

**"Hogy együtt tisztábban lássunk..." Vak fiatalok és felnőttek
többszempontú pszichológiai vizsgálata**

Tartalomjegyzék

I. Bevezetés	3
 II. Szakirodalmi áttekintés	
2.1. A gyógypedagógiai pszichológia történeti áttekintése	5
2.2. A látássérültek szegregált és integrált oktatásának története	12
2.3. A látássérültek pszichológiája	19
 III. Saját vizsgálatunk bemutatása	
3.1. A vizsgálat célja	30
3.2. Az alkalmazott vizsgálati módszer	31
3.3. A vizsgálati minta jellemzői	33
3.4. Vizsgálati hipotéziseink	35
3.5. A vizsgálati adatok feldolgozása során alkalmazott statisztikai eljárások	36
3.6. Vizsgálati eredményeink	42
3.7. Összegzés	47
3.8. Kitekintés	48
3.9. Köszönetnyilvánítás	49
 IV. Irodalomjegyzék	50
 V. Mellékletek	53

I. Bevezetés

Mit jelent számunkra a vakság? Sokan sokfélét gondolnak a vak emberekről. Ha meglátnak egy vak embert, azonnal eszükbe jutnak azok a sztereotípiák, azok a beszűkült gondolkodásmódra emlékeztető diszkriminatív megjegyzések, amiket a könyvek, a média vagy éppen a nagysikerű mozifilmek hitettek el velük. Sokan úgy vélik, hogy „egy vak ember az vak”. Ez alatt azt értem, hogy nem tudnak elvonatkoztatni a vakság tényétől. A vakság által ítélik meg az embert, anélkül hogy megismernék magát a személyiséget. Tudnunk kell, hogy a vakság az önmagában nem alkot embertípust. Nincs egy olyan klisé, ami eldöntené, hogy ha valaki vak, akkor ilyen vagy olyan lesz. A vakok ugyanúgy lehetnek barátságosak, szimpatikusak, segítőkészek, ahogy lehetnek önzőek, beképzettek és barátságtalanok is. A vakság csupán egy állapot, ami befolyásolhatja a személyiséget, annak fejlődését (Pálhegyi, 1981).

Az emberek sokszor úgy gondolják, hogy őket nem érheti ilyen baj, ők védve vannak minden fogyatékosságtól. Így nem egyszer gyakorta lenézik és kiközösítik azokat, akik különcökként speciális iskolákba járnak. Megbélyegzik őket csupán azért, mert nem velük egy iskolába járnak. Rendszerint sejtelmük sincs, hogy mennyi kárt tudnak ezzel okozni. Azonban nemcsak a kortársak követhetnek el hibákat, hanem a szülők is, akik gyakran nem jó indítékkal íratják be gyermekeiket szegregáló intézménybe. Számtalan problémát tud okozni ez a szülői hozzáállás.

Ahogy a fentiekből kiderül, dolgozatom legfőbb témája a vakság, s alanyai maguk a vak személyek. Azért választottam ezt a témát, mivel személyesen is kötődik hozzám. Születésemkor öröklött retina vékonysággal és nagyfokú rövidlátással születtem. Eddigi életem során folyamatos orvosi beavatkozásokra és kontroll vizsgálatokra volt szükségem. A látásom az évek során mégis fokozatosan romlott, és két évvel ezelőtt elvesztettem a látásomat. Amikor eljöttem ide az egyetemre pszichológiát tanulni, úgy gondoltam, hogy ezzel a területtel érdemes foglalkoznom, hisz életem eddigi folyamán én magam is tapasztaltam különféle módokon azokat a jelenségeket, melyeket dolgozatomban leírok és jellemezek. Úgy vélem, ezáltal még jobban át tudom érezni azokat a problémákat, amiket egy hozzám hasonló sorstársam átél élete során. Ezzel a munkával nem célozom saját problémám önbecsapásszerű „végső” megoldása. Szándékom szerint a többi látássérült személy életét tehetem majd még megérthetőbbé. Ugyanakkor nem tagadhatom magam elől sem azt, hogy a kutatás az én életemről is szól, így

akaratom ellenére is némiképp átfedésbe kerülhet ez a két dolog. Ezt a helyzetet a lehető legjobban kezelem majd és a problémák elhárítása helyett magam is a megértést fogom szem előtt tartani.

Bár én nem tanultam szegregált intézményben (általános iskolai tanulmányaimat spontán integrálásban, míg középiskolai tanulmányaimat teljes integrálásban töltöttem), mégis úgy érzem, hogy a sorstársaimmal való kapcsolattartás által megértem, átérzem mindazt, amit ők. Mivel nem tanultam semmilyen speciális intézményben, így akár még elfogultnak is tűnhetek a deszegregálás mellett, de kutatásomban mindvégig igyekszem objektívnak maradni. Mindkét rendszerről fogok szót ejteni a későbbiekben.

Szakirodalmi tájékozódásom során úgy tapasztaltam, hogy a szegregált és integrált intézmények előnyei és hátrányai számtalan tudományos műben fellelhetők. Arról ugyanakkor kevesebb szó esik ezekben a művekben, hogy az ezekben az intézményekben tanuló vak diákok milyen nehézségekkel szembesülnek életük során, személyiségükre miként hat a vak lét. Ezért dolgozatomban elsősorban ezt fogom vizsgálni. Nevezetesen legfőként is azt, hogy ha valaki szegregált vagy integrált iskolába jár, az milyen hatással van családi kapcsolataira, állapotának elfogadására és életének különféle egyéb aspektusaira.

Mielőtt azonban a konkrét kijelölt témát kifejténém, az általam olvasott szakirodalmak legfőbb megállapításait, következtetéseit áttekintve és bemutatva elemzem a jelenségkört, a problémát. Elsőként a fogyatékosokkal foglalkozó gyógypedagógiai pszichológiának történelmét és működését írom le, majd ezt követően maguknak a látássérülteknek az intézményes oktatását követem végig a történelem során. Végül a látássérültek pszichológiáját mutatom be a témához kapcsolódó legfontosabb témákban. Ezek a következők: család, önfogadás, börtönszerű frusztrációs alaphelyzet és az adleri individuálpszichológia értelmezési keretének fogalmai mentén: a kisebbségi komplexus, a kompenzálás és a fölényre törekvés tartoznak ide.

II. Szakirodalmi áttekintés

2.1. A gyógypedagógiai pszichológia történeti áttekintése

Mint az egyértelmű mindenki számára, a fogyatékoság nem korunk jelensége. A régi korokban ugyanúgy - akárcsak napjainkban- éltek fogyatékos emberek, akik állapotukat vagy súlyos genetikai betegségnek, vagy valamilyen balesetnek köszönhatték. A különböző korszakokban különféle módon bántak ezekkel az emberekkel. Az akkor még nem létező gyógypedagógia hiánya miatt azonban ez a bánásmód olykor diszkrimináló, sőt egyes helyzetekben embertelen is volt. Az adott időszak viszonyulását a sérült emberekhez nagyban befolyásolta a kor társadalmának „fejlettségi” foka. Meghatározó tényezők még mindemellett az uralkodó világnézet és az általános emberszemlélet, ahogy a tudomány fejlettsége is. Itt elsősorban fontosabbak voltak eleinte az orvostudomány, a nevelés tudomány. Majd később a szociológia, a pszichológia és a nyelv fejlődése vált meghatározóvá (Pajor, 2010). A következőkben igyekszem a különféle korszakok fogyatékosokhoz való viszonyát, s az adott korban élő sérült ember helyzetét kifejteni.

Őskor: Az őskorból semmilyen írásos feljegyzés nem áll rendelkezésünkre, így az akkori helyzetről csak elképzeléseink lehetnek. A kor „egészségügyi” helyzetét tekintve biztosak lehetünk benne, hogy akkor is éltek fogyatékos emberek. Valószínűsíthető hogy nem rendelkeztek semmiféle gyógypedagógiai ismerettel. Ezekből kifolyólag valószínű, hogy maximum enyhe fogyatékosággal rendelkező gyerekek érhatték csak meg a felnőtt kort. A kutatók feltételezése szerint az őskori emberek a szembetűnő fogyatékosággal rendelkező személyekre csodálattal tekintettek vagy félték tőle. Ugyanakkor emiatt el is szigetelődhetett a csoporttól, hisz például egy vak férfi nem tudott részt venni a vadászaton vagy a harcokban. A sérült embert tehát képzelt természetfeletti ereje miatt csodálták, de akár pont emiatt el is pusztíthatták (Pajor, 2010).

Ókor: Az ókorban már rendelkeztek valamiféle „gyógypedagógiai” ismeretekkel, de ezek nagyon kezdetlegesek voltak. Neveléstörténetileg a mindenki által jól ismert Taigetoszt lehet felemlíteni, hisz a látható sérüléssel született gyermeket kitették a Taigetoszra, vagy éppen erdőkben, barlangokban hagyták magára (Kálmán, Könczei, 2002; Pajor, 2010). Az ókori ember világnézete szerint elfogadhatatlan volt egy fogyatékos személy, ezért ezekben az időkben még nagyobb kitaszítottság érte őket. Az ókori görögök vezették be a stigma fogalmát, miszerint aki valamilyen hiányossággal vagy rendellenességgel rendelkezik, az meg van

jelölve, hogy mindenki láthassa helyzetét. Gyakran maguk az emberek égették bele a stigmát a sérült személybe (Kálmán, Könczei, 2002).

A fogyatékosokkal való bánásmód a Bibliában is többféleképpen jelenik meg: A fogyatékos ember védelme, a közösség segítő magatartását erősítve.

3Móz 19,14: „Siketet ne szidalmaz, és vak elé gáncsot ne vess; hanem félj a te Istenedtől. Én vagyok az Úr.”, kizárás a vallási rítusokból:

3Móz 21,18: „Mert senki sem áldozhat, a kiben fogyatkozás van: vagy vak, vagy sánta vagy csonka orrú, vagy hosszú tagú.”, a fogyatékoság nem büntetés:

Jn 9,1-3: „És amint eltávozott, látott egy embert, a ki születésétől kezdve vak volt. És kérdezték őt a tanítványai, mondván: Mester, ki vétkezett, ez-e vagy ennek szülei, hogy vakon született? Felelt Jézus: Sem ez nem vétkezett, sem ennek szülei; hanem, hogy nyilvánvalókká legyenek benne az Isten dolgai.” (Kálmán, Könczei, 2002; Pajor, 2010).

Középkor: ebben az időben az egyház vált teljes hatalmú uralkodóvá minden kérdésben és problémában, így a fogyatékosokhoz való viszonyulást is a vallás határozta meg. A keresztény gyülekezetek az elfogadást, a segítségnyújtást hirdették, s a legfontosabb eszme a felebaráti szeretet volt. Ugyanakkor a háttérben negatív következményei is voltak az egyház uralkodó nézeteinek. A sérült gyermeket az ördög „művének” tartották, s az oktatásukról még csak hallani sem akartak. A gyermekeket az anyjuk elbújtatta, rejtegette a világ elől, nehogy megvádolják, és „megpecsételjék” mint a sátán művét. Az enyhébb fogyatékosággal rendelkező gyerekeket papok kolostorokban tanították, de csak imádságra, olvasásra. Leginkább csupán fohászkodással próbálták meggyógyítani sérülésétől. A későbbiekben a fejedelmek, királyok kórházakat és menedékházakat hoznak létre, de csak a keresztes háborúkban megsérültek ellátása miatt. Bár ez jótékony törekvés lenne, a 15. századi feljegyzésekben még mindig gúny tárgyává teszik a fogyatékos embereket (Pajor, 2010).

Újkor: a társadalmi fejlődés - amely a reneszánszban vette kezdetét - alapjaiban változtatta meg a fogyatékosokkal szembeni társadalmi attitűdöket. A fogyatékosra betegként tekintettek, akit segíteni kell. Ez a nézet teljes ellentétben állt a középkori hiedelmekkel. Ebben az időszakban már a sérült gyerekek oktatásának fontosságát is felismerték és már fejlettebb „gyógypedagógia” alakult ki. A magániskolákba azonban csak a gazdag családokból származó gyerekek tudtak bejutni. Így a sérült gyermekek nagy része még mindig megfelelő oktatás nélkül maradt (Kálmán, Könczei, 2002; Pajor, 2010). A kor előrehaladtával már felismerték azt a tényt, hogy nem csak orvosi, hanem nevelési módszerekkel is lehet segíteni a fogyatékos gyerekeket (Pajor, 2010). Comenius az első olyan pedagógus, aki már tényleges

gyógypedagógiai vonatkozásokat is felhasznált. Állást foglalt a fogyatékos gyerekek foglalkoztatásának szükségessége mellett és felhívta a társadalom figyelmét rájuk. Úgy gondolta, hogy az oktatás lehetősége mindenkinek kijár, a fogyatékos gyerekek pedig kétszer olyan nagy szüksége van a segítségre, mint egészséges társainak. Felhívta a figyelmet arra, hogy ha valakinél egy bizonyos területen fogyatékoság áll fenn, akkor a többi területet kell fejleszteni. Ám az ő munkásságában sem jelenik meg még a különfoglalkoztatottság kérdése. Rousseau is nagy hatással volt a gyógypedagógiára. Ő azt hangsúlyozta, hogy a szülőnek feltétlenül gondoskodnia kell az „abnormális” gyermekéről (Pajor, 2010). A nevelőkről elhárította a hangsúlyt és a szülőt tette felelőssé gyermekéért. A beteggondozás szintjére csökkentette a nevelés gondolatát és igazából nem hitt a gyógypedagógiában. A kisgyermekkorban alkalmazott nevelési eljárásai, a beszédnevelési és az érzékszervek fejlesztési módszerei azonban nagy előrehaladást jelentettek a gyógypedagógiában (Pajor, 2010).

A 19. század elején az általános oktatás bevezetésével és az iskolai színvonal növekedésével már az enyhébb fokú fogyatékosok is feltűnőek voltak. Két lehetőségük kínálkozott számukra: vagy elmennek speciális iskolákba vagy pedig kimaradnak az oktatásból. A külföldi hatásokra hazánkban is egyre több szegregáló intézmény alakult. 1825-től elkezdődött a fogyatékosok rendszeres intézményi ellátása, amely hosszú évtizedekig egyeduralkodóvá vált Magyarországon (Pajor, 2010). Minden fogyatékoságú gyerek részére alakult speciális iskola, ahogy a vakoknak is, de erről majd a későbbiekben írok részletesen.

Fogalmi meghatározások:

Amint azt a fentiekből láthatjuk, maga a gyógypedagógia már a 20. század elejére szinte teljes mértékben „kifejlődött”. Mégsem lehet egy egyszerű definícióval körbe írni mindazt, amivel foglalkozik, mindent, ami a célja és a módszerei közé tartozik. A gyógypedagógia olyan sokrétű és funkcióiban annyira széles kört lefedő tudományág, hogy bármely egy-két mondatban megfogalmazott leírás bizonyára hiányos lenne, és nem fedné le a valóságot teljes mértékben. Annyit biztosra állíthatunk, hogy a gyógypedagógia a fogyatékossgal rendelkező fiatalokat segíti. Más néven defektológiának is nevezik, ami az úgynevezett elsődleges és másodlagos defektusból alakult ki (Gordosné, 2004). A sérült fejlődés közben létrejön egy elsődleges defektus, ami lehet vakság, siketség. Ez a defektus a későbbiekben a fejlődést kizökkenti a megfelelő menetéből és egyfajta másodlagos sérülés fog kialakulni. Ilyen például a némaság, téri tájékozódás hiánya, írászavar. Ezek a másodlagos sérülések az elsődleges

defektustól függően általában szociális viselkedési és alkalmazkodási rendellenességekben nyilvánulnak meg (Gordosné, 2004). Ezek alapján ide sorolhatóak a következő csoportok:

- látássérültek
- hallássérültek
- mozgáskorlátozottak
- értelmi fogyatékosok
- beszédhibások
- komplex defektusosok
- emocionális-akarati szféra sérültjei
- fejlődésben ideiglenesen sérültek (Gordosné, 2004).

Most, hogy valamilyen szinten be betekintettünk a gyógypedagógiába, inkább áttérnék a részben hozzá tartozó, de külön tudományágra a gyógypedagógiai pszichológiára vagy más néven a gyógypedagógiai lélektanra, ami az általam választott témához közelebb áll mind módszereiben, mind céljaiban. A gyógypedagógiai pszichológiát épp olyan nehéz pontos definícióval leírni, mint a gyógypedagógiát. Elsősorban azért nehéz, mert – amint azt a nevében is láthatjuk- két tanból áll: a gyógypedagógiából és a pszichológiából. Mindkét részből fontos elemeket gyűjt össze, de nem tekinthető a két tan egybeolvasztásának, teljesen különálló tudományos ágról van szó (Illyésné, Illyés, Lányiné, 1971; Illyésné, Illyés, Jankovichné, Lányiné, 1987). Az elnevezést sokan hibásnak találták, mivel nem hittek abban, hogy maga a nevelés gyógyulást okozhat, ahogy az a nevében megjelenik. Ám azok a követői, akik azt hangsúlyozták, hogy nem csupán orvosi értelemben lehet gyógyítani, kiemelték azt a tényt, hogy a gyógypedagógiai pszichológia magát a sérülést nem is, de a személyiség esetlegesen velejáró zavarait tudja kezelni, gyógyítani (Illyésné et al, 1987).

Legfőbb különbsége a gyógypedagógiától, az hogy nem csak a sérült személyt - tehát magát a fogyatékos- vizsgálja, hanem hangsúlyt fektet a fogyatékos környezetében, az őt körbe vevő személyekre is. Ezt sugallja a Gordosné könyvében olvasható meghatározás is: „A gyógypedagógiai pszichológiakutatási, vizsgálódási tárgya az a hatásrendszer, amelyet a funkcionális akadályozottság gyakorol az érintettek pszichés jelenségeire, folyamataira, fejlődésére és a környezetében végbemenő pszichés folyamatokra.” (Gordosné 2004, p 247.). Pálhegyi könyvében még hozzáteszi, hogy a fogyatékos gyermek is gyermek. A legfontosabb, hogy ne kerüljön hátrányba fogyatékosága miatt, így a gyógypedagógiai pszichológia legfontosabb célja és feladata, hogy sikeres beilleszkedésben segítsen, mind a családban, mind a barátoknál és a munkahelyen. (Pálhegyi, 1998).

Most hogy már némileg meghatároztuk a gyógypedagógiai pszichológia mibenlétét, egy másik fogalommal kapcsolatos vitát is ismertetnék. Régi keletű nemzeti törekvés, hogy a „fogyatékos” szó helyet egy másik kifejezéssel illessék azokat az embereket, akiknek gyógypedagógiai speciális nevelésre és oktatásra van szükségük. A „fogyatékos” szó lekicsinylő, egyoldalú és a hiányosságokat alapul vevő kifejezés. Azok a gyermekek, akiket ezzel a szóval illetnek, ugyanolyan fontos tagjai a társadalomnak, felnőve hasznos polgárokká válnak, akik megérdemlik az egyenjogúságot. Életük teljes lehet, kiegyensúlyozott és tartalmas (Pálhegyi, 1998). Hazánkban és külföldön is próbálkoznak más megfelelő, nem csak a rendellenesség felől megközelítő és egyben elég tág kifejezést találni. Olyan megnevezést, amely felölel minden olyan gyermeket, aki speciális oktatásra szorul. A külföldi próbálkozások közül kitűnik a francia „nehezen alkalmazkodó” (madaptált), a német-svájci „gyenge” (in-firmis), „gátolt” (Behindert), az „eltérő”, a „fejlődésében zavart”, az angol-amerikai „kivételes” (exceptionális). A csehszlovák szakirodalomban a „különleges gondozást igénylő”, a lengyelben a „bioszociálisan rosszul alkalmazkodó”, az oroszoknál pedig a „defektusos” és a „anomáliás” van használatban (Illyésné et al, 1987, p 19.). Magyarországon a már említett „fogyatékos”, a „sérült”, az egyoldalúan fejlett és a „károsodott” van használatban, amik egyáltalán nem megfelelőek (Illyésné et al, 1987; Pálhegyi, 1998). A megfelelő szóhasználat kiválasztása nem csak a diszkriminálás elkerülése miatt fontos. A kifejezésnek három dolognak kell megfelelnie: maga az érintett személy ne érezze sértve magát, megfelelően tükrözze a tudományos meghatározásokat és a környezet „tükreben” nézve is megfelelő legyen. Három kifejezés van, amit a legtöbbször lehet hallani a hétköznapi életben:

- Sérült ember: Talán ez a legáltalánosabb az érintettek között, míg a szakemberek túl általánosnak ítélik és ezért pontatlannak tartják. Előnye, hogy ez diszkriminál a legkevésbé. Hátránya, hogy csak az érintettet emeli ki, nem utal a társadalmi környezetre és annak a reakciójára.

- Akadályozott ember: talán ez a legátfogóbb, mivel nem annyira diszkriminál és emellett nem csak az egyénre van benne utalás, hanem a társadalomra, a környezetre is. Hátránya, hogy túl hosszú és ez miatt az érintettek nem kedvelik. Inkább a szakemberek körében elterjedt.

- Fogyatékos ember: ez a leghagyományosabb, legszélesebb körben polgárjogot nyert kifejezés. Hátránya szintén az, hogy nem utal a társadalomra. Másrészt pedig néha maguk az érintettek is sértőnek, diszkriminatívnek tartják. Elterjedését annak köszönheti,

hogyan van a legközelebb a magyar nyelvhez. Ezért is kerülhetett be a magyar jogi nyelvbe (Kálmán, Könczei, 2002, p 25.). A továbbiakban a fenti lévő három kifejezést felváltva (mintegy szinonimaként) használom.

A gyógypedagógiai pszichológia célja, módszere:

A korábban már kifejtettek szerint, a gyógypedagógiai lélektan nem tekinthető a gyógypedagógia és a pszichológia „egy az egyben” való összevonásának. Mindkét ág az akadályozott emberekkel foglalkozik. A különbség a célban és a módszerben van. A gyógypedagógiai pszichológia célja, hogy a sérült gyermekek ugyanolyan lehetőségekkel rendelkezzenek az életben, mint az épek. Feladatának tekinti, hogy fejlődésüket elősegítse, fizikai és szellemi képességeiknek megfelelően beilleszkedjenek a társadalomba, a munka világába, vagy akár a családba. Három fontos feladatot emelhetünk ki: a fogyatékos gyermek épen maradt képességeinek fejlesztése. Lehetőségeiket figyelembe véve annyi tudás átadása, amennyi csak lehetséges. Végül megtanítani őket az így megszerzett tudásnak az életben történő alkalmazására, felhasználására. Amint látható, a gyógypedagógiai pszichológiának a céljai és a feladatai igen sokrétűek, és szinte a születéstől a halálig tartanak. Az iskoláskor lejárta után ugyanúgy igénybe veheti az akadályozott fiatal vagy felnőtt ezeket a segítségeket.

Kétféle segítői módot szeretnék röviden részletezni:

Az első a legelső feladathoz kapcsolódik. Ez a kompenzatórikus átszerveződés. Tulajdonképpen a szervezet átszerveződési folyamata, ami akkor jön létre, ha egy funkció (például a látás, hallás, íráskészség) megsérül, vagy ki sem alakul. Az átszerveződés azt eredményezi, hogy a sérült funkció helyébe más funkció lép és így a szervezet egyensúlyba kerül. A kompenzatórikus átszerveződés kialakulhat egyfajta „öngyógyító” tevékenységként is, de csak abban az esetben, ha a sérülés enyhe, nem nagyfokú. Abban az esetben, ha differenciált sérülésről van szó, akkor az átszerveződés csak megtervezett, irányított (fokozatos) úton működik (Gordosné, 2004).

A másik módszer a rehabilitáció. A rehabilitáció fogalma röviden annyit jelent, hogy a fogyatékos személyt (bár a modernebb rehabilitáció már kiterjed a börtönviseltre is) visszailleszték a társadalomba. Erre a szakmai segítségre azért van szükség, mert a gyermekkorban a betegség miatt sérült az integráció. Így nem lenne képes fogyatékosága ellenére teljes tagjává válni a környezetének. Segíteni kell, hogy elfogadja új életét, felkészíteni, hogy elfogadja sérülését. A rehabilitáció lélektanát Könczei által

megfogalmazott két történelmi példában szeretném én is bemutatni. Az első példája a lepra volt. A lepra mindig is kísértette az embereket. Aki leprás volt (tehát más), az magán viselte annak jól látható jeleit. Könczei szerint a fogyatékos embereknek is van egy ilyen „leprájuk”. Még pedig maga a szegregált oktatás az, ami eleve megbélyegzi a sérült gyermeket és már előítéletekkel indít az életben. Úgy gondolja, hogy Taigetosz nem szűnt meg, csak átalakult modernebb és elfogadhatóbb formába (Kálmán, Könczei, 2002). A másik kép Héphaisztosz alakja. Akit -mivel fogyatékosan született- anyja megtagadott magától, sőt ledobta az Olümposz tetejéről. Ez a fogyatékos gyermeknek talán a legnagyobb traumája: az anya megtagadja őt. A fogyatékos gyermek így teljesen magába zuhanhat, akár még halálfélelme is lehet. Gyakran nem tudja és nem érti, hogy miért is jött ő a világra (Kálmán, Könczei, 2002). A fogyatékos gyermek és az anya kapcsolatáról a későbbiekben részletesen írok. A rehabilitáció nagyban függ attól, hogy magának a fogyatékos személynek milyen attitűdjei vannak a rehabilitációs törekvéshez kapcsolódóan. Lehet, hogy elfogadja a fogyatékoságát, együtt tud élni vele, be tud illeszkedni a környezetébe. Ám valamikor a fogyatékos nem képes meg birkózni a helyzettel, akkor folyamatosan frusztrált lesz és még a reményt is elvesztheti. Sokan közülük a fogyatékoságukat saját hibájuknak tekintik (Kálmán, Könczei, 2002).

2.2. A látássérültek szegregált és integrált oktatásának története

Szegregáció:

A vakokhoz - csakúgy, mint más fogyatékosokhoz is- mindig is igen szélsőségesen viszonyultak az emberek a történelem folyamán. Volt időszak, amikor megtagadták őket és teljes kirekesztettségben élhették csupán életüket. De olyan időszakok is előfordultak, amikor különleges képességekkel ruházták fel őket. Már láthattuk, hogy a középkorban kezdetlegesen elkezdődött a fogyatékosok oktatása, de csak magánoktatás formájában és csupán a gazdagok engedhették meg ezt maguknak. Így volt ez a látássérültekkel is. Ebben az időszakban sokan koldulással tartották el magukat.

Az első intézményes keretek közt létrehozott iskola Párizsban alakult meg 1784-ben Valentin Haüy vezetésével. Innentől kezdve Európában a párizsi vakok iskolájának mintájára sorban nyitották meg az országok saját iskoláikat. London 1799-ben, Bécs 1804-ben, Berlin 1806-ban, Amszterdam 1808-ban, Prága 1809-ben, Koppenhága 1811-ben, Szentpétervár 1817-ben, Nápoly 1818-ban, Pozsony 1825-ben, Brüsszel 1834-ben alapított vakok számára oktatási intézményt. Talán nem meglepő hogy ebben az időszakban indult meg igazán intenzíven az oktatás fejlesztése vakok számára. A felvilágosodás kora számtalan tudományos és ipari felfedezéssel büszkélkedhet, számtalan híres tudós és kutató élt ebben az időben. Köztük Kempelen Farkas is (a kor híres magyar polihisztor), aki maga is tett a vakügyért. Hiszen ő alkotta meg az első író és nyomtató gépet Maria Theresia Von Paradise híres vak énekesnő számára. A nagy ipari fejlettségnek köszönhetően a vakokat javarészt valamely ipari tevékenység végzésére tanították ki. Emellett a párizsi intézmény elvégzését követően szükséges volt 1-2 év próbaév, ahol is felkészítették a diákokat és megállapították, hogy képezhető-e vagy el kell bocsátani. A próbaidőszak után jött elsőként négy év általános képzés, amit később nyolc évre növeltek. Az iparon kívül még lehetőségük volt a vakoknak zenei képzésben részt venni. De ez már valóban csak a gazdagabb és jómódú családoknak állt lehetőségként rendelkezésre. Ritkább esetben tanári képzésben is részt vehettek (például Braille) (Pajor, 2010). Bostonban is alakult vakoknak iskola John Dix Fisher és Samuel Gridley Howe vezetésével. Jártak a párizsi intézményben és ott megfigyelték, hogy milyen eszközökkel és módszerekkel tanítják a vakokat. Az eszközöket ők nem tartották megfelelőnek, ezért saját iskolájukban nekifogtak szemléletesebb eszközök megalkotásának. Ugyanezt tette a bécsi

iskola igazgatója, Johann Wilhelm Klein, aki dombornyomásos térképeket és dombornyomásos latin írást hozott létre, ami ma is a nevét viseli (Pajor, 2010).

Hazánkban a Habsburg Birodalom többi tagországához képest későn kezdődött el a vakok oktatása. 1825-ben egy Beitzl Rafael nevű cseh származású tanár vitte a pozsonyi országgyűlés elé a vakok oktatásának kérdését. Bemutatta tanítványait, aminek felhívó jellege lett volna. A bemutató nem váltott ki általános érdeklődést, de József nádor és felesége támogatták az ötletet és adományt is adtak a tanárnak és tanítványainak. Később szorgalmazták, hogy kerüljön fel Budapestre az oktatás helye. Az intézet négy tanulóval rendelkezett és 7-14 éves kor között vállalta az oktatást azzal a feltétellel, hogy a vak diáknak nincs más fogyatékossága. Német nyelven folyt az oktatás. Az első igazgatója Beitzl Rafael volt, és munkatársával meg is alkották az első szervezeti szabályzatot a tantervvel együtt. A tanulókat három „rendbe” sorolták:

- akiket a nemes emberbarátok által gyűjtött adományok kamatjaiból neveltek
- akiket a földesuraik vagy más jótevőik által fizetett összegekből neveltek
- akik tehetősebb szülők gyermekei voltak (Pajor 2010, p 54.).

Az intézet csak adományokból tudta magát fenn tartani, s ez folytatódott a következő igazgató idejében is. Az intézet át tudott költözni egy másik épületbe, s egyre jobban kiépült az oktatás megszervezettsége. A korhatár lecsökkent, s a tantervben lévő tantárgyak teljes mértékben megegyeztek a népiskolák tantervével. Külön hangsúlyt fektettek a vallás oktatására, ezen kívül zenét és kézművességet is tanítottak. A párizsi rendszert alapul véve itt is volt lehetőség tanárnak képezni magukat, zenét tanulni vagy pedig különféle mesterségeket elsajátítani.

Az intézetet elsőként 1838-ban érte egy csapás, amikor is az árvíz sok épülettel együtt az iskolát is elmosta, majd 1842-ben az országgyűlés visszautasította az adományozást. Ennek hatására Kossuth Lajos kezdeményezett magángyűjtést, a vakok új intézetének felépítéséért. Az így gyűjtött pénzüsszegekből építettek egy intézetet, ami már közel száz tanuló befogadására volt elegendő. Az intézet ezen kívül várta az államosítást, ami azt jelentette, hogy országos szintre bővítik a tanulók befogadását. Az épület 1901-ig látta el feladatát, az államosítás viszont csak 1873-ban jött létre. 1901-ben egy új épületet adtak át, ami akkor 200 diáknak adott helyet és ami a mai napig is működik mint a vakok általános iskolája. Ide 8-10 éves korban kerültek be a gyerekek. Öt évig általános képzésben vettek részt, majd három évig valamilyen szakmára tanították ki őket. Az iskola más szempontból is fejlődött az évek során: könyvtára nemzetközi szinten is elismert lett a közel hétezer kötetével, s már kölcsönözni is lehetett a könyvtárból. 1928/1929. újabb mérföldkő

volt a szegregált oktatásban: Herodek Károly igazgató megszervezte a gyengénlátók szakszerű oktatását Magyarországon (Pajor, 2010).

A következő években egyre fejlettebbé vált az oktatás az intézményben. A tanterv egyre kidolgozottabbá, egyre szélesebb körűvé vált. Az intézmény által adott év végi bizonyítvány egyenjogúvá vált a normális iskolák által adott bizonyítvánnyal. Ezekben az időkben a vakok számára kialakított óvodák is fejlődtek, ahol az alapvető készségeket sajátították el és részben felkészítették az iskolára a kisgyerekeket.

Amint az látható, a szegregált oktatásnak a látássérültek körében elég nagy múltja van. Az ép látó gyermekek oktatásához képest persze önmagában ez a közel kétszáz év is egy rövid időszaknak tekinthető. Amennyiben azonban figyelembe vesszük, hogy a régebbi korokban egyáltalán nem fektettek hangsúlyt a látássérültek oktatására, máris hatalmas előre lépésnek számít. A speciális intézmények legfőbb tevékenysége a speciális tanterv létrehozása, mint ahogy azt láthatjuk is az előbb leírtakból. Biztosították és biztosítják még a mai napon is a fogyatékos személyeknek a megfelelő, számukra is elérhető oktatást (Csányi, 2000). Maguk a speciális iskolák figyelembe veszik a sérült gyermek esélyegyenlőségének biztosítását is és a társadalomba való integrálásra is hangsúlyt fektetnek. A probléma ott kezdődik, hogy - bár hangsúlyt fektetnek az integrációra-, de azt a képzés végére helyezik (Csányi, 2000).

Integráció:

Az integráció szó jelentése az, hogy kisebb részeket egybe vonunk a többséggel. Tulajdonképpen ezt tesszük az oktatásban is, mikor egy sérült gyermeket ép diákokkal együtt oktatunk (Csányi, 2000). Ám a dolog nem ilyen egyszerű, mint ahogyan azt meghatározza az előbbi rövid definíció. Az integrálásnak sokféle típusa van az alkalmazkodás és az integrálás mértékét tekintve is. A sérült- esetünkben látási fogyatékos - gyermeknek alkalmazkodnia kell alátók csoportjához és viszont. Másképp nem működnének a különféle interakciók a tanulók között. Ennek az alkalmazkodásnak három típusa lehet: asszimiláció, akkomodáció és adaptáció (Csányi, 2000). Az asszimiláció esetében csak is a sérült gyermek alkalmazkodik, tehát a kisebbség fog asszimilálódni a többséghez. Ahogyan érezhetjük, ez a megoldás nem teljes mértékben helyes, hisz így a fogyatékos gyermek nagymértékben háttérbe szorulhat és nem tudja megfelelőképpen érvényesíteni majd magát (Csányi, 2000). Az akkomodáció esetében már fordítva áll elő ugyanez a helyzet. A többség fog alkalmazkodni a kisebbséghez. Ez szintén nem

szerencsés, hisz ilyenkor az ép látó diák érezheti úgy, hogy a látássérülttel kivételt tesznek. Így az ép látó valószínűleg nem fogja igazságosnak érezni a helyzetét (Csányi, 2000). A legmegfelelőbb helyzet az adaptáció lenne: ilyenkor ugyanis egy kompromisszumokra alapuló kölcsönös alkalmazkodás történik (Csányi, 2000).

Az integrálás mértékét tekintve is megkülönböztethetünk szinteket. Az egyik legegyszerűbb szintje a lokális integráció. Ilyenkor a szülő az adott település iskolájába írhatja be gyermekét, ahol a tulajdonképpeni integrálás nem történik meg. Mivel a fogyatékos diák csak egy intézménybe jár ép társaival. Ugyanakkor se közös tanórák, se közös szabadidős programok nincsenek (Csányi, 2000). Ez csupán a távolsági problémát oldja meg: a szülőnek nem kell távoli speciális intézménybe íratni gyermekét, és így nem kell a gyereknek elszakadnia családjától. A következő fokozat a szociális integrálás, ahol már a közös intézmény mellett gyakoriak a közös szabadidős programok is (Csányi, 2000). Ám feltétlenül meg kell jegyeznünk, hogy szociális integráció esetében a fogyatékos diákok továbbra is speciális, számukra kifejlesztett tanórákon vesznek részt, elkülönítve ép társaiktól. A legmagasabb szint - és egyben a legkedvezőbb - a funkcionális integrálás lenne. Az akadályozott gyermek nem csupán egy épületben van társaival, hanem közös óráik és közös szabadidős programjaik vannak (Csányi, 2000). Ettől a helyzettől egy fokozattal rosszabb a részleges integráció, amikor csak néhány tanóra közös, a legfontosabb tantárgyakat még mindig elkülönítve oktatják. Fontos megemlíteni két minőségi különbséget is az integráció esetében. Maga az integráció szó vált népszerűvé és mindennapi kifejezéssé arra a helyzetre, ha együtt oktatják a két gyermekcsoportot. Azonban az integráció önmagában csupán „fogadást” fejez ki (Csányi, 2000). A „fogadáskor” a fogyatékos gyermek csupán bekerül az osztályba, változás nem fog történni az oktatási módszerek és az elvárások terén. Ebben az esetben minden feladat a gyógypedagógusra hárul. Maga a tanító pedagógus nem változtat teljesítmény-orientált nézetein, továbbra is az átlagos szintet fogja mértékként tekinteni (Csányi, 2000). A sérült gyermek ebben a csoportban csupán egy „megtűrt” tag -gondoljunk az asszimilációra. A „befogadás”, azaz az inklúzió a célszerűbb helyzet. „Befogadás” esetében a fogyatékos nem csupán „beteszik” egy csoportba, hanem annak megjelenésével átalakítják az oktatási módszereket, a pedagógus együttműködve a gyógypedagógussal úgy módosítja tanítási szokásait, és elvárásait, hogy az megfelelő színvonalú és teljesíthető legyen mind az ép, mind a sérült gyermeknek (Csányi, 2000). Az inklúzív oktatás teljes mértékben „beépítené” az akadályozott gyermekeket az iskolákba vagy óvodákba, nem csupán hozzászoktatnák

kortársaikat és tanítóikat az együttműködésre, hanem attitűdöket is megváltoztatnának vele (Csányi, 2000). Ezen felül az inklúzió a diszkrimináció elleni harcban is előrelépést jelentene. Minden pozitív hatása ellenére azonban az inklúzió nem nyert túl nagy teret még a magyar oktatásban, nincs számottevő intézmény ahol inklúzívan tanítanak diákjaikat (Csányi, 2000). Az integráció fajtáinál még meg kell említeni a spontán integrációt, ami egyik eddigi kategóriába sem sorolható be. A spontán integrálásban a szülőket és a gyermeket nem segíti szakember, sőt sokszor kivizsgálás sem történik. A fogyatékos bekerül településének iskolájába, az ottani tanárok beleegyeznek, vagy nem is törődnek vele. Annak köszönhetően, hogy nincs semmilyen szakember a háttérben, a gyermek teljes mértékben tanárai segítőkészségében, és pozitív hozzáállásában bízhat (Csányi, 2000). A spontán integrálásnak kedvező esetekben sok pozitív hatása lehet. Példának okáért a fogyatékos már iskolás korában beilleszkedik a közösségbe. Ugyanakkor ebben rejlik a legnagyobb veszélye is. Amennyiben súlyosabb fogyatékoságról van szó, az intézmény, konkrétan a tanító pedagógusok nincsenek felkészítve az egyedi tanítási módokra. Az iskola nem rendelkezik megfelelő eszközökkel és a kortársak a felvilágosítások hiányában kiközösíthetik a fogyatékos gyermeket (Csányi, 2000). Sajnos Magyarországon a spontán integrálásban tanuló sérült gyermekek száma igencsak számottevő, amin sürgősen változtatni kell (Csányi, 2000).

A látási fogyatékosok integrált oktatása hazánkban sem ismeretlen, viszont igen kis múltra tekint vissza. Az 1900-as évek elején Mihályik Szidor igazgató pártolta az integrációt, mert úgy gondolta, ha lehetőség van rá, hogy a vak diákok hallás után együtt tudjanak tanulni a látókkal, akkor ezt a lehetőséget nem szabad elvenni tőlük. Kijelentette, hogy törvényileg szabályos egy vak oktatása ép iskolában, csak a gyakorlat nem teszi lehetővé (Mihályik, 2000). Az ép iskolákban nem voltak felkészülve a vak diákok oktatására. A következő évtizedekben egyre jobban próbálták megvalósítani az integrációt. Részleges integrálás már működött és a családokat is bevonták az oktatásba. Az első - valóban hivatalos és intézményi- lépés azonban 1994-ben lépett életbe, amikor is két utazó tanári posztot jelöltek ki, akiknek a feladata az volt, hogy országosan járjanak az integráltan tanuló diákokhoz és segítsék azokat. Ma hét ilyen poszt van. 2000-ben a fővárosi önkormányzat módszertani központtá nyilvánítja a látássérültek iskoláit. Így új lendületet vehetett az integrált látássérültek, szüleik és iskoláik megsegítése. Egységes gyógypedagógiai módszertani intézmények először 2003-ban alakulnak, és így egyre több mindenben tudnak segíteni az integrációban. Az általános, középiskolás és esetenként a

felsőfokú intézményben tanulók, azok szülei és tanárai részére tanfolyamok, nyíltnapok, bemutató órák, nyári táborok és az integrált intézményben történő tanácsadások jönnek létre (Pajor, 2010).

Döntéshozatal:

Amikor egy sérült gyermek születik egy családba, az hatalmas felelősséggel és súlyos kérdések megválaszolásával jár a szülők részéről. Az egyik ilyen fontos kérdés akkor merül fel, mikor a gyermek eléri az iskolás kort. Dönteni kell, hogy intézetbe íratják vagy pedig normális, úgymond „egészségeseknek” létrehozott iskolába. Eme fontos döntés meghozatala alól egy szülő sem bújhat ki. A kérdés egy szinte már nyomasztóan komoly kérdés. A válasz pedig meghatározza majd gyermekük életét és tulajdonképpen mindent, ami a fejlődéséhez kapcsolódik. A szülők ebben az esetben megválaszolhatják önmagukban is ezt a kérdést (segítség nélkül), de szakemberhez is fordulhatnak (Kálmán, 2004). Amennyiben szakemberhez fordulnak, annak részletes és mindenre kiterjedő válasszal kell szolgálnia. A szülőket szembesítenie kell azzal, hogy milyen esélyekkel rendelkezik gyermekük, hogyan fog haladni a fejlődéssel (ha egyáltalán fog fejlődni), milyen segítségek és támogatások állnak rendelkezésre, milyen várható gyógy mód jöhet szóba (Kálmán, 2004). Hangsúlyozni kell azonban, hogy a szakember egyetlen egy kérdésre nem adhat választ: mégpedig, hogy írássák-e speciális iskolába vagy sem (Kálmán, 2004). A szakember mindössze tanácsot adhat, de nem manipulálhatja, befolyásolhatja a döntést semmilyen eszközzel sem. A szülőknek minden lehetőséget figyelembe kell venni és természetesen a gyermek igényeit és helyzetét kell előtérbe helyezni. Lehetőség szerint beszéljenek iskolaigazgatókkal, több szakemberrel és tekintsék meg a lakóhelyükhöz legközelebb lévő speciális intézményt is. Dr. Kálmán Zsófia szerint azonban ha nem nagymértékben súlyos a fogyatékoság, akkor érdemesebb a speciális intézményt kihagyni és inkább családi környezetben iskolába járatni a gyermeket (Kálmán, 2004). Ugyanis előfordulhat egyes szegregáló intézményekben, hogy a gyerek csak heti, kétheti vagy akár havi szinten járhat csak haza. Súlyosabb esetekben csak ünnepnapokon töltheti a családjával körében idejét, vagy akár haza sem járhat, csupán a családtagok látogatják rendszeresen vagy alkalomszerűen (Kálmán, 2004).

Bár az integrált oktatás Magyarországon még nem teljesedett ki, és még sok problémát kell megoldani, mégis úgy gondolom, az integrálás sokkal megfelelőbb lenne

egy látássérültnek vagy bármely fizikai fogyatékossgal rendelkező gyereknek. Nem állítom, hogy a szegregált oktatásnak nincs előnye. Nagy előnye, hogy a fogyatékosok magukhoz hasonló helyzetben lévőkkel találkoznak, meg tudják beszélni problémáikat, megértik egymást és sokkal jobban tudnak egymásnak segíteni. Ugyanakkor ez a legnagyobb hátránya is. A sérült gyermek el van zárva ép társaitól, pusztán a saját környezetében van. Így nem tud sem az ép gyermek, sem pedig a fogyatékos gyermek alkalmazkodni a másikhoz. Szükség lenne az integrálásra, hisz az ép gyermekek csak akkor ismerhetik meg a fogyatékossgot, ha együtt élnek vele. Ha nap mint nap találkoznak, olyan diáktársukkal, akinek valamilyen fogyatékossga van (legyen az vak, siket vagy éppen mozgássérült), akkor kevésbé lesznek előítéletesek. Ismerni fogják a fogyatékossg mibenlétét és könnyebben el is fogják tudni fogadni azt. Tehát ha nagyobb teret kapna az integrálás, főképp az inklúzió, akkor nagyobb sikerrel lehetne a fogyatékos személy társadalmi integrációját segíteni. Persze egy köztes megoldásra van szükség, mivel a fogyatékosnak saját sorstársával is együtt kell lennie a már említett indokok miatt. Van ennél azonban egy nagyobb hátránya is a szegregálásnak: a fogyatékos gyereknek hatalmas traumát okoz az, hogy fiatalon elszakad a családjától. Akár már gyerekként meg kell tanulnia egy idegen környezetben boldogulni. Ez persze nagy önállóságot tanít neki, de az önállóság kifejlődése nem kárpótolja a veszteséget (Illyés, 1987). A család irreális, mindent megoldó lehetőségként tekint a fogyatékos intézménybe helyezésére. Sokan probléma megoldásként kezelik a dolgot. Vannak olyan esetek, ahol a fogyatékos családtag intézménybe kerülése révén kiegyensúlyozódik a családi helyzet. De túlnyomó többségben nem így gondolkodik a család. Úgy vélik, hogy ezzel a „gond” megoldódott és gyakran a továbbiakban nem is vesznek tudomást a sérült családtagról (Göllesz, Horányi, 1968).

2.3. A látássérültek pszichológiája

Család:

Minden gyerek fejlődése szocializációja és személyisége kialakulása szempontjából a család a legfontosabb közeg. Amilyen környezetben és amilyen neveltetések között nő fel, olyanná fog válni a gyerek. Bowlby úgy határozza meg a családot, mint a tagok egymás iránti ragaszkodása útján kialakult konstrukció. Winnicott a család alapjának az anya és az apa szövetségét tekinti, közös felelősség tárgyaként pedig az együtt létrehozott gyermeket, az új emberi lényt nevezi meg. Rutter pedig védelemként, meghitt menedékként tekintett a családra. A mai családok igen változatosak: vannak egyszülős családok, átlagos nukleáris családok, nagy családok vagy éppen nevelőszülős családok. Egy közös pont van minden családban: a közös kommunikációs rendszer. Megértik egymás hangsúlyváltozásait, metakommunikációit, mimikáit, egyéb nem verbális jelzéseit. Egyedül a sérült gyermeket nevelő családokban van ez másképp. Ott mintha elveszne ez a készség. Talán a trauma hatására, de nem képesek megérteni a különféle jelzéseket, verbális és nem verbális jeleket. Minden családtag a saját érzelmi libidója, állapota és saját értelmezési módja szerint lát minden jelzést és ezek alapján formál véleményt is (Kálmán, Könczei, 2002). Minden családtag más-más reagálási móddal rendelkezik a fogyatékos családtag felé, s mindenki másféle viselkedést mutat. A következőkben leírom, hogy az egyes családtagok miként viselkednek ebben a helyzetben. Főként a látássérültekre összpontosítva, de lesznek olyanok is, amikor általánosságban, mindenfajta fogyatékos gyermek családjára vonatkozóan írok.

Anya és gyermeke közti kapcsolat:

Biztosan kijelenthetjük, hogy nem csak a vak, hanem az ép látású gyermek szempontjából is a legfontosabb hozzátartozó az anyja. Az anya az, aki kihordja őt, aki megszüli. Vele alakul ki a legelső és legszorosabb kapcsolat. Ezért fontos, hogy mélységében áttekintsük az anya traumáját, pszichés reakcióit abban az esetben, ha gyermeke nem olyan lett, mint amilyenre várt.

Az anya alapvetően várja gyermekét, úgy tekint rá, mint az egyetlen olyan személy, aki akkori állapotában, születésével a legnagyobb boldogságot tudja adni. Tervezget még születése előtt, türelmetlen és kíváncsi. Ám míg az ép gyermek születése öröm, vidámság a családnak és az anyának, addig a sérült gyermek születése szomorúság és fájdalom. Míg gyermekében anyja normális esetben jövőjét látja, tervezgeti jövőjét, önmegvalósítást remél, büszkeség tölti el, addig vak gyermek születése esetén anyja kétségbeesik, gyermekében csak a szenvedést, a kint

látja, nem nyújt örömet gyermekének látványa, s csak a megbélyegezettségre, a kitaszítottságra tud gondolni (Illyésné et al, 1987; Kálmán, Könczei, 2002; Pálhegyi, 1981; Pálhegyi, 1998). Gyermekére gyakran nem tud úgy tekinteni, mint sajátjára, nem képes elfogadni, hogy ilyesmi történt. Ezek a gondolatok, ha megjelennek az anyában, teljes mértékben tudattalanok (Pálhegyi, 1981). Ugyanakkor az anyában, mivel már személyisége kialakult, benne van az az interiorizált, ösztön törekvéssé alakult követelmény, hogy az anya szeresse gyermekét (Pálhegyi, 1998). A fogyatékos gyermek jelenléte hatalmas terhet jelent az anyának és egyben az egész családnak. Ez a teher szinte alig, vagy néha nem is elviselhető, s az anya szinte beleroppan gyermeke pusztá látványába is (Illyésné et al, 1987).

Ahhoz, hogy megértsük az anya viselkedési módjait, meg kell néznünk, hogy milyen kötődés alakul ki egy normális gyermek és anyja között, s a kötődésnek milyen formái vannak. Először is tudnunk kell, mi is az a kötődés. A kötődés alapkoncepcióját elsőnek John Bowlby írta le. A kötődést egy ösztön alapú viselkedéses mintázatnak írta le, amelynek a legfőbb biológiai funkciója a védelem biztosítása. Elképzelése szerint a csecsemő egy bioszociális ösztönnel születik, amely arra készíti a csecsemőt, hogy az őt gondozó személlyel szoros kapcsolatot alakítson ki. A csecsemő számára a kötődő személy biztosítja veszélyhelyzetben a biztonságot, így a közelsége elengedhetetlen. A kötődési rendszer úgy működik, hogy amikor a gyermek explorál, akkor ez a rendszer inaktív állapotba kerül. Viszont amikor a gyerek elér egy bizonyos távolságot és már nem érzi magát biztonságban, akkor aktiválódik, s újra beállítja a megfelelő távolságot. A későbbiekben Ainsworth kialakított egy vizsgálati módszert, az idegen helyzet vizsgálatát, amellyel a másfél éves korú gyermekek kötődését lehet vizsgálni. A vizsgálatok alapján négy különböző kategóriát különítettek el:

Szervezett kötődési mintázatot mutató csoportok:

B csoport: Biztonságosan kötődő gyerekek. Az anya a biztonság bázisa, nyugodtan indulnak explorációra. Szétválasztás esetén explorációjuk csökken, hiányolják az anyát. Újra egyesülésnél aktívan üdvözlik, keresik a kontaktust, majd megnyugvás után újra explorálnak.

A csoport: Bizonytalan, elkerülő csoport. Többet explorálnak, anyjukra nem figyelnek. Szeparáció esetén enyhe distressz, enyhe válaszreakció. Újra egyesüléskor belemélyed az explorációba, nem foglalkozik anyjával. Anyja közeledésére ellenállással, olykor merevséggel reagál. Az exploráció fontosabb a kötődésnél.

C csoport: Bizonytalan, ambivalens csoport. Kezdetektől keveset explorál, nem mozdul anyja mellől. Szeparálás esetén megnyugtathatatlan. Újra egyesüléskor gyakran ellenáll anyja

vigasztalásának, dührohamot kap, vagy épp túlzott izgalom jellemzi. Nem talál megnyugvást anyjánál. Itt a kötődés a fontosabb, a gyerek szinte egyáltalán nem explorál.

Szervezett kötődési mintázatot nem mutató csoport:

D csoport: dezorganizált csoport. A viselkedés zavart. Gyakran egyidejűleg ellentétes viselkedéseket mutat. Indirekt, sztereotip mozgások. A gyerek viselkedésében fellelhető a zavar és gyakran mutatja a gondozótól való félelmet is. Viselkedéses csend léphet fel.

A fogyatékos gyermek esetében az anya gyakran - mivel semmilyen tapasztalati tudása nincs- kétféle hibát követhet el. Elsőként is túlzott gondoskodással elkényezteti, mindenben kiszolgálja gyermekét. Félreértelmezi a szeretetet (Illyés, 1987; Illyésné et al, 1987; Isépi, 1996; Pálhegyi, 1981; Pálhegyi, 1998). Azzal, hogy kiszolgálja, mindenben csak ront a helyzeten. Ugyanis a gyerek egyrészt teljesen önállótlan lesz, nem fogja tudni magát kiszolgálni, ellátni (Pálhegyi, 1981). A másik probléma az ezzel az anyai viselkedéssel, hogy a gyermek úgy fogja érezni, hogy sajnálják, önálló tevékenységektől szándékosan visszatartják. Így a túlzott segítségnyújtás is negatív tükörré válhat, hisz a vak gyerek úgy fogja gondolni, hogy ő semmire sem alkalmas. Szerencsétlen, aki helyett mindent meg kell csinálni (Pálhegyi, 1981). Tehát ha az anya vagy bármelyik szülő sokáig érezteti azt, hogy „úgysem fogod tudni megcsinálni”, „várj segítek, mert ez neked nem megy”, akkor a gyerek ezt interiorizálni fogja, és a fejében már úgy fog hangzani hogy: „úgy sem tudom megcsinálni”, „nekem ehhez segítség kell, mert nem megy úgysem” (Kálmán- Könczei, 2002). Ezzel az anyához nagy valószínűséggel ambivalens módon fog kötődni a gyermek. Úgy érzi, hogy semmire nem képes anyja nélkül, semmit sem tehet anyja hiányában. Az anya elérheti, hogy gyermeke csakis rá lesz utalva. Önállóan semmihez sem fog tudni kezdeni. Ilyen helyzetben maga az anya viselkedése is ambivalens, hiszen elkeseredett gyermeke sérülése miatt, nem tudja ezt a traumát feldolgozni. Vak gyerekében csak a fájdalmat látja, mint ahogy azt már korábban említettem. Mivel leplezni próbálja ezeket az érzéseket, büntudatból kényezteti gyermekét (Illyésné et al, 1987 ; Pálhegyi, 1998). Ezeken a problémákon kívül még okozhat szenzoros deprivációt is az a magatartás, hogy túlzottan féltik és magukhoz láncolva mindenben kiszolgálják a vak gyereket. A szenzoros depriváció érzéketi ingerektől való megfosztottságot jelent. Az érzékszerv által kialakult pszichológiai üres mező, vákuum, amit a gyermek az önálló felfedezésekkel, a többi érzékszerv fejlesztésével pótolni tudna, ha hagynák (Pálhegyi, 1981).

A másik leggyakoribb helytelen viselkedési mód, amikor az anya nem törődik gyermekével, elhanyagolja és megfosztja minden gondoskodástól és szeretettől (Illyés, 1987; Illyésné et al, 1987; Isépi, 1996; Pálhegyi, 1981; Pálhegyi, 1998). Ebben az esetben sem

alakulhat ki biztonságos kötődés, hisz az anya megvon minden figyelmet sérült gyermekétől. Így az anyja mellett, mégis szinte anya hiányában kell felnőnie. Ilyen helyzetben gyakran előfordul az, hogy a szülők intézetbe adják a gyereküket.

Ez a két magatartás teljes mértékében helytelen. Az anyának el kell fogadnia vak gyermekét úgy ahogy van, s őt is a család egyenjogú tagjának kell tekinteni. Ne élvezzen előnyöket más családtaggal szemben, de hátrányai se legyenek pusztán a fogyatékoságához való viszonyulás miatt (Illyés, 1987; Isépi, 1996). Szerencsére a fent említett két viselkedés mellett vannak ilyen szülők is. Idejében felfigyelnek a problémákra, nem szégyellnek segítséget kérni. Segítségkérés esetén a kapott tanácsokat meg is tartják (Illyésné et al, 1987).

Az anyára még jellemző egy bizonyos viselkedési mód. Akár fogyatékosan született gyermeke, akár később korban vált azzá, a fogyatékoság „felfedezése” után az anya örök csecsemőként fog rá tekinteni. Ez részben hasonlít az első leírt viselkedési módhoz, mert itt is úgy kezeli gyermekét, mintha örök időkre tehetetlen maradna. A különbség ott észlelhető, hogy hiába felnőtt korában válik fogyatékosá a személy, akkor is elveszti felnőtt jogait. Az anya továbbra is csecsemőként tekint rá, ami teljes mértékben káros annak személyiségére (Kálmán, Könczei, 2002).

Végigtekintettük, hogy milyen rossz viselkedési módokkal reagálhat az anya gyermeke fogyatékoságára. Ezek után szükséges megnéznünk, hogy milyen utat jár be az anya a gyermek születésétől az elfogadásig, s milyen védekezési mechanizmusok léphetnek fel. Pálhegyi Ferenc könyvében háromféle érzelmi elfogadást különböztet meg. Első a teljes érzelmi elfogadás: amikor az anya elfogadja érzelmileg a sérült gyermeket. Ugyanakkor nem biztos, hogy reálisan látja annak helyzetét és gyakori az irreális remény is a gyógyulásban. A második: a kedvezőtlen érzelmi viszony, amikor is vagy túlságosan gondoskodni akar gyermekéről, vagy pedig túlságosan elhanyagolja őt. Ezek mellett azonban biztosítani akarja a megfelelő fejlődéshez szükséges feltételeket, de nem tudja optimálisan megtalálni őket. Az utolsó mód az elutasító érzelmi elfogadás, amikor a problémák miatt másokat hibáztat az anya és a gyermek érzelmi igényeit sem elégíti ki (Pálhegyi, 1998).

Az elfogadás útját Kálmán Zsófia másképp írta le. Az ő gondolatmenete szerint a fogyatékos gyermek születésekor az anya egy egyfajta „bánat utcára” lép, ahol végig kell mennie, s közben különböző szakaszokon esik át (Kálmán, Könczei, 2002). Az első szakasz a magány szakasza. Ugyanis az ép gyermek megszületésekor a rokonság, a barátok, az ismerősök látogatába jönnek, szinte „csodájára” járnak az újszülöttnak. Fogyatékos gyermek születésekor ez másképp van. A rokonság, a barátok, ismerősök nem akarnak alkalmatlankodni, nem akarják

látni az anya szomorúságát. Úgy érzik, hogy jobban teszik, ha távol maradnak. A következő szakasz a tagadás szakasza. Ilyenkor az anya próbálja leplezni saját szomorúságát és közben a gyerek problémáit is részben vagy teljes egészében tagadni próbálja. Ezek után jön az okok és a bűnbakok keresése. Itt az utolsó szakasz előtt kitérnék arra, hogy az anya nem csak kétféle elhárító mechanizmust alkalmazhat fájdalmának elfojtására. A tagadás- amely révén minden bajt, köztük a betegséget is letagadja- tűnik a legegyszerűbbnek (Kálmán, Könczei, 2002; Pálhegyi, 1998). Használhat még projekciót, ahol is a fájdalmat és vele együtt a betegség kialakulásának felelősségét át projektálja egy másik személyre. Leggyakrabban az orvos és az apa áll a célkeresztben. Az orvos azért, mert talán tehetett volna ellene, vagy tehetne a jelen állapotában érte valamit. Az apa pedig pusztán génjei miatt lehet hibás (Kálmán, Könczei, 2002; Pálhegyi, 1981; Pálhegyi, 1998). A harmadik elhárító mechanizmus a reakcióképzés. Az anyának büntudata van gondolatai és érzései miatt. Ennek következtében azzal próbálja elfojtani őket, hogy kényezteti gyermekét, amiben csak tudja és mindent megad neki. Főleg anyagiak terén. Ezáltal megnyugszik, mivel - ha csupán anyagit is - de áldozatot hozott gyermekéért. Így jó és szerető anya (Pálhegyi, 1998).

Az utolsó szakasz a „bánat utcáján” az alku szakasza. Ebben a szakaszban az anya megpróbál alkut kötni Istennel, az élettel, a sorssal. Felajánl mindent, amit csak tud: saját egészségét, saját szemét, sőt akár életét is (Kálmán, Könczei, 2002). Ha az anya megfelelően kezeli gyermekét és minden belső konfliktuson át tud jutni, akkor a legkedvezőbb helyzet az, amikor elfogadja gyermekét olyannak, amilyen (Pálhegyi, 1981).

Vannak esetek, amikor nem tudja elfogadni és saját életútját változtatja meg az anya. Létre jöhet egy olyan attitűd, hogy „megmutatom a világnak, hogy mit nevelek belőle”. Egy másik helyzetben pedig az anya belsővé teszi a problémát, ahelyett hogy külsőleg fogadná el vagy harcolna vele. A belsővé tett probléma így már az övé és ebben az állapotban folytatja tovább a küzdelmeket. Sokan iskolákat, egyesületeket, segítő szervezeteket alapítanak, módszereket fejlesztenek ki. Annak ellenére, hogy ezek gyakorta nagyon hasznosak és fontosak, mégsem megfelelő célból születtek meg. Az anya nem saját ambícióját követi, hanem gyermeke állapota ösztönzi (Kálmán, Könczei, 2002).

Az apa:

Amikor egy férfi és egy nő szoros kapcsolatban él együtt, akkor egy burok alakul ki körülöttük, hogy kialakítsa a sajátos életüket. Amikor születik egy gyermekük, az anya és a gyermek egy külön burokba záródik. Ezt hívják az anya és gyerek duáluniójának. Ez a burok egy idő után megszűnik és az apa, anya és gyerekük egy burokban lesznek. Fogyatékos

gyermek esetén ez a duálunió anyja és gyermeke között gyakran egyáltalán nem, vagy csak nagyon későn szűnik meg. Az apa így kirekesztődik a gyermeke fejlődéséből. Sok esetben előfordul, hogy csak az anyja képes észlelni a vak gyerek jelzéseit, rezdüléseit. Az apa nem tudja, hogy viselkedjen gyerekével és inkább megmarad csendes, hallgató félként a gyermek nevelésében. Ezen kívül az apa magára vállalja az anyagiak biztosítását, ami nem kis feladat részére és így a nap nagy részében nincs is jelen a családi életben. Azokban az esetekben, ahol a fogyatékosabb később alakul ki és előtte a gyermek sok időt töltött apjával, ugyanúgy kialakulhatnak azok a viselkedések, amelyek az anyánál tapasztalhatók. Az apa életútja is megváltozhat úgy, hogy belsővé és sajátjává teszi a problémát. Az anyával ellentétben ő viszont nem módszereket alkot, hanem segítő eszközöket fejleszt ki (Kálmán, Könczei, 2002).

Testvérek:

A testvéri kapcsolatnál kétféle lehetőség van: a fogyatékos gyerek az idősebb vagy a fogyatékos gyerek a fiatalabb. Abban az esetben, ha idősebb a fogyatékos gyerek, akkor már a szülőket trauma érte, ezért kevésbé szeretnék újabb gyereket. Félnék attól, hogy újra megismétlődik a helyzet. Ha mégis vállalnak egy második gyereket, akkor azt különös figyelem fogja övezni. Mindentől óvni fogják, nem hagyják magára szinte egy pillanatig sem, hogy nehogyan történjen vele is valami. Azonban ha már betöltött egy bizonyos kort, akkor ugyanaz vár rá, mint azokra, akiknek fiatalabb testvére sérült. Amikor a fiatalabb testvér rendelkezik valamilyen hátránnyal, a szülők minden figyelmüket neki szentelik. Az egészséges testvér úgy érezheti, hogy ő el van hanyagolva, vele nem töltenek annyi időt, mint testvérével. Az ilyen gyerekek idejekorán felnőtté válnak, megtanulnak felelősséget vállalni testvérükért. Gyakran kimarad az igazi, gondnélküli gyerekkor. Vannak olyan esetek, mikor testvérük iránt haragot éreznek, sőt legszívesebben bántanak is, de ezt nem lehet a szülők miatt. Félnék a jövőtől, mert úgy érzik, ha szüleik már nem lesznek, akkor testvérük rájuk marad és ők nem élhetnek független életet, hisz folyton testvérükről kell gondoskodni. Sokszor az ilyen gyerekeket kicsúfolják kortársaik testvérük miatt, és ez ellen nem tudnak védekezni. A támadás nem őket, hanem sérült húgukat vagy öccsüket éri. Fontos hangsúlyozni, hogy mindezek ellenére ezek a gyerekek szeretik testvéreiket. S a fogyatékos testvér jelenléte nem csak hátrányokkal, hanem előnyökkel is jár. A gyerek társainál sokkal empatikusabb, proszociálisabb, felelősségteljesebb lesz (Kálmán, Könczei, 2002).

Nagyszülők és más rokonok:

A nagyszülőknél három kategória van: szemlélő, védő, vádló. A szemlélők tulajdonképpen nem vesznek részt semmilyen téren a fogyatékos gyermek nevelésében. Lehetnek védők és vádlók is egyben, de mindig pusztán csak szemlélik az eseményeket. A védő szerepben lévő nagyszülők védik unokájukat, minden megtesznek érte: vigyáznak rá, hordják szakemberekhez, óvodába, iskolába viszik. Előfordul, hogy nem ugyanazon véleményen vannak a nevelési kérdésekben, mint a szülők, ami konfliktusokat okozhat. A vádló nagyszülő gyermekét vádolja unokája betegsége miatt, de gyakori az az eset amikor a vejének vagy a menyének tulajdonítja a sérülés eredetét.

A rokonság többi részére a megmaradás vagy az elmaradás jellemző (Kálmán, Könczei, 2002).

Sérült szülők és gyerekek:

Abban az esetben, amikor a szülőnek van valamilyen fogyatéksége, a gyermeke pedig ép, ugyanaz történik, mint a testvéri kapcsolatnál. A szülő akarata ellenére „kihasználja”, hogy segítséget tud kérni gyerekeitől, így az igen hamar beletanul a szakszerű segítségnyújtásba. Bár a gyerek sokszor élvezi, hogy olyan feladatokat bízunk rá, ami felnőttes, mégis idővel menekülni próbálnának a helyzetből. A szeretet azonban őket is visszatartja. Rájuk is jellemző a gondatlan gyerekkor gyakori kimaradása, de egyben a fejlett empátikus képességek is. Náluk is feltétlenül ki kell hangsúlyozni, hogy minden esetben szeretik szüleiket (Kálmán, Könczei, 2002).

A látássérült saját állapotának elfogadása:

Mint azt már a bevezetésben említettem, a vak ember nem alkot típust. A vak embert, mint embert kell megismernünk, nem szabad a vakságra alapozva előre ítélkeznünk személyiségéről, viselkedéséről (Pálhegyi, 1981). A vak ember ugyanúgy lehet boldog és szomorú, kiegyensúlyozott és zavart. Vannak problémái, amikkel neki is meg kell küzdenie. Ezek közül talán a legnagyobb saját állapotának elfogadása. Ezt az elfogadást talán a legjobban a látássérülés bekövetkeztének ideje határozza meg.

A születéskor vagy korán megvakult embernek teljesen másképp alakul az élete. Másképp fog tekinteni a világra, más fogalmi képzeteket alakít ki, másképp határoz meg dolgokat (Illyés, 1987). Fejlődése vaksága miatt másképp fog alakulni mind szellemileg, mind fizikailag. Mozgása jellegzetesen más lesz ép látású társaitól, egyfajta sztereotip mozgás úgynevezett „blindizmus” lesz rá jellemző (Gordosné 2004, p 98.). Zavar támadhat az önérvényesítésben, a mindennapi rutin elvégzésében. A sok egyéni helyzet pszichés

megterhelést okozhat, ami által egy visszahúzódó, magányos, zárkózott bizonytalan személyiség alakul ki. Vagy épp ellenkezőleg: ahogy az anya túlbecsülheti gyermeke képességeit, úgy maga a vak gyerek is túlértékelheti önmagát, egoistává válik, gőgös lesz környezetével (Gordosné, 2004). A korán megvakult gyermeket csak látáshiányának ilyesfajta következményei érintik, maga a látott dolgok hiánya nem jelentkezik általában, hisz mivel nem látott soha, nem tudja mit vesztett (Illyés, 1987).

Ezekkel ellentétben a későbbi korban megvakult gyerekeknél vagy fiataloknál, felnőtteknél a személyiség már kialakult, így hibás fejlődés ritkábban léphet fel. A trauma viszont annál inkább érinti a személyiséget, mivel teljes életét újra át kell értékelnie, eddigi szokásait, napi rutinjait meg kell változtatnia. Pubertás korban a látás elvesztése és a fogyatékosság tudatos felismerése könnyen vezethet a „vaksági krízis” állapotához (Illyés 1987, p 114.). A fiatalnak a trauma hatására végig kell gondolni eddigi életét és szokásait, amiket ezentúl a vaksághoz kell alakítania. Gyakorta előfordul, hogy régi közösségeivel is szakít, új csoportokat keres és új közösségbe lép be.

A vakság traumája énazonosság problémákat okozhat. A vak gyerek nem tudja mi lesz az életével, nem tud mit kezdeni önmagával. Gyakran azt sem tudja, hogy ki is ő és miért is született meg. Az énazonosság krízisét nehezíti az, hogy a vakság állapota egyfajta határhelyzetet jelent (Pálhegyi, 1981). A vak embernek egyszerre kell saját sorstársainak csoportjába és a látók társadalmában megállni a helyét. Ennek következtében kétféle rossz alkalmazkodás alakul ki. Az elsőnél a vak csak a látó közösséghez csatlakozik, az ő gondolkodásmódjukat követi. A látók határozzák meg motiváltságának célját, viselkedési normáit, ízlését stb. Ez önmagában még nem lenne problematikus. Ám ha ez az életstílus keveredik azzal a hamis énképpel, amelynél a vak nem képes elfogadni önmagát, nem ismeri fel hátrányait, akkor nem lesz képes lelki egyensúlyt kialakítani (Pálhegyi, 1981). Ez az ember csak bizonyítani akar egész életében, minden területen úgy akar látszani, mintha teljes értékű lenne, a látókat gyakran ő tanítja bizonyos dolgokra (Pálhegyi, 1981).

A másik alkalmazkodást követő ember a saját sorstársakkal alkotott csoportot fogja választani. Az állapot feldolgozásának szempontjából ez egy hasznos helyzet, hisz a csoport többi tagja segíthet legyőzni a krízist. Ugyanakkor abba a hibába fog esni, hogy a látók között él, mégis elszigetelődik tőlük. Szubkultúrát fognak létrehozni (Pálhegyi, 1981). Az ilyen emberekre gyakran jellemző a visszahúzódottság, a zárkózottság, gyakran ellenségesek a látó emberekkel. A kezdeményező képesség sok esetben hiányzik náluk és egocentrizmus is kialakulhat. A lelki egyensúly létrehozására ez is alkalmatlan (Pálhegyi, 1981). A megfelelő

egyensúlyhoz szükséges a társadalomba bekapcsolódni, nem szabad elzárkózni. A sorstársakkal való kapcsolat is fontos, mivel a legjobban egymást tudják meghallgatni, megérteni és segíteni a probléma feldolgozásában. Tisztában kell lenni a lehetőségeivel, korlátaival, a határaival. Tudni kell, hogy mi az, amit képes megcsinálni, és mi az, amihez már segítségre szorul. Tudni kell segítséget kérni. A látássérülteknek a saját állapot elfogadásához talán a legfontosabb az, hogy ismerjék látási fogyatékosságuk okát, hisz csak így alkalmazkodhatnak korlátaikhoz (Gordosné, 2004).

Börtönszerű frusztrációs alaphelyzet:

A vakság tényének elfogadásához szorosan kapcsolódik egy elmélet, a börtön helyzet elmélete. Ez az elmélet a vakok és más sérült emberek belső pszicho dinamikáját segít megérteni. Ha egy ember elhatároz valamit, kitűz maga elé egy célt, akkor mindent megtesz azért, hogy ezt elérje. Azonban ha a személy és a célja közé egy akadályozó tény kerül, akkor frusztráció fog fellépni. Ezt a frusztrációt egy ép ember könnyen megkerülheti, s céljának eléréséhez más utat keres. Egy vak embernél ez másképp van. Az ő esetükben az akadályozó tény mindennap jelen van és minden alkalommal akadályozóként lép fel. Ez maga a vakság. A vak ember körül egyfajta kört lehet elképzelni, ahonnan állapota miatt nem léphet ki és ha a cél ezen a „falon” kívül van, akkor saját problémájába ütközve egy alapfrusztrációt fog átélni. A sérült emberek ezáltal több frusztrációval szembesülnek. A megfogalmazás így hangozhatna: a vakság egy olyan állandó pszichológiai ágens, ami börtön-helyzetet vált ki. A vak ember azonban dönthet arról, hogy ez a „börtön” mennyire szűk számára. Ugyanis az előbbtitől helyesebb megfogalmazás így hangozhat: a vakság olyan állandó tény a személy életében, ami börtön-helyzetet válthat ki, de nem szükségszerű, hogy ez így történjen (Pálhegyi, 1981). Ha egy cél a határokon kívül helyezkedik el, akkor a sérült ember dönthet úgy, hogy nem azt a célt próbálja erőn felül elérni, hanem a határain belül keres egy alkalmas helyettesítő célt. Tehát a „börtönt” lehet bővíteni. Ez azonban csak akkor jöhet létre, ha a vak személy tudatosan, összeszedetten fogadja a vaksággal járó frusztrációt (Pálhegyi, 1981). Viszont annak is megvannak a hátrányai, ha valaki jól kezeli a börtönszerű helyzetet. Aki kiegyensúlyozottan, tudatosan alkalmazkodik, akin nem látszik, hogy plusz terhet visel magán, azok az eltérő viselkedésért nagyobb belső feszültséggel fizetnek (Pálhegyi, 1981; Pálhegyi, 1999). A vakság tudatos vállalása és elfogadása azonban biztosítja a helyzetnek megfelelő viselkedéseket, a képességeknek megfelelő teljesítményt és a kiegyensúlyozott alkalmazkodást (Pálhegyi, 1981). A börtönszerű frusztrációs alaphelyzet elsőként is az épekkel való összehasonlításokkor és a

velük való összeütközésekkor realizálódik. Az alapvetően alkalmazkodást követelő helyzet ebben a periódusban fog válni a megkülönböztettség jegyévé (Pálhegyi, 1998).

Kisebbrendűségi komplexus, kompenzáció, fölényre törekvés:

Az individuál pszichológia létrehozója és nagy alakja Alfred Adler volt. Elméletében elsőként hangsúlyozta, hogy az ember egy társadalmi lény, a közösséggel együtt kell vizsgálni. Egyénnek és egységnek tekintette az embert. Elméletében az ember pszichodinamikáját a kisebbrendűségi érzés, a kompenzáció és a fölényre törekvés adta. Úgy gondolta, hogy a kisebbrendűségi érzés velünk született és a környezet váltja ki. „A kisebbrendűségi komplexus olyan nehézség láttán alakul ki, amelyhez az egyén nem eléggé alkalmazkodott, illetve amelynek a leküzdéséhez nincs elég ereje, és kifejezi azt a meggyőződését, hogy képtelen legyűrni a nehézséget.” (Adler 1994, p 46). A definícióból kiderül, hogy kisebbrendűségi érzés abban az esetben alakulhat ki, ha az egyén valamilyen téren fogyatékoságot szenved. Lehet ez akár fizikai vagy éppen lelki fogyatékoság. Fogyatékoságának hatására én kiteljesedése és önérvényesítése sérül, hátrányban érzi magát a többi emberrel szemben, ami megnyilvánulhat harag, düh vagy zárkózottság és bánat formájában is (Adler, 1994). A csökkentértékűség érzése kompenzálást vált ki az egyénben, törekszik arra, hogy a fogyatékoságából adódó hátrányt minél jobban kiküszöbölje. A kompenzálás során fölényre törekvés fog kialakulni, ami Adler elméletében nem kifejezetten uralkodást jelent, hanem azt hogy az egyén saját magán akar túltenni. A fölényre törekvés biztosítja az egyén és magasabb szinten a társadalom folyamatos fejlődését. Aszerint, hogy az egyénnél, a fölényre törekvés milyen módszerrel érvényesül, alakul ki az életstílus, amit majd egész életében követni fog. Ez az életstílus fogja meghatározni, hogy a különféle helyzetekre miként reagál majd az ember. Az életstílus már gyerekkorban kialakul.

A fogyatékosoknál ez a három folyamat a következő képen alakulhat. A fogyatékos gyerek már kétéves korában felismeri, hogy ő hiányos többi társához képest. Már ebben az időszakban felismerhető, hogy nem játszik annyit együtt ép társaival, nem hajlandó velük egyenértékűnek, egyenjogúnak tekinteni magát. Sok esetben ellenséges is társaival (Adler, 1994). A fogyatékos gyermek tehát korán harcba kerül az élettel, s már korán úgy látja, hogy míg társainak öröm, boldogság az élet, neki már most szomorúságok és próbák sora. Ennek során hamar eljutnak oda, hogy megpróbálnak minden lehetséges helyzetben fölényre törekedni (Adler, 1994). Kompenzálásuk leggyakoribb tárgya a többi érzékszerv fejlesztése, vagy intellektuális képességeik javítása. A vak gyerekek - mivel látási képességeik nagy részben

vagy teljesen hiányoznak- gyakran „belső látásukat” fejlesztik. Ez azt jelenti, hogy a látókhoz képest sokkal élénkebb fantáziával és belső képalkotással rendelkeznek. Így nem meglepő, ha sikeres íróként vagy festőművészként tűnnek fel.

A fogyatékos emberek azonban nem minden esetben állnak meg a kompenzációval és a fölényre törekvéssel akkor, amikor már kiegyensúlyozottságot, lelki egyensúlyt értek el. Sok esetben túlkompenzálnak és a fölényre törekvés már nem saját maguk felülmúlását jelenti, hanem hatalmi törekvést. Ilyen helyzetben a közösségi érzés a hatalmi törekvéssel fordított arányban csökkenni kezd és a fogyatékos személy nem veszi figyelembe a többi embert. Pusztán saját maga feljebb juttatása érdekli, ami általában gőgösséghez, beképzeltséghez fog vezetni (Adler, 1994). Előfordulhat, hogy saját maguk hatalomra juttatása érdekében már nem is saját magukat fejlesztik, hanem beérik azzal is, ha a környezetében lévőket elnyomva jutnak feljebb (Adler, 1994). Ez azonban elkerülhető a megfelelő közösségtudat kialakításával.

III. Saját vizsgálatunk bemutatása

3.1. A vizsgálat célja

A kutatásom fő célkitűzése az volt, hogy felderítsem a látássérültek, főként a vakok személyiségének és fejlődésének egy aspektusát a szegregáltság és deszegregáltság vonatkoztatásában. Persze a célomba bele tartozik még, hogy ilyen módon jobban megismerjük ezt a – mondhatni- zárt közösséget, felderítsük legmélyebb lelki jelenségeiket. A vizsgálat eredményei reményeim szerint a jövőben felhasználhatók lesznek majd a magyar, vagy akár a nemzetközi oktatás fejlesztések területén. Tapasztalataim megosztásával talán hozzájárulhatok ahhoz, hogy a látássérültek és az ép látó emberek jobban oda figyeljenek egymásra.

Főbb kérdésköreimként a felnőtt kötődés vizsgálatát és a szorongás mértékét tekintettem. Elképzeléseim szerint a kötődési típusok nagyon meghatározók egy vak személy életében és minden bizonnyal kapcsolatban állhat annak oktatási módjával. A korábban már jelzettek szerint a szegregáló intézmények kevés hazalátogatási lehetőséget hagynak a tanulónak, így az nem tölthet megfelelő mennyiségű időt szüleivel életének meghatározó pillanataiban. A szorongást úgy tekintem, mint egy mindennapi frusztrációs helyzetet, amihez még hozzá adódik a szülőktől való távollét keltette frusztráltság is.

E két fő komponens mellett még megvizsgálom a vakok legnagyobb traumáját is: a látás elvesztését. Itt az elvesztés idejét és a módját is vizsgálni fogom. És egy kérdéskör erejéig a családi helyzetet is végigtekintem majd vakok körében.

A látássérültek ilyenfajta vizsgálatáról kevés szaktudás áll rendelkezésre. Így őszintén remélem, hogy vizsgálati eredményeim, megállapításaim sokat adhatnak majd hozzá a jövőbeli kutatásokhoz.

3.2. Az alkalmazott vizsgálati módszer

A vizsgálat során felhasznált kérdőívek

A kutatás során két kérdőívet használtam: Csóka Szilvia, Szabó Gábor, Sáfrány Eszter, Rochlitz Réka és Bódizs Róbert által 2007-ben magyarra adaptált *RSQ-kérdőívet* és a *Beck-féle Szorongás Leltárt* (Bai, Beck, A. T., 1976; ford.: Perczel forintos D.).

Ezek mellett még alkalmaztam egy általam szerkesztett demográfiai adatlapot (kérdéssort).

RSQ Kapcsolati kérdőív (3. számú melléklet):

A kérdőív a biztonságos, az aggodalmaskodó, az elkerülő és a bizalmatlan kötődési mintázatok mérésére szolgál. A magyarra fordított változat pszichometriai elemzéséhez 303 egyetemi hallgatóval és kórházi dolgozóval vették fel a kérdőívet (Csóka Sz.; Szabó G.; Sáfrány E.; Rochlitz R.; Bódizs R., 2007). A faktoranalízis által három faktort különböztettek meg: bizalmatlan, elkerülő, aggodalmaskodó. A biztonságos kötődési mintázatra utaló kérdések a három faktorban oszlanak szét. Az RSQ-kérdőív magyar változatát főként az elkerülő és az aggodalmaskodó mintázat vizsgálására ajánlják.

A kérdőív 30 állítást sorakoztat fel, amikre egy 1 és 5 közötti skálával lehet felelni: 1- Egyáltalán nem jellemző rám; 5-Nagyon jellemző rám. A négy kötődési mintázat vizsgálatához 17 állításra van szükség, de én mind a 30 állítást beletettem a kérdőívbe. A kérdőívben és annak kiértékelésében nem tértem el az eredetileg leírtaktól, csupán a kiértékeléskor az aggodalmaskodó itemet ambivalens néven jelöltem meg.

Beck-féle Szorongás Leltár (4. számú melléklet):

A kérdőív 21 állításból áll, amelyek különféle fizikai és lelki tüneteit írják le a szorongásnak. A kitöltőnek értékelnie kell, hogy az adott tünet milyen mértékben zavarta őt az elmúlt napokban, köztük a kitöltés napját is figyelembe véve. A válaszukat négy előre megadott mondattal ellátott válaszlehetőséggel adhatják meg: 1-egyáltalán nem zavart; 2- enyhén, nem zavart túlságosan; 3-Mérsékelten kellemetlen volt, de kibírtam; 4-Erősen alig tudtam elviselni.

A válaszok alapján a hozzájuk rendelt pontszámok összeadásával megkapjuk a kitöltő elért összpontszámát, ami alapján besorolhatjuk őt három kategória valamelyikébe szorongása

erősségét tekintve: alacsony szorongási szint; közepes mértékű szorongás; erőteljes, súlyos szorongás.

A kérdőív használatakor a megadott táblázatos elrendezést módosítottam, hogy könnyebb legyen internetes felületen vakok számára is a kitöltése. Az állításokon nem változtattam. A kitöltőket a megadott kategóriákba besorolva jellemeztem.

Demográfiai adatlap (5. számú melléklet):

Az általános demográfiai adatok megléte érdekében egy saját magam által szerkesztett (11 kérdésből álló) kérdőívet hoztam létre. Az első kérdésem egy jelige megadására kérte fel a kitöltőt. Erre azért volt szükség, mert a kutatásnak terveim szerint lesz további fordulója, ahol még legalább két kérdőív használatának segítségével próbálom még inkább elmélyíteni a tárgyalt jelenségkör feltárását. A következő kérdésekben a minta jellemzéséhez szükséges alapadatokra kérdeztem rá: életkor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, egy háztartásban élők száma. Az utána lévő kérdések speciálisan a mintára vonatkoznak. Rákérdeztem, hogy a kitöltő személy tanult-e valamilyen vakoknak létrehozott speciális intézményben, s ha igen, akkor megkérdeztem azt is, hogy mennyi időt töltött el ebben az intézményben. Továbbá külön kérdés volt a látás elvesztésének idejére és módjára vonatkozóan is, ahol lehetőség szerint minden lehetséges válaszopciót megadtam. A végén egy külön kérdés tért ki arra, hogy az adott személy hányadik helyet foglalja el a testvérsorban.

3.3. A vizsgálati minta jellemzői

Mintavétel

A kutatáshoz a mintát a Magyarország különböző régióiban élő vak személyek adták. A kutatásban mindenki részt vehetett kortól és nemtől függetlenül. Mivel a minta eléggé speciális, így a kérdőíveket nem a szokásos papír-ceruza módszerrel töltötték ki, hanem internetes felületen létrehozott kérdőívvel biztosítottam, hogy mindenki egyszerűen (akár segítség nélkül), egyenlő mértékben hozzáférhessen. A kutatáshoz használt kérdőívet országszerte e-mailben csatolva küldtem szét alapítványok, egyesületek és speciális iskolák igazgatóinak vagy képviselőinek. Az e-mailben elküldött felkérő üzenet az 1. számú mellékletben olvasható.

A kérdőívet 25 látássérülteket vagy szembetegeket segítő alapítványnak, 15 vakokat összefogó egyesületnek (köztük egy országosnak is), 5 speciális oktatási intézménynek és két vakokat fogadó kollégiumnak továbbítottam. Ezeken kívül a kérdőív linkje felkerült egy vakoknak létrehozott közösségi oldalra és egy másik közösségi oldalra is. A kérdőívet még magánszemélyeknek (orvosoknak, tanároknak és ismerősöknek, barátoknak) is továbbítottam, akik mintegy hólabdaszerűen tovább adták. A kérdőív a református egyház vakokat segítő csoportjába is eljutott.

A kitöltésre kb. 3 hét állt rendelkezésre, ami idő alatt 86 teljes, hibátlanul kitöltött batteria gyűlt össze. Az adatait és a kérdőívekre válaszait mindenki anonim módon adta meg. Viszont a tervezett további kérdőívek későbbi kitöltése (a vizsgálat második szakasza) miatt jeligét kértem a kitöltőktől.

A vizsgálati minta nem és életkor alapján történő tagolódása:

A vizsgálati mintát 86 fő alkotta: 48 nő és 38 férfi kitöltő vett részt a folyamatban.

Százalékos megoszlásukat tekintve: nő: 56%

férfi: 44%.

Az életkor tekintetében a következő megoszlás volt látható: 14 éves volt a legfiatalabb és 78 éves a legidősebb kitöltő. Az 50%-os quartilis 35.1. A kitöltők átlagéletkora 37.4 év 15.4-es szórással. A kitöltőknél pontosan fele-fele arányban voltak azok a személyek, akik jártak speciális intézménybe és azok, akik valamiféle integrációban tanultak (tehát 43-43 fő alkotta ilyen értelemben a két speciális almintát). A speciális intézményben töltött évek átlaga: 3.9 év 4.6-os szórással. Az ilyen intézményben eltöltött leghosszabb idő 14 év volt (egy vizsgálati személy esetében).

Családi állapotra vonatkozó adatok

A mintában szereplő személyek feltűnően magas számban voltak egyedülállók: pontosan 37 személy. Ez az összes kitöltő 43%-a. A kapcsolatban lévő személyek és a házas személyek aránya megegyezett: 18-18 fő, ami 21%-a a mintának mindkét esetben. Kevesebben voltak elváltak és özvegyek: elvált csupán 9 fő (10%), özvegy 4 fő (5%). Az iskolai végzettség terén – várakozásainknak megfelelően- kevés olyan személy akadt a mintában, aki csak általános iskolát végzett (9 fő, 11%), és aki szakközépiskolát végzett (20 fő, 23%). Magasabb azoknak a száma, akik gimnáziumot végeztek: 27 fő, ez a minta 31%-a. A legmagasabb arányban azok vannak, akik valamilyen felsőfokú oktatásban is részt vettek: 30 fő, ami 35%-ot jelent.

A vaksággal kapcsolatos adatok a mintában a következő képen alakulnak:

A látás elvesztésének idejében kiemelkedően magas a születés óta és a 25 éves kor utáni elvesztéshez tartozó adat. Születése óta 32 személy, azaz a minta 37%-a vak, 25 éves kor után pedig 24 személy, ami 28%-ot jelent. A többi adat a következőképp alakult: 0-5 éves kor között 9 fő (11%), 5-10 éves kor között 10 fő (12%), 10-15 éves kor között 2 fő (2%), 15-20 éves kor között 5 fő (6%), 20-25 éves kor között 4 fő (4%).

A látás elvesztésének módjában kitűnik a koraszülöttség miatt bekövetkezett vakság jelentős aránya: itt 30 kitöltő, azaz 35%-a található a mintának. Öröklődéssel járó betegség következtében 16-an (19%) veszítették el a látásukat, szembetegség miatt 13 személy (15%), más típusú betegség miatt (pl. valamilyen betegség következményeként) 19-en (22%), míg valamilyen baleset miatt 8 személy (9%).

3.4. Vizsgálati hipotéziseink

Az **1. hipotézisem** szerint a szegregáló intézetben tanuló/tanult látássérültek folyamatos vagy hosszú idejű szeparáltságban voltak szüleiktől (főképp anyjuktól), így kevésbé alakulhatott ki biztonságos kötődés édesanyjukkal. Feltételezésem szerint elkerülő kötődés alakult ki náluk.

A **2. hipotézisem** szerint a szegregált intézmény önmagában szeparációs szorongást okoz, ami a későbbiekben általános szorongásként megmarad. Ebből kiindulva elképzelésem szerint kapcsolat van a vak személyek oktatási módja (integrált/szegregált) és általános szorongásuk mértéke között.

A **3. hipotézisem** szerint a szorongás kapcsolatban állhat a látás elvesztésének idejével, és módjával is. Abban az esetben, ha a személy baleset következtében veszítette el a látását, vagy még a vaksági krízis időszakában van, kimutathatóan magasabb szorongási szintet mutat mint az átlag.

A **4. hipotézisem** szerint szignifikánsan kevesebb azon látássérültek száma, akik egykék vagy középső gyermekek.

3.5. A vizsgálati adatok feldolgozása során alkalmazott statisztikai eljárások

Az **1. hipotézis** igazolására:

Függetlenség vizsgálat a kötődési típus változó és a közt. Arra vonatkozóan, hogy tanultak-e speciális intézményben: Chi-négyzet próba használatával.

elkerülő	ambivalens	biztonságos
57	6	23

elkerülő	ambivalens	biztonságos
66.27	6.97	26.74

		Kotodes2		
Specialis.intezmeny	elkerülő	ambivalens	biztonságos	
	igen	30	3	10
	nem	27	3	13

		Kotodes2				
Specialis.intezmeny	elkerülő	ambivalens	biztonságos	Total	Count	
	igen	69.8	7	23.3	100.1 43	
	nem	62.8	7	30.2	100.0 43	

X-squared = 0.5492, df = 2, p-value = 0.7599

Az eredmény nem szignifikáns.

Továbbá Wilcoxon tesztet hajtottam még végre, ahol is a csoportokat az adta hogy tanultak-e speciális intézményben. A függő változót pedig a szorongás változó jelentette.

W = 819.5, p-value = 0.1465

Az eredmény nem szignifikáns.

A Kontingencia tábla adatai:

Szorongas				
Specialis.intezmeny	alacsony	közepes	magas	
igen	39	3	1	
nem	34	8	1	

Szorongas					
Specialis.intezmeny	alacsony	közepes	magas	Total	Count
igen	90.7	7.0	2.3	100	43
nem	79.1	18.6	2.3	100	43

A Chi-négyzet próba eredménye:

X-squared = 2.6152, df = 2, p-value = 0.2705

A **2. hipotézis** igazolására a következő eljárásokat alkalmaztam:

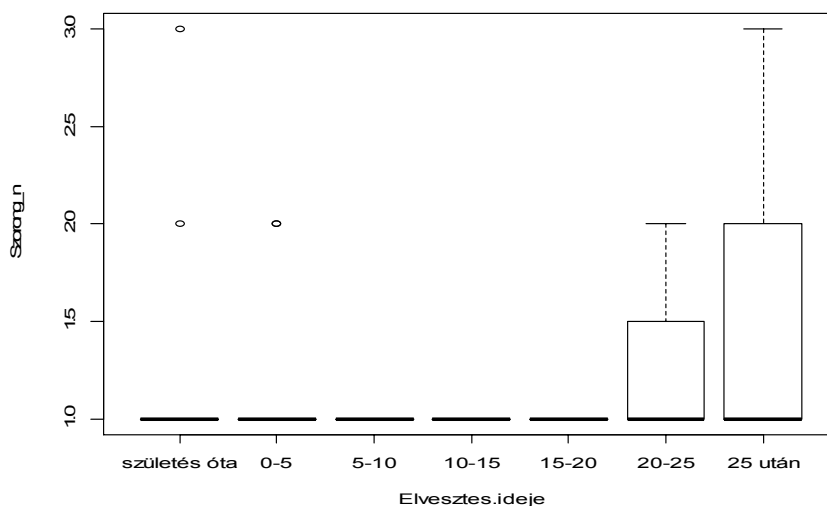
Elsőként a látás elvesztésének idejét vettem össze a szorongás mértékével Pearson-féle korrelációs vizsgálattal:

$t = 2.2608$, $df = 84$, $p\text{-value} = 0.02636$

A korrelációs vizsgálat nem mutatott ki együttjárást.

1. *ábra:*

A látás elvesztésének ideje és a szorongás mértékének összefüggése



Kereszt táblán tekintetem meg, hogy mit mutat a tábla az adatokról:

Szorongas			
Elvesztés.ideje	alacsony	közepes	magas
születés óta	30	1	1
0-5	7	2	0
5-10	10	0	0
10-15	2	0	0
15-20	5	0	0
20-25	3	1	0
25 után	16	7	1

Szorongas					
Elvesztés.ideje	alacsony	közepes	magas	Total	Count
születés óta	93.8	3.1	3.1	100.0	32
0-5	77.8	22.2	0.0	100.0	9
5-10	100.0	0.0	0.0	100.0	10
10-15	100.0	0.0	0.0	100.0	2
15-20	100.0	0.0	0.0	100.0	5
20-25	75.0	25.0	0.0	100.0	4
25 után	66.7	29.2	4.2	100.1	24

Mivel láthatóan az elvesztés idejénél a két végletnél fordulnak elő közepes és magas értékek, a közbenső kategóriáknál csak alacsony értéket vesz fel a szorongás, így új oszlopot hozva létre három kategóriába soroltam az elvesztés idejének értékeit:

későn: 20-25 éves kor, 25 éves kor után

korán: születése óta, 0-5 éves kor

közben: 5-10 éves kor, 10-15 éves kor, 15-20 éves kor

Szorongas			
elvido3	alacsony	közepes	magas
későn	19	8	1
korán	37	3	1
közben	17	0	0

Szorongas					
elvido3	alacsony	közepes	magas	Total	Count
későn	67.9	28.6	3.6	100.1	28
korán	90.2	7.3	2.4	99.9	41
közben	100.0	0.0	0.0	100.0	17

Ebben a formában elvégezve a Chi-négyzet próbát a következő eredményt kapjuk:

X-squared = 10.7235, df = 4, p-value = 0.02985

Az eredmény szignifikáns.

A következőkben a látás elvesztésének módját vettem össze a szorongás változó értékeivel:

Elvesztes.modja	Szorongas		
	alacsony	közepes	magas
öröklődés	12	3	1
koraszülöttség	28	2	0
szembetegség	11	2	0
más betegség	15	3	1
baleset	7	1	0

Elvesztes.modja	Szorongas			Total	Count
	alacsony	közepes	magas		
öröklődés	75.0	18.8	6.2	100	16
koraszülöttség	93.3	6.7	0.0	100	30
szembetegség	84.6	15.4	0.0	100	13
más betegség	78.9	15.8	5.3	100	19
baleset	87.5	12.5	0.0	100	8

Eljárásként a Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztam, amely révén a következő eredmény jött ki:

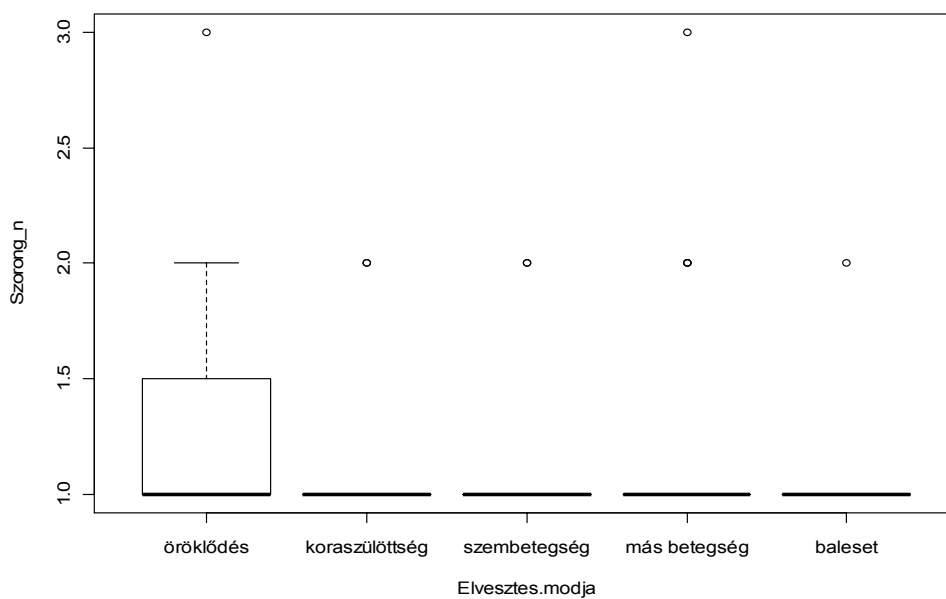
chi-squared = 3.6149, df = 4, p-value = 0.4606

Az eredmény szignifikáns, de nem erős.

Bokszplot-ot hívtam elő az adatok áttekintéséhez:

2. ábra

A szorongás mértéke és a látás elvesztése módjának kapcsolata



Ismét végeztem egy értékösszevonást, három kategóriába rendeztem az elvesztés módját:

- öröklés
- koraszülöttség
- más: szembetegség, más betegség, baleset
-

Újfént Kruskal-Wallis tesztet alkalmazva a következő eredmény jött ki:

chi-squared = 3.1648, df = 2, p-value = 0.2055

elveszt3	Szorongas		
	alacsony	közepes	magas
koraszülöttség	28	2	0
más	33	6	1
öröklődés	12	3	1

elveszt3	Szorongas			Total	Count
	alacsony	közepes	magas		
koraszülöttség	93.3	6.7	0.0	100	30
más	82.5	15.0	2.5	100	40
öröklődés	75.0	18.8	6.2	100	16

A Chi-négyzet próba eredménye:

X-squared = 3.7023, df = 4, p-value = 0.4478

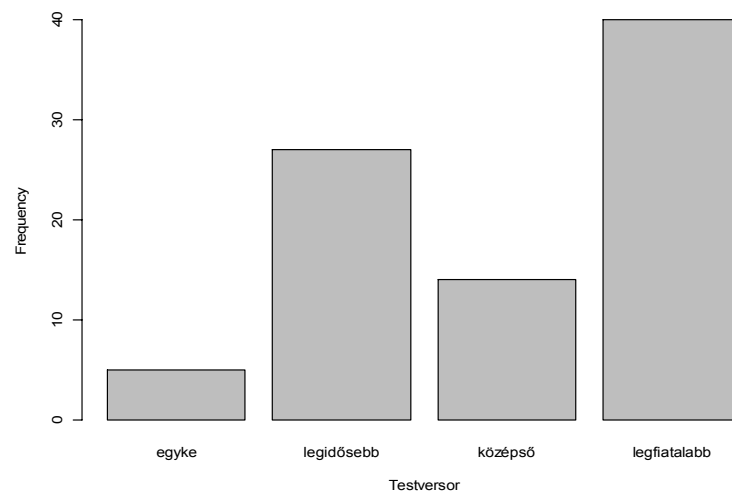
1. hipotézis:

Gyakorisági táblát hívtam segítségül az adatok megtekintéséhez:

egyke	legidősebb	középső	legfiatalabb
5	27	14	40

egyke	legidősebb	középső	legfiatalabb
5.81	31.39	16.27	46.51

Oszlopdiagramom mutatható az eredmény:



3. ábra

A testvérsorrendben elfoglalt hely szerepe

3.6. Vizsgálati eredményeink

Az **1. hipotézisre** vonatkozóan:

Az első hipotézisemben összefüggésbe állítottam a kötődési mintázatot azzal, hogy jártak-e a vizsgálati személyek speciális intézménybe vagy sem. A hipotézisem szerint azok, akik szegregáló intézményben tanultak, nagyobb valószínűséggel lesznek elkerülő kötődésűek, mint azok, akik teljes családban élve integrációban tanultak. Bár a kötődési típus kora gyermekkorban alakul ki az anyával való interakciók során, viszont úgy gondolom, hogy a viszonylag korai szeparáció, amit a szegregáló intézmény alakít ki, nagy traumaként hat a gyermekre. A trauma hatására megváltozhat a kötődési minta. Mivel a gyermek úgy éli meg, hogy őt ott hagyták, korai önállóságra van szüksége (talán túlzott önállóságra is). A nagyon korai „felnöttes” önállóság erős függetlenség. Függetlenedéshez vezet, aminek köszönhetően nem akar majd szoros kapcsolatokat kialakítani, kerülni fogja az érzelmi kötődéseket. Féltet attól, hogy ha újra erősen kötődni fog - mint ahogy anyjához is kötődött,- akkor fennállhat annak a lehetősége, hogy újra elszakad attól a személytől akarata ellenére.

Az 1. és a 2. táblázatban látható, hogy a mintában valóban az elkerülő kötődési mintázatból van a legtöbb (57), ami a teljes minta 66%-át teszi ki. Érdekes módon ambivalens kötődésből is található, bár nem számottevő mértékben: 6 fő esetén (7%). Biztonságos kötődésű egyénből már több található a mintában: 23 fő. (27%). Érdekes, hogy bizalmatlan kötődésű egyén egy sem volt a mintában.

A Chi-négyzet próba elvégzése után (amint az látható a 3. és a 4. táblázatban) az eredmény közel se szignifikáns, mivel csak 7%-ban térnek el egymástól a két iskola-rendszer tanulói ebben a mintában. Bár az elkerülő típusba sorolt egyének 7%-al többen vannak abban a csoportban, ahol szegregált intézményben tanultak. 7%-al kevesebb ebben a csoportban a biztonságosan kötődők száma. Ezt az eredményt nem tarthatjuk döntő mértékben bizonyító erejűnek arra vonatkozóan, hogy a speciális intézmény nagy hatással lenne a kötődési minta alakulására.

Azonban figyelembe kell venni azt, hogy a minta 66%-a (tehát igen jelentős hányada) elkerülő mintázatot mutat. Az iskola nincs kapcsolatban a kötődéssel. De nem mehetünk el ama tény mellett, hogy a vakok között több elkerülő személyiség van, mint biztonságosan kötődő. Ezeknek a személyeknek gyermekkorukban speciális állapotuk miatt vélhetően nagyobb szükségük volt anyjuk közelségére. Valószínű, hogy ez miatt

nehezebben viselték a szeparáltságot. Így valószínűbbnek tartottam volna azt, hogy esetükben az ambivalens kötődés lesz gyakoribb. Feltételezésemnek ellentmondóan azonban mégis inkább elkerülő mintát mutat az eredmény. Figyelembe kell venni azt is, hogy a kérdőív állításai közül a függetlenségre vagy függetlenség érzésre vonatkozó állításoknál volt a legtöbbször 5-ös érték látható a kitöltőknél. A vakok körében a függetlenség érzése és az, hogy önállóak (vagy legalább annak érezzék magukat), láthatóan nagyon fontos. Érdekes véleményem szerint a későbbiekben kutatásokkal vizsgálni ezt a kérdéskört.

A **2. hipotézisben** megfogalmaztam, hogy a szegregált intézmény növelheti a szorongást a vakok körében. Ahogyan az elméleti háttér pszichológia részénél megemlítettem, a vakok körében és tulajdonképpen akármelyik fogyatékoságú személynél az állapot miatt egy bürtönszerű frusztrációs helyzet alakul ki. Tehát maga az állapot is egy mindennapi frusztrációt okoz. Elképzelésem szerint az, hogy a szegregált intézményben a vak személy elzárva él a családjától (ezenfelül mindennap újra-és újra szembesül helyzetével, hiszen csak ilyen emberek veszik őt körül), megnöveli általános szorongását.

Wilcoxon tesztet vettem össze a két változót. Az eredmény nem lett szignifikáns, viszont érdemes megfigyelni a kapott kontingencia táblát. Az 5. és 6. táblázatból kitűnik, hogy nincs nagy eltérés az értékek között, sőt azoknál a személyeknél, akik nem tanultak speciális intézményben, még magasabb a közepesen szorongók száma: 18%. Ráadásul az utóbbi kategóriába esőknél az alacsony szorongási szintű egyének is kevesebben vannak: 79%, míg a másik csoportban 90%-a alacsonyan szorongó.

Elgondolásom szerint ennek az lehet az oka, hogy azok, akik nem jártak ilyen intézménybe valószínűleg később veszítették el látásukat és a már kialakult személyiségükben érte a krízis őket, amit talán nehezebb feldolgozni. Abban az esetben, ha már iskolás korukban elvesztették látásukat, feltételezésem az, hogy az integráció során több atrocitás éri őket kortársaiktól és környezetüktől, mint a jobban elfogadó azonos problémával küzdő kortársak között. Érdekes tehát a későbbiekben összevetni ezeket a változókat egymással.

A hipotézisemben összefüggésbe hoztam a szorongás mértékét látás elvesztésének idejével és módjával. Ezzel mondhatni az előző hipotézis végén felvetett esetleges későbbi vizsgálatnak egy részét fogalmaztam meg. Elsőként az elvesztés idejét és a szorongást vizsgáltam meg korrelációs vizsgálattal. Mint ahogy a P érték mutatja, nincs egyértelmű korreláció a két változó közt. Azonban miután boxplot-on megtekintettem az értékek eloszlását, megfigyeltem, hogy a születésük óta vakok, és azok, akik 20 éves koruk után veszítették el látásukat, magasabb szorongást mutatnak, mint a többi csoport. A többi csoportban, mint ahogy a 7. és 8. táblázatban látható, nem is volt közepesen szorongó és erőteljesen szorongó egyén. Ezek után egybevettem három csoportot. Az így kapott eredményeknél még jobban kitűnik, hogy akik korán (tehát születésük óta vagy öt éves koruk előtt) veszítették el látásukat, és azok akik 20 éves koruk után veszítették el látásukat, magasabb szorongást mutatnak, mint a köztes időben megvakult személyek. Az 5-20 éves kor között megvakultak között nincs egyetlen egy közepesen vagy magasán szorongó egyén sem.

A 9. és a 10. táblában megfigyelhetjük, hogy a két szorongó csoport közül is a legnagyobb értékekkel a későn megvakult személyek rendelkeznek: 8 személy közepesen szorongó, ami 29%-ot tesz ki. A korán megvakultaknál 3 közepes szorongó egyén van, ami 7%-ot jelent. A 2 erőteljesen szorongó egyén egyenlően oszlik el a két csoport között. Ebben a formában elvégezve egy Chi-négyzet próbát szignifikáns eredményt kapunk: $P=0.02985$. Tehát támogatja az eredmény azt az elképzelést, hogy valamilyen összefüggés van a látás elvesztésének ideje és a szorongás között.

Az előzőekben már próbáltam körül járni azt a dolgot, hogy a később megvakult személyek miért szorongóbbak. A korai látás elvesztés egy érdekes kérdés felvetést eredményez. Vajon miért azok a személyek szoronganak jobban, akik még korai életük során vakultak meg? Nem pedig azok, akik éppen fejlődésük egyik legfontosabb szakaszánál, a pubertás korban? A személyiségük fejlődésének „közepén” tartó személyek a minta eredményei alapján egyáltalán nem szoronganak. Míg, az életük kezdete óta vakok magasabb értékeket mutatnak. A válasz talán abban rejlik, hogy ezek a személyek életük során meg se tapasztalhatták azt, hogy milyen is látni. Vagy olyan korán veszítették el a látásukat, hogy nem emlékeznek már a látott világra. Ez miatt még nagyobb hátrányban érezhetik magukat. Megváltoztathatatlan állapotként élik meg, hisz nincs mibe kapaszkodni. Míg egy olyan személy, akinek van látás emléke, vissza tud emlékezni a látott

dolgokra, el tudja képzelni a leírt eseményeket. Ugyanakkor egy olyan személy, akinek nincs erről elképzelése, nem tud kapaszkodni az emlékeibe.

A következő lépésem a hipotézis további részének vizsgálata volt. Kruskal-Wallis tesztet lefuttatva összevettem a látás elvesztésének módját a szorongás mértékével. Az eredmény szignifikáns lett, de közel sem erős szignifikancia jött ki. A 11. és 12. táblázatban látható, hogy az öröklődéses betegség következtében elvesztett látás és a más típusú, illetve a szembetegség következtében megvakultak nagyobb szorongást mutatnak. Emellett a baleset következtében megvakultak aránya sem elhanyagolható. Az adatokat itt ismét három kategóriába vontam össze, mivel a más típusú betegségben, a szembetegségben és a baleset következtében való látás elvesztés felfogható egy hirtelen traumának, amire nem számít az egyén. Egy hirtelen bekövetkezett krízis pedig nagyobb szorongást okozhat. Az így kapott 13. és 14. táblázatban kitűnik, hogy a koraszülöttség miatt megvakultak vannak a legkedvezőbb helyzetben szorongás terén, náluk a legmagasabb az alacsony szorongók aránya. Feltűnő azonban, hogy az öröklődéses betegség következtében megvakultaknál igen magas szorongási szint jelenik meg: közepesen szorongók 19%, erőteljesen szorongók 6%.

Chi-négyzet próbával ismét szignifikáns eredményt kapunk, de továbbra sem túlságosan erős az érték.

Ha összevetjük a látás elvesztésének idejével, párhuzamot vonhatunk a két eredmény között. A felvetendő kérdés itt az, hogy az elvesztés ideje miatt vagy módja miatt van nagyobb szorongás a korai időszakban megvakultak között. A hirtelen trauma önmagában megmagyarázza a magasabb szorongást, viszont az öröklődéses megvakulás kérdése mélyebb vizsgálatokat igényel. Elképzelhető, hogy oka lehet a szorongásnak maga a helyzet, mivel ilyen esetben a gyermek tulajdonképpen beleszületik a problémába. Már úgy érkezik erre a világra, hogy el van döntve helyzete. Felmerül még az a probléma is, hogy öröklés esetében a szülők is látássérültek lehetnek nagy valószínűséggel, ami még jobban növelheti nem csak a gyermekben, hanem az egész családban a szorongás mértékét.

A **4. hipotézis**emben azt vizsgálom, hogy valóban szignifikánsan kimutathatjuk-e, hogy kevés azon vak személyek száma, akik egykék vagy középső gyerekek. A hipotézis alapjául szakirodalmi olvasmányaim szolgáltak. Az anya gyermekének születését örömmel fogadja (feltéve, ha az egészséges). Abban az esetben, ha a gyermek sérüléssel születik (esetünkben vakon vagy valamilyen szembetegséggel), akkor az anya nem tud gyermekére igazán örömmel tekinteni: inkább bánattal, gyakran csalódással tekint rá. Mivel az anya gyermeke vaksága esetén lelkiileg gyakorta összetör, első gondolatban nem kíván újabb gyermeket szülni. A későbbiekben azonban valószínűleg újabb gyermeket fog vállalni, reménykedve annak egészséges születésében. Ez az elmélet megmagyarázza az egykék alacsony számát.

Amennyiben azonban a vak gyermek nem elsőként születik, hanem második vagy akár harmadik gyermekként, az anya a trauma miatt szintén átéli azt az érzést, hogy nem akar több gyermeket szülni, mivel fél, hogy megismétlődik a helyzet. Míg az első helyzetben az anya ezen a gondolaton túl lép azért, mert egészséges gyermekekre is vágyik, a második esetben ez nem történik meg (hiszen már van idősebb testvére a látássérült gyereknek). Ez megmagyarázza a középső gyermek alacsony számát.

Az adatok megvizsgálásához gyakoriság táblázatot hívtam és egy oszlopdiagramot is. A 15. és 16. táblázatban láthatjuk, hogy a mintában szereplő adatok támogatták a fentebb leírt elméleteket.

Egyikéből mindössze 5 fő van, ami a teljes minta 6%-a. Középső gyermekből szintén kevés van a mintában, összesen 14 fő, ami 16%-ot jelent. A legidősebb gyermekek és a legfiatalabb gyermekek száma azonban kiemelkedik: legidősebb 27 fő. (31%), legfiatalabb 40 db (47%).

A magyarországi magyar családokban az átlag gyerekszám 2012-ben 1.24 a KSH adatai szerint. Ez így azt mutatja, hogy Magyarországon a mintával ellentétben több az egy gyerekes család.

3.7. Összegzés

Az eddigi kutatást összegezve kijelenthetjük, hogy a minta alapján a magyar vakok nagy része koraszülöttségben veszítette el látását, nagytöbbségük ezáltal 5 éves kora előtt vakult meg. Az eredményekből következtetve elkerülő kötődési mintázatot mutató személyekből van kiemelkedően magas számú a mintában. A speciális intézmény a vizsgálat alapján nem befolyásolja szignifikánsan a kötődési mintát, azonban szembetűnően kevés biztonságosan kötődő személy található a mintában. Az elkerülés valószínűleg magából az állapotból következik az erős függetlenedési szándékkal együtt. Azt, hogy mi indítja be ezt az erős önállósági vágyat, a későbbiekben külön kutatásban érdemes megvizsgálni.

Maga a szorongás mértékének vizsgálata is érdekes eredményeket hozott. Bár a speciális intézmények nem köthetők össze a kapott eredmények alapján a szorongással, a látás elvesztésének ideje és módja összefüggéseket mutat a mintában. Az, hogy az integráltan tanulók között kismértékben bár, de magasabb volt a szorongási érték, mutathatja, hogy Magyarországon a megfelelő integrációs oktatás sincs még kifejlesztve, így a tanulókat érheti extra mértékű frusztráció.

A megvakulás idejének vizsgálatakor a pubertás időszak mutatta a legalacsonyabb szorongást, ami a személyiségfejlődésben bekövetkezett krízisnek ellentmond (így sok kérdést vett fel). A legmagasabb szorongási szintet a korai időszakban megvakultak és a 20 éves kor után megvakultak mutatták.

A látás elvesztésének módjánál az öröklődéses betegségben megvakultak mutattak magas szorongást, amit összefüggésbe lehet hozni a korán megvakultak szorongási szintjével, vagy magyarázhatjuk magával a helyzettel. Hisz valószínű, hogy a családban nincs egyedül az adott személy látási problémájával, azaz a családban is magasabb lehet eleve a szorongás.

A kutatásban továbbá megvizsgáltuk a vakok körében megfigyelhető testvérsorrendet. A kapott eredmény támogatta azt az elképzelésünket, hogy azokban a családokban, ahol vak vagy látássérült gyermek születik, alacsony az egykék és középső gyermekek aránya.

Összegezve láthatjuk, hogy a kapott eredmények nem minden hipotézist támogattak. Viszont olyan újabb kérdéseket vetettek fel, amelyekre nem lehet figyelmen kívül hagyni, illetve vizsgálatuk további kutatási erőfeszítéseket érdemel.

3.8. Kitekintés

A kutatás kibővítéseként és elmélyítéséért internetes felületen további két kérdőív került kibocsátásra 2012. decemberében. Egyrészt feltöltöttem a Grob-féle kérdőívet (6. számú melléklet), ami a szubjektív jólétet vizsgálja. Másrészt pedig a Király-féle szorongást mérő kérdőívet (7. számú melléklet). Az internetes kérdőív kitöltések hátránya és nehézségei miatt ehhez a két kérdőívhez a dolgozat leadásának határidejéig nem sikerült a megfelelő mintát összegyűjteni. Így az ezen eszközökhöz kapcsolódó eredményekről az országos konferencián, a szóbeli prezentáció során tudok majd terveim szerint beszámolni.

A két kérdőíves vizsgálaton felül még egy 11 kérdésből álló strukturált mélyinterjút is készítetek legalább 10 fő bevonásával. Az interjú tervezett kérdései a 8. számú mellékletben olvashatóak. Decemberben kísérletet tettem egy Hajdú-Bihar megyei intézményben az említett interjúk megszervezésére. Sajnos azonban nem jártam sikerrel, mivel a strukturált interjú kérdéseinek elküldése után az intézményvezetősége nem támogatta az interjúk megszervezését. A legfőbb indok az volt, hogy a tanulókra felkavaróan hatna egy ilyen beszélgetés, vizsgálati helyzet. Döntésüket sajnálattal, de természetesen megértéssel tudomásul vettem.

A vizsgálat folytatásban ezért a felsőoktatásban tanuló vak diákok között szeretném majd megtalálni interjú alanyaimat. A velük felvett interjúim tapasztalatairól szintén majd a szóbeli prezentáció során szeretnék számot adni.

A kutatás további elemeként meg lehet vizsgálni a vakok kötődési mintázata kialakulásának körülményeit, annak hatásait életükre, gondolkodásukra. Érdekes vizsgálni a szorongási mértékek sajátos (érdekes) eloszlását a vakok körében- különösen figyelmet szentelve a korán megvakultakra. Illetve azokra, akik valamilyen öröklődéses betegség következtében veszítették el látásukat.

A későbbi kutatásoknál figyelembe kell venni azt is, hogy - amint a minta nagyságból látható-, a vakokat picit zavarja a sok vizsgálat és egyre kevésbé szívesen kapcsolódnak be ezekbe. A fiatalságot tekintve igen alacsony a kitöltők száma.

A kutatás azonban mindezek ellenére úgy vélem, fontos eredményeket szolgál mindazok számára, akik ebben a helyzetben élnek és mindazoknak, akik ilyen személyekkel vannak kapcsolatban. További kutatások kezdeteként szolgálhat ebben a témakörben.

3.9. Köszönetnyilvánítás

A kutatásomhoz tartozó elméleti háttér megírásában, a kutatás módszertani kérdéseiben és a kutatás lefolyásában témavezető tanárom Dr. Habil. Dávid Imre egyetemi adjunktus volt segítségemre. Szakmai tudásával és kifinomult irodalmi fogalmazó képességével nagyban hozzájárult dolgozatom létrejöttéhez. Ezúton is szeretném megköszönni támogatását, amellyel munkámnak egy biztos alapot adott!

Szeretném még Dr. Habil. Máth János segítségét is megköszönni, aki a kapott eredmények statisztikai elemzésében nyújtott szakmai segítséget!

IV. Irodalomjegyzék

Adler Alfred (1994): Életünk jelentése. Kossuth Kiadó, Budapest, 44-62 old.

Adler Alfred (1994): Emberismeret- Gyakorlati individuálpszichológia, Göncöl Kiadó, Budapest, 57-66 old.

Adler Alfred (1998): Életismeret. Kossuth Kiadó, Budapest, 20-46. old.

Csányi Yvonne: A speciális szükségletű gyermekek és fiatalok integrált nevelése – oktatása. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest, 2000. 377-408. old.

Csécseyné Nagy Zsuzsanna (2006): 0-5 éves korú, sajátos nevelési igényű gyermekek ellátásában közreműködők szerepvállalása. Diplomamunka, Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen

Dr. Göllesz Viktor, Horányi Magdolna (1968): Bevezetés a felnőtt fogyatékosok neveléstanába (Általános irányelvek a felnőtt fogyatékosok intézeti neveléséhez), Budapest.

Dr. Illyés Sándor (1987): Gyógypedagógiai alapismeretek. Tankönyvkiadó, Budapest, 111-138. old.

Dr. Isépy Mária (1996): Gyógypedagógia. Comenius Bt., Pécs, 8-22 old.; 93-97 old.

Dr. Kálmán Zsófia (2004): Bánatkő. Sérült gyermek a családban. Bliss alapítvány Budapest

Dr. Mihályik Szidor (2000): Vakokról, Vakok Általános Iskolája és Diákotthona (Óvoda, Általános iskola, Speciális szakiskola, diákotthon és gyermekotthon), Budapest

Dr. Pálhegyi Ferenc (1981): Fejezetek a vakok pszichológiájához. MVGyOSz., Budapest

Dr. Pálhegyi Ferenc (1998): A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Dr. Pálhegyi Ferenc (1999): Személyiséglélektani kalauz. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 86-93 old.

Gordosné Szabó Anna (2004): Bevezető általános gyógypedagógia ismeretek. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Illyés Gyuláné, Illyés Sándor, Jankovich Lajosné, Lányi Miklósné (1987): Gyógypedagógiai pszichológia. Akadémiai kiadó, Budapest

Illyés Gyuláné, Illyés Sándor, Lányi Miklósné (1971): Gyógypedagógiai lélektan, Tankönyvkiadó, Budapest

Kálmán Zsófia, Könczei György (2002): A Taigetosztól az esélyegyenlőségig. Osiris Kiadó, Budapest, 20-121 old., 363-493 old.

Maksai Anna (2008): Hatással van-e a tánc az önértékelésre? A tánc önértékelésre tett hatásának vizsgálata látó és látássérült serdülő lányok körében. Műhelymunka. Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia szak, Budapest

Maksai Anna (2009): Identitás és önértékelés látássérült csoportban. Látássérült énkép, önértékelés, testkép és tudattalan testkép. Szakdolgozat. Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia szak, Budapest

Pajor Emese (2010): Látássérülés- Bevezető ismeretek, ELTE BGGYK, Budapest

Princz Emese (2006): A sérült gyermeket nevelő szülő jövőképe. Szakdolgozat. Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen

Soós Tekla Sára (2012): Fogyatékossággal kapcsolatos sztereotípiák inkluzív és hagyományos iskolarendszerben tanuló diákok között. Műhelymunka. Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen

Varga Judit (2006): „Együtt vagy külön?” Az integrált, illetve szegregált oktatásban részesülő hallássérült fiatalok lelki egészségének összehasonlítása. Diplomamunka. Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Debrecen

V. Mellékletek

1. számú melléklet

Felkérő levél

Tisztelt _____!

Balogh Ádám vagyok, vak másodéves egyetemista. A Debreceni Egyetemen tanulok pszichológiát. Jelenleg témavezető tanárommal, Dr. Habil. Dávid Imre egyetemi adjunktussal egy kutatást végzünk vakok körében. A kutatás főbb témája a vakok oktatása, s ennek hatékonyabbá tétele. A kutatáshoz készült egy kérdőív, amely internetes felületen elérhető, így a vakok könnyedén önállóan hozzáférhetnek. Szeretném megkérni Önt, hogy juttassa el ezt a kérdőívet minél több vak fiatalnak/ felnőttnek. Nagyban hozzájárulna kutatásunk sikeréhez, s így elérhetjük kitűzött célunkat. Nagyon- nagyon sok segítséget jelent minden kitöltés! A kérdőív kitöltése semmiféle következménnyel nem jár! A kitöltő személye mindvégig anonim marad! A kérdőív jelenlegi fordulója három kérdőívből áll, aminek a kitöltése után az elküld/ submit gombra kattintva (Fontos!) érvényesíthetik kitöltésüket. Minden egyéb fontos információ megtalálható a kérdőív leírásában.

A kérdőív linkje:

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dFV0eUNuQWVEeUpOaWxoZExqTm9MSVE6MQ>

Nagyon köszönöm Ön és sorstársaim segítségét!

Tisztelettel :

Balogh Ádám

2. számú melléklet

A kutatás leírása

Kedves Kitöltő!

A Debreceni Egyetem pszichológus hallgatójaként egy tudományos kutatásban való részvételre szeretném Önt megkérni. Az alábbi kérdőívek kitöltésével hozzájárulna a vakok oktatásával kapcsolatos kutatásunk sikeréhez, a jelenség alaposabb tudományos megismeréséhez. Reményeim szerint kutatásunk révén jelentős mértékben fogjuk tudni segíteni sorstársaink mindennapi életét, tanulási folyamataik hatékonyságát. A kérdőív több részből áll. Kitöltésük összesen mintegy 10-15 percet vesz igénybe. A kapott válaszok feldolgozása során a kitöltő személye a pszichológiai etikai előírások szerint végig anonim marad. A válaszok statisztikai feldolgozása és elemzése során csak a kérdőíveket kitöltők csoportjának átlagai jelennek meg. Ugyanakkor fontos, hogy adjon meg egy jeligét, amely nem személynév. Bármilyen lehet ezen kívül gyakorlatilag. Erre azért van szükség, mert a kutatásunk egy rövid második ütemében ilyen módon fogjuk tudni majd összekapcsolni az egy személyhez tartozó válaszokat. Kérem, hogy jeligéjét írja majd fel, rögzítse! Köszönöm szépen az együttműködését! Akinek valamilyen problémája akad a kitöltéssel akkor írjon nekem a baloghadam92@gmail.com! FONTOS! A három kérdőív kitöltése után NE felejtse el rákattintani az ELKÜLD/ SUBMIT gombra a kitöltés érvényessége érdekében!

3. számú melléklet

KAPCSOLATI KÉRDŐÍV

(Relationship Scales Questionnaire - RSQ)

1 Egyáltalán nem jellemző rám				5 Nagyon jellemző rám
1. Nehéznek találom, hogy másoktól függjek				
1	2	3	4	5
2. Nagyon fontos számomra, hogy függetlennek érezzem magam				
1	2	3	4	5
3. Könnyen alakítok ki szoros érzelmi kapcsolatot másokkal				
1	2	3	4	5
4. Teljesen össze akarok olvadni egy másik emberrel				
1	2	3	4	5
5. Tartok tőle, hogy megsérülhetek, ha túl közel engedek magamhoz másokat				
1	2	3	4	5
6. Jól érzem magam szoros érzelmi kapcsolatok nélkül				
1	2	3	4	5
7. Nem vagyok biztos benne, hogy mindig lesz mellettem valaki, mikor szükségem lesz rá				
1	2	3	4	5
8. Teljesen meghitt, bensőséges érzelmi kapcsolatokra vágyom				
1	2	3	4	5
9. Aggaszt, ha egyedül vagyok				
1	2	3	4	5
10. Nem okoz számomra nehézséget, hogy másoktól függjek				
1	2	3	4	5
11. Gyakran aggódom, hogy a szerelmi partnerem nem szeret igazán				
1	2	3	4	5
12. Nehéznek találom, hogy tökéletesen megbízzak másokban				
1	2	3	4	5
13. Aggódom, hogy mások túl közel kerülnek hozzám				
1	2	3	4	5
14. Nagyon szoros érzelmi kapcsolatokat akarok				
1	2	3	4	5
15. Nem okoz számomra nehézséget, hogy mások függjenek tőlem				
1	2	3	4	5
16. Aggaszt, hogy mások nem értékelnek engem olyan sokra, mint én őket				
1	2	3	4	5
17. Az emberek soha nincsenek ott, mikor szükség van rájuk				

1	2	3	4	5
18. Az a vágyam, hogy nagyon közel kerüljek másokhoz, gyakran elijeszti az embereket tőlem				
1	2	3	4	5
19. Nagyon fontos számomra, hogy önálló legyek				
1	2	3	4	5
20. Idegesít, ha valaki túl közel akar kerülni hozzám				
1	2	3	4	5
21. Gyakran aggódom, hogy a partnerem nem marad velem				
1	2	3	4	5
22. Jobban szeretem, ha mások nem függenek tőlem				
1	2	3	4	5
23. Tartok tőle, hogy elhagynak				
1	2	3	4	5
24. Kényelmetlen számomra, ha közel kerülök másokhoz				
1	2	3	4	5
25. Úgy érzem, hogy mások vonakodnak olyan közel kerülni hozzám, mint ahogy én szeretném				
1	2	3	4	5
26. Jobban szeretem, ha nem függök másoktól				
1	2	3	4	5
27. Tudom, hogy lesz mellettem valaki, ha szükségem lesz rá				
1	2	3	4	5
28. Aggaszt, hogy mások nem fogadnak el				
1	2	3	4	5
29. A szerelmi partnerem gyakran közelebb akar kerülni hozzám, mint amennyire én szeretném				
1	2	3	4	5
30. Könnyedén alakítok ki szoros kapcsolatot másokkal				
1	2	3	4	5

4. számú melléklet

Beck-féle Szorongás Leltár

(Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck, A. T., 1976; ford.: Perczel Forintos D.)

Név:

Dátum:

Az alábbi listán a szorongás általános tünetei találhatók. Kérem, olvassa el gondosan a lista összes tételét! Jelezze, hogy mennyire zavarták az egyes tünetek az elmúlt héten, beleértve a mai napot is. Helyezzen X-et minden egyes tünethez a megfelelő oszlopba!

		Egyáltalán nem zavart	Enyhén, nem zavart túláságosan	Mérsékelt kellemetlen volt, de kibírtam	Erősen, alig tudtam elviselni
1	Dermedtség, kábultság				
2	Melegségérzet				
3	Lábrengés				
4	Nem tud ellazulni				
5	Félelem attól, hogy a legrosszabb történik				
6	Szédülés				
7	Heves szívverés				
8	Bizonytalanság				
9	Rémület				
10	Idegesség, izgatottság				
11	Fulladásérzés				
12	Kézremegés				
13	Reszketés				
14	Félelem a kontroll elvesztésétől				
15	Légzési nehézség				
16	Halálfélelem				
17	Ijedtség				
18	Emésztési probléma vagy diszkomfort érzés a hasban				
19	Bágyadtság, ájulás				
20	Arcpirulás				
21	Hátizadás (nem a meleg miatt)				

5. számú melléklet

Demográfiai kérdőív

1. Jelige.
2. Életkora?
3. Neme?
Nő/Férfi
4. Családi állapota?
Egyedülálló/Kapcsolatban/Házas/Elvált/Özvegy
5. Legmagasabb iskolai végzettsége?
Általános iskola/Szakközépiskola/Gimnázium/Főiskola, Egyetem
6. Tanulmányai során tanult-e Ön vakok számára létrehozott speciális intézményben?
Igen/Nem
7. Hány évet töltött ebben az intézményben? (Kérem erre a kérdésre csak akkor feleljen, ha az előzőre igennel válaszolt!)
8. Mikor veszítette el Ön a látását?
születésem óta vak vagyok/0-5 éves korom között/5-10 éves korom között/10-15 éves korom között/15-20 éves korom között/20-25 éves korom között/25 éves korom után
9. Hogyan veszítette el látását?
Öröklődéses betegség következtében/Koraszülöttség következtében/Később kialakult szembetegség következtében/Más típusú betegség következtében/Baleset következtében
10. Hányan élnek egy háztartásban?
Egyedül élek/Ketten/Hárman/Négyen/Öten/Ötnél többen
11. Hol helyezkedik el Ön a testvérsorban?
Egyke vagyok/Legidősebb gyerek vagyok/Középső gyerek vagyok/Legfiatalabb gyerek vagyok

6. számú melléklet

Grob-féle Szubjektív Jólét Kérdőív

A következő részben 39 egyszerű állítást látható. Kérjük, hogy 1-5-ig terjedő skálán értékelje, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az állítással! Karikázza be a megfelelő választ! Természetesen nincsenek ebben a kérdőívben sem „Jó” és „Rossz” válaszok – a saját véleményére vagyunk kíváncsiak!

1: egyáltalán nem értek egyet

5: teljes mértékben egyetértek

- | | |
|--|-----------|
| 1. A jövőm jónak néz ki. | 1 2 3 4 5 |
| 2. A legtöbb emberhez képest jobban élvezem az életet. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Meg vagyok elégedve azzal, ahogy életcéljaim megvalósulnak. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Jól megbirkózom életemben azokkal a dolgokkal,
amelyek nem változtathatók meg. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Bármi is történik, képes vagyok a dolgok jó oldalát nézni. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Élvezem az életet. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Úgy érzem, hogy az életemnek van értelme. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Az életem sínen van. | 1 2 3 4 5 |

Az elmúlt hetekben aggódtam, mert problémáim voltak...

- | | |
|----------------------------------|-----------|
| 9. másokkal | 1 2 3 4 5 |
| 10. szüleimmel | 1 2 3 4 5 |
| 11. baráti kapcsolataimmal | 1 2 3 4 5 |
| 12. az iskolával, vagy munkámmal | 1 2 3 4 5 |
| 13. azzal, hogy felnővök | 1 2 3 4 5 |
| 14. egészségem miatt | 1 2 3 4 5 |
| 15. barátom, barátnőm miatt | 1 2 3 4 5 |
| 16. anyagi gondjaim miatt | 1 2 3 4 5 |

Az elmúlt hetekben előfordult, hogy....

- | | |
|--|-----------|
| 17. fájt a gyomrom | 1 2 3 4 5 |
| 18. szúrt a szívem, vagy szívpanaszaim voltak | 1 2 3 4 5 |
| 19. megbetegedtem és nem tudtam iskolában, munkába menni | 1 2 3 4 5 |
| 20. nem volt étvágyam | 1 2 3 4 5 |
| 21. szédültem | 1 2 3 4 5 |
| 22. nem tudtam elaludni | 1 2 3 4 5 |
| 23. szokatlanul fáradt voltam | 1 2 3 4 5 |
| 24. nagyon fájt a fejem | 1 2 3 4 5 |
| 25. | |

Úgy érzem, hogy....

- | | |
|---|-----------|
| 26. legalább olyan jól képes vagyok elvégezni a dolgokat,
mint a legtöbb ember | 1 2 3 4 5 |
| 27. az életem legalább olyan értékes, mint másoké | 1 2 3 4 5 |
| 28. jó véleményem van önmagamról | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|---|-----------|
| 29. Elhagyatottnak érzem magam még akkor is, ha nem akarom | 1 2 3 4 5 |
| 30. Néha úgy érzem, mintha valami nem lenne rendbe velem | 1 2 3 4 5 |
| 31. semmihez sincs kedvem. | 1 2 3 4 5 |
| 32. elvesztettem más emberek iránti érdeklődésemet és nem foglalkozom velük | 1 2 3 4 5 |
| 33. már semmi sem okoz örömet nekem | 1 2 3 4 5 |
| 34. unalmasnak tartom az életemet | 1 2 3 4 5 |
| 35. néha pazarlom az időmet | 1 2 3 4 5 |

Előfordult az elmúlt hetekben, hogy ...

- | | |
|---|-----------|
| 36. örültem mert elértem valamit | 1 2 3 4 5 |
| 37. örömet okozott, hogy mások kedveltek engem | 1 2 3 4 5 |
| 38. tökéletesen boldognak éreztem magam | 1 2 3 4 5 |
| 39. úgy éreztem, hogy a dolgok vágyaimnak megfelelően alakultak | 1 2 3 4 5 |
| 40. bármiféle problémát sikeresen megoldottam | 1 2 3 4 5 |

7. számú melléklet

Király-féle Szorongás Kérdőív

Kérem válaszoljon őszintén! Tegyen X-et az adott sorban arra a helyre, amelyik inkább kifejezi az Ön véleményét!

		Inkább jellemző	Inkább nem jellemző
1	Jól érzem magam mások társaságában.		
2	Félek a legrosszabbtól.		
3	Több dolog miatt is aggódom.		
4	Könnyen ideges leszek.		
5	Gyakran van rossz hangulatom.		
6	Hangulatom gyakran változik.		
7	Könnyen felháborodom.		
8	A kudarcokat nehezen viselem el.		
9	Gyakran félek attól, hogy valamit elrontottam.		
10	Sokszor vagyok szomorú, akkor is amikor mások vidámak.		
11	Az életben a szép dolgokat könnyen észreveszem.		
12	Gyakran aggódom a dolgaim miatt.		
13	Könnyen alkalmazkodom az új helyzetekhez.		
14	Sokat szórakozom.		
15	Nehezen ismerkedem másokkal.		
16	Nem jövök könnyen zavarba.		
17	Könnyen feladom a dolgokat (megfutamodok).		
18	Az események általában nem idegesítenek fel.		
19	Idegen helyzetekben is jól érzem magam		
20	Csak a barátaimmal érzem jól magam.		
21	Mások társaságában gyakran kellemetlenül érzem magam.		
22	Legtöbbször nyugodt vagyok.		
23	Idegessé tesz, ha a munkám során nem tudom előre, hogy milyen szinten leszek képes megoldani a feladatomat		
24	A feladatok elkezdése előtt gyakran érzem úgy, hogy én ezt nem tudom teljesíteni.		
25	A feladatok határidejének közeledtével sokszor félek attól, hogy nem tudom a munkámat idejében befejezni.		

26	Nem szállnék fel zsúfolt autóbuszra.		
27	Karácsony előtt sokszor aggódom amiatt,hogy vajon fog-e tetszeni a másoknak a tőlem kapott ajándék.		
28	Ismeretlen társaságba érve gyakran úgy érzem,hogy mások kinevetnek engem.		
29	Azt gondolom, hogy az élet mindig szép!		
30	Kerülöm az olyan helyzeteket, amik kizökkentenek a napi rutinomból.		
31	Keresem a lehetőséget arra, hogy egyszerre több fontos dologgal foglalkozhassak párhuzamosan.		
32	Jó érzés mindent előre részletesen eltervezni.		
33	Gyakran aggódom amiatt,hogy kellemetlen helyzetbe kerülök.		
34	Gyakran felmerül bennem,hogy nem felelek meg annak,amit mások várnak tőlem.		
35	Kellemetlenül érint,ha egy helyzet nem úgy alakul,ahogy vártam.		
36	Nem szeretem a kiszámíthatatlan helyzeteket.		
37	Szoktam aggódni amiatt, hogy a jövőben hogyan alakul majd a sorsom.		

8. számú melléklet

Interjú kérdések:

1. Mi a véleményed azokról az iskolákról, ahol a látó és nem látó diákok együtt tanulnak?
2. Szeretnél-e ilyen iskolában tanulni? Ha igen, miért? Ha nem, miért nem?
3. Milyen változtatásokra lenne szükség szerinted a speciális intézményekben és az integrációs iskolákban? (indoklással együtt)
4. Mesélj el három legkorábbi gyerekkori emlékedet!
5. Hogyan tekintesz a vakságodra? Hogyan viszonyulsz hozzá?
6. Mit tartasz a legnagyobb hátránynak életedben, amit a vakság okozott? (indoklás, magyarázat)
7. Ha tehetnéd és egyet kívánhatnál az életeddel kapcsolatban, akkor mi lenne az és miért?
8. Mit érzel, a családtagjaid hogyan fogadták el a vakságodat?
9. Milyen a viszonyod a családtagokkal?
10. Szerinted a látó emberek hogyan tekintenek a vakságra? Miként és mennyire fogadják el ezt a helyzetet?
11. Szerinted kinek és mit kellene tennie annak érdekében, hogy változzon (javuljon) a vakok élete, életminősége?