ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar (Budapest)
Hallássérültek Pedagógiája Tanszék

Az aktív fogalmi szint vizsgálata diszfáziás és nem diszfáziás hallássérült tanulóknál*

ZSOLDOS MÁRTA – FAZEKAS ANDREA

Bevezető áttekintés

A hallássérüléshez társuló fejlődési diszfázia néhány évtizede ismert és kutatott jelenség, mely a neurogén hátterű tanulási zavarok egy specifikus változata és a fejlődési diszfáziák kategóriáján belül is igen sajátos forma.

Anton van Uden (1983) klasszikus definíciója szerint a hallássérüléshez járulékosan kapcsolódó diszfázia olyan súlyos nyelvi- és beszédfejlődési zavart jelent, amely a következményes beszédfejlődési elmaradás mértékét jelentősen meghaladja, és melynek kóroka a nyelv-, ill. beszédfejlődésért felelős agyi területeken kívüli cerebrális struktúrák diszfunkciójában keresendő. Altípusai dominánsan diszpraxiás, vagy szenzomotoros integrációs zavarra utaló tünetek alapján határozhatók meg, de leginkább jellemző a szimptómák kevert előfordulása.

A szakirodalomban a téma kutatásának kezdetétől szélsőségesen eltérő előfordulási gyakorisági adatok ismeretesek (6–35%), melyek jelzik a definiálás és a tünetegyüttes leírásának nehézségeit, valamint egyes differenciáldiagnosztikai kérdések tisztázatlanságát (Van Uden, 1988; Axmann, 1990; Csányi, 1990; Powers – Elliot - Fundenburg, 1990; Keresztessy, 1994; Luckner - Carter, 2000; Ewing - Jones, 2003, Nagyné Réz, 2004).

Mindezzel együtt a hallássérültek diszfáziájának kutatásában úttörő szerepet vállaló Van Uden (1983, 1988) által leírt tünetegyüttes mindmáig meghatározó támpontként szolgál, és az általa kidolgozott vizsgálati módszer megbízható diagnosztikus eljárás.

---

* Az MTA IV. Országos Nyelvtudományi Konferencián (Budapest, 2004. október 22-én) elhangzott előadás.

Van Uden szerint a tünetegyüttes komplex, melyben a neurogén tanulási zavar általános jegyei mellett (pl. figyelemzavar, perceptuális deficitek, ingadozó teljesítőképesség, viselkedési problémák, stb.) karakterisztikusan megjelennek a hallássérüléssel szorosabb összefüggést mutató specifikus nyelvi és kognitív jellemzők (pl. torz artikuláció, diszszimbólia, diszlexia-diszgráfia, gyenge fogalomalkotás, szűk szókincs, diszpraxiás intranzitív mozgások, szekvencia-képzési zavar, perceptuo-motoros integrációs zavar, stb.). Teszt-battériájában a fejlesztési hangsúly és a komplexitás elve érvényesül. Ez a „vegyes motivációjú" eszköztár egyaránt magába foglalja a pszichológiai és neuropszichológiai eljárásokat, valamint a nyelvi kompetencia megítélésére vonatkozó vizsgálatokat is.

A diszfáziás súlyos hallássérült (siket) és nagyothalló gyermekek specifikus gyógypedagógiai oktatást-nevelést-fejlesztést igényelnek. A terápiás módszerek két fő irányt követnek. Az „input terápia" a kognitív gyökereket, a korai életszakaszban nem megfelelően fejlődött funkciókat, képességeket erősíti meg (pl. taktiliskinesztetikus érzékelés-észlelés fejlesztése). Az „output terápia" célja a tanulási készségek, kulturtechnikák specifikus fejlesztése (Csányi, 1987, 1990, 1992; Keresztessy, 1994; Nagyné Réz - Zsoldos, 1991; Aplin, 1991; Nagyné Réz, 2004).

Magyarországon a nyolcvanas évek elején Csányi kezdeményezte a problémakör vizsgálatát az itthoni ellátás biztosítása érdekében, tanszékközi együttműködésében az egykori Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Hallássérültek Pedagógiája Tanszékének és Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetének munkatársaival, Van Uden szakmai felügyelete mellett (Csányi, 1981, Nagyné Réz - Zsoldos, 1985, 1986; Zsoldos - Keresztessy, 1994).

A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai-orvosi vizsgálatra épülő szakértői vélemények alapján diszfáziásnak diagnosztizált siket és nagyothalló gyermekek többsége ma a hallássérültek iskoláiban tanul. Előfordulási arányuk 30-35%-ra tehető.

A törvényi előírás szerint az intézményeknek biztosítaniuk kell számukra a különleges gondozást, mely a szakemberektől szemléletbeli változást és módszertani többlettudást kíván. A specifikus ellátás egyik legfontosabb formája a differenciálás, az egyes tanulók individuális szükségleteihez igazodó oktatás-nevelés, melynek nemcsak az egyéni foglalkozásokon, hanem valamennyi csoportos órán is érvényesülnie kell (Csányi, 2000). A differenciálás elvén alapuló oktatás-szervezés az egyéni képességekhez és személyiségjegyekhez igazodó input és output terápiás technikák alkalmazásával, valamint a fejlesztő eljárások repertoárjának bővítésével valósítható meg. Ebben a folyamatban komoly felelőssége van a gyógypedagógus-képzésnek, ill. továbbképzésnek.

Mindezekről a kérdésekről teljes körű áttekintést ad Nagyné Réz 2004-ben megjelent tanulmánya. Egyet lehet érteni kritikus megállapításával is, mely szerint „a közoktatási ellátás megszervezése után, az 1990-es évek második felétől visszafogottabbá vált az érdeklődés a hallássérültek diszfáziájával kapcsolatban, bár az érintett gyermekek száma nem csökkent."

A vizsgálat célja

A diszfáziás hallássérült gyermekek specifikus beszéd- és nyelvi fejlődési zavarát kifejező tünetek sorában vezető szerepe van a gyenge szintű fogalomalkotásnak és a szókincs jelentős elmaradásának.

Ezért vizsgálatunk célja az aktív szókészlet fejlődésének, a fogalomalakulás folyamatának és a fogalmi jegyek minőségi változásának elemzése volt, melyhez diszfáziás és nem diszfáziás nagyothalló és súlyos hallássérült tanulócsoportok nyelvi teljesítményeit hasonlítottuk össze.

A vizsgálat kérdésfelvetése

A tárgykép megnevezésével és a szó-asszociáció által előhívott, aktívan használt szavak tartalmi jegyei milyen sajátosságokat mutatnak a hallássérülés mértékének és a diszfázia jelenlétének függvényében?

A vizsgálat módszerei

1. Gardner-expresszív standardizált szókincsteszt (M. F. Gardner, 1979;1990)

Gardner módszerének magyar változata 1990-ben készült el a Hallássérültek Pedagógiája Tanszék gondozásában. (A magyar standard előállítása folyamatban van.)

A szókincsvizsgálat expresszív jellegű, a szavak aktív használatán alapuló felmérési eljárások közé tartozik. Életkori övezete: 2;0-11;11 év.

A teszt 79 fekete-fehér, egyesével exponált képből áll. A feladat a képekhez tartozó fogalmak felismerése és megnevezése. A képsor csak főneveket tartalmaz, közneveket és tulajdonneveket. A képek által jelölt fogalmak fokozatosan, de nem egyenletesen nehezednek a gyakoribb előfordulási szavaktól a ritkábbakig, a konkrétabbaktól az elvontabb fogalmakig.

A szavak listája 8 kategóriára oszlik, melyek 10-10 fogalmat tartalmaznak. A kategóriák életkori övezeteket jelölnek, vagyis olyan szavakat tartalmaznak, amelyek az adott életkorban az aktív szókincs elemei.

Az értékelés során életkori övezetben kell megjelölni az aktív szókincs szintjét a helyes válaszok összegzése alapján.

2. Szabad-asszociáció

A feladat abból áll, hogy ismert szavakhoz (hívó szó) tetszés szerinti fogalmi asszociációkat kell kapcsolni rövid időn belül. A társítások mennyisége és minősége alapján értékelhető a fogalmak tartalmi köre, differenciáltsága, ill. lehatároltsága.

Vizsgálatunkban nyolc hívó szót jelöltünk, kiválasztásuk szempontjai a következők voltak:

- *labda, szappan, beteg*: a mindennapi életben gyakran használt kifejezések, melyekhez sok érzékletes, mozgásos, perceptuo-motoros tapasztalat fűződik,
- *öreg, fiatal:* a hallássérült gyermekek számára általában kevésbé letisztult fogalmak
- *ravasz*: a jelnyelvben nagyon gyakori megjelölés, miközben tartalmilag nem elég körülhatárolt,
- *különböző:* a viszonyítás kifejezése nehezen meghatározható,
- *élőlény*: nagyon elvont, bár az iskolai tanulmányokból jól ismert fogalom.

A szavak bemutatása szóképekkel történt, a nehézségi fokozatukat figyelembe vevő sorrendben, három „betanító" előfeladatot követően. A gyermekek leírták az előhívott szavakat szóbeli utasítás alapján.

Az eredmények mennyiségi szempontú értékelése a hívó szóhoz kapcsolt asszociációk száma és az elfogadható válaszok száma alapján történt. A minőségi szempontú értékelésnél a fogalmak tartalmi jegyeit vettük figyelembe (pl. előfordulási gyakoriság, konkrét-absztrakt minőség, gyűjtőfogalmak használata, tanult ismeret hatása, jelnyelv hatása).

A vizsgálati minta

A vizsgálatban 94 hallássérült gyermek vett részt. Valamennyien a két budapesti speciális általános iskola tanulói voltak. A vizsgálatok felvételének időpontja a 2001/2002. tanév volt.

	létszám	*diszfázia*		*nem*		*hallássérülés*	*életkori*	*osztály*
		igen	*nem*	*fiú*	*lány*	*mértéke*	*átlag*	*-fok*
nagyothalló tanulók	41	11	30	20	21	60-80 dB	10 év (8-13 év)	2-5 osztály
siket tanulók	53	17	36	21	32	100-120 dB	14 év (12-17 év)	4-8 osztály
összesen	94	28	66	41	53			

1. sz. táblázat: A vizsgálatban résztvevő tanulók mintájának megoszlása a hallássérülés mértéke, a diszfázia jelenléte és az életkor szempontjából

A vizsgálati minta kialakításánál egy sajátos szempontot kellett érvényesítenünk. Csak olyan életkorú, osztályfokú gyermekekkel dolgozhattunk, akik az anyanyelvi fejlesztés folyamatában feltehetően már azon a szinten voltak, hogy nyelvi vizsgálati módszereink – különösen a magasabb szintű fogalmi gondolkodást kívánó szabad-asszociáció – adekvátnak bizonyultak számukra, vagyis értelmezhető választ várhattunk tőlük.

Egyrészt – elsősorban – ezzel magyarázható, hogy a súlyos hallássérült tanulók mintájában a gyermekek idősebbek voltak, mint a nagyothallók csoportjában,

másrészt a siketek iskolái előkészítő tagozatának hosszabb időtartamával. Az életkori különbség azonban nem játszott lényeges szerepet az eredmények értelmezésében, mert összehasonlításainkat nem a siketek és nagyothallók csoportjai között, hanem ezen csoportokon belül, a diszfáziás és a nem diszfáziás alminták között végeztük. Ugyanakkor a csoportokon belüli adatelemzéseknél olyan módszerekkel dolgoztunk, melyekkel értelmezhetők voltak az ott jellemző életkori eltérések.

Tisztában voltunk azzal, hogy vizsgálati eredményeink amiatt is csak óvatos következtetések levonását tették lehetővé, mert munkánk nem terjedt ki a családi kommunikációs formák elemzésére, a korai anyanyelvi nevelés intenzitására és minőségére, valamint a családi szociális mutatókra.

A diszfáziás csoportba kerülő gyermekeket a szakértői vélemények és az osztálytanító gyógypedagógusok minősítése alapján választottuk ki. Valamennyien az átlagos értelmi szint övezetébe tartoztak az intelligencia vizsgálatok alapján. (Az átlagos övezet viszonylag széles sávot jelent, ám erre a szempontra nem tértünk ki vizsgálati adataink értelmezésénél.)

Így a súlyos hallássérült tanulóknál a negyedik osztályfokon kezdhettük meg vizsgálatainkat, a nagyothallóknál pedig már a második osztályban.

A nagyothallók csoportját 41 gyermek alkotta a dr. Török Béla Óvoda, Általános Iskola és Diákotthon 2-5. osztályaiból. Egynegyedük került a diszfáziások almintájába. Hallássérülésük mértéke átlagosan 60-80 dB volt a beszédfrekvenciákon.

A siket tanulók csoportjában 53 gyermek szerepelt a Hallássérültek Tanintézetének 4-8. osztályaiból. Egyharmaduk került a diszfáziások almintájába. Hallássérülésük mértéke átlagosan 100-120 dB volt a beszédfrekvenciákon.

A tanulók létszáma osztályfokonként különböző volt, továbbá számolnunk kellett a nemek eltérő arányával is. (Általában egy-egy osztály képviselt egy évfolyamot.)

A vizsgálat eredményei

Vizsgálati adataink feldolgozása az SPSS matematikai statisztikai programmal és minőségi szempontú elemzéssel történt.

Előre bocsátjuk, hogy jelenlegi elemzésünkben nem térünk ki a nem diszfáziás nagyothalló és siket tanulók aktív fogalmi szintjének önálló értékelésére, vagyis arra, hogy eredményeikkel mennyire lehettünk elégedettek. Aktív nyelvi teljesítményeikkel csak a diszfáziásokkal, való összehasonlítás szintjén foglalkoztunk.

Vizsgálati tapasztalatainkat négy lépésben mutatjuk be.

1. A Gardner-teszttel mért aktív szókincsszint mennyiségi szempontú elemzése

Első lépésben azt vizsgáltuk, hogy a diszfáziás gyermekek aktív szókészlete milyen mértékű elmaradást mutat megfelelő nyelvi fejlődésű hallássérült társaikéhoz képest.

1.1. A nagyothalló diszfáziás és nem diszfáziás tanulók aktív szókincsének mennyiségi szempontú összehasonlítása

a szókincs szint kategóriái: életkori övezetek	*nagyothalló diszfáziások /százalékos megoszlás/*	*nagyothalló nem diszfáziások /százalékos megoszlás/*
3;0-3,5 év	9,1% (1 fő)	3,3% (1 fő)
3;6-4;5 év	36,4% (4 fő)	16,7% (5 fő)
4;6-5;11 év	27,3% (3 fő)	26,7% (8 fő)
6;0-6;11 év	-	16,7% (5 fő)
7;0-7;11 év	18,2% (2 fő)	26,7% (8 fő)
8;0-9;11 év	9,1% (1 fő)	6,7% (2 fő)
10;0-11;11 év	-	3,3% (1 fő)
Összesen	100% (11 fő)	100% (30 fő)

2. sz. táblázat: A nagyothalló diszfáziás és nem diszfáziás tanulók megoszlása az aktív szókincs szintjét mutató életkori kategóriákban

A csoportjellemző átlageredmények alapján azt tapasztaltuk, hogy a nagyothalló diszfáziások kétharmada az igen alacsony aktív szókincset jelző kategóriákba volt sorolható (3,5-6 éves halló gyermekek szintje), és csak nehezen közelítették a 7 éves halló gyermekek szintjét. Eközben a nem diszfáziás tanulók fele a 7-10 évnek megfelelő szókészletet mutatta.

Az aktív szókincs szintjét minősítő kategóriákban, vagyis az életkori övezetekben való megoszlásuk szerint a nagyothalló diszfáziásoknál átlagosan 2 éves elmaradásról beszélhettünk a nem diszfáziásokhoz képest. Ez a különbség azonban nem volt szignifikáns.

Emellett következetesen megfigyelhettük a nem diszfáziás nagyothalló tanulók szórtabb teljesítményét is. Ám ezt pozitív tapasztalatnak vélhettük, mivel eredményeik a magasabb életkori övezetek irányába szóródtak.

1.2. A súlyos hallássérült diszfáziás és nem diszfáziás tanulók aktív szókincsének mennyiségi szempontú összehasonlítása

a szókincs szint kategóriái: életkori övezetek	*siket diszfáziások /százalékos megoszlás/*	*siket nem diszfáziások /százalékos megoszlás/*
3;0-3,5 év	-	5,6% (2 fő)
3;6-4;5 év	23,5% (4 fő)	5,6% (2 fő)
4;6-5;11 év	17,6% (3 fő)	11,1% (4 fő)
6;0-6;11 év	29,4% (5 fő)	30,6% (11 fő)
7;0-7;11 év	29,4% (5 fő)	33,3% (12 fő)
8;0-9;11 év	-	13,9% (5 fő)
10;0-11;11 év	-	-
Összesen	100% (17 fő)	100% (36 fő)

3. sz. táblázat: A súlyos hallássérült diszfáziás és nem diszfáziás tanulók megoszlása az aktív szókincs szintjét mutató életkori kategóriákban

A súlyos hallássérült tanulók aktív szókincs vizsgálati eredményeinek összehasonlításakor, a csoportjellemző átlageredmények alapján azt találtuk, hogy a siket diszfáziások az alacsony szintet jelző kategóriákban (3,5-7/8 éves halló gyermekek szintje) vannak, viszonylag egyenletes eloszlással. Közülük csak kevesen jutottak el az eloszlási övezeten belüli jobb teljesítményig (a halló gyermekek 7-8 éves szintje). Ugyanakkor a nem diszfáziás siket tanulók ennél jobb teljesítményt nyújtottak, kétharmaduk került a magasabb szintű kategóriákba (a halló gyermekek 7-10 éves szintje).

A statisztikai elemzés nem mutatott ki szignifikáns különbséget a siketek almintái között, de a diszfáziás gyermekek elmaradása társaikhoz képest itt is közel két évre volt tehető.

A nem diszfáziás tanulók szórtabb teljesítőképessége a jobb szintű aktív szókincs irányába ebben a csoportban még markánsabban megmutatkozott a diszfáziás siket tanulók homogén, egységesen és egyenletesen gyenge eredményei miatt.

Az a tapasztalat, hogy a diszfáziás és nem diszfáziás tanulók aktív szókészlete között - sem a nagyothallók, sem a siketek csoportjában - nem volt szignifikáns különbség, úgy is értelmezhető, hogy a nem diszfáziás tanulók aktív szókincse sem kellően fejlett, mert eredményeik nem voltak jelentősen jobbak. Figyelemmel kell lennünk azonban az alminták nagyságára, ill. a siketek és nagyothallók csoportjain belüli életkori különbségekre, ezért ezt a feltevésünket csak óvatosan fogalmazhatjuk meg. Annál is inkább, mert mint előre bocsátottuk, elemzésünkben a nem diszfáziás tanulók aktív nyelvi teljesítményeivel csak a diszfáziásokkal való összehasonlítás szintjén foglalkoztunk.

2. A Gardner-teszttel mért aktív szókincsszint minőségi szempontú elemzése

Második lépésben elvégeztük az aktív szókincsvizsgálattal kapott eredmények minőségi szempontú értékelését. Hibaelemzést végeztünk. A tanulók jellegzetes téves megnevezéseit rendszereztük előfordulási gyakoriságuk, ill. a csoportjellemző átlag-hibaszázalék arányok alapján.

A Gardner-aktív szókincsvizsgálat hibás válaszainak típusai (hibacsoportok):

a) Formai hasonlóság okozta hibás megnevezés: pl. iránytű helyett óra - stopper, vagy számítógép helyett írógép
b) A tárgy funkciójára utalás: pl. tűzhely – főz, propeller – forgó, trombita – fúj
c) Rész-egész viszony tévesztése: pl. bokor – rózsa, tűzhely – sütő
d) Ismertebb rokon értelmű szavak használata: pl. autógumi – autókerék, bőrönd táska
e) A képen látható dolog helyett a lelőhelyének megadása. pl. szobor – múzeum, pingvin – állatkert, körhinta – vidámpark

f) Gyűjtőfogalom helyett felsorolás: pl. testrészek – láb/kar/has, bútor – szék/szekrény/ágy
g) Állatképek megnevezésénél külső hasonlóság: pl. leopárd – tigris/párduc, kacsa – liba, bárány – birka
h) Individuális hibák, melyek a gyermekek által alkotott, nem létező szavak: pl. szobor – országfőnök, vasmacska – hajófogó, Országház – Magyarház, kaktusz – tüskefa

A jellegzetes tévesztések a nagyothalló és siket tanulók diszfáziás és nem diszfáziás almintáiban egyaránt előfordultak, de markánsabban megjelentek a súlyos hallássérülteknél, és még kifejezettebben, ha ők diszfáziások is voltak.

A tévesztett szavak aránya azt jelezte, hogy a legnagyobb különbség a ritkább előfordulású szavaknál mutatkozott meg a diszfáziás és nem diszfáziás gyermekek között. Ez a különbség is jelentősebb volt a siketek csoportjában.

A terápia szempontjából fontos tapasztalatnak tartjuk, hogy diszfáziás gyermekeknél a hibák nagy része a kép felismerésének zavarából származott (percepció szintjén jelentkező zavarból), vagy pedig semmiféle választ nem tudtak adni. Ugyanakkor a nem diszfáziás gyermekek téves közlései elsősorban fogalom előhívási zavarra utaltak, vagyis ők felismerték a kép tartalmát, csak a megfelelő szó nem jutott eszükbe (részletet, funkciót, tulajdonságot, szinonimát adtak meg).

3. A szabad-asszociáció vizsgálat eredményének mennyiségi szempontú elemzése

Harmadik lépésben, a szabad-asszociáció fogalmi társításainak mennyiségi szempontú elemzése két számérték alapján történt:

– az „összes válasz száma” alapján, mely az egy-egy hívószóhoz kapcsolt valamennyi asszociációt jelölte (vagyis, hogy a gyermek egy szóhoz hányat írt, hány jutott az eszébe)
– az „elfogadható válaszok száma” alapján, mely a hívószóval tartalmilag adekvát szavak számát jelölte.

Az így kapott adatokból a hívószavak kétféle rangsora volt kialakítható. Az egyik a legtöbb választ vonzó szóval kezdődött és a legkevesebbet vonzóval végződött, a másik rangsor ugyanilyen elrendezésben a legtöbb, ill. a legkevesebb adekvát választ előhívó szavak sorát reprezentálta. A kettő összehasonlítása sajátos megfigyelésekre adott lehetőséget.

A teljes hallássérült minta szókapcsolatainak elemzéséből indultunk ki, és így vontuk le következtetéseinket a diszfáziás tanulók fogalmi társításaira vonatkozóan. (Megjegyezzük, hogy a hallássérülés mértékére vonatkozó összefüggésekre jelen tanulmányunkban nem térünk ki.)

	összes válasz rangsor	*elfogadható válasz rangsor*	*összes válasz*		*elfogadható válasz*	
			diszfáziás	*nem diszfáziás*	*diszfáziás*	*nem diszfáziás*
1.	élőlény	*élőlény*	élőlény	élőlény	*élőlény*	*élőlény*
2.	labda	*labda*	labda	labda	*labda*	*labda*
3.	beteg	*beteg*	beteg	beteg	*beteg*	*beteg*
4.	szappan	*szappan*	fiatal	szappan	*szappan*	*szappan*
5.	fiatal	*öreg*	ravasz	fiatal	*öreg*	*öreg*
6.	öreg	*fiatal*	szappan	öreg	*fiatal*	*fiatal*
7.	ravasz	*különböző*	öreg	ravasz	*különböző*	*különböző*
8.	különböző	*ravasz*	különböző	különböző	*ravasz*	*ravasz*

4. sz. táblázat: Az összes válasz-szám és az elfogadható válaszok száma alapján kialakított szabad asszociációs rangsorok a teljes minta diszfáziás és nem diszfáziás csoportjaiban

A legtöbb választ és a legtöbb helyes választ előhívó szavak a gyakran használatos és a mindennapi élethez szorosan tartozó fogalmak voltak, pl.: a *labda*, a *szappan* és a *beteg*. Ugyancsak sok helyes választ vonzott a jól ismert gyűjtőfogalom, az *élőlény*, amelynek tartalmi körét a gyermekek könnyebben megadhatták az iskolai tanulás során szerzett ismeretek alapján. A *különböző* fogalom elvont jellege miatt vonzott nehezen megfelelő tartalmú asszociációkat, a *ravasz* szó pedig azért, mert bár gyakran használatos, de nem eléggé körülhatárolt tartalommal.

A nem diszfáziás tanulóknál a kétféle rangsor – az összes válasz és a helyes válasz rangsora – között lényeges eltérés nem volt található. Náluk az előhívások mennyisége és tartalmi adekvációja viszonylagos összhangot mutatott. A hallássérült diszfáziás tanulóknál azonban ezt nem tapasztalhattuk.

szavak	*diszfáziás csoport összes válaszának átlaga*	*nem diszfáziás csop. összes válaszának átlaga*	*p*
labda	1,6071	2,2879	p< ,0017
szappan	1,2963	1,7424	p< ,0010
beteg	1,4444	1,9846	p< ,0010
öreg	1,2500	1,6364	p< ,0063
fiatal	1,3571	1,6667	p< ,0204
ravasz	1,2800	1,4545	p> ,1507
különböző	1,0000	1,2121	p< ,0183
élőlény	1,7500	2,3485	p< ,0008

5. sz. táblázat: A hívószavakra adott összes válaszok átlagértéke a teljes minta diszfáziás és nem diszfáziás csoportjaiban

A teljes minta diszfáziás és a nem diszfáziás tanulói által adott összes válasz átlagértékeinek összehasonlításakor szignifikáns különbséget találtunk. A diszfáziás csoport – egy kivétellel – valamennyi szó esetében jelentősen kevesebb asszociációt kapcsolt a hívó szavakhoz. Ez az eredmény várható volt. Igazolta a neurogén

tanulási zavarral együtt járó alacsony szintű fogalmi ismeretet, ill. fogalomalkotási készséget, a nyelvi kódok és a jelentés összekapcsolásának zavarát.

Egyedül a *ravasz* szó társításai esetében nem volt szignifikáns különbség a diszfáziás és nem diszfáziás válaszok átlaga között. Ennek oka az, hogy a fogalom a hallássérültek jelnyelvében is nagyon gyakran használt jelző. A szűk jelnyelvi készlet miatt sokkal többször alkalmazzák. Így tág és differenciálatlan jelentésű, és sokszor inadekvát módon használják (pl. tolvaj, rabló, zsarolás, gonosz, kegyetlen). Itt is és más asszociációknál is megfigyelhető volt a jelnyelv negatív hatása a verbális fogalmak alkotására, vagyis az, hogy a jelnyelvben nem kellően körülhatárolt elemek gátolják a differenciáltabb, árnyaltabb verbális megfelelő használatát. Az ilyen diffúz jelentéstartalmú szavak gyakori használata beszűkíti és gátolja a fogalmi gondolkodási folyamatokat is.

4. A szabad-asszociáció vizsgálat eredményének minőségi szempontú elemzése

Negyedik lépésben összehasonlítottuk a diszfáziás és nem diszfáziás tanulók által társított szavak tartalmi kötődésének sajátosságait, ill. az asszociált fogalmak tartalmi jegyeit.

Ezúttal egy jellemző példával, a *beteg* fogalomhoz kapcsolt társítások bemutatásával összesítjük tapasztalatainkat.

A nem diszfáziás hallássérült gyermekek a *beteg* fogalmához általában sok érzékletes tapasztalatot kapcsoltak. Az alacsonyabb osztályfokokon főként a betegséggel kapcsolatos érzéseiket említették (pl. *fáj, fájdalom, viszket, meleg, rossz, gyengébb*), vagy a betegséghez kapcsolódó eszközöket soroltak fel (pl. *gyógyszer, lázmérő*), a *nátha,* mint konkrét betegség megnevezése gyakran szerepelt válaszaikban.

A magasabb osztályfokon az előhívott szavak már sokszínűbbek voltak, többféle konkrét betegséget soroltak fel (pl. *bárányhimlő, kanyaró, mumpsz, influenza*), és válaszaikban megjelent a *vírus, bacilus,* az *egészséges, egészségtelen, életveszélyes* fogalom is. Állatokra, növényekre is vonatkoztatták a betegség fogalmát.

A diszfáziás tanulók előhívott szókapcsolatai sokkal szegényesebbek és egysíkúabbak voltak. Szűkebb, sztereotíp válaszadás jellemezte őket. Előhívásaik differenciálatlan fogalmi körök ismeretét mutatták a felsőbb osztályokban is. Asszociációikban például csak testrészeket soroltak fel (pl. *torok, láb, fej*), vagy ellenkezőleg tág körülírással próbálták kifejezni a beteg állapotot (pl. *valamilyen baj*). Társításaikban minden életkorban a *lázas,* a *lázmérő* és a *gyógyszer* szó szerepelt leggyakrabban.

A szabad-asszociáció vizsgálata alapján – a hallássérült tanulók teljes mintáját nézve – megállapíthattuk, hogy fogalmainak tartalmi köre nem elég lehatárolt,

gyakori a túláltalánosítás és a közelálló jelentések nem differenciálódnak kellően. Ugyanakkor minél konkrétabb a hívó szó és minél több szenzomotoros tapasztalat fűződik hozzá, annál nagyobb számú és annál változatosabb a hozzákapcsolt asszociációk sora. Viszont minél elvontabb a fogalom, annál inkább jellemző a társítások alacsony száma, a lehatároló konkretizálás, az iskolai tananyag fogalmainak mechanikus átvétele, az inadekvát tartalom és fogalomalkotás.

Mindez markánsabban megjelent a fiatalabb korosztálynál, és méginkább, ha ők súlyos hallássérültek voltak, sőt még erőteljesebben, ha diszfáziások is.

Összefoglalás

Összehasonlító empirikus munkánkban diszfáziás és nem diszfáziás nagyothalló és súlyos hallássérült tanulók nyelvi teljesítményeit elemeztük. Vizsgáltuk az aktívan használt fogalmak mennyiségének, minőségének, ill. tartalmi jegyeinek sajátosságait a hallássérülés mértékének és a diszfázia jelenlétének függvényében.

Megállapításaink

1. A diszfáziás tanulók aktív szókincse közel két évvel marad el nem diszfáziás társaikéhoz képest a siketek és nagyothallók csoportjában egyaránt.
2. Az aktív szókincs szintjét minősítő jellegzetes téves megnevezések a nagyothalló és siket tanulók diszfáziás és nem diszfáziás almintáiban egyaránt megfigyelhetők, de szembetűnőbbek a súlyos hallássérülteknél, és még kifejezettebbek, ha ők diszfáziások is.
3. A neurogén tanulási zavarral együtt járó alacsony szintű fogalmi ismeretet és fogalomalkotási készséget bizonyítja az a tapasztalat, hogy a diszfáziás gyermekek szignifikánsan kevesebb szót tudnak társítani a szabad-asszociáció feladatban, mint nem diszfáziás társaik.
4. Az asszociált fogalmak tartalmi körének differenciálatlansága, lehatárolatlansága, vagy az elvont szavak esetében a leszűkítő konkretizálás és a mechanikus szóhasználat általában jellemző a hallássérült tanulókra, de ezek a tünetek hangsúlyosabbak a fiatalabb korosztálynál, és még inkább azok, ha súlyos hallássérültek, sőt ha diszfáziások is.
5. A specifikus ellátásra vonatkozóan az a meglátásunk, hogy a diszfáziás hallássérült tanulók terápiájában a nyelvi fejlődés input oldalát erősítő kognitív képességfejlesztés még szélesebb körű alkalmazására kell figyelmet fordítani. Vizsgálati tapasztalataink alapján ennek indokoltságát a diszfáziás nagyothalló és siket tanulóknál jellemzően gyakori percepciós hátterű képfelismerési zavar mutatta.

Irodalom

APLIN, Y.: Identification of additional learning difficulties in hearing-impaired children. In. Martin, D.S. (Ed.) Advances in cognition, Education and Deafness. Gallaudet Univ. Press. Washington. 1991. 39-48.

AXMANN, D.: Hogyan tovább? Első következtetések. In. Csányi Y. (szerk.): A beszéd-nyelv tanulási zavar tünetei és terápiája hallássérült gyermekeknél. OPI, Budapest, 1990. 17-26.

CSÁNYI Y.: Beszéd- és nyelvtanulási nehézségek ép értelmű diszfáziás gyermekeknél. Gyógypedagógia, 9. 1981. 72-75.

CSÁNYI Y.: A hallássérüléssel párosult dysphasia tünetcsoport néhány főbb jellemzője. A BGGYTF Tudományos Közleményei X. Évkönyv. 1987. 311-317.

CSÁNYI Y. (szerk.): A beszéd-nyelv tanulási zavar tünetei és terápiája hallássérült gyermekeknél. OPI, Budapest, 1990.

CSÁNYI Y.: A beszéd- nyelvtanulási zavarok diagnózisára épített terápia tervezése és végrehajtása hallássérülteknél. Fejlesztő Pedagógia. 3-4. 1992. 100-104.

CSÁNYI Y.: A differenciálás, mint új kihívás a hallássérültek pedagógiájában. Gyógypedagógiai Szemle. XVIII. évf. 2. sz. 2000. 94-98.

EWING, K. M. – JONES, T. W.: An educational rationale for deaf students with multiple disabilities. American Annals of the Deaf. Vol. 148, No. 3. 2003. 267-271.

KERESZTESSY É. (szerk.): A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnosztikája, terápiája. BGGYTF. Budapest, 1994.

LUCKNER, J. L. – CARTER, K.: Essential Competencies for teaching students with hearing loss and additional disabilities. American Annals of the Deaf. Vol. 146, No. 1. 2001. 7-15.

NAGYNÉ RÉZ I. – ZSOLDOS M.: Dysphasiás hallássérültek intelligencia struktúrájának összefüggései. Gyógypedagógiai Szemle. IX. évf. 3. sz. 1985. 173-178.

NAGYNÉ RÉZ I. – ZSOLDOS M.: Beszédfejlődésükben súlyos mértékben akadályozott hallássérült gyermekek gyógypedagógiai pszichológiai differenciáldiagnosztikus célú vizsgálata. Gyógypedagógiai Szemle. XIII. évf. 3. sz. 1986. 192-198.

NAGYNÉ RÉZ I. – ZSOLDOS M.: Hallássérültek tanulási zavarainak diagnosztikus kérdései a Hiskey-Nebraska Tanulási alkalmasság teszt tapasztalatai alapján. Magyar Pszichológiai Szemle. XLIX. 4. sz. 1991. 393-403.

NAGYNÉ RÉZ I.: Hallássérült fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív képességei. In: Képességzavarok diagnosztikája és terápiája. Szerk: Lányiné. Pszichológia Szemle Könyvtár 7. Akadémiai Kiadó Budapest 2004. 125-143.

POWERS, A. – ELLIOT, R. – FUNDENBURG, R.: Tanulási zavarban szenvedő hallássérültek. Felismert-e az állapotuk? In. Csányi Y. (szerk.): A beszéd-nyelv tanulási zavar tünetei és terápiája hallássérült gyermekeknél. OPI, Budapest, 1990. 7-17.

ZSOLDOS M. – KERESZTESSY É.: Hallássérültek neurogén tanulási zavaráról egy nemzetközi konferencia tükrében. Gyógypedagógiai Szemle. XXII. évf. 1. sz. 1994. 23-27.
VAN UDEN, A. M. J.: Diagnostic testing of deaf children. The syndrome of dyspraxia. Swets – Zeitlinger, Lisse. 1983.
VAN UDEN, A. M. J.: Teilleistungsstörungen beim gehörlosen Kind Diagnose und Behandlung. (Hörgeschaedigtenpedagogik: Beiheft: 22) Julius Groos Verlag, Heidelberg. 1988.

KÖSZÖNTÉS

Kitüntetés március 15-e alkalmából

Mádl Ferenc köztársasági elnök a nemzeti ünnep alkalmából magas állami kitüntetéseket adományozott.

Dr. Mikecz Pálné gyógypedagógiai szakértő a Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkeresztje kitüntetést kapta.

A kitüntetést 2005. március 14-én Budapesten, a Néprajzi Múzeumban *Magyar Bálint* oktatási miniszter nyújtotta át.

Egyesületünk tagsága nevében szívből gratulál:

Gordosné Szabó Anna
főszerkesztő