyösen ülnek, álldogálnak. Ok nélkül nevetgélnek, fintorokat vágnak; tekintetük merev, üres, elrévedő, vagy segélytkérő. Beszéd közben félrenéznek. Magukban motyognak, beszédjük éneklő, vagy éppen monoton, hangsúlytalan. Pózolnak.

Intellektuálisan diszharmonikus képet mutatnak. Igen gyenge képesség mellett kiugróan jó képességük is lehet. Gondolatmenetük összefüggéstelen, szétesett, bizarr, érthetetlen. Olykor ugyanazt az értelmetlenséget ismétlik vég nélkül.

Érzelmileg szélsőségesek: általában hidegek, durvák, tompák, nincs humorérzékük. Lelkifurdalást, megbánást nem mutatnak. Esztelenül képesek verekedni, felnőttel is szembeszállnak, ráütnek, leköpik. Kihívóak. De ezzel teljesen ellenkező végletű magatartás is található náluk: félénkek, szégyenlősek, pedánsak, öngyötrőek és szinte automataszerűen szófogadók.

A közösségbe nem képesek beilleszkedni. A többiek nehezen tűrik, csúfolják, bántják őket. Ők maguk igen nehezen befolyásolhatók, hozzáférhetetlenek. Sem jó szóval, sem szigorral nem lehet rájuk hatni, a maguk sajátos világába bezárkozva élnek, ellenállnak a nevelési törekvéseknek. Kapcsolatuk a családhoz is megromlott, bár olykor egy-egy személyhez erősen ragaszkodnak.

A folyamat kezdetén gyakran erős, *ok nélküli félelem* fogja el őket. Tünetként jelentkezik még a fejfájás, az alvási zavar és az étvágytalanság. Bár evés terén is megtaláljuk a két szélsőséget: van köztük, aki órák hosszat eszik, rágja, forgatja a szájában az ételt, a másik pedig villámgyorsan fölfal mindent, amit előtalál.

A felnőttekre jellemző *kataton* (merev) állapot gyermekeknél igen ritka: téveszme, illetve főleg *téveseszme-rendszer* pedig egyáltalán nincs. *Hallucinációk* lehetnek, de többnyire csak mesealakokra vonatkoznak, boszorkányokra, ördögre, mumusra. Az állapot idővel — ha nincs javulás — dementálódó, elbutulásos, értelmi fogyatékosságra emlékeztető jelenségeket, monotóniát mutat. Ismeretanyaguk esetleg megmarad, de halott, felhasználhatatlan.

A *pubertáskori szkizofrénia* már sokkal inkább hasonló a felnőttkorihoz. Üldöztetéses téveseszmék, veszélyes agressziók is megjelenhetnek náluk. Gyakran elhuzódó a betegség folyamata: aktivitásukat, érdeklődésüket lassankint veszítik el, érzelmileg, értelmileg is lassanként sivárosodnak el.

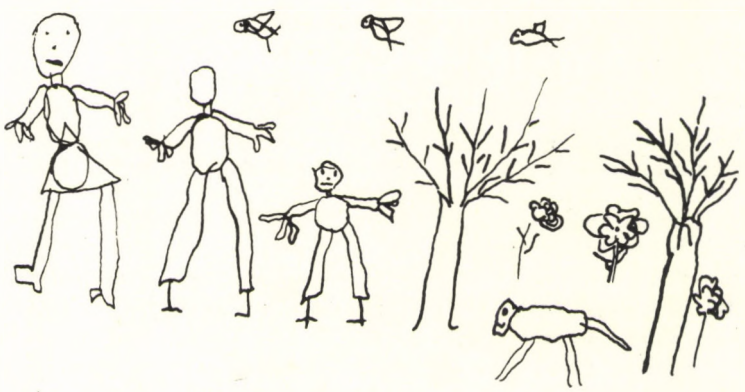
Példa vizsgálataink anyagából: (lelet: LÁNYINÉ)

Egy 14 éves kislányt hoz az édesapja kivizsgálásra: édesanyja nem él. A kislány négyszer járta az első általános osztályt, tovább nem jutott. Ma sem tud írni-olvasni. Ezzel szemben rajza és egyéb teljesítménye magasabb színvonalra mutat (58. ábra.).

A kislány három hónapig volt elmeosztályon, kivizsgáláson. A kórházi zárójelentés szerint szkizofrén (hebefrén). Lényeges nyugtalanságot nem tapasztaltak nála, viselkedése csendes, nyugodt volt. Gyógypedagógiai foglalkoztatását javasolták. Beszéde zavaros. Időbeli tájékozódása rossz, nem tudja mi történt ma, tegnap vagy egy

héttel ezelőtt. Környezetére vonatkozóan is zavart. Egy testvére van, de úgy beszél a szomszéd gyermekekről, mintha azok is a testvérei volnának. Motyogva beszél, maga elé nézve, nem keres kapcsolatot azzal, akihez szól, gyakran nem lehet megérteni, hogy mit mond, elismételni nem hajlandó. A vizsgálat során kezd felengedni. Néhanéha elneveti magát. Kooperációs készsége is javul. Álmosítóan lassú, torpid, lomha, de minden felszólításnak eleget tesz, egyforma érdektelen arccal. Főleg akkor mosolyogja el magát, ha spontán beszédbe fog. Ilyenkor nem a tárgyhoz és alkalomhoz kapcsolódó dolgokat kezd mondani. Például: „A cicának a tej kiömlött a tálból a földre". Mikor észreveszi, hogy a vizsgálatvezető figyeli, hirtelen abbahagyja.

A gyógypedagógiai vizsgálat szerint értelmileg fogyatékos, kapcsolatot nehéz kiépíteni vele. Magatartása a vizsgálat alatt réveteg, torpid. Egyszerű mondatokban beszél, beszéde gyakran inadekvát. A környezetében történő eseményekre nem figyel,



58. á b r a. 14 éves szkizofrén kislány rajza

nem reagál. A felszólításokat teljesíti, de a megbizatásokat azonnal elfelejti. Az apja szerint önkisz olgálásra csak részben képes. Otthon állandóan felügyeletet igényel, slőfordult, hogy meztelenül ment ki az utcára, a szomszédok vitték haza. Szexuális erdeklődése erős, ezért különösen veszélyeztetett.

Hogyan határolható el a szkizofrén gyermek és fiatalkorú *az oligofréntől?* Ezt részletesen ASPERGER (1956) és FAURE (1967) írja le. A megkülönböztetés nem könnyű, mutatja az, hogy a szkizofrén milyen gyakran kerül gyógypedagógiai intézménybe. Innen azután előbb-utóbb szintén kiteszik, vagy mert kezelhetetlen, vagy mert értelmileg „ép". A súlyosabb fokban gyengeelméjű gyermeknél éppen úgy, mint a dementálódott szkizofréneknél találhatunk bizonyos közös tüneteket: beszéd- és mozgásbeli sztereotípiákat, indokolatlan félelmet, közönyt, hozzáférhetetlenséget. Csakhogy a gyengeelméjű gyermek állandóan, egyhangúan tompa, a szkizofrén pedig erősebb diszharmóniát mutat. A gyógypedagógus tehát alapos megfigyelés után felismerheti, hogy a gyermek nem értelmi fogyatékos, s idegszakorvosi vizsgálatra küldheti.

A szkizofrén gyermek és ifjú az *autista pszichopatától* elsősorban a szindrómák súlyossága által differenciálható; a gyógypedagógus feladata ilyenkor is az, hogy a gyermeket idegszakorvosi kivizsgálásra küldje.

Könnyen összetéveszthető a szkizofrénia néhány tünete az *agyvelőgyulladás utáni állapot* tüneteivel, amikor személyiségelváltozás marad vissza.

Az ilyen gyermeknek is megszakad, elromlik a külvilággal, a környezettel való kapcsolata, az intellektus diszharmonikus, az érzelmi élet elsivárosodik, zavart állapot, automatizmus, mozgás sztereotipia mutatkozik. A szokottnál is alaposabb anamnézis felvétel azonban kideritheti az elszenvedett betegséget, az orvosi-neurológiai vizsgálat pedig az agyi károsodás jeleit. Előfordulhat a fejlődés folyamán, hogy az egyébként fiziológiás, de valami ok miatt a szokottnál hevesebben mutatkozó jelenségek megriasztják a hozzátartózokat. Így gyermekkorban az elhuzódó dacreakciók, negativizmus, mutizmus, szorongás, agressziók, a pubertás korában pedig a serdülőnek hirtelen megváltozása, a családdal, a környezettel való szembehelyezkedése, jó kapcsolatainak elvesztése, érdeklődés hiánya, fáradtsága, elzárkózása, ingerlékenysége, közönye kelthetik — olykor — azt a látszatot, hogy valami komolyabb baj van kezdődőben. Szkizofrénia esetében azonban a tünetek súlyosabbak. Természetesen az idegszakorvosi kivizsgálásnak kell a diagnózist megadnia.

Az elmebetegségek egy másik formája, a *cirkuláris elmezavar* (mániás-depressziós elmebaj) a serdülés előtt annyira ritka és annyira nem tipikus, hogy ezzel nem foglalkozunk. A pubertás korában jelentkező formájáról s csak annyit említünk, hogy igen ritkán előfordulhat már olyan erős hangulatingadozás, hogy öngyilkosságra vagy annak kísérletére is vezethet, különösen, ha valamilyen komolynak értékelt külső ok is hozzájárul.

Az infantilis gyermek

Az infantilis gyermek, tanulási és magatartási nehézségei miatt, olykor debilis diagnózissal gyógypedagógiai intézménybe kerülhet. Az infantilizmus (gyermekdedség) összefoglaló gyűjtőnév. *Olyan állapot, amelyet a gyermekkor testi és lelki jellegzetességeinek fenmaradása jellemez.*

A szakirodalom általában — árnyalati eltérésekkel — fejlődési zavarnak írja le. A felnövő egyén testi és pszichés tulajdonságai évekkel fiatalabb fejlettségi foknak felelnek meg, illetve azon rögződnek. (Anton, 1934; Tramer, 1947; Nagy, 1953; Heymann, 1954; Lafon, 1963).

Okául a szakirodalom sokfélét említ: hormonzavart, hajlamot, mérgezést, fertőzést, környezeti ártalmat, különféle traumákat.

Az infantilizmus lehet testi és pszichés, továbbá teljes vagy részleges. A teljes infantilizmus (megcsököttség) jellemző tünetei, amelyek többékevésbé minden esetben megtalálhatók, a következők:

Testileg alacsony, arányos termet, vékony, gracilis csontszerkezet, puha, kerek, harmonikus mozgás, finom, gyermekded „baba"-arc, a nemi érés késett, a hang vékony, magas.

Intellektuálisan az infantilis gyermek ép, sőt tehetséges is lehet, ám inkább az érzékletes, a konkrét felé fordul, az elvont nem érdekli, Felfogása, emlékezete jó, figyelmi koncentrációja azonban nem tartós. Következtetőképessége, logikája fejletlen, a lényegest a lényegtelentől nem tudja helyesen elkülöníteni.

Érzelmileg kisgyermekesen labilis, vidám, gondtalan, sőt gondatlan, felelőtlen. Önállótlan, ítéleteiben határozatlan, bizonytalan és nem tárgyilagos. Vannak köztük gátoltak, félénkek, nyomottak, szégyenlősök és érzé-

kenykedő-sírósak. Általában befolyásolhatók, könnyen utánoznak. Impulzusaik hevesek, fegyelmezetlenek. Jóindulatúak, de gyermekien önzők. Cselekedeteiket jellemzi, hogy pillanatnyi érzésük-érdekük szerint, gyakran meggondolatlanul hajtják végre.

Erősen jellemző rájuk, hogy családjukhoz, főképpen az *édesanyjukhoz* igen hevesen és tartósan *ragaszkodnak:* sokszor nem is tudnak tőle elszakadni: a férfi nem nősül meg, a lány nem megy férjhez. Közösségbe jól beilleszkednek, de szívesebben vannak náluk fiatalabbak társaságában, mint az egykorúakéban.

Az *iskolában* „éretlenül" viselkednek: nem tudnak nyugodtan ülni és tartósan koncentrálni; belebeszélnek a tanításba, kiszaladnak a padból, nem figyelnek, eljátszogatnak valamivel; hamar duzzognak, sírnak-nevetnek. A leckét nem csinálják meg, nincs elég feladat- és kötelességérzésük.

Az infantilizmus *különféle fokban és változatban* jelenthet meg. Olykor csak részleges, vagyis elsősorban testi- vagy elsősorban pszichés, vagy csak egy-egy jellegzetes infantilis tulajdonságban nyilvánul meg, például a nemi érés késésében.

A fent leírt infantilis típus még nem tekinthető kórosnak. Ezek a gyermekek általában —több-kevesebb késéssel — „beérnek" az általános iskolára, különösen ha fejlesztő foglalkoztatással segítik őket. Beérnek az életre is. Másokban életük végéig marad valami gyermekies, de igen jól boldogulnak az élet minden területén, és sajátos személyiségükkel csak egy változatot, árnyalatot jelentenek az emberek sokféleségében.

Példa vizsgálati anyagunkból (lelet: JANKOVICHNÉ).

S. T. hét éves kislánynál ismeretlen eredetű szomatopszichés retardáció áll fenn, melynek kialakulásában feltehetően környezeti ártalmak is részt vesznek.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálat szerint, bár a kislány értelmi fejlődésében elmaradt, ez az elmaradás nem mutat oligofrén jelleget. Számoláskészsége jó, a 20-as körben tájékozott, az abc betűiből 12-t felismer, ezekkel rövid szavakat elolvas. Irása viszont néhány betű diktálás utáni leírásából áll. Beszéde koránál primitívebb, de összefüggő, jól érthető. Selypes. Magatartása infantilis jellegű.

A gyermek állapotának megértéséhez ismernünk kell érzelmi életét, mely teljesen telítve van régi otthonának és hozzátartozóinak emlékeivel. Az otthontól való elszakadását nagyon megsínylette, az eltelt rövid idő alatt már a hetedik családhoz van kiadva. Valószínűleg az érzékenyebb, problematikus, éjjel ágybavizelő gyermektől mindenki szabadulni akart. Jelenlegi nevelőanyja enurezisét orvosi segítséggel rövid idő alatt rendbehozta. Pszichésen azonban a kislány a szüleitől és két testvérétől való elszakadását nem heverte ki. A sok nevelőanya közt hányódva eddig egyikhez sem tudott igazán kapcsolódni. Feltételezhető, hogy pszichésen rögződött azon a szinten, melyen az otthontól való elszakadás idején volt, és az őt azóta ért hányódás sérelme ellen az új benyomások ösztönös be nem fogadásával, „lelki begubózással" is védekezik. Fejlődésének megindításához igen sok szeretetre, törődésre, megértésre van szüksége jelenlegi otthonában éppen úgy, mint az iskolában. Didaktikai szintjének emelése pedig feltétlenül külön korrepetálást igényel.

Az infantilizmus fogalma alá *kóros variánsok* is tartoznak (SZONDI, 1925; SOUQUES, CHAUVET, MEIGE, in: POROT, 1965).

A *pajzsmirigy* elégtelen működése következtében a hypothyreoid, vagy „myx" — infantilizmus: alacsony növés, rövid lábszárak, tésztás, halvány, duzzadt arc és ajak, kései vagy hiányos fogváltás, nyers, rekedtes hang a jellemzője szomatikusan. Pszichésen a fent leírt infantilis tünetek súlyosabb fokban és gyenge értelmi képességgel jelentkeznek.

A *hipofizis* zavarok következtében a termet törpe (vagy óriás), pszichésen ugyancsak az előbbi jellegzetességekkel.

A *nemi hormonok* csökkent termelése következtében eunochoidizmus keletkezhet: hosszú, vékony karok, lábszárak, magas hang, nemi éretlenség a jellemzői. Pszichésen túlérzékenység, a kezdeményező erő hiánya, zártság, félénkség, önállótlanság és befolyásolhatóság.

Többféle belső elválasztású mirigy hormonzavara a poliglanduláris infantilizmus, amely aszerint változik, hogy melyik mirigy hormonjának a tünetei dominálnak.

A *thymus* (csecsemőmirigy) zavart működése, továbbá táplálkozási, anyagcsere zavarok, fertőző betegségek is okozhatnak infantilizmusra jellemző állapotokat, változatos formákban.

Külső körülmények, egészségtelen életmód és kedvezőtlen környezet révén szintén létrejöhet a gyermek fejlődésében általános elmaradás, infantilis jellegzetességekkel.

Feldner (1955) leír egy *enkefalitikus szindrómának* tartott tünetcsopotot (húsos ajak, álmos-révedező-ködös tekintet, labilis vegetatív rendszer), amelyet ő biológiai éretlenséggel magyaráz és az infantilis személyiség jellegzetességének tekint.

A fogyatékos gyermekek — az ártalom jellege, súlyossága, a környezet bánásmódja következtében — többé-kevésbé koruktól elmaradt fejlettségi fokon kerülnek gyógypedagógiai intézményekbe. Sok esetben csak alapos és finom differenciálással dönthető el, hogy a gyermek infantilis és nem értelmi fogyatékos.

A balkezes gyermek

A balkezesség nem fogyatékosság. A balkezes gyermek — ha egyéb rendellenessége nincs — nem tartozik a gyógypedagógia területére. Előfordulhat azonban, hogy némelyik közülük — a jobbkézre szoktatás helytelen módja következtében — az iskolában olyan *nevelési nehézséget* jelent, hogy át akarják helyezni a kisegítő iskolába.

Már az egészen kis gyermeket a jobb kéz használatára szoktatják. A legtöbb gyermeknél ez természetes és szinte magától megy. A balkezeseknél azonban több-kevesebb nehézséget okozhat. A családban általában véve nem szokták erőszakolni a balkezes gyermeket a jobb kéz használatára. Nehézségei akkor kezdődnek, *amikor iskolába kerül*, és jobb kézzel kell írnia, számolnia, rajzolnia.

Régóta és sokan kutatták a balkezesség problémáit. Sőt újabban a laterális dominancia kapcsán a balláb és a bal szem dominanciáját is vizsgálják. A szakirodalom adatai szerint a felnőtt férfiak közt 6,6% balkezes, a nők közt csak 3,8%.

A gyermekek közt sokkal magasabb a balkezesek száma, de ahogy felserdülnek, többségük jobb kézre vált. A különbségi arány a fiúk és lányok közt a gyermekkorban is megvan.

Nálunk P. Liebermann L. (1954) foglalkozott sokat a laterális dominancia kérdésével, 250 balkezes gyermeken végzett vizsgálat alapján. Vizsgálatainál abból a tényből indult ki, hogy az embernél a domináns

kéz domináns hemiszférát jelent, tehát feltehetően specializáltabb és finomabb funkciót. Ennek következtében jobb, pontosabb és esetleg gyorsabb ingervezetést és finomabb beidegzést. Domináns kéznek azt tekinti, amelynek motoros teljesítménye gyorsabb és pontosabb. Kutatásai megegyeznek a szakirodalom megállapításaival (LAFON, 1963; KLINGEBIEL, 1963; H. és B. AUBIN, 1965).

A balkezes gyermek pszichés téren teljesen normális. Épp úgy akad köztük tehetséges, közepes és gyenge, mint a jobbkezesek közt.

A balkezességből az egyénre káros következmények csak abból és akkor származnak, amikor jobbkezességre *kényszerítik* őket. A károsodás lényege abban van, hogy az átszoktatás megbontja a gátlási és indukciós folyamatok egyensúlyát, s ez kedvezőtlenül befolyásolja a II. jelzőrendszer kifejlődését.

A hirtelen átszoktatás különösen akkor jár veszéllyel, ha teljes a féloldali dominancia, azaz szemre, kézre és lábra is vonatkozik, és ha a gyermek 7—8 év alatt van. Az átszoktatásból pszichomotoros rendellenességek: lassúság, ügyetlenség, tic, írás-olvasás-számolás zavarok, rajz-elmaradás, dadogás, sőt enurézis, strabizmus eredhetnek. Intellektuálisan figyelemingadozás, affektív téren félelem, dac, kishitűség, agresszió léphetnek fel.

Ezeket a tüneteket nem a balkezesség, hanem az *átszoktatás* ténye magyarázza.

A bal illetve a jobb oldali dominancia az egyén testsémájában is megmutatkozik. Így a térben való eligazodásban is kifejeződik a domináns irány.

A gyógypedagógiai differenciáldiagnózis szempontjából figyelembe kell venni ezt a szempontot is: a gyermek balkezességét mint nevelési nehézségeknek vagy neurotikus tüneteknek esetleges okát, vagy mint az okok egyik összetevőjét. Ezért minden gyermek vizsgálatakor, ahogy az anamnézis és exploráció felvételénél említettük, meg kell állapítani, hogy a gyermek balkezes-e, mikor, milyen módon szoktatták át, esetleg nem rejtetten balkezes-e. A laterális dominancia megállapításához a *kéz* használatánál meg kell figyelni a taglejtéseit, és azt, hogy több spontán tevékenységet: az írást, rajzolást, evést, varrást, gombolást, vágást, dobást — melyik kezével végzi. A *láb* dominanciájának vizsgálatánál megnézzük, melyik lábával rúg, melyikkel ugrál féllábon; a *szem* lateralitásának vizsgálatánál azt, hogy melyik szemét használja a célzásakor, melyiket, ha átlyukasztott papíron keresztül néz valamit.

A lokális kiesésben szenvedő gyermek

„Lokális kiesés"-ről, vagy „egyoldalú kiesés"-ről beszélünk akkor, amikor egy gyermeknek valamelyik képessége a többi képességéhez viszonyítva feltűnően fejletlen, gyenge. Ilyen a dyslexia, dysgraphia, dysaritmetika, apraxia.

A dyslexiás, dysgraphiás gyermek. A gyógypedagógiai, sőt a normál pedagógiai körökben is közismert a *dyslexia* (olvasási zavar) és ezzel együtt járó *dysgraphia* (írás zavar) jelensége. Olvasási és írási gyengeségnek is

nevezik, idegen szakkifejezéssel legasthenia (lego—olvasni, asthenia-gyengeség) és graphasthenia (grapho-bevésni, írni). A probléma részletezése fontos, mert — főképpen korai — felismerése jónéhány épértelmű gyermeket megmenthet attól, hogy mint „debilis" kisegítő iskolába kerüljön.

Az írás-olvasás elsajátításának zavarát már régóta észrevették, leírták és — különösen súlyos formájában — alexiának, agráfiának (olvasási, írási képtelenségnek) nevezték. BERKHAM ismerteti először ezt a zavart 1881-ben, beszédhibás gyermekeknél tapasztalta. KERR 1896-ban megállapítja, hogy épértelmű gyermekeknél fordul elő. MORGAN ezt a kiesésszerű jelenséget 1897-ben „vele született szóvakság"-nak nevezi el, és a gyrus anguláris fejletlenségének tartja. HINSELWOOD a vizuális betűemlékezet zavarának mondja, ő használja először a dyslexia kifejezést. A kutatók egész sora egy-egy szemponttal járult a probléma megvilágításához. Nálunk RANSCHBURG (1923) foglalkozott behatóan ezzel a kérdéssel is, ő használta a legasthenia kifejezést. Újabban igen nagy nemzetközi szakirodalma van, különösen sok északi országbeli szerző foglalta össze a kutatások eredményeit. GRANJON (1949), GALIFERT—GRANJON (1954) és főképp LJAPIGYEVSZKIJ (1950) analizálta a kérdést többféle szempontból.

A felsorolt szerzők nyomán és saját tapasztalataink alapján foglaltuk össze a jelenség főbb sajátosságait:

Mi a dyslexia, dysgraphia? Némely gyermeknek az a feltűnő sajátsága, hogy — ép értelem ellenére — nem képes az általános iskola módszerével megtanulni írni-olvasni, vagy enyhébb esetben — csak késve és igen nehezen. Többnyire a 6—9 éves gyermekeknél fordul elő, de végigkísérhet valakit egész életében, ha nem foglalkoznak vele kellő időben és kellő módon.

A dyslexia jellemző tünetei:

a) a hasonló *formájú* mássalhangzók összetévesztése: m-n, j-g-y- stb,

b) a hasonló *hangzású* mássalhangzók (zöngések-zöngétlenek) felcserélése: p-b, d-t stb.,

c) a *„tükörkép"* mássalhangzók összetévesztése: d-b, p-q, m-w, n-u stb.,

d) szótagok felcserélése: az-za, ár-rá, vár-ráv, vrá-árv stb.,

e) betűk *kihagyása*,

f) a betűk szavakká való *összeolvasásának* nehézsége.

A dyslexia együtt jár a *dysgraphiával:* az írott szimbólumok reprodukálásának nehézségével.

Jellemző tünetei ugyanazok, mint a dyslexiáé, vagyis a gyermek a betűket felcseréli, összetéveszti, kihagyja: diktálásra vagy saját fogalmazással képtelen a szöveget hibátlanul leírni. A másolás ezzel szemben jó, csaknem hibátlan. Súlyosabb esetekben a leírt szöveg értelmetlen, érthetetlen, az írás többnyire jóval az olvasás nívója alatt van. Ezért az írászavart általában nehezebb rendbehozni, mint az olvasásit. Gyakran rossz helyesírás formájában megmarad az egyén egész élete folyamán. A dyslexia és dysgraphia szindrómái könnyen felderíthetők.

Nehezebb az *ok* meghatározása. Erről eltérőek, olykor ellentmondóak a vélemények. Vannak, akik családi jellegűnek tartják, vannak akik születési vagy baleseti sérülés, vagy betegség (főleg enkefalitisz) következményének, a látási, hallási analizátor hibájának, infantilizmusnak, elkésett

beszédfejlődés velejárójának, az agyfunkciók bizonyos területen való fejletlenségének.

Kik a dyslexiások, dysgraphiások? Az írás-olvasás tanulása során minden gyermek mutatja a fent felsorolt zavarokat vagy legalábbis néhányat közülük. De a gyermekek többségénél csak néhány hétig, legfeljebb néhány hónapig tapasztalhatjuk ezeket a tüneteket és legtöbbször nem súlyos formában. Az írás-olvasás zavarában szenvedő gyermekek tehát ebben *elkülönülnek* a többi gyermektől. Mi határolja el őket a debilisektől? A leírt tüneteket ugyanis többé-kevésbé enyhébb-súlyosabb formában és tartósan mutatják az értelmi fogyatékosok is. Csakhogy míg az oligofrén gyermek *minden képességében fogyatékos*, a dyslexiás-dysgraphiás gyermek *épértelmű, és minden más tantárgyban együtt halad* osztály- és kortársaival. Az írás és olvasási zavar voltaképpen minden intellektuális fokon megjelenhet, de általában csak akkor nevezik annak, ha egyébként épértelmű gyermeknél nyilvánul meg.

Az írás- és olvasás gyengeséget mutató gyermek differenciálását segíti a gyengeséggel általában együtt járó tünetcsoport:

a) legtöbb esetben ezeknél a gyermekeknél *motoros* zavarokat tapasztaltak: lassúságot, ügyetlenséget, különösen a finomabb mozgások terén;

b) ez mutatkozik meg *rajzaikban* is: néhányan ugyan ügyesen és szívesen rajzolnak, de legtöbbjük rajza hiányos, merev, primitív, sivár;

c) igen sok köztük a *balkezes;*

d) szemük konvergenciája olvasás közben nem egészen párhuzamos, a szemmozgásuk lassú;

e) a jobb-bal megkülönböztetésében tétováznak, bizonytalanok;

f) gyakori náluk a *beszédzavar* is: kései beszédfejlődés, dadogás, pöszebeszéd, a beszédkészség elégtelensége, gyengesége.

Pszichés rendellenességek. Az írás-olvasási zavar következményeként, másodlagosan pszichés zavarok is felléphetnek. Az írás-olvasási gyengeségben szenvedő gyermek, mint ép gyermek kerül az iskolába. Itt derül ki, hogy képtelen az írás-olvasás elsajátításában — ami épp a kezdeti iskolás foknak egyik fő feladata — társaival együtt haladni. A környezet magatartása és saját személyiség-tulajdonságai a gyermeket két irányba sodorhatják: ha elmaradottnak, butának, fogyatékosnak jelentik ki, ha csúfolják, szidják, büntetik, önbizalma lassanként elveszhet, maga is elhiszi, hogy fogyatékos. Félénk, túlérzékeny, szorongó, nyugtalan, nappali álmodozóvá válhat. Kedvét elveszthetti a tanulástól, megutálhatja az iskolát, már nem igyekszik egyéb területen sem osztálytársaival együtthaladni.

Ha a környezet a másik hibába esik és igazságtalanul lustasággal, rosszakarattal vádolja, a gyermek agresszív tulajdonságai léphetnek előtérbe. Szembefordulhat környezetével, a világgal, fegyelmezetlen, durva viselkedéssel reagálhat. Könnyen szabadon engedi dühkitöréseit, esetleg ,,bohóckodik", hogy tekintélyt vagy egyensúlyt szerezzen magának az osztályban. De akár így, akár úgy, zavarja a közös munkát. Az első esetben éppúgy, mint a másodikban legtöbbször az a sorsa, hogy osztályt ismétel, esetleg többször is. Vagy — ami épp oly gyakori — a gyógypedagógia területére kerül át, ahonnan a maga erejéből esetleg többet kiemelkedni nem képes, legfeljebb a felső osztályok elvégzése után.

Az írás-olvasási zavarban szenvedő gyermekek száma a statisztikai adatokszerint nem csekély. A általános iskolás gyermekek közül a különböző szerzők szerint a különböző országokban 2%-tól 15%-ig terjed, attól függően, hogy milyen nyelven beszélnek, milyen a nyelv helyesírása, mennyire fonetikus, vagy nem az, és hogy milyen módszerrel tanulnak olvasni. Nálunk az erre vonatkozó statisztikai adatok még a gyüjtés stádiumában vannak (PALOTÁS, MÉREINÉ, KOVÁCS E. és a logopédiai munkaközösség). Hazánkban intézményesen sem kivizsgálásuk, sem redukációjuk nincs megoldva (SZIGETI, PALOTÁS, 1967). Egyéni kisérletek azonban vannak a probléma megoldására (SZIGETI, 1968; MEIXNER, 1968). Az északi államokban külön olvasó osztályokat szerveztek az ilyen nehézséggel küzdő gyermekek számára. Ezekben speciálisan képzett pedagógusok hozzák rendbe a hibát. A gyermekek a többi tantárgyat az osztályukban tanulják tovább. A külön foglalkozás addig tart, amíg el nem érik írás-olvasásban társaikat. Általános tapasztalat szerint a dyslexia-dysgraphia rendbehozható, vagy legalábbis nagymértékben javítható, megfelelő ideig tartó szakszerű foglalkozással. Igen fontos, hogy a hibát mielőbb észrevegyék, mindenesetre mielőtt a magatartásbeli változás kialakult.

Vizsgálatainkból mutatunk be erre példát (lelet: JANKOVICHNÉ):

A kilenc és féléves fiút azzal a panasszal hozzák a szülei, hogy jól haladna az iskolában, de képtelen megtanulni írni, olvasni. Az első osztályban még átengedték, de a másodikban (már a tanév végén) sehogysem boldogul. Előélete: három testvér közül a legfiatalabb. Normális terhesség után nehéz, elhúzódó szüléssel született, három napig tartó vajúdás után. A köldökzsinór a nyakára tekeredett, elhalva, elkékülve jött a világra. Hideg-meleg vízzel élesztették, pacskolták: 3 és fél kiló volt. Jól fejlődött, testileg, szellemileg. 7 hónapos korában fogzott, utána nemsokára ült, a 12. hónapra felállt, a 13.-ban elindult. 18 hónapos korában kezdett beszélni, de kezdettől fogva erősen „húzta" a szavakat, dadogott; hét éves korára ez a beszédhibája elmaradt. Betegségei: 9 hónapos korában tüdő- és mellhártyagyulladása volt, egyéves korában bárányhimlője, ötéves korában kanyarója, valamennyi könnyű lefolyású. Magatartása barátságos, vidám, játékos. Eleven, csintalan, folyton izeg-mozog, egy pillanatig sincs nyugta. Igen kisgyermekes. Négyéves korától hat éves koráig óvodába járt, utána iskolába került. Orvosi vizsgálat: közepesen fejlett és táplált. Fognövése nagymértékben rendetlen. Szív és tüdő rendben. Erősen hipermotil. Balkezes.

Az exploráció folyamán néhány neurotikus tünet még kiderül: nyugtalan alvó, rúg-kapál álmában, a takarót ledobja. Kisevő, a húst nem bírja, ha rákényszerítik, kihányja. Játékban nem vállal vezető szerepet, de beilleszkedik, készséges, sőt szolgálatkész. A rábízott munkát nagy igyekezettel végzi el, megbizhatóan. Környezete: apja-anyja dolgoznak, keveset vannak vele. Ő inkább apjához ragaszkodik, aki ambíciózus, jó tanuló volt mindig. Édesanyja csak három elemit végzett, különösen az írás, olvasás ment neki nehezen. Munkájában azonban igen jól megállja helyét.

A gyermek épértelmű. Felfogása, emlékezete jó, bár reakciói kissé lassúak. Jó számoló. Az osztály színvonalának — az írás-olvasást kivéve — mindenben megfelel.

Rajzai viszonylag kisgyermekesek, sivárak.

Olvasás: az abc kis- és nagybetűit felismeri, egyenként csaknem hibátlanul elolvassa, összeolvasni azonban képtelen őket. Az olvasókönyve elején levő néhány egytagú szót, amely még ismétlés az I. osztályos anyagból, némi nehézséggel elolvassa, illetve inkább globálisan — emlékezetére támaszkodva — kitalálja. Két betűből álló egytagú szavaknak körülbelül a felét jól elolvassa, a többit hangátvetéssel, többszöri próbálgatással, nekilendüléssel. Hosszabb, több szótagból álló, noha ismert szót elolvasni nem képes, szótagolva, betűzve sem. Ezt a szót, hogy *olvasókönyv* így olvassa: „o-el-vé-a-a-es-em-á-en-". vagyis az elején betűzi, később abba is belezavarodik. A felszólításra, hogy a könyvében levő, általa betéve tudott kis verset olvassa el, a verset elmondja, de nem képes a szöveget felismerni, és az írott szöveget az elmondottal egyez-

tetni. Egytagú szavak szóképét globálisan egyezteti a tárgyképpel, sőt a szóképet is a szóképpel. Több szótagú szónál erre is képtelen.

Írása: másolási feladatot kis hibával elvégez osztálya fokán: diktálásra a betűket egyenként leírja. Szavanként diktálásra egytagú szavakat így ír le:

ló só mef(méh) lep(lép) t(fa)

Összefüggő szöveget, szavankénti szótagoló diktálásra így ír le:

„az dogy sa az égr. Egysz. az egre eiva kvs a vev. Ami zeme ve mee begélt . . ." (Az oroszlán és az egér. Egyszer az egér ennivalót keresett fiának. Amint ment, mendegélt . . .)

Önállóan fogalmazott írása értelmetlen betűzagyvalék, amelyről maga sem tudja megmondani, mi, mi akar lenni:

p é v e f s e l l e v é r é r a z e v e é t e v o v e n z d h p é e r e v e v e P é t e t e v e v a ő o M t t e r h h E t— . . . és így tovább.

Környezete a gyermekkel *megfelelően* viselkedett. Emlékezve arra, hogy az anyának és a kisfiú két testvérének is — noha kisebb fokban — volt nehézsége az írás-olvasás megtanulásában, nem szidták, nem csúfolták, aggodalmukat sem árulták el előtte. Sőt annak a reménynek adtak kifejezést, hogy majd rendbejön. A pedagógusok is megértőek voltak. A gyermek kedve nem ment el az iskolától, pajtásaival jó viszonyban volt, alkalmazkodásával és szolgálatkészségével elérte azt, hogy szerették.

A vizsgálat után a gyermek szakszerű foglalkoztatásba került.

Az epilepsziás gyermek és ifjú

Az értelmi fogyatékos tanulók közé gyakran kerül epilepsziás. Részben úgy, hogy valóban gyengeelméjű, részben úgy, hogy csak annak látszik. Előfordulhat epilepszia azaz paroxizmusos állapot különféle változatokban a látási, hallási, mozgásfogyatékosok és beszédhibás gyermekek közt is. Ezért a gyógypedagógusnak feltétlenül tájékozottnak kell lennie az epilepszia fő problémáiban: a betegség megjelenési formáiban, az epilepsziások karakter- és személyiségi jellegzetességeiben és az ilyen gyermek valódi vagy ál-értelmi fogyatékosságának felismerésében.

Az epilepsziás betegek száma magas. Számukat az USA-ban hétszázezerre, (Stone—Deyton, 1951), Franciaországban nyolcvanezerre teszik (Marchand, Sutter, 1965). Ezért nagy szakirodalma van. Sokféle problémájának gyógypedagógiai pszichológiai szempontból való fontosságát mutatja, hogy a pszichiátriai, szakorvosi műveken kívül gyógypedagógiai szakkönyvek is milyen nagy mértékben foglalkoznak vele. (Stone—Deyton, 1951; Asperger, 1956; Meinertz, 1962; Labauge, 1963; Moor, 1958, 1965; Sutter, 1965; Grossman—Schmitz, 1966.)

Az epilepsziának eredete szerint két formáját különböztették meg: az *általános* (generalizált, másnéven esszenciális) epilepsziát — ez a fajtája a betegségnek családi jellegű lehet. A másik típus a *részleges* (vagy szimptomatikus) epilepszia — ez általában „körülírt" cerebrális sérülés. (Ma már több szerző komplexebbnek tartja.) A diagnózis nemcsak szakorvosi szempontból, a kezelés, a gyógyszerelés végett szükséges, hanem az adekvát gyógyítónevelés, sőt az oktatás és végül a munkára nevelés, a munkába helyezés szemszögéből is.

A kisgyermek viszonylag hajlamos görcsökre, a szülő gyakran számol be spazmusokról, amelyeket esetleg epilepsziás görcsöknek tartanak.

Az epilepsziás *„nagy roham"*-ra („grand mal") jellemző: a beteg olykor valamivel előbb megérzi, de általában villámcsapásszerű hirtelenséggel elvágódik — esetleg artikulátlanul felkiált — eszméletét veszti. Rövid

ideig tartós (tónusos) görcsös állapotban van, az átmegy klónusos (rángó) görcsös állapotba. A beteg lélegzete hörgő, arca lilás-vöröses, gyakran vizeletét-székletét maga alá üríti, szája véresen habos a megharapott nyelvétől. Néhány perc után elalszik: alvása rövidebb-hosszabb ideig tarthat, percekig vagy órákig, utána fáradtan ébred, fejfájással.

Az epilepsziás *„kis roham"* („petit-mal") vagy még inkább az *„absence"* („távollét") esetében ilyen motoros paroxizmus nincs, a görcsök vagy teljesen hiányoznak vagy csak jelzettek. A tudatvesztés pár pillanatig tart, a beteg elréved, maga elé néz, a tekintete merev, üres, üveges, nyel egyet, meg-megrándul az arca, „nincs jelen". Esetleg automatikusan valami céltalan tevékenységet végez, például, ha a roham írás közben éri, kapirgál a füzetben, ha beszéd közben éri elnémul, vagy sztereotipen ismételget valami szót.

A nagy rohamok és a kis rohamok ugyanannál a betegnél sokféleképp váltakozhatnak, de többnyire vagy nagy vagy kis rohamok jelentkeznek. A rohamok sűrűsége is igen különböző: lehet napota több is, de lehet havonta, évente egy-kettő. A rohamok kezelésre vagy anélkül is, ritkulhatnak, megszűnhetnek. Viszont előfordulhat — ritkán —, hogy a rohamok szinte szünet nélkül ismétlődnek, ez a „status epilepticus", mely halálos lehet. Az epilepsziás roham jelentkezhet éjjel is, alvás közben. A hozzátartozók olykor nem is veszik észre: néhány horkoló, hörgő lélegzetvétellel és esetleg bevizeléssel zajlik le, a gyermek tovább alszik utána.

Ebbe a körbe tartozik a *narkolepszia* is: gyakori, rövid rohamszerű elalvás. Felébredéskor a beteg nem emlékszik vissza rá.

Az epilepsziás rohamoktól meg kell különböztetni az egyéb görcsös állapotokat. Ilyenek: az újszülöttkori görcsök; magas láz esetén vagy védőoltás után fellépő görcsök; mérgezés vagy némely betegség (enkefalitisz—meningitisz) okozta görcsök; koponyasérülés következtében megnyilvánuló görcsök; „affekt"- görcsök, hisztériás görcsös állapot. Az epilepszia diagnózisát ma korszerű eljárásokkal (EEG-vizsgálatokkal)már pontosan meg tudja állapítani az orvostudomány, és legtöbbször gyógyszeres kezeléssel a beteg roham-mentessé tehető. De egyéb tünetek fennmaradhatnak.

Az epilepsziás gyermekek egy része — sajátos személyiség-jegyei következtében — az osztályban *tanulási és beilleszkedési* nehézséggel küzd. Az epilepszia okozta jellegzetességek igen sokféle képet mutathatnak aszerint, hogy a betegség milyen súlyos formában és változatban jelent meg, milyen mértékben károsítja a gyermek egész személyiségét, és hogy milyen mértékű a gyógyszeres kezelés. De a sok változatban is van valami egységes, valami tipikus.

Jellemzi az epilepsziásokat — általában — az „álmos", fátyolos, messzenéző tekintet, kissé felfelé fordult szemgolyó. Beszédjük lassú, tétovázó, monoton, habozó. Írásuk szűk, lendületnélküli. Rajzuk pedáns, sztereotípiára hajló. Az emberekkel való kontaktusuk — látszólag — jó. Sőt bizonyos fokig túlságosan is tapintatlan módon közelednek másokhoz, bizalmaskodók, „tapadósak". Gyermekes szeretetvágy, ragaszkodás, érzékenység, sértődékenység, hevesség jellemzi őket. Aprólékosak, körülményesek, nehézkesek. Hamar felingerlődnek, heves, agresszív cseleke-

detekre képesek, olykor „tudatködös" állapotban komoly önveszélyes, esetleg közveszélyes cselekedetre is.

Epilepszia-ekvivalens formának tartják a porio-piro-klepto- és dipszománia ritka, speciális megnyilvánulását is.

Az epilepsziások általában értelmileg épek, sőt vannak köztük kiváló tehetségek is, akik mindvégig megtartják intellektuális képességüket. A súlyosabb betegek egy része azonban lassankint „dementálódik". Érdeklődésük eltompul, figyelmük, felfogóképességük, emlékezetük gyengül, gondolkodásuk merev lesz, a fogalmakban elszegényednek, érzelmileg elsivárosodnak, depressziósak lesznek. Fél-tudatködös állapotba merülnek, szerzett tudásuk is lassanként elvész. Előfordul ezenkívül az is — nem ritkán —, hogy az epilepsziát előidéző ártalom egyúttal gyengeelméjűséget is okoz.

A GYÓGYPEDAGÓGIA HATÁRAIN BELÜLI DIFFERENCIÁLÁS

Egyes kórformák szerinti megkülönböztetés

A gyógypedagógia *határterületére* azokat a gyermekeket sorolhatjuk, akik a gyógypedagógiai pszichológia tágabb definíciója szerint tulajdonképpen a gyógypedagógia területére tartoznának, mint nem ép, nem normális gyermekek. Velük az általános iskola nevelési és oktatási módszere általában nem ér el megfelelő eredményt, tehát speciális eljárásokra szorulnak. A mai hivatalos rendelkezések nálunk még nem sorolják őket a gyógypedagógia körébe.

Ebben a fejezetben viszont azoknak a gyermekeknek a differenciálásával foglalkozunk, akik valamennyien, hivatalosan is a gyógypedagógia területére tartoznak.

A *fogyatékosok* differenciáldiagnosztikájában csak azokat a *kórformákat* ismertetjük pszichológiai szempontból, amelyek a gyógypedagógiai tanár gyakorlatában a legsűrűbben előfordulnak, és amelyeket a nevelő-oktató munkájában figyelembe kell vennie. Továbbá azokat az eljárásokat, amelylyel diagnosztizálni képes, hogy az osztályában levő vagy abba kerülő gyermek nem *kettős fogyatékos-e* — végül a *súlyosság* szerinti differenciálásnak szempontjait.

Az enkefalitisz következtében sérült gyermek és ifjú

Az agyvelőgyulladás (enkefalitisz) következtében sérült gyermekek gyógypedagógiai foglalkoztatásra kerülhetnek igen változatos kórképpel.

Diagnosztizálásuk nem könnyű feladat. Az anamnézis nem deríti fel minden esetben az agyvelőgyulladást, különösen, ha az nem súlyos formában zajlott le. Szinte valamennyi fertőző gyermekbetegség (kanyaró, vörheny, bárányhimlő, influenza stb.) szövődményeként jelentkezhet. Nem veszik észre minden esetben — a tapasztalat szerint — csak az alapbajt. Nehezíti a felismerést az is, hogy az agyvelőgyulladás már a méhen belüli életben is károsíthatja a magzatot. De organikus agyi sérülést okozhat az anya terhesség alatti, különösen az első félidőben lezajló rubeolája, más

fertőző gyermekbetegsége, influenzája. Okozhatja vérkeringési zavar (kezdődő abortus), továbbá a születési sérülések különféle formája is. Következményeikben ezek az utóbbiak nem sokban térnek el a gyulladásos ártalomtól; a differenciál diagnózis tehát csak sok adat és vizsgálat alapján lehetséges.

KRASZNOGORSZKIJ (1939) enkefalitiszen átesett gyermekek feltételes reflektorikus tevékenységének kialakulását tanulmányozta, és az agykéreg gátló szabályozásának zavarát, hiányosságát tapasztalta náluk. LJAPIGYEVSZKIJ (1950) szerint a kéreg gátló funkciójának meggyengülése folytán a kéreg alatti mechnizmusok felszabadulnak, s az alsóbbrendű cselekvések, ösztönök, indulatok nyomulnak előtérbe.

Az agyvelőgyulladás igen változatos rendellenességeket, zavarokat, fogyatékosságokat okozhat:

a) mozgászavart, *b)* beszédzavart, *c)* vegetatív zavarokat, *d)* endokrin zavart, *e)* hallási fogyatékosságot, *f)* értelmi fogyatékosságot, *g)* személyiségzavart és *h)* a fentiek kombinációját (LJAPIGYEVSZKIJ, 1950; ASPERGER, 1956; REGER, 1965).

a) Sokféle *mozgászavar* fordulhat elő az enkefalitisz következményeként: „lábujjhegyen" járás, „ollózó" járás, kézremegés, mozgásszegénység, merevség, a mozgásszervi izmoknak, az arc és a nyelv bizonyos izmainak bénulása. Gyakoriak a különféle, általában súlyosabb „tik"-ek; szipogás, orrszívás, torokköszörülés, szájrándítás, kézrázás, a kéz harapdálása. Gyakori az ügyetlenség, a „kétbalkéz".

b) Beszédzavarok közül a hangadó szervek kóros innervációjának következtében a gyermek beszéde skandáló lehet vagy bizonytalan, elmosódott kiejtésű, orrhangzós, olykor nyelési nehézségekkel.

c) Vegetatív zavarokra mutató tünetek lehetnek: erős nyálzás; fényes, tágranyílt, merev, hideg szem, élettelen „halszem", „babaszem" vagy „üvegszem" — az úgynevezett enkefalitikus tekintet. Az íny duzzadt, az orr alatti csatorna elsimult. A kéz ujjai rendkívül hajlékonyak, erősen hátrahajlíthatók, általában gyakran az egész test hajlítható, „gumiember".

d) Az *endokrin zavarok* tünetei: elzsírosodás vagy erős lesoványodás, gyakran alvási zavarok. A gyermek a betegség után eleinte esetleg túlságosan sokat alszik, később este nem tud aludni; akkor a legélénkebb, legnyugtalanabb, annyira, hogy a család nyugalmát zavarja.

e) Enkefalitisz következményeként *süketség*, illetve *nagyothallás* is fennmaradhat. Jellemző megkülönböztető jegyül szolgál ilyenkor a gyermek fokozott ingerlékenysége, nyugtalansága, indulatkitörése és az egyéb, már felsorolt szindrómák, a mozgászavar és a magatartási zavar.

f) Személyiség-elváltozások. Az agyvelőgyulladás következtében a betegség lezajlása után a gyermek súlyos viselkedési zavarokat mutathat. Nem mindig tűnnek fel azonnal, enyhébb esetben hosszú ideig csak „csintanságnak", rosszaság"-nak tekintik ezeket, holott a gyermek személyisége változott meg kórosan.

Ezekre a változásokra enyhébb-súlyosabb formában a következő tünetek jellemzőek:

„Rövidzárlatos" cselekedetek: a gyermek meggondolás nélkül azonnal, impulzíven cselekszik, „ösztönösen", kritikátlanul és felelőtlenül, függet-

lenül attól, szabad-e, helyes-e. Például villámgyorsan képes megszökni, a legképtelenebb körülmények közt is. Vagy ugyancsak villámgyorsan csinál valami „rosszaságot"; értékes tárgyakat dobál ki az ablakon, a dunyhából kiszórja a pelyhet, a zsíros vagy mézesbödön tartalmát szétkeni a padlón. Hiányzik belőle a magasabb kritikai érzék, olykor a „józanság" is, de cselekedetei mégis gyakran „raffináltak". A hozzátartozók erre alapítják azt a hitüket, hogy a gyermek „okos".

A személyiségzavarban szenvedők többnyire eretikusak: ide-oda szaladgálnak, egy dologgal csak percekig képesek foglalkozni, mindenhez hozzányulnak, mindent fölszednek, alig lehet őket figyelemmel kísérni, annyira cikáznak a környezetben, annyira mozgékonyak. Többnyire nagy zajt csapnak. Általában durvák, indulatosak, ingerlékenyek. Mintha örömüket lelnék mások bosszantásában, a kisebbek bántalmazásában, állatok kínzásában. Olykor hazudnak érdekből is, máskor csak értelmetlenül konfabulálnak. Hirtelen, meggondolatlanul lopnak; akadályt, veszélyt nem ismernek. Kapcsolatuk sem gyermekkel, sem felnőttel nem jó. Tiszteletlenek, „bratyiznak", tolakodnak, kötözködnek és — előszeretettel — köpnek.

Szexualitásuk gyakran fokozott, s excesszusokhoz vezet: nyíltan onanizálnak, szexuális tartalmú hazugságokat találnak ki, s ilyennel vádolnak másokat.

A nyugtalan típuson kívül van köztük *apatikus*, fáradt, álmos, lomha, gátolt, zárkózott természetű is, gyenge akaraterővel, kóros sugalmazhatósággal.

Gilarovszkij (1950) a személyiségváltozás több típusát, fajtáját különbözteti meg közöttük: az epileptoid, az autista típust, a paranoid hajlamút és a negativisztikust.

Példa vizsgálati anyagunkból (lelet: Jankovichné)

S. L. a vizsgálatkor 19 éves fiú. Az anamnézis szerint kisgyermekkori fejlődése normálisan zajlott le, beszédes, élénk fantáziájú, értelmes gyermek volt. Hároméves korában enyhe középfülgyulladása, ötéves korában magas lázzal járó influenzája volt, körülbelül hat hétig. Utána megváltozott: csendes lett, állandóan köpködött, ami, ha figyelmét lekötötték elmaradt, de újra folytatódott, különösen ideges állapotban. Ez a köpködési inger csak az utóbbi időben enyhült. Az iskolában az első években elég jó bizonyítványa volt. A nehézségek a nyelvekkel és az algebrával kezdődtek; a gimnázium magasabb osztályaiban végképp nem bírta a tanulást. A tanítás alatt csak az őt érdeklő tárgyakra — a történelem, földrajz és vegytan órán — figyelt: a többi tárgy nem érdekelte, ilyenkor tanárát és környezetét figyelte meg aprólékosan. Erről otthon beszámolt. Gyakran előfordult, hogy a legegyszerűbb — igent vagy nemet igénylő — kérdésre sem válaszolt.

Orvosi vizsgálat: status post enkephalitidem.

Megjelenése rendkívül gondozatlan, haja nagy, nyiratlan, arca borotválatlan, ruhája rendetlen, elhanyagolt.

Értelmessége a gyógypedagógiai lélektani vizsgálat szerint — diszharmonikus. Figyelme a tartós koncentrációt igénylő feladatoknál erősen ingadozó.

Írása: gyermekes, kórosan tömött, margót sehol nem hagy, betűformái nagyon nagyok, a sorok hullámszerűen egymásba kuszálódnak, nehezen áttekinthető. Helyesírási hibája alig van. Tartalmilag folyamatos, helyenként azonban lényegtelen apróságokon elakad és túlzottan részletes (59. ábra).

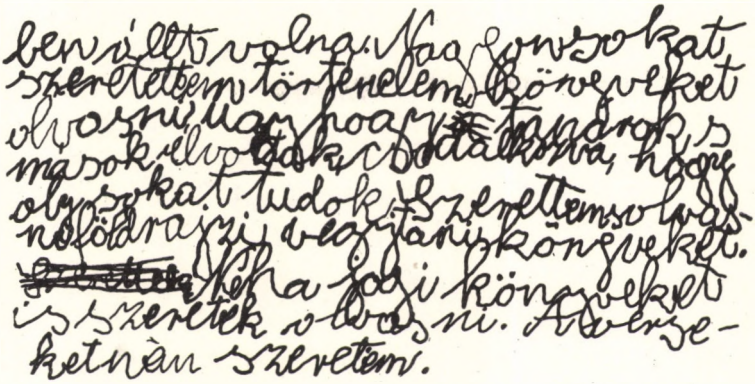
Olvasása egy kicsit lassú, egyébként megfelelő. Számolása iskolázottságának távolról sem felel meg.

Rajzai a korának megfelelő rajzoktól rendkívül eltérnek, primitívségük azonban nem egyszerűen a fiatalabb gyermeki primitívség, hanem archaikus, ősemberi. Alakjai

sztereotipek, ősi, egyiptomi alakokra, némelyik szinte ősi barlangrajzokra emlékeztetnek: bizarrok, arányaikban, kivitelükben is (60., 61. ábra).

A személyiségvizsgálat adatai szerint enkefalopátiás autista egyén, ezt támasztják alá a következők is:

Irreális világban él, a közösségbe nem képes beilleszkedni. Közönyös, passzív, saját ügyében is; sorsa, jövője alig érdekli. Naphosszat otthon ül, olvas, rádiózik, vagy nem csinál semmit, néz maga elé. Érzelmeit senkinek, szüleinek sem mutatja ki.



59. ábra. Az ismertetett fiú írása



60. ábra. Az ismertetett fiú eseményábrázolása

Élesen figyeli, bírálja és megítéli magát és környezetét, szinte mintha két személy volna, s mintha az egyik figyelné a másikat. Erősen ambivalens, ugyanaz a tulajdonság a másik póluson is jelentkezik nála. Például egyrészt nem törődik a tisztasággal, külsejével, más dolgokban viszont rendkívül kényes, az edényen egy porszem se legyen. Ilyenféle aránytalanság mutatkozik az értelmében is. Bizonyos tekintetben szinte átlagon felüli, más szempontból viszont erősen infantilis, „kiesései" vannak. Magatartása a vizsgálat folyamán is erősen változó: hol nekividámodik, nevetgél, csak úgy ömlik belőle a szó, hol meg valósággal megmerevedik, félrenéz, olyan arckifejezéssel, mintha egyedül ülne és olvasna, vagy kinéz az ablakon, hajlongva, nyakát nyújtva.

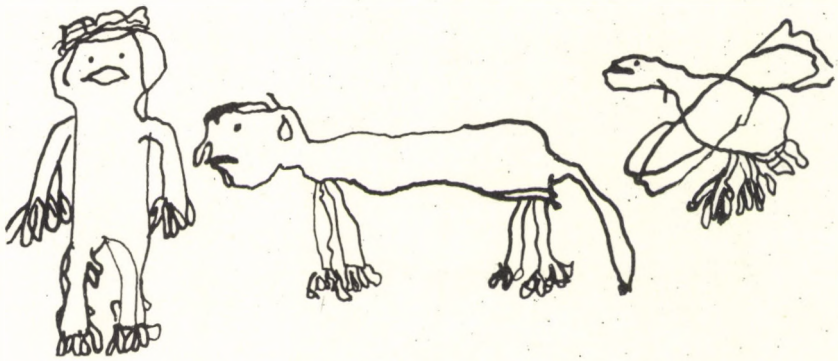
Eredetisége, bizarrsága, kényszeressége megnyilatkozik ítéleteiben is:

„Ha erkölcsi dolgokról beszélnek, mindig nevetek. Valamilyennek születik az ember, olyan is marad. Ritkán lehet erőszakkal megváltoztatni, vagy szép szóval." — Villamosozni nagyon szeret. — „Ha megmondom ezt, azt mondják, bolond vagyok.

Bolond az, aki cél nélkül csinál valamit. Szelíd bolondság, másnak nem árt vele. Legtöbb ember bizonyos mértékig bolond."

Igen óvatosan, ügyesen fogalmazza meg azt, hogy valaki „hangokat hallhat" és „mégsem bolond": „előfordul, hogy az ember nem alszik, izgatott állapotban van, hall egy hangot, és azt hiszi, hogy ennek vagy annak az embernek a hangja".

„Előfordul, hogy valaki hall ilyen hangot és azt hiszi, hogy meghalt hozzátartozója." — „Előfordulhat, hogy valaki rémképeket lát éjjel" . . . „Nappal nevetek az



61. ábra. Ember — kutya — madár

ilyesmin." „Irogatni" is szokott. Mocskos, összegyűrt papírdarabokat használ, naponta négy-öt cédulát is ír. Ezeket zsebében hordja hónapokig, amíg egészen el nem rongyolódnak. Sértéseket, átkozódásokat ír, tele primitív, babonás elemekkel. Például nőkre ilyenfélét: „Pokolba a nőkkel, tépje ki a varjú a hajukat éjfélkor, 13 perccel utána. A fekete macska marja meg őket . . ."

g) Az enkefalitisz következtében sérült gyermekek *értelmileg* gyakran diszharmonikusak; lokális kiesés szintén előfordul náluk: írás-olvasási zavar.

Diszharmonikus fejlettségre vall, hogy *egy-egy pszichés összetevő gyengülése mellett több más kielégítő módon fejlett, sőt egy-egy képesség* a többihez képest *kiemelkedően jól* fejlett lehet.

Általában a figyelem és az emlékezet is károsodik némileg, de nem olyan fokban, mint a gyengeelméjűeké. A magasabb ítélő-következtető-elvonatkoztató logikai funkciók viszonylag szintén gyengébbek az épekénél, de az értelmi fogyatékosokéhoz viszonyítva mégis több az önismeret, önbírálat Például általában érzik és kifejezik azt, hogy velük valami baj van: nem egészségesek, betegek.

Amikor intellektuálisan csak kisebb mértékben sérültek, és ráadásul jó beszédkészségük is van, gyakran okosnak és tehetségesnek tűnnek fel. És valójában, lehet olykor igen jó művészi, zenei érzékük. Beszédjük azonban gyakran csak mást utánzó, okoskodó, „papagáj"-beszéd.

Összefoglalva: az enkefalitisz következtében sérült gyermekek sajátos csoportot képviselnek mozgás-rendellenességeik, személyiségük diszharmonikus fejlettsége, értelmi képességeik egyenetlensége, érzelmi-akarati labilitásuk folytán. Általános iskolában — többnyire — nem nevelhetők. Akik értelmileg is súlyosabban sérültek közülük, gyógypedagógiai intézetbe

kerülnek. Akik azonban intellektuálisan képesek volnának az általános iskolát elvégezni, még sem maradhatnak ott, mert megbontják a fegyelmet és a tanítást szinte lehetetlenné teszik. Nevelésük emiatt nincs még egységesen, intézményesen megoldva. A velük való foglalkozás nem kilátástalan, de többirányúnak kell lennie: orvosi kezelés, mozgás- és beszédjavítás, speciális, gyógyító-nevelő eljárás és pszichoterápia.

Példaképpen összefoglalva bemutatjuk egy — három egymás után következő évben vizsgált — kisfiú több irányban sérült személyiségét. (Lelet: LÁNYINÉ)

Orvosi diagnózis: status post enkephalitidem.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálat szerint értelmi fogyatékos, bizarr, kényszeres, szkizoform reakciókkal.

Anamnézise szerint másfél éves koráig jól fejlődött; akkor tüdőgyulladást és szamárköhögést kapott. Magas lázzal, teljesen legyengült állapotban került kórházba, két hónapig feküdt. Közben zajlott le az enkefalitisz is. A betegség után teljesen megváltozott, amit addig tudott, elhagyta.

Lassanként azonban nagy késéssel ugyan, de megtanult beszélni. A hozzátartozók szerint otthon tisztán, értelmesen beszél, értelmi fogyatékosságot nem észleltek nála. Feltűnő csak az, hogy nyugtalan, játékait váltogatja, énekel, verset szaval. Iskolai múltja igen változatos: az ép gyermekek óvodájából áttették a gyógypedagógiaiba, majd újra vissza az épek közé. Az általános iskolából szintén áttették a gyógypedagógiai iskolába, ott próbálkoztak vele az átmeneti osztályban, az előkészítő és az első osztályban. A hozzátartozók most szeretnék, ha újra visszakerülhetne az általános iskolába.

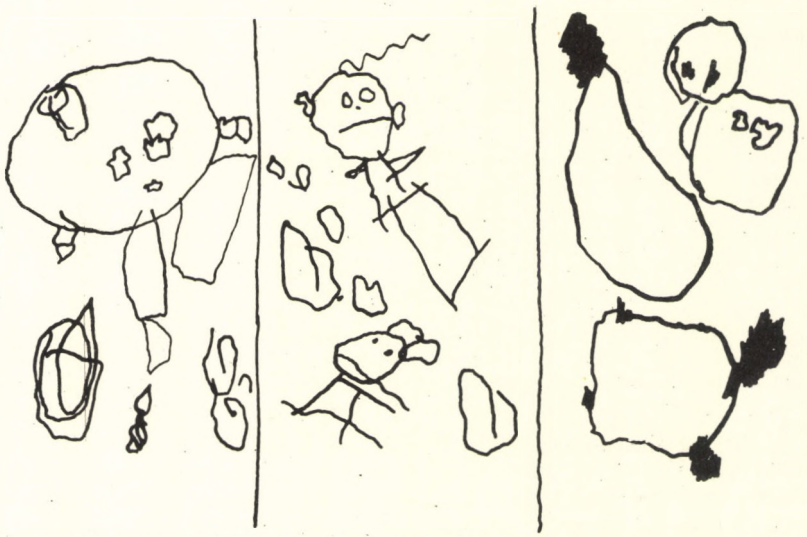
A kisfiú valójában egyik közösségbe sem tud beilleszkedni. Annyira dekoncentrált és nyugtalan, hogy a tanulásba egyáltalában nem lehet bekapcsolni. Nem figyel oda semmire, „elkalandozik", „nincs jelen". Éli a maga külön világát, motyog magában, maga elé néz, a tárgyakat fogdossa, kényszeresen rakosgatja: bizonyos rendben rakja egymás mellé. Kényszeres továbbá az, ahogy rá-ráüt egy-egy tárgyra és „ez nem én vagyok" — mondja, vagy időnkint kopogtat. Ezt azért teszi „mert akkor nem félek". Főként a farkastól és az oroszlántól fél.

Magatartása a vizsgálat alatt viszonylag nyugodt, de közben maga elé néz, érthetetlenül motyog, céltalanul babrál. Időnkint az asztalra üt, vagy hirtelen megcsókol valamit. Állandó mosoly van az arcán, sztereotip, üres, hipomániás derű. Beszéde halk, elmosódott. Sok egyhangúan megismételt kérdése van, amire nem vár választ, ő maga felel inadekvátan. Sztereotipen ismétel mondatokat, beszédtöredékeket, melyekben részben félelmeit fejezi ki, részben a neki mondottak tükröződnek: „Kutya ugat a fülemben". — „Farkas kalapál." — „Juj de nagy disznó vagy te." —„Ferinek nem szabad csúnyát beszélni."

Számfogalma háromig van. Képről összefüggően nem hajlandó beszélni, de az egyszerű cselekményeket felismeri és kérdésekre elmondja. Szuggesztív irányítással többféle, színes, összekevert pálcikákból az egyszínűeket kiválogatja, azután sorra mindig csak egyfélét. Két elemből álló ciklikus sort folytatni nem tud. A színes korongokat nagyságrendben toronyba rakni három-négyszeres gyakorlással sem képes. Értelmileg a vizsgálatok szerint a három év folyamán nem fejlődött. Ezt mutatják rajzai is (62. ábra).

Az enkefalitisz következtében személyiségében sérült gyermek és a *neurotikus*, de még inkább a *pszichopata* gyermek közt némely tekintetben hasonlóság található. Az elhatárolás éppen ezért olykor nehéz. Azonban a neurotikus gyermek tünetei enyhék, személyisége intaktabb, zavarai funkcionálisak; a posztenkefalitikus állapotban levő gyermek tünetei súlyosabbak, személyiségében zavart, organikusan károsodott. A neurotikus gyermek „össze tudja magát szedni", az agyvelőgyulladáson átesett nem. „Rövidzárlatos" cselekedetei és az egyéb felsorolt szindrómák elég sok elkülönítő jegyet nyújtanak a neurotikustól való differenciáláshoz. Nehezebb az elha-

tárolása a pszichopata gyermektől, föképp a kényszerestől (LJAPIGYEVSZKIJ, 1950; ASPERGER, 1956). Sőt mutathat az enkefalitisz következtében sérült gyermek és ifjú a szkizofrén gyermekéhez hasonló tüneteket is. Főképp a bizarrság tűnik fel a mozgásában, a beszédében, a magatartásában. Differenciálásuk szakorvos feladata.



62. á b r a. Enkefalitisz következtében sérült gyermek rajza, egymás után következő három évben

Nem ismertetjük külön az enkefalopátia változatait. Éppen csak megemlítjük a pan-enkefalitiszt, ezt az előrehaladó, teljes testi, szellemi leromlással járó megbetegedést (LORÁND, 1959).

A Down-betegek

A *Down-beteg*, azelőtt *„mongol idióta"* típusa feltűnő, sajátos, közismert. Mi főképp pszichés tulajdonságait írjuk le.

Régebbi elnevezését onnan kapta, hogy hasonlóságot véltek felfedezni az ilyen típusú gyermek és a mongol típus közt. Ez a hasonlóság azonban csak látszólagos. Minden nemzetiségű gyermek mutatja ezeket a sajátos vonásokat, tehát a valóban mongol jellegzetességű gyermekek közül is kitűnnek sajátosságukkal a Down-betegek. A Down név a betegség első leírójától származik. Nem helyes azonban a régi elnevezésből az idióta jelzés sem. A Down-betegek nagy átlaga nem idióta, hanem imbecillis.

Testileg jellemző rájuk: az átlagnál 5—15 cm-rel vagy még többel alacsonyabb termet: rövid koponya; ferde, keskeny szemrés, „mongolredő"; lapos, kicsi, törpe „gomb"-orr; nyitott száj, húsos, vastag, nagy, redősrovátkás nyelv; rendellenes növésű, romlékony fogak; száraz pikkelyes bőr. Ujjaik rövidek, vaskosak, kisujjuk erősen begörbült; tenyerükben

nem a vonalak alkotta M látszik, hanem egy hosszú, egyenes vonal. Izületeik hajlékonyak, olykor annyira, hogy lábukat a nyakukba képesek felemelni. Gyakran rövidlátók, különféle velük született szívhibájuk van, nyálkahártyáik gyulladtak. Szemük lobos, orruk folyik, nyálaznak. Erősen hajlamosak a meghűléses és fertőző megbetegedésekre, ezért régebben általában fiatalon meghaltak. A gyógyszeres kezelés fejlődésével egyre több közöttük a hosszabb életű.

Fejlődésükban többé-kevésbé erősen elmaradtak: ülni-állni-járni későn kezdenek, szobatisztaságra nehezen szoktathatók. Különösen beszédfejlődésük késik, beszédnívójuk nem éri el az épek beszédkészségének színvonalát. Beszédjük formálisan hibás, tartalmilag szegényes. Többnyire apatikus, közönyös csecsemők. Kisgyermekkorukban mozgékonyak, esetleg eretikusak is lesznek; nagyobbrészt lassúak, ügyetlenek.

A Down-betegek szomatikus megjelenésükben testvéri módon, sőt szinte annál is jobban hasonlítanak egymásra (24. kép).

Kérdés, találunk-e *pszichésen* is olyan sajátos — intellektuális és karakterbeli — tulajdonságokat, amelyek őket ugyanúgy egymáshoz hasonlóvá teszik?

A szakirodalomban erre vonatkozóan nem egységes az állásfoglalás. Fraser és Mitchel (1876) valamint Shuttleworth (1910) szerint mentális statusuk éppoly sajátos és megkülönböztethető, mint a testi. Viszont Tredgold (1945), továbbá Brousseau és Brainerd (1928) szerint a Down-betegek mentális jellegzetessége korántsem oly feltűnő, mint a fizikai. Megegyeznek csaknem kivétel nélkül abban — noha Kraepelin—Lange (1927) átmeneteket talált egészen az épekig —, hogy a Down-típusú fizikai megjelenési forma gyengeelméjűséggel jár együtt. Ez a gyengeelméjűség fokozatokat mutathat a debilitástól az idióciáig. Még napjainkig is akad kutató, aki szerint a Down-betegek nagyrésze idióta (Muir, 1927 ; Porot 1965). A szakirodalom legnagyobb része azonban megállapította, hogy a Down-betegek zöme imbecillis.

Malzberg (1950) 880 Down-betegről közölt statisztikát: 24,5% idióta, 71% imbecillis és 3,8% debilis.

Schneider (1949) 11% súlyos, 53% középsúlyos és 3% enyhe értelmi fogyatékost talált.

Øster (1953) 526 Down-beteg adatainak feldolgozása során, továbbá Morelewitz, Swierart és Bembenista (1952) megállapították, hogy az átlag Down-beteg imbecillis, IQ-juk 40—50.

A gyógypedagógiai pszichológiai (volt kór- és lélektani) tanszék munkaközössége 145 Down-beteg adatait feldolgozta s a következő megoszlást találta: idióta 8, imbecillis 87,5 és debilis 4,5%.

Általában véve kedvességük, megható (s egyben idétlen) mosolyuk, érzelmi érettségük, zene iránti érdeklődésük, bohóckodásuk, szeretetigényük, hízelgő modoruk, mozgékonyságuk, utánzókészségük következtében gyakran értelmileg többre értékelik őket a nem Down-beteg értelmi fogyatékosok átlagánál, s nemcsak a hozzátartozók — állapítja meg Kraepelin—Lange (1927), Weygandt (1934), Tramer (1947). „Többet igérnek, mint amennyit betartanak" (Fennel, 1927). A szakemberek közül Lapage (1911) is azon a véleményen van, hogy a Down-betegek mentális jellegzetes-



24. kép. Down-beteg gyermekek

ségei nem sokban különböznek az egyéb értelmi fogyatékosokéitól, kivéve, hogy nehezebben tanulnak; viszont jobb az utánzóképességük és zenei érzékük.

Mindezzel szemben LENZ (1952) adatai szerint a vegyes típusú értelmi fogyatékosok között a legtöbb nem imbecillis, hanem debilis. Százalékban kifejezve, arányosítva: debilis 73, imbecillis 18, idióta 9%.

Hogy a Down-betegek intelligencia defektusának sajátosságait meg lehessen állapítani, ahhoz a defektus súlyosságán kívül az egyes mentális funkciók milyenségét is közelebbről kellene megvizsgálni: fejlődésüket, egyes képességeiket és a kapott adatokat össze kellene hasonlítani az egyéb jellegű értelmi fogyatékosok így nyert adataival.



25. kép. Három Down-beteg testvér

A *Down*-beteg gyermekek iskolázása gyógypedagógiai intézményekben történik. A gyógypedagógiai iskola alsó osztályait (az imbecillisek tagozatát) elvégezhetik. Ritkán fordul elő, hogy többre képesek, gyakoribb, hogy alacsonyabb fokon rekednek meg. Annak elsajátítására képesek leginkább, ami utánozható, másolható, mechanizálható. Olvasni, írni megtanulhatnak, számolni csak alacsony fokon.

Sűrűségük PENROSE (1933) és ASPERGER (1956) adatai szerint az átlagnépességben 1000 születés közül 1—2, tehát gyakori oligofrén-forma. WEYGANDT (1934) adatai szerint az értelmi fogyatékosok intézményeiben mintegy 3—10%-ban találhatók. Hazánkban HORVÁTH (1967) országos felmérése szerint az 1945—56 közötti időszakban 100 főre átlagosan 0,005 Down-beteg jutott, aki az iskoláskort megérte.

Az egypetéjű ikrek konkordánsak a betegségre, tehát az ártalom igen korai. A mai felfogás alapján eredete genetikus.

Általában igen ritka, hogy egy családon belül — testvérsorban vagy leszármazottak közt — többet is találjunk. Bár erre is van példa. (Vizsgáltjaink közt egy családban három testvér.) (25. kép.)

A Down-betegek érzelmi, akarati és karakterjegyeiről a szakirodalom szintén nincs egészen egységes álláspontón. A kutatók legnagyobb része szerint, kezdve DOWN-on, az az általános nézet, hogy emócionális vonásaik éppoly jellegzetesek, mint fizikai jegyeik. Vagyis, hogy az egyéb értelmi fogyatékosoktól személyiségükben is jól megkülönböztethetők. Kialakították róluk a következő sajátos személyiségképet; lassan fejlődő, kedves, mosolygós, ragaszkodó, humoros, érzelmes, kitűnően utánzó és ezáltal környezetét

szórakoztató, könnyen kezelhető, alkalmazkodó, jó zenei érzékű, szeretetreméltó, udvarias, tevékeny, olykor — nyugtalan-dacos. Kisebb-nagyobb variációval ilyennek írja le őket SHUTTLEWORT (1910), SHERLOCK (1911), ZIEHEN (1926), KRAEPELIN—LANGE (1927), PENROSE (1933), WEYGANDT (1934), HIRZEL (1949), MORELIWITZ, SWIERART és BEMBENISTA (1952), WILLINGER (1952), BAKWIN (1958), különösen pedig ØSTER (1953), ASPERGER (1956), BENDA (1960).

ØSTER 526 Down-beteg megfigyelése alapján megállapította és százalékosan kifejezte azokat a tulajdonságokat, amelyeket a Down-beteg viselkedésére, temperamentumára általában jellegzetesnek tartanak.

Így például azt találta, hogy a Down-betegek közül könnyen kezelhető, szociabilis 71%, jó utánzókészsége van 46%-nak, zenei hajlama 60%-nak bizakodó ugyancsak 60%.

Ezekből és egyéb adatokból arra a következtetésre jutott, hogy a Down-betegek különböznek ugyan egymástól egy bizonyos fokig intellektusukban és viselkedésükben, de nagyon hasonlóak karakterükben és temperamentumukban. Ezek a vonások bizonyítani látszanak számára azt a feltevést, hogy a Down-betegség egységes kórkép. Az ő nézetét erősíti ASPERGER (1956) is. Szerinte a pszichés megjelenés is rendkívül hasonlóságot mutat annak ellenére, hogy intellektuálisan jelentékeny nívókülönbségek és karakterbeli eltérések is vannak köztük. A Down-betegség az egész személyiség — típusos — jellegzetes elváltozása.

Más szerzőknél viszont bizonyos tekintetben eltérést találunk ettől az általánosan leírt és elfogadott képtől. Olykor ellentétes véleményt is.

BARR (1953) az engedékeny tulajdonságú mellett ugyanolyan mértékben talált köztük ellenkező magatartásút is. BROUSSEAU és BRAINERD (1928) szerint „jó természetük "mellett hajlamosak nyugtalanságra, mosolyuk emocionális tartalom nélküli fintor, zenei örömük nem igazán esztétikai értékelés, csupán kellemes érzés.

ROLLIN (1946) szerint a Down-beteg személyiségéről a szakirodalom által ábrázolt kép nem reális, szükséges végre a Down-betegről helyes képet kialakítani.

Ő a szakirodalom által leírt képet csupán 43,8%-ban tapasztalta: 44,4%-ban magányos, közönyös, „morcos", teljesen kezdeményezés nélküli személyiséget talált köztük.

Hasonló véleményen van BLACKETER—SIMMONDS (1953). Behatóan bírálják azokat a feltételezéseket, amelyeket a Down-betegek emocionális életéről és magatartásáról általánosan elfogadtak.

Adatokat gyűjtöttek 140 Down-beteg és kontrollképpen 100 egyéb értelmi fogyatékos személyről, és jellegzetesebb karakterjegyeik tekintetében összehasonlították őket. A két csoportban csupán három tulajdonság terén találtak lényeges eltérést és azt is a Down-betegek hátrányára: csak 17,1%-ban mutatkoztak engedelmesnek, míg az egyéb értelmi fogyatékosok 31%-ban; az előbbiek 15,7%-ban magányosok, az utóbbiak csak 5%-ban; végül a Down-betegek közt 37,9%-ban találtak rosszindulatúakat, a vegyesek közt csak 24%-ban.

Ezeket a vizsgálatokat megismételték intézetben elhelyezett 60 Down-típusú és 300 egyéb értelmi fogyatékoson; egyetlen tulajdonság terén sem találtak *lényeges* különbséget. A Down-betegeknek a zenei érdeklődés terén is csupán néhány százalékkal volt jobb ritmusérzékük.

Ezekkel az adatokkal kívánja az említett két szerző bizonyítani, hogy a Down-beteg és az egyéb típusú gyengeelméjűek közt érzelmi-akarati karaktertulajdonság terén *lényeges eltérés nincs.*

Engler (1949) a Down-betegeket temperamentumuk szerint 3 csoportba osztotta: 1. legtöbb közülük a szokványos leírás szerinti szeretetreméltó, jó humorú egyéniség, 2. ennek az ellenkezője is gyakori, vagyis a nyugtalan, ingerlékeny, agresszív, morcos, lármás, destruktív természetű Down-beteg, 3. végül azok, akik az idiócia fokán vannak, többnyire tompák, közönyösek.

A szakirodalom eltérő véleménye nyilván abból származik, hogy a Down-betegek leírásakor általában nem csoportosítottak elég finoman intellektuális, karakterbeli és magatartási szempontból. Pontosabb választ kérdésünkre a kontroll- és a Down-beteg csoportok eltérésére vonatkozóan csak a differenciáltabb szelektálás és az egzaktabb vizsgálat (életkor, súlyosság szerinti) adhatna.

A Gyógypedagógiai Pszichológiai Tanszék (volt Kór- és Lélektani Tanszék) vizsgálati anyagában ma 267 *Down*-beteg adata áll rendelkezésre.

A tanszék munkacsoportja (Esztergominé, Jankovichné, Méreiné, Roboz, Zsótérné, 1954) a vizsgált Down-betegek adataiból a következőket állapította meg:

a) a gyermekek értelmi színvonala legnagyobbrészt az imbecillitás fokán van;

b) praktikus intelligenciájuk magasabb nívójú, mint iskolai teljesítményük. Ezért iskolai teljesítményük alapján való megítélésük nem reális;

c) érzelmi megnyilvánulásaikban gazdagabbak, mint mentális képességeik terén. Általában jól kooperálnak, kisgyermekes affektív fokon a közösségbe beilleszthetők;

d) utánzóképességük és ritmusérzékük viszonylag szintén jobb.

Mindezeket egybevetve a Down-beteg fejlesztő foglalkoztatása — gyógyítónevelése — egy bizonyos határig ugyan, de mégis eredményes.

A vizsgált gyermekek feladatvégzéshez, munkához való kapcsolata egy bizonyos fokig szintén fejleszthető.

Már kis korban — 3—6 év közt — kezdhetők a nagyobb kilengésű (takarító) mozgások, majd a finomabb (törülgetés, hámozás utánzása); 6 és 9 év közt tudatosodnak ezek a mozgások: apróbb munkákat felszólításra elvégeznek (behozzák a seprűt, kiviszik a szemetet). Tíz éven felül munkateljesítményük javul, ha a környezet rendszeresen és fokozatosan bevonja őket a házimunkába. Önálló munkára általában nem képesek, de egyszerű házimunka-részletet felügyelet alatt elvégeznek.

Ezek a vizsgálatok azt az általános tapasztalatot igazolták, hogy a Down-betegek munkateljesítménye csak ház körüli egyszerű tevékenységre szorítkozik. Házi és kézimunkára, esetleg kertészeti munkára betaníthatók; önálló életvezetésre azonban általában nem képesek.

Erősen befolyásolják őket érzelmi motívumok ebben is: lekicsinylő megjegyzésektől munkakedvük letörik, viselkedésük dacos lesz, s esetleg agresszív a munkaeszközökkel szemben. Ezért csak megfelelő neveléssel, dicsérettel lehet bennük kifejleszteni a munkakedvet. Mivel érzelmileg ragaszkodnak azokhoz, akik szeretettel közelednek hozzájuk, szívesen engedelmeskednek nekik.

Példaképpen bemutatjuk egy mentális téren kivételesen fejlettnek vagy inkább fejlesztettnek mondható, érzelmileg azonban kisgyermekes emocionális szinten rögződött 30 éves Down-beteg fiatalember sorsát vizsgálatainkból. (Lelet: Jankovichné)

Z. L. 30 éves, típusos Down-beteg. Betegségtípusához viszonyítva iskolai képzettsége az átlagnál jóval magasabb, sőt kivételesnek mondható. Ezzel szemben egész

személyisége, érzelmi relációi, magatartási szintje, a mindennapi életbe való beilleszkedése a Down-betegekre jellemző képet mutatja. 17 éves korára — rengeteg foglalkozással és sok segítséggel — a VIII. általános osztályból, 29 éves korára pedig — még több környezeti segítséggel és jóindulattal — a IV. gimnáziumból magánvizsgát tett. Ismereteire általában jellemző volt, hogy a vizsgákon a tananyag egyes aprólékos részleteit tudta produkálni, átfogó tudás nélkül. Az anyagot jó emlékezőképessége által sajátította el, de ismereteit a mindennapi életben használni nem képes.

A gyógypedagógiai vizsgálat idején a magas iskolai végzettség ellenére mindössze egy-egy ismeret-töredék volt felidézhető, melyek a valamikori mozaikszerű tudásra utaltak. A szokatlanul magas iskolázottság kóros személyisége diszharmoniáját nagymértékben fokozta. Magatartása a vizsgálat alatt teljesen kisgyermekes volt. Szembeszökő volt a diskrepancia egy-egy megkezdett (de be nem fejezett) geometriai levezetés vagy algebrai példa, s a vizsgálati helyzetet felfogni nem tudó beteg infantilis magatartása közt. Reális tudásanyaga nem volt kellően tisztázható részben kisgyermekes viselkedése, részben sértődött, a vizsgáztatást rosszul tűrő, elzárkózó magatartása miatt. Ellenkezése a vizsgálat végére odáig fokozódott, hogy teljesen infantilis jelleggel eltakarta arcát kezeivel, s kijelentette, hogy haza akar menni.

Otthoni élete improduktív, napjai elforgácsolódnak. Apjával sétál, anyjának bevásárolni segít. Irányítással napi 2—3 órát másolgat valamilyen könyvből. A közéleti kérdések nem érdeklik. Zenei hallása nem különösebben jó, a dallamokat felismeri, de visszaadni nem képes. A házi munkák közül ágyazásban, terítésben, csomagvivésben segít, más feladatot nem kívánnak tőle. Társasága nincs; ha megpróbáltak számára társaságot szerezni, elhúzódott. A vizsgálat alapján megbeszéltük a szülőkkel az otthoni életrend alakítását. Tanácsoltuk a házimunkába való fokozottabb és önállóbb bevonását; az önálló közlekedésre szoktatását, önálló vásárlás lebonyolítását és hasonló, egyszerű feladatokkal való megbízását; társas kapcsolatoknak kiépítését; rádió, könyvek, útleírások iránti érdeklődés felkeltését; önbizalma nevelését.

A FOGYATÉKOSOK SÚLYOSSÁG SZERINTI ELKÜLÖNÍTÉSE

Az értelmi fogyatékosoknak a súlyosság foka szerinti elhatárolása

A gyengeelméjűek fokozatok szerinti megkülönböztetésekor beszélünk az „alsó határ", a „felső határ" differenciálásáról és a kettő közti változatok sorozatáról.

„Alsó határ": a gyógypedagógiailag *még nem* és a gyógypedagógiailag *már* foglalkoztatható gyermekek megkülönböztetése.

Az oligofréniának legsúlyosabb megjelenési formájában szenvedő gyermek gyógypedagógiai foglalkoztatásra nem alkalmas. Ennek eldöntésére az anamnézis, az exploráció adatain, a szakorvosi vizsgálaton és a gyermek viselkedésének pontos leírásán kívül a már ismertetett eljárásokat alkalmazzuk.

Ha a gyermek ezeknek megfelel, akkor a kísérleti osztály fokán foglalkoztatható. Ha ezeket a feladatokat nem képes elvégezni, nem sok remény van arra, hogy gyógyítóneveléssel eredményt tudunk elérni. Természetesen — különösen a fiatalabb gyermek — beérhet erre a fokra; nem szabad tehát lemondanunk fejlődésének lehetőségéről ebben az esetben sem, hanem időnként ellenőrző vizsgálatot kell végezni.

Vizsgálatainkból példaképpen röviden ismertetünk egy gyógypedagógiailag nem foglalkoztatható, ápolóintézetbe (Egészségügyi Gyermekotthonba) való gyermeket.

A hatéves kislányt szülei azzal a panasszal hozták, hogy olyan fokon van, mint egy pár hónapos csecsemő. Az orvosi vizsgálat szerint a gyermeket súlyos agyi károsodás érte meningoenkefalitisz következtében. Mikrokefal.

A gyógypedagógiai lélektani vizsgálat eredménye röviden összefoglalva: az anamnézis szerint a kislány normális terhesség után, időre, sima lefolyású szüléssel jött a világra. Kéthetes koráig szépen fejlődött. Akkor torok-, majd tüdőgyulladást kapott igen magas lázzal. Hirtelen görcs jött rá, elkékült, nyelve kilógott, a szeme kidülledt; azonnal kórházba vitték; néhány hétig bent maradt. Eközben a görcsök — rohamszerűen — öt percenként újra meg újra, több órán át megismétlődtek. Utána napokig mozdulatlan volt, a hozzátartozók szerint önkívületben. A rángógörcsök otthon is többször ismétlődtek, hónapokig tartott, míg teljesen elmaradtak. A kislány további betegségei még: torokgyulladás (8 hónapos korban), tüdőgyulladás (közvetlenül utána) és szamárköhögés (15 hónapos korában).

A kislány fejlődése teljesen megakadt. Naphosszat fekszik, ülni csak megtámasztva képes (izomzata erősen hipotóniás). Noha fogai megvannak, rágni nem tud, most kezdik kanállal pépeset etetni, eddig csak cuclisüvegből szopott. Éhségét nyöszörgéssel jelzi, szükségletét sehogy. Aludni csak altatóval képes. A beszédet nem érti, ő maga csak artikulálatlan nyöszörgésféle hangot hallat. Erősebb zajra felfigyel, nyöszörög. A fényforrást szemével kíséri, ha erősebb a fény, szemét behunyja. Tárgyat fixálni képes, de a mozgó tárgyat szemével csak néha tudja követni. A kezébe adott tárgyat nem fogja meg, kiejti. Nevére észrevehetően nem figyel fel. Vizsgálat közben a gyermek — két ízben is — enyhe görcsöt kap: teste, tekintete másodpercekre megmerevedik. Érzelmileg valamivel fejlettebbnek látszik, mint mozgásban és értelmileg. Édesanyja szerint őt felismeri, követi a szemével, mosolyog rá. Apja hangjára felfigyel, odafordul. Örül, amikor szülei, testvérei simogatják, megcsókolják, „érzi, hogy szeretik" — mondja az édesanyja.

„*Felső határ*": a fiziológiásan korlátolt és az enyhe debilis gyermek megkülönböztetése.

A gyógypedagógiai diagnosztika legnehezebb feladatai közé tartozik — sok esetben — annak megállapítása, hogy egy gyermek épértelműnek nevezhető-e, vagy pedig ha enyhe fokon is, de értelmi fogyatékosnak.

Már RANSCHBURG (1908) összeállította a szempontokat, hogyan lehet a gyengetehetségű gyermeket elhatárolni a fiziológiásan korlátolttól.

Újabban LÁNYINÉ (1959) foglalkozott a „határeset" kérdésével. Megállapítja, hogy a határeset diagnózis felállításához részletes és gondos kivizsgálás szükséges. Még így is előfordul, hogy csak a gyermek életsorának figyelemmel kísérésével lehet pontosan eldönteni a hovatartozandóságát. A vizsgálatok azt mutatták, hogy az eredetileg határesetnek minősített gyermekeknek majdnem feléről derült ki az ismételt vizsgálatoknál, hogy fogyatékosak, az egynegyedéről viszont bebizonyosodott, hogy értelmileg épek, és egynegyed részüket 4—5 év múlva is határesetnek kellett tekinteni.

Ha a *normalizálódottak* első vizsgálati státusát nézzük, szinte mindegyiknél harmonikus érzelmi életet és személyiséget találunk, egyenletes és arányos elmaradást az intellektuális teljesítményekben. Ezzel szemben azoknál, akiket az utánvizsgálat „*fogyatékosnak*" ítélt, gyakoriak voltak a bizarr személyiségjegyek, értelmi kiegyensúlyozatlanság. Az általános intelligencia csökkenése mellett a motorika és a praktikus intelligencia is fejletlen volt. Az évek múlva is *határesetnek* minősülő gyermekek legjellemzőbb pszichés vonása a teljesítmények közt mutatkozó diszkrepancia, a nagyfokú szóródás +— irányban. Feltűnő ezeknél a gyermekeknél, hogy iskolai pályafutásuk igen hányatott, át- és visszahelyezések sorozatán estek át, ami nagyon gátlóan hatott fejlődésükre.

A határesetek elbírálásánál is tekintetbe kell venni, hogy a fogyatékosság vagy értelmesség nem egyedül az intellektuális teljesítmények függvénye, a személyiség számos tényezője van rá befolyással, végül pedig az idegrend-

szer épségétől, illetve a sérülés jellegétől függ. Határeseteknél rendszerint nehézségekbe ütközik az idegrendszeri károsodás anamnesztikus vagy neurológiai kimutatása. A döntő bizonyíték a hovatartozás tekintetében a normálisok világába való beilleszkedni tudás és az ott való helytállás mértéke.

A „felső határeset"-ben a következő kérdéseket kell különösképpen figyelembe venni: nem *mulasztott-e* sokat az iskolában; súlyos, hosszan tartó *környezeti ártalom* nem érte-e; nem áll-e fenn *érzelmi* vagy más *ellentét* a pedagógus és a gyermek vagy az osztálytársak és a gyermek közt; nem *infantilis-e*; nem volt-e fejlődése, különösen *beszédfejlődése* kései; nincs-e akár enyhe fokban — valami *fogyatékosságra* vagy *rendellenességre* utaló tünete: beszédhiba, nagyothallás, gyöngénlátás, neurózis, pszichopátia, pszichózis, epilepszia, magatartási zavar? Nem tapasztalható-e nála valami *kiesésszerű jelenség;* dyslexia- és dysgraphia; nem *gyöngébb-e* az átlagosnál valamilyen *képessége:* figyelme, emlékezete, magasabb gondolkodása, ítélőereje? Iskolai teljesítményei eredményességének vagy gyengeségének tisztázásán kívül meg kell állapítani azt is, milyen értelmes *„gyakorlatilag"*, milyen a tájékozottsága, a *„józan esze"*, a *helyzet-* és *életismerete*, logikai gondolkodása, verbálisan hogyan fejezi ki magát, és hogyan képes *új anyagot* elsajátítani.

Az értelmi fogyatékosság súlyossága szerint megkülönböztetett három fokozat: az idiócia, az imbecillitás, és a debilitás a rajzokban is jellegzetesen tükröződik (63. ábra, a, b, c, d).

A *Binet—Simon*-féle általános intelligencia-vizsgálat alapján idiótának azokat a gyermekeket nevezik, akiknek intelligencia-kvóciense 0,25 alatt marad; imbecillisnek azokat, akiké 0,25 és 0,50 között van: debilisnek pedig azokat, akiké 0,50-től 0,70-ig terjed.

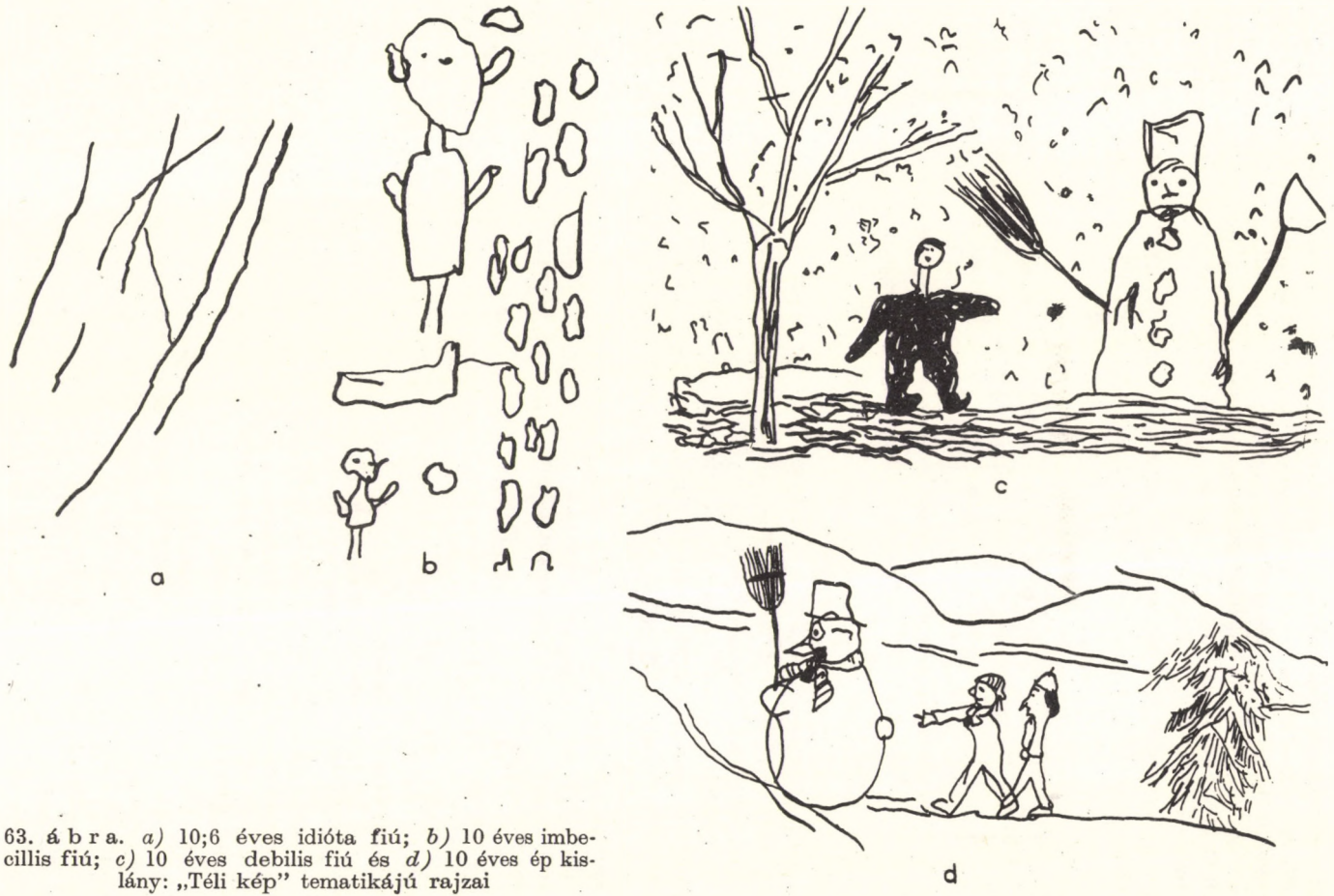
A szakemberek hosszú sora foglalkozott a háromféle súlyossági típus definíciójával, mindegyiken belül a súlyos, középsúlyos és az enyhe fokozatok megkülönböztetésével és a fokozatok egymásba való átmeneteinek árnyalataival.

Ziehen (1926) az idióta, az imbecillis és a debilis gyermek közt a következő fő pontokban látja a lényeges megkülönböztető jegyeket: az *idióta* a legegyszerűbb konkrét tárgyakat ismeri csak fel (mint például anya, tej, üveg stb.) vagy még azokat sem. Az *imbecillis* egyszerű tárgyképzetek fölött nagyobb számban rendelkezik, s azokat egyszerű ítéletekbe is képes kapcsolni; a bonyolultabb vonatkozásokat azonban, mint a szín-, számkapcsolatokat, továbbá a viszonyításokat (például „korábban — később", „nagybácsi—unokaöccs") csak kismértékben képes elsajátítani. Ezért a kissé bonyolultabb történetek, események összefüggéseit sem fogja fel.

A *debilis* a felsorolt fogalmakkal nagyobb számban rendelkezik ugyan, de sem a komplexebb fogalmak differenciálására, sem a bonyolultabb összefüggések felismerésére nem képes olyan fokban, mint a velük egykorú ép gyermek, azonkívül ítélőképességében is gyengébb azoknál.

A látási fogyatékos gyermek szelektálása

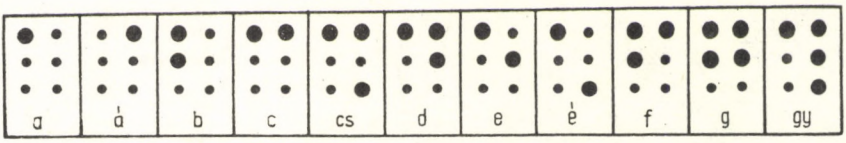
A látási fogyatékos gyermek differenciális diagnózisára legtöbbször azért kerül sor, mert az iskoláskoron aluli világtalan vagy gyöngénlátó gyermek, egyoldalú fejlődése következtében, ép értelem esetén is, látó társaitól egy bizonyos fokig elmarad. A hozzátartozók legtöbbször nemcsak nem képesek ezt az egyoldalú fejlettséget bizonyos fokban kompenzálni, hanem



63. á b r a. *a)* 10;6 éves idióta fiú; *b)* 10 éves imbecillis fiú; *c)* 10 éves debilis fiú és *d)* 10 éves ép kislány: „Téli kép" tematikájú rajzai

— túlzott aggodalmukban — még attól a tapasztalattól is elzárják a gyermeket, amit önállóbb és szabadabb nevelés révén nyerhetne. Az *iskoláskoron aluli* látási fogyatékos gyermeket tehát annak megállapítása végett is gondosan kell kivizsgálni, hogy az elmaradás csupán a látási benyomások hiánya következtében jött-e létre, s a környezet hatásának tudható-e be, vagy pedig kóros.

A látási fogyatékos tanulók szelekciójában MÉHES (1962) öt alapvető szempontot követ: 1. Figyelembe veszi a kórformát, főleg abban a tekin-



64. á b r a. A Braille-féle pontírásos abc néhány betűje

tetben, hogy a szem kóros állapota stacioner, azaz *állandó-e*, vagy progrediáló, azaz előrehaladó, *romló*. 2. Megállapítja a látás *fokát*, azaz pontosan leméri a látásteljesítményt és azt értékeli (a *Snellen*-féle betűtáblán). 3. A fenti két adatot, vagyis a kórformát és a látás-teljesítményt összeveti a gyermek *életkorával*. 4. Megvizsgálja az idegrendszer általános állapotát. Különösen pedig a gyermek *értelmi képességét* tisztázza, hogy a gyermek nem gyengeelméjű-e. 5. Külön veszi azokat a gyermekeket, akik a látási fogyatékosságon kívül esetleg *egyéb fogyatékosságban* is szenvednek, a vaksüketeket, a vak-epilepsziásokat, a vak-gyengeelméjűeket, a vak-pszichotikusokat. A felsorolt szempontok alapján egyezteti össze a gyermek érdekében a tennivalókat.

A *látás foka* a teljes látástól a teljes világtalanságig terjed, a legváltozatosabb árnyalati különbségekkel. A diagnosztika és a gyógyítónevelés szempontjából egyaránt igen fontos — bizonyos fokozatok szerint — csoportosításuk. A szakirodalom általában két fő csoportot különböztet meg:

1. a *tapintó-típusú* gyógyítónevelést,
2. a *látó-típusú* gyógyítónevelést.

Mind a két csoport tovább differenciálódik.

A tapintó típusú kategóriába tartoznak azok a látási fogyatékosok, akiket a vakok intézetében helyeznek el: a *tudományos értelemben vett vakok* egyáltalán semmit nem látnak és a *gyakorlatilag vakok* vagy alig látók (a fényérzékenyek, az ujj-olvasók és a tárgylátók).

Őket domborírásos oktatásban részesítik (64. ábra).

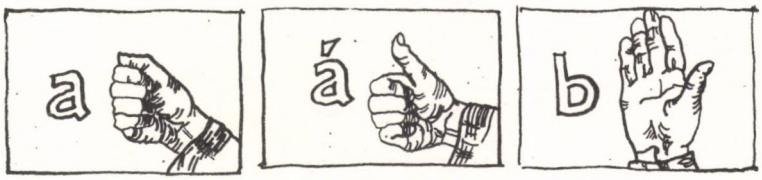
A látó-típusú kategóriába tartozó látási fogyatékosok a *gyöngénlátók* intézményeiben nyernek elhelyezést (szemüveggel és speciális eljárással képesek látásuk révén — síkírással — iskolai feladatukat elvégezni.)

KOVÁCS Cs. (1967) a látási fogyatékosokat — a vakokat és a gyengénlátókat egyaránt — nevelési szempontból csoportosítja: 1. a fogyatékosság súlyossága (a látásveszteség mértéke) szerint, 2. a látási fogyatékosság etioló-

giája szerint, 3. a látási fogyatékosság bekövetkezésének időpontja szerint, 4. a tanulók életkora szerint, 5. a látási fogyatékossághoz csatlakozó egyéb rendellenesség szerint és 6. a tanulók intelligenciaszintje szerint.

A hallási fogyatékos gyermek szelektálása

Mivel a hallási fogyatékos gyermek elmarad az elvont gondolkodás terén és intellektusában is egyoldalú, az iskoláskoron aluli süket olykor az értelmi fogyatékos látszatát is keltheti. A helyes diagnózishoz hozzásegítenek az anamnézis és exploráció adatai, a szakorvosi vizsgálat, a hallásvizsgálat és a már ismertetett pszichológiai vizsgáló eljárások, elsősorban az úgynevezett „néma" módszerekkel *(Maison—Borelly, Snijders—Oomen)*. Nem elégedhetünk meg ilyenkor azzal, hogy a gyermekről a meglevő ismeretei alapján mondjunk véleményt, ki kell próbálni, mennyire tanulékony. A hangos beszédre tanításuknál több helyen igénybe veszik eszközként az ujj-ábcét is (65. ábra)



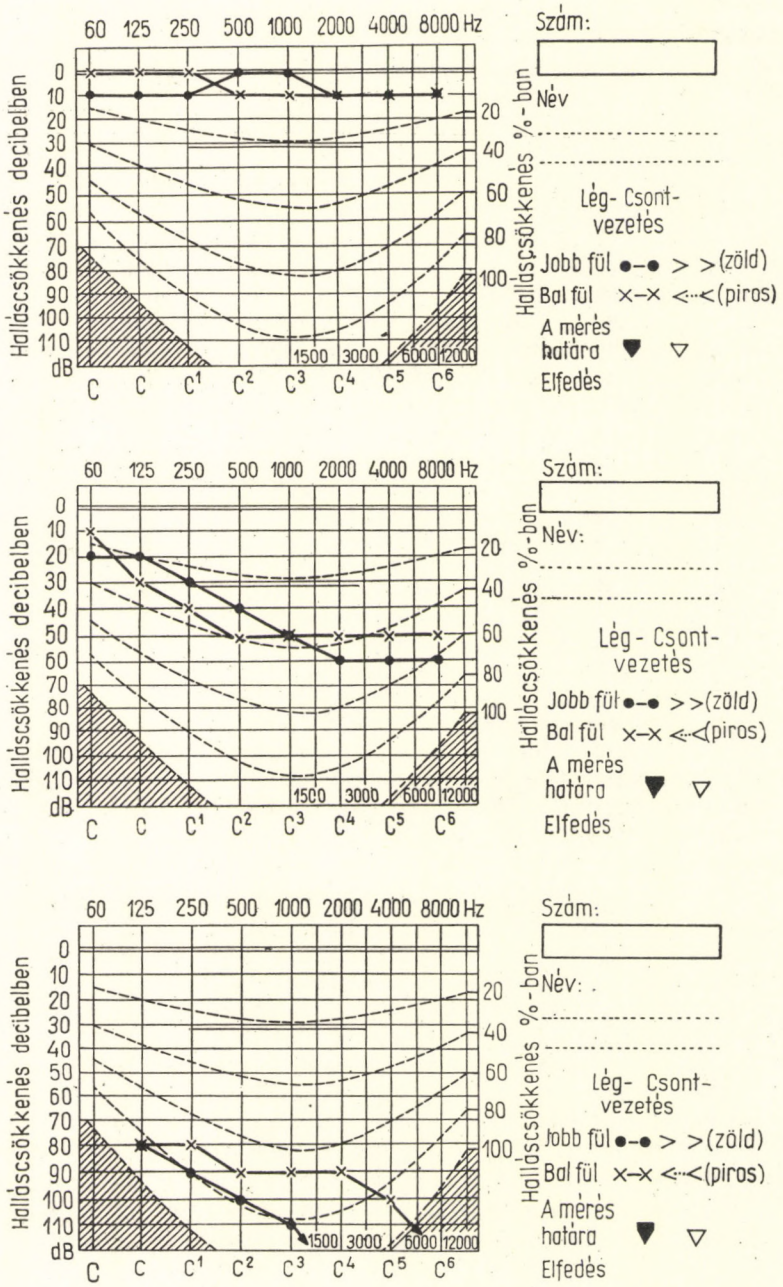
65. á b r a. Néhány kézjel a magyar módosított ujj-ábécéből *(Angyal,* 1960)

Az iskolaköteles korba jutott süketnéma gyermek vizsgálatát — az intézetbe való fölvétel szempontjából — GYŐRFFY (1960) állította össze. A vizsgálat iránya hatféle: 1. a gyermek *hallásérzékenységének* megállapítása, 2. a süketségen kívül mutatkozó esetleges *másféle rendellenesség* kikutatása, 3. a gyermek *taníthatóságának* vizsgálata, 4. annak tisztázása, hogyan illeszkedik a gyermek a *közösségbe*, 5. a *beszédhallás* foka és 6. a *beszédállapot*.

A hallás fokának megállapítására szolgálnak a hallásvizsgálatok különféle formái, eljárásai, elsősorban *szakorvosi* kivizsgálás útján (Bezold-féle hangvillasorral, audiométerrel). A vizsgálat eredményét az *audiogram* ábrázolja az ép hallástól a nagyothalláson át a teljes süketségig (66. ábra).

A hallás audiometriai vizsgálata már az egészen kisgyermeken, sőt csecsemőn elvégezhető. A hang hatására a kisded reagál, jelzést ad: szemét lehunyja, pislog, pupillája kitágul, a fejét arra felé fordítja, mosolyog, félelmet fejez ki és egyéb reakciókat mutat. (RENDI, 1965).

Az orvosi szempontból történő szelektáláson, a műszeres vizsgálatokon kívül (GŐTZE, 1965) szükséges a hallási fogyatékos gyermek *iskolai* szempontú szelektálása is. A hallásképesség foka mellett a beszédállapot és az értelmesség mértékét is meg kell állapítani. A beszédhang hallása terén a vizsgálatok kimutatták, hogy a beszédhangot egyáltalán nem érzékelő süketek száma viszonylag csekély (mintegy 18%), ezzel szemben a beszédnevelés és beszédmegértés szempontjából felhasználható hallásmaradvánnyal rendelkezők aránya mintegy 60%. (LÁSZLÓ, 1965.) Ugyancsak LÁSZLÓ hat csoportba osztja a csökkenthallásúakat: 1. Általános iskolában taníthatók;



66. á b r a. Fent: ép hallású gyermek audiogramja; középen: nagyothalló gyermek audiogramja; lent: süket gyermek audiogramja

hallókészülékkel a súgott beszédet is értik. 2. Hallókészülékkel, fül útján képesek szógyűjtésre, általános iskolában maradhatnak, de hallásfejlesztésre szorulnak. 3. Nagyothallók iskolájába kerülnek, a szájról olvasást csak kisegítésül használják, 4. A süketek „halló" osztályába kerülnek, hallászkészülékre, hallásfejlesztésre és szájról-olvasásra szorulnak, 5. Képzésük a süketek iskolájában történik, a hallásfejlesztést meg kell kísérelni, 6. a hallásveszteség mellett debilitás is fennáll, a hallási fogyatékosok kisegítő iskoláiába valók.

A beszédhibás gyermek szelektálása

A beszédhibás gyermek problémáiból itt csupán azokat a kérdéseket vetjük fel, amelyekre a vizsgált gyermek differenciáldiagnózisakor figyelemmel kell lenni. A beszédzavar sokféle kórképe közül csupán azokkal foglalkozunk, amelyeknél nem dönthető el azonnal, hogy csak beszédhibáról, vagy voltaképpen hallászavarról, gyengeelméjűségről, pszichopátiáról, esetleg személyiségzavarról van-e szó.

1. Egyik leggyakoribb panasz, hogy a gyermek *nem beszél*, noha két-három-négy-ötéves. Gyakran hozzáteszik, hogy nem beszél ugyan, de „okos".

Mi mindenre lehet ilyenkor gondolni?

a) kései beszédfejlődésre,
b) értelmi fogyatékosságra,
c) hallási fogyatékosságra,
d) mutizmusra,
e) hallónémaságra,
f) a központi idegrendszer valamely, a beszéddel kapcsolatos lokális zavarára.

a) A *kései beszédfejlődés* lehet családi jellegű: ilyenkor a hozzátartozók anamnézisében legtöbbször találunk hasonló panaszt. Pontosan tisztázni kell, hogy a családtagok közt kinek milyen mértékű volt a beszédkésése, és mikor, hogyan jött rendbe.

Beszédkésést okozhat a *hospitalizáció* és annak mintegy fokozott formája, egy ritkán előforduló jelenség, a *beszédpélda* hiánya.

b) A kései beszédfejlődésnek egyik, tán leggyakoribb oka az *értelmi fogyatékosság*. A gyengeelméjű gyermek később kezd ülni, állni, járni, később lesz szobatiszta, mint az ép gyermek, és később tanulja meg a beszédet is. Tehát az első feladatok közé tartozik annak megállapítása, hogy a gyermek értelmileg ép-e.

A külföldi és hazai felmérések egyaránt a beszédhiba feltűnő gyakoriságát mutatják az értelmi fogyatékosoknál. A gyógypedagógiai osztályok tanulóinak — a külföldi szakirodalom szerint — mintegy 50—60%-a beszédhibás, illetve egy másik, pontosabb felmérés szerint 17%-a egyáltalán nem beszél, 50%-a hibásan, és csak 33% beszéde ép. A hazai vizsgálatok (MÉREINÉ, 1965) 948 értelmi fogyatékos tanuló közt 25,3% hibásbeszédűt mutattak ki. (Túlsúlyban volt a pöszeség, de sok volt a kevert, vegyes forma is.) A beszédhiba megoszlása a növekvő osztályfokok szerint változott (csökkent): az alsó osztályokban igen magas számot mutatott: az átmeneti osztályban 60%-ot, az előkészítőben 49%-ot, viszont a felsőbb osztályokban, így például a VIII. osztályban már csak 15,9%-ot. A felmérés adatait 2195 ép iskolás

gyermek vizsgálatának adataival hasonlította össze MÉREINÉ: az általános iskola első osztályában 6,9% hibásbeszédű gyermeket talált.

c) A *hallási fogyatékosság* is oka lehet a kései beszédfejlődésnek. Ha a gyermek süket, vagy olyan fokban nagyothalló, hogy nem érti a társalgó beszédet, természetesen nem tanul meg idejében és hibátlanul beszélni. Sajnos, olykor az első életévekben a hozzátartozók nem veszik észre a gyermek hallászavarát. A hallás fokának megállapítására a vizsgáló módszerek egész sora szolgál.

d) A *mutizmus* nehezen differenciálható, amikor a beszédfejlődés kezdetén jelentkezik. Jellemzője, hogy a gyermek sem a környezetével, sem a külvilággal nincs jó kapcsolatban. Az iskoláskor elején fellépő mutizmus jellemzője, hogy a gyermek az iskolában nem mer felelni, nem mer beszélni. Otthon azonban vagy játszás közben nincs ilyen gátlása. A különböző vizsgálatok kimutatták az ilyen típusú gyermekekről, hogy értelmileg épek (a beszédet nem igénylő, „néma" feladatokat többnyire jól elvégzik, noha olykor elzárkóznak ez elől is). Többnyire minden téren erős önbizalomhiánnyal küzdenek, félénkek, riadtak, különcök, nehezen alkalmazkodók, nehezen kapcsolódók, vagyis a személyiségük neurotikus. Az *elektív mutizmus*, az egyoldalú, részleges „némaság" abban nyilvánul meg, hogy a gyermek csak bizonyos személyek előtt vagy bizonyos helyzetekben nem szólal meg: ez enyhébb forma és könnyebben oldható.

Példa vizsgálatainkból (gyógypedagógiai lelet: LÁNYINÉ):

Az orvosi vizsgálat szerint A. A. hétéves kislánynál organikus idegrendszeri eltérés nem mutatható ki. A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat szerint a gyermek mindazokkal az ismeretekkel rendelkezik, amelyek az általános iskolában való tanuláshoz szükségesek. A vizsgálat alatti magatartása jóindulatú, kooperatív, de szorongó, félénk. Az általános iskolában, amikor beiskolázták, nem szólalt meg, egyáltalán nem beszélt, még társaival sem. Otthon viszont, még idegenekkel is beszélgetett. Néhány hónap után az iskolába járás alól fölmentették. Az idei tanévben gyógypedagógiai osztályba került.

Véleményünk szerint a gyermek értelmessége alapján az általános iskola követelményeinek megfelel, ezért az I. osztályba való visszahelyezését javasoljuk. A hozzátartozóknak nevelési tanácsot adtunk, a pedagógussal is megbeszéltük a vizsgálat eredményét és a sajátos szempontokat. Ha elektív mutizmusa a félév folyamán mindezek ellenére sem oldódna, kontrollvizsgálatra visszarendeljük a további teendők megbeszélése végett.

e) Hallónémaság. Általában motoros és szenzoros hallónémaságot, illetve szenzomotoros hallónémaságot szoktak egymástól megkülönzböztetni aszerint, hogy a beszédnek mennyire és milyen formában van birtokában a gyermek. Motoros: a beszédet differenciálni, megérteni képes, de magát beszédben kifejezni nem. A szenzoros a fordítottja. A harmadik forma a kettő együtt: azaz sem a beszédet megérteni, sem beszélni nem képes. Az *egész kórképet ma már bonyolultabbnak* tartják éppen úgy, mint az afázia különböző fokú és megjelenésű képét.

Folyik a vita azon is, hogy esetleg nem komplex idegrendszeri károsodásról van-e itt szó, vagy centrális személyiségzavarról.

f) A központi idegrendszer valamely, a *beszéddel kapcsolatos lokális zavara* szintén szükségessé teszi a pontos differenciálást.

2. A kései beszédfejlődésen kívül gyakori panasz még valamilyen *beszédhiba:* dadogás, pöszebeszéd, orrhangzós beszéd, hadarás stb.

A *dadogás* bennünket most csupán az érdekel, okoz-e nehézséget a dadogás diagnosztizálása?

A dadogás többnyire annyira jellegzetes tünetekkel jár, hogy világosan felismerhető, és differenciálható a beszédhiba és foka is.

Olykor előfordul, hogy laikusok — kivételesen pedagógusok is — dadogó gyermeket gyengeelméjűnek tartanak. Olyankor szokott megtörténni, amikor a dadogónál nagyfokú beszédfélelem, beszédgátlás és önbizalomhiány lépett fel. Kapcsolata társaival, környezetével rossz, és iskolai eredményei valóban nem felelnek meg a követelményeknek. Ilyenkor a vizsgálatot nem ajánlatos verbális módszerekkel végezni, hanem „néma" metódusokkal.

A *pöszebeszédű* gyermeket, különösen ha beszédhibája az iskoláskorra kiterjed, hamarabb lehet gyöngeelméjűnek gondolni, mivel az értelmi fogyatékosok nagy része többé-kevésbé beszédhibás. A beszéd formai hibássága azonban nincs egyenes arányban a fogyatékosság súlyosságával, tartalmi fejlettsége viszont közvetlen módon függ vele össze. A súlyosabb fokban oligofrének beszédére a formai hibásság, főként pöszeség mellett jellemző a beszéd mechanikus, sivár, zagyva, visszhangszerű, gramofonlemezszerű volta.

A beszédhibások súlyossági szempontból való differenciálása a tennivalók ellátása végett is szükséges: milyen mértékben indokolt a gyógyítónevelői eljárás, a beszédhiba javító tanfolyamon való részvétel; általános iskolai közösségben nevelhető-e a gyermek, nem szükséges-e, hogy iskoláit esetleg magánúton végezze. A kezelés módja is igazodik a beszédhiba súlyossági fokához.

A mozgássérült gyermek differenciálása

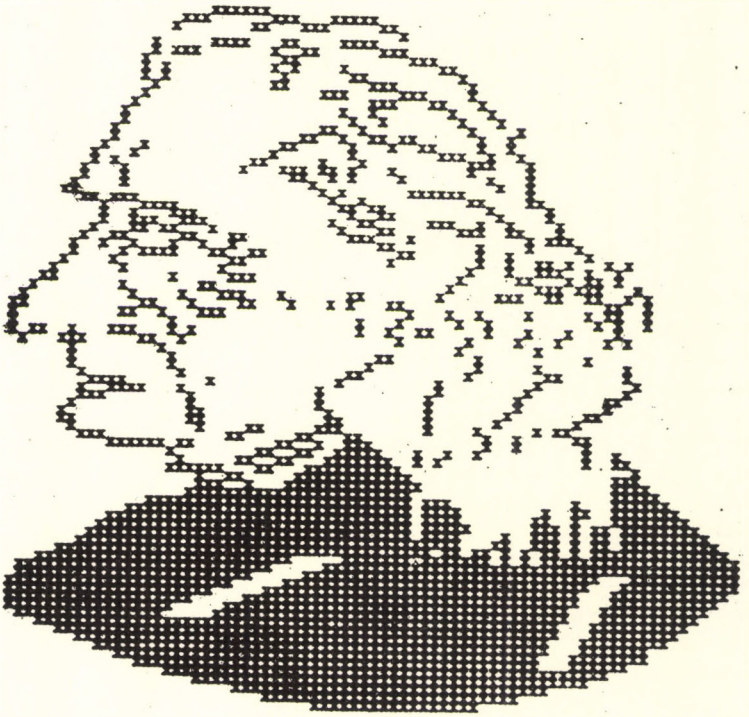
A mozgásukban zavart gyermekekre és fiatalokra differenciáldiagnosztikai szempontból különleges gondot a következők miatt kell fordítani:

1. a mozgássérülést előidéző ártalom gyakran az *intellektust* is károsíthatja,
2. a környezet viselkedése *másodlagosan* is gátolhatja a gyermek fejlődését,
3. személyiségük *változatait* is meg kell ismerni.

1. Az értelmi fogyatékos mozgászavarban szenvedő gyermeket olykor nehéz megkülönböztetni a mozgásában zavart, de ép értelmű gyermektől, különösen, ha a mozgás-sérülés súlyosabb fokú beszédzavarral jár. A felsorolt vizsgáló eljárások ilyenkor nem elégségesek a megkülönböztetésre: az írás, olvasás, rajz, a beszéd olyan elváltozást mutathat, hogy még a „néma", tehát a beszéd nélküli vizsgálat sem ad reális képet a gyermekről. Ez esetben többszörösen vagy hosszabban kell őt megfigyelni.

2. Talán egyik fogyatékosság típusnál sem annyira fontos, mint a mozgássérültnél annak tisztázása, *hogyan foglalkozott vele környezete*. Hogyan reagáltak fogyatékosságára, tekintetbe vették-e, hogy ismeretszerzési módja nem oly változatos, hogy nem képes olyan természetesen és egyszerűen betagolódni környezetébe, mint az ép gyermek.

A mozgásfogyatékosok szelektálása a speciális általános iskolába való elhelyezés szempontjából ma még nagyrészt aszerint történik, hogy járóképes-e, illetve milyen fokán van az önkiszolgálásnak. Van azonban intézmény a járásképtelen személyek számára is, ha remény van a járás megtanulására. Nincs még megfelelően megoldva a mozgásukban erősen zavart és egyúttal egyéb fogyatékosságban, gyengeelméjűségben szenvedő gyermekek sorsa.



67. á b r a. Írógép-rajz: Liszt Ferenc. Készítette a Mozgásjavító általános iskola VII. osztályának egyik jó képességű növendéke

A többféle fogyatékosságban szenvedő gyermek szelektálása

A halmozott fogyatékosságban szenvedő gyermek vizsgálatakor azt kell eldönteni, melyik a domináló fogyatékosság, s aszerint kell a megfelelő gyógypedagógiai intézménybe elhelyezni.

Általános elv, hogy a *súlyosabb fogyatékosságot* kell tekintetbe venni. Például a nagyothalló vagy gyöngénlátó oligofrén gyermeket az értelmi fogyatékosok intézményében kell elhelyezni.

Amikor a fogyatékosság *súlyossága egyformának* tekinthető — ha megfelelő tagozat áll rendelkezésre —, abba az intézménybe kell beutalni, amelynek módszere a gyermek fejlesztése szempontjából a nélkülözhetetlenebb. Például vak értelmi fogyatékos gyermeket a vakok intézetének speciális tagozatába, a süket értelmi fogyatékost a süketek speciális tagozatába. A nyomorék-gyöngeelméjű gyermeket a mozgásjavító intézet speciális tagozatába, főképp, ha nem képes egyedül járni. A vak-süketeket a vakok intézetében szokták nevelni.

Nincs megfelelő speciális intézmény a fogyatékos epilepsziás, a fogyatékos magatartási zavarban szenvedő és még sokféle változatú fogyatékos gyermek számára.

Vélemény és tanácsadás

A VÉLEMÉNY KIALAKÍTÁSA

Amikor a vizsgált személyről már minden szükséges adatot fölvettünk, minden szükséges vizsgálatot elvégeztünk, mindent lelkiismeretesen megfigyeltünk és lejegyeztünk, a határos területet milyenségben és fokozatban differenciáltuk, és úgy érezzük, világosan látjuk nemcsak azt, milyen a károsodott egyén egész személyiségében, az elsődleges ártalom további következményeiben, hanem a szükséges teendőket is, akkor kezdhetünk a gyógypedagógiai lélektani vélemény összegezésébe, majd a „lelet" megírásába. Az eljárás a következő fokozatokon át vezet:

az adatok értékelése,
a vizsgálatok értelmezése,
a diagnózis kialakítása,
a tennivalók megállapítása,
a lelet megírása,
megbeszélés a szülővel.

Az adatok értékelése

A feladat az, hogy a többnyire hatalmas adathalmazt rendszerbe, egységes egész képbe foglaljuk. Ez a feladat egyszerűsíthető, ha a tennivalót részekre bontva, egy bizonyos egymásutánban elemezzük, a következő sorrendben:

az adatok átnézése; bírálata; összevetése; rendezése; kiválogatása.

Az *adatok átnézésénél* a panasz és az előélet adataiból indulunk ki. „Adatok"-nak azokat az ismereteinket nevezzük, amelyeket a hozzátartozóktól, a pedagógustól, az orvostól és természetesen magától a vizsgált személytől nyertünk. A panaszra vonatkozó minden *fontos és jellegzetes* adatot aláhúzunk vagy kiírunk.

Az adatokat, átnézés közben, még egyszer *kritikával* átgondoljuk: a hozzátartozó őszintén beszélt-e, nem volt-e valami oka a leplezésre, vagy tulzásra. (Például nem tüntette-e fel szándékosan rosszabbnak a helyzetet, mint amilyen, mert a gyermektől szeretne megszabadulni, intézetbe szeretné tenni. Vagy éppen ellenkezőleg, csupa jót mond gyermekéről, mert nem akarja, hogy kisegitő iskolába helyezzék át. Ez a magatartás nagyon gyakran nem tudatos. A szülő lehet teljesen jóhiszemű, de elfogult gyermeke iránt, s nem tudja elfogadni, hogy az fogyatékos lehet.) A megjelölt, aláhuzott vagy kiírt jellegzetes adatokat ezután *egymással összevetjük*, abban a tekintetben, hogy igazolják, kiegészitik-e egymást, nem többértelműek-e nincsenek-e egymással ellentmondásban? Az átnézett, megbirált, összevetett adatokat a vizsgálat céljának érdekében

annak egységes nézőpontja szerint *rendezzük*, végül *kiválogatjuk* azokat, amelyek belőlük a gyógypedagógiai lélektani vélemény megírásához szükségesek.

A vizsgálatok értelmezése

A vizsgálatok eredményeinek értelmezésénél szintén több szempontot kell figyelembe venni. Milyen legyen a vizsgálatok egyenkénti analizise, értékelése, eredményeinek szintézise.

Az elvégzett vizsgálatokat *egyenként* sorra vesszük és két szempontból *elemezzük*. Az egyik saját megfigyelésünk, amit aközben tettünk, mialatt a vizsgált személy feladatait végezte. A másik a vizsgálat objektiv eredménye, a teljesitmény.

A vizsgálatok és a megfigyelések összességéből következtethetünk a vizsgált személy egész személyiségére. Éppen ezért az eredmények megítélésénél és *értékelésénél* igen körültekintőnek kell lenni. Gondolni kell arra, hogy a teljesítményeket hányféle szempont befolyásolhatja. Hogy a valóságnak megfelelően ítélhessük meg a vizsgált személyt, a következő *„hibaforrásokra"* kell ügyelnünk:

A gyermek teljesítményét befolyásolja a *földrajzi hely* ahol él: egy bizonyos fokig másképp fejleszti őt a falusi és másképp a városi környezet. Továbbá a kedvezőtlen *környezeti* körülmény: az elhanyagoltság, az elégtelen táplálék és ruházat, a durva bánásmód. Sokat számít az is, hogy *családban vagy intézetben* nevelődik-e. Tekintetbe kell venni a *szülő foglalkozását* és főképp azt, hogy törődnek-e a gyermek értelmességének fejlesztésével. Az *iskola* hatása is lényeges. Befolyást gyakorolnak a vizsgált személy *jellembeli* sajátosságai, *érzelmi* tényezői, a vizsgálat alatti *testi-lelki* állapota: izgalom, fáradtság, feszültség, szomorúság, időváltozás iránti érzékenység stb. Minden vizsgálat eredményére kihat a gyermek általános *értelmessége*, valamilyen jó képessége, esetleg valamilyen irányú *tehetsége*, vagy mindennek az ellenkezője. Például a jó — akár gépiesen jó — emlékezetű gyermek teljesítménye magasabb szintű lehet, mint egy tehetségesebb, alkotóbb, kevésbé receptív típusú gyermeké. Vagy például az a gyermek, aki beszédben könnyedén, ügyesen fejezi ki magát, „mutatósabb" eredményt adhat, mint egy másik, aki esetleg értelmesebb, csak beszédkészsége nem annyira fejlett. Ellenőrízni kell a vizsgálatokat a tekintetben is, nem vezeti-e félre valami okból a vizsgált személy a vizsgálót.

A vizsgálatok eredményét torzíthatja maga a *vizsgáló* is. A megfigyelések alatti testi-lelki diszpozíciója, a vizsgált személynek esetleges szubjektív megítélése szintén hatással lehetnek az eredményre. Az adatok feldolgozásakor éles szemmel kell az ilyen hibát is észrevenni és kiküszöbölni.

Miután világosan látjuk a vizsgált személyre vonatkozó összes adatot, ki kell alakítanunk a *vizsgált személy egységes képét*. Az egységesség azt jelenti, hogy értelmi, érzelmi, akarati cselekvő milyenségében, tehát komplex bonyolult személyiségében, sőt fejlődésében és környezetében kell őt szemlélnünk.

A diagnózis megállapítása

A gyógypedagógiai lélektani diagnózis a szakorvosi diagnózissal kapcsolatos. Az orvosi és a gyógypedagógiai lélektani vélemény természetesen nem azonos. Az orvosi diagnózis a fogyatékosságot mint szervezeti ártalmat

(pl. agyi sérülést) szemléli; megállapítja az okát, és gyógyítására, javítására orvosi kezelést ír elő. A gyógypedagógiai lélektani diagnózis a szervezeti ártalom következtében létrejött másodlagos és további rendellenességeket állapítja meg, annak jellegét, fokát, és javítására, gyógyítására nevelési eljárásokat alkalmaz.

A gyógypedagógiai véleményben a fogyatékosság mint különleges *nevelési-* és *oktatási probléma* jelentkezik. Tehát a gyógypedagógiai „kezelés" vagy „gyógyítás": *nevelés*. Ennek a nevelésnek célja: a személyiség-struktúrában az idegrendszeri károsodás következtében jelentkező hiányosságokat és egyoldalúságokat megelőzni, illetve megszüntetni, vagy legalább megjavítani, enyhíteni. Vagyis a fogyatékos fejlődését speciális nevelő és oktató eljárásokkal úgy segíteni, hogy a családba, iskolába, a munkába és közösségbe beilleszkedni tudjon. Sőt, ennél többre is törekszik: arra, hogy a sérült gyermek az általános nevelési célt elérje vagy megközelítse, egyszóval a társadalom hasznos és kiegyensúlyozott életre képes tagja legyen.

A gyógypedagógiai lélektani diagnózishoz hozzátartozik — az ugyancsak szakorvosi véleményen alapuló — *prognózis* is. A gyógypedagógiai kórjóslatban, különösen kisgyermekről szólva rendkívül óvatosnak kell lenni. Gyakran tapasztalunk ugyanis szinte ugrásszerű fejlődést, vagy ellenkezőleg, megrekedést, esetleg romlást a gyermek állapotában.

A tennivalók összeállítása

A teendőket aszerint állítjuk össze, hogy kit vizsgáltunk és milyen problémával. Elsősorban azt vesszük tekintetbe, amit a *vizsgált személy* gyógyítónevelése *érdekében* tenni kell vagy kellene. De emellett a reális helyzettel is számolnunk kell, vagyis azzal, *mit lehet* ténylegesen *megvalósítani*. Pontosan meg kell határoznunk, hogy a szóbanforgó fogyatékos milyen szinten van, milyen fokon kell szakszerű nevelését elkezdeni vagy folytatni; a gyógypedagógiai intézmények közül melyikbe való, hányadik osztályba. Például a kisegítő iskola II. osztályába, a nagyothallók iskolájának I. osztályába, a vakok intézetének előkészítő osztályába, vagy az általános iskolába és így tovább. Meg kell határozni a különleges nevelési eljárást is, a gyermek személyiségének megfelelően. A feladatok közé tartozik annak megállapítása is, milyen egyéni nevelést igényel a gyermek.

A lelet megírása

A gyógypedagógiai lélektani szakvélemény: a „lelet" megírása történhet hosszan vagy röviden, de bizonyos alapkövetelményeknek meg kell felelnie. A „klinikai-lelet" — formula (Gegesi Kiss—P. Liebermann Lucy, 1965) tartalmazza a *szomatikus* „status praesens"-t, a testi állapot vizsgálatait, összefüggésben a panasszal. Továbbá a *pszichológiai* „status praesens"-t az értelem, az affektivitás és a környezet vonatkozásában; az egyes tényezőknek jellemző sajátos összefüggését, a *diagnózist* és végül a *terápiát*. A gyógy-

pedagógiai pszichológiai vélemény szintén a vizsgált fogyatékos teljes személyisége alapján kíván összefoglaló képet adni. Két formáját használjuk: az egyik fajtája, amelyet a vizsgálatot kérő, a beutaló szerv (az iskola vagy intézet, illetve az orvos vagy a hozzátartozó) kap kézhez. A másik formája az, amelyet a gyógypedagógiai pszichológiai gyakorlaton a hallgató készít el a vizsgált gyermekről.

Az *első fajta lelet* adatai a következők: személyi adatok, szakorvosi diagnózis, gyógypedagógiai lélektani diagnózis, a fogyatékosság formája, foka, oka, lefolyása, a vizsgált személy testi és pszichés állapota, környezete és a tennivalók.

A *második-féle* gyógypedagógiai lélektani vélemény-formula szempontjai a gyógypedagógus osztálymunkájára való tekintettel az alábbiak:

Személyi adatok, panasz, a szülő esetleges kérése, szakorvosi diagnózis, a vizsgált személy fejlődése (az anamnézis és az osztályban való megfigyelés alapján), testi és pszichés állapota, otthoni és iskolai környezete, nevelésének körülményei, a fogyatékosság formája, oka, megnyilvánulási ideje, foka és a vele való iskolai és otthoni tennivalók. Az így összeállított lelet jó alap a vizsgált tanuló személyiségének sokoldalú megismerésére, és segítségére van a gyógypedagógiai tanárnak abban, hogy osztályában a tanulók személyiségéhez alkalmazkodva végezhesse fejlesztő-gyógyító-nevelésüket.

Mintaképpen bemutatunk az első formájú leletek közül egy hosszabb leletet, egy 11 éves, a kisegítő iskola III. osztályába járó tanulóról. Lelet: JANKOVICHNÉ.

„A gyermekre a fő panasz a nyugtalan, agresszív, kötekedő magatartás, mely már a korai gyermekévekben kitűnt. Az iskolában a fegyelmet megbontja, óra alatt közbekiabál, trágár szavakat mond. Gyermekekkel vitatkozik, verekedik. Időszakosan otthonról, iskolából elszökik. Vannak napjai, amikor nagy szeretet- és törődés-igényt mutat.

Értesítőjéből megtudjuk, hogy az I. általános osztályt kétszer járta, az első évben mulasztásai miatt nem osztályozták, második évben a .....-i állami nevelőotthon növendékeként általános 4-es eredménnyel végzett. A következő tanévben magatartási panaszai miatt az Áthelyező Bizottság megkerülésével az I. általános osztályos jó bizonyítvány alapján a gyógypedagógiai iskola III. osztályába iskolázták be, melyet az idén elégtelen eredmény miatt ismétel.

A gyógypedagógiai vizsgálat szerint a gyermek nem mutat értelmi fogyatékos képet. Olvasása folyamatos, az olvasott szöveg tartalmát elmondja; szómagyarázatai megfelelnek életkorának. Írása, bár rendetlen, hibás, hanyag, de fogalmazása épkézláb mondatokból áll, melyben értelmes mondanivalót közöl; tollbamondáskor egész mondatot egyszerre diktálva is leír. Számolásnál — noha gyógypedagógiai osztályban csak 20-as körben tanul számolni — 100-as körben tájékozott. II. általános osztályos szöveges példákat részben segítség nélkül vagy kevés segítséggel megold. Általános tájékozottsága életkorának nagyjából megfelel. Az életkorához viszonyított, aránylag gyengébb iskolai teljesítményt megmagyarázza az iskolai hányattatás (legalább a hatodik iskola, ahova most jár), és a gyógypedagógiai osztályba való helyezése. Magatartása a vizsgálat alatt mindvégig fegyelmezett, jól irányítható; kapcsolata a vizsgáló személyekhez jó.

Az orvosi vizsgálat szerint közepesen fejlett. Kisfokú hipermotilitás. Az idegrendszeri vizsgálatnál kóros reflex nem mutatható ki. Az anamnézis adatai szerint 2 évvel ezelőtt koreás megbetegedésben szenvedett, koreás mozgászavar ez idő szerint nem volt észlelhető.

A gyermeknél fennálló agresszivitás és nyugtalanság okának kutatásakor kiderül, hogy: 1. a gyermek apja is agresszív, csavargó, „tűrhetetlen" magatartású volt gyermekkorában; mint felnőtt azonban a munkában jól megállja a helyét (villamosvezető). Anyja tízéves koráig enurétikus, nyugtalan gyermek volt, jelenleg fejfájós; anyai nagyanyja dadog.

Nevelési szempontból a gyermeket a legkisebb kortól egyenetlen és kedvezőtlen hatások érték. Szülei a vizsgált egyéves korában elváltak, a gyermek már a legzsengébb korban a szülők hangos, durva jeleneteinek volt kitéve. Négyéves korban elszakadt az anyjától, és a Gyermekvédő Intézet kötelékébe kerülve, részben intézetekben, részben különböző családoknál hányódott: részben az apa, részben az anya törődése, pártfogása mellett. A gyermek, aki gyenge idegrendszeri adottságú, a családi biztonságtól, az anyától és az otthon bázisától való megfosztottsága és hányattatása következtében a világgal szemben sértődötté vált; ezt agresszív, antiszociális viselkedésben fejezte ki.

Ez év elején — átérezve, hogy a gyermeknek otthonra van szüksége — az anya a vizsgáltat magához vette. Az anyának vizsgálthoz való kapcsolata és vele való bánásmódja megfelelőnek látszik. Sajnos, a gyermek nevelési körülményei e szerencsés fordulat ellenére sem kielégítőek. Az anya másfél éve újból férjhez ment, de a vizsgáltnak nevelőapjához való kapcsolata rossz; nevelőapja nem szereti őt, durva vele, szíjjal, fakanállal veri, sokszor hetekig kék foltok vannak rajta.

A gyermek a verésekkor magánkívül van, valósággal őrjöng, öngyilkossággal fenyegetőzik. Ha az anya közbelép, „családi botrány" lesz belőle. Ugyancsak kedvezőtlen körülmény, hogy az apa első házasságából származó 12 éves fia is ott nevelkedik az egyetlen helyiségből álló lakásban, s azt a nevelőapa a szülői szeretet előnyeiben részesíti. Mindezen körülmény a gyermek magatartását magyarázza és érthető módon előnytelenül befolyásolja.

Összefoglalva: a gyermeket az általános iskola I. osztályából jó rendű bizonyítvánnyal, magatartási panaszai miatt áttették a III. gyógypedagógiai osztályba. A gyógypedagógiai vizsgálat szerint a gyermek nem mutat értelmi fogyatékos képet. Magatartása a vizsgáló személyekhez jó. Az iskolai és otthoni magatartási panaszokat bőven indokolják a gyermek életének hányatott körülményei, és a kedvezőtlen nevelési hatások, melyek most is érik. A gyermek értelmi fejlettsége az általános iskola II. osztályának jól megfelel. Kézenfekvő, hogy megfelelő értelmi fejlettség és az I. osztályos jó rendű bizonyítvány alapján az általános iskola II. osztályába legyen beiskolázva. Javasoljuk tehát az általános iskolába való visszahelyezését. Magatartásának javítására szóba jöhetne egy neki megfelelő, speciális, magatartási panaszokkal küzdő gyermekek részére felállított intézetben való elhelyezése. Ilyen intézmény — tudomásunk szerint — jelenleg nem működik, de az anya a jövőben már különben sem akar megválni gyermekétől. A gyermek nevelését az anyával részletesen megbeszéltük."

A következő leletben a gyógypedagógiai lélektani véleményt és a tennivalókat szintén az első formájú leletminta szerint, egészen *röviden* foglaltuk össze.

„10 éves fiúgyermek, a gyermeknél középsúlyos imbecillitás áll fenn.

Az orvosi vizsgálat szerint több kisebb alkati anomália található nála. Discraniás koponyaforma, benyomott orrgyök, epicanthus, lingua dissecata. A törzshöz képest rövid végtagok, a test proporcionáltsága nem arányos. Járásnál felső végtagok együttlengése hiányzik, mozgása darabos, merev.

A gyógypedagógiai vizsgálat szerint az egyszerű beszédet megérti, de a felszólítást kissé elutasító-bezárkózó magatartása miatt nem mindig teljesíti. Primitív mondatokban beszél. Testrészeit megmutatja, a színeket egyezteti, az egyszerű tárgyképet felismeri. Számfogalma nincs kialakulva. Rajza körkörös sztereotip-firka.

A gyermek jelenleg a ... kerületi iskola előkészítő osztályába van beiskolázva. Értelmi foka az ezen a színvonalon való oktatását nem teszi lehetővé. A kerületi gyógypedagógiai iskolában alacsonyabb osztály pedig nincs. Javasoljuk tehát a gyermek gyógypedagógiai intézeti elhelyezését a kísérleti, esetleg átmeneti osztály fokán.

Az állapot eredetére nézve több feltételezés jön számításba. A klinikai kép (alkati anomáliák) és az imbecillitás alapján intrauterin ártalomra lehetne gondolni. Az a tény, hogy a gyermek 18 éves nővére szintén értelmi fogyatékos, felveti a familiáris eredet gyanúját, bár ilyen esetben az értelmi fogyatékosság enyhébb fokú szokott lenni. Feltételezhető, hogy jelen esetben mindkét tényezőnek lehet kóroki szerepe."

Megbeszélés a szülőkkel

A kivizsgálás eredményét és a tennivalókat közöljük a hozzátartozókkal, általában a szülőkkel, megbeszélés formájában. Ismertetjük a vizsgálatok eredményét, a hiba, rendellenesség vagy fogyatékosság okát; nagyvonásokban a gyermek egyéni sajátosságait. Hangsúlyozni kell a gyermek jótulajdonságait, képességeit is, hiszen a nevelésnek erre kell alapulnia. Ezután következik a pszichológiai tanácsadás: milyen eljárásokat próbáljon alkalmazni, milyen iskolába kérje gyermeke elhelyezését és esetleg még további szükséges javaslatokat teszünk. Ilyen irányban, ha lehetséges, beszélgetünk magával a vizsgált gyermekkel is. Az orvosi teendőket a szakorvos közli. A tanácsadásban, javaslatokban, főképp pedig a diagnózis közlésében rendkívül együttérzőnek és *tapintatosnak* kell lenni.

EGYÜTTMŰKÖDÉS A FOGYATÉKOS GYERMEK SZÜLEIVEL

A fogyatékos gyermekek személyiségfejlődését vizsgáló újabb kutatások tapasztalatai egyre inkább felhívják a figyelmet arra, hogy a gyermekek fejlődésében milyen nagy szerepe van szüleik feléjük irányuló magatartásának. (Sommers, 1944, Getz, 1956, Hoff, 1961). Az a mód, ahogyan a szülők feldolgozzák magukban azt az élményt, hogy rendellenes, sérült, fogyatékos gyermekük van, kihat a szülő viselkedésére, ami viszont befolyásolja a gyermek személyiségét. A fogyatékos gyermek fejlesztését szolgáló legjobb pedagógiai eljárás sem lehet kielégítő, ha nem veszi tekintetbe ezt a szempontot, ha nem törekszik arra, hogy a fogyatékos gyermekek szüleivel is törődjön, az ő segítségükre is számítson a nevelési folyamatban.

Ha áttekintjük a rendellenes, kivételes gyermekekkel foglalkozó pszichológiai munkákat, nagyon kevés kutatást találunk, mely a fogyatékos gyermek és a szülő, illetve a család kapcsolatát tárgyalná.

Különösen hiányzanak a speciálisan szülők számára írt munkák (Slaughter, 1960; Ross, 1962). A fogyatékos gyermekek *szüleinek fokozott mértékben van szükségük arra, hogy gyermekük neveléséhez szakszerű segítséget, útbaigazitást kapjanak*, hogy problémáikat valakivel megbeszélhessék, aki segít a gyermek fogyatékosságát reálisan szemlélő szülői magatartás kialakításában.

Minden szakembernek, akinek fogyatékos gyermekek szüleivel dolga van, *ismernie kell azokat a pszichológiai reakciókat, melyeket a fogyatékos gyermek léte a szülőkben és az egész családban kivált*, és azokat az érzelmi igényeket, amelyeket a szülők a gyermekükkel foglalkozó szakembertől várnak.

A fogyatékos gyermekek szülei világszerte *szülőszervezetekbe* tömörültek. A szülőszervezetek kialakulásának egyik oka — mint ahogy erre Rubinstein (1962) rámutat —, hogy a szülők elégedetlenek voltak azzal, ahogyan a különböző szakemberek rendellenes gyermekeik problémájával bántak.

Amikor a szülők rájönnek gyermekük fejlődési eltérésére, tanácstalanságukban és kétségbeesésükben rendszerint több szakembert is felkeresnek.

Gyakori eset, hogy ilyenkor teljesen eltérő véleményeket hallanak az állapot várható prognózisát, a speciális nevelés vagy intézetbe adás szükségességét illetően. Vannak, akik halogatják a probléma feltárását, és bagatellizáló, hamis reményeket nyújtó megjegyzésekkel terelik el a szülők figyelmét az éppen fölismert bajról. Az ilyen hozzáállás csak átmeneti megnyugvást adhat, és ugyanakkor késlelteti a korai szakszerű nevelést.

Vannak szakemberek, akik viszont annak a hívei, hogy: „jobb ha a szülő korán megtudja az igazat", és a fogyatékosság tényét olyan pesszimista szemlélettel közlik, hogy ezután a szülők gyakran nem is gondolnak fogyatékos gyermekük fejlesztésére.

Benda (1962) több ezer esetben elemezte a szülők kapcsolatát azzal az orvossal, aki először mondta meg nekik gyermekük fogyatékosságát. Ő is megállapította e két szélsőséges orvosi mentalitást, mely nemhogy csökkentené, hanem növeli a szülők érzelmi konfliktusait.

A fogyatékos gyermekek szüleinek pszichés problémái, érzelmi reakciós mintái igen változatosak lehetnek, és mint Coven (1956) kiemeli, nincs ezen a téren egységes szülői magatartás. Farber (1959) arra hívja fel a figyelmet, hogy a viszonylag kevés kutatás, mely a fogyatékos gyermek és szülője közti kapcsolatot vizsgálja, inkább e kapcsolatnak azt a részét elemzi, hogy hogyan hat a szülő gyermeke fejlődésére, és kevésbé foglalkoznak azzal, hogy mit jelent egy fogyatékos gyermek a szülő, illetve a család számára. Pedig a — mentalhigiénés szempontokon túl — a fogyatékos gyermek fejlődése szempontjából is ennek nagy a jelentősége.

A szülők érzelmi reakcióit igen sok tényező befolyásolja: pszichés alkatuk, műveltségük, a közvetlen környezet toleranciája a fogyatékos gyermekkel szemben, az a tény, hogy mennyi segítséget kapták a társadalomtól gyermekük problémájának megoldásához és még sok egyéb. *A fogyatékosság súlyossága nincs feltétlen összhangban az érzelmi reakciók súlyosságával* (Tizard, 1961). Gyakran előfordul, hogy a súlyos értelmi fogyatékos gyermek szülei beletörődnek sérült gyermekük állapotába, szülői törekvéseiket arra koncentrálják, hogy gyermekük számára jó gondozási feltételeket és az állapothoz mért testi-lelki megelégedettséget teremtsenek. De gyakori, hogy enyhe fogyatékosság esetében a szülők a felnőtté válásig sem tudják reálisan feldolgozni a fogyatékosság tényét. Irreális célkitűzéseik miatt nevelésük egész követelményrendszere nem felel meg a gyermek tényleges képességeinek. Ebben az a körülmény játszik szerepet, hogy a súlyosan sérült gyermekektől a szülők nem várnak semmit a szociális beilleszkedés terén. Ha azonban a gyermek enyhén sérült, törekszenek a fogyatékosság ellenére bizonyos szociális karriert biztosítani számára, és mindig újra átélik a kétségbeesést, ha ez nem úgy sikerül, mint ahogy elképzelték.

A fogyatékos gyermekek szüleinek közös élménye — minden fogyatékossági területen —, hogy nem élik át gyermekük fejlődése során saját gyermekkorukat, nem fedezik fel a gyermekben önmagukat, nem tekinthetik őt saját meg nem valósult reményeik, céljaik végrehajtójának, életük folytatójának. Ezek az érzések pedig természetes velejárói — normális körülmények között — a szülőszerepnek.

Érzelmi reakcióik között — különösen vele született sérüléseknél — gyakran szerepel *lelkiismeretfurdalás, a házastársnak vagy családjának vádolása.*

Főleg primitív környezetben — ahol sok babonás hit él még a terhesség alatti élményeknek, sőt gondolatoknak a gyermek tulajdonságaival való összefüggéséről — fordul ez elő. Az öröklésről vallott laikus felfogások és hiedelmek még napjainkban is — és nemcsak primitív környezetben — meglehetősen elmaradottak, és ez kihat a pszichés rendellenességek megítélésére. Ha az anya nem örült a terheség alatt gyermeke jövetelének, és az bármilyen ok miatt sérült lett, akkor a lelkiismeretfurdalás sokszor egy egész életen át elkíséri. A fogyatékosság valódi okának megvilágítása a szülők előtt sok helytelen nézet felszámolását eredményezheti, és a szülők egy lépéssel közelebb jutnak a reális szülői magatartás kialakításához (Rosen, 1955).

Ahol a pszichés abnormalitásokkal szembeni társadalmi tolerancia kicsi, ott a szülők gyakran *szégyellik* fogyatékos gyermeküket. Különösen feltűnő testi rendellenességek esetén fordul ez elő. Ebből következik, hogy idegenek elől dugdossák vagy titkolják, esetleg kevésbé komolynak tüntetik fel a bajt. Ezzel egyrészt megfosztják a gyermeket attól, hogy a társadalmi kommunikációhoz hozzászokjék. Az ilyen gyermek nem kerül egykorú társak közé, a család szűk keretei között *szociális szempontból izolálódik.* Másrészt nemcsak a gyermek, hanem a *szülők is gyakran elszigetelődnek* társadalmilag. Kerülik volt barátaik társaságát, különösen ha azokban a családokban az övékkel egykorú gyermekek vannak. A gyermekre való állandó felügyelet gondja miatt nem tudnak kikapcsolódni, és egyre súlyosabbnak érzik a fogyatékos gyermek okozta pszichés terhet.

A pszichés rendellenességekkel szembeni társadalmi szemlélet átnevelése, kedvező irányba való befolyásolása — sajtó, rádió, televízió útján — közvetett módon bár, de fontos tényezője a fogyatékos gyermek személyiségfejlődésének. A szülőszervezetek pedig sokat segíthetnek a társadalmi izoláció felszámolásában. Ilyen törekvések világszerte csak az utóbbi időben kezdődtek, de igen gyors fejlődés tapasztalható ezen a téren. *Hazánkban a fogyatékosok ügyének ez a legelhanyagoltabb területe.*

A fenti érzelmi problémák különböző magatartásformákat hoznak létre. Igen általános anyai magatartás a *„túlgondoskodás"*. Ilyenkor az anya számára a központi személy a fogyatékos gyermek, kedvéért háttérbe szorítja férjét és az ép testvéreket, nem veszi észre, ha számukra a fogyatékos gyermek pszichés megterhelést jelent, és ha észreveszi, ezt személyes sérelemként értékeli. Egész életét „feláldozza" a sérült gyermekért, kétségbeesetten ellenkezik, ha a gyermek intézetbeadása szóbakerül. Túlzott gondoskodásával önállótlanná teszi. Az ilyen gyermek kevesebbet teljesít, mint ami képességeiből kitelne, és idősebb korában is fixálódik a „bébi"-szerepben.

Ezzel ellentétes az *elutasító magatartás,* a fogyatékos gyermek neveléséből adódó problémák és felelősség elől való menekülés, vagy ennek a felelősségnek áthárítása szakemberekre, intézményekre. Az ilyen viselkedést a szülők gyakran azzal indokolják, hogy az ő szülői ismereteik nem elégségesek a problematikus gyermekkel való bánáshoz, illetőleg arra hivatkoznak, hogy a család pszichés egészségének védelmében van szükség a gyermek eltávolítására. A sérült gyermek gyakran válaszol agresszivitással, általános negativizmussal az ilyen jellegű szülői mgatartásra (Goodenough, 1956).

A fogyatékos gyermekek szüleinek állandóan szükségük van segítségre, hogy megbirkózzanak nehezített szülői feladatukkal. A gyermek különböző életkorában más és más lesz a központi probléma, amit meg kell oldani (Doll, 1953). Kisgyermekkorban a fogyatékosság felismerése és ennek az élménynek a feldolgozása, az okok tisztázása áll a szülőkkel folytatott pszichoterápiai beszélgetések előterében, valamint a szülői együttműködés kialakítása a gyermek fejlesztése érdekében (Colvin, 1965). Az otthoni foglalkoztatásra vonatkozó módszeres tanácsadás a hallási fogyatékosok esetében sokkal jobban kidolgozott — a pedoaudiológiai gondozás elterjedése óta —, mint más fogyatékosságoknál (Tracy, 1963). A későbbi életkorban a beiskolázási tanács, a gyermek képességeinek és a sérülés jellegének legjobban megfelelő iskola megválasztása, az intézetbe adás vagy otthontartás problémája, a reális követelmények kialakítása, majd a pályaválasztás, a társadalmi beilleszkedés kérdései és a szexualitás kerülnek központi helyre.

Életkortól függetlenül és minden abnormalitási kategóriában fontos a szülőknek segítségére lenni abban, hogy: *a)* elfogadják gyermeküket olyannak, amilyen, *b)* reálisan ítéljék meg képességeit, *c)* szociális boldogulását illetően megelégedjenek a fogyatékosság-szabta lehetőségekkel, és ezeken belül keressék gyermekük számára a legjobbat, *d)* nyújtsanak olyan védő gondoskodást, amely a családon belül ellensúlyozza azokat a frusztrációs hatásokat, melyeket a fogyatékos gyermek és főleg ifjú a társadalomban átél, *e)* ne csak a fogyatékosságot vegyék észre gyermekükben, hanem a pozitív tulajdonságokat is, teremtsenek olyan miliőt, melyben a gyermek nem érzi inferioritását.

A fogyatékos gyermekek szüleivel való együttműködés kialakításában fontos szerepe van a gyógypedagógusnak. Igen jelentős az is, hogy a különböző szakemberek (orvos, védőnő, pszichológus, pedagógus) összedolgozzanak ezen a téren.

A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIAI TANÁCSADÁS

A szülő a mai differenciált munka és társas közösségbe csak úgy képes ép gyermekét hiba, tévedés nélkül belenevelni, ha a tágabb környezet (óvoda, iskola, a civilizáció és kultúra vívmányai, a társadalom) segítségére vannak. Különösen áll ez a fogyatékos gyermekek esetében; az ő nevelésükben —mivel ez szakmai ismeretet is igényel—a szülő tájékozatlan és a nevelési hibák egész sorát követheti el.

A nevelői ráhatásnak az életkori sajátságokon kívül tekintetbe kell venni a gyermek alkatát, hajlamait, személyiségét, tehát egyéninek kell lennie akkor is, amikor a gyermek ép. A tapasztalat azt mutatja, hogy minden ép gyermek nevelhető. Elmondhatjuk ugyanezt minden sérült, rendellenes, fogyatékos gyermekre is? A nevelés lehetősége itt általában már korlátozottabb. Ennek ellenére a rendellenességhez alkalmazkodó eljárásokkal megvan a módja az ő sikeres nevelésüknek is. Egyoldalúan vagy alacsonyan strukturált személyiségük fejlesztésével, kiegyensúlyozásával, azaz „gyógyítónevelésével" az iskolai, a munka és az épek közösségébe ők is beilleszt-

hetők, — és a súlyosabban sérültek kivételével — önálló életvezetésre képesek. Képesek a teljes értékű életre: az „egyénileg boldog, társadalmilag hasznos életre" (Horányi 1967).

A gyógypedagógiai lélektani *tanácsadás* részleteit nem lehet előre pontosan felsorolni; annyiféle, ahányféle a gyermek, és ahányféle a vele való probléma. Néhány általános elvet és néhány speciális szempontot mégis — legalább összefoglalóan — leírunk.

Elsősorban a *szülő* nevel; másodsorban az *óvoda-iskola*, azután — és közben — az *élet:* barátok, szomszédok, az utca, a város, a nemzet, a könyvek, a film, a sport, a szórakozás, egyszóval az egész társadalom, amelyben él, minden termékével.

A nevelés a születéssel kezdődik. Akkor kell elkezdeni — gátló és serkentő hatással — a szoktatást, a kapcsolatok kialakítását, az automatizálást, a fegyelmezést. Lassan-lassan az értelemre való hatás lehetővé válik, s végül az egyén eljut a végső célhoz, az önfegyelem magas fokához. A nevelésnek vannak bizonyos pszichológiai kívánalmai, amelyek az ép gyermek nevelésében is szem előtt tartandók, a *fogyatékos gyermekeknél pedig nélkülözhetetlenek.*

1. *Rendszeresség.* A fogyatékos gyermek egész napi beosztásában rendszeresség legyen. Mindig azonos időben legyen a felkelés, az étkezés, a séta, a játék, a tanulás, a lefekvés és az alvás. Ha az időpontokat nem tartják be, a gyermek nyűgös, nyugtalan lesz, evésében, alvásában zavar keletkezik.

2. *Fokozatosság* A sérült gyermek életében történő változásokat fokozatosan kell véghezvinni. Ilyen például a csecsemő átszoktatása az anyatejről vegyes ételre, a kisgyermek fokozatos hozzászoktatása az iskola előtt még az óvodában az egyhelyben üléshez, figyeléshez, közösségi élethez.

3. *Következetesség.* A gyermek csak úgy tanulhat meg alkalmazkodni, ha következetes a nevelés, ha tudja, mit szabad, mit nem. A hozzátartozók gyakran jó vagy rossz hangulatuk, elfoglaltságuk vagy ráérő idejük, mások jelenléte és egyéb szubjektív okok miatt engednek meg vagy tiltanak meg valamit a gyermeknek. Olykor a gyermek valami mondásán vagy tettén nevetnek, máskor ugyanazért megfeddik. Ez a szeszélyes kezelés a gyakori nevelési hibák közé tartozik, és a fogyatékos gyermekben még nagyobb bizonytalanságot kelt, mint az épben. Természetesen a nevelés következetessége nem jelent kérlelhetetlenséget, még merevséget sem. Amikor a gyermek beteg, fáradt, nyugtalan, fájdalmai vannak, továbbá, amikor a dackorban vagy pubertásban van, olykor egyéb kivételes esetekben is, a helyzethez megfelelően kell alkalmazkodni.

4. A *nevelő magatartása.* A fogyatékos gyermeket körülvevő családtagok viselkedése nyugodt, egyenletes, őszinte és harmonikus legyen. *Nyugodt,* vagyis ne legyenek ingerültek, türelmetlenek vele és körülötte; kiabálás, veszekedés ne történjék a gyermek jelenlétében. *Egyenletes,* vagyis a vele való bánásmód ne legyen hirtelen vagy ok nélkül változó: egyszer becéző, máskor goromba. *Őszinte,* azaz a gyermek ne kapja rajta hozzátartozóit hazugságon vagy ígéretmegszegésen. Általában a felnőttek természetesnek veszik, hogy a gyermeket és főképpen a fogyatékost félrevezetik, becsapják. A fogyatékos gyermek bizalmatlan, gyanakvó, zárkozott lesz,

amúgy is hajlamos erre. *Harmonikus* a gyermek környezete, ha a család légköre nem feszült, izgatottságot árasztó, hanem a család tagjai megértéssel, szeretettel, önzetlenséggel viseltetnek egymás iránt.

5. *A példa.* A leghatékonyabb nevelési eszköz a gyermek számára. A környezet, elsősorban az anya, az apa — később a pedagógus is — minta a gyermek előtt. Őket utánozza, másolja, követi. Ha valami ok miatt nem lehet tekintélyük, nem lehetnek eszmény a gyermek előtt, magatartási rendellenességet vonhat maga után. A fogyatékos gyermekre még súlyosabb következménye lehet: egyoldalúsága miatt nehézséget jelent, hogy nem képes olyan mértékben „utánozni" az eszményt, mint az ép; ugyanakkor szüleire még sokkal inkább és hosszabb ideig rászorul.

6. *A fegyelmezés.* A pedagógiának és a pszichológiának egyformán sokat tárgyalt, vitatott kérdése. Mindenekelőtt a fegyelmezésnek fokozatosnak és egyéninek kell lennie. Eszközei elsősorban a szoktatás, később a jutalmazás-büntetés, majd az értelmi meggyőzés.

A *jutalmazás* általában a szeretet, az öröm kifejezése: simogatás, csók, ölelés; édesség vagy játék, vagy egyéb ajándék, szórakozáshoz juttatás, dicséret. Ezt a súlyosabban sérült gyermekek is megértik. A túlzásba vitt kényeztetés, főképpen, ha a gyermek teljes kiszolgálásában nyilvánul meg, a fogyatékos gyermeket önállótlanná teszi. Ennél súlyosabb hibát követhetnek el a gyermek *büntetése* során. Sokféle változatát alkalmazzák. Leggyakoribb: öröm, játék-szórakozás vagy étel megvonása; a szeretet megvonása (rideg beszéd és viselkedés), szidás, megszégyenítés (sarokba állítás, térdeltetés, kicsúfolás), ijesztés (fenyegetés vagy sötét szobába-pincébe-csukás) és a verés többféle formájában (kézzel, főzőkanállal, nadrágszíjjal, bottal stb.). *A testi — és általában a gyermeket ijesztő vagy megszégyenítő — fenyítés minden formájában helytelen.* Csak látszólag használ. A gyermeket — különösen az érzékenyebbet — félénkké, makaccsá, zárkózottá, elkeseredetté teheti, vagy eldurvítja, pökhendivé, bosszuállóvá teheti. Különösen *nem szabad* testileg fenyíteni *a fogyatékos, hibás, rendellenes gyermeket,* sem otthon, sem az iskolában. Ha a nevelés kezdettől fogva helyes volt, sok türelemmel, önfegyelemmel — és szakértelemmel — a fogyatékos gyermek is irányítható, olykor könnyebben, mint az ép.

7. *Az önállóságra nevelés.* Általában problémát jelent fogyatékos gyermekeknél. A szülők ugyanis hol sajnálatból, hol türelmetlenségből nem engedik, hogy a vak, a süket, a mozgássérült vagy a gyengeelméjű kisgyermek egyedül próbálkozzék öltözködéssel, vetkőzéssel, étkezéssel. Holott fejlődésüket épp azzal segítenék elő, ha minél több és minél előbb önállóságra szoktatnák őket.

8. *A testedzés és a sport.* A fogyatékos gyermeknek nemcsak testi fejlődését segíti elő, nemcsak erősíti és edzi őt, hanem fegyelemre, kitartásra is neveli; akaraterejét, önbizalmát emeli, tehát pszichológiai szempontból is ajánlható. A passzív gyermeket serkenti, a nyugtalant csillapítja, az agresszívnak az indulatosságát levezeti. Noha a fogyatékosok egy része bizonyos sportágakban nem vehet részt, mégis néhány sportfajtát már gyermekkortól kezdve, az épekhez hasonlóan — fogyatékosságuk jellege szerint — már elkezdhetnek: a tornát, az uszást, a biciklizést, a korcsolyázást, az asztaliteniszt, a kirándulást stb.

9. *A játék és a szórakozás.* A gyermeknek nemcsak örömet ad, hanem hatékonyan neveli is. A fogyatékos gyermeknek mindkettőre szüksége van, tehát igen változatosan sokféleképpen igénybe kell venni. A gyermek korának, fejlettségi fokának és fogyatékossága milyenségének megfelelően — nevelési tanácsadáskor — a következő játékféleségek ajánlhatók: pancsolás, sározás, agyagozás, homokozás, építés, papírtépés-kivágás, rajz, furás-faragás, kézügyességi játékok, kézimunka, kertészkedés. A mozgásos játékok közül a szokványos futás-versenyzés, ugrálás, bujócska, fogócska, a különféle labdajátékok. Az értelemfejlesztő játékok közül az összerakós képek, a betűtáblák és lottók, a dominó, a képeskönyvek. Különféle, egyszerű társasjátékok. Az érzelemre ható szórakozások közül az irodalmi művek, a zene, ének, tánc, színház, mozi.

10. *Az önfegyelemre nevelés.* Voltaképpen egészen kis korban elkezdődik, amikor a gyermek a szülő kérésére, a szülő iránti szeretetből lemond valamilyen vágya kielégítéséről. Majd magasabb fokon eljut odáig, amikor az egyén indulatait, vágyait, érdekét leküzdve, önként, valami eszme, eszmény vagy egyszerűen a közösség szolgálatában cselekszik. A fogyatékosok legtöbbje — a súlyos gyöngeelméjűket kivéve — képes eljutni erre a fokra.

PSZICHOTERÁPIA FOGYATÉKOSOKKAL

Pszichoterápiának neveznek minden olyan gyógymódot, amely pszichológiai vagy pszichopedagógiai eljárással irányul bármilyen, lényegében pszichés eredetű vagy pszichés mechanizmusú zavarra (még akkor is, ha a zavar látható megnyilvánulása szomatikus). (Faure, 1963.) Mivel a pszichoterápia tevékenységi területe igen tág — az enyhe magatartási panaszoktól az elmebajokig terjed —, ennek megfelelően eljárásai is igen változatosak. Vannak közöttük *szuggesztív* metódusok, a rábeszélés, a relaxáció (autogén tréning) különféle formái; vannak *katarzison* alapuló változatok, a hipnózis, a szubnarkózis, a pszichodráma, a szociodráma; idetartoznak a *mélypszichológia* eljárásai, a pszichoanalízis hosszabb vagy rövidebb formái. Legtöbbször összetett a pszichoterápia, többféle módszer kombinálódik, például a munkaterápiához, a foglalkozásbeli terápiához csatlakozik a „támogató", a „bátorító" terápia is. (Pièron, 1965; Hirsch, 1967). Noha a pszichoterápia inkább egyéni módszer, egy embernek egy másik emberhez való kapcsolata, van kollektív formája is, a csoportterápia. Ennek egyik változata a családi csoportterápia (P. Liebermann, 1965; Popper, 1966). A pszichoterápiát a szakirodalom egy része azonosítja a „reedukációval", az átneveléssel, mert fő feladatának tekinti az egyén beillesztését (újra beillesztését) a környezetébe. (Béquart—Muldworf, 1961). Gyermekkel a pszichoterápia nehezebb, mint felnőttel, mert a gyermek önállótlanabb, másoktól függőbb és nem alkalmazható rájuk a felnőttek minden módszere. Ennek ellenére igen hatásos metódus, ha a velük foglalkozó terápeuta megfelelő pszichológiai, morális és technikai felkészültségű. A gyermekeknél lényegében a pedagógiai módszerek változatai alkalmasak pszichoterápiára, és speciálisan a pszichodráma, a világjáték, a rajz, a bábjáték (Sutter—Pascalis, 1965; Sillamy, 1965).

Fogyatékos gyermekek éppúgy rászorulhatnak pszichoterápiára, mint az épek. Lehetnek neurotikusok, érheti őket pszichés trauma, támadnak konfliktusaik, átesnek krízíseken. Sőt még inkább igényük van rá: arra, hogy segítsék őket a fogyatékosságuk elfogadásában, a közösségbe való beilleszkedésben.

A szorosabb értelemben vett, a fogyatékosok sajátosságaihoz alkalmazkodó speciális pszichoterápia még nincs megfelelően kidolgozva, a szakirodalomban egy-egy területen csak részleteket — vagy csak igényt — találunk (Ljapigyevszkij, 1950; Fice, 1959; Rassekh—Ardjomand, 1962; Fau, Andrey, Le Men, Dehaudt, 1966; Davis, 1968). A fogyatékosok „átnevelése" pedig a rendellenesség formájától, súlyosságától és egyéni jellegétől függően igen komplex, sokoldalú. A sokrétűségben azonban egy-egy tevékenység kap erős hangsúlyt, például a beszédhibásnál a beszédjavítás, a mozgássérültnél a mozgásterápia, az értelmi fogyatékosnál a képességek fejlesztése.

Nem ismertetjük, még röviden sem, az átnevelés tennivalóit: ez egy újabb kézikönyvnek lehetne az anyaga. Éppen csak felsoroljuk azokat a tevékenységeket, amelyek az átnevelés fogalomkörébe tartoznak, s amelyek a komplex terápiát alkotják. Mindezek lehetnek egyéniek vagy csoportosak:

pszichomotoros fejlesztés,
játékterápia,
képességek fejlesztése,
beszédjavítás, beszédnevelés,
művészeti, esztétikai fejlesztés,
zeneterápia,
munkaterápia,
pedagógiai eljárások.

*

A fogyatékos gyermekek átnevelésének szempontjai szerint alakult ki speciális nevelésük, oktatásuk, a gyógypedagógia feladata.

A gyógypedagógiai tevékenység az erre szervezett intézményekben a sérült gyermek fogyatékosságának jellege, foka és a gyermek életkora szerint előírt sajátos eljárásokkal történik. A gyógypedagógusnak nemcsak módja van rá, hanem egyben feladata is, hogy a gyógyítónevelést egy bizonyos mértékben a gyermek egyéni képességeihez és tulajdonságaihoz, egyszóval személyiségéhez alkalmazza. Ehhez nemcsak az osztályában levő tanulók személyiségét kell ismernie, hanem azokat a pszichológiai — és pedagógiai — elveket is, amelyek a gyermek személyiségének legjobban megfelelő eljárást indokolják, alátámasztják. Így tudja óráról-órára, olykor szinte percről-percre tudása és tapasztalata alapján megteremteni a gyógyító nevelés legkedvezőbb feltételeit. Ez segíti abban is, hogy a gyermek otthoni nevelésére vonatkozó tanácsért hozzáforduló szülőnek az általános nevelési elvek mellett egyéni nevelési tanácsot képes adni.

A fogyatékos gyermek a gyógypedagógusnak az osztályban a maga bonyolult összetettségében jelenik meg: *a)* bizonyos életkori, illetve attól

eltérő sajátosságában, *b)* fejlődésében, *c)* fogyatékosságából fakadó változatosságában, *d)* személyiségéből eredő egyéni tulajdonságaiban, *e)* sérültségéből származó vagy ettől független egyéb rendellenességében és *f)* környezete hatásaiban.

A gyógypedagógus sohasem egyik vagy másik tulajdonságát neveli a gyermeknek, hanem az *egész gyermeket*, aki ilyen vagy olyan tulajdonságokat, magatartást mutat. Olykor *környezetének* „átformálása" vagy megváltoztatása is szükséges. Így tudja csak elérni, a hozzátartozók segítségével, hogy rendellenessége tényét elfogadtassa a fogyatékossal úgy, hogy az az épek közösségébe tartozónak érezze magát és az épek között jól érezze magát.

A gyógypedagógiai megelőzés néhány szempontja

Folyamatban van a gyógypedagógiai prevencióra vonatkozó kérdések összeállítása — a gyógypedagógiailag és pszichológiailag kivizsgált — fogyatékosok adatai alapján. Következtetéseinket részben 515 gyógypedagógiai intézeti bentlakó tanuló, részben 726 fogyatékos bejáró növendék esetéből vontuk le, az intézményekből nyert adatok alapján.

Közülük részletesen feldolgoztuk az 515 növendék adatát, csaknem azonos számú értelmi-, hallási- látási fogyatékos és beszédhibás gyermekét, a hozzátartozó 10 244 családtag adatával együtt. Az egyik kérdésünk a *fejlődési rendellenesség és a fogyatékosság* kapcsolatára vonatkozott. Fejlődési rendellenességet köztük igen magas számban találtunk, az átlag többszörösét. A Központi Statisztikai Hivatal Budapesti Igazgatóságának közlése szerint az átlagnépességben az első életévben 3—4% fejlődési rendellenesség volt; az iskoláskorú gyermekeknél már csak 1%. A mi adataink szerint fejlődési rendellenesség

dadogók és családtagjaik közt	9,4%-ban
süketek és családtagjaik közt	10,0%-ban
vakok és családtagjaik közt	10,4%-ban
gyengeelméjűek és családtagjaik közt	13,8%-ban

fordult elő.

Ez a szám akkor is sokszorosa az átlagnépességben előforduló arányszámnak, ha tekintetbe vesszük, hogy abban csak az élve születettek adatait vették fel, míg mi a halva születettek és a spontán vetélések számát is. Tehát minden olyan tevékenység, akár tudományos, akár gyakorlati, amely a fejlődési rendellenesség keletkezése ellen küzd, a gyógypedagógiai megelőzést segíti.

Másik kérdésünk a *fogyatékosság öröklet*esség*ének* — sokféle módon kutatott és vitatott — számarányára vonatkozott. Milyen töménységben fordul elő ugyanaz a fajta fogyatékosság ugyanabban a családban, ez volt vizsgálatunk célja. Azt találtuk, hogy

dadogás dadogók családjában	6,9%-ban,
gyengeelméjűség gyengeelméjűek családjában	7,6%-ban,
látási fogyatékosság látási fogy. családjában	7,7%-ban,
hallási fogyatékosság hallási fogy. családjában	11,9%-ban.

Az *átlagnépességben* nálunk előforduló arányszámra újabb pontos adatokat nem sikerült szereznünk.

Ezeket az adatokat egészíti ki a Gyógypedagógiai Pszichológiai tanszéken vizsgált kétezer fogyatékos gyermek adata. Közöttük 13,6%-ban találtunk

olyan fogyatékosságot, amely családi jellegűnek, tehát örökletesnek tekinthető; 11,46%-ban az ok bizonytalan, illetve többtényezős volt; 22,8%-ban nem sikerült a fogyatékosság eredetét bizonyossággal megállapítani. A többi esetben, azaz 52,14%-ban a fogyatékosság elsősorban szerzett jellegűnek mutatkozott: fogamzás körüli ártalomnak, méhen belüli károsodásnak, születési sérülésnek, különféle betegségnek, illetve azok szövődményeinek; környezeti károsodásnak; ritkán egy-egy baleset következményének.

Ez a néhány — a sok közül csak jellemzésül bemutatott — számadat is azt tanúsítja, hogy a szerzett fogyatékosságok száma mennyire felülmúlja a családi jellegűt. A gyógypedagógiai profilaxis szempontjából ez több reményre ad jogot. A gyógypedagógiai megelőzés ugyanis — főleg régebben — általában inkább az örökletes fogyatékosságok felderítésével és prevenciójával foglalkozott. Ennek megoldására több — heves vitát is előidéző — javaslat is elhangzott: például a sterilizáció. Kiderült azonban, hogy ez nemcsak nem célravezető, de ellenőrizhetetlenül messze belenyúl a személy jogaiba, és nem egyeztethető össze a humanista szemlélettel. A szerzett fogyatékosság esetében a megelőzés sok szempontból reálisabb, könnyebben megoldható. A probléma mindkét esetben éppúgy biológiai, mint pszichológiai, de nagy mértékben társadalmi.

Eddigi adatainkból — igen röviden összefoglalva — azt következtethetjük, hogy:

a) akár szerzett, akár öröklött fogyatékosságról van szó, a megelőzés szempontjából az eddiginél sokkal *pontosabban* és *szélesebben* kellene feltárni azokat a körülményeket, okokat, amelyek a fogyatékosságot előidézték, különös figyelemmel a fogyatékos gyermek egész fejlődésére, családi és környezeti adataira.

b) A felderített anyagot *statisztikailag* fel kell dolgozni, és az átlagnépességben előforduló számarányhoz kell viszonyítani. (Ehhez fel kellene venni a fogyatékosok országos pontos statisztikáját.) A fogyatékosokra vonatkozó adatok — még a legjobbak is — jelenleg csak részlegesek, egymástól gyakran eltérőek, hiányosak. Sok esetben egyáltalán nincs összehasonlító adat.

c) Ezek alapján az eddiginél megalapozottabban lehetne kidolgozni a *közegészségügy fejlesztésének* erre vonatkozó irányait, s több általános intézkedést lehetne módosítani vagy újonnan hozni, például a házassági tanácsadás, a közönség felvilágosítása, különféle propaganda útján.

d) Adataink azt mutatják, hogy a fogyatékosság megelőzésének lehetősége és feladata elsősorban az *orvostársadalom* kezében van. Az orvostudomány kétféleképpen segítheti elő a prevenciót:

1. Tudományos kutatás és gyakorlati tevékenység útján a *teljes*, az igazi megelőzésre való törekvés által: a terhes anya ellenőrzése, a szülés gondos levezetése, új gyógyító-eljárások felfedezése, a betegség, illetve a szövődmény keletkezésének megelőzése, utókezelés — egy szóval a korszerű anya- és csecsemővédelem és hasonló tevékenységek útján. Ez a munka folyamatosan előre halad, s egyre jobb eredményeket érhet el.

2. A másik feladat megoldása ugyan csak *részleges* eredményt hozhat, de annál sürgősebb: a már létrejött ártalom esetében a fogyatékos gyermeket minél előbb gyógypedagógiai lélektani szakvizsgálatra kell küldeni, hogy — szükség esetén — minél előbb gyógypedagógiai foglalkoztatásban

részesülhessen. Így a másodlagos károsodás esetleg részben megelőzhető, a kompenzálás elősegíthető. A fogyatékosság-okozta személyiségfejlődési rendellenesség pedig elkerülhető vagy enyhíthető.

3. A megelőzésnek ebből a feladatából éppúgy, mint a környezeti károsodás elkerülésének feladatából nagy rész hárul a gyógypedagógiai lélektanra is:

a) a fogyatékos gyermekek felkutatása,
b) kivizsgálásuk és a tennivalók megállapítása,
c) tanácsadás a szülőknek
d) az utógondozás.

A megelőzés egyik nagy problémája a sérült gyermek társadalomba való beilleszkedésének előkészítése. Erre nem csupán a fogyatékos gyermeket — vagy ifjút — kell előkészíteni, hanem az épek társadalmát is. A közösség nehezen fogadja be a fogyatékosokat: az ép emberek magatartása nem természetes velük: feltűnően megnézik, túlzottan „tapintatosan", sajnálkozóan kezelik őket, vagy türelmetlenek velük, sőt visszaélnek gyámoltalanságukkal. Gyermekek és alacsonyan strukturált személyiségű felnőttek között akadnak, akik az átlagtól néha észrevehetően elütő fogyatékoson nevetnek, gúnyolódnak. Olyan propagandát kell tehát kifejteni, a civilizáció és kultúra lehetőségeit felhasználva, amely megmagyarázza az ép embereknek, hogy viselkedésük a fogyatékosokkal megértő és egyszerűen, természetesen emberi legyen.

Negyedik rész

A fogyatékosok munkalélektanának néhány szempontja

Munkaalkalmasság és pályaválasztás

FOGYATÉKOSOK MUNKAALKALMASSÁGI VIZSGÁLATA

A megfelelő pálya kiválasztása az épek számára is gyakran problémát jelent. A foglalkozások a kultúra haladása folytán egyre inkább differenciálódnak, több tízezer pályafélesség van. Már a múlt században rájöttek arra, hogy anyag- és energia-, sőt emberpazarlást jelent, ha egy-egy szakmára nem az arra legalkalmasabbak kerülnek. Ennek folytán alakult ki a pálya- vagy munkaalkalmassági vizsgálat sokféle formája, általában kétféle szempontból: egy bizonyos személy *milyen* foglalkozásokra alkalmas a leginkább, és egy bizonyos foglalkozásra *ki* alkalmas legjobban. A kérdést két részben tárgyaljuk: 1. Munkaalkalmassági vizsgálatok fogyatékosokon, 2. Pályaválasztási tanácsadás fogyatékosok számára.

1. *A munkaalkalmassági vizsgálat* szerte a világon egyre nagyobb jelentőséget nyer. Már nem egyszerűen bizonyos képességek és az intelligenciaszint megállapítására szorítkozik mint régebben, hanem mindinkább az *ember egész személyiségének* alkalmasságát vizsgálja, a maga *társadalmi viszonylataiban* (Csirszka, 1965). A munkalélektan pedig — amelynek egy része - ma már „felöleli mindazon biopszichés tényezők komplex hatását, amelyek befolyásolják a dolgozó embert, pszichés folyamatait és állapotát" (Horváth L. G., 1965). A pályaalkalmasság kérdése is annál nagyobb távlatot nyer, minél több és több ágazatot fejleszt a munkapszichológia: az üzemi, a mérnöki, az ipari, a mezőgazdasági, a kereskedelmi, a közlekedési, a fiziológiai, a szociológiai munkapszichológiát — és minél újabb és újabb tudományos elméletek és eszközök segítik: az információelmélet, a matematika, a statisztikai, a valószínűségi számítások tana, a kibernetika eljárásai, az ergonómia s a mindezek alapján előállított elektronikus és egyéb készülékek (Perczel, 1965).

Igen gazdag szakirodalma van. Sok külföldi államban százszámra működnek már pályaválasztási tanácsadó állomások; sőt jónéhány országban a vizsgálat kötelező: bizonyos munkaterületeken csak azokat alkalmazzák, akik a vizsgálatokon megfelelő eredményt értek el. A tanácsadás korszerű irányzatához tartozik, hogy tevékenységének legalább előkészítését az *iskolák feladatává* tegye. (Ilyen tendenciát mutat nálunk is az 1927/1961. XII. 30. számú Kormányhatározat, és a Fővárosi Pályaválasztási tanácsadó megszervezése.)

A *fogyatékosok* pályairányítása - mivel ettől függhet egész rehabilitációjuk - a szakirodalom általános tanúsága szerint még fontosabb, mint az épeké. Sinoir (1963) idézi, hogy a „fogyatékosokat és abnormálisokat" képességük legjobb teljesítménye alapján a nekik leginkább kedvező munkába kell állítani. Siegert (1961) szerint a fogyatékos tanulók sokkal inkább rászorulnak *egyéni pályairányításra*, mint az épek. Archangelszkij

(1962) a „normálistól patologiásan eltérők" esetében *komplex vizsgálatokon* alapuló tanácsadást tart szükségesnek; CSIRSZKA (1963) pedig a normálátlag alattiakat *„szaktanácsadásban"* kívánja részesíteni, vagyis pszichológiailag alátámasztott, egyéni, alapos kivizsgálásban.

A foglalkozásbeli rehabilitáció érdekében külföldön a fogyatékosokat általában már *iskolai tanulmányaik* alatt megfigyeli a pedagógus, a gondozó. Ezzel párhuzamosan több ízben orvosi és sokoldalú pszichológiai vizsgálat alá vetik őket. Ez utóbbi többhelyt — éppúgy mint az épeké — személyiség- és képességvizsgáló „tesztbattériákkal" történik, másutt az általános lélektan módszereivel. De fokozottan veszik figyelembe személyiségjegyeiket, és a családi, szociális, gazdasági szempontokat. Ha az iskola befejeztéig még nem sikerült a döntés, a fogyatékosság fajtája szerint sajátos kísérleti jellegű foglalkoztató műhelybe helyezik őket, ahol — megfelelő anyagi, pedagógiai és szociális feltételek közt — a gyakorlatban próbáltatják ki, hogy az ajánlott lehetőségek közül melyekben válnak be legjobban.

A rehabilitációval foglalkozó *külföldi irodalomból* csak néhány nevet említünk az ismertebbek közül: ENGEL, PINSZKIJ, POTTS, SIEGERT, YEPSEN, TARASZOV, ZAZZO nevét az értelmi fogyatékosokkal foglalkozó szakirodalomból; BOSZKISZ, DJACSKOV, HEMOUS és OLERON nevét a hallási fogyatékosokkal foglalkozók köréből; CAULLIER-ét, DELTHI-ét és ZEMCOVAét a látási fogyatékosok szakirodalmából és a mozgássérültekkel foglalkozók közül pedig DEGOY, DURIEUX, ROY nevét. A fizikai fogyatékosok számára THIREAU (1961) 62-féle foglalkozásból dolgozott ki pályatükröt.

Hazánkban a pályaválasztási tanácsadás néhány év óta újra erős fejlődésnek indult BÁLINT, CSIRSZKA, GERÉB, HORVÁTH L. G., MOLNÁR, PAULAY, PERCZEL, RADNAI, RÉTI, RITÓOKNÉ, RÓKUSFALVY, TAKÁCS, VASZKÓ, ZÉTÉNYI és még mások munkalélektani kutatásai alapján. Egyre szaporodik a vizsgáló és az üzemi pszichológiai állomások száma is.

A fogyatékosok pályaválasztására vonatkozó *empirikusan* nyert adatok gyűjtése és feldolgozása szintén évek óta folyik. A gyógypedagógiai pszichológiai tanszék — hallgatók bevonásával — figyelemmel kíséri a különféle gyógypedagógiai intézményekből kikerült fogyatékosok életsorsát annak megállapítása végett, hogyan illeszkedtek be a *termelő munkába* és az épek *közösségébe*. Részletesen elemző anyag gyűlt össze mintegy 1800 különféle fogyatékosról és statisztikai jellegű mintegy 4400-ról. A fogyatékosok elhelyezkedéséről tájékoztató tapasztalati és statisztikai adatokat az MM illetékes osztályai és a gyógypedagógiai intézmények is nyilvántartják: ilyen témájú közlemény a Gyógypedagógia című szaklapban is megjelent, GAÁL (1963), TEGYEINÉ (1963), TÓTH—VERÉND (1962, 1963) cikke. Sőt az Oktatási Reform tervezi a fogyatékosok munkára nevelésének korszerű megoldását.

Ezzel szemben a fogyatékosok pályaválasztására vonatkozó *munkalélektani tudományos kutatás* nálunk — SCHMIDT (1929) és RÉTI (1959) közlésén kívül és a MüM Munkalélektani Csoportjában, valamint a MÁV Pályaválasztási Tanácsadójában végzett egyes vizsgálatokon kívül — alig van. Holott nagyon itt az ideje, hogy a kísérleti munkapszichológia módszereivel is megalapozzukk a tapasztalatból, a külföldi szakirodalomból és a spekulatív módon szerzett eredményeket.

E kutatómunkában való részvételre *munkacsoportot* szerveztünk, a gyógypedagógia különböző területein dolgozó gyógypedagógiai tanárokból. Célunk a következő fokozatokon át vezet: 1. elvégezni a fogyatékosokkal ugyanazokat az alkalmasság vizsgálatokat, melyek az épek számára már standardizáltak, s megállapítani, alkalmazhatók-e azok rájuk; 2. amennyiben nem alkalmazhatók, a próbákat át kell dolgozni s a pályaelemzések alapján összeállítani a különféle fogyatékosok vizsgálatára egy-egy sorozat munkaképességüknek és lehetőségeiknek megfelelő *speciális* vizsgáló-eljárást; 3. ezeket be kell építeni a gyógypedagógiai lélektan *elméletébe és gyakorlatába*, hogy a jövő gyógypedagógia tanárai tudatosabban és adekvátabban legyenek képesek növendékeiket megfelelő pályára irányítani; 4. ezzel is segítséget nyújtani a fogyatékosok *munkalehetőségeinek kiszélesítéséhez*.

A tervezett munka *első fokaként* munkaközösségünk megvizsgálta Budapesten a különböző gyógypedagógiai intézményekben tanuló VIII. osztályos növendékeket, s az eredményeket feldolgozta. Mivel az egy-egy évben végző tanulók száma viszonylag csekély, általában 14—15 fő, a vizsgálatokat *több éven át* kellett folytatnunk, hogy a feldolgozásra és értékelésre érdemes számot elérjük.

Munkacsoportunk összesen 242 növendéket vizsgált meg, 51 látási fogyatékost, 61 hallási fogyatékost, 102 értelmi fogyatékost és 28 mozgássérültet.

Vizsgáló módszerül a *MüM Munkalélektani Csoportja által épeken végzett pályaalkalmassági vizsgálatok eljárásait* alkalmaztuk. Ezek ugyanis kevés kivétellel standardizáltak a 14—18 éves korcsoportokra, fiúkra-lányokra; leghasznosabban ezeket használhattuk.

Az átvett próbákat Csirszka (1960, 1961) ismertetése alapján igen röviden a következőképpen jellemezhetjük:

I. Mentális próbák

A *figyelem* koncentrációjának és ingadozásának mérésére való a *Nagy—Révész*-próba, egyszerű számolási feladatokat kíván meg; ugyancsak a figyelem összpontosítást — geometriai ábrák segítségével — méri a *Piéron*-próba.

A vizuális *emlékezet* vizsgálatára a módosított *Moede*-táblát vettük át, mely az ábra, a szám, az alak és a helyemlékezet mérésére alkalmas, míg a verbális emlékezetére a *Ranschburg*-féle szópár-módszer.

Az *érdeklődés* megismerésére szolgáló próbák közül elsősorban a pályaérdeklődés-próbát végezte el a munkacsoport: ez a különböző tevékenységekre vonatkozó érdeklődés-típus megállapítására készült.

A *térelképzelés* különféle formáit egész sorozat próba méri: az axonometrikus térelképzelés vizsgálatára a *Rupp*-ábrák; a kombinatív illesztési térelképzelésre a *Rybakoff*-ábrák; a háromdimenziós térelképzelésre a *Yerkes*-kockák; a mozgásáttétel konkrét elképzelésének vizsgálatára az emelőáttétel; a koordináció, valamint a vonalvezetés biztonságának vizsgálatára a *Mac Quarrie*-próbák, végül a kombinatív-absztrakt térelképzelésre a *Case—Ruch*-próbák szolgáltak.

Az *analógiás gondolkodás* vizsgálatára való próbák közül: az analógiás viszonyok fogalmi felismerésének megállapítására a fogalomanalógia-pró-

bát, az ábraviszonyok analógiás felfogására az ábraanalógia-próbát, az ábrák egymásutánjában megnyilvánuló törvényszerűségek felismerésére az ábrasort, végül a cselekmények logikus sorrendjének felismerésére a képsort használtuk.

Az általános- és a felső *fogalom* alkotására való készség fejlettségének megállapítása végett konkrét és absztrakt fogalmakat kell csoportosítani – egymás mellé rendelni —, és a csoportok magasabb fogalmát meghatározni.

A *matematikai* gondolkodás egyszerű formáját vizsgálja a számsor-kiegészítő próba, amelyben matematikai törvényszerűségeket kell felismerni.

A lineáris és a kétdimenziós *szemmérték* meghatározására való a szemmérték vizsgáló próba.

A *rajzkészség* vizsgálata az alkotó fantázia, a térkombináció, a rajzolási technika és részlegesen a színérzék milyenségére mutat rá.

II. Munkapróbák

A *munkapad* önállóságának és sémáinak megfigyelésére, a kézügyesség, a mozgás-koordináció, a gyakorlékonyság megállapítására alkalmas a *Bogen—Lipmann*-kalitkával végzett kísérlet.

A munkamód egy-egy *jellemző jegyének*, a munkához való hozzáállásnak, a munkamagatartásnak megvizsgálására a *Moede*-féle fonaltáblát használtuk.

A *mozgásügyesség* vizsgálata, vagyis a kézmozgás ritmusának, pontosságának, a kis- és nagy amplitudójú centripetális mozdulatoknak vizsgálata a *Ricossay*-féle készülékkel történt.

A *kéz biztonságának*, a szem és kéz koordinációjának megállapítására a célkalapácsot használtuk és ezenkívül még egy mérőkészüléket.

A kézmozgás *pontosságát*, a két kéz együttmozgásának koordinációját az eltérés nagyságában és idejében vizsgálja a preciziós szupport-készülék.

A *Thurstone*-féle percepciómérővel történt az *ingerek felfogásának* és az arra való helyes vagy téves reakciónak megállapítása.

A konstrukciós hengert és korongot a megfigyelőképesség, a kézügyesség, főképpen pedig a gyakorlati *mechanikai* készség megfigyelésére alkalmaztuk.

A *tapintás* érzékenységének vizsgálata a *Moede-csavar* segítségével történt.

Az állás-stabilitás próba az *egyensúlyérzék* szilárdságát méri.

A *színérzékenység* viszgálatára a *Velhagen*-táblák szolgáltak.

Az egyes próbák értékelése a standardizálás folyamán öt kategóriában történt, az iskolai osztályzáshoz hasonlóan 1, 2, 3, 4, 5 minősítéssel. A normál középátlag eszerint a 3. Ha tehát, a vizsgált növendék valamelyik feladatban elérte a hármas minősítést, azt jelenti, hogy az épek középátlagát érte el.

III. Személyiségvizsgálatok

A személyiségvizsgálatokban a munkaközösség módszere nem egyezett pontosan a MüM Munkalélektani csoportjának eljárásával. Mivel munkaközösségünknek alkalma volt — előzően *több éven át* — a vizsgált sérült tanulónak megfigyelésére, osztályvezetőjével, felügyelőjével való megbe-

szélésekre, a növendékkel való egyéni, többszörös, exploratív beszélgetésre, kevesebb speciális személyiség-vizsgálatot végeztünk. A munkaalkalmassági vizsgálatok eredményeinek értékelésénél tehát a végeredményt mégis a vizsgáltak személyiségének, iskolai és otthoni körülményeinek ismeretében mérlegelhettük.

Munkaközösségünk négy tagja végezte a vizsgálatokat, s dolgozta fel az eredményeket: a nagyothallókét *Csányi Yvonne*, a csökkentlátókét *Kovács Csongor*, a debilisekét *Sz. Simon Ilona* és a mozgássérültekét *Miklóssy Lajosné* gyógypedagógiai tanárok. Iskolájuk — a debiliseket kivéve — *általános iskola*. A siket, a vak és a súlyosan debilis, illetve imbecillis növendékek vizsgálatainak feldolgozása folyamatban van.

Ez a beszámoló egy megkezdett hosszabb kutatómunka *első lépése* volt csak. A vizsgáltak száma kevés ahhoz, hogy általános következtetéseket levonhatnánk, a korcsoportok nem elég egyöntetűek; a szelekció sem mutatkozott hibátlannak.

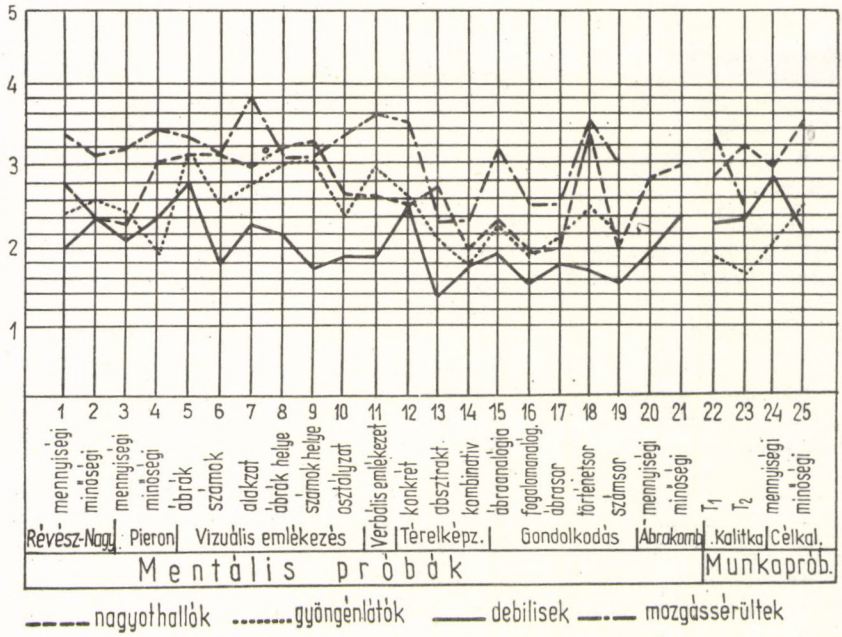
Összehasonlítva egymással fogyatékos növendékeink — épekéhez mért — eredményeit, a fenti hibaforrásokat is tekintetbe véve, úgy látszik, hogy az ismertetett vizsgáló-eljárást alapul vehetjük a *munkaalkalmassági vizsgálatok folytatásához*. Az épekre standardizált próbasor egy része *változtatás nélkül alkalmas* a nagyothallók, a csökkentlátók és mozgássérültek, sőt a debilisek vizsgálatára is. A próbasorok más részét viszont a fogyatékosság sajátossága szerint a pályaelemzések, pályatükrök alapján *specializálni és standardizálni kell*.

Vizsgálataink magyarázzák azt a tapasztalatból ismert tényt, hogy sok pályalehetőségből még az enyhébb fogyatékosok is kiszorulnak. De kimutatják azt is, hogy sok más foglalkozásban viszont az épekkel egyértékűen — olykor az átlagnál jobban is — *megfelelnek*.

A *nagyothallók átlagban* gyenge verbális készségük, fogalmi ismerethiányuk miatt az absztrakt és logikai gondolkodást kívánó feladatokban gyengébbek ugyan, de igen jó lehet kézügyességük, gyakorlékonyságuk, praktikus intelligenciájuk; a *gyöngénlátók* viszonylag jó teljesítményt adtak a verbális emlékezet próbáiban; leggyöngébbek voltak a munkapróbák aprólékos megfigyelést és teljesítményt igénylő feladataiban. A *debilisek* mutatják a „legharmonikusabb" vonalat: egyenletes elmaradást az épektől; illetve erősebben elmaradnak az elvont, a magasabb szintű, a matematikai, a kombinatív gondolkodást igénylő feladatokban, de megbízhatóan megállják helyüket a konkrét, a mechanikus, a sztereotip jellegű próbákban. A *mozgássérültek* átlag fölött teljesítettek minden mentális próbát, a munkapróbák némelyikéhez azonban sérülésük következtében hozzá sem foghattak, vagy értékelhetetlen teljesítményt adtak (68. ábra).

A grafikonon nem tüntetünk fel *minden* elvégzett vizsgálatot, csak azokat, amelyek hasonló korosztályú épekre *standardizálva* vannak. Személyenként mintegy *30-féle* próbát végeztünk el: az ismertetett próbasorozatot; azoknak csak egy része szerepel a grafikonon. A munkapróbák közül több még nincs standardizálva, ezeket szintén elvégeztük, de éppúgy nem tüntetjük fel. A személyiség-vizsgálatok értékelése interpretációval történt.

Említettük, hogy az egy-egy osztályon belüli szelekciós nehézségek s a vizsgált növendékek egy-egy csoportban való kis száma miatt a nyert ered-



68. á b r a. A munkaalkalmassági vizsgálatok eredményeinek grafikus ábrázolása

ményeket úgy tekintjük csak, mint e téren a mai állapot tükröződését. Ilyen értelemben vonjuk le tanulságainkat is.

1. Valamennyi vizsgált és ismertetett fogyatékossági csoportban az *instrukcióra több idő és alaposabb magyarázat* szükséges, mint az épeknél.

2. A *szelekció* szempontjából szükséges az egy-egy osztályon belüli egyöntetűbb kiválogatás, életkor és intelligencianívó szerint.

3. Rendkívüli mértékben — az épeknél jóval magasabb fokban — befolyásolják a vizsgálatok teljesítményét egyéni *személyiségjegyek*, főképpen pedig a *fogyatékosságból eredő személyi sajátosságok*. Ezek elzárkózás, kishitűség, akaratgyengeség, felületesség, elhamarkodottság, az önkritika negatív vagy pozitív irányú túlzása stb. formájában jelentkeznek.

4. A *nevelés* számára szolgáló tanulságok főleg az előbbiekből fakadnak: a növendékek nevelésében a munkaalkalmasság szempontjait is erősen tekintetbe kell venni: az önállóságra, önbizalomra, türelemre, kitartásra, pontosságra, munkakedvre, minőségi munkára való nevelést.

5. Az *oktatás* a maga következtetéseit levonhatja ebből is úgy, mint a tapasztalati úton szerzett ismeretekből, még inkább gondot fordítva a hiányok pótlására; az iskolai ismeretanyag átadásakor pedig egyre fokozottabban tekintetbe véve a pályaalkalmasság szempontjait.

6. Az alkalmassági vizsgálatok további kísérleténél mindezt szintén tudomásul kell vennünk. Azt, hogy kiszorulnak-e végzett növendékeink bizonyos pályaféleségekből — azokból, amelyeknek középátlagát nem érik el, — ezt csak *egyenként, személyenként dönthetjük el*, hiszen a legjobbak közülük

felülmúlhatják az épek teljesítményének átlagát. Ezeket a vizsgálatokat is tehát csak az orvosi vizsgálattal, komplex pszichológiai vizsgálattal, környezettanulmánnyal lehet a fogyatékosok pályaválasztásánál ténylegesen alkalmazni.

7. Azok számára pedig, akik nem érik el a középátlagot sem, a *pályaelemzések alapján* és fogyatékosságukból következő személyi *sajátosságaik egyeztetésével* kell a megfelelő alkalmasságvizsgálatokat kidolgozni, és — mert hiszen ez nem végső cél, hanem csak eszköz — megtalálni számukra a minél több, speciális munkalehetőséget.

8. Az osztályokban dolgozó gyógypedagógiai tanároknak pedig azért lehet fontos a fogyatékosok pályaalkalmassági problémáira vonatkozó vizsgálati eredmény, mert mindezzel tapasztalatilag találkoznak, és ahogyan a külföldi példák, az említett kormányhatározat és az oktatási reformnak a fogyatékosok foglalkoztatására vonatkozó részei mutatják, az osztálypedagógusnak egyre több feladata lesz a fogyatékosok pályaválasztásának irányításában.

PÁLYAVÁLASZTÁSI TANÁCSADÁS FOGYATÉKOSOK SZÁMÁRA

Bármilyen fogyatékosság-fajtáról van szó, a fogyatékosok akkor kerülnek életük egyik legnehezebb feladata elé, amikor az ép felnőttek munka- és társas közösségébe kell beilleszkedniök. Munkalehetőségük ugyanis — az épekhez viszonyítva — igen kevés foglalkozásra korlátozódik. A hozzátartozók, szakértelem híján, az osztály-pedagógus pedig a meg nem szervezettség következtében nem tudja növendékét hozzásegíteni, hogy megfelelő munkahelyet találjon.

Súlyosbítja a helyzetet, hogy mind több foglalkozási ágban kívánják meg az érettségit, s így fogyatékosaink választási lehetősége mind szűkebbre szorul.

A választási lehetőségek korlátozottságán kívül olykor nehézséget okoznak a munkában való elhelyezkedésükben és beválásukban — főleg értelmi fogyatékosoknál — az ép munkatársak meg nem értése, nem emberséges viselkedése. Ez elveszi a fogyatékosok munkakedvét, önbizalmát, önfegyelmét. E téren még sok tennivaló van a gyógypedagógus — és nemcsak a gyógypedagógus — számára.

A fogyatékosok munkára való előkészítése még nem mindenütt megfelelő, különösen személyiség-nevelésük terén van sok teendő.

A súlyosabb fogyatékosok számára még több mezőgazdasági és néhány ipari jellegű foglalkoztató intézmény megszervezése volna szükséges. Külföldön, több államban, egymástól csak részletekben eltérő, de alapjában megegyező módon igyekeznek a korlátolt munkaképességűek munkába helyezését és a munkában való megmardásukat biztosítani. Főképpen az ún. „Rebilitációs Központok" foglalkoznak elhelyezésükkel. Pályaalkalmassági vizsgálatok alapján helyezik el őket. Munkahelyet, szállást biztosítanak számukra. Előkészítik a csökkent munkaképességűeket a kiválasztott foglalkozásra, segítenek a begyakorlásban, rendszeresen látogatják őket a munkahelyükön, megnyerik számukra a munkaadót, a munkatársakat. Meg-

szervezik pihenésüket, szórakozásukat, a közös üdülést, sőt foglalkoznak szüleikkel is. Tehát a fogyatékosokról való gondoskodás messze túlterjed a szokványos pályaválasztási tanácsadáson.

Nálunk a Vakok és Gyöngénlátók Szövetsége, valamint a Siketek és Nagyothallók Szövetsége segítenek a látási, illetve a hallási fogyatékosok elhelyezkedésében is. Nincs azonban még hasonló külön támogató egyesület a mozgás-sérültek és a gyengeelméjűek számára, de — tudomásunk szerint — szervezésük folyamatban van. A közelmúltban az EüM keretében megalakult a csökkent munkaképességűek ügyét szervező Rehabilitációs Szociális Intézeti Központ, amelynek célja és feladata a fogyatékosok munkábahelyezésével kapcsolatos problémák korszerű megoldása.

Irodalom

ADLER, A., 1933, Emberismeret. Budapest. 198 o.

ADORJÁNI Cs.—PUSKÁS I., 1961, Speciális csoportterápia. *Magy. Pszichol. Szle.* 17. 219—220.

ADORJÁNI Cs.—GÁLFI B., 1963, A terapeuta szerepe a csoportpszichoterápiában. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 643—656.

ÁFRA J., 1941—42, Beszámoló a Szfővárosi Pályaválasztási Tanácsadó és Képességvizsgáló Intézet első évi működéséről.

ALLENDY, 1963, Id: Lafon, Vocabulaire . . . 385.

ALLERAM R.—VARGA GY., 1957, Vakok halló és egyensúly szervének kísérletes vizsgálata. *Fül-orr-gégegyógyászat* 3. 104—112.

ALLPOERT, G., 1959, Europäische und amerikanische Theorie der Persönlichkeit. In: Bracken, H.—David, H. P.: Perspektiven der Persönlichkeitstheorie.

ANASTASI, A., 1961, Psychological Testing. (2nd ed.) Macmillan, New York. 657 o.

MCANDREWS, 1950, The development of reasoning in children with normal and defective hearing. University of Minn. Press, Minneapolis.

ANGYAL J., 1959/60, Beszédnevelési problémák. Országos Gyógypedagógiai Kongreszszus, Pedagógus Szakszervezet, Budapest. 197—209.

ANGYAL J., 1960, Jelbeszéd-e az ujjábécé? *Gyógypedagógia* 5. 132—136.

ANTON, N., 1934, Infantilismus. In: Dannemann, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 1237—1261.

APPENZELLER, H., 1951, Einblicke in die Welt des Blinden. Appenzeller Vg., Zürich. 47 o.

APPENZELLER, H., 1952, Einblicke in die Psyche des Blinden. Appenzeller Vg., Zürich. 37 o.

APPENZELLER, H., 1956, Einblicke in die Probleme des Blinden. Appenzeller Vg., Zürich. 47 o.

APOR KATALIN, 1963, Adatok a csökkentlátó serdülők személyiségének megismeréséhez. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.

ARCHANGELSZKIJ, S. N., 1962, Arbeitspsychologie. *Die Wirtschaft* Berlin.

ARNOLD, G. E., 1948, Die traumatischen und konstitutionellen Störungen der Stimme und Sprache. Urban-Schwarzenberg Vg., Wien. 264 o.

ARTHUR, G., 1943, A Point Scale of Performance Tests. C. H. Stoelting, Chicago.

ASHCROFT, S., 1963, Blind and Partially Seeing Children. (Intellectual and educational Characteristics. 413—463. In: Dunn Lloyd M: Ecceptional Children in the School. Holt Reinhart and Winston Inc., New York—London. 580 o.

ASPERGER, H., 1956, Heilpädagogik. Springer, Wien. 299. o.

ASPERGER, H., 1957, Die Welt des Hilfsschulkindes und ihre Erforschung. *Z. Heilpäd.* 8.

ASPERGER, H., 1961, Gegenwartsprobleme des Schwachsinns. *Z. Heilpäd.* 1.

ATZESBERGER, M., 1959, Die Sprache des Hilfsschulkindes. München.

AUBIN, H.—AUBIN, B., 1965, in: Porot: Manuel . . . 244—245, 380—381.

AZBUKIN, D. J., 1947, A speciális pszichológia és speciális pedagógia legutóbbi 10 évi fejlődése a Szovjetunióban. Dokumentáció, Gyp. TK. Főisk. Budapest.

BACH, H., 1965, Werken unter heilpädagogischem Aspekt. *Z. Heilpäd.* 1965/2, 64—73.

BACHER, G., 1924, Grundlagen und Ziele der Heilpädagogik vom Standpunkt der Determinationspsychologie. Marhold, Halle a/S.

BADT, M., 1958, Levels of abstraction in vocabulary definitions of ment. ret. school children. *Amer. J. ment. Defic.* 63. 214—246.

Baeyer, 1928, Zur Psychologie verkrüppelter Kinder und Jugendlicher. *Z. Kinderforsch.* 34.
Bakwin, H.—Bakwin, R. M., 1958, Clinical Management of Behavior Disorders in Children. Saunders, Philadelphia, London, 495 o.
Balatoni M., 1959, Óvodáskorú vak gyermekek tárgyfelismerésének sajátosságai. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Balázs J., 1964, Értelmi fogyatékos gyermekek munkaalkalmassági vizsgálata. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Bangertner, Cüppers, 1963, id. *Lafon:* Vocabulaire ... 35.
Bappert, J., 1927, Zur Berufsfähigkeit der Hilfsschüler. Marhold, Halle a/S. 246 o.
Baranyai E.—Lénárt E., 1959, Az írásbeli közlés gondolkodáslélektani vonásai. Akadémiai Kiadó, Budapest. 315 o.
Barker, 1958, id. Moor: Heilpädagogische Psychologie.
Barkóczi I., 1963, Gyermekek manipulációs tevékenységére vonatkozó pszichológiai megfigyelések. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 141—164.
Bartha L., Ifjúságunk társadalmi beilleszkedésének pszichológiai kérdései. MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. 11—27.
Bartha L.—Szilágyi L., 1966, Pszichológiai alapfogalmak kis enciklopédiája. Tankönyvkiadó, Budapest. 210 o.
Baton, P., 1962, Inadaptés scolaires et enseignement spécial. E. Solvay, Bruxelles.
Baumgarten-Tramer, F., 1960, Psychologisches zum Problem der Körperbehinderten. *Pro Infirmis* 10. 329—336.
Bálint I., 1964, Figyelemvizsgáló módszer felhasználása az ipari eredetű idegrendszeri elváltozások korai diagnosztizálásában. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 311—332.
Bálint I.—Földes E.—Murányi M., 1964, A gyakori munkahelyváltozások pszichológiai motívumainak elemzése. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 331—332.
Bálint I.—Murányi M., 1959, Pszichológiai tényezők hatása a könnyűipari balesetek megoszlására. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 323—340.
Bálint I.—Murányi M., 1959, Baleseti veszély és egyéni veszélyezettség. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 327—342.
Bánhidi M., 1965, A vázlatkészítés közben folyó gondolkodás vizsgálata V—VIII. oszt. általános és kisegítő iskolai tanulóknál. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Bán J., 1963, Észlelés vizsgálatok az előkészítő osztályos értelmi fogyatékos gyermekeknél. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Bárczi G., 1938, Hallásébresztés — hallásnevelés. Süketnémák és Vakok Tanárainak Országos Egyesülete, Vác.
Bárczi G., 1959, A gyógypedagógiai lélektan problémái. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 401—408.
Bárczi G., 1959, Általános gyógypedagógia. Tankönyvkiadó, Budapest. 154 o.
Bárczi G., 1960, A Gyógypedagógiai Lélektani Albizottság feladatai. *Magy. Pszichol. Szle.* 17, 284—286.
Bárczi G., 1960, A gyógypedagógiai-pszichológia egyik problémája: a beszédhallás fejlesztése. *Magy. Pszichol. Szle,* 17. 43—49.
Bárczi G., 1961, A hallásnevelés szervezése külföldön. *Siketek és Nagyothallók Lapja* 7. 6.
Bechtold, E.—Gessner, 1959, Die psychologisch-pädagogische Situation des Blinden und Sehbehinderten. Handbuch der Psychologie in 12 Bänden. X. Göttingen. 426—436.
Becker, K. P., 1966, Versuch einer Konzeption für eine Theorie der Sonderpädagogik. *Die Sonderschule* 11. 129—136.
Beech H. R.—Fay F., 1968, Research and Experiment in Stuttering. Pergamon, Oxford, London, Edinburgh, New York, Toronto, Sydney, Paris, Braunschweig. 215 o.
Beermann, U., 1966, Erziehung von Sehbehinderten. A/5 Kap.: Die Behinderungen der Sehgeschädigten. 48—61. Vg. Julius Beltz, Weinheim. 247 o.
Bellak, L.—S., 1948, Children's Apperception Test. New York.
Benda, C. E., 1952, Developmental Disorders of Mentation and Cerebral Palsies. Grune and Stratton, New York. 565 o.
Benda, C. E., 1960, The child with mongolism. Grune and Stratton, New York.

BENDER, L., 1938, A visual motor gestalt test and it's clinical use. Amer. Orthopsychiat. Ass., New York. 4 o.
BENDER, L., 1950, The Goodenough test (drawing a man) in chronic encephalitic children. *J. nerv. ment. Dis.*
BENEDEK I., 1943, Ösztön és bűnözés. Eggenberger, Budapest. 247 o.
BENEDEK I., 1948, Az ösztönök világa. Új Idők Irodalmi Intézete, Budapest. 286 o.
BENEDEK I., 1957, Aranyketrec. Bibliotheca, Budapest. 489 o.
BENEDEK I., 1964, A problematikus gyermek. *Egészségügyi Dolgozó* 7.
BENEDEK L., 1967, Magyar Pszichológiai Irodalom. Akadémiai Kiadó, Budapest. 253 o.
BENKŐNÉ ZSEMLYE E., 1964, Adatok 4—8 éves gyermekek személyiségvizsgálatához, rajzvizsgálatok alapján. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 575—594.
BÉQUART, P.—MULDWORF, B., 1961, 27 opinions sur la psychothérapie. Éditions Sociales, Paris, 280 o.
BERGMANN E., 1962, Bábjáték a gyermek megfigyelése, nevelése és a terápia szolgálatában. Bábjátékos kiskönyvtár, Budapest. 115 o.
BERKO, M. J., 1951, Mental Evaluation of the Aphasic Child. *Amer. J. occup. Ther.* 5. 241—266.
BERKSON, G., 1960, a, b, c, An analysis of reaction time in normal and mentally deficient young men. I. Duration threshold experiment. *J. ment. Defic. Res.* 4. 51—58. II. Variation of complexity in reaction time task. *J. ment. Defic. Res.* 4. 59—67. III. Variation of stimulus and of response complexity. *J. ment. Defic. Res.* 4. 69—77.
BERNIS, J., 1961, Imagination. PUF, Paris. 120.
BERREIN, F. K., 1935, A study of the abnormal children. *J. educ. Psychol.*
BESLAY, M., 1963, in: Lafon: Vocabulaire . . . 455—456.
BEZSVINSZKAJA, J. P., 1963, Szakmai tanácsadás a Lengyel Népköztársaságban. (P profkonszul'tacionhaj rabote v Polszkoj Narodnoj Reszpublika) Skola; *Proizvodsztvo* 4. 84—85.
BIALER, I., 1961, Conceptualization of success and failure in mentally retarded and normal children. Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1960. (Also, in brief, *J. Personality*, 29. 303—320.)
BIEBER, J., 1930, Explorationsgespräche zur Erforschung der Intelligenz schwachsinniger Kinder. *Z. Kinderforschung* 37.
BINET, A., 1911. Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. *L'Année psychol.* 17. 145—201.
BIRCH, H. G., 1964, The Problem of „Brain Damage" in Children. In: H. G. Birch: Brain Damage in Children. 3—13.
BIRCH, H. G.—LEFFORD, A., 1964, Two Strategies for Studying Perception in "Brain-damaged" Children. In: H. G. Birch: Brain Damage in Children. New York. 46—61.
BIRCH, J.—MATTHEWS, J., 1951, The hearing of mental defectives. *Amer. J. ment. Defic.* 55. 384—393.
BIROIS, R., 1963, La psychologie appliquée. PUF, Paris. 127 o.
BLACKETER-SIMMONDS, D. A., 1953, An investigation into the supposed differences existing between mongols and other mentally defective subjects with regard to certain psychological traits. *J. Ment. Sci.* 99. 702—719.
BLANTON, R. L.—NUNNALLY, J. C., 1964, Semantic habits and cognitive style processes in the deaf. *J. abnorm. soc. Psychol.* 68. 379—402.
BLAIR, F., 1957, A study of the visual memory of deaf and hearing children. *Am. Ann. Deaf.* 102. 254.
BLEULER, E., 1960, Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 10. 629 o.
BLUEMEL, C. S., 1930, Mental Effects of Stuttering. Wilkins, Baltimore. 165 o.
BODNÁR É., 1960, Adatok a vak és látó gyermek közvetlen és megtartó emlékezetének vizsgálatához. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
BODÓ M., 1959, Down-betegek sorsa az intézet elhagyása után. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
BOGDAN—CHIRCEV—COSMOVICI—FODOR—MARE—PAVELOU—RADU—ROSCA, VAIDEANU—ZÖRGŐ, 1963, Pedagógiai lélektan. Tanügyi és Pedagógiai Könyvkiadó, Bucarest. 223 o.

Боедаревский, В. Б., 1961, Интересы учащихся и выбор будущей профессии. Советская Педагогика, № 1. 20—25 стр.
Bopp, L., 1930, Allgemeine Heilpädagogik. Herder, Freiburg. 424 o.
Borel-Maisonny, S., 1963, Langage oral et écrit. Epreuves sensorielles et tests de langage. Delâchaux—Niestlé.
Borelli, M., 1951, La naissance des opérations logiques chez les sourds-muets. *Enfance* 4. 22—228.
Bornemann, E., 1959, Persönlichkeitsbildung. In: Hetzer: Pädagogische Psychologie.
Bors V., 1960, A nevelés és oktatás tartalmának alakulása a hallási fogyatékos gyermekeknél. Pedagógiai Tanulmányok.
Bors V., 1962, A mesterséges beszédtanítás nyomán fejlődő beszéd pedopszichológiai elemzése a siketnémáknál. *Gyógypedagógia* VII. 80—86.
Bortner, M.,—Birch, H. G., 1960, Perceptual and perceptualmotor dissociation in brain-damaged patients. *J. nerv. ment. Dis.* 130. 49—53.
Boschán Gy., 1961, A praktikus intelligencia vizsgálata oligophren (imbecillis) gyermekeknél. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Bosshard, P., 1961, Der psychische Eigenart des Taubstummen unter besonderer Berücksichtigung der Kinder und Jugendlichen. *Heilpäd. Werkb.* 2. 61—77.
Bosshard, P., 1953, Der Taubstumme. Versuch einer Erfassung seiner Eigenart. Hg. im Selbstverlag, Zürich. 308 o.
Boskis R. M., 1966, Anomalous Development of Children with Early Partial Sensory Insufficience. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 33. 18—29.
Боскис, Р. М., 1963, Глухие и слабослышащие дети. Изд-во АПН РСФСР, Москва, 336 p.
Boskis, R. M., 1966, Peculiarities of speech thinking of deaf children. XVIII. Internat. Congress of Psychology, Moscow.
Bowlby, J., 1951, Maternal Care and Mental Health. World Health Organizational Monographs, Geneva.
Бёдор, Й. 1963, Словесное воспроизведение умственноотсталыми школьниками содержания, прочитанного ими рассказа. Вопросы обучения и изучения аномальных детей. АПН РСФСР, Москва, 29—35 стр.
Бёдор Й., 1963, Образное воспроизведение умственно отсталыми школьниками содержания, прочитанного им рассказа. Вопросы обучения и изучения аномальных детей, АПН РСФСР, Москва, 20—29 стр.
Бёдор Й., 1964, Влияние речи на развитие образного мышления учащимися вспомогательных школ. АПН РСФСР, Москва, 1—16.
Bracken, H.—David H. P., 1959, Perspektiven der Persönlichkeitstheorie. H. Huber, Bern—Stuttgart. 397 o.
Brauner, A.—Brauner, F., 1965, Pour élever un enfant déficient mental I. Cahiers du groupement de recherches pratiques pour l'enfance. Saint-Mandé. 177 o.
Brauner, A.—Brauner, F., 1966, Pour élever un enfant déficient mental II. Cahier du groupement de recherches pratiques pour l'enfance. Saint-Mandé. 287 o.
Brenner, M. W., 1956, The effects of brain damage on the perception of apperent movement. *J. Personality* 25. 202—212.
Briefs, P. H., 1963, Zur Psychologie und Pädagogik der Körperbehinderten. Benachteiligte Kinder. Schneider, Freiburg. 221—241.
Briner, F., 1964, Haltung und Halt in Psychologie und Heilpädagogik. H. Huber, Bern—Stuttgart. 138 o.
Brousseau, K. — Brainerd, H. G., 1928, Mongolism. Baltimore.
Brown, J. M.—Berzien, F. K.—Russel, D. L.—Wells, W. D., 1966, Applied Psychology. Collier-Macmillan, London, New York. 639 o.
Budainé Balkai S., 1967, Értelmi fogyatékosok problémamegoldó gondolkodása. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Buckle, D.—Lebovici, S., 1958, Les centres de guidance infantile. O. M. S. Monographie No 40., Genève 67—69.
Bulátkó E., 1959, A siketnéma gyermekek szókincsének vizsgálata különös tekintettel a szósztereotípiára. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Burt, C., 1955, The subnormal mind. Oxford University Press, London, 391 o.
Busemann, A., 1953, Der Aufbau der Intelligenzleistung und das Wesen der Intelligenzdefekte. Benachteiligte Kinder. Schneider, Freiburg in Breisgau. 93—105.

Busemann, A., 1959, Die Hilfsschule und ihre psychologischen Probleme. In: Handbuch der Psychologie Bd. 10.
Busemann, A., 1959, Psychologie der Intelligenzdefekte. Mit besonderer Berücksichtigung der hilfsschulbedürftigen Debilität. Reinhardt, München—Basel. 611 o.
Busemann, A., 1959, Zur Typologie des Hilfsschulkindes. *Z. Heilpäd.* 7. 8.
Butterfield, E. C.—Butterfield, G. B., 1961, Locus of control and academic achievement in familial retardates. (Unpublished manuscript.) In: Ellis, N. R.: Hdbook of Ment. Defic. 1963, McGraw—Hill, New York.
Butterfield, E. C.—Zigler, E. F., 1961, The effects of different verbal incentives on learning of mentally retarded and average children. (Unpublished manuscript.) In: Ellis, N. R.,: Hdbook of Ment. Defic. 1963, Mc Graw—Hill, New York.
Butterfield, E. C., 1960, The relationship of locus of control scores to discrepancy between achievement age and mental age in a grade school population. *Abstracts of Peabody Studies in mental retardation.* 1. No 57.
Bühler, C.—Kelley, G., 1941, The World Test. A Measurement of Emotional Disturbance. Psychological Corporation, New York.
Bühler, Ch.—Hetzer, H., 1953, Kleinkindertests. Barth, München. 87 o.
Bühler, Ch.—Hetzer H.—Höhn, H., 1955, Der Welt-Test. Vg. f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen.
Bühler, K.—Schenk—Danzinger, L., 1958, Abriss der geistigen Entwicklung des Kleinkindes. Quelle u. Meyer Heidelberg. 195 o.

Cantor, G. N.—Girardeau, F. L., 1959, Rhytmic discrimination ability in mongoloid and normal children. *Amer. J. ment. Defic.* 63. 621—625.
Cantor, G. N.—Hottel, J. V., 1955, Discrimination learning in mental defectives as a function of magnitude of food reward and intelligence level. *Amer. J. ment. Defic.* 60. 380—384.
Cassel, R. H., 1949, Relation of design reproduction to the etiology of mental deficiency. *J. consult. Psychol.* 13. 421—428.
Castets, B., 1967, Psychose de l'enfant et structure psychotique. In: Recherches. 97—112.
Chuillat, R.—Oleron, P., 1955, Sur le developement de l'intelligence pratique chez les enfants sourds. *Enfance* 281—306.
Claparède, E., 1917, La psychologie de l'intelligence. *Scientia* 22. 353—368.
Claparède, E., 1924, Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers. Paris.
Clarke A. D. B.—Clarke A. M., 1953, How constant is the IQ. *The Lancet* 2. 877—880.
Clark, D. F., 1958, The Industrial rehabilitation of the mentally subnorm. *Occup. Psychol.* 2. 89—101.
Clarke, A. M.—Clarke, A. D. B., 1958, Mental Deficiency the changing outlook. Methuen Co. Ltd., London. 513 o.
Colvin, R., 1965, A Study in Family Diagnosis and Treatment for Preschool Retarded Children and their Parents. 648—655. In: Proceedings, International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Retardation II. 847 o.
Connor, F. P. 1966/67, Special Education. Teachers College Bulletin, Columbia University, New York. 59—66., 111—119.
Cowen, E. L., 1956, Psychotherapy and Play Techniques with the Exceptional Child and Youth. 520—575. In: Cruickshank, Psychology. . .
Costello, M. R., 1957, A study of speechreading as a developing language process in deaf and in hard of hearing children. Unpublished Doctoral Dissertation. Evanston, Northvestern Univ.
Coville, W. J.—Costello, T. W.—Rouke, F. L., 1960, Abnormal Psychology. Barnesand-Nobel, New York. 298 o.
Cronbach, L. J., 1960, Essentials of Psychological Testing. Harper Row, New York.
Cruickshank, W. M., 1956, Psychology of exceptional children and youths. Steples Press Limited, London. 594 o.

Csabayné Kremmer E.—Göllesz V., 1964. Adatok a Down-betegek intelligencia- és iskolai teljesítményéhez. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 437—447.

Csányi Y., 1965, Nagyothallók vizsgálati eredményei. L.: Illyésné, Munkaalkalmasságivizsgálatok fogyatékosokon.
Cser J., 1932, Az emlékezet terjedelmének és minőségének vizsgálata. Budapest.
Cser J., 1933, A figyelem kísérleti vizsgálata 10—14 éves korban. *A Gyermek* 6. 10.
Cser J., 1936, Korszerű magyar lélektani és nevelésügyi tanulmányok. Sárkány, Budapest. 272 o.
Csirszka J., 1960, Pályaválasztási tanácsadás. *Pedagódiai Szemle* X., 494—507.
Csirszka J., 1961, Pályaalkalmassági vizsgálatok. Könnyűipari Minisztérium, 20. Budapest.
Csirszka J., 1961, A munkateljesítmény ideje és minősége. MTA Pszichológiai Tanulmányok III. 341—354.
Csirszka J., 1962 Pálya, szakma, beosztás. MTA Pszichológiai Tanulmányok IV. 255—266.
Csirszka J., 1963, Pályaválasztási szaktanácsadás mint tudományos tevékenység. MTA Pszichológiai Tanulmányok V., 342—359.
Csirszka J., 1965, Munkapszichológiai ankét. Hozzászólás. *Magy. Pszichol. Szle.* XXII., 389—401.
Csirszka J., 1966, Pályalélektan. Gondolat, Budapest.

Dajka I., 1960, Adatok az értelmi fogyatékos gyermekek emlékezeti teljesítményeihez. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Dannemann, A.—Gnerlich, G.—Henze, A.—Meltzer, E.—Schober, H.—Stern, E., 1934, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. Marhold, Halle/S. 3407 o.
Davis, F., 1968, Neutralisierung der Abweichung: Die Bearbeitung gespannter Interaktions-Beziehungen bei sichtbar Behinderten. 69—84. In: Strasser: Fortschritte der Heilpädagogik.
Debauchez, 1960, Histoire et fonctionnement du Service de Placement. In: Colloque Nationale: Les déficients visuels. Inst. Ped. Nat., Paris. 29—32.
Debesse, M., 1953, Pédagogie curative et pédagogie expérimentale. *Cah. péd. exper. psychol. de l'enfant* No 11.
Debesse, M., 1964, La pédagogie curative. *Bull. de Psych.* 18. 379—401.
Debré, R., 1961, Introduction, Réadaptation et Psychologie des enfants et adolescents poliomielitiques. *Enfance* 4—5.
Degoy, A., 1961, Avenir professionnel des handicapés moteurs cérébraux. In: Journées régionales. 114—122.
Delthil, 1960, Comment se fait le placement des Déficients visuels á l'étranger. Colloque nationale des déficients visuels. Inst. Ped. Nat., Paris. 25—28.
Denny, M. R., 1963, Research in Learning and Performance. In: R. Heber—H. Stevens (Eds): A Rewiew of Research in Mental Retardation. University of Chicago Press, Chicago. 100—142.
Destunis, G., 1961, Milieuschädigung und Kinderneurose. In: Schwartz: Das milieugeschädigte Kind. 1—11.
De Therapia Vocis et Loquelae. 1965, Societas Internationalis Logopaediae et Phoniatriae. XIII. Congressus Vindobonae, Anno MCMLXV. Vol. I. 485 o.
Dévai F., 1913, A mesemódszer alkalmazása a normális és abnormális gyermekek tanulmányozásában. *A Gyermek*
Dicke, W., 1959, Die Bedeutung der Heilpädagogik für die Seele des Körperbehinderten. *Heilpäd. Werkbl.*
Diekl, Ch. F., 1958, A Compendium of Research and Theory of Stuttering. Charles Thomas, Springfield, Illinois. 314 o.
Ditrói G., 1929, Gyengeelméjű gyermek szemlélete. In. Schnell J.: Psychologiai Tanulmányok, Budapest. 346—352.
Djacskov, A. I., 1947, Általános és speciális pedagógia. Dokumentáció, Gyp TK Főisk. Budapest.
Djacskov, A. I., 1964, Rövid defektológiai szótár. Dokumentáció. Gyp TK Főisk. Budapest.
Djacskov, A. I., 1965, Az anomáliás gyermekek oktatásának és nevelésének alapjai. Dokumentáció. Gyp. TK. Főisk. Budapest.
Дьячков А. И., 1965, Основы обучения и воспитания аномальных детей. Москва, Просвещения, 343 стр.

DOLL, E. A., 1953, Counseling parents of severely mentally retarded children. *J. Clin. Psychol.* 9. 114—117.
DOLLARD, J.—DOOB, L.—MILLER, N.—MOWRER, D.—SEARS, R., 1939, Frustration and Aggression. New-Haven.
DOLPHIN, J. E.—CRUICKSHANK, W. M., 1951, The Figure-background Relationship in Children with Cerebral Palsy. *J. Clin. Psychol.* 7. 228—231.
G. DONÁTH B.—HARSÁNYI I.—MARTON L.-né, 1959, Akut pszichikus trauma tükröződése különböző személyiségvizsgálatokban. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 547—564.
DONGIER, M. S., 1961, La personalité hystérique du point de vue neuro-biologique. III. Congress mondial de Psychiatria, Montreal.
DONKÓ E., 1959, Csavargó gyermekek életsorsának nyomonkövetése, különös tekintettel az értelmi fogyatékosokra. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
DOSUZKOV, TH., 1965, Begaiement idiopathique et d'autres neuroses. In: De Therapia Vocis, 273—275.
DOSUZKOV, TH.,—DOS DALOVA, N., 1965, Über die drei Hauptformen des neurotischen Stotterns. De Therapia Vocis . . . 277—279.
DREVER, J.,—COLLINS, M., 1928, Performance Tests of Intelligence. Oliver and Boyd, Edinburgh.
DREVER, J.,—COLLINS, M., 1936, Performance Tests of Intelligence. Oliver and Boyd, Edinburgh.
DULNYEV, G. M.— LURIA, A. R., 1959, A tanulók kisegítő iskolákba való áthelyezésének alapelvei. Dokumentáció, Gyp TK Főisk. Budapest.
ДУЛЬНЕВ, Г. М., 1961: Воспитательная работа во вспомогательной школе. Изд. Акад. Пед. Наук, Москва.
DUMEZIL, C., 1967, Petit propos préalable à l'étude clinique des psychoses infantiles. In: Recherches, 115—118.
DURIEUX, 1961, L'orientation et la mise au travail l'enfant infirme moteur cérébral. Inst. Pédagogique Nationale, Paris.
DÜRING, E., 1925, Grundlagen und Grundsätze der Heilpädagogik. Rotapfel, Zürich. 374 o.

EDELSBERGER, L., 1963, Zum Begriff der Heilpädagogik. II. Internationaler Kongress über Rehabilitation, Leipzig. 533—539.
EGG, M., 1963, Ein Kind ist Anders. Schweizer Spiegel Vg., Zürich. 121 o.
EGRY A., 1965, Figyelemvizsgálatok a kisegítő iskola V.—VIII. osztályaiban. Szakdolgozat. Gyp. TK Főisk Budapest.
EICHLER, L.—ACZÉL, A.—JUNGE, R.—JUNGE, G.,—WOLFF, H., 1967, Einführung in die heilpädagogische Arbeit mit geistig schwer und schwerst behinderten Kindern. VEB Vg., Berlin, 199 o.
EHRSAM, E., 1954, Bericht über eine Untersuchung von Berliner Hilfsschulkindern unter dem Aspekt der Ursachen und Erscheinungsweisen des Schwachsinns. 20—40.
EIDINOVA, M. B., 1965, Az anomáliás gyermekekkel végzett gyógyító-pedagógiai munkáról. Dokumentáció. Gyp TK Főisk. Budapest.
EIDINOVA, M. B. 1966, Peculiarities of Development of Children with Congenital or Early Acquired Vision Defects. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 33. 244—247.
ЭЙДИНОВА, М. В., 1966, К восстановлению высших корковых функций у детей с церебральными параличами. Интернациональный конгресс психологии в Москве.
ELKONYIN, D. B., 1964, Gyermeklélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 302 o.
ELLIS, N. R.—DISTEFANO, M. K. JR., 1959, The effects of verbal urging and praise upon rotary pursuit performance in mental defectives. *Amer. J. ment. Defic.* 64. 486—490.
ELLIS, N. R.—PRYER, R. S.—DISTEFANO, M. K.—PRYER, M. W., 1960, Learning in mentally defective, normal and superior subjects. *Am. J. ment. Def.* 725—734.
ELLIS, N. R.—PRYER, M. W.—BARNETT, C. D., 1960, Note on habit formation in normal and retarded subjects. *Psychologic. Rep.* 6. 385—386.
ELLIS, N. R., 1962, Amount of reward and operant behavior in mental defectives. *Amer. J. ment. Defic.* 66, 613—17.

ELLIS, N. R., 1963, The stimulus trace and behavioral inadequacy. In: Ellis, N. R., Hdbook of Mental Defic. Mc Graw-Hill, New York. 134—158.
ENFANCE, 1960, Nouvelles recherches sur la débilité mentale. No 4—5. 512 o.
Enfance, 1961, No Spécial: Réadaptation et psychologie des enfants et adolescents poliomyélitiques, 4—5. 460 o.
ENGELS, H., 1957, Eine spez. Untersuchungsmethode mit dem Scenotest. Aschandorfische Vg., Münster. 98 o.
ENGLER, 1949, id. Øster: Mongolism.
EXNER, F., 1939, Kriminalbiologie. Lásd: Benedek: Ösztön és bűnözés.
ESZTERGOMINÉ MIKÓ E., 1948, Vizsgálatok gyógypedagógiai osztályokban. *Köznevelés* 17. 12.
ESZTERGOMINÉ MIKÓ E., 1949, Vizsgálatok gyógypedagógiai osztályokban. *Köznevelés* 1—2. 1—19.

ÉDERVÁRINÉ KOVÁCS I., 1953, Adatok a Down-betegség pathogenesisához. *Gyermekgyógyászat*, 14. 269—278.
ÉLTES M., 1903, Adatok a gyengetehetségű gyermekek képzeti szókincsének megismeréséhez. Budapest.
ÉLTES M., 1914, A gyermeki intelligencia vizsgálata. Athenaeum, Budapest, 132 o.

FALISSE, G.—FALISSE M. F., 1962, Nos enfants handicapés. Éd. Universitaires, Paris. 191 o.
FARBER, B., 1959, Effects of Severely Mentally Retarded Child on the Family Integration. *Monogr. of. the Soc. for Res. in Child Develop.* Vol 24. 2. 112.
FAU, R.—ANDREY, B.—LE MEN, J.—DEHAUDT, H., 1966, Psychothérapie des débiles mentaux, PUF, Paris. 262 o.
FAURE, J. L., 1963, In: Lafon: Vocabulaire . . . 432—434, 503—506.
FAURE, J., 1967, De l'arriération à l'aliénation. In: Recherches, 25—31.
FAZEKAS E., 1966, A vizuális emlékezet és a földrajzi tájékozódó készség funkcionális egységének vizsgálata felső tagozatos értelmi fogyatékos tanulóknál. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
FELDNER, J., 1955, Entwicklungspsychiatrie des Kindes. Springer, Wien. 159 o.
FENNEL, 1927, id. Kraepelin—Lange: Psychiatrie.
F. I. C. E., 1959, L'acceptation de soi-même par l'enfant handicapé. Document No 4. Unesco, Paris. 125 o.
FINK, M.—GREEN, M. A.—BENDER, M., 1953, Perception of simultaneous tactile stimuli by mentally defective subjects. *J. nerv. ment. Dis.* 117. 43—49.
FISCHER, B., 1956, Gedanken zur Möglichkeit und Problematik der Charakterkundung Taubstumme Schüler. *Heilpäd. Werkbl.* 1.
FOALE, M.—PATTERSON, J. W., 1954, The hearing of mental defectives. *Amer. J. ment. Defic.* 59. 254—258.
FRAISSE, P., 1965, A kísérleti pszichológia gyakorlati kézikönyve. Akadémiai Kiadó, Budapest, 395 o.
FRENCH, J. W., 1951, The factorial composition of aptitude and achievement tests. Psychometric. Monogr. 5.
FREUD, S., 1935, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Kiepenheuer, Berlin. 523 o.
FROHN, W., 1927, Über Begriffsbildung und Wortbedeutung. *Z. Kinderforsch.* Bd. 33 469—500.
FROHN, W., 1930, Zum Problem der Zeiterfassung. *Blätter für Taubstummenbildung* 2.
FROHN, W., 1931, Wie wirkt sich das Fehlen bzw. die geringere Beherrschung der kultursprache im Denken der Taubstummen aus. Berliner V. Kongr. f. Heilpedagogik, 1931. München. 10—16.
FROHN, W., 1956, Plan einer psychologischen Grundwissenschaft des Taubstummenwesens. *Neue Blätter für Taubstummenbildung.* 10. 3—4. 65—74.
FÜRJ D., 1913, A gyengeelméjű gyermek emlékezete. Budapest.
FÜRST M., 1964, Az értelmi fogyatékos munkaalkalmassági vizsgálata a MÁV pályaalkalmassági vizsgálat általános módszereivel. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
FRASER, I.—MITCHELL, A., 1876, Kalmuc idioty *J. ment. sci.* 167.

GALIFERT-GRANJON, N., 1954, Comparaison d'enfants dyslexiques et normaux à une épreuve de metricité manuelle. *Enfance*, PUF, Paris, 178—194.
ГАЛКИНА, О. И.—ЗЮБИН, Л. М.—ЧЕБЫШЕВА, В. В., 1960: Профессиональная ориентация учащихся восьмилетней школы. Советская Педагогика, № 2. 62—69 стр.
GARDNER, W. I., 1957, Effects of interpolated succes and failure on motor task performance in mental defectives. *Paper read at Southeast*, Psychol. Ass. Nashville.
GANO, W., 1966, A fogyatékos gyermekek nevelése. Tankönyvkiadó, Budapest. 289 o.
GARBE, H., 1965, Die Rehabilitation der Blinden und hochgradig Sehbehinderten. Reinhardt Vg., München, Basel.
GÁL ENDRÉNÉ, 1952, A siketnémák ipari képzése. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
GÁSPÁR, Á., 1959, Mozaikok a süketek jelbeszédéről. *Gyógypedagógia* 5. 149—150.
GÁSPÁR Á., 1965. A hallási fogyatékosok tanításának módszertana I. Főiskolai jegyzet.
GÁSPÁR Á., 1966, Gyűjtőfogalmak. Tankönyvkiadó. Budapest. 141 o.
GEGESI KISS P., 1963, A személyiségről. *Magy. Pszichol. Szle.* 2. 195—205.
GEGESI KISS P.—P. LIEBERMANN L., 1963, Nehézségek egyes gyermekkori személyiségzavarok megítélésekor. MTA Biológiai és Orvosi Tudományok Osztályának Közleményei XIV., 15—39.
GEGESI KISS P.—P. LIEBERMANN L., 1964, Az iskolai ártalmak jelentősége a gyermek és ifjúkori személyiségzavarokban. *Magy. Pszichol. Szle.* 21. 1—40.
GEGESI KISS P.—P. LIEBERMANN L., 1965, Személyiségzavarok a gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest. 525 o.
GEGESI KISS P.—P. LIEBERMANN L., 1966, A klinikai pszichológia alapjairól. Akadémiai Kiadó, Budapest. 197. o.
GELDARD, F. A., 1953, The Human Senses. New York.
GELOF, M., 1963, Comparison of systems of classification relating degres of retardation to measured intelligence. *Amer. J. ment. Defic.* 3. 297—317.
GENS, G. W., 1950, Speech Retardation in the Normal and Subnormal Child. *The Training School Bulletin* 68. 32—36.
GERÉB Gy., 1962, Kísérlet a fáradtság lélektanának köréből. Akadémiai Kiadó, Budapest. 215 o.
GERÉB Gy., 1963, A megoszló figyelem és kézügyesség együttes vizsgálata különböző termelési szintet elért dolgozóknál. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 361—384.
GERÉB GY.—LOVÁSZ T., 1959, Oligofrén gyermekek fáradékonyságának lélektani vizsgálata. *Gyógypedagógia* 4. 129—135.
GETZ, S., 1956, Environment and the deaf child. Charles C. Thomas Springfield, Illinois. 198 o.
GEWIRTZ J.—BAER, D., 1958, Deprivation and satiation of social reinforcers as drive conditions. *J. Abnorm. soc. Psychol.* 57. 167—72.
GÉMESSY T.-né, 1960, Adatok a kiválasztás kérdéséhez. *Gyógypedagógia* I. 8—10.
GHISELLI, E., 1960, Theory of Psychological Measurement. McGraw Hill, Berkshire. 424 o.
GILAROVSZKIJ, V. A. 1950, id. LJAPIGYEVSZKIJ: Az enkefalitisz következményei gyermekeknél.
ГИЛАРОВСКИЙ, В. А., 1950: Психиатрия. Медгиз. см. Ляпидевский.
GIMESI I-né, 1960, A nyomorékok pályaválasztási problémái. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
GIRARD, P. F., 1952, Troubles neurologiques et psychiatriques chez les gauchers. *La Semaine des Hôpitaux* 28. No 18. 750—759.
GODIN, T., 1961, Témoignage. *Enfance* 4—5.
GOETZINGER, C. P.—RONSEY, C. L., 1957, A Study of the Wechsler Performance Scale (Form II.) and the Kohs Cube Test with Deaf Adolescents. *Amer. Ann. Deaf.* 388—398.
GOLDSTEIN, K., 1934, Der Aufbau des Organismus. Martinus Nijhoff, Den Haag. 363 o.
GOLDSTEIN, K., 1943, Concerning Rigidity. Character and Personality, 11. 209—286.
GOODENOUGH, F. L., 1926, The measurement of intelligence by drawing. World B. New York. 177 o.
GOODENOUGH, F. L., 1956, Exceptional Children. Appleton Century Crofts Inc., 428 o.
GOODSTEIN, L. D. 1961, Intellectual impairment in children with cleft palates. *J. Speech Dis.* 4. 287—294.

Gordon, S.—O'Connor, N.—Tizard, J., 1954, Some effects of incentives on the performance of imbeciles. *Brit. J. Psychol.* 45. 277—287.
Gordon, S.—O'Connor, N.—Tizard, J., 1955, Some effects of incentives on the performance of imbeciles one repetitive task. *Amer. J. ment. Defic.* 60. 371—377.
Gordosné Szabó A., 1960, Gyógypedagógiai alapismeretek. Tankönyvkiadó, Budapest. 105 o.
Gordosné Szabó A., 1962, Gyógypedagógia történet I. Egyetemes gyógypedagógia történet a XX. századig. Tankönyvkiadó, Budapest. 198 o.
Gordosné Szabó A., 1963, Gyógypedagógia történet II. Magyar gyógypedagógia történet a XX. századig. Tankönyvkiadó, Budapest. 154 o.
Gordosné Szabó A., 1964, A gyógyító-nevelés fogalmának fejlődéséről és korszerű értelmezéséről. Tanulmányok a neveléstudomány köréből. Akadémiai Kiadó, Budapest. 505—543.
Gordosné Szabó A., 1967, Útmutató, segédanyag és összefoglaló kérdések a „Gyógypedagógia elmélete" c. államvizsgatárgyhoz. Gyp TK Főisk., Budapest. 28 o.
Gordosné Szabó A., 1967, A gyógypedagógiai tevékenységről. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 157—167.
Gottlieb G.—Doran C., 1964, Cerebral dominance and speech acquisition in deaf children. *J. abnorm. soc. Psychol.* Vol. 69. 182—189.
Gottschaldt, K., 1954, Der Aufbau des kindlichen Handelns. Leipzig.
Göllesz V.—G. Majoros M.—Cs. Kremmer E., 1959, Fáradékonysági vizsgálatok általános iskolás vak és értelmi fogyatékos gyermekek körében. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 409—417.
Göllesz V., 1965, A komplex hallásfejlesztésről. (A szájról olvasás helye a hallásfejlesztésben). A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest, 235—247.
Göllesz V., 1967, Gyógyító pedagógia-e a gyógypedagógia? A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 157—166.
Göllesz V., 1967, A gyógypedagógia és a fogyatékosok rehabilitációja kapcsolatairól. Tanulmányok a gyógypedagógia köréből. Tankönyvkiadó, Budapest. 147—182.
Göllesz V.—Csabay L., 1967, Adalékok a gyógyító nevelés hazai koncepciójának bírálatához. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 105—115.
Göllnitz, G., 1954, Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Georg Thieme, Leipzig. 149 o.
Göllnitz, G.—Lenz—Winterling, 1957, Beiträge zur Psychodiagnostik des Sonderschulkindes. Beihefte der Zeitschrift „*Schule und Psychologie*". Heft 8. Reinhardt, München—Basel.
Gőtze Á., 1965, Hallási fogyatékos gyermekek orvosi szempontból történő szelektálása. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. 207—210.
Gőtze Á., 1967, A korszerű hallásfejlesztés eszközei. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 243—255.
Granjon N., 1949, Contribution à l'étude de la dyslexie d'évolution. *Enfance* 234—241.
Grassel, H.—Kulka, H., 1958, Psychologische Untersuchungen über Berufswahl und Lehrausbildung. Vg. Volk u. Wissen, Berlin. 145 o.
Green, C. G.—Zigler, E., 1962, Social deprivation and the performance of retarded and normal children on satiation type task. *Child. Develop.* 32. 499—508.
Gregor, A., 1934, Zwangszustände. In: Dannemann, Enzyklopäd. Hdbuch d. Heilpädagogik. 3329—3337.
Griffith, B. C.—Spitz, H. H.—Lipman, R. S., 1959, Verbal mediation and concept formation in retarded and normal subjects. *J. exp. Psychol.* 58. 247—251.
Grossmann, G.—Schmitz, W., 1962, Die Früherkennung der Hilfsschulbedürftigkeit als gemeinsames Anliegen der Jugendpsychiatrie und Hilfsschulpädagogik. *Die Sonderschule* No 2, 81—86.
Grossmann, G.—Schmitz, W., 1966. Sonderpädagogik verhaltengestörter hirngeschädigter Kinder. Vg. Volk und Gesundheit, Berlin. 245 o.
Gruhle, H., 1912, Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Springer, Berlin.
Gruhle, H., 1952, Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten. Marhold. Halle/S.

GRZEGORZEWSKA, M., 1930, Psychologie des Aveugles. Lwow Czarneczkiego, Warszava. 32.
GUILFORD, J. P., 1965, Fundamental Statistics in Psychology and Education. McGraw Hill, Berkshire. 605 o.
GUREVICS, M. O. 1950, IN: LJAPIGYEVSZKIJ: Az enkefalitisz következményei gyermekeknél.

GYŐRFFY M., 1962, A süket gyermek nyelvi fejlődésének vizsgálata. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
GYŐRFFY P., 1957, A jelbeszéd szerepe a hallók és siketek életében. Tankönyvkiadó, Budapest. 136 o.
GYŐRFFY P., 1959, Beiskolázandó süket növendékek pedagógiai vizsgálata. Orsz. Gyógyped. Kongresszus. 216—221.
GYŐRFFY P., 1960, Az előkészítő osztályba felvételre kerülő siketnéma tanulók előzetes pedagógiai vizsgálata. *Gyógypedagógia* 1.
GYŐRFFY P.—BÖDÖR J., 1967, Gyógypedagógiai ismeretek a hallási fogyatékosság köréből. Főiskolai jegyzet.
GYÖRGYFFY Á., 1942, Siketnémák jelnyelvének pszichológiai, logikai és pedagógiai vizsgálata. Magyar Gyp. Tanárok Közlönye. Különlenyomat.
GYÖRGYFFY Á., 1943, A magyar siketnéma gyermek szókincsének vizsgálati eredményei. Magyar Gyp. Tanárok Közlönye. Különlenyomat.
GYÖRGY J., 1964, Adalékok a gyermekkori szökés-csavargáshoz. MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. 63—71.
GYÖRGY J., 1965, A nehezen nevelhető gyermek. Medicina könyvkiadó, Budapest. 196 o.
GYÖRGY J., 1965, Adalékok a gyermekkori szökés-csavargás szindrómájához. MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. 63—71.
GYÖRGY J., 1967, Az antiszociális állapotok okairól, patomechanizmusáról és strukturális sajátosságairól. MTA Pszichológiai Tanulmányok X. 717—725.
GYÖRGY J., 1967, Az antiszociális személyiség. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
GYULAI E., 1965, Értelmi fogyatékos és normális tanulók súlyérzékelésének összehasonlító vizsgálata. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.

HACKBARTH, A., 1962, Politechnischer Unterricht und Berufswahl. Politechnische Bildung u. Erziehung IV. 369—397.
HAGMEYER, 1955, Die Rehabilitation Körpergeschädigter als psychologisches Problem. Böhn, Bouvier.
HALSTEAD, W. C., 1960, Thinking, imagery and memory. In: Field J. Magoun H. W., Hall, Neurophisiology. Washington. 1669—79.
Handbuch der Psychologie in 12 Bänden (Hg. von GOTTSCHALDT, K.—LERSCH, TH.—SANDER, F.—THOMAE, H.), Vg. f. Psychologie, Hongrefe, Göttingen.
Handbuch der Psychologie III. 1900. Entwicklungpsychologie. Vg. f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen. 616 o.
Handbuch der Psychologie VI., 1964 (Hg. von HEISS, R.—GROFFMANN, K. J.—MICHEL, L.) Psychologische Diagnostik. Vg. f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 1058 o.
Handbuch der Psychologie IX., 1961 (Hg. von MAYER, A.—HERWIG, B.—SCHARMANN, TH.) Betriebspsychologie. Vg. f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen, 664 o.
Handbuch der Psychologie X., 1959 (Hg. von HETZER, H., Pädagogische Psychologie. Vg. f. Psychologie, Hofgrefe, Göttingen. 544 o.
Handbuch des Taubstummenwesens, 1929, Hg. von deutschem Taubstummenlehrer. Osterwiek am Hartz. 744 o.
HANSELMANN, H., 1941, Grundlinien zu einer Theorie der Sondererziehung (Heilpädagogik). Rotapfel, Zürich—Erlenbach. 260 o.
HARLOW, H. F., 1950, Analyses of discrimination learning by monkeys. *J. exp. Psychol.* 40. 26—39.
HARMS, E., 1953, Essentials of Abnormal Child Psychology. The Julian Press Inc., New-York, 265 o.
HARSÁNYI I., 1935, A hazugság mint nevelési probléma. Fischer, Sárospatak. 139 o.
HARSÁNYI I., 1964, 3—18 éves fiúk és lányok témarajzainak fejlődéslélektani sajátossága. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 139—166.

HASEMANN, K., 1964, Verhaltensbeobachtung. In: Handbuch der Psychologie VI. 807—836.
HAYES, S. P., 1950, Measuring the intelligence of the blind. In: Zahl, P. A. (ed.) Blindness-Princeton Univ. Press, Princeton, N. Y.
HAYES, S. P., 1941, Contributions to a Psychology of Blindness. Am. Found. for the Blind. New-York. 16—48.
HAYES, K. J., 1953, The backward curve: a method for the study of learning. *Psychol. Rev.* 60. 269—275.
HAYMANN, I., 1934, Psychopathie. In: Enzyklopädisches Handbuch d. Heilpädagogik. 1985—2000.
HAWIK (Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Kinder), 1956, H. Huber, Bern, Stuttgart.
HÁRDI I., 1959, Lelki élet, lelki bajok. Medicina, Budapest. 148 o.
HÁRDI I., 1964, Elmekórtan. Felsőoktatási Jegyzetellátó Vállalat, Budapest.
HÁRDI I., 1965, A dinamikus rajzvizsgálat értelmezése. MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. 285—293.
HEBER, R. F., 1957, Exceptancy and expectancy changes in normal and mentally retarded boys. University Microfilms, Ann. Arbor, Mich.
HEBER, R., 1959, Motor task performance of high grade mentally retarded males as a function of the magnitude of incentive. *Amer. J. ment. Defic.* 63. 667—71.
HEBER, R., 1959, A manual on terminology and classification in mental retardation. *Amer. J. ment. Defic.* 64. Monogr. Suppl.
HEESE, G., 1962, Die Rehabilitation der Schwerhörigen. Reinhardt, München—Basel· 158 o.
HEESE, G.—WEGENER, H., 1966, Enzyklopädisches Handbuch der Sonderpädagogik. Marhold, Berlin/Charlottenburg, 1259. o.
HEESE, G.—WEGENER, H., 1967, u. a. 2880. o.
HEIMANN, H., 1959—60, Der Taubstumme vor Gericht. *Pro Infirmis* 2. 37—45.
HEISS, R., 1964, Psychologische Diagnostik: Einführung und Überblick. In: Handbuch der Psychologie VI. 3—18.
HEISS, R., 1964, Über den Begriff des Verhaltens und das Modell. In: Handbuch der Psychologie VI. 960—974.
HEISS, R., 1964, Technik, Methodik und Problematik des Gutachtens. In: Handbuch der Psychologie VI. 975—995.
HELLEN, K., 1967, P. M. T. Normen für hörgeschädigte Schüler. *Neue Blätter für Taubstummenbildung* 226—235.
HELLER, TH., 1925, Grundriss der Heilpädagogik. Engelmann, Leipzig. 767 o.
HENRI, P., 1958, Les aveugles et la société. PUF, Paris. 465 o.
HENRI, P., 1962, La vie des aveugles. PUF, Paris. 126 o.
HENNING, H., 1931, Psychologie der Gegenwart. Kröner, Leipzig.
HERMANN, I.—HERMANN-CZINNER, A., 1923, Zur Entwicklungspsychologie des Umgehens mit Gegenständen. *Z. angew. Psychol.* 22.
HERMELIN, B., 1962. Learning and Recognition in Imbeciles. In: London Conf. o Sci. Ment. Defic., London. 83—87.
HESS, M., 1959, Die Sprachprüfung in der logopädischen Praxis. Universitätsverlag, Freiburg. 238 o.
HESS, M., 1961, Die Eigenart des Sprachgebrechlichen Kindes und Jugendlichen. *Heilpäd. Werkblätter* 5. 204—216.
HESNARD, A., 1965, In: Porot: Manuel alphabétique . . . 385—387.
HETZER, H., 1929, Kindheit und Armut. Leipzig.
HETZER, H., 1959, Handbuch der Pädagogischen Psychologie. Vg. für Psychologie, Hogrefe, Göttingen. 544 o.
HEYMANN, K., 1953, Therapeutische Erziehung. Psychologische Praxis 13. Karger, Basel. 62 o.
HEYMANN, K., 1960, Heilpädagogisches Lernen. Psychologische Praxis, 26. Probst, Basel. 56 o.
HEYMANN, K., 1965, in: Porot: Manuel alphabétique. . .
HÉGELY G., 1959, Munkaterápia és munkábahelyezés. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.

Hirsch M., 1959, A szülőkkel folytatott klinikai beszélgetés jelentősége gyermekek pszichodiagnosztikai vizsgálatában. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 565—575.
Hirsch M., 1968, Indikáció és prognózis gyermekkori személyiségfejlődési zavarok pszichoterápiájában. MTA Pszichológiai Tanulmányok XI. 529—541.
Hirzel, S., 1949, id. Gruhle: Lehrbuch . . .
Hodász M., 1966, Adatok a vakok problémamegoldó gondolkozásához. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Hoff, H., 1961, Die soziale Anpassung des schwachsinnigen Kindes. 44—52. In: Verh. 2. int. Kongr. psych. Entw. Stör. Kindesalt. II. Wien. 261 o.
Hoff, H.—Spiel, W., 1958, Heilpädagogik und Kinderpsychiatrie. Erziehung und Unterricht. X. 66—69.
Hofmarksrichter, K., 1931, Visuelle Kompensation und Eidetik bei Taubstummen. *Arch. ges. Psychol.* 82. 331—356.
Homburger, A., 1925, Die seelische Differenziertheit als Heilpädagogische Frage und Aufgabe. Z. K. bd. 30.
Homburger, A., 1926, Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters. Springer, Berlin. 852 o.
Homburger, A., 1927, Die psychoanalytische, individualpsychologische und klinische Betrachtung als Grundlage der Heilpädagogik. Bericht, 2. allg. ärtzl. Kongress f. Psychotherapie, Hirzel, Leipzig.
Horányi B., 1959, Az orvosi pszichológia feladatairól. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 327—334.
Horányi B., 1961, Neurológia. Medicina, Budapest. 556 o.
Horányi B., 1967, A mentálhigiéne jelentőségéről. Budapesti Orvostudományi Egyetem, 26.
Horváth L., 1961, A fejlődési rendellenességek kóroktana. Medicina, Budapest. 149 o.
Horváth L., 1965, Az értelmi fogyatékosság kóroktana. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 63—81.
Horváth L., 1967, Adatok a Down-betegség endokrinológiájához. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 255—279.
Horváth L.—Molnár I., 1967, Adatok az értelmi fogyatékosok kóroktanához. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. 279—285.
Horváth L., G., 1959, Pszichológiai módszer a gondolkodási séma vizsgálatára. Tankönyvkiadó, Budapest. 264 o.
Horváth L. G., 1960, Vizsgálati módszerek a MÁV pályaalkalmassági vizsgálóállomáson. *Magy. Pszichol. Szle.* 2. sz.
Horváth L. G., 1963, Az emocionális állapotok fáradtság hatására létrejött összehasonlító elváltozásainak kísérletes vizsgálata. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 411—420.
Horváth L. G., 1965, Munkapszichológiai ankét. Hozzászólás. *Magy. Pszichol. Szle.* 22. 493—502.
Horváth L. G., 1967, Új módszer a személyiség megismerésére. Akadémiai Kiadó, Budapest. 250 o.
House, B. J.—Zeman, D., 1960, Visual discrimination learning and intelligence in defectives of low mental age. *Amer. J. ment. Defic.* 65. 51—58.
Howells, J. G., 1967, Modern Perspectives in Child Psychiatry. Oliver-Boyd, London, Edinburgh. 595 o.
Höhn, E.—Schick, C. P., 1954, Das Soziogramm. Eine Einführung für die psychologische und pädagogische Praxis. Siegfried, Stuttgart. 58 o.
Höhn, E., 1964, Spielerische Gestaltungsverfahren. In: Handbuch der Psychologie VI. 685—705.
Höffler, R., 1927, Über die Bedeutung der Abstraktion für die geistige Entwicklung des Taubstummen Kindes. *Z. Kinderforsch.* 33. Bd. 414—444.
Hulek, A., 1960, A gyógyító rehabilitáció pszichológiai, társadalmi és foglalkozási szempontiai. Dokumentáció. Orsz. Pedagógiai Könyvtár, Budapest.
Hunt, P., 1966, Stigma. The Disability. Chapman, London—Dublin—Melbourne. 176 o.
Hurtig, M. C.—Santucci, E., 1960, De l'enfant débile à l'adolescent débile. *Enfance* 4—5.
Hvatcev, M. E., 1954, Logopédia. Pedagógiai intézetek hallgatóinak, speciális iskolák tanárainak tankönyve c. művéből. Dokumentáció, Gyp TK Főisk. Budapest. 262 o.

IGERSHEIMER, J.—MAUTNER, H., 1951, About changes of the crystalline lens in mongoloids. *Amer. J. ment. Defic.* 55. 370—376.
ILLYÉS GYULÁNÉ, 1952, A fogyatékosok munkalehetőségeinek kiszélesítése. In: A gyógypedagógia a nervizmus szolgálatában. Tankönyvkiadó, Budapest. 70—79.
ILLYÉS GYULÁNÉ, 1963/64, A gyógypedagógiai szelekció általános kérdéséhez. II. Orsz. Gyógyped. Tud. Konferencia, Budapest. 287—292.
ILLYÉS GYULÁNÉ—ILLYÉS S.—LÁNYI MIKLÓSNÉ, 1964, Gyógypedagógiai lélektan I. Tankönyvkiadó. 120 o.
ILLYÉS GYULÁNÉ—ILLYÉS S.—SZIGETI B.—JANKOVICH LAJOSNÉ—LÁNYI MIKLÓSNÉ, 1965, Gyógypedagógiai lélektan II. Tankönyvkiadó, Budapest. 278 o.
ILLYÉS GYULÁNÉ, 1965, Gyógypedagógiai lélektan III. Tankönyvkiadó, Budapest. 156 o.
ILLYÉS GYULÁNÉ—CSÁNYI Y.—KOVÁCS CS.—SIMON I.—MIKLÓSSY LAJOSNÉ, 1965, Munkaalkalmassági vizsgálatok fogyatékosokon. A Gyp-i Főisk. Évkönyve I. Budapest, 103—134.
ILLYÉS GYULÁNÉ, 1967, A gyógypedagógiai pszichológia kérdései. In: A pszichológia új útjai. Gondolat, Budapest, 415—424.
ILLYÉS S.—SZAKÁCS F., 1958, A csoportosulás tényezői vak gyermekek közösségében. MTA Pszichológiai Tanulmányok I. 165—173.
ILLYÉS S.—VITÁR Z., 1962, Gondolati összefüggések felismerésének megkönnyítése kiemelő nyelvi szerkezetekkel. MTA Pszichológiai Tanulmányok IV. 465—478.
ILLYÉS S., 1963, Az értelmi fogyatékosok észlelésvizsgálatának néhány elméleti kérdése. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 561—577.
ILLYÉS S., 1964, Az értelmi fogyatékos gyermekek nevelhetőségét és nevelési szempontból történő csoportosítását meghatározó belső feltételek. Tanulmányok a neveléstudomány köréből. Akadémiai Kiadó, Budapest. 545—583.
ILLYÉS S., 1964, A fogyatékosok érzékelése. Gyógypedagógiai lélektan I. 64—118.
ILLYÉS S., 1965, A fogyatékosok emlékezete, gondolkodása. Gyógypedagógiai lélektan II. 3—67.
ILLYÉS S.—ORISKÓ I., 1965, Adatok a vázlatkészítés közben folyó gondolkozás fejlődéséhez V—VIII. oszt. általános és kisegítő iskolai tanulóknál. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve, 1964. 135—151.
ILLYÉS S., 1967, A nevelés gyógyítási hatékonyságának magyarázata gyógyító nevelés jelentősebb magyar elméleteiben. Tanulmányok a gyógypedagógia köréből. Tankönyvkiadó, Budapest. 94—146.
IRVIN, J. V.—HIND, J. E.—ARONSON, A. E., 1957, Experience with conditioned G. S. R. audiometry in a group of mentally deficient individuals. *Train. School Bull.* 54. 26—31.
ISASZEGI M., 1967, Értelmi fogyatékosok előfordulása a fiatalkorú bűnözők között. Szakdolgozat. Gyp-i TK Főisk., Budapest.

JACHIMOVITS LÁSZLÓNÉ, 1962, Az értelmi fogyatékos gyermekek észlelésének vizsgálata. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk., Budapest.
JAKAB, I., 1956, Dessins et peintures des aliénés. Akadémiai Kiadó, Budapest. 145 o.
JAMES, W. (id: Penfield, 1959) A múlt mesterséges felidézése az agykéregben c. könyvben. Science 1719—25, Orvosi Dok. Könyvt.
JANKOVICHNÉ DALMAI M., 1959, Az emberalak ábrázolásának fejlődése értelmi fogyatékos gyermekek rajzában. Tanulmányok a neveléstudomány köréből. Akadémiai Kiadó, 416—466.
JANKOVICHNÉ DALMAI M., 1960, A nevelés-oktatás tartalmának alakulása értelmi fogyatékosoknál. Tanulmányok a neveléstudomány köréből. Akadémiai Kiadó, 623—654.
JANKOVICHNÉ DALMAI M., 1961, Életkorátlag és intelligenciakor-átlag alakulása gyógypedagógiai osztályokban. MTA Pszichológiai Tanulmányok III. 597—604.
JANKOVICHNÉ DALMAI M., 1961, Adatok az oligofrénia súlyossági fokainak elhatárolásához és jellemzéséhez. *Gyógypedagógia* 2. 41—50. o.
JANKOVICHNÉ DALMAI M., 1963/64, A gyermekmegismerés alapvető szempontjai a gyógypedagógiai vizsgálatban. II. Orsz. Gyógyped. Tud. Konferencia, Budapest. Ped. Szakszervezet, 189—196.

Jankovichné Dalmai M., 1963, Pszichológiai tényezők összefüggése értelmi fogyatékos gyermekek emberrajzában. Pszichológiai Tanulmányok V. Akadémiai. Kiadó, 577—594.
Jankovichné Dalmai M., 1965, A fogyatékosok személyisége. Gyógypedagógiai lélektan II. 68—140.
Jankovichné Dalmai M., 1966, Értelmi fogyatékosok pszichés funkcióinak különböző fejlettségi szintjéről. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. 467—485.
Jászberényi M., 1962, Adatok a süketnéma serdülők személyiségéhez. Szakdolgozat. Gyp TK Főiskola, Budapest.
Jaskulski, J., 1933, Das darstellende Spiel und das Fehlen des Rollenspiels bei geistesschwachen Kindern. *Z. Kinderforsch.* 41. Bd.
Jeney I., 1961, VIII. osztályt végzett süketnémák pályaválasztása. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Jenkin, N., 1960, Developmental and intellectual processes in size-distance judgement. *Amer. J. Psychol.* 73. 268—273.
Jenkin, N.—Morse, S., 1960, Size-distance judgement in organic mental defectives. *J. consult. Psychol.* 24. 139—143.
Jenkin, N.—West, N. I., 1958, Perception in organic mental defectives: an exploratory study I. The size-weight illusion. *Train. School Bull.* 55. 5—10.
Jenny G.—Krausz É.—Tóvölgyi I.—Toldi G.—Varga K., 1954, A Környén végzett kísérleti munkákról. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Jeszenszky Sándorné, 1961, Jelentkeznek-e a testi fogyatékosság jegyei a testi fogyatékos gyermekek rajzaiban? Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Jewell, B. T.—Wursten, H., 1952, Observations on the Psychological Testing of Cerebral Palsied Children. *Am. J. ment. Defic.* 56. 630—637.
Johnson, G. O.—Blake, K. A., 1960, Learning performance of retarded and normal children. Univ. Press., Syracuse.
Johnson, P.—Farrel, M., 1954, Auditory impairments among resident school children at the Walter E. Fernald State School. *Am. J. ment. Defic.* 58. 640—644.
Johnson, W. *et. al.*, 1959, The Onset of Stuttering. University of Minnesota Press, Minneopolis. 276 o.
Journées Regionales d'Études sur le Dépistage, la Réadaptation et la Scolarisation des Handicapés Moteurs Cérébraux et des Déficients Sensoriels, 1961, Toulouse. 137 o.
Juhász I., 1960, Az értelmi fogyatékos gyermekek grafikus utánzókészségének fejlettsége kísérleti, átmeneti és előkészítő osztályban. Szakdolgozat. Gyp Tk Főisk. Budapest.
Justné Kéry H., 1964, A problémamegoldás és a szabadbeszélgetés menetében előforduló gondolkodási műveletek elemzése nagycsoportos óvodásoknál. *Magy. Pszichol. Szle.* 21. 551—567.
Justné Kéry H., 1965, Problémamegoldási módok és mozzanatok az 5—6,5 éves korban. *Magy. Pszichol. Szle.* 22. 370—382.

Kabainé Huszka A., 1965, A gyermeki fegyelmezetlenség, nyugtalanság javítása a „sárkány-próbával". MTA Pszichológiai Tanulmányok VIII. 581—594.
Kabele, F., 1963, Defektologische bzw. gesellschaftliche Auffassung der Rehabilitation. VI. Internationaler Kongress über Rehabilitation, Leipzig. 540—543.
Kaiser, E., 1957, Einige Mitteilungen über die Taubstummenpädagogik in der Sovjetunion. *Neue Blätter für Taubstummenbildung* 1—2.
Kallmann, F. J., 1938, The Genetics of Schizophrenia. Augustin, New-York.
Kanizsai D., 1953, Felmérés Budapest ált. iskolás tanulóinak beszédállapotáról. Kézirat.
Kanizsai D., 1955, 1960, A beszédhibák javítása. Tankönyvkiadó, Budapest. 439 o.
Kanizsai D., 1958, Alexiáról—agráfiáról. *Gyógypedagógia* 4. 40—44.
Kardos L., 1960, A lélektani kísérlet. *Magy. Pszichol. Szle.* XVII. 9—19.
Kardos L., 1960, Általános lélektan a tanítóképző és óvónőképző intézetek számára. Tankönyvkiadó, Budapest. 167 o.
Kardos L., 1964, Általános pszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest. 282 o.
Kass, C. E., 1968, Einige psychologische Korrelate schwerer Leseschwächen. 11—19. In: Strasser: Fortschritte der Heilpäd.
Kasztantovicz, M., 1966, Erziehen und Heilen. Erziehungs- und Bildungsschwierige Kinder in Familie, Schule und Heim. Auer, Cassianeum Donauwörth. 176 o.

KATES, S. L.—KATES, F. F., 1965, Social and nonsocial verbal concepts of deaf and hearing children. *J. abnorm. Psichol.* Vol. 70. 214—217.
KATZ, D., 1953, Studien zur experimentellen Psychologie. Schwabe, Basel. 130 o.
KELEMEN L., 1960, A tanulók gondolkodása 6—10 éves korban. Tankönyvkiadó, Budapest. 170 o.
KELEMEN L., 1963, A 10—14 éves tanulók tudásszintje és gondolkodása. Akadémiai Kiadó, Budapest. 351 o.
KELÉDI F.—GÖLLESZ V.—RENDI L., 1965, Daktyléma-rendszerek összehasonlító elemzése. A Gyp. Főisk. Évkönyve I. Budapest. 223—235.
KELLER, J. E., 1958, Interrelationships between several measures of visual perception in mentally retarded children. Unpublished doctoral dissertation. University of Michigan.
KEMPF, G. A.—COLLINS, S. D., 1929, A study of the relation between mental and physical status of children in two countries in Illinois. Publ. Health Rep., U. S. Public Health Service 44. 1743—48.
KERESZTES J., 1963, Színfelfogás és megkülönböztetés értelmi fogyatékosoknál. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
KERSCHENSTEINER, D. G., 1905, Die Entwicklung der zeichnerischen Begabung. Gerber, München. 508 o.
KERSHAW, J. D., 1961, Handicapped Children. Heinemann, London. 228 o.
KERTÉSZ I., 1965, Kriminalisztika és pszichológia. *Magy. Pszichol. Szle.* 22. 28—38.
KERTÉSZ K., 1962, Gondolati összefüggések felismerése értelmi fogyatékos és normális gyermekeknél. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
KINDERMANN, H., 1957, Das vorschulpflichtige taube Kind. *Neue Blätter für Taubstummenbildung* 72—82.
KIRK, S. A., 1962, Effects of educational treatment. 289—294. In: Mental Retardation Research Publications. Vol. XXXIX. The Williams et Wilkins Comp., Baltimore. 331 o.
KLEININGER O., 1964, Rorschach-vizsgálatok oligofréneknél. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 449—457.
KLEININGER O., 1966, A debilitás és imbecillitás differenciáldiagnosztikai problémáiról. *Ideggyógy. Szle.* 5. 152—158.
KLEMM, O., 1929, Zur Berufsversorgung von Hilfsschülern und Taubstummen. In: Bericht über d. IV. Kongr. f. Heilp. Berlin. 323—329.
KLINGEBIEL, P., 1963, L'écolier gaucher. Les éditions sociales françaises, Paris. 180 o.
KLOPFER, B., 1932, Bibliographische Einführung in die Heilpädagogik. Stenger, Erfurt.
KOCH, K., 1957, Der Baumtest. Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel. H. Huber, Bern—Stuttgart. 258 o.
KOCH, M., 1960, Die Begriffe Person, Persönlichkeit und Charakter. In: Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie. Lersch, Ph.—Thomae, H., Vg. f. Psychologie, Hofgrefe, Göttingen.
KODMAN, F.—FEIN, A.—MIXSON, A., 1959, Psychogalvanic skin response audiometry with severely mentally retarded children. *Am. J. ment. Defic.* 64. 131—136.
KODMAN, F.—POWERS, T. P.—WELLER, G. M.—PHILIP, P. P., 1958, Puretone audiometry with the mentally retarded. *J. exept. Child.* 24. 303—305.
KOENIG, K., 1959, Quelques aspects de la pédagogie curative moderne. *Cahier de pédagogie curative*, St. Prex. No 7. 1.
KOLOS T.—MAJLÁTH GY., 1964, Érzelmi sérülés és gyermekkori kriminalitás. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 537—648.
KONCZ E., 1960, A nagyságrelációk felismerésének összehasonlító vizsgálata értelmi fogyatékos és normális gyermekeknél, korongos Montessori-torony segítségével. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
KORÁTH M., 1960, A figyelem és nevelése a gyógypedagógiai iskola előkészítő osztályában. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
KOROVIN, K. G., 1959, A hallási fogyatékosok szelektálásának problémái. Orsz. Gyógyped. Kongresszus. 228—235.
KOTHE, B., 1957, Über kindliche Schizophrenie. Marhold, Halle/S. 83 o.
KOUNIN, J. S., 1951, Experimental studies of rigidity I. The measurement of rigidity in normal and feeble-minded persons. *Character and Personality* 9. 251—272.

KOUNIN, J. S., 1941, Experimental studies of rigidity. II. The explanatory power for the concept of rigidity as applied to feeble-mindedness. *Character and Personality* 9. 273—282.
KOUNIN, J. S., 1948, The meaning of rigidity: A reply of Heinz Werner. *Psychol. Rev.* 55. 157—166.
KOVALJOV, A. G., 1963, A pszichológiai folyamatoknak, a személyiség állapotának és tulajdonságainak összefüggése. *Magy. Pszichol. Szle.* 2. 181—194.
KOVÁCS Cs., 1965, Gyöngénlátó növendékek vizsgálati eredményei. Illyésné: Munkaalkalmassági vizsgálatok fogyatékosokon. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 103—134.
KOVÁCS Cs., 1967, Vak, gyengénlátó és látó tanulók tapintásos tárgyfelismerésének vizsgálata. Szakdolgozat. ELTE, Budapest.
KOVÁCS Cs., 1967, A látási fogyatékos tanulók nevelési szempontból történő csoportosítása. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 285—299.
KOVÁCS E., 1965, Játékterápia a dadogó gyermekek kezelésében. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 197—205.
KOVÁCS E., 1967, A bábjáték alkalmazása a logopédiában. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 299—321.
KÖHLER, W., 1917, Intelligenzprüfungen an Antropoiden. I. Abhandl. der Preuss. Akademie der Wissenschaften. Phys.—matem. Klasse 1. Berlin.
KÖHLER, W.—WALLACH, H., 1944, Figural after-effects: An investigation of visual processes. *Proc. Amer. phil. Soc.* 88. 269—357.
KRAUSE, K. H., 1962, Berufsberatung — Berufsbereitung in der allgemein bildenden politechnischen Oberschule. *Politechnische Bildung* 4. No 10. 442—443.
KRAUSZ É., 1954, Az értelmi fogyatékos munkábaállításának lehetősége. Szakdolgozat. Gyp. TK Főisk. Budapest.
KRASZNOGORSZKIJ, A. I., 1950, Id.: Ljapigyevszkij: Az enkefalitisz következményei gyermekeknél.
KRAEPELIN—LANGE, 1927, Psychiatrie. Barth, Leipzig.
KREINER, A., 1933, Über den Einfluss des Blindseins auf das So-Sein des blinden Menschen. Verein zur Fürsorge f. die Blinden der Rheinprainz. 119 o.
KRETSCHMER, E., 1951, Körperbau und Charakter. Springer, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 444 o.
KRUPSZKAJA, N. K., 1949, Válogatott pedagógiai tanulmányai. Hungária, Budapest.
KRÜNEGEL, M., 1928, Heilpädagogik als autonome Wissenschaft. Ein Beitrag zur Theorie der Heilpädagogik. *Hilfsschule* Jg. 21.
KRÜNEGEL, M. 1934, Diagnostik, heilpädagogische. In: Dannemann, Enzykl. Handbuch der Heilpädagogik. 556—562.
KULEMEYER, W., 1949, Das schwerhörige Kind als medizinisches, psychologisch-pädagogisches und soziales Problem. Marhold, Halle. 116 o.
KUN, M., 1959, Encephalitis utáni magatartási zavarokról. Országos Gyógypedagógiai Kongresszus, I., 85—87.
KUN, M., 1961, Gyógypedagógiai kórtan I. Főiskolai jegyzet, Budapest. 44 o.
KUN M., 1962, Gyógypedagógiai kórtan II. Főiskolai jegyzet. Budapest, 99 o.
KUN M., 1963. A minimális organikus agykárosodás jelentősége. II. Orsz. Gyp. Tudományos Konferencia. 234—237.

LABAUGE, R., 1963, in: Lafon: Vocabulaire . . . 215—220.
LABORFALUSI M., 1964, Serdülőkorú értelmi fogyatékosok rajzainak vizsgálata, egybevetve társas helyzetükkel. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
LABOSSA E., 1962, Adatok az értelmi fogyatékos serdülők személyiségéhez. Szakdolgozat. Gy TK Főisk. Budapest.
LAFON, R., 1950, Psychopédagogie médico-sociale, PUF, Paris. 158 o.
LAFON, R., 1963, Vocabulaire de Psychopédagogie et de Psychiatrie de l'Enfant. PUF, Paris. 604 o.
LAGACHE, 1943, Nomenclature et classification des jeunes inadaptés. *Sauvegarde de l'enfance.* 1. No. 1, 2, 3.
LANGE—COSACK, H.—MATHEIS R., 1956, Über das psychische Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit Poliomyelitischen Dauerlähmungen. *Tb. f. Jugendpsychiatrie u. Grenzgeb.* Bern—Stuttgart.

Lantosyné Dabas E., 1965, A felbomló család gyermeke. Pszichológia a gyakorlatban 5. Akadémiai Kiadó, Budapest. 138 o.
Lantosyné Dabas E., 1967, Koponyasérült gyermekek pszichés elváltozásai. MTA Pszichológiai Tanulmányok X. 609—613.
Lantosyné Dabas E.—Édervárné Kovács I., 1968, A nevelési és a környezeti tényezők szerepe a gyermekkori koponyatraumák okozta személyiségelváltozásban. MTA Pszichológiai Tanulmányok XI. 443—457.
Larcebeau, S., 1955, Az érdeklődés és mérése. *L'Année Psychologique* No 2. 39.
Larcebeau, J., 1963, L'adaptation professionelle des déficients moteurs en grande Bretagne. *Revue de Neuro-psychiatrie infantile* No 3—4.
Laurent, Ph.—Philonenko, Le débile mental dans le monde du travail. Bulletin de CERP No 3. 217—339.
Lányiné Engelmayer Á., 1959, A játékvizsgálat mint a fogyatékos gyermek megismerésének egyik eszköze. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 419—432.
Lányiné Engelmayer Á., 1962, A környezeti ártalomról. Elvi meggondolások a fogalom értelmezésében. *Gyógypedagógia* 6. 168—171.
Lányiné Engelmayer A., 1963, A környezeti ártalomról. A környezet károsította gyermekek gyógypedagógiai lélektani kivizsgálásának tapasztalatai. *Gyógypedagógia* 3. 77—80.
Lányiné Engelmayer Á., 1964. Az életkor és az életkori sajátosságok szerepe az értelmi fogyatékosok fejlődésében. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 459—472.
Lányiné Engelmayer Á., 1965, A serdülőkor problémája értelmi fogyatékosoknál. A fogyatékos gyermekek nevelésének kérdései c. munkában. Tankönyvkiadó, Budapest. 54—61.
Lányiné Engelmayer A., 1965, Az értelmi fogyatékos gyermekek fejlődéslélektani sajátosságai. Kandidátusi értekezés, Budapest. 261 o.
Lányiné Engelmayer Á., 1967, A Gyógypedagógiai Pszichológiai Tanszék ambulanciájának szerepe a fogyatékosok vizsgálatában és gondozásában. A Gyp Tk Főisk. Évkönyve II. Budapest. 321—329.
László A., 1965. Hallási fogyatékos gyermekek pedagógiai szempontból történő szelektálása. A Gyp Tk Főiskola Évkönyve I. Budapest. 209—215.
László A., 1965, Hallási fogyatékosok neveléstana. Tankönyvkiadó, Budapest. 124 o.
Lázárfalvi A., 1967, A Művelődésügyi Minisztérium 3. számú fiúnevelő intezetéből szabadult növendékek életsorsának nyomonkövetése. Szakdolgozat. Gyp-i TK Főisk. Budapest.
Leibowitz, H.—Heisel, M. A., 1958, L'évolution de l'illusion de Ponzo en function de l'âge. *Arch. Psychol.* 36. 328—331.
Leibowitz, H.—Waskow, L.—Loeffler, N.—Glaser, G., 1959, Intelligence level as a variable in the perception of shape. *J. exp. Psychol.* 11, 108—112.
Lengyel, I., 1961, A Kór- és Lélektani Tanszéken 1950/51-ben megvizsgált debilis gyermekek sorsának nyomonkövetése. Szakdolgozat. Gyp TK Főisk. Budapest.
Lenz, R., 1952, id. Gruhle: Lehrbuch . . .
Lenz, R., 1957, Untersuchungen über die Persönlichkeits-Struktur Blinder. Lenz, München—Heidelberg. 151 o.
Leontiev A.—Luria A.—Smirnov A, 1966, Recherches psychologiques en URSS. Ed. Progres, URSS, 389 o.
Leontjev, A. N.—Lurija, A. B., 1957, A XV. nemzetközi lélektani kongresszus. (Dokumentáció).
Lersch, Ph.—Thomae, G., 1960, Persönlichkeitsforschung und Persönlichkeitstheorie. Vg. f. Psychologie, Hogrefe, Göttingen.
Levendel L.—Mezei Á., 1965, Személyiség és tuberkulózis. Akadémiai Kiadó, Budapest, 290 o.
Levina, R. E., 1966, Peculiarities of Acoustic Perception in Children with Speech Defects. XVIII. Internat. Congress of Psychology, Moscow. 33. 309—315.
Lewin, K., 1935, A dynamic theory of the feebleminded. In: Lewin K.: A dynamic theory of personality. New York. 194—238.
Lewin, K., 1936, Principles of Topological Psychology. New York—London.
Lénárd F., 1948, Emberismeret. (Általános lélektan.) Egyetemi Nyomda, Budapest. 134 o.

Lénárd F., 1948, A probléma megoldás fáziskapcsolatai. MTA Pszichológiai Tanulmányok I. 57—69.
Lénárd F., 1959, Gondolkodási fázis, gondolkozási művelet, gondolatmenet. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 63—79.
Lénárd F., 1963, A problémamegoldó gondolkodás. Akadémiai Kiadó, Budapest 332 o.
P. Liebermann L., 1933, Mozgásvizsgálat dadogóknál. *Magyar Gyógypedagógia* 9—13.
P. Liebermann L., 1937, Dadogók mozgástanítása. *Magyar Gyógypedagógia* 80—85.
P. Liebermann L., 1954, Laterális dominancia. (A balkezesség problémája.) *Gyermekgyógyászat* 5. 161—169.
P. Liebermann L., 1958, A nevelési tanácsadó technikai problémái. MTA Pszichológiai Tanulmányok I. 343—352.
P. Liebermann L. — lásd Gegesi Kiss P.
Lichtenberger, W., 1962, Die Bedeutung pädagogisch-soziologischer Erkenntnisse für die Heilerziehung. *Z. Heilpäd.* No 4. 265—274.
Ligeti R., 1967, Gyermekek olvasászavara (dyslexia). Akadémiai Kiadó, Budapest. 100 o.
Ligeti R., 1967, A dyslexiás gyermekek reedukációjának kérdése Magyarországon. MTA Pszichológiai Tanulmányok X. 693—698.
Lindner, R., 1925, Das taubstumme Kind in Vergleichen mit vollsinnigen Schulkindern. Päd. Psych. Arbeiten, Bd. XIV. Leipzig.
Lipmann O., 1927, Die Lüge in psychologischer, philosophischer . . . Betrachtung. Plaut, Leipzig.
Lichtenberger, W., 1962, Bedeutung pädagogischer-soziologischer Erkenntnisse für die Heilerziehung. *Z. Heilpäd.* No 4. 5.
Lissák K., 1965, A pavlovi koncepció a modern neuro-fiziológiai kutatásokban. *Orvosképzés* 40. 4. 254—261.
Ljapigyevszkij, Sz. Sz., 1950, Az enkefalitisz következményei gyermekeknél. Dokumentáció, Gyp TK Főisk. Budapest. 115 o.
Lobsien, K., 1903, Einige Untersuchungen über das Gedächtnis bei Schwachbefähigkeiten. *Kinderfehler* VIII. 4—5.
Lóránd B., 1959, Klinikai és pathopszichológiai megfigyelések 25 szubakut progresszív panencephalitis esetében. *Ideggyógy. Szle.* I.
Lott, B. S., 1958, Paired associate learning, generalization and retention as a function of intelligence. *Am. J. ment. Defic.* 63, 481—489.
Louttit, C. M., 1959, Clinical Psychology of Exceptional Children. Harper and Row, New York. 573 o.
Lovász T., 1965, A gyógypedagógiai gyakorlat szerepe a gyógypedagógiai tanárképzés céjának meghatározásában. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 11—21.
Lovász T., 1967, A gyógypedagógia egységéről. Tanulmányok a gyógypedagógia köréből. Tankönyvkiadó, Budapest. 3—94.
Lovász T., 1967, Gondolatok a Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola második Évkönyvéről. A Gyp TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 7—19.
Lowe, R., 1949, The exes in mongolism. *Brit. J. Ophtal.* 33. 131—174.
Lowenfeld, B., 1956, Psychological Problems of Children with Imparied Vision. 214—283. In: Cruickshank, Psychology... London. 594 o.
Luccioni, H., 1965, In: Porot: Manuel alphabétique. 118—189., 466—467., 550—558.
Luchsinger, R.—Arnold, G. R., 1959, Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Springer, Wien. 651 o.
Lugt, Van der, 1948, Psychomotortest Series for Children. New York.
Лурия, А. Р., 1960 Изучение мозговых поражений и восстановления нарушенных функций. В сб. Психологическая наука в СССР II т. Изд-во АПН РСФСР, 428—459
Lurija A. R., 1963, The Mentally Retarded Child. Pergamon Press, Oxford, London 207 o.
Lurija A. R., 1965, Az emberi agy és a psychikus folyamatok. 262—337. In: Filozófiai problémák a magasabbrendű idegműködés fiziológiájában és pszichológiájában c. műben. Akadémiai Kiadó, Budapest.
Lurija, A. R. — lásd Leontyev.

LUTZ, J., 1938, Der Schwachsinn und die organischen Gehirnstörungen r Einschluss der Epilepsie. Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters . Ärzte und Erzieher. Rotapfel, Erlenbach—Zürich—Leipzig.
LUTZ, J., 1956, Schwachsinn im Lichte der neueren Erforschung. Institut für Psycho-Hygienie, Biel, Schweiz.
LUTZ, J., 1961, Kinderpsychiatrie. Rotapfel, Zürich—Stuttgart. 407 o.
LUTZ, J., 1961, Schwachsinn und Demenz. 212—222. In: Verh. 2. int. Kongr. psych. Entw. Stör. Kindesalt. II. Wien. 261 o.

MACLEOT, B., , Zum 14. Internationalen Kongress für Psychologie in Montreal. (Bracken/David-kötet.)
MAGYAR E., 1963, Lényegfelismerés az értelmi fogyatékos gyermekeknél. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
MAJLÁTH GY., 1960, A gyermekkori kriminalitásról. *Magy. Pszichol. Szle.* XVII. 402—406.
MAKARENKO, A. Sz., 1947, Az új ember kovácsa. Új Magyar Könyvkiadó, Budapest. 313 o.
MAKARENKO, A. Sz., 1949, Igor és társai. Új Magyar Könykiadó, Budapest. 450 o.
MALZBERG, 1950, Some statistical aspects of mongolism. *Am. J. ment defic.* 54. 266.
МАРЦИНОВСКАЯ, Е. Н., 1962, Взаимодействие артикуляционных и пальцевых кинестезий у глухих детей. Вопр. Псих. № 1. 100—112 п.
MARK, H. J., 1955, Studies in perception in brain-injured children. Unpublished doctoral dissertation. John Hopkins University.
MARK, H. J.—PASAMANICK, B., 1958, Asynchronism and apperent movement thresholds in brain-injured children. *J. consult. Psychol.* 22. 173—177.
MASLAND, R. L.—SARASON, S. B.—GLADWIN, TH., 1958, Mental Subnormality. Basic Books, Inc. New York. 442 o.
MATEER, F., 1918, Child Behavior. Boston.
MECSÉRY V., 1960, Hallási és értelmi fogyatékosok figyelemvizsgálata. Szakdolgozat, ELTE, Budapest.
MEILI, R., 1955, Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. H. Huber, Bern—Stuttgart. 448 o. 1965. 465 o.
MEILI, R., 1958, Psychologie der Berufsberatung. Karger, Basel. 75 o.
MEINERTZ, F., 1962, Heilpädagogik. Klinkhardt. Heilbrunn, Obb. 250 o.
MEIXNER I.—JUSTNÉ KÉRY H., 1968, Az olvasástanítás pszichológiai alapjai. Akadémiai Kiadó, Budapest. 107 o.
MENDELÉNYI, M.—MARTON L.-NÉ, 1965, Pszichés iatrogén ártalmak. *Orvosképzés* XI. 6., 496—472.
MENNINGER, K. A., 1952, A Manual for Psychiatric Case Study. Grune and Stratton, N. Y.
MENG, H., 1937, Zur Sozialpsychologie der Körpergeschädigten. Schweizerische Archiv für Neurologie und Psychiatrie XI. Heft. 2.
MENG—MORGENTHALER—PFISTER—RÉPOND—STOKVIS—WINTSCH—ZULLIGER, 1960, Praxis der seelischen Hygiene. Schwabe, Basel—Stuttgart, 279 o.
MIERACHNIK, D. A., 1960, A study of color discrimination in adolescent groups of differing mental capaties. Unpubl. doct. Diss. New York.
MESTERNÉ BODA F.—MEZEINÉ ERDÉLY É., 1959, Követelmény, jutalom, büntetés. Akadémiai Kiadó, Budapest. 326 o.
MESHCHERYAKOV, A. I., 1966, Peculiarities of Mental Development of the Blind, Deaf and Dumb Child in Process of his Elementary Education. XVIII. International Cong. of Psych. Moscow. 274—282.
MEZEI Á., 1962, Alkoholizmus és alkoholista személyiség. *Magy. Pszichol. Szle.* XIX., 451—456.
MEZEI B., 1960. A helyes pályaválasztás feltételei. *Köznevelés* 4.
MEYER, H., 1957, Das Weltspiel, seine diagnostische und therapeutische Bedeutung für die Kinderpsychologie. *Beih. Schweiz. Z. Psychol.* No 32. H. Huber, Bern.
MÉHES J., 1955, A vakok gyógyítónevelésének néhány időszerű kérdése. *Gyógypedagógia* 2. 47—51.

MÉHES J., 1960, A süket—vak gyermekek gyógyító nevelésének eredményei és mai állása hazánkban. *Gyógypedagógia* 5. 65—73.
MÉHES J., 1962, Opthalmodefektológia. Tankönyvkiadó, Budapest. 279 o.
MÉHES J., 1965, A látási defektivitás és az olvasási készség összefüggéseinek kísérletes vizsgálata. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 253—261.
MÉHES J., 1967, Gyógypedagógia-e a gyógypedagógia? Válasz egy régi elmélet új képviselőinek. A GyP TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 115—139.
MÉREI F., 1942, Átképzés és pályaválasztás. A pályaválasztás lélektana. Unitas, Budapest. 47 o.
MÉREI F., 1948., Gyermektanulmány. Egyetemi Nyomda, Budapest. 194 o.
MÉREI FERENCNÉ, 1962, Gyakorlati szempontok a kora gyermekkori hallásneveléshez. *Gyógypedagógia* I. 18—22.
MÉREI FERENCNÉ, 1965, Az értelmi fogyatékosok beszédhibái. A GyP TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 183—197.
MÉREI FERENCNÉ, 1965, Leitung des Alltaglebens der Stotterer. 477—478. In: *De Therapia Vocis.*
MÉREI FERENCNÉ, 1967, A környezet szerepe a beszédfejlődésben, különös tekintettel az állami gondozott gyermekekre. A GyP TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 329—343.
MICHAEL, J.—KATES, S. L., 1965, Concept attainment on social materials by deaf and hearing adolescents. *J. educ. Psychol.* 81—86.
MICHAUX, L. — DUCHÉ, D. J., 1963, id: Lafon, Vocabulaire . . . 601—602.
MIHÁLY O., 1967, Megjegyzések egy válaszhoz. A GyP TK Főisk. Évkönyve II. Budapest. 139—156.
MIKLÓSSY LAJOSNÉ, 1960, Testi fogyatékosok írástanításának problémái. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
MIKLÓSSY LAJOSNÉ, 1965, Mozgássérült tanulókon végzett vizsgálatok eredményei. 124—126. L. Illyésné: Munkaalkalmassági vizsgálatok fogyatékosokon.
MILLER, M. B.—SPITZ, H. H., 1955, Differences in reversal rate of ambiguou figures as a function of stimulus „meaningfulness" in a retarded group an exploratory study. *Abst. Peabody Stud. ment. retarded.* 1955—60. 1. No 63.
MILLER, M. B., 1961, Locus of controll, learning climate and climate shift in serial learning with mentally retarded. Unpubl. PH Diss. George Peabody Coll. of Teachers.
MOLNÁR B.—PÁLHEGYI F., 1964, Adatok a logikai gondolkodás fejlődésének vizsgálatához vak gyermekeknél. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 467—485.
MOLNÁR B.—PÁLHEGYI F.—SIMON L., 1958, A hallás jelentősége a vak gyermek megjegyző és reproduktív funkcióiban. Orsz. Gyp-i Kongresszus, Budapest. 295—299.
MOLNÁR I., 1958, A munkalélektan. *Munkaügyi Szemle* No 10. 39—42. No 11. 19—23. No 12. 29—35.
MOLNÁR I.—VÁRNAGY L., 1962, Vizsgálati eljárás a munkamozgás biztonságának megállapítására. MTA Pszichológiai Tanulmányok IV. 281—298.
MOOR, P., 1943, Theoretische Grundlegung einer heilpädagogischen Psychologie. H. Huber, Bern. 123 o.
MOOR, P., 1958, Heilpädagogische Psychologie. Bd. II. Pädagogische Psychologie der Entwicklungshemmungen. H. Huber, Bern. 474 o.
MOOR, P., 1965, Heilpädagogik. H. Huber, Bern—Stuttgart. 524 o.
MONOSTORI J., 1949, Vakok a termelőmunka szolgálatában. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
MONTÁGH I., 1959, Ép és siket gyermekek összehasonlító rajzvizsgálata. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
MORELEWITZ, H.— SWIERAT, J.—BEMBENISTA, J., 1952, Studies to determine whether mongolian idiots can be sufficiently trained to take part in society. *New York State Journal of Medicine* 451—453.
MORENO, J. L., 1956, Sociometry and the science of man. New York.
MORENO, J. L., 1965, Psychothérapie de groupe et Psychodrame. PUF, Paris. 469 o.
MORGAN, C. T., , Személyiség (Personality). Bevezetés a pszichológiába. 9. fej. 213—247.
MOROZOVA, N. G., 1967, Az anomáliás gyermekek személyiségének erkölcsi tulajdonságaira vonatkozó tanulmányozás feladatai és módszerei. *Gyógypedagógia* 129—132.

MORSH, J. E., 1936, Motor performance of the Deaf. *Comp. Psychol. Monogr.* 66.
MOSS, J. W.—MOSS, M.—TIZARD, J., 1961, Electrodermal response audiometry with mentally defective children. *J. speech hear. Dis.* 4. 41—47.
MOSS, J., 1958, Failure Avoiding and succes-striving behavior in mentally retarded and normal children. Doct. Diss., Peabody Coll of Teachers.
MOTZHEIM, G., 1957, Zur Familiengründung des Körperbehinderten. *Heilpäd. Werkbl.* 1. 2. 77—84.
MOUSSONG—KOVÁCS E., 1962, Az organikus agykárosodás pszichológiai vizsgálatának elvi alapjai és hibaforrásai. *Ideggyógyászati Szemle* 161—167.
MOUSSONG—KOVÁCS E., 1954, Teszt-módszerek érzékelés-élettani alapjairól. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI., 639—650.
MÖNKEMÖLLER, O., 1934, Prostitution und Schwachsinn. In: Dannemann: Enzyclopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 1952—1960.
MUCCHIELLI, R., 1960, Le jeu du Monde et le Test du Village imaginaire. PUF, Paris. 346. o.
MUIR, J., 1927, id. Kraepelin—Lange: Psychiatrie.
MURÁNYI KOVÁCS ENDRÉNÉ, 1967, Adalékok a nevelőotthonban nevelkedő állami gondozott serdülők személyiségfejlődéséhez. MTA Pszichológiai Tanulmányok X. 287—294.
MCMURRAY, J. G., 1953—54, Visual perception in exogenous and endogenous mentally retarded children. *Am. J. ment. Defic.* 58. 659—663.
MÜLLER, R. G. E., 1959, Psychologische Voraussetzungen für die Arbeit in Förderklassen und Fördergruppen. Hbuch der Psychologie. Ped. Psych. 10 Bd.
MYKLEBUST, H.—BRUTTEN, M., 1953, A study of the visual perception of deaf children. *Acta oto-laryng.* Suppl. 105.
MYKLEBUST, H. R., 1960, The psychology of deafness. Grune-Stratton, New York—London. 393 o.
MYKLEBUST, H. R., 1960, The Psychological Effects of Deafness. *Amer. Ann. Deaf.* 372—385.
MYKLEBUST, H. R., 1966, Sensory Defect and Mental Development. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 140—147.

NADOLECZNY, M., Was muss der Hals-Nasen- und Ohrenarzt von Sprach und Stimmheilkunde wissen. *Z. Hals-U-O. Heilkunde* 44. 1. Luchsinger.
NAFFIN, P., 1959, Die psychologische Voraussetzungen der Erzeihung des taubstummen Kindes. In: Hdbuch der Psychologie X. 404—425.
NAGY E., 1953, Az infantilizmus gyógypedagógiai jelentősége. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
NAGY L., 1949, 15—20 éves szellemi fogyatékos fiúgyermekek mezőgazdasági és kertészeti munkára nevelése. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
NAGY L., 1905, Fejezetek a gyermekrajzok lélektanából. Singer és Wolfner, Budapest. 96 o.
NAVILLE, P., 1950, Note sur les origines de la function graphique. *Enfance* No Special, 4—5. 189—203.
NÁDUDVARI K., 1963, Adatok a nagyothalló serdülők személyiségének megismeréséhez. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
NEL, B. F.—SONNEKUS, M. C. H., 1968, Das psychische Bild des Kindes mit Lernstörungen. 20—25. In: Strasser: Fortschritte der Heilpädagogik.
NEMES L., 1957, Alfred Binet születésének századik évfordulójára. *Ped. Szle.* 4. 51—53.
NEPVEU, A., 1963, Centre d'orientation scolaire et professionnelle.
NOVOGRODSKI, T., 1961, Fejlődéslélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 182 o.
NYIRŐ GY., 1961, Psychiatria. Medicina, Budapest. 707 o.

O'CONNOR, N.—CLARIDGE, G., 1955, The effect of goal-setting and encouragement on the performance of imbecile men. *Quart. J. exp. Psychol.* 7. 37—45.
O'CONNOR, N., 1957, Imbecility and colour blindness. *Amer. J. ment. Defic.* 62. 83—87.

O'Connor, N.—Claridge, G., 1958, A „Crespi effect" in male imbeciles. *Brit. J. Psychol.* 49. 42—48.
O'Connor, N.—Hermelin, B., 1961, Visual and stereognostic shape recognition in normal children and mongol and non-mongol imbeciles. *J. ment. Defic. Res.* 5. 63—66.
O'Connor, N.—Hermelin, B., 1961, Like and cross modality recognition in subnormal children. *Quart. J. exp. Psychol.*, 14. 48—52.
O'Connor, N.—Hermelin, B., 1962, Recall in normals and subnormals of like mental age. In: O'Connor, N., Hermelin, B., Speach and thought in severe subnormality. New York.
O'Connor, N.—Hermelin, B., 1963, Speach and Thought in Severe Subnormality. New York.
O'Connor, N., 1966, Sensory Defects and Mental Development. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 30—42.
Ohwaki, S., 1953, A developmental study of weight perception, especially on Charpentier' illusion. *Tohoku Psychol. Folia* 13. 120—142.
Ojzeman, T. I., 1961, A személyiség problémája a mai burzsoa filozófiában és szociológiában. Tájékoztató, M. M. Marxizmus—Leninizmus Osztálya. Kézirat gyanánt, Budapest. 2.
Oléron, P., 1950, Les sourds-muets. PUF. Paris, 126 o.
Oléron, P.—Chulliat, R., 1955, Sur le developpement de l'intelligence pratique chez les enfants sourds. *Enfance* 3. 281—306.
Oléron, P., 1957, Recherches sur le developpement mental des sourdsmuets. Centre National de la Recherche Scientific, Paris. 134 o.
Oléron, P., 1961, L'éducation des enfants physiquement handicapés. PUF, Paris. 162 o.
Organisation Mondiale de la Santé, 1954, L'enfance mentalement insuffisante. Sér. Rapp. Techn. 75. 520.
Orientation professionnelle des mal-voyants, 1963, *Rev. Neuropsychiat.* No 3—4. 125—135.
Ormai V., 1967, Elemi konstruáló tevékenység vizsgálata enkephalopáthiás gyermekeknél. MTA Pszichológiai Tanulmányok X., 581—589.
Ortigues, E., 1967, Note sur l'appareil physique. In: Recherches. 17—22.
Osereczkij, N. J., 1950, Id: Ljapigyevszkij: Az enkefalitisz következményei gyermekeknél.
Oseretzkij, N. J., 1929, Eine metrische Stufenleiter zur Untersuchung der motorischen Begabung bei Kindern. *Z. Kinderforsch.* 300—314.
Osipova, V. N., 1926, Speed of formation of the associated reflex in children. Novoya v reflexologii i fiziologii nervnoy systemy. 2. 248—255. Cited by G.R.S.
Øster, J., 1953, Mongolism. Danish Science Press, Copenhagen. 206 o.

Paál Á., 1947, A gyermeki rajz fejlődése. Tanítás és értelmi fejlődés. 104—117.
Palágyi M., 1967, Értelmi fogyatékosok gondolkodási sajátosságainak vizsgálata. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Palmer, M. F., 1952, Speech Therapy in Cerebral Palsy. *J. Pediat.* 40. 514—524.
Palotás G., 1965, A hadarás. Főiskolai jegyzet. Gyp TK Főisk. Budapest.
Palotás G., 1963, Beiskolázás előtti gyógypedagógiai teendők a hallási fogyatékos gyermeknél. Gyp. Tud. Konferencia II., Budapest. 178—181.
Palotás G., 1967, A logopédia fogalma, célja és feladatai. A Gyp Tk Főisk. Évkönyve II. Budapest. 187—194.
Papania, N., 1954, A qualitive analyses of vocabulary responses of institutionalized, mentally retarded children. *J. clin. Psychol.* 10. 361—365.
Parrel, G., 1946, Traité de rééducation. Les ordres de chevalerie. Paris. 97. In: Rassekh-Ardjomand.
Parrel, S., 1965, Speech Disorders. Pergamon Press, London—New York. 226 o.
Pavlov, I. P., 1953, Válogatott művei. Akadémia Kiadó, Budapest. 552 o.
Pavlov, I. P., 1954, A magasabbrendű idegtevékenységről és a kísérletes neurózisról. Moszkva.
Pálhegyi F., 1963. A vak gyermek megismerő tevékenységének sajátosságai és szerepük az oktatásban. *Gyógypedagógia* 6. 171—176.

PÁLHEGYI F., 1963, Vak gyermekek beiskolázásának szempontjai. Országos Gyógypedagógiai Tudományos Konferencia II. Budapest. 142—146.
PÁLHEGYI F.—MOLNÁR B., 1965, A fogalmi rendszer kialakulásának vizsgálata vak gyermekeknél. MTA Pszichológiai Tanulmányok VIII. 515—533.
PÁLHEGYI F., 1968, A fogalmak belső struktúrájának kialakulása a vakok gondolkodásában. MTA Pszichológiai Tanulmányok XI. 545—564.
Pályaválasztási tájékoztató. 1963, MüM Tankönyvkiadó, Budapest. 127 o.
PÁRDÁNYI D., 1963, Intelligenciajegyek egy személyiségvizsgáló tesztben. Szakdolgozat, GyP TK Főisk. Budapest.
PENROSE, L. S., 1949, The Biology of Mental Defect. Grune and Stratton, New York.
PERCZEL J., 1960, A munkalélektan és a munkaélettan kérdéseiről. *Textilipari tervgazdaság* 7. No 8. 32—42.
PERCZEL J., 1965, Munkapszichológiai ankét. Hozzászólás. *Magy. Pszichol. Szle.* XXII., 401—404.
PERRON, R., 1960, Problèmes de personnalité chez les débiles mentaux. *Enfance* 4—5. 397—419.
PERRON, R., 1962, A priori estimation of success and feeling of personal worth among the mentally deficient. Londoner Conf. of Sci. Stud. of Ment. Def. London.
PEVZNER, M. S., 1959, The Differentation of Oligophrenia and other Similar States of Mental Insufficiency. 542—550. In: Proceedings Internat. Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Retardation II. 895 o.
ПЕВЗНЕР, М. С., 1959, Дети-олигофрены. Изд. Акад. Пед. Наук. Москва, 484 стр.
PEVZNER, M. S.—LUBOVSKY, V. I., 1966, Dinamics of the Development of Oligophrenic Children. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 29. 173—177.
PEZELLA, 1958, Einseitige Begabung Schwachsinniger. *Die Hilfsschule* 25. 457—467.
PÉTERFIA GY., 1963, Adatok a mozgásfogyatékos serdülők személyiségéhez. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
PHELPS, W. M., 1948, Characteristic Psychological Variations in Cerebral Palsy. *Nervous Child* VII. 10—13.
PHELPS, W. M., 1948, Description and Differentiation of Types of Cerebral Palsy. *Nervous Child* VIII. 107—127.
PIAGET, J., 1948, La naissance de l'intelligence chez l'enfant. Delachaud et Niestlé, Paris.
PIAGET, J., 1948, Psychologie der Intelligenz. Rascher, Zürich. 247 o.
PIERRE—GILLES—WEIL, 1950, Caractéristiques de développement de dessin par groupes d'âges selon divers auteurs. *Enfance* No Spécial 4—5.
PIERRE—GILLES—WEIL, 1950, Le test de dessin d'un bonhomme comme controle périodique et rapide à la croissance mental. *Enfance* 4—5.
PIÉRON, H., 1963, Vocabulaire de la Psychologie. PUF, Paris. 524 o.
ПИНСКИЙ, Б. Й., 1954, О процессе воспроизведения при непреднамеренном запоминании и его особенностях у учащихся вспомогательных школ. Известия АПН РСФСР.
ПИНСКИЙ, Б. Й., 1962: Психологические особенности детальности умственно отсталых школьников, Москва.
ПИНСКИЙ, Б. Й., 1962: Психологические особенности деятельностяте умственноотсталых детей. Дефектологический Институт АПН, РСФСР, Москва.
PINSKY, B. J., 1966, Psychology of oligophrenic schoolchildrens activity. In: Problems of Mental Development of Handicapped Children. Prosveshchenije, Moscow. 54 o.
PINTÉR Á., 1961, Adatok az értelmi fogyatékos gyermek beszédfejlődéséhez. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
PINTNER, R.— PATERSON, D. G., 1915, The Binet Scale and the Deaf Child. *J. educ. Psychol.* 6. 201—210.
PINTNER, R., 1929, The Pintner Nonlanguage Mental Test. Columbia University, Bureau of Publications, New York.
PINTNER, R.—ANDERSON, M. M., 1916, The Müller-Lyer Illusion with Children and Adults. *J. exp. Psychol.* 1. 200—210.
PISZAREVA, L. V., 1950, Az ideges gyermek nevelése. Hungária kiadó, Budapest. 80 o.
POGÁNY E., 1965, A látási, mozgási és tapintási emlékezet összehasonlító vizsgálata VIII. osztályos értelmi fogyatékos tanulóknál. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.

Pogány Zs., 1962, A siketek jelnyelvének gondolkodáslélektani vizsgálata. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk., Budapest.
Polcz A., 1962, A „kisoroszlán-játék" mint diagnosztikai és terápiás eszköz. *Magy. Pszichol. Szle.* 2. 186—195.
Polcz A., 1966, A világ-technika módszerének hazai diagnosztikai és terápiás alkalmazása. *Magy. Psychol. Szle.* 1—2. 158—166.
Polcz A., 1966, A bábjáték alkalmazása a gyermekpszichodiagnosztikában és pszichoterápiában. MTA Pszichológiai Tanulmányok. 625—637.
Polczer É., 1965, Az értelmi fogyatékos gyermek hallásnevelése. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Pollack, M.—Gordon, E., 1960—61, The face-hand test in retarded and nonretarded emotionally disturbed children. *Amer. J. ment. Defic.* 65. 758—760.
Pongor V., 1957, A siketnéma gyermek rajzfejlődése. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Popper P., 1962, Fiatalkorú bűnözők személyiségvizsgálatának néhány tapasztalata. MTA Pszichológiai Tanulmányok IV., 533—547.
Popper P., 1966, A szülőkkel való kooperáció a nevelési tanácsadó terápiában. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX., 601—611.
Porot, A., 1965, Manuel alphabétique de Psychiatrie. PUF, Paris. 584 o.
Potts, J. H., 1952, Az értelmileg elmaradtak foglalkozásbeli rehabilitációja. Dokumentáció. Gyp TK Főisk. Budapest.
Powers, M. H., 1957, Functional disorders of articulation-symptomatology and etiology. In: Travis, L. E. (ed), Handbook of Speech Pathology. Appleton-Century-Crofts, New York.
Preiser J., 1920, Prüfungen höherer Gehirnfunctionen bei kleinen Kindern. *Jhrb. Kinderheilk.* 91. 182—200.
Prudhommeau M., 1947, Le dessin de l'enfant. PUF, Paris.
Prudhommeau, M., 1948, Les premierès étapes du graphisme. *Enfance*
Pryer, R. S., 1960, Retroactive inhibition in normals and defectives as a function of temporal position of the interpolated task. *Amer. J. ment. Defic.* 64. 1004—1015.
Putnoky J., 1966, A 6—10 éves gyermekek megismerésének és nevelésének pszichológiai alapjai. Tankönyvkiadó, Budapest.

Radnai B., 1947. Pályaválasztás. Tanítás és értelmi fejlődés. 151—160.
Radnai B., 1955, Neveléslélektani kérdések: tanulás, érés. *Gyógypedagógia* 1. 79—81.
Radnai B., 1956, Hibás vélekedések az emlékezettel kapcsolatban. *Gyógypedagógia* 2. 49—54.
Radnai B., 1959, Neveléslélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 256 o.
Radnai B., 1961, Alkalmazott lélektan. Gondolat Kiadó, Budapest. 251 o.
Radnai B., 1965, Fejlődés és neveléslélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 255 o.
Ranschburg J., 1961, Érzelemvizsgálati módszer vakoknál. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Ranschburg J., 1962, A fantázia vizsgálata vak gyermekeknél zajkép felismerési szituációban. *Magy. Pszichol. Szle.* XIX., 439—450.
Ranschburg P., 1905, Vergleichende Untersuchungen an normalen und Schwachbefähigen Schulkindern. Rom.
Ranschburg P., 1908, A kóros értelmi gyengetehetségűség elhatárolása a fiziológiai korlátoltságtól. Pesti Lloyd Társaság, Budapest.
Ranschburg P., 1905, A gyermeki elme. Budapest. 163 o.
Ranschburg P., 1909, Über die Möglichkeit der Feststellung des geistigen Kanons des Normalmenschen. XVI. Int. Med. Congr. 80—91.
Ranschburg P., 1910, Über Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Krankheiten. Klinik f. psychische und nervöse Krankheiten.
Ranschburg P., 1911, Adatok az emlékezet pathológiájához. *Magyar Fil. Társ. Közl.* XXXVIII. füzet 2. sz.
Ranschburg P., 1911, Das kranke Gedächtnis. Leipzig.
Ranschburg P, 1914, Pszichológiai Tanulmányok I—II. Budapest.
Ranschburg P., 1916, Die Lesesehwäche (Legasthenie) und Rechenschwäche (Arithmasthenie) der Schulkinder im Lichte des Experiments. Springer, Berlin. 69 o.

Ranschburg P., 1928, Die Lese- und Schreibestörungen des Kindesalters. Marhold, Halle/Saale. 314 o.
Ranschburg P., 1923, Az emberi elme. Budapest. 153 o.
Ranschburg P., 1942, A lélektan fejlődése Magyarországon. Harkay Schiller P.: A lelki élet c. könyvében. Budapest. 471—497.
Rassekh—Ardjomand, M., 1962, „L'enfant problème"— et sa rééducation. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel. 356 o.
Recherches, 1967, No Spécial: Enfance aliénée. 317 o.
Reger, R., 1965, School Psychology. Ch. Thomas, Springfield, USA. 213 o.
Reinwald, N. J., 1959, Probleme der Persönlichkeitstheorie unter dem Aspect der pawlovschen Reflextheorie. 32—42. In: Beiträge zur Psychologie der Persönlichkeit. Volk und Wissen, Berlin. 93 o.
Rendi L.—Györffy P., 1964, A vibráció iránti érzékenység vizsgálata a siketnémáknál. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. 487—498.
Rendi L., 1965, Az audio-kinetikus reakciók jelentősége és objektív értékelése a korai hallásvizsgálatokban. A Gyp TK Főisk. Évkönyve I. Budapest. 215—223.
Rendi L. — lásd Szalayné.
Réti L., 1961, Pályaválasztási tanácsadás gyógypedagógiai tanulók számára. *Gyógypedagógia* 6. 168—178.
Réti L., 1962, A pályaválasztási tanácsadás módszerei. MTA Pszichológiai Tanulmányok IV. 643—658.
Réti L., 1963, Az iskolaérettség pszichológiai vizsgálata. MTA Pszichológiai Tanulmányok V., 289—304.
Révész M., 1918, Az erkölcsileg züllött gyermek javító és gyógyító nevelésének pszichológiai irányelvei. „A Gyermekmentés Útjai". Budapest.
Révész G., 1938, Die Formenwelt des Tastsinnes. Nijhoff Den Haag. Bd. I—II.
Révész G., 1946, Einführung in die Musikpsychologie. Rezeptive u. produktive, musikalische Leistungen bei Tauben.. Frankce, Bern. 254—261.
Richter Derek, 1957, Schizophrenia Somatics aspects. Pergamon, London—New York—Paris.
Richardson, L. V. H.—id. Luchsinger, R.—Arnold, G., 1959, Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde.
Rigó K., 1961, A normális és debilis gyermek közvetlen logikai szóemlékezete kifejlődésének összehasonlítása. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Ringelheim, D., 1910, The effect of failure on verbal expectancies in male defectives. *Abstr. Peabody Stud. ment. retard.* 1. No 14.
Riskó R., 1966, Rehabilitációs intézetben elhelyezett mozgássérült fiatalok pályaválasztási lehetőségei. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Robinson, H. V.—Robinson, N. M., 1965, The mentally retarded child. New York.
Roboz P., 1951, Enuresis nocturna. *Gyermekgyógyászat* II., 345—348.
Roboz—Jankovichné—Mikó—Zsótérné—Méreiné, 1954, A Down-betegség. Kézirat. Felsőoktatási Jegyzetellátó, Budapest.
Roboz P., 1955, A Down-betegség. *Gyógypedagógia* 2. 33—40.
Rohracher, H., 1947, Einführung in die Psychologie. Urban Schwarzenberg, Wien.
Rorschach, H., 1937, 1954, Psychodiagnostik. H. Huber, Bern. 255 und 322 o.
Rosen, L., 1955, Selected aspects in the development of the mother's understanding of her mentally retarded child. *Amer. J. ment. Defic.* 59. 522—528.
Ross, A. O., 1954, Tactual perception of form by the brain injured. *J. abnorm. soc. Psychol.* 49. 566—572.
Ross, A. O., 1962, The Exceptional Child in the Family. Grune and Stratton, New York — London. 230 o.
Rossolimo, G., 1965, Psychologische Profile defektiver Schüler. *Z. angew. Psychol.* 20.
Roucek, J.—Owen, P., 1964, The difficult Child. London—New York. 292 o.
Rouma, G., 1912, Langage graphique de l'enfant. Misch—Tron, Bruxelles. 283 o.
Roy, M. P., 1952, Orientation professionelle des infirmes moteurs. L'orientation prof. de certaines catégories d'adolescents handicapés. Paris.
Rókusfalvi P., 1966, A pályaválasztási érettség vizsgálata. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. 581—600.
Rösgen, P., 1925, Untersuchungen über die Begriffsbildung bei Hilfsschülern. *Arch. ges. Psychol.* 53.

RUBINSTEIN, J. H., 1962, Role of the Diagnostic Clinic in the Care of the Mentally Retarded Child. *Amer. J. ment. Defic.* 66. 4. 544—550.
RUBINSTEIN, S. L., 1958, Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Volk. u. Wissen, Berlin.
RUBINSTEIN, S. L., 1959, Theoretische Fragen der Psychologie und das Persönlichkeitsproblem. 5—13. In: Beiträge zur Psychologie... Volk u. Wissen, Berlin.
RUBINSTEIN, Sz. L., 1964, Az általános pszichológia alapjai. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1103, o.
RUDAS L., 1964, A pszichológia helye a tudományok rendszerében. *Magyar Filozófiai Szemle*, VIII. 257—293.
RUDAS J., 1967, A pszichológia a tudományok rendszerében. MTA Pszichológia Tanulmányok X. 171—172.

SALAMON J., 1961, Pszichológiai problémák az iskolában. Tankönyvkiadó, Budapest. 248 o.
SALAMON J., 1964, Gyermekek gondolkodása a cselekvésben. Akadémiai Kiadó. Budapest. 316 o.
SALAMON J., 1965, Fejlődéslélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 239 o.
SARBÓ A., 1906, A beszéd összes vonatkozásában. Athenaeum, Budapest. 201 o.
SARKADI K., 1966, Adatok a tárgyak tulajdonságainak szelekciójában a vakok és látók fogalomalkotásában. Szakdolgozat, Gyp TK Főisk. Budapest.
Sauvegarde de l'Enfance, 1962, La réadaptation des enfants et des adolescents atteints d'infirmité motrice. No 9/10.
SATTER, G.—CASSEL, R. H., 1955, Tactual-kinesthetic localization in the mentally retarded. *Amer. J. ment. Defic.* 59. 652—657.
SÁGI, A., 1963, A Szovjetunióban folyó személyiség-vizsgálatok néhány kérdése. *Magy. Pszichol. Szle.* 3. 448—450.
SÁRAY, J., 1937, A gyermekrajzok lélektani vizsgálata. Szeged
SÁRAY, J., 1962, Az iskolaérettségi vizsgálathoz. *Óvodai Nevelés* 15. 5., 168—170.
SÁRMÁNDY E., 1961, Süket és halló gyermekek összehasonlító rajzvizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk., Budapest.
SCHACHTER, M., 1962, Etude des encephalopathies infantiles à des brulures. *Acta Paedopsychiatrica* Basel, 6.
SCHACHTER, M., 1955, Der Rorschach-Test. In: Handbuch der klinischen Psychologie.
SCHALLENBERGER, P.—ZIGLER, E., 1961, Rigidity, negative reaction tendencies and cosatiation effects in normal and feeble-minded children. *J. abnorm. Soc. Psychol.* 63. 20—26.
SCHEIDEMANN, N. V., 1931, The Psychology of Exceptional Children. Riverside Press, Boston—New-York. 520 o.
SCHILLING, A., 1963, Akustische Faktoren bei der Entstehung von Sprachstörungen. Akustische und motorische Probleme bei der Sprach- und Stimmbehandlung. Hamburg, 35—55.
SCHILLING, A., 1965, Die Behandlung des Stotterns. *Fol. Phoniatr.* Vol. 17. No. 4—5. 364—454.
SCHIPKOWENSKY, N., 1960, Pathologische Reaktionen der Persönlichkeit. Maudrich Verlag, Wien—Bonn—Bern. 210. o.
SCHIPKOWENSKY, N., 1962, Schwachsinn und Verbrechen. Geisteschwäche und Zurechnungsfähigkeit, VEB Fischer Vg. Jena. 101 o.
SCHLANGER, B. B., 1953, Speech examination of a group in institutionalized mentally handicapped children. *J. Speech Dis.* 18. 339—349.
SCHLANGER, B. B.—GOTTSLEBEN, R. H., 1956, Testing the hearing of the mentally retarded. *J. Speech Dis.* 21. 487—493.
SCHMÄHL, O., 1933, Der taubstumme Mensch. Selbstverlag des Bundes Deutsches Taubstummenlehrer, 112 o.
SCHMIDT, F., 1929, A fogyatékosok életpályákra való alkalmasságának kísérletes vizsgálata. A *„Gyermekvédelem lapja"* 12. sz. 8.
SCHMIDT-KOLMER, E., 1959, Verhalten und Entwicklung des Kleinkindes. Akademie Vg. Berlin, 144 o.
SCHMIDT-KOLMER, E., 1961, Hospitalismusschäden in Kindereinrichtungen des Vorschulalters. In: Schwartz: Das milieugeschädigte Kind. 24—37.

Schneerson, F. S., 1923, Die höhere heilpädagogische Bildung als eine unaufschiebbare Aufgabe. Bericht d. I. Kongress f. Heilpäd. Springer, Berlin.
Schneider, V., 1949, Über 100 Fälle von Mongolismus und ihre Sippen im Kanton Zürich. Möschler, Bern.
Schnell, J., 1929, A gyógypedagógiai és orvosi pszichológia a gyakorlati mentálhigiéne szolgálatában. Egyetemi Nyomda, Budapest. 90 o.
Schnell J., 1934, A társadalmi fogyatékosság patológiája és higiénéje. A Szociális Orvostudomány, Budapest. 20 o.
Schnell J., 1934, A nehezen nevelhetőség és a luesz. Teleia, Budapest.
Schnell J., 1946, Ranschburg Pál életműve. *Embernevelés* 2. 285—291.
Schnell J., 1948. A Magyar Állami Gyermeklélektani Intézet kialakulása. Köznevelés Évkönyve, 242—247.
Schnell J., 1965, Az évszázad betegsége, a „neurózis". Medicina, Budapest. 20.
Scholz-Ehrsam, E., 1962, Zur Psychologie des schwachsinnigen Kindes. VEB Vg. Volk- und Gesundheit, Berlin. 138 o.
Schumann, P., 1929, Das taubstumme Kind. Handbuch des Taubstummenwesens. Osterwiek am Hartz, 744 o.
Schumann, P., 1940, Geschichte des Taubstummenwesens. Frankfurt. 692 o.
Schultz, E., 1947, Experimentelle Untersuchungen über das Ordnen von Gegenstanden bei Schwachsinnigen Kindern. Dissertation, Köln.
Schumacher, E., 1931, Die Eidetische Fähigkeit bei Kindern und Jugendlichen. *Die Hilfschule* 24. 324.
Schwab, E., 1929, Über das Nachzeichnen von geschlossenen und Punktfiguren. Bericht über den vierten Kongr. f. Heilpäd. Berlin. 63—69.
Schwartz, O., 1958, Gedächtnisuntersuchungen an Hilfsschülern und Folgerungen daraus für methodische Massnahmen in Hilfsschulen. *Z. Heilpäd.* 3. 31—36.
Schwartz, O., 1961, Das milieugeschädigte Kind. G. Fischer, Jena. 116 o.
Sebesfiné, 1965, Az értelmi fogyatékos tanulók figyelemvizsgálata Piéron-féle vizsgálati módszerrel. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Seemann, M., 1965, Sprachstörungen bei Kindern. VEB Vg. Volk und Gesundheit, Berlin Jena. 440 o.
Segers, J. E., 1960, La psychologie de l'enfant normal et abnormal d'aprés le dr. O. Decroly. Delauchaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris. 367 o.
Seliwanow, W. I., 1959, Die Triebkräfte des Verhaltens der Persönlichkeit. 21—32. In: Beiträge zur Psychologie ...
Sherman, M.—Bell, E., 1951, The measurement of frustration; an experiment in group frustration. *Personality* 2. 44—53.
Shipe, D., 1960, The relationships among locus of control and some measures of persistence in mentally retarded and normal subjects. *Abstr. Peabody Stud. ment. retard.* 1. No 58.
Shuttleworth, G. M., 1909, Mongolian imbecillity. *Brit. med. J.* II. 661.
Sidman, M., 1952, A note on functional relations obtained from group data. *Psychol. Bull.* 48. 263—269.
Siegert, 1961, Gedanken zur Berufsentwicklung von Hilfschülern. *Sonderschule* No 5.
Siegenthaler, B. M.—Krzywiczki, D. F., 1959, Incidence and patterns of hearing loss among an adult mentally retarded population. *Amer. J. ment. Defic.* 64. 444—449.
Шиф Ж. И., 1960: Особенности умственного развития учащихся вспомогательных школ 482—511 стр.
Ананев, Б. Г.: Психологическая наука в СССР, II. Москва, 653.
Шиф, Ж. И., Смирнова, А. Н., 1964: Опыт отбора учащихся во вспомогательные школы. Изд-во АП Просвещение, Москва, 80 р.
Шиф, Ж. И., 1965: Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы, Москва.
Sif, Zs. I., 1965, Az anomáliás gyermekek oktatásának pszichológiai kérdései. In: Djacskov: Az anomáliás gyermekek oktatásának és nevelésének alapjai. Dokumentáció.
Sif, Zs. I., 1966, A kisegítő iskola tanulóinak értelmi fejlődése. Tankönyvkiadó, Budapest. 199 o.
Sillamy, N., 1965, Dictionnaire de la Psychologie. Larousse, Paris. 319 o.

SIMON, I., 1961, Adatok a vak gyermek társas magatartásának fejlődéséhez. MTA Pszichológiai Tanulmányok III. 619—629.
SIMON I., 1963, A debilis és imbecillis gyermekek szétválogatása a gyógypedagógiai iskola előkészítő és első osztályában az iskolaérettség vizsgálata alapján. II. Országos Gyógypedagógiai Tudományos Konferencia, Budapest. 90—94.
SIMON I., 1965, Debilis gyermekek vizsgálati eredményei. Lásd Illyésné: Munkaalkalmassági vizsgálatok fogyatékosokon. 118—124.
SIMON I. lásd SZALAYNÉ SIMON I.
SIMON, TH., 1960, Les enfant arrièrés. Degrés de l'arrièration. Bourrelier, Paris.
SINOIR, G., 1963, Orientation professionnelle. PUF, Paris. 126 o.
SIXTL, F., 1967, Messmethoden der Pscyhologie. Julius Beltz, Weinheim. 448 o.
SKELLER, E.—OSTER, J., 1951, Eye symptoms in mongolism. *Acta ophthal.* 29. 149—161.
SKRAMLIK, E. V., 1937, Beiträge zur Psychophysiologie der Sinnesleistungen. Psychophysiologie der Tastsinne. I—II. Bd. In: *Arch. ges. Psychol.* I—II. Bd.
SLAUGHTER, S. S., 1960, The Mentally Retarded Child and his Parents. Harpers Brothers, New-York. 174 o.
SMAROGLAY P., 1960, Nyomorék gyermekek rajzvizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
SMITHDAS, J. R., 1960, Mit Händen ergriffen. Die Geschichte meines Lebens. Engelhorn, Stuttgart. 241 o.
SNIJDERS, J. TH.—SNIJDERS-OOMEN, N., 1958, Sprachfreie Intelligenzuntersuchung für Hörende und Taubstumme. J. B. Wolters, Groningen. 147 o.
SOLOVJEV, I. M., 1966, Comparing objects by deaf and normally hearing children. Problems of mental development of handicapped children. XVIII. Internat. Congr. of Psychol. Moscow.
SOLOVJEV, I. M., A valóság érzékelése az értelmi fogyatékos gyermekeknél. Dokumentáció.
SOMOS B., 1962, Adatok a serdülőkorú látási fogyatékos tanulók személyiségéhez. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
SOMMERS, V. S., 1944, The Influence of Parental Attitudes and Social Environment on the Personality Development of the Adolescent Blind. American Foundation for the Blind, New-York. 216 o.
N. SOMOGYI TÓTH ZS.—ORMAI V., 1965, Adatok az enkephalopathiás magatartási rendellenességek pszichodiagnosztikájához. *Magy. Pszichol. Szle.* XXII. 124—137.
SOVÁK, M.—KOLLEKTI , 1966, Logopedie. S.P.N., Praha.
SOUQUES,—CHAUVET—MEIGE, 1965, Id: Porot: Manuel alphabetique . . . 300.
SPEARMAN, C., 1927, The Abilities of Man, London. 219 o.
SPEARMAN, C., 1934, A measure of intelligence for use in schools, London.
SPITZ, R. A., 1945, Hospitalism: an Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. Psychoanalytic Study of the Child 1. 53—74.
SPITZ, H. H.—BLACKMAN, L., 1958, The Muller-Lyer illusion in retardates and normals. *Percept. mot. Skills.* 8. 219—225.
SPITZ, H. H.—LIPMAN, R., 1959, Some parameters in the perception of the spiral aftereffect. *Percept. mot. Skills* 9. 81.
SPITZ, H. H.—BLACKMAN, L., 1959, A comparison of mental retardates and normals on visual figural aftereffects and reversible figures. *J. abnorm. soc. Psychol.* 58. 105—110.
SPITZ, H. H.—LIPMAN, R., 1960, Some effects of spacing, Massing and rest on the rate of Necker cube reversals. Paper read at East. Psychol. Ass. New-York.
SPIVACK, G.—LEVINE, M., 1959, Spiral aftereffects and measures of satiation in brain-injured and normal subjects. *Personality* 27. 211—227.
SPIVACK, G.—LEVINE, M., 1961, Illusions, aftereffects and perceptual judgments in brain damage. Rep. nat. Inst. Hlth. M. 2724.
SPRINGER, N. N., 1938, A Comparative Study of the Intelligence of a Group of Deaf and Hearing Children. *Amer. Ann. Deaf* 138—152.
STAABS, G., 1951, Der Sceno-Test. Hirzel Stuttgart, 147 o.
STACEY, C. L.—PORTNOY, B., 1950, A study of the differential responses on the vocabulary subtest of the Wechsler Intelligence Scale for Children. *J. clin. Psychol.* 6. 401—403.

STACEY, C. L.—PORTNOY, B., 1950, A study of the differential responses on the vocabulary subtest of the Wechsler-Bellevues Intelligence Scale. *J. clin. Psychol.* 7. 144—148.
STEINBERG, W., 1924, Hauptprobleme der Blindenpsychologie. Vg. des Vereins der Blinden Akademiker Deutschlands, Marburg. 72 o.
STEINBERG, W., 1955, Vom Innenleben Blinder Menschen. Reinhardt, München—Basel. 79 o.
STEINITZ—RYLL—TRETTIN., 1961, Vergleich der Morbidität in Tages-, Wochenkrippen und Dauerheimen. Id: Schmidt-Kolmer E.: Hospitalismusschäden in Kindereinrichtungen.
STEPHENSON, J., 1950, The Art of Interviewing. G. P. 2. 59—69.
STERN, W., 1920, Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen J.A. Barth, Leipzig. 355 o.
STERN, W.—WIEGMANN, O., 1926, Methodesammlung zur Intelligenzprüfung von Kindern und Jugendlichen. Bart, Leipzig.
STERN, E., 1934, Psychopathologie. In: Dannemann, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 2012—2014.
STERN, E., 1934, Umwelt. In: Dannemann, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 2298—3003.
STERN, E., 1934, Die Lüge. In: Dannemann, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 1640—1645.
STERN, E., 1953, Über Verhalten und Charakterstörungen bei Kinder und Jugendlichen. Rascher, Zürich. 248 o.
STERN, E., 1955, Die Tests in der klinischen Psychologie I—II. Handbuch der klinischen Psychologie. Rascher, Zürich. 870 o.
STERN, E., 1958, Die Psychotherapie in der Gegenwart. Rascher, Zürich. 474 o.
STEVENSON, H. W.—KNIGHTS, R. M., 1961, The effect of visual reinforcement on the performance of normal and retardated children. *Percept. mot. Skills* 13. 119—26.
STEVENSON, H. W.—ZIGLER, E. F., 1957, Discrimination and rigidity in normal and feeble-minded individual. *J. personality* 25. 699—711.
STEVENSON, H. W.—ZIGLER, E. E., 1958, Probability learning in children. *J. exp. Psychol.* 56. 185—192.
STONE, E. B.—DEYTON, J. W., 1951, Corrective therapy for the handicapped. Prentice Hall, New-York. 315 o.
STRASSER, H., 1968, Fortschritte der Heilpädagogik. Marhold, Berlin. 131 o.
STRAUSS, A. A.—KEPHART, N. C. 1939, Role of Mental Growth in a Constant Environment among Higher Grade Moron and Borderline Children. *Amer. Ass. ment. Defic.* 44. 137—142.
STRAUSS, A. A., 1939, Typology in mental deficiency. *Proc. Amer. Ass. ment. Def.* 44. 85—90.
STRAUSS, A. A.—LEHTINEN, L. E., 1947, Psychopathology and Education of the Brain-injured Child. New-York.
STRAUSS, A. A.—KEPHART, N. C., 1955, Psychopathology and Education of the Brain-injured Child. Progress in Theory and Clinic. Vol. II. New-York.
STUNKEL, E. R., 1957, The Performance of Deaf and Hearing College Students on Verbal and Nonverbal Intelligence Tests. *Amer. Ann. Deaf.* 342—355.
STUTTE, H., 1961, Die Demenz bei heredodegenerativen Hirnleiden des Kindesalters 83—92. In: Verhl. 2. int. Kongr. psych. Entw. Stör. Kindesalt. II. Wien. 261.
STUTTE, H., 1961, Charakterstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiat.* Dez. 273—286.
SULYOMI-SCHULMANN, 1935., A beszédhibák elhárítása, különös tekintettel a dadogásra. Árpád rt. Kalocsa. 149 o.
SURÁNYI G., 1964, A személyiség pszichológiájának problémái. Beszámoló az 1964. évi leningrádi Pszichológus Kongresszusról. III. rész. *Magy. Pszichol. Szle.* 4.
SUTTER, J. M., 1956, La mensonge chez l'Enfant. PUF, Paris.
SUTTER, J. M., 1956, In Porot: Manuel alphabetique . . . 206—212., 390—392.
SUTTER, J. M.—PASCALIS, G., 1965, In Porot: Manuel alphabetique . . . 464—466
SVÉKUS K., 1964, Serdülőkorú süketnémák társas kapcsolatának vizsgálata egybevetve rajzaikkal. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
SWANSON, R., 1957, Perception of simultaneous tactual stimulation in defective and normal children. *Amer. J. ment. Defic.* 61. 743—754.

Szabó A., lásd Gordosné Szabó A.
Szabó P., 1962, Az iskolaérettségi kérdéshez. *Óvodai Nevelés* XIV. 9. 294—295.
Szabó Zs., 1961, Beszédhibás és ép gyermekek rajzainak összehasonlító vizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Szakács É., 1964, Hangos beszéd — jelnyelv — gondolkodás. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Szakács F. lásd: Illyés S.
Szalay Gáborné, 1962, Értelmi fogyatékos gyermekek figyelemvizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Szalayné Simon I.—Rendi L., 1967, Óvodáskorú hallási fogyatékos gyermekek gyógypedagógiai diagnosztikája. A Gyp Tk Főisk. Évkönyve II. Budapest. 377—396.
Szegeczky Dezsőné, 1959, A gépírás jelentősége és módszertana a testi fogyatékos gyermekeknél. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Szentgyörgyi K., 1966, Légzésbénult gyermekek társas kapcsolatainak és rajzainak összehasonlító vizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Székely L., 1959, Az iskolai milieu hatása a tanulásra. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. 279—292.
Székely L., 1963, Az alkohol hatása a gyermek pszichoszomatikus állapotára. *Egészségügyi Felvilágosítás* I., 61—63.
Szigeti B., 1961, Debilis és retardált gyermekek érzelmi vizsgálatának néhány kérdéséről. MTA Pszichológiai Tanulmányok III. 631—642.
Szigeti B., 1963, A gyűjtőfogalmak kialakulásának összehasonlító vizsgálata ép értelmű, értelmi fogyatékos és hallási fogyatékos gyermekeknél. MTA Pszichológiai Tanulmányok VI.
Szigeti B.—Illyés S., 1964, A fogyatékosok gondolkodása. Gyógypedagógiai lélektan II. 31—67.
Szigetváry J.né, 1961, Gondolategységek összefüggéseinek felismerése a gyógypedagógiai iskola felső osztályaiban. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
Sziklai B., 1959, A süketek szókincs vizsgálata. Kézirat. Budapest.
Siklay Béláné, 1967, Fiatalkorúak bűnözésének okai, fajtái és ennek aránya a fogyatékosok körében. Szakdolgozat. Gyp-i Tk Főiskola. Budapest.
Szilvágyi L., 1961, A fogyatékos értelműek gondolkodásának vizsgálata. *Gyógypedagógia* 5, 140—148.
Szilvágyi L., 1961, A fogalomalkotás egyes problémái a gyógypedagógiai oktatásban. *Gyógypedagógia* 4. 99—103.
Szmirnov, A. A., 1954, La psychologie de l'enfant et la psychologie pédagogique en U.R.S.S.
Szmirnov, A. A., 1959, A pszichológia feladatai a SzKP XXI. Kongresszusa tükrében. Dokumentáció. Gyp Tk Főisk. Budapest.
Соколов, Е. Н., 1964, Ориентировочный рефлекс и проблемы рецепции в норме и патологии. Москва.
Соловьев, И. М., Мышление умственноотсталых школьников при решении арифметических задач. Соловьев, И. М.: Особенности познавательной деятельностиучащихся всномогательной школы, Москва, 162-186 стр.
Соловьев, И. М., 1953, Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы, Москва, 5-73. стр.
Szolovjev, I. M., 1965, Az érzékszervi sérült gyermekek pszichés fejlődéséről. 122—139. In: Djacskov: Az anomáliás gyermekek oktatásának és nevelésének alapjai. Dokumetáció,
Szolovjev lásd Solovjev.
Szondi L., 1925, A fogyatékos értelem. Magyar Gyp. Társ. Budapest. 364 o.
Szondi L., 1929, Zur Psychometrie der Tests. Akademie Vg., Leipzig. 43—114.
Szondi L., 1948, Schicksalsanalyse. B. Schwabe, Basel. 422 o.
Szondi L., 1952, Triebpathologie. H. Huber, Bern.
Szondi L., 1960, Lehrbuch der Experimentellen Triebdiagnostik. H. Huber, Bern, Stuttgart. 443 o.

Taraszov, U. N., 1948, Kisegítő iskolát végzett tanulók bekapcsolása a termelő munkába. Dokumentáció. Gyp Tk Főisk. Budapest.

TARDOS A., 1966, A játékszerek szerepe a 3—18 hónapos gyermekek manipulációs tevékenységében. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. 205—222.
TÁNCZOS Zs., 1965, A jelenkori pszichofiziológiai kutatások néhány főbb elvi és metodikai problémája. MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. 131—151.
TEGYEY JENŐNÉ, 1960, A gyöngénlátó gyermek nevelésének problémái. *Gyógypedagógia* 1. 16—17.
TEGYEY JENŐNÉ, 1962, A gyöngénlátók munkábaállításának tapasztalatai. *Gyógypedagógia* 2. 46—49.
TEGYEY JENŐNÉ, 1965, A gyöngénlátó mint általános iskolai tanuló. *Gyógypedagógia* 1. 1—3.
TEGYEY JENŐNÉ—KOVÁCS Cs.—H. PARASZKAI S.—Sz. SARLÓS O., 1966, Módszertani útmutató a gyengénlátók iskolái számára. Készült az MM Gyógypedagógiai osztályának irányításával. Tankönyvkiadó, Budapest. 192 o.
TEGZES R., 1965, Látási, mozgási és tapintási emlékezet összehasonlító vizsgálata értelmi fogyatékos és normális tanulóknál. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TELFORD, CH. W.—SAWREY, J. M., 1967, The Exceptional Individual. Englewood-Cliffe, New-York. 482 o.
TERMAN, L. M.—MERILL, M. A., 1937, Measuring Intelligence: A guide to the administration of the new revised Stanford—Binet test of intelligence. Houghton Mifflin, Boston.
THURSTON L. L., 1947, Multiple Factor Analysis. Chicago.
THIREAU, Y., 1961, Dictionnaire d'Orientation Professionelle et de Reclassement des Handicapés Physiques. Les Editions Sociales Françaises, Dijon. 205.
TIMÁR M., 1960, A poliomyelitises gyermekek értelmi fejlődésének és érzelmi életének vizsgálata rajzaik alapján. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TIMCSÁK I., 1966, A térbeli emlékezet vizsgálata 6. osztályos kisegítő iskolai tanulóknál. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TIZARD, J.—GRAD, J. C., 1961, The Mentally Handicapped and their Families. Oxford University Press, New-York—Toronto. 145 o.
TÓBIÁS, J.—GASOLICK, J., 1960, An Investigation of „orderliness" as a characteristic of mentally retarded adults. *Amer. J. ment. Defic.* 64/4. 6.
TOMÁN I., 1966, A képszerű kifejezések értelmezésének vizsgálata értelmi fogyatékos tanulóknál. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TÓTH B., 1948, Beszéd, jellem, személyiség. Gyermeklélektani Könyvtár, Budapest. 187 o.
TÓTH GY.—VERÉND J., 1962, Adatok a látási fogyatékosok társadalmi rehabilitációjának kérdéséhez. Vakok világa XI. 1962,
TÓTH GY.—VERÉND J., 1962, A látási fogyatékosok új munkaterületei. *Gyógypedagógia* 6. 172—176.
TÓTH GY.—VERÉND J., 1963, Új munkalehetőségek hatása a látási fogyatékosok szelekciójára. II. Országos Gyp. Tud. Konf. 13.
TÓTH GY.—VERÉND J., 1963, Gondolatok a gyöngénlátó-ügy továbbfejlesztésével kapcsolatban. *Vakok világa*
TÓTH L., 1964, A tanulmányi eredmény és a viselkedés alakulása a nem megfelelő családi körülmények közt élő gyermekeknél. *Köznevelés* 20. 380—382.
TÓTH M., 1966, Emlékezet vizsgálatok értelmi fogyatékos (debilis) és normális tanulókon. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TÓTH Z., 1927, A vakok képzetvilága. Magy. Gyógyped. Társ., Budapest. 198 o.
TÓTH Z., 1933, Általános gyógypedagógia. Magy. Gyógyped. Társ. Budapest. 278 o.
TÖRÖK M., 1955, Az értelmi fogyatékos gyermekek emlékezetének vizsgálata. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk. Budapest.
TRACY, J., 1963, Levelező tanfolyam hallási fogyatékos kisgyermekek szülei számára. Tankönyvkiadó, Budapest. 190 o.
TRAMER M., 1947, Leitfaden der jugendrechtlicher Psychiatrie. B. Schwabe, Basel. 178 o.
TREDGOLD, A. F., 1947, A textbook of Mental Deficiency 7th ed. William Wood and Company.
TRUMPER-BÖDEMANN, 1926, Die freie Kinderzeichnung, ihre Auswertung und ihre Auswirkung in der Praxis. 2 f.d. Behandl. Schwachsinniger.
TUNKLI L., 1961, A lelki élet zavarainak tanítása. *Köznevelés* 17. 217—218.

TUNKLI L., 1965, Mi is a pszichológia tárgya és főfeladata? *Pedagógiai Szemle* 15. 741—745.

ÚJVÁRI V., 1965, Értelmi fogyatékosok hallásnevelése. Szakdolgozat, Gyp Tk Főisk., Budapest.

VADÁSZ J.—GÖLLESZ V.—KELÉDI F., 1965, A beszédmozgás elemzésének új módszere és jelentősége a szájról olvasás tanításában. A Gyp Tk Főisk. Évkönyve I. Budapest. 249—254.

VAJDA Á., 1960, A neurosisok és a psychosisok összefüggése. *Ideggyógyászati Szemle.* 13. 276—283.

VARGA E.—NYIRŐ GY., 1963, Adatok a neurózis kérdéséhez. MTA Orvostudományok Osztálya Közleményei, 14. 3. 351—376.

VARGA E., 1965, Hazugság a paranoiásnál és a pszichopatánál. MTA Pszichológiai Tanulmányok VIII. 449—454.

VARGA Z., 1966, A tanácsadás hatása a pszichoterápiában. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. 613—624.

VARGHA M., 1963, Az autogén tréning helye a pszichoterápiában. MTA Pszichológiai Tanulmányok V. 515—525.

VASZILJEVSZKAJA—NYEPOMNYASCSAJA—PEVZNER—SIF—EIDINOVA, 1961, A gyógypedagógiai iskolába tartozó gyermekek kiválogatásáról. Dokumentáció, Gyp Tk Főisk. Budapest.

VASZKÓ M., 1965, Munkapszichológiai ankét. Hozzászólás. *Magy. Pszichol. Szle.* 22. 404—410.

VASZKÓ M., 1966, Munkalélektan. Tankönyvkiadó, Budapest. 371 o.

VÁRKONYI D., 1958, A süketnémaság pszichológiai problémái. *Gyógypedagógia* 4. 101—105.

VÁRNAGY L., 1966, Elemi munkaműveletek személyiségformáló hatásának pszichológiai feltételei. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. 171—186.

VENGHER, A. A.—VIGOTSZKAJA, G. L.—TYOMKINA, I. Y., 1966, Comprehensive studies of preschool age children with hearing defects. In: Problems of Mental Development of Handicapped Children. XVIII. Internat. Congr. of Psychol. Moscow.

ВЕРЕСОТСКАЯ, К. И., 1940: Узнавание изображений предметов в зависимости от изменения положения их в пространстве. Вопросы психологии глухонемых и умственно-отсталых детей. Москва, Учпедгиз.

VERGASON, G. A., 1962, Retention in educable retarded and normal adolescent boys as a function of amount of original training. Doct. Diss. George Peabody Coll. of Teachers.

VERNON, PH., 1950, The structur of human abilities. Methuen Co. Ltd. London.

VERVILLE, E., 1967, Behavior Problems in Children. Saunders, London, Philadelphia. 567 o.

VÉRTES O. J., 1909, Az iskolásgyermekek emlékezete. Lampel, Budapest. 15 o.

VÉRTES O. J., 1929, Siketnéma gyermekek emlékezete. Pszichológiai Tanulmányok. (Ranschburg Pál tiszteletére.) Budapest. 210—215.

VÉRTES O. J., 1930, Hisztériás gyermekek. Kókai, Budapest. 144 o.

VÉRTES O. J., 1935, Milieu és gyermeki lélek. Kókai, Budapest. 55 o.

VÉRTES O. J., 1940, A gyógyító-nevelés rendszere. Kókai, Budapest. 72 o.

VÉRTES O. J., 1946, Az abnormitás alapproblémája. Lélektani tanulmányok VIII. Budapest. 9—16.

VÉRTES O. J., 1953, Sonderartige Kinder. Manuscript. 142 o.

VILLINGER, W., 1952, id. Gruhle: Lehrbuch . . .

VINCZE T., 1965, Értelmi fogyatékos tanulók gondolkodási sajátosságainak vizsgálata a gyógypedagógiai iskola felső tagozatában. MTA Pszichológiai Tanulmányok VIII. 535—558.

VINCZE T.-NÉ—TÖRÖK K.-NÉ, 1964, A pöszebeszéd és az írás-olvasás összefüggései egészséges gyermekeknél. *Magy. Pszichol. Szle.* XXI. 220—230.

VLASZOVA, N. A., 1965, Pszichologische, pädagogische und Erziehungsmassnahmen, in der logopädischen Arbeit mit stotternden Kinder. De Therapia Vocis 281—283.

VLASOVA, T. A., 1966, Picture of Pseudooligophrenia in Children with Hearing Defects. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 33. 94—98.

VYGODSKAYA, G. L., 1966, Peculiarities of Subject Games Played by Deaf Children. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow. 33. 163—167.

WAGNER, P. 1959, Theoretischer und praktischer Beitrag zur Sprachvertastung für Taubstummen. *Neue Blätter für Taubstummenbildung* 13. Jg. B. 6. 173—183.
WALLON, H., 1958, A gyermek lelki fejlődése. Gondolat Kiadó. 170 o.
WALTON, D.—BEGG, R. I., 1958, The effect of incentives on the performance of defective imbeciles. *Brit. J. Psychol.* 49. 49—55.
WARTEGG, E., 1939, Gestaltung und Charakter. J. A. Barth, Leipzig.
WEBER, F., 1929, Die optische Leistungsfähigkeit von Hilfschülern mit und ohne Sehstörung. *Die Hilfsschule* 22. 2—24.
WECHSLER, D., 1956, Die Messung der Intelligenz Erwachsener. H. Huber, Bern—Stuttgart. 249 o.
WEGENER, H., 1959, Die psychologische Problematik des Körperbehinderten Kindes. In: Handbuch der Psychologie X. 435—455.
WELLER, S. W. D., 1960, Mental Defect and Delinquency. Tyndale, London. 20 o.
WERNER, H.—STRAUSS, A. A., 1940, Causal factors in low test performance. *Amer. J. ment. Defic.* 45. 213—218.
WERNER, H.—STRAUSS, A. A., 1941, Pathology of Figure-Background Relation in the Child. *J. abnorm. soc. Psychol.* 35. 236—248.
WERNER, H.—THUMA, B. D., 1942, Critical flicker-frequency in children with brain injury. *Amer. J. Psychol.* 55. 394—399.
WERNER, H., 1946, The concept of rigidity: A critical review. *Psychol. Rev.* 53. 43—52.
WERNER, H., 1946, Abnormal and subnormal rigidity. *J. abnorm. soc. Psychol.* 41. 15—24.
WEUFFEN, M., 1961, Untersuchung der Wortfindung bei normalsprechenden und stotternden Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 16 Jahren. *Folia phoniat.* 13. 255—268.
WEWETZER, K. H., 1959, Das hirngeschädigte Kind. Thieme, Stuttgart. 119 o.
WEYGANDT, 1934, Mongolismus. In: Dannemann, Encyklopädisches Hdbuch der Heilpädagogik. 1710—1714.
WHITE, R. P., 1957, Face-hand test responses of psychotic and mentally defective patients: the relation of age to sensory errors in chromic patients. A. M. A. *Arch. Neurol. Psychiat.* 77. 120—125.
WIESENHÜTTER, E., 1959, Stationäre Psychotherapie und Heilpädagogik. *Z. f. Heilpäd.* No 4. 160—166.
WILLEY, R. D.—WAITE, K. B., 1964, The mentally Retarded Child. Ch. Thomas, Springfield, USA. 246 o.
WILSON, H., 1962, Deliquency and Child Neglect, Allen-Unwin, London. 195 o.
WINDLE, CH., 1962, Prognosis of Mental Subnormals. *Monogr. Suppl. to Amer. J. ment. Defic.* 65. 5. 179.
WITTY, P. A.—RICKEY, H. G.—COULSON, M. M., 1967, The Educationally Retarded and Disadvantaged. V.S.S.E. Chicago. 384 o.
WINTSCH, 1950, *Enfance* No Spécial, 4—5.
WOLFENSBERGER, W., 1960, Differential rewards as motivating factors in mental deficiency research. *Amer. J. ment. Defic.* 64. 902—6.
WOODWORTH—SCHLOSBERG, 1966, Kísérleti pszichológia. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1153 o.
WRIGHT, B., 1960, Physical Disability — A Psychological Approach. Harper Row, New York. 312 o.
WUNDT, W., 1913, Völkerpsychologie I. Die Sprache. II. Aufl. Leipzig. 523 o.
WUNDT, W., 1914, Grundriss der Psychologie. Körner, Leipzig.
WÜRTZ, H., 1934, Krüppel-fürsorge und Krüppel-Seelenkunde. In: Dannemann, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik. 1484—1500.

ЗАНКОВ, Л. В., 1935: Очерки психологии умственноотсталого ребенка. Учпедгиз, Москва.
ЗАНКОВ, Л. В., 1939: Психология умственноотсталого ребенка. Учпедгиз, Москва. 62 o.

Zaporozsec, A. V. —Szikolov, E. N., 1955, A XIV. nemzetközi lélektani konferencia. Dokumentáció, *Voproszi Pszichologii*.
Zazzo, R., 1960, Une recherche d'équipe sur la débilité mentale. *Enfance* 4—5. 335—364.
Zeckel, A.—Van der Kolk, J. J., 1939, A comperative intelligence test of groups of children born deaf and of good hearing by means of the Porteus Maze Test. *Amer. Ann. Deaf* 84. 114—123.
Zeeman, D.—House, B. J., 1942, Reversals as a function of distinct versus identical responses. Paper read at Eastern Psychol. Ass. Atlantic City, April.
Zemcova, M. I., 1959, A vakság kompenzálásának útjai és feltételei. Országos Gyógypedagógiai Kongresszus, Budapest. 263—267.
Zemcova, M. I., 1959, A vak gyermek munkára nevelése és rehabilitációja. Országos Gyógypedagógiai Kongresszus, Budapest. 268—274.
Zemcova, M. I., 1962, Kézikönyv a vakok iskoláiban tanítók részére. Ucspedgiz Moszkva. (IV. fej. Vakok munkára nevelése, vakok középiskoláiban folyó szakmunkaképzés. 198—363.)
Zemcova, M. I., 1966, Compensatory Development of Blind Children. XVIII. International Congress of Psychology, Moscow, 47.
Ziegler, E., 1961, Social deprivation and rigidity in the performance of feeble-minded children. *J. abnorm. soc. Psychol.* 62. 413—21.
Ziegler, E., 1962, Rigidity in the feeble-minded. In: E. P. Trapp and P. Himelstein (Eds): Readings on the exceptional child. Appleton-Century-Crofts, New York.
Ziehen, Th., 1926, Die Geisteskrankheiten im Kindesalter. Reuther und Richard, Berlin.
Zigler, E. F.—Hodgden, L.—Stevenson, H. W., 1958, The effect of support on the performance of normal and feeble-minded children. *J. Personality* 26. 106—122.
Zsótér P., 1959, Nyomorék gyermekek intézetének szelektálási problémái. Orsz. Gyógyped. Kongresszus. 303—306.
Youniss, J.—Fail, R. N.—Furth, H. G., 1965, Discrimination of verbal material as a function of interpair similarity in deaf and hearing subjects. *J. educ. Psychol.* Vol. 56. 184—190.

A kiadásért felelős az Akadémiai Kiadó igazgatója
Felelős szerkesztő: Hanzséros György — Műszaki szerkesztő: Csóka Jánosné
Terjedelem: 40,95 (A/5) ív — Ak 145 6 k 7174
Akadémiai Nyomda, Budapest — Felelős vezető: Bernát György

Justné Kéry Hedvig

AZ ÓVODÁS KORÚ GYERMEKEK GONDOLKODÁSI SAJÁTOSSÁGAI

Pszichológia a gyakorlatban 12.

100 oldal . Fűzve 10,— Ft

A gyermeki gondolkodás megismerése tudományos előfeltétele annak, hogy meg tudjuk határozni a szellemi fejlődést legcélszerűbben elősegítő tennivalókat, az ismeretnyújtás mennyiségi és minőségi problémáit.

A szerző az óvodás korú gyermek gondolkodási sajátosságait vizsgálja. Különböző természetű és nehézségi fokú történetek előadásával, a kérdéscsoportokra kapott válaszokból — törvényszerűen — a gyermek magasabb, illetve alacsonyabb rendű gondolkodási teljesítményére következtet. Egyenes arányú megfelelést tapasztal a szélesebb körű, a szilárd ismeretanyag és a magasabb rendű gondolkodási műveletek; fordított arányú megfelelést a gyermek értelmi színvonalát meghaladó ismeretanyag és az erről tudakozódó kérdések kiváltotta gondolkodási műveletek között.

AKADÉMIAI KIADÓ
BUDAPEST

Ára: 86,— Ft

AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST