

***„Én nagyon szívesen végigdadogom az életemet,
hogya közben nem félek.”***

Pillanatkép a dadogásról az értelmezés, az ellátás és a társadalmi megjelenés dimenziójában az érintett személyek és a logopédus szakemberek szempontjából

A dolgozat lezárásának ideje:

2022. február 28.

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés.....	3
2.	Elméleti áttekintés	5
2.1.	Nemzetközi ajánlások és hazai jogszabályi keretek, jogosultságok.....	5
2.2.	Fogyatékoságtudomány, gyógypedagógia, beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavar; a beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyek	7
2.2.1.	A fogyatékoság meghatározása.....	7
2.2.2.	Fogyatékoságtudomány	7
2.2.3.	A gyógypedagógia, a gyógypedagógus, a logopédia és a logopédus szakember meghatározása	8
2.2.4.	Beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavar; A beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyek – Értelmezési keretek.....	9
2.3.	Dadogás tágabb értelemben.....	14
2.3.1.	<i>Szociálpszichológiai definíciók tisztázása, ezek kapcsolata a dadogással.....</i>	14
2.3.2.	Képzőhelyek	17
2.3.3.	Ellátás	19
2.3.4.	Szakmai és civil szervezetek és szerepük.....	20
3.	A kutatás bemutatása.....	21
3.1.	Problémakörök és kutatási kérdések	22
3.2.	A módszer és minta	23
3.2.1.	A kutatás módszere.....	23
3.2.2.	Az interjú kérdései.....	24
3.2.3.	A kutatási minta.....	26
3.3.	A kutatás eredményei	29
3.3.1.	Az első problémakör (PK1) eredményei	29
3.3.2.	A második problémakör (PK2) eredményei	32
3.3.3.	A harmadik problémakör (PK3) eredményei	36
3.4.	A kutatás korlátai.....	38
4.	Összefoglalás	39
5.	Ábra- és táblázatjegyzék.....	40

1. Bevezetés

Kutatási ötletemhez több, a munkám során tapasztalt, akár fordulópontként is értelmezhető benyomás vezetett.

A Démoszthenész Beszédhibások és Segítőik Országos Érdekvédelmi Egyesületében (továbbiakban Démoszthenész Egyesület) több mint tíz éve foglalkozom serdülő (14-18 év között) és felnőtt dadogó személyek beszédvizsgálatával, valamint egyéni és csoportos terápiás *ellátásával*. Azt tapasztaljuk, hogy a beszédvizsgálatra jelentkezők életkora egyre alacsonyabb, ráadásul az utóbbi három évben olyan sok serdülő dadogó személy jelentkezett csoportos terápiára, hogy több, tisztán „tini csoportot” is el kellett indítanom, miközben elviekben az állami ellátórendszer garantálja ezen populáció ellátását, lévén tankötelesek.

A másik benyomásom az, hogy itthon *nehezen elérhető a dadogó személyek bevonása* a különböző egyesületi programokba, legyen szó kulturális, érdekvédelmi, akár szabadidős tevékenységekről. Évek óta sikertelenül próbálkozom ezzel az egyesület egyik vezetőjeként, ráadásul úgy, hogy mérsékelten ugyan, de rendelkezésünkre állnak az ehhez szükséges tárgyi és anyagi feltételek.

A harmadik fordulópontról: figyelmemet pár éve egy dadogó kliensem keltette fel azzal, hogy az egyik csoportos foglalkozás elején elkeseredetten megkérdezte tőlem, hogy a dadogás tényleg fogyatékos-e. A csoport elutasítóan felzúdult, én csendben maradtam, hiszen jogi és fogyatékosági szempontból tudtam (tudni véltem) a választ. Végül visszakérdeztem, hogy szerinte az-e. Magamban utána azon gondolkodtam, hogy honnan jöhet ez az elemi elutasítás? Ezeket a felmerülő problémákat három kategóriába tudnám sorolni: *ellátás és szakmai minőség; egyéni és társas identitás* a dadogás és fogyatékoság viszonylatában, valamint az előzőhöz szorosan kapcsolódó *társadalmi tudás és elfogadás mértéke*. Tehát a társadalmi felelősség és felelősségvállalás, szűkebben pedig az állami és szakmai felelősségvállalás mellett nagyon fontosnak tartottam megkérdezni azt is, hogy hogyan gondolkodik magáról a dadogó személy a dadogás-fogyatékoság viszonylatában (identitás), milyen önértékvényesítő képességet tulajdonít magának, mennyire vállal sorsközösséget más dadogó személyekkel és mennyire vonódna be a hazai önértékvényesítési törekvésekbe; tehát az egyéni felelősségvállalást szintén elengedhetetlennek gondolom, ha célunk a későbbi sikeres társadalmi szemléletformálás és inklúzió, valamint a jogiszabályozó környezet, és ezáltal a teljesebb ellátórendszerre kialakításának szempontjából.

Amikor már körvonalazódni kezdett bennem a *kutatásom témája*, és elkezdtem feldolgozni a hazai és külföldi szakirodalmakat, újra azzal kellett szembesülnöm, hogy a témám meghaladja

a gyógypedagógia, azon belül is a logopédia tudományát. Ez érthető is, hiszen a dadogás egy komplex jelenség, ami vizsgálható társadalmi, logopédiai, pszichológiai, pedagógiai, szociológiai, orvosi és biológiai aspektusból is, nem megfejtkezve, sőt kiemelve az egyén, a dadogó személy tapasztalásait – teljesen egyetértve a „Semmit rólunk nélkülük!” elvének szellemiségével. A dadogásról számos tudományos cikk és könyv jelent meg itthon és külföldön, valamint a dadogás pszichológiai és biológiai hátterét hosszú évtizedek óta vizsgálja több tudomány is, számos kutató foglalkozott szűkebb és komplexebb értelemben a dadogással. Már az ókorból vannak feljegyzések erről a beszédhibáról¹, de számos megjelenése tapasztalható a kultúra területén is² - tehát nagy érdeklődésnek örvend ez a téma -, azonban az általam kutatni kívánt szemszögből igen kevés szakirodalom lelhető fel.

Ahhoz, hogy megvizsgálhassam a dadogó személyek hazai helyzetét és lehetőségeit, beleértve akár az elérhető szolgáltatásokat (állami ellátás, magánellátás), akár a dadogással kapcsolatos társadalmi, szakmai és egyéni tudást, vagy azok hiányát, mindenképpen tisztázni érdemes a törvényi hátteret, a témában felmerülő szakmai és szakmaközi fogalmakat, a képzőhelyek lehetőségeit és felelősségét és a képzés kimeneteit, de az érdekvédelmi szervezetek jelenlegi helyzetét, lehetőségeit is.

Eredeti ötletem az volt, hogy két kérdőívet készítek (logopédusoknak és dadogó személyeknek), azonban végül arra jutottam, hogy a kérdőív kérdésköreit érdemes lenne előtte tesztelnem valahogy, hogy az érthető, könnyen kezelhető, de mégis minden témakört érintő, minőségi mérőeszköz legyen. Ezért öt dadogó személlyel és öt - a dadogás témakörében kifejezetten jártas - logopédus szakemberrel vettem fel félig strukturált interjúkat. Hogy az interjúmhoz kiválasztott dadogó személyeknek és szakembereknek megfelelő körültekintéssel feltegyem a megfelelő kérdéseket, a gyógypedagógiával határos tudományainak egyes szempontjait is érdemes volt feltérképeznem az elméleti áttekintésben.

Dolgozatomban következetesen használom kontextus szerint a dadogás és beszédfolyamatosság zavarai, az érintettek, valamint a dadogó gyermek/tanuló/személy kifejezéseket. Ennek oka, hogy gyakorló szakemberként ezeket a kifejezéseket tartom validnak, legyen szó beszédvizsgálatról, terápiás ellátásról vagy tanácsadásról, tudásbővítésről.

¹ Mózesről Démoszthenész (Hozzátevé érdekességéért, hogy Mózes valószínűleg nem dadogott, hanem egy félreértelmezett fordítás miatt feltételezi róla az utókor, hogy dadogó személy volt).

² A király beszéde c. filmről a Star Warsig, de Závada Pál regényeitől Vida Gábor Egy dadogás története könyvéig.

2. Elméleti áttekintés

2.1. Nemzetközi ajánlások és hazai jogszabályi keretek, jogosultságok

Ebben az alfejezetben szeretném röviden, szinte felsorolás szintjén ismertetni a fogyatékoság kérdéskörében iránymutató hazai jogszabályozás elemeit, valamint rámutatni a beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyek, azon belül is a dadogó személyek törvény által biztosított ellátására, valamint az őket megillető kedvezményeket. A törvényi/rendeleti definiálását az adott alfejezetekbe tettem. Ahhoz, hogy a magyar jogszabályokat ismertessem, említés szintjén mindenképpen meg kell emlékeznünk két iránymutató nemzetközi dokumentumról is.

Az UNESCO 1994-ben adta ki a Salamancai Nyilatkozatot, amely a fogyatékosággal élő gyermekek befogadásáról (inklúziójáról) szól az iskolákban, ennek általános érvényesítéséről. Minden gyermeket be kell fogadni az oktatási intézményeknek, függetlenül a fizikai, értelmi, szociális, érzelmi, nyelvi vagy egyéb adottságaiktól.

A 2006-ban kiadott Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény (United Nations, 2006) (a továbbiakban CRPD³) az első olyan nemzetközi egyezmény, amely kifejezetten a fogyatékosággal élő személyek jogaival foglalkozik az alapvető emberi és további jogok (élethez való jog, szabadság, egyenlőség, nemi és családjogok, egészségügy, oktatás, foglalkoztatás, rehabilitáció és rehabilitáció, politika, kultúra stb.) tekintetében, a teljes társadalmi részvétel biztosítása érdekében. Tiltja a diszkriminációt és egyenrangúsít, elvárva az egyezményt deklaráló országoktól mindezek jogok biztosítását és a feltételek kialakítását a részvételhez. Magyarország 2007-ben első körben csatlakozott az elfogadó és implementáló országokhoz (2007. évi XCII. törvény).⁴

A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről (továbbiakban Nktv.) meghatározza a sajátos nevelési igényű gyermek és tanulót, a számukra biztosítandó jogokat és szolgáltatásokat. A fentihez tartozó részletszabályokat egyrészt a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről (továbbiakban 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet), másrészt az Oktatási Hivatal (d.n.a.) NAT 2020-hoz kapcsolódó Irányelvek és alapprogramok

³ Convention on the Rights of Persons with Disabilities

⁴ Az ENSZ CRPD Bizottsága rendszeresen felülvizsgálja a CRPD törvényi és gyakorlati megvalósulását, Magyarország tekintetében 2020-ban jelent meg a legutóbbi felülvizsgálat eredménye, melyben további intézkedéseket javasolnak a CRPD maradéktalan betartásához, különös tekintettel a támogatott döntéshozatal, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés (egészségügy, közlekedés, oktatás), a munkaerőpiac, a kiváltás és a gyermekjogok biztosítása témakörében (United Nations, 2020).

c. óvodai és iskolai neveléshez és oktatáshoz kapcsolódó dokumentumai (korábban 32/2012. (X. 8.) határozzák meg.

A fentebb említett Nktv. és a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet a tanköteles korú dadogó gyermekek és tanulók ellátását biztosítja.

A már nem tankötelezett és/vagy felnőtt dadogó személyek számára **ma Magyarországon az állami, térítésmentes logopédiai ellátása nem megoldott**, ráadásul az 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (továbbiakban Fot.) általánosan ír ugyan a „kommunikációs károsodással élő” személyek jogairól (pl. információhoz való hozzáférés, akadálymentesítés), **de közvetlen ellátást, szolgáltatást azonban nem kapcsol ehhez a populációhoz, szemben például a többi fogyatékosági csoporttal.**

Egyedül a 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról (továbbiakban Nftv.) a fogyatékossgal élő hallgatók körét, jogosultságát és szolgáltatásokat, ezeket a 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról (továbbiakban 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet) részletezi.

Ezek a következők:

- Az Nftv. kedvezményekhez tartozik, hogy fogyatékossgal élő hallgató támogatási ideje négy félévvel megnövelheti minden képzési szinten (47. §. (4)). Biztosítani kell a hozzá igazodó felkészítést és vizsgáztatást, továbbá szükség esetén mentesíteni kell egyes tantárgyak, tantárgyrészek teljesítése és a nyelvvizsga egy része, illetve szintje alól (47.§. (8)).
- A fogyatékossg igazolásának rendjét és a tanulmányokkal kapcsolatos elveket a 87/2015. (IV.9.) Korm. rendelet szabályozza a 62. §. -ban. A beszéd fogyatékossgal élő hallgatókat, ideértve a diszfázia, diszlália, diszfónia, dadogás, hadarás, afázia, orrhangzós beszéd, dizartria, mutizmus, súlyos beszédészlelési és beszédmegértési zavar, centrális pöszesség és megkésett beszédfejlődés területeit, szóbeli vizsga helyett írásbeli vizsga, nyelvvizsga, hosszabb felkészülési idő, személyi segítő szolgáltatás illetik meg (62.§. (5)).
- Az Nftv. 108. § 6. pontjában meghatározott fogyatékossg, illetve a Nktv. 4. §. 25. pontja által meghatározott sajátos nevelési igénynek esetén adható többletpont. 40 pont adható a felvételi eljárásban (Oktatási Hivatal, 2021).

2.2. *Fogyatékoságtudomány, gyógypedagógia, beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavar; a beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyek*

Mivel kutatásom során dadogó személyekkel és olyan szakemberekkel készítettem interjút, akik dadogásterápiát tartanak, fontosnak tartom, hogy ebben az alfejezetben kontextusba helyezem a dadogást, dadogó személyt és a logopédiát, mint a gyógypedagógia egyik ágát, vele együtt meghatározva a logopédiai munkát. Azonban, hogy ehhez a két definíciós körhöz elérjünk, a tágabb értelmezésből kell elindulnunk. Így a fogyatékoságtudományon, majd a gyógypedagógián keresztül jutunk el a két célcsoporthoz (részben pszichológia tudományát is érintve a dadogás témakörében).

2.2.1. A fogyatékoság meghatározása

A fogyatékoság fogalma külön nem értelmezhető, csak az adott személy viszonylatában, hiszen a fogyatékoságot nem tárgyiasíthatjuk. A Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény (CRPD) így fogalmaz: „*Fogyatékosággal élő személy minden olyan személy, aki hosszan tartó fizikai, értelmi, szellemi vagy érzékszervi károsodással él, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja az adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását.*” (United Nations, 2006, p. 2). Ezzel a megfogalmazással azért tudok azonosulni, mert az emberi jogi modellel összhangban (lásd lentebb) nem kizárólag a fogyatékos személy deficitközpontú meghatározására tesz kísérletet, de a gyógypedagógiai (számomra szűkítve a logopédiai) ellátáson túl mutatva megjelenik az egyén, aki a társadalom szerves része, és a társadalmi felelősségvállalás szükségessége is.

2.2.2. Fogyatékoságtudomány

Goodly (2019) azt írja, hogy „*A fogyatékoságtudomány mindazokat a fogyatékosággal foglalkozó elméleteket, kutatásokat, tevékenységeket és gyakorlatokat magába foglalja, amelyek szemben állnak azzal az elterjedt nézettel, hogy a fogyatékoság egyenlő az emberi bukással és sikertelenséggel.*” (p. 21). Kálmán és Könczei (2002) hazai definíciója is hasonló: „*... a (kritikai) fogyatékoságtudomány, mintegy fél évszázados múltra visszatekintő multidiszciplináris megismerési – és cselekvési – rendszer, amely a fogyatékoság komplexitásának megértését, a hátrányos helyzet okainak leleplezését, a kirekesztés társadalmi, kulturális okainak feltérképezését, hatalomközpontú kritikai elemzését vállalja magára.*” (p.11).

Ahhoz, hogy ezeket a definíciókat értelmezni tudjuk, és a tudományág fejlődési ívét keresztül szemléljük, mindenképpen érdemes Könczei és Hernádi (2011) munkája alapján röviden megnézni, hogy milyen modellváltásokon ment keresztül a fogyatékoságtudomány. Erre azért is szükség van, hiszen a későbbiekben megjelenő egyéb fogalmak és kutatási kérdések tartalma a különböző, már meghaladott modellekre is reflektálni fog.

A *morális modell* szerint a fogyatékoság valamilyen bűn elkövetésért járó büntetés, azért, amit a fogyatékos ember, vagy annak környezete követett el, ez alapján ezek az emberek másodragúak, szánnivalóak voltak. Ehhez a megközelítéshez erősen kapcsolódik a megbélyegzés, lásd később a *stigma*. Bár sem tudományos, sem morális szempontból nem védhető ez a modell, sajnos a mai napig találkozhatunk vele.

A *medikális modell* alapjait a természettudományok, azon belül is főként az orvostudomány adta. Ez a szemlélet hibaorientált, hiátus-fókuszú, ahol is nem a személy, hanem a betegség áll a középpontban, a javíthatóság mércéjével.

A *bio-pszicho-szociális modell* vagy Könczei és Hernádi (2011) alapján a *szociális modell* már a közvetlen és közvetett környezet szerepét hangsúlyozza az akadályozottságban. A társadalmi felelősség megjelenése fontos változás, mint ahogy az is, hogy fogyatékoság értelmezése is rehumanizálódik.

Az *emberi jogi modell* a fogyatékos embert az egyetemes jogok mentén erősíti meg, mint másokkal egyenlő társadalmi egyént. A fogyatékoságot a jogokhoz és szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályozottsága alapján definiálja.

2.2.3. A gyógypedagógia, a gyógypedagógus, a logopédia és a logopédus szakember meghatározása

A fogyatékoságtudomány része a gyógypedagógia. Gordosné (2004) a klasszikus értelmezést így foglalta össze:

„Ma a gyógypedagógia interdiszciplináris embertudomány (össztudomány), a gyógypedagógiai segítséget igénylő személyek (népesség) és a rájuk irányuló komplex megismerés, fejlesztés, nevelés, terápia, oktatás, képzés, kísérés, rehabilitáció tudománya – teljesen új tartalmi megközelítésben.” (p. 77).

Gordosné (2004) rámutat arra is, hogy a klasszikus értelmezés három alappillére, a népesség, tevékenység és az ösztudomány megmaradtak a korábbi, medikális jellegű modell alapján meghatározott definícióból. A gyógypedagógia képzéshez kapcsolódóan az Oktatási Hivatal (n.d.b) felvi.hu oldalán közzétett Szakleírás (Képzési és Kimeneti Követelmények) 7. pontja szerint „A képzés célja **gyógypedagógusok** képzése, akik a gyógypedagógia és a

határtudományai korszerű elméleti és módszertani ismereteinek, a gyógypedagógiai tevékenységekhez szükséges képességeknek, valamint a szakterületi és gyakorlati ismereteknek a birtokában segítséget nyújtanak a fogyatékos, sérült (sic!), akadályozott gyermekeknek, fiataloknak és felnőtteknek képességeik fejlesztéséhez, funkciózavaraik (kognitív, szociális, szomatikus, érzékelési, észlelési) korrekciójához, illetve kompenzálásához, életviteli nehézségeik kezeléséhez, rehabilitációjukhoz, valamint környezetük rendezéséhez, társadalmi integrációjukhoz. A választott szakirányon a különböző fogyatékos, sérült, akadályozott népességcsoportokat szakszerűen segítik, komplex gyógypedagógiai fejlesztést, nevelést, oktatást, habilitációt és rehabilitációt végeznek. Felkészültek tanulmányaik mesterképzésben történő folytatására.”

A Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédus Társaság (továbbiakban MFFLT) így határozza meg a **logopédia** tudományát: „A logopédia szó beszédnevelést jelent, hazánkban a gyógypedagógia egyik ágaként tartjuk számon. Integratív tudomány, más tudományterületek eredményeit is felhasználva fejlődik. A logopédia a beszéd-, hang- és nyelvi zavarokkal, azaz kommunikációs zavarokkal foglalkozik. E tudományág magába foglalja a beszéd-, hang- és nyelvi zavarok kutatását, tanulmányozását, foglalkozik azok megelőzésével, diagnosztikájával és kezelésével, terápiás megsegítéssel. A logopédiai gondozás, nevelés célja több annál, mint az adott beszédhiba, nyelvi- vagy kommunikációs nehézség kezelése, sokkal inkább az érintett személy áll a terápia középpontjában, igyekszik segíteni az egyén célkitűzéseinek megvalósulását és elősegíteni a szocializációt.” (n.d.).

A fentebb említett tevékenységek végzésére a logopédia szakirányon végzett gyógypedagógus, logopédia szakos gyógypedagógiai tanár jogosult logopédus munkakörben, valamint a nevelési tanácsadóknak fejlesztő pedagógusi munkakört is betölthet (15/2013. (II.26.) EMMI rendelet 6. sz. melléklet).

2.2.4. Beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavar; A beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyek – Értelmezési keretek

Az adott fogyatékoság és az ehhez tartozó népesség definíciós meghatározása sem logopédiai, törvényi, sem állami szóhasználat szempontból sem egyszerű feladat, hiszen nincsen egységesen elfogadott kifejezés, ez képzőhelyenként is változó. A modern tudományos nomenklatúra elterjedése sem várható el a köznyelvben, legalább is nem egyik napról a másikra. Mivel a kutatásom során az interjúalanyokat is megkérdezem a fogyatékoság és a dadogás fogalmáról, célszerűnek tartom, hogy mégis kísérletet tegyek egy elfogadható és korszerű megnevezések megtalálására. Célom, hogy a teljesség igénye nélkül az utóbbi pár évtized

fogalmi változásainak bemutatása, nem belefoglalva bővebben a gyógypedagógiai/logopédia történeti definíciók leírását.

A Fot. nem a gyógypedagógia-logopédiai meghatározást alkalmazza, hanem a 2013. évi LXII. törvény 1. §. (Hatályos: 2013. VI. 1-től) előtt a 4. §. a beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyeket „*kommunikációjában számottevően korlátozott*” -ként határozza meg, majd a módosítás hatálybalépése után (feltehetőleg a CRPD-hez való igazodás mentén) így fogalmaz:

„a) fogyatékos személy: az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, **kommunikációs**, fizikai, értelmi, pszichoszociális **károsodással** - illetve ezek bármilyen halmozódásával - él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja; (...).”

Az Nftv. 108. § 6. pontjában és a 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről (Nktv.) 4. §. 25. pontjában **beszédfogyatékos** kifejezés található.

Hogy tovább bonyolódjon a meghatározás, a Központ Statisztikai Hivatal (továbbiakban KSH) 2011-es kiadása⁵ két kategória mentén határozza meg és kutatja a beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett személyeket: „**Beszédhibás** a személy, ha a beszédképző szervei anatómiai sérülésének, fejletlenségének vagy működési zavarának következtében beszéd közben kiejtési hibákat vét (pl. pöszeség, selypítés, raccsolás, dadogás, orrhangzós beszéd).” „**Beszédfogyatékos** az a személy, akinek a beszéd- és nyelvi fejlődése különböző okok következményeként nem indult meg, lassan indult meg, kórosan késik, vagy a már kialakult beszéd szenved különféle szintű sérülést. beszédfogyatékoság például az artikuláció jellegzetes zavara, a kifejező beszéd zavara, a beszédmegértés zavara, a szerzett aphasia epilepsziával. A beszéd és a nyelv fejlődésének zavarait gyakran követi társuló probléma, pl. olvasási, helyesírási nehézség, személyközi kapcsolatok zavara.” (p.10).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által használt erősen medikális fókuszú BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kódrendszere szintén más megfogalmazásokat használ, más logika mentén. Ezek a következők, csak felsorolás szintjén: F8010 - A kifejező (expresszív) beszéd zavara, F8020 - A beszédmegértés (receptív beszéd) zavara, F8080 - Egyéb

⁵ Bár anno a Démoszthenész Egyesület bevonásával készült az értelmezés, és akkoriban ez megfelelőnek számított, most több szempontból sem a legszerencsésebbek ezek a megfogalmazások. Azóta a helyes(ebb) kifejezés az lenne, hogy beszédhibás személy, beszédfogyatékos/beszédfogyatékosággal élő személy. Ami szintén változott az évek során, hogy a nyelvi szint bekerült (inkább érdemes lenne bekerülnie) a gyógypedagógiai, fogyatékoságtudományi terminus technikusbá, míg a KSH kategorizálásában ez a beszédfogyatékosághoz tartozik.

nyelvi és beszédfejlődési zavar, F8090 - Nem-meghatározott zavara a beszéd és a nyelv fejlődésének, R4780 - Egyéb és nem meghatározott beszédzavarok, R4980 - Egyéb és nem meghatározott beszédhang zavarok, F8100 - Meghatározott olvasási zavar (diszlexia), F8110 - Az írás zavara (diszgráfia), F8120 - Az aritmetikai készségek zavara (diszkalkulia), F9850 - Dadogás (psallismus, ischophonía), F9860 - Hadarás (agitálalia), R4700 - Dysphasia és aphasia.

2.2.4.1. Gyógypedagógiai meghatározások

Ha gyógypedagógia szemszögéből vizsgáljuk meg az elmúlt évtizedek különböző fogalmi törekvéseit, akkor látható, hogy egy ideig használtuk a beszéd expresszív és receptív zavara kifejezéseket, de a 2000-es években elterjedt - és még egyes pedagógusképző intézményekben mai napig is használatos - Torda (2000) gyógypedagógiai meghatározása. A szerző a beszédzavart használja beszéd fogyatékoság helyett, ami igen előremutató, és a beszédhiba kifejezésben megjelenik a súlyosságszerinti megkülönböztetés is. A nyelvi szint is megtalálható a leírásban, de még a „beszéd” a gyűjtőfogalom. A nagyszabású és számos kiváló hazai szakembert felvonultató *Foniatríria és Társtudományok* című hiánypótló kiadvány a **beszéd- és nyelvi zavarok** kifejezést használja (Hirschberg, Hacki & Mészáros, 2013). Az igen elterjedt beszéd fogyatékoság, vagy az Egységes Fogyatékoságügyi Információs Portál által is használt **beszéd- és nyelvi fogyatékoság** kifejezés sem a legszerencsésebb, hiszen egyik definíció sem fedi a logopédia összes ellátandó területét. A jelenleg legkorszerűbb, és legkomplexebb kifejezés Kas (2021) tanulmányában jelent meg, amiben a „**beszéd-, nyelvi, kommunikációs és nyelési zavarban érintett populációról**” ír (p. 175).

2.2.4.2. Dadogás – meghatározása, tünetei, okai, demográfiai-statisztikai adatok

Az elmúlt száz évben számos kiváló hazai és külföldi szakember tett kísérletet a dadogás meghatározására. Lajos (2000) nyomán beszélhetünk „tüneti” definícióról, valamint „oki” definícióról. A szakirodalmak áttekintése során úgy tűnik, hogy bármilyen fókuszú is az adott definíció, a tudomány fejlődésével egyre pontosabb, komplex meghatározások születtek.

Én jelenleg a logopédiai szempont alapján említek meg néhány, számomra fontos értelmezést és fogalmat. Ennek egyszerű okai a terjedelmi korlát, valamint a kutatásom fókusza, azonban fontos megemlíteni, a pszichológia tudományának jelentős szerepét akár a meghatározás, akár a kutatás, de az ellátás viszonylatában is.

Kanizsai (1955, 2016) szerint „*A dadogás a beszéd összerendezetlenségének zavara, amely a ritmus és ütem felbomlásában s a beszéd görcsös szaggatottságában jelentkezik.*” (p. 265). Fehérné (2001) meghatározása kiváló példa a komplex szemléletű definícióra, hiszen tüneti és oki elemeket is tartalmaz: „*A dadogás kommunikációs zavar. A tünetegyüttesben a légzésre, a hangadásra, a beszéd folyamatosságára és az egész vázizomra kiterjedő görcsök jelennek meg. A beszédben a hang- és szótagismétlések, a megszakadások, a sajátos tempóváltások, a szabálytalan szünetek megbontják az anyanyelv természetes harmóniáját. A dadogás hatása a szociális magatartásban, a viselkedésben, illetve a következő szomatikus személyiségjegyekben figyelhető meg: magasabb szorongási szint, befelé fordulás, érzelmi kiegyensúlyozatlanság, énbizonytalanság, önértékelési zavar. Háttérben örökletesség, korai gyermekkori, idegrendszeri sérülések, pszichikai tényezők állhatnak. Megelőzésében, illetve kialakulásában a környezetnek meghatározó szerepe lehet. Megjelenése 3-4 éves korban, valamint az iskolába lépéskor a leggyakoribb. A terápia nem csak a beszédre, hanem az egész személyiségre irányul. A kezelés formáját és irányát a vizsgálatok eredményei határozzák meg*” (p. 71).

Feketéné (2020) meghatározásában „*A dadogás olyan tünetegyüttes, amelynek legfőbb ismérve a hangos beszéd folyamatosságát megszakító görcsös jelenség. A beszédben részt vevő mozgások ezáltal koordinátlanná válnak, és ez az összerendezetlenség a légzésre, a fonációra és a mimikai és gesztikulációs mozgásokra is kiterjed, a beszéd ritmusa és üteme felbomlik. Megjelenésére az egyediség jellemző.*” (p. 61).

Utóbbi meghatározással tudok szakemberként leginkább azonosulni. Ugyan nem oki irányból közelítő, de Feketéné Gacsó Mária definíciója kiválóan magában foglalja a beszéddel kapcsolatos elemeket. Ez azért fontos, mert logopédusként hitvallásom, hogy a (serdülő és felnőtt) dadogásterápiáknak főként a beszéd fizikai megvalósulására kell koncentrálnia (értelemszerűen fejlesztve annak szupraszegmentális elemeit, valamint a nyelvi oldalát is, lásd szókincs, beszédszervezés), a kompetenciahatárokat szigorúan betartva. Ettől függetlenül szükség esetén felelősségünk más szakember, többnyire pszichológus bevonása, hogy akár teammunkában, akár párhuzamosan futó terápiák során a dadogás kezelése komplexsége váljon, így hatásfoka nőjön.

A beszédben megjelenő tünetek három fő eleme Szűcs (2021) írásában a következők: *blokk, nyújtás és ismétlés*. Ezek alapján is osztályozhatjuk a dadogást: beszélhetünk klónusos dadogásról, amikor a kezdő hang/szótag/szó akaratlan ismétlése történik, valamint tónusos dadogásról, amikor a görcs hatására blokk és/vagy elnyújtás jelenik meg a beszédben. Ritkán fordul elő tisztán egyik, vagy másik forma, hiszen az esetek többségében ezek számos kombinációja figyelhető meg az érintett személy beszédprodukcójában (Lajos, 2000).

Külön említést érdemel a nagyon ritka az ún. *rejtett dadogás*⁶, amit eddigi pályafutásom során vissza-visszatérő jelenség. Ez a beszédfolyamatosság zavarának olyan enyhe típusa, amikor a hallgatóságnak, de akár a szakembernek sem tűnik fel semmilyen görcs, megakadás vagy klónus a beszéd során (mert azok olyan ritkák, és aprók), hiszen a dadogó személy szókerülésekkel, átfogalmazásokkal és egyéb egyéni taktikával folyamatos beszédet produkál. Azonban a beszédproduktum egészére is hathat ez a típusú dadogás is: a már említett légzés mellett a hangadásra, artikulációra, a beszéd szupraszegmentális elemeire (hangsúly, hanglejtés stb.), a beszédhez tartozó mimikára, gesztusokra, de a beszéd tartalmára, annak változatosságára is, kiváltképp, ha szókerülés vagy töltelékszavak használata is megfigyelhető. Súlyosság szerint is meghatározható a dadogás. Beszélhetünk enyhe, közepsúlyos vagy súlyos dadogásról. A súlyossági fok logopédiai, diagnosztikai szempont, ettől a dadogó személy egyéni megélése különbözhet: beszédállapotát megélheti ezen kategóriáktól eltérően súlyosabb vagy enyhébb mértékben. Mégis fontos tényező, hiszen egy rutinos terapeutának jelzésértékű a terápia reális célja és időtartama szempontjából. A súlyosság meghatározására több szempontot kell figyelembe venni: a megakadás fajtáját, a görcsök sűrűségét és azok hosszát stb⁷.

További tünetei kapcsán beszélhetünk a dadogást kísérő különböző *mozgásos tünetekről*: a homlokráncolása, az ajkak különböző mozgása, a szem becsukása, de akár nagyobb, extrém esetben az egész testre kiterjedő mozgásokra is. Ezek lehetnek akaratlanok – együttmozgás, és akaratlagosak is – együttcselekvések. Megjelenhetnek olyan *pszichoszomatikus tünetek*⁸ is, mint az elpirulás, tenyérizzadás stb. (Lajos, 2000. p. 17).

Szűcs (2021) felhívja a figyelmet a *pszichoszociális hatásokra* is, valamint az *etiológiai* háttérre. A pszichoszociális hatások között említi a logofóbiát (beszédfélelem), szociális fóbiát, szorongásos zavart, függő-, illetve elkerülő személyiséget. Súlyosabb dadogó személyeknél pedig pszichoneurózis kialakulása is előfordulhat a szerző szerint. A dadogás okairól így fogalmaz: „*Háttérben multikauzális etiológiát feltételezünk, melyben a biogén predispozíció játssza a főszerepet, ami sok esetben érhető tetten a családi halmozódás jelenségében (Yairi és mtsai, 1996; Fagnani és mtsai, 2011; Rautakoski és mtsai, 2012), illetve kimutatható idegrendszeri képzőanyagok segítségével (Qiao és mtsai, 2017; Sengupta és mtsai, 2016;*

⁶ „Az enyhe tünetekkel (blokkok, ismétlések, hosszabbítások) élő dadogók könnyebben képesek elrejtetni dadogásukat, ezért ők megpróbálják elrejtetni azt és úgy tesznek, mintha nem is dadognának. Így paradox módon gyakran az enyhébb tünetekkel rendelkező dadogók jobban szenvednek az alacsony önbecsüléstől, negatív gondolatoktól és érzésektől, mint akiknek nyílt dadogásuk és komoly tünetek vannak.” (Sátay, 2016, p. 36).

⁷ A logopédiai vizsgálatokról bővebben: Juhász (2007) által szerkesztett Logopédiai vizsgálatok kézikönyve és Felnőttek logopédiai vizsgálata – Logopédusok diagnosztikai kézikönyvében.

⁸ Lajos (2000) definíciójában *járolékos tünet*.

Giraud és mtsai, 2007; Sitek és mtsai, 2016). *A pszichoszociális kontextus elsősorban trigger funkciót tölthet be, mely a beszédzavar megjelenését manifesztaíhatja, illetve a későbbiek során a dadogás egyfajta dinamikus változásában játszhat szerepet.*” (Szűcs, 2021, pp. 25-26).

A dadogás előfordulási arányának mérése nehéz feladat. Feltételezésem szerint ennek több okai is lehet: a társadalmi elfogadás mértéke, az ebből fakadó stigmától való félelem, vagy egyszerűen a tudás hiánya. Mindenesetre Mérei és Vinczéné (1991) azt írja: „*A dadogás gyakoriságát az átlagnépesedést alapul véve általában 1.5-2 %-osnak veszik.*” (p. 9). Lajos (2000) szerint a dadogó személyek száma csökken, aminek a megváltozott szülői attitűd lehet az oka. Tóthné (2017) úgy véli, a dadogás előfordulásának gyakorisága 1-2 %. Carlson (2013) 1 %-ra teszi a dadogás előfordulásának arányát, 3:1 arányban a férfi és nő nem tekintetében, ami teljes mértékben megegyezik Lajos (2000), és részben megegyezik Mérei és Vinczéné (1991) korábbi adataival, hiszen ők a prevalencia mellett 4:1 arányt írtak le. Mind Tóthné (2017), mind Szűcs (2021) szerint a dadogás ugyan bármelyik életkorban megjelenhet, de a leggyakrabban 3-6 éves kor között jellemző.

2.3. Dadogás tágabb értelemben

Mint azt már írtam a bevezetőben, kutatásom fókuszában a dadogó személyek társadalomban való létezését vizsgálom az adott populációt ért különböző behatások és lehetőségek szemszögéből. Itt behatásokon a pozitív vagy negatív *megkülönböztetést*, a dadogó személyekkel kapcsolatos *attitűdöt*, *előítéletet*, *sztereotípiát*, *stigmát* és akár a dadogással kapcsolatos *hiedelmeket* értem, míg a lehetőségek alatt az elérhető *szolgáltatásokat/ellátásokat* vizsgálom, vagy azok hiányát és hiányuk okát, valamint azt, hogy eddigi életük során vettek-e igénybe valamilyen *kedvezményt*, tisztában vannak-e egyáltalán a számukra biztosítható *megsegítések formáival és lehetőségeivel*.

2.3.1. Szociálpszichológiai definíciók tisztázása, ezek kapcsolata a dadogással

Eagly-Chaiken (1993, id. SÍklaki, 2017) szerint „Az **attitűd** pszichológiai tendencia, amely abban nyilvánul meg, hogy egy adott entitást bizonyos mértékig kedvezően vagy kedvezőtlenül értékelünk.” (p.11).

Hazai viszonylatban a dadogó személyekkel kapcsolatos attitűdvizsgálat még nem elterjedt. Ezzel szemben például Langlevin és Hagler 2004-ben kifejlesztett mérőeszköze, a PATCS (Peer Attitudes Toward Children who Stutter) szerint a korosztály közel egyötöde negatív attitűdöt tanúsít a dadogó gyermekekkel szemben, így szükséges lenne a dadogással kapcsolatos ismeretek megjelenése az iskolákban (Langevin, Kleitman, Packman & Onslow,

2009). Európai méretű kutatásukban, 1111 felnőtt részvételével, St. Louis et al. (2016) a POSHA-S (Public Opinion Survey of Human Attributes-Stuttering) felmérés segítségével megállapították, hogy a világszerte képest (Norvégia és Svédország kivételével) az európai emberek negatívabb attitűddel állnak a dadogó személyekhez. Szintén St. Louis (2012) vizsgálta a nők és férfiak attitűdjét a dadogó személyekkel kapcsolatban a POSHA-S segítségével, és arra a megállapításra jutott, hogy szignifikáns különbség nem kimutatható a nemek között. Walden, Lesner & Jones (2020) a logopédusok és klinikai orvosok explicit és implicit attitűdjeit hasonlította össze POSHA-S és The Implicit Association Test (IAT) segítségével, és arra a következtetésre jutottak, hogy amíg logopédusok belső és külső attitűdjét nem befolyásolta a negatív irányban a vizsgálat, addig a klinikai orvosok – bár az explicit attitűdjük (kognitív szint) pozitív (bár nem annyira, mint a nem dadogó személyekkel), az implicit attitűdjük (affektív szint) negatív a dadogó személyekkel szemben.

Ha jól értelmezem, ilyen negatív attitűd lehet egy gondolat vagy érzés, hogy nem szívesen beszélgetek/dolgozok együtt egy dadogó személlyel, mert rabolja az időmet és vagy kellemetlenül érzem magam a megakadásai miatt.

Síklaki (2017) szerint az **előítélet** jóindulatú felfogása alapján fontos funkciót lát el a személyben, hiszen a valós vagy nem valós vészhelyzet esetén biztosíthatja a kész, automatikus és azonnali reakciót. Olay (2017) tanulmányában úgy fogalmaz, hogy „*A társadalomtudományi és pszichológiai megközelítések az előítéletet tipikusan olyan ítéleteknek, vélekedéseknek, attitűdöknek tartják, melyek igazságát vizsgálat nélkül elfogadjuk.*” (p. 2). Csepeli (2001) egyenesen úgy véli, hogy az előítélet a nem racionális megismerés leghatásosabb eszköze. Akkor mi is ezzel a baj? Allport szerint „*az előzetes ítéletek akkor válnak előítéletekké, ha az újonnan feltárt ismeretek nem képesek változtatni rajtuk.*” (Allport, 1999, p. 37, id. Olay, 2017, p. 30).

Ha az az előfeltételezés, hogy aki nem néz beszéd közben a másik szemébe⁹ az titkol valamit/ nem mond igazat, akkor előítélet az, ha azt feltételezzük, hogy a dadogó személy hazudik, miközben ennek az ellenkezője bizonyítható.

„*Az empirikus sztereotípiakutatások megindulásakor fogalmazódott meg a **sztereotípiának** az a meghatározása, mely szerint a sztereotípiák a különféle társadalmi nagycsoportokra jellemzőnek tartott tulajdonságokra utaló megállapítások, amelyek egy-egy csoport viszonylatában nagyfokú közmegegyezésen alapulnak, és időben meglehetősen szívósan fennmaradnak.*” (Csepeli, 2001, p. 286). Tehát míg az attitűd és az előítélet az egyénből fakad,

⁹ Sok esetben tapasztalható, hogy a dadogó személyek kerülnek a szemkontaktust beszélgetés közben.

addig a sztereotípiák már "társadalmi képződmény". A sztereotípiák „... megtoldja az empirikus dimenziót egy empirikusan nem ellenőrizhető dimenzióval, és azt feltételezi, hogy jellemzők is vannak, amelyek ugyan nem láthatók, de kikövetkeztethetők.” (Csepeli, 2001, p. 313). Egy 25 kérdésből álló kérdőív során, pszichológus hallgatókat megkérdezve MacKinnon, Hall & MacIntyre (2007) arra jutottak, hogy a résztvevők az éppen dadogás tüneteit mutató személyeket féltőbbnek, féltőbbnek, idegesebbnek, feszültebbnek, szorongóbbnak, introvertáltabbnak és kellemetlenebbnek látták azon dadogó személyekhez képest, akiknek beszéde folyamatos volt. Walden & Lesner (2018) – a már említett 2020-as kutatás előtt – az IAT mérőeszközzel segítségével támasztotta alá a dadogókkal szembeni negatív sztereotípiák létezését.

Társadalmi sztereotípiák lehet az, hogy egy dadogó személyek intellektusa általánosságban alacsony¹⁰, „mert nem tudnak rendesen beszélni, és az iskolában nem lehet a felelésnél kihúzni belőlük semmit”. Eközben ezt a tudományos kutatások és a gyakorlat is cáfolta.

„Goffman felfogásában [**a stigma**] olyan tulajdonságot jelöl, ami mélyen diszkreditáló, amely kisebbíti a birtokosát a szemünkben, „egy teljes és szokványos személyről egy megbecsületlenített, leértékelt emberré”. A társadalmi kontextusnak döntő jelentősége van a stigma szempontjából. Egy tulajdonság egy adott szituációban lehet diszkreditáló, míg más helyzetben nem. Vannak ugyanakkor olyan tulajdonságok, amelyek a társadalom szinte minden területén diszkreditálóak.” (Síklaki, 2017, 6. fejezet 1. bekezdés). Beszélhetünk azonban **self-stigmáról** is, amikor is a stigmatizált egyén belsővé teszi a társadalom által felé sugárzott előítéleteket, sztereotípiákat és diszkriminációs törekvéseket (Boyle, 2013). A Self-Stigma of Stuttering Scale (4S) használatával Boyle (2013) arra a következtetésre jutott, hogy a dadogó személyek képe saját önbecsülésükről, az önhatékonyaságukról és az élettel való elégedettségükről annál negatívabb, minél inkább belsővé teszik a társadalom felől érkező stigmákat, negatív sztereotípiákat.

Stigma például, ha az előítéletünk, hogy az „adott dadogó személy, aki nem néz a szemünkbe beszélgetés alatt, az hazudik”, ez sztereotípiává válik, és azt mondjuk (tévesen ítélkezve), hogy „a dadogó személyek hazudósak”. A self-stigma káros hatását pedig így írhatjuk le: ha egy elképzelt dadogó gyermek azt hallja az iskolában, hogy ő buta, vagy nem képes például felolvasni, akkor egy idő után butának fogja tartani magát, és iszonyodni fog a hangos olvasástól, megmérettetéstől.

¹⁰ Érdekes megjegyezni, hogy ennek a hiedelemnek van egy fordított verziója is, amit előszeretettel hangsúlyoznak dadogó személyek, de főként azok hozzátartozói, de akár logopédusok is, mely szerint a dadogó személyek intellektusa az átlagon felüli.

Smith és Mackie (2001) szerint „A **diszkrimináció** terminusa egy társadalmi csoport és annak a tagjai felé irányuló pozitív vagy negatív viselkedésre utal.” (p. 257). Arra is felhívják a figyelmet, hogy a diszkrimináció magába foglalja az előítéleteket és sztereotípiákat, ezek hatására manifesztálódik ez a társadalmi kategorizáció a viselkedés szintjén.

A diszkrimináció negatív formája számos szinten (köznevelés, felsőoktatás, munkahely) megjelenhet a dadogó személyekkel szemben. Klein és Hood (2004) vizsgálata alapján a megkérdezett dadogó személyek 70 %-a gondolta úgy, hogy a nem dadogó személyekhez képest csökkentek az esélyei a felvételre vagy előléptetésre; több mint egyharmaduk pedig arról számolt be, hogy a dadogás akadályozza a munkahelyi teljesítményt. Nem hallgatható el azonban a pozitív diszkrimináció sem: lásd [2.1. fejezetben](#), többetpont a felsőoktatásba való jelentkezésnél.

Az előző fogalmak megértéséhez és összekapcsolásához a kiváló példa a következő: Walden & Lesner (2018) azt mondja Goffman (1963) és Olson & Zanna (1993) alapján, hogy az *attitűdök* akkor válnak megbélyegzővé/*stigmatizál*óvá, amikor bizonyos jellemzők *negatív attitűdökkel* vagy *sztereotípiákkal* kapcsolódnak az egy csoporthoz tartozó egyénnel kapcsolatban, ami társadalmi távolságtartást vagy *diszkriminációt* eredményez ezekkel az egyénnel szemben. Ha egyszer kialakultak, a *stigmatizáló attitűdök* általában kontextuson és időn keresztül fennmaradnak, ami megnehezíti a *negatív sztereotípiák* ellensúlyozását.

Oláh (2006) szerint az **identitás** beletartozik a személyiség fogalmába, és arra vonatkozik, hogy képesek vagyunk megélni önmagunkat másoktól különállóként is. Ezt Cole és Cole (2006) megfogalmazása nyomán azzal egészíteném ki, hogy a **személyes identitásnak** két oldala van: az „én”, amely kifelé tekint a világra, és a „magamat”, amikor kívülről tekint önmagára (p. 396). A **társas identitás/ csoportidentitás** során az „én”-ből „mi” válik. Az én fogalom azon aspektusai, amelyek a csoporttagságunkról alkotott tudásunkból és érzelmeinkből táplálkoznak (Smith & Mackie, 2001).

Dolgozatom fontos kérdése a dadogó személyek egyéni vagy társas identitása. Fogyatékos személyek csoportjába sorolja-e magát, és létezik-e „dadogás identitás”, mint csoporttagság érzése? Hogyan hivatkozik magára, vagy a többi dadogó személyre?

2.3.2. Képzőhelyek

Ahhoz, hogy a dadogó személyek megfelelő ellátásban részesüljenek, a törvényi szabályozás mellett a megfelelő, minőségi szakember kérdés is kulcsfontosságú. Jelenleg hat felsőoktatási intézményben indítanak BA szintű gyógypedagógia képzést logopédia szakirányon, ezek a következők (Oktatási Hivatal, 2021):

- Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Gyógypedagógiai Kar (DE-GYGYK)
- Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar (ELTE-BGGYK)
- Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Pedagógiai Kar (EKKE-PK)
- Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem Pedagógus és Bölcsészettudományi Képzések Központ (MATE-PEDAGOGY)
- Széchenyi István Egyetem Apáczai Csere János Kar (SZE-AK)
- Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar (SZTE-JGYPK)

*Logopédia mesterszakot*¹¹ jelenleg csak az ELTE-BGGYK indít.

Az alábbi, 1. táblázatban látható, hogy a jelenlegi tanterveket megnézve, a logopédia szakirányon tanuló hallgatók a beszédfolyamatosság zavarai témakörében 30-50 órát hallgatnak a képzésük során. (Későbbiekben, ha az adott hallgató az MA és BA képzést is az ELTE-BGGYK-n végzi, akkor ez az óraszám összesen 80.) Elmondható a 1. táblázat alapján, hogy a dadogó gyermekek és tanulók dadogásterápiájának elméleti és/vagy gyakorlati szintű oktatása megtörténik a képzőhelyeken, bár különböző óraszámokban.

1. táblázat

A dadogással kapcsolatos kurzusok óraszama képzőhelyek szerint

Képzőhely/ képzési szint	Tantárgy neve	Óra/ félév	típusa	Összesen óra
DE-GYGYK	A beszéd folyamatosságának zavarai	30	gyakorlati jegy	30
ELTE-BGGYK BA	Beszédfolyamatossági zavarok	20	előadás	
	Beszédfolyamatossági zavarok vizsgálata és terápiája	30	szeminárium	50
ELTE-BGGYK MA	Serdülő- és felnőttkori fluenciázavarok	30	szeminárium	30
EKKE-PK	Dadogás	26	gyakorlati jegy	26
MATE-PEDAGOGY	Beszédfluencia	26+1 3	előadás + gyakorlat	39
SZE-AK	A beszédfolyamatosság zavarainak terápiája	30	előadás	30
SZTE-JGYPK	Beszédfolyamatossági zavarok és terápiájuk	30	szeminárium	30

Források: DE-GYGYK, 2020; ELTE-BGGYK, 2017, 2021; EKKE-PK, 2021; MATE-PEDAGOGY, 2021; SZE-AK, 2017; SZE-AK, 2017; SZTE-JGYPK, 2018

Azonban a Démoszthenész Egyesület 2019-es jubileumi konferenciáján tartott előadásomban rámutattam arra, hogy a logopédiai/szakmai gyakorlat során alul reprezentált a különböző dadogásterápiák megismerésének lehetőségei. A nem reprezentatív felmérésben, a

¹¹ Érdekes, hogy bár a köznyelvben és akár az Nktv.-ben a logopédus kifejezés szerepel (utóbbiban munkakörként), valójában végzettség szempontjából csak a majd 2024-ben mesterszinten végzett logopédusokat hívhatnánk logopédusnak, mivel okleveles logopédus végzettséget szereznek.

menti.com program használatával három opcióból választhattak a jelenlévő logopédusok, valamint a harmad- és negyedéves logopédia szakirányos hallgatók¹²: 1. Szakmai gyakorlaton hospitáltam dadogásterápián. 2. Szakmai gyakorlaton hospitáltam és tarthattam dadogásterápiát. 3. Szakmai gyakorlaton nem találkoztam dadogásterápiával. A 78 kitöltő válaszaiból az az eredmény jött ki, hogy 38 % nem találkozott dadogásterápiával, 27 % hospitálhatott, de nem tarthatott dadogásterápiát és 36 % hospitált és tarthatott is dadogásterápiát szakmai gyakorlata során. Ezt a kérdést érdemes lenne továbbiakban is vizsgálni, akár képzőhelyek szintjén is, mivel az előzetes eredmények azt mutatták, hogy a megkérdezettek majdnem kétharmada (65 %) úgy kap diplomát, hogy közben nem tartott/tarthatott semmilyen dadogásterápiát.

Emellett érdemes lenne elgondolkodni a fogalmi sokszínűségeen (lásd előző fejezetek), sőt! a fogalmi zavarokon. A nem megfelelő és egységes terminus technicus használata komoly probléma lehet, hiszen, ha a szakembereket képző intézmények között hiányzik a fogalmi összhang, így nehezített lehet a magyarországi logopédiai képzés és továbbképzés minőségbiztosítási szempontból is. Ráadásul ez akár hátráltató tényezőként is megjelenhet az egységes szakmai fellépés, vagy a törvényhozást segítő/véleményező gyógypedagógiai tevékenységekben is, de szintén kárát láthatja a hazai tudományos élet.

2.3.3. Ellátás

A dadogó gyermekek és tanulók ellátását megelőzően komplex vizsgálaton vesznek részt¹³, amely során a megyei illetékességű Pedagógiai Szakszolgálaton belül működő Szakértői Bizottság állapítja meg, hogy a vizsgálatra jelentkező gyermek vagy tanuló „beszéd fogyatékos gyermek/tanuló”-e, és ha igen, meghatározza, hogy az adott gyermek/tanuló milyen ellátásra és kedvezményre jogosult (Nktv. 18.§. (2)). A meghatározott fejlesztést az arra kijelölt intézményben kapja meg: integráló intézményben általában utazó gyógypedagógiai hálózat útján, amennyiben gyógypedagógiai intézményt jelöltek ki számára, úgy helyben kapja meg a szolgáltatást. Ezt biztosíthatja az Egységes Gyógypedagógiai Módszertani Intézmény (EGYMI), vagy a kijelölt Pedagógiai Szakszolgálat. A már nem tanköteles korú/felnőtt dadogó személyek szakértői vizsgálatát a Eötvös Loránd Tudományegyetem Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat végzi. A vizsgálat alapján kiállított dokumentum igazolja az adott személy jogosultságát a már említett esetekben (nyelvvizsga kedvezmény, többletpont, a

¹² Ekkor már részt vesznek a hallgatók szakmai gyakorlatokon.

¹³ A vizsgálatot a szülő vagy pedagógus kérheti a 15/2013. (II.26.) EMMI rendelet 1. számú mellékletének kitöltésével.

felsőoktatásban alkalmazható további kedvezmények, lásd [2.1. fejezet](#)) (ELTE-GYOPSZ, 2022). Azonban fontos megjegyezni, hogy az adott populáció logopédiai terápiás ellátása jelenleg csak részben valósul meg. Ennek több oka van. Egyrészt a törvényi szabályozás, (lásd 2.1-es fejezet), ami nem biztosítja az ingyenes ellátást a felnőtt populáció számára, ha az nem klinikai vonatkozású. Másrészt ok lehet a logopédusképzés megváltoztatása. 1992-2006 között az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógia Karán (és jogelődjénél) tanuló logopédia szakirányos hallgatók a *logopédiai tanári* szakirány választásával kompetenciát szerezhettek a felnőtt kliensek ellátására, azonban a Bologna-rendszerre való átállás után ez a szakirány megszűnt (Kas, 2021). Ezt csak részlegesen pótolta a szintén itt indított Logopédiai rehabilitáció szakirányú továbbképzés, mivel kizárólag klinikai területre fókuszál.¹⁴ Emellett sajnálatos, hogy az új rendszerben végzett alapszakos (BA), logopédia szakirányon végzett szakemberek elvileg csak a tankötelezett korúak logopédiai ellátására jogosultak. Ezen helyzet jövőbeni feloldására lehet megoldás, a már említett, az ELTE-BGGYK 2022. tavaszi félévében elindított a logopédia mesterképzési szak (Oktatási Hivatal d.n.c).

Tehát a jelen helyzetre a következő lehet igaz: a tankötelezettségen túli és/vagy felnőtt dadogó személyek terápiás ellátása **magánellátás** útján valósulhat meg, olyan logopédusok által, akik nem biztos, hogy diplomájuk alapján jogosultak (kaptak képzést) az adott korosztály ellátására. Ha feltételezhetjük a szakemberhiányt (amit eddigi szakmai tapasztalatom alapján is megerősít), és hozzátesszük azt, hogy nem mindenki engedheti meg magának ezt költségtérítéssel ellátási formát, kijelenthető, hogy sérülhet ezen populáció terápiához való hozzáférése (földrajzi, anyagi és szakemberhiány okai miatt). További minőségbiztosítási probléma, hogy jelenleg a logopédiai magánellátás sem szakmailag, sem törvényileg nem szabályozott.

2.3.4. Szakmai és civil szervezetek és szerepük

Az MFFLT, a Magyar Gyógypedagógusok Egyesületének¹⁵ (MAGYE) logopédiai szakosztálya, valamint a már megemlített MLSzSz főként a szakmai érdekvédelemmel, tudásbővítéssel és minőségbiztosítással foglalkozik. Ezen szervezetek teljeskörű tevékenysége nincsen kutatásom fókuszában, mégis ki kell emelni az „*A logopédusok etikai kódexe*” dokumentumot, amely elvi síkon¹⁶ fogalmazza meg a szakember felelősségét, szakmai

¹⁴ Kizárólag klinikai fókuszú a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karának Ápolás és betegellátás szak Hang-beszéd és nyelésterapeuta szakirányú képzése is (Oktatási Hivatal d.n.d).

¹⁵ <https://magye-1972.hu/>

¹⁶ Elvi síkon, hiszen jelenleg nincsen egyik szervezetnek sem szabályozó és eljárási jogköre esetleges etikai vétségek esetén.

viselkedésének normáit, a páciens/kliens, a kollégák iránti és a nyilvánosság iránt kötelezettségét, valamint értekezik a titoktartásról és kutatásimódszertani alapelvekről is (MLSzSz, d.n.).

A kifejezetten fogyatékoságügyi érdekvédelemmel foglalkozó szervezetek közül tudomásom szerint a dadogással és a dadogó személyek érdekvédelmi képviselésével kettő foglalkozik.

„A Seneca Közhasznú Alapítvány a Dadogókért célja a beszéd fogyatékosok segítése, a velük szemben sokszor tapasztalható társadalmi előítéletek, intolerancia csökkentése, megszüntetése. A különböző terápiás lehetőségek felkutatása, kidolgozása, elterjesztése.” (d.n.).

Az 1994-ben alakult **Démoszthenész Egyesület** egyik fő tevékenységi köre a logopédus szakemberek szakmai továbbképzése, érdekképviselése, a másik kifejezetten a felnőtt beszédhibás populáció megsegítése különböző formákban és színtereken, mint például információáramoltatás, jogi segítségnyújtás, szakemberbázis kiépítése gördülékenyebb logopédiai ellátás elérésének érdekében, más szervezetekkel és kormányzati szereplőkkel való együttműködés stb. A teljesség igénye nélkül két további fontos területet emelnék ki: a egyik a társadalmi tudásbővítés és szemléletformálás, a másik a serdülő és felnőtt dadogó személyek számára immár több mint tíz éve, ha korlátozottan¹⁷ is, de elérhető Soha többé dadogás terápiás forma (Kovács & Feketéné, 2019.). A Démoszthenész Egyesületben vezetőségi szinten képviseltetve vannak a felnőtt beszédhibás személyek. A szervezethez köthető a Döcögők Klub, ami egy önszervező csoport. Sajnálatos, hogy a klub jelenleg inaktív. A Döcögőkön kívül két zárt hazai Facebook csoportról van tudomásom, ahol is tapasztalatokat oszthatnak meg egymással a dadogó személyek, illetve online meetingeket szervezhetnek főként a beszédrel és saját beszédükkel kapcsolatos témákban, azonban az oldalak aktivitása nem nagy. Ezek alapján feltételezhető, hogy a dadogó személyek magyarországi önszervező, önérvényesítő szerepvállalásának mértéke jelenleg csekély mértékű. Ennek okaira részben választ adhat majd a jelen pilótakutatásból kiinduló későbbi kérdőív.

3. A kutatás bemutatása

Kutatásom egyik kiindulópontja az volt, hogy megerősítem vagy cáfoljam a - már említett szakmai/gyakorlati és érdekvédelmi - munkám során eddig felmerülő társadalmi, törvényi és ellátási problémák meglétét. A másik, már hosszabb távú célom, hogy a kutatási eredmények felhasználásával olyan kérdőívet állíthassak össze, aminek az eredményei mentén javaslat/javaslatcsomag legyen megfogalmazható az esetleges hiányosságok enyhítésére vagy

¹⁷ A fentebb már említett okok: szakemberhiány, magánellátás. A földrajzi akadályok relatíve megszűntek az online terápiás forma bevezetésével.

megszüntetésére. Ennek érdekében félig strukturált interjúkat vettem fel dadogó személyekkel (n=5) és szakemberekkel (n=5).

A továbbiakban megjelenő *problémakörök* kifejezést PK, a *kutatási kérdések* kifejezést KK rövidítéssel is használom.

3.1. Problémakörök és kutatási kérdések

Első problémakörbe (PK1) tartozik a dadogás és a dadogó személyek társadalmi elfogadásának és a társadalmi felelősségvállalásának jelensége. Ennek az átfogó vizsgálata még várat magára, hiszen szemben a [2.3.1. fejezetben](#) olvasható külföldi módszerekkel, Kármán, Szekeres & Papp munkáját olvasva (2021) jutottam arra a gondolatra, hogy - ahogyan az intellektuális képességgal kapcsolatban - úgy dadogás-specifikusan sincsen olyan kidolgozott, evidenciaalapú attitűdvizsgálat, amely kifejezetten a középiskolás és felnőtt célcsoportot mérné. Tovább nehezíti a problémakör vizsgálatát, hogy a már szintén említett KSH népszámlálási protokolljában nem létezik dadogó személy kategória, de ha létezne is, sok esetben tapasztalhattuk a beszédvizsgálatok során, hogy az adott jelentkező nem vallja magát dadogó személynek (lásd második problémakör), miközben a szakember számára egyértelmű a diagnosztizálendő beszédhiba, sokszor már a bemutatkozáskor. Felmerülhet a kérdés, hogy (KK1): *létezik-e negatív attitűd, előítélet és sztereotípia a dadogó személyekkel szemben*, és (KK2): *éri-e őket bármilyen diszkrimináció az élet különböző színterein?* Szintén fontos kérdés, hogy (KK3): *a társadalom tagjai mennyit tudnak magáról a dadogásról?* (KK4): *Ha a többségi társadalom tudása felszínes-sztereotíp, akkor milyen hiedelmek jelennek meg a valós tudás helyett?* Az előbb is felsorolt negatív konstruktumok ellenében a többségi társadalom tudásának bővítése, ezen belül a jól megtervezett szemléletformáló program¹⁸ lehet az egyik megoldás. „Murfitt (2006) négy tényezőt azonosított, melyek ahhoz szükségesek, hogy a szemléletformáló programok az elfogadás felé mozdítsák a hozzáállást: 1. a fogyatékkal élő és a tipikus fejlődésű személyek egyenrangú státusza; 2. egymás megismerése; 3. közös célok elérése, közös részvétel a feladatokban; 4. ismeretek nyújtása az adott fogyatékosági típusról, területről.” (Murfitt, 2006, id. Dukics, 2021, p.106).

A **második problémakör (PK2)** az előzőből fakad, ha evidenciának fogadjuk el azt, hogy az egyén gondolkodására, érzéseire és önmeghatározására - úgy összességében az életére - hat az adott társadalom, amiben létezik. A *társadalmi inklúzió* eléréséhez, az ebben való *szerepvállaláshoz* érdemes megvizsgálni, hogyan gondolkozik magáról a dadogó személy a

¹⁸ Lassan, de szerencsére kezd kikopni a szakmai életből az ú.n. érzékenyítő program kifejezés, hiszen az említett kifejezés (nem vitatva a jószándékot) jogosan érezhető offenzívnek.

dadogás-fogyatékoság viszonylatában (*identitás-csoportidentitás*). Ez azért is fontos aspektus, mert a hatékony *önérdekérvényesítés*hez érdemes tisztában lennie az adott személynek az őt megillető jogokkal és kedvezményekkel, vagy azok hiányával (és ez általánosságban is elmondható mindenkire). Az *önérdekérvényesítés* mellett fontos elem az *egyéni felelősségvállalás*, hiszen (véleményem szerint) sem az inklúziós törekvések, sem a többségi társadalom szemléletformálása nem lehet egyirányú, ezek nem működhetnek (jelen esetben) a dadogó személyek akarata ellenére, bevonódásuk nélkül. Tehát ebben az identitás-önérdekérvényesítés és társas identitás problémakörében felmerülő kutatási kérdéseim a következők: (KK5): *Fogyatékoság-e a dadogás?* (KK6): *Milyen szóval lehet/”illik” definiálni a dadogó személyeket?* (KK7): *Él-e az érintett személyben valamilyen téves tudás/hiedelem a saját beszédével vagy általánosságban a dadogással kapcsolatban?* (KK8) *Tud-e sorstársaival azonosulni a dadogó személy?* és (KK9): *hajlandó-e tenni az adott csoport társadalmi elfogadásáért, jogainak eléréséért, kibővítéséért?* (KK10): *Van-e egyáltalán adott csoport?*

A hazai önszolgáltató közösségekről (avagy hiányukról) már írtam a [2.3.4. fejezetben](#). A későbbi, kérdőíves kutatási eredmények az érdekvédelmi szakemberek számára talán közelebb hozzák a megoldást, hogy kell-e/szabad-e, és ha igen, akkor miben és hogyan segítséget nyújtaniuk a hatékony önszolgáltató, önérvényesítő csoportok létrehozásában.

A **harmadik problémakör (PK3)** a szakmai tudás és felelősségvállalás a dadogó személyek minőségi ellátásának viszonylatában. A *joghiányról* a 2.1. fejezetben írtam. A *képzéssel* kapcsolatban a [2.3.2. fejezetben](#) tértem ki, míg az *ellátásról* a [2.3.3. fejezetben](#) értekeztem bővebben. Véleményem szerint ez a három terület jelentős kihatással van a szolgáltatáshoz való hozzáférésre.

A kényesebb téma (ami szintén nem értelmezhető az előző három nélkül) az a logopédus szakemberek megfelelő tudása és képessége (vagy ezek hiánya). Ezeket elengedhetetlennek gondolom a minőségi munka biztosításához. Felmerül hát, hogy (KK11): *Mennyit tud a logopédus szakma a dadogásról?* (KK12): *A dadogó személyek kaptak-e bármilyen ellátást?* (KK13): *Ha igen, milyen életszakaszukban és milyen minőségben?* (KK14): *Ha nem kaptak valamelyik életszakaszukban, miért nem kaptak?*

3.2. A módszer és minta

3.2.1. A kutatás módszere

Egy nagyobb ívű kutatás első állomásának szánom ezt a pilótakutatást. Nem valószínűségi mintavétellel, kényelmi módon, felkérés útján szakértői csoportokat alkottam (Szokolszky,

2004). Munkám kvalitatív stratégiát alkalmazva készült el, ami Balázs és Hőgye-Nagy (2015) leírásában „*a társas világ megértésére, probléma feltárására törekszik*” (p. 13), ráadásul „*a kvalitatív kutatásban a kutató szubjektív értelmezése a vizsgálati folyamat fontos részét képezi, hiszen nehezen is lehetne kizárni azt, illetve elősegíti a folyamatok pontosabb megértését*” (p. 12). Ezen megfogalmazásokkal, tekintve a témámat, teljes mértékkel azonosulni tudok.

A félig strukturált interjú módszert alkalmaztam, hiszen a strukturált változat a személyesség hiányában kevesebb információval kecsegtetett (Lengyelné, 2013), továbbá ezzel a módszerrel kapcsolatban Szokolszky (2004) azt írja: „*A narratív interjú lehetővé teszi mind az egyéni, mind pedig a társas, kulturális narratívák elemzését.*” (p. 321). Az interjúk során a Lengyelné (2013) által leírt lágy interjúhoz kapcsolódó kérdezői viselkedést vettem fel a hatékonyság érdekében, hogy szabad utánkérdezéssel pontosítást kérhessek az interjú alanyaitól, vagy a hiányzó információhoz hozzájuthassak.

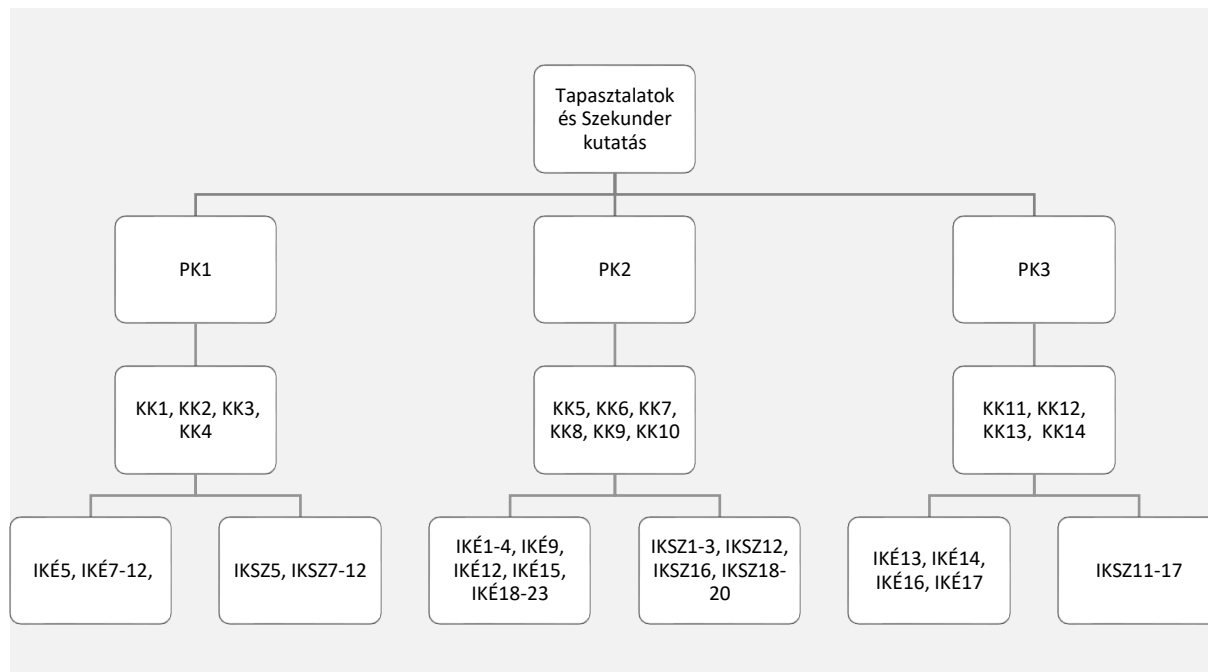
Sántha (2006) többretű módszertani értekezése alapján, mint ahogy az látható volt, hipotézisek helyett problémakörökhöz tartozó kutatási kérdések mentén alakítottam ki az interjú kérdéseit. A tartalomelemzés módszeréről Sántha (2020) alapján elmondható, hogy mind induktív, mind deduktív, mind abduktív elemeket is tartalmaz. A szerző szerint mindezen elemek teljesebbé teszik a kvalitatív elemzések tartalmát, értelmezését. Az interjúk narratív elemzéséhez a MAXQDA Analytics Pro 2022 (22.0.1. verzió) programot használtam. Az munka során a betöltött interjúszövegeket szavak, kifejezések és egész mondatok szintjén is kódoltam a tartalmakat a PK-k, KK-k és IK-k szerint. Ahogy Sántha (2017) is írja: „*Minden objektum kódolható, memóval látható el, valamint a kvalitatív adatok kvantitatív adatokká transzformálhatók.*” (p.38), ezeket az elemeket használtam is az elemzés során.

3.2.2. Az interjú kérdései

A konceptualizálás és az operacionalizálás folyamata, ahogyan az az 1. ábrából is látható, úgy zajlott, hogy az *előzetes tapasztalatok* és a *szekunder kutatás* alapján három problémakört tártam fel (PK1, PK2, PK3), amikhez 14 kutatási kérdést társítottam (KK). Ezek alapján készültek el az interjúkérdések (továbbiakban IK-k): dadogó személyek számára a 25 interjúkérdés (továbbiakban IKÉ), a logopédus szakemberek részére 23 interjúkérdés (továbbiakban IKSZ). Az IKÉ és az IKSZ a mellékletben található.

1. ábra

A konceptualizálás és az operacionálás folyamata, a problémakörök, a kutatási kérdések és az interjúkérdések kapcsolata



Forrás: saját kutatás

A KK-k és IK-k közötti pontos kapcsolatot mutató lista a mellékletben megtalálható (1. és 2. sz. melléklet), ami mintául szolgált a válaszok elemzésének. Az interjú során egyes kérdésekhez kiegészítő, magyarázó felsorolást alkalmaztam. Az IK-k nem a KK-k sorrendjét követi: vannak visszautaló kérdések, ellenőrző és összefoglalásra facilitáló kérdések is. A dadogó személyeknél az egyéni és személyes tapasztalásra (IKÉ) voltam kíváncsi, addig a logopédus szakembereknél a dadogással és a dadogók személyekkel kapcsolatos, rájuk mutató szakmai tudás, tapasztalat és intuíció (IKSZ) érdekelt.

További különbségek az IKÉ és az IKSZ között a következők: a demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseket csak a dadogó személyeknek tettem fel. Az IKÉ13 (kedvezmény igénybevétele) és IKÉ18 (önérdekérvényesítés) kérdéseknek nem készült IKSZ változata, hiszen ezen kérdések nem relevánsak a szakembereknek számára, mert személyes, specifikusan az adott dadogó személyre vonatkozó *tapasztalatokra* kérdeznek rá. Ezen témákban helyette a szakemberek *véleményére* és *tudására* voltam kíváncsi az IKSZ9, IKSZ16 és IKSZ17 kérdésekben. A kutatási kérdéseknél a KK11-hez tartozó IK-k csak logopédusok számára szóltak, mivel kifejezetten a szakmai minőségre kérdeztem rá. Ettől függetlenül, természetesen a dadogó személyek is véleményezhették a megkapott szolgáltatások/ellátások minőségét, de nem szakmai értelemben (IKÉ14a, IKÉ16a).

3.2.3. A kutatási minta

Kutatásomhoz tíz személyt kértem fel, hogy kérdéseimre válaszoljanak. A választás *szakértői mintavétel*nek tekintem, hiszen tapasztalati szakértőket és logopédus szakembereket választottam ki. Mindkét csoportról feltételezhető volt, hogy a problémakörök alapján feltett interjúkérdésekre értékes információval kecsegtető válaszokkal szolgálhatnak (Szokolszky, 2004).

3.2.3.1. Az interjú megszervezése, a felvétel körülményeinek leírása

A fentebb már említett szempontok alapján kiválasztott személyeket informális úton kerestem meg a felkérés és - igenlő válasz esetén - a közös időpont egyeztetésének szándékával. Ezek után emailben megtörtént a hivatalos felkérés is, csatolva az adott beleegyezési nyilatkozatot, amit mindenki visszaküldött hivatalos e-aláírással ellátva, vagy szkennelt formában, aláírva.

A felvételhez az ELTE Ms Teams videófelületét használtam. A felvétel elindítása előtt minden interjúalanyt tájékoztattam szóban is kutatásról és a felvett anyag hozzáférhetőségéről. A felvétel elindítása előtt minden interjúalanytól megerősítő szóbeli engedélyt is kértem és kaptam a beszélgetés rögzítésére és felhasználására a dolgozatomhoz. A tíz interjút február 1-12. között vettem fel.

3.2.3.2. Az É-minta

Az első, É-csoportba a megkérdezett dadogó személyek tartoznak, akik név nélkül nyilatkoztak, így a kódolásuk É (mint érintett), és az interjúk sorrendjében kapott szám (É1, É2, É3, É4, É5). A dadogó személyek számára készült beleegyező mintanyilatkozat a mellékletben megtalálható. Az É-mintával kapcsolatban érdemes megjegyezni, hogy É1, É2, É3 és É4 klienseim, vagy klienseim voltak csoportos terápia keretein belül, ketten tizennyolc éves koruk előtt kezdték el azt. Éppen ezért az interjúkérdések elemzésénél az IKÉ14a-b és az IKÉ16a-b kérdésekre adott válaszaikat körültekintően kellett vizsgálnom és az általam tartott terápiára vonatkozó válaszokat figyelmen kívül hagytam. Szintén az előző ok miatt, valamint onnan, hogy É5 aktív tagja volt a Döcögők önszorgató csoportnak, az IKÉ4-re (*Ismer-e más dadogó személyt?*) vonatkozó választ már előre tudtam¹⁹, de a későbbi kérdőív szerkezete miatt fontosnak éreztem mégis megkérdezni. Más szubjektív elemet nem feltételezek, már csak a felnőtt terápiás munka sajátossága okán, t.i. inkább partneri, mint alá-fölérendelt viszonyra

¹⁹ Igaz, többük a csoportos ellátás kezdetén találkoztak először sorstársaikkal.

érdeemes törekednie a terapeutának, ráadásul érdekvédelmi munkába az említett alanyok nem vonódtak be.

A következő szempontok szerint választottam meg interjúalanyaimat az É-mintához: Figyelembe vettem a dadogás *nemi eloszlását*, ami Carlson (2013) és Lajos (2000) szerint 3:1-hez aránylik férfiak és nők között, míg Mérei és Vinczéné (1991) ezt az arányt 3:1-re, illetve 4:1-re tette. Az én mintám ez utóbbit követi, tehát 4:1 arányú, mivel terápiás tapasztalataim szerint, legalább is serdülő és felnőtt korban, ez az arány jellemzőbb a populációra. Az *életkori eloszlás*, a *legmagasabb végzettség* és a *jelenlegi foglalkozás* sokszínűségét azért tartottam fontosnak, mivel mindezek befolyásolhatják az ellátásokhoz, szolgáltatásokhoz való hozzáférést, és a társadalmi konstruktumok (attitűd, diszkrimináció stb.) tapasztalását különböző szintereken és időben. A dadogás mértéke szempontjából az interjúalanyok az enyhe és középsúlyos-súlyos tüneti spektrumon helyezkednek el. Ez a szempont véleményem szerint befolyásolhatja az dadogással kapcsolatos identitásukat és tapasztalataikat, és ahogy Walden & Lesner (2018) leírta, a társadalmi megítélésükre is hat.

Ezen demográfiai adatok a 2. táblázatból kiolvashatóak.

2. táblázat

É-minta demográfiai adatai

Interjúalany	Neme	Kora	A dadogás mértéke	Legmagasabb végzettsége	Jelenlegi foglalkozása
É1	nő	20	enyhe	érettségi	hallgató
É2	férfi	35	középsúlyos-súlyos (változó)	alapdiploma	n.a.
É3	férfi	18	enyhe	általános iskola 8. osztály	tanuló
É4	férfi	41	középsúlyos	doktori fokozat	igazságügyi szakértő
É5	férfi	61	középsúlyos	érettségi és OKJ képzés	rendész

Forrás: a saját kutatás adatai

3.2.3.3. Az Sz-minta

A második mintába a logopédus szakemberek kerültek (Sz, mint szakember). A kiválasztás szempontjából már említett szakértői mintavétel alapján olyan személyeket kerestem meg, akiknek van tapasztalata a dadogó gyermekek/tanulók/személyek fejlesztésében/terápiájában. A logopédus által *ellátott és/vagy preferált korosztály* fontos kiválasztási szempont volt, hiszen értelemszerűen más-más élethelyzet és különböző szociális környezet jellemző a korosztályokra. További tényező volt a *szakmai tapasztalat*, így a mintában több évtizedes, több

mint tízéves és kevesebb mint tízéves tapasztalattal rendelkező logopédusok is szerepeltek. A szakmai sokszínűséget azért tartottam fontosnak, mert a szakemberképzés és továbbképzés, valamint az ellátás különböző szinterein dolgozó szakemberek közösen teljesebb képet adhatnak a hazai helyzetről. Emiatt az Sz-mintában megtalálható állami és magánszektorban, csak magánszektorban, állami ellátásban és egyetemi oktatói pozícióban dolgozó szakember is. A logopédusok közül négy személy valamilyen formában részt vállalt a hallgatók és szakemberek *oktatásában, továbbképzésében* is, valamint hárman *érdekvédelmi feladatokat* is ellátnak.

Mivel a szakemberek névvel vállalták az interjút (a szakemberek számára készült beleegyezési nyilatkozat minta a mellékletben található), ezért nagyon rövid, célcsoportfókuszú szakmai bemutatásukat nevükkel együtt tüntetem fel, és későbbiekben a monogramjukat használom a kérdések elemzésénél, ha az egész csoportra hivatkozom, ebben az esetben Sz-csoportként. A bemutatás sorrendje a felvételek időrendiségét követi.

Feketéné Gacsó Mária (továbbiakban FGM): többszörösen díjazott logopédus, több évtizedes szakmai múlttal a háta mögött. Fő szakmai területe a serdülő és felnőtt dadogó és/vagy hadaró személyek ellátása. Nevéhez köthető a kifejezetten felnőtt dadogó személyek számára kidolgozott Rituális Terápia (RIT). Dr. Martin F. Schwartz „Stutter no more” terápiáját a jelen dolgozat szerzőjével adaptálta *Soha többé dadogás terápia* néven. Ez a terápia tizennégy év feletti, de főképpen felnőtt dadogó személyek számára elérhető módszer. Több továbbképzésen is oktat az adott témában. A Démoszthenész Egyesület egyik alapítójaként és korábbi titkáráként jelentős, a felnőtt beszédhibás populációhoz kapcsolódó érdekvédelmi múlttal büszkélkedhet. Több éve már csak magánellátást vállal.

Fodor Rita (továbbiakban FR): a minta legfiatalabb logopédusa néhány éves szakmai múlttal rendelkezik állami és magánellátás szinterein is. Főként a Soha többé dadogás terápiát alkalmazza a már említett korosztályoknál, de érdeklődési körébe tartozik a dadogó gyermekek csoportos ellátási módszerei is. Érdekvédelmi szempontból kiemelendő, hogy több éve a Démoszthenész Egyesület *Ingyenes Beszédvizsgálat és Tanácsadás* felelős szervezője.

Szűcs Antal Mór (továbbiakban SzAM): logopédus, egyetemi tanársegéd, zeneterapeuta. A több, mint egy évtizedes logopédusi múlttal rendelkező szakember az ELTE-BGGYK logopédia szakirányán oktat, emellett a témában fontos kutatásokat végez. Nevéhez köthető a serdülőkorú dadogók számára kifejlesztett *RapTér* kiegészítő terápia. Több publikációja is megjelent már a beszédfolyamatosság zavarainak témakörében.

Nagy-György Márton (továbbiakban NGyM): Több éves szakmai múlttal rendelkező logopédus. Szakterületei a beszédfolyamatosság zavarainak vizsgálata, dadogás terápiák

gyermeknek, valamint a hadarás. Az állami és magánszektorban is dolgozik, továbbá szakembereket oktat akkreditált továbbképzés keretein belül.

Balás Eszter (továbbiakban BE): több évtizedes szakmai múlttal rendelkező, többszörösen díjazott logopédus. Nevéhez fűződik az egyik legismertebb óvodáskorú dadogó gyermekek részére kifejlesztett *Komplex művészeti terápia*, valamint a kisiskoláskorú dadogó tanulók számára megalkotott *Művészeti és kommunikáció-fejlesztő terápia*. Az általa kidolgozott módszert továbbképzés formájában oktatja szakemberek számára. Több könyv szerzője. Alapítója a Seneca Közhasznú Alapítvány a Dadogókért szervezetnek, ahol kiemelkedő érdekvédelmi munkát végez.

3.3. A kutatás eredményei

3.3.1. Az első problémakör (PK1) eredményei

A PK1-et a hozzájuk tartozó kutatási kérdések mentén, a KK-ekhez hozzárendelt IK-ek segítségével elemeztem. Ez a problémakör a dadogáshoz és dadogó személyekhez kapcsolódó társadalmi attitűdöket, sztereotípiákat, az ezekből fakadó esetleges diszkriminációt, valamint a társadalmi tudást, és ezzel szemben a hiedelmeket vizsgálja a megkérdezettek szemszögéből. Ebben a problémakörben az elemzéshez KK1-t és a KK2-t, valamint a KK3-t és KK4-t összevontam, hiszen mindkét esetben erős ok-okozati összefüggés látható.

A KK1-hez (*Létezik-e negatív attitűd, előítélet és sztereotípia a dadogó személyekkel szemben?*) az IKÉ5, IKÉ7, IKÉ8, IKÉ10, valamint az IKSZ5, IKSZ7 és IKSZ8 interjúkérdéseket használtam fel. Az IK5 a segítő, támogató attitűdre, IK7 a pozitív megkülönböztetésre kérdez rá, ezeket, mint témához kapcsolódó kiindulópontokat és mint ellenkérdést alkalmaztam.

A KK2-höz (*Éri-e őket [a dadogó személyeket] bármilyen diszkrimináció az élet különböző színterein?*) az IK8-10 interjúkérdéseket társítottam. Az IK9 később a PK2 releváns része lesz, jelen esetben az IK8 kérdéshez kapcsolódó ismétlőkérdés funkciót látja el.

Az adott válaszokból az alábbi eredményre jutottam:

Elsőként a **pozitív viszonylatokat** vizsgálva, azon belül a segítség és támogatással kapcsolatban minden szakember tudott pozitív példával szolgálni. NGyM egy (fogyatékosügyei koordinátor), FR egy (logopédia), BE kettő (szülő, pedagógus), FGM kettő (általános társadalmi elfogadás és család), míg SzAM öt (köznevelés, egyetemi finanszírozású logopédiai terápia, család, kulturális alkotás és környezet) példát említettek (+n=10). Szintén tudtak pozitív példát hozni az érintett személyek: É5 egy (logopédia), É4 kettő (család, nyelvvizsga könnyítése) É3 három (család, tanárok, terápia), É1 három (a család, külön megemlítve testvér

és édesanyja, valamint a tanárok) É2 három (család, pszichológus, logopédus) példákat említették (+n=12).

A pozitív megkülönböztetéssel kapcsolatban három-három választ kaptam (+n=6). É1 és É2 tanári dicséretéről számolt be, míg É3-ra mondták, hogy „... azt mondták, hogy aranyos a dadogásom”.

FR a telefonálás feladatnak áthárítását, SzAM a logopédiai ellátást (emberi erőforrást, anyagi és tárgyi lehetőségek), míg BE az érintettekhez hasonlóan a dicséretet emelte ki, de mint nem szerencsés jelenséget: „Tehát a pozitív megkülönböztetés, hogy úgy mondjam, az lehet káros is, mert valahogy, minthogyha leértékelné az igazi teljesítményt, hogyha olyasmiért is megdicsérjük, ami nem is teljesítmény. Akkor az ő értékeit leromboljuk, a saját maga által felállított sorrendnek az értékeit. Úgyhogy a pozitív megkülönböztetést én nem javaslom.” (BE).

Mint láthatjuk, a két kérdésben (IK5, IK7) a válaszok aránya nagyjából (10-12) megegyező. A két csoport összesen 28 pozitív gondolatot vagy példát tudott ide társítani, azonban fontos azt is megjegyezni, hogy - válaszuk alapján - É4 és É5 nem találkozott pozitív megkülönböztetéssel.

A **negatív viszonylatokat** és **hátrányos megkülönböztetést**, továbbá a társadalmi elfogadás szintjét vizsgálva a két kutatási kérdéshez tartozó interjúkérdések alapján a következő eredményekre jutottam: elmondható általánosan, hogy az IK8-ra a 10 válaszadóból 9 határozottan megerősítette a hátrányos megkülönböztetés tényét, BE hezitált, válasza nem volt értékelhető, besorolható. Elmondható továbbá, hogy FGM, FR, SzAM és NGyM szerint ez általános, az élet összes területén jelentkezhetsz. Ezzel szemben az É-csoport az általánosan túl konkrét, főként személyes tapasztalatokat osztott meg velem a család-barát-párkapcsolat, valamint az oktatás-munkahely viszonylatában (1:9).

Két szemléletes történetet szeretnék idézni: „Az egyik esetben a közvetlen munkatársam, akihez beosztottak még 2001-ben, adott egy ilyen jegyzetömböt, meg egy tollat, hogyha gyorsan akarok valamit mondani, és nem tudom kimondani, akkor inkább írjam le.” [...] „nem adták meg azokat az előjogokat, amik a végzettségemnek megfelelőek lettek volna, mert hogy az volt az indok, hogy félnek attól, hogy nem tudom magamat úgy kifejezni, ahogy kellene” [...] (É4).

Amíg az előző kérdések mentén nagy volt az egyetértés, ráadásul ez összhangban van a Klein és Hood (2004) megállapításaival, addig a mai magyar társadalom elfogadási szintjére vonatkozó interjúkérdésre (IK10) adott válaszok elgondolkodtató eredményeket hoztak. É3 hezitált, mert szűkebb környezetét kifejezetten elfogadónak tartotta, addig a tágabb értelemben vett környezetéről már negatív véleménye volt. É1 és É2, valamint FR, SzAM és NGyM inkább pozitívnak, vagy pozitív irányba változónak ítélte a társadalmi elfogadás irányát és mértékét.

Ezzel szemben É4, É5, FGM és BE kifejezetten lesújtó, negatív véleménnyel van ezzel a témával kapcsolatban (5:5). További érdekes összefüggés, hogy É2 és É4 az elfogadás mértékét az intelligencia szintjéhez kötötte.

Azt a mintát vélem felfedezni, hogy - csoporttól függetlenül - a 40 év alatti válaszadók inkább pozitívan gondolkodnak erről a kérdésről, de bizonytalanok („nem is tudom, inkább pozitív”). Ezzel szemben a 40 év felettiek határozottan elutasítónak tartják a mai magyar társadalmat a dadogó személyekkel kapcsolatban.

Jelen dolgozatom nem alkalmas arra, hogy erre a jelenség okaira választ adjon, azonban újabb kérdések merültek fel bennem, amit egy későbbi kutatás során érdemes lenne megvizsgálni, akár a KK3 (tudás) viszonylatában is. Míg a pozitív viszonyulásokat könnyen tudtam számszerűsíteni, a negatív előjelű dimenziókban már nem lehetett kvantifikálni, hiszen visszatérő elemként jelentek meg a „mindenhol”, „minden szintén” kifejezések, ezáltal túl átfogóak ahhoz, hogy mennyiségi tartalomként kezelhessem őket.

A KK1 és KK2 által érintett problémákra a már szintén említett tudásbővítés és szemléletformálás adhat választ. A KK3 (*A társadalom tagjai mennyit tudnak magáról a dadogásról?*), és a KK4 (*Ha a többségi társadalom tudása felszínes-sztereotip, akkor milyen hiedelmek jelennek meg a valós tudás helyett?*) pont ezek feltárását segítheti.

A KK3-ra adott válasz egyöntetű volt. A 10 megkérdezett véleménye a semmit és a nagyon keveset „skáláján” mozgott. FGM így fogalmazott: „*Hát ebben van egy elmélet, ami azt jelenti, hogy körülbelül közepes, és van egy gyakorlati valóság, ami mit tudom én, hogyha 1-10-ig nézzük a skálát, akkor 2-es szinten van.*” (FGM).

A hiedelmekkel, sztereotípiákkal kapcsolatos KK4-re két személy kivételével (É2 és É3, akik ezt a kérdést nem válaszolták meg) mindenki példával/példákkal válaszolt. A logopédus szakemberek 19, az érintettek mindösszesen 6 hiedelmet soroltak fel példaként (pn=25).

Mindkét csoportban visszatérő elemek a következők: *azért „dadog”, mert megijesztették; minden „dadogó” szorongó; „előre jár a feje” – vagy intelligensebb, vagy ennek ellentéte, hogy butább az átlagnál.* A témával kapcsolatban kiemelném a számomra legrelevánsabb mondatot: „*Ezzel tényleg össze lehet foglalni, hogy egy oka van a dadogásnak. Az egy hiedelem.*” (BE).

Összefoglalva elmondható, PK1-hez tartozó KK-ek nagyrészt megválaszolásra kerültek. Ebből az derült ki számomra, hogy a válaszadók szerint a dadogó személyekkel kapcsolatos pozitív attitűdök és megkülönböztetések jelen vannak ugyan, de nem mindenre kiterjedően. A válaszok alapján többnyire a családi, (három érintett esetében) iskolai környezetre jellemző ez.

Azonban a negatív attitűdök, a hátrányos megkülönböztetés sokkal átfogóbban, minden szintén jelen vannak. Szintén fontos, hogy a többségi társadalom a dadogással kapcsolatos tudását mindenki alacsony szintűnek tartja, de a tévhitekkel kapcsolatos tudása a logopédusoknak mégis markánsan nagyobb, mint az érintetteknek. A társadalmi elfogadottság mértékére adott válaszok felemás eredményeket hoztak, ez további kutatást igényel.

3.3.2. A második problémakör (PK2) eredményei

Míg az előző PK a társadalomra vonatkozó kérdésekre, addig a PK2 az egyénre, kifejezetten a dadogó személyre teszi a hangsúlyt, annak a dadogáshoz és fogyatékosághoz való viszonyulására, valamint az egyén tudására és felelősségvállalására. A fókusz innen a létező vagy nem létező dadogó személyekből álló csoportra vetül, vizsgálva a társas identitás meglétét, avagy annak hiányát. A dadogással kapcsolatos identitást, annak a fogyatékosággal való kapcsolatát a KK5 (*Fogyatékos-e a dadogás?*) és a KK6 (*Milyen szóval lehet/”illik” definiálni a dadogó személyeket?*) és a PK1-hez szorosan kapcsolódó KK7 (hiedelem, prekoncepció) kutatási kérdések mentén vizsgáltam. Ez utóbbit azért tartottam fontosnak, hiszen mind a dadogás, mind a fogyatékoság meghatározásánál felvetődhet a kérdés, hogy befolyásolja-e azokat bármilyen téves elképzelés. A KK5-höz az azzal megegyező IK1, valamint az IKÉ2 és IKSZ2 kérdéseket társítottam. Míg az IKÉ2 a fogyatékoság definiálására vonatkozó kérdés, ami további aspektusokat adhat az É-csoportba tartozó meghatározásaihoz (a KK5, KK6 és KK7 kutatási kérdésekhez), addig az IKSZ2 a szakemberek tapasztalatait monitorozza a dadogó személyek önazonosításával és fogyatékosággal való viszonyukkal kapcsolatban.

Az É-csoportból É2 határozottan nem tartotta fogyatékoságnak a dadogást: *„azt gondolom, hogy intellektuálisan és fizikálisan bármit meg tudok csinálni ettől függetlenül is.”*, É5 pedig határozottan a fogyatékosághoz kapcsolta a dadogást: *„Fogyatékoság kommunikáció téren.”* A csoport többi tagja vegyes választ adott. É1 akadályozottság szempontjából fogyatékoságnak tartotta a dadogást, végül nem fogyatékoságként, hanem tulajdonságként határozta meg azt. É3 régebben annak élte meg, már nem. Szerinte *„közben hogyan megtanulja [az érintett személy] kezelni a dadogást, akkor ez egyáltalán nem számít hátránynak, és ezért szerintem nem fogyatékoság.”* É4 szerint fogyatékoság, de csak bizonyos súlyossági fok fölött. Önmagát nem tartja fogyatékos személynek.

Ugyanez a csoport a fogyatékoság meghatározásáról szintén változatosan nyilatkozott. É1 általánosan, fogyatékosági csoport említése nélkül, az emberi jogi modell alapján, az akadályozottság mentén fogalmazta meg azt. É2 a mozgás és intellektus alapján, míg É3 csak

a „testi probléma” mentén gondolkodott a témáról. É4 az átlagtól való eltérés alapján megemlítette a mozgást, látást, hallást és a beszédet. É5 a mozgás és kommunikáció deficitét emelte ki. Mint látható, az É-csoport tagjai közül míg egy kifejezetten nem tartja a dadogást fogyatékoságnak, addig hárman bizonyos aspektusból tartják csak annak, míg egy személy kifejezetten annak tartja (1:4).

Az Sz-csoport válaszai sem egyértelműek a KK5-re. Többen hajlanak arra (3 fő), hogy fogyatékoság, de különböző megkötések mentén. FGM a fogyatékoság szó pejoratív háttere miatt nem szívesen fogalmazna így, miközben szakmailag annak tartja. FR az akadályozottság, SzAM pedig a súlyossági szinthez köti/kötné ezt. NGyM azt mondja, hogy *„Én nem tekintek a dadogásra fogyatékosággként. Ez egy megváltozott beszédállapot (...)”*, BE pedig nem akar állást foglalni, de a társadalmi előnyök és hátrányok mentén hozott fel érveket és ellenérveket. Egységesebb a kép az IKSZ2 kérdésre adott válaszokkal kapcsolatban. Minden szakértő azt nyilatkozta, hogy szerintük a dadogó személyek nem tartják magukat fogyatékos személynek, néhányuk egy-egy ellenpéldával színesítve válaszát. FR a dadogás külső jeleinek hiányát, SzAM a többi fogyatékosági kategóriával való összemérésétől való félelmet feltételezte, kiemelve az értelmi fogyatékoságot. Ezt emelte ki BE a negatív státusz kifejezést használva. A KK6-nál a szakemberek közül hárman (FR, SzAM és NGyM) a *„dadogó személy”* kifejezést tartották megfelelőnek, míg FGM a *„kommunikációban akadályozott”* kifejezést preferálta. BE nem akart válaszolni a kérdésre.

Az érintettek csoportjában még változatosabb volt a kép, hiszen volt, aki több megfogalmazást is elfogadhatónak tartott (É1 és É4). A *„beszédhibás”* két esetben (É4, É5), a *„dadogó személy”* két esetben (É3, É4), a *„dadogó”,* a *„beszédben akadályozott”* és a *„beszédfolyamatosági zavarral küzdő személy”* egy-egy esetben (mindhárom É1-hez köthető) fordult elő. Fontos megemlíteni, hogy É2 *„ember”* -t, É1 pedig először a saját nevét válaszolta a feltett kérdésre, ez követően váltott, *ami jelenthet akár egy fajta elhatárolódást is az adott beszédhibától.*

A két csoport interjúszövegeiben a MAXQDA programban rákerestem az alábbi szavakra: dadogó, dadogós, dadogót, dadogók, majd ezeket mondatok tartalmi szintjén ellenőriztem. Ebből arra a következtetésre jutottam, hogy a *„dadogó”* kifejezést csak SzAM és É4, É5 nem használta az interjúk során a dadogó személyek megnevezésére.

A KK7 által már korábban feltárt hiedelmek, preconcepciók, és az ebből fakadó sztereotípiák a KK5 és a KK6 elemzése során is felmerültek. A szakemberek közül FGM, SzAM és BE kifejezetten felhívták ezekre a figyelmet az IKSZ1, de még inkább az IKSZ2 kérdésekre adott válaszaikban. Fontos azt is észrevenni, hogy az É-csoport fogyatékoság értelmezése nagyrészt

a sokszor általánosító, sztereotip közvélekedésen alapulhat, BE kifejezésével élve negatív státuszú.

Összességében elmondható, hogy az érintett interjúalanyok jelentős arányban nem tartják fogyatékosnak a dadogást, így - feltételezhetően - magukat sem tartják fogyatékos személyeknek, míg a szakemberek bizonyos megkötések mellett inkább fogyatékosnak tartják ezt a beszédhibát. A dadogó személyek megnevezésére jellemző a sokszínűség. Szakmai szinten a „dadogó személy” jelent meg nagyobb arányban, míg a tapasztalati szakértőknél ennek feltérképezése ez további kutatást igényelne.

A KK8 (*Tud-e sorstársaival azonosulni a dadogó személy?*) és a KK9 (*[A dadogó személy] hajlandó-e tenni az adott csoport társadalmi elfogadásáért, jogainak eléréséért, kibővítéséért?*) segítségével az egyénből, annak tudását/ tudásának hiányát, egyéni felelősségvállalását és önérdékérvényesítő képességét érintve jutunk el a KK10 (*Van-e egyáltalán adott csoport?*) kutatási kérdéshez, a társas identitáshoz.

Sorstársi ismeretség (IK4), csoportba való belépés (IKÉ23-IKSZ20) és sorsközösség vállalása (IKÉ24-IKSZ21) volt a KK8 elemzésének logikai felépítése. Az É-csoport bemutatásánál már jeleztem, hogy a fentebb említett okok miatt tudom, hogy ismernek más dadogó személyeket. Ezen felül É1, É2, É4 megemlítette, hogy már a csoportos terápia előtt is ismert más dadogó személyt, É5 pedig beszélt a családi halmozódásáról. A szakemberek közül ketten, FGM és FR szerint ismernek az érintett személyek más dadogó személyeket, SzAM és NGyM szerint inkább nem ismernek. Érdekes megjegyezni, hogy míg az első két logopédus felnőtt dadogó személyekkel foglalkozik, addig az utóbbi kettő gyermekkorú, vagy serdülő dadogó személyek ellátásával. Innen is lehet az eltérés. BE nem kívánt állást foglalni a kérdésben (2:2).

Az É-csoportból négyen kifejezetten szeretnének közös programban részt venni más dadogó személyekkel, főként beszélgetéseken, kirándulásokon. É2 azonban kategorikusan elzárkózott ettől: *„Tehát én úgy szocializálódtam, hogy nem ez határoz engem meg. És pont ezért, hogyha most kreálunk egy olyan embercsoportot, ahol ez a legfontosabb, ez az apropónk, én nem gondolom ezt helyesnek.”* (4:1).

Az Sz-csoportból hárman (FR, NGyM, BE) bizonytalanok voltak ebben a kérdésben, FGM szerint kifejezetten igény lenne rá, SzAM szerint pedig inkább nem vennének részt, mint igen.

Sorsközösséget három érintett személy vállal, vagy vállalna kifejezetten (É1, É4 és É5), még É2 kifejezetten nem, É3 pedig inkább nem (3:2). A szakértők közül NGyM adott tisztán igenlő választ, FR szerint súlyosságtól függ, az *„enyhe dadogók kevésbé”*. SzAM szerint vállal vagy

vállalna, de „egyszerűen kellemetlennek érzi azt a tükröt, amiben tulajdonképpen saját magát látja. Szóval szerintem ez egy viszonylag gyakori megélés ez a fajta negatív attitűd, antipátia, ami ebben a szituációban előkerülhet.” FGM és BE szerint nem vállal vagy vállalna (3:2).

A KK9 megválaszolásának logikai menete a következő volt: a dadogó személy *tudásának* felmérése a jogok, ellátások szempontjából (IKÉ13, IKÉ15, IKÉ18) IKSZ18, az *önérdekérvényesítési* képesség vizsgálata a szükséglet megfogalmazásától akár a konkrét szituációkig (IK9, IKÉ13a, IKÉ19, IKÉ20) és az esetleges szándék, vagy annak hiányának feltérképezése (IKÉ21, IKÉ22 és IKSZ19). A válaszok elemzéséből az derült ki a KK9 kapcsán, az É-csoport határozottan és egyöntetűen azt vallotta, hogy egyiküknek sincs tudomása (*tudás*) a tankötelezettségen kívül járó kedvezményekről (IKÉ15), sem a beszéd fogyatékos személyeknek járó jogokról (IKÉ13 és IKÉ18). Itt fontos megjegyezni, hogy É1 ettől függetlenül megemlítette a felvételi eljárás során járó plusz 40 pontot (tévesen 50 pontként), amit nem vett igénybe, valamint É4 a nyelvvizsga során elért könnyítést.

A szükségletek megfogalmazásával kapcsolatban (IKÉ20) négyen az ingyenes logopédiai és/vagy pszichológiai szolgáltatást emelték ki (É1, É2, É3, É4), ebből ketten csak rászorultsági alapon ítélnék azt oda (É1, É2). Emellett É4 és É5 a pedagógusok témával kapcsolatos edukációját tartotta rendkívül fontosnak: „(...) az oktatásban aktívan részt vevő oktatóknak egy továbbképzést, vagy egy ilyen tájékoztatást, hogy ha ilyen diákkal, hallgatóval hozza össze őket a sors, mit kell tenniük, vagy hogy kellene viselkedniük, akár emberileg, akár egy ilyen érzékenyítési tanfolyam, vagy nem tudom (...)” (É4).

Az önérdekérvényesítéssel kapcsolatban ötből négyen mondták azt, hogy meg tudták magukat védeni (É1, É2, É3 É4), például: „De amikor viszont azt éreztem, hogy most a dadogásom miatt nem engednek a többiek, akkor azért én mindig felszólaltam.” Konkrét szituációhoz kötve É4 nem tudta alkalmazni az önérdekérvényesítést.

Minden megkérdezett dadogó személy támogatja (IKÉ21) és aktívan is részt vállalna érdekvédelmi programok, szakpolitikai állásfoglalások előkészítésében, létrehozásában és képviselésében (IKÉ22). Ezzel szemben a logopédus szakemberek ennek pont az ellenkezőjét vélelmezték.

A KK8 és KK9 kutatási kérdésekkel kapcsolatban összességében elmondható, hogy (a kutatásban részt vevő) dadogó személyek *tudása a saját jogaikról és kedvezményeikről hiányos*, azonban nagyrésztük *ki tud állni magáért, igényeiket meg tudják fogalmazni*, és mindannyian *aktívan részt vállalnának önérdekérvényesítési tevékenységekben*. Ez utóbbit a logopédus szakemberek ellenkezően ítélték meg. Valószínűsíthető, hogy ez a gyakorlatban derülne ki

igazán. Arra a kérdésre, hogy *Létezik-e egyáltalán adott [dadogó személyek alkotta] csoport?* (KK10), tehát van-e társas, közösségi identitásuk a dadogó személyeknek, nehéz válaszolni, hiszen a csoportokon belül is és a csoportok között is változatos válaszok születtek. Annyi elmondható, hogy ha létezik is bármilyen csoport, az az identitással kapcsolatos válaszok alapján nem a fogyatékosági csoportokon belül létezik, hiszen a megkérdezettek nem ebbe sorolják.

3.3.3. A harmadik problémakör (PK3) eredményei

A harmadik problémakört a *szakmai tudáson* és *szakmai felelősségvállaláson* keresztül (KK11: *Mennyit tud a logopédus szakma a dadogásról?*) valamint az *ellátáson* és törvény által biztosított(?) *engedményeken* keresztül (KK12: *A dadogó személyek kaptak-e bármilyen ellátást és/vagy kedvezményt?* KK13: *Ha igen milyen életszakaszukban és milyen minőségben?*) vizsgálom, külön figyelmet szentelve az esetleges ellátási nehézségekre (KK14: *Ha nem kaptak valamilyen életszakaszukban, miért nem?*).

A KK11 kutatási kérdést a szakmai tudást és minőséget érintő IKSZ11b, IKSZ13b és IKSZ16b interjúkérdésekre, valamint az interjúalanyok tudását feltérképező IKSZ12-17 kérdésekre adott válaszok alapján elemeztem. Ezek alapján elmondható, hogy **a szakemberek szerint döntően részesülnek logopédiai ellátásban a dadogó személyek**. FGM és FR azonban úgy gondolja, hogy ez az arány felnőttkorban kiegyenlítődik.

Az *Sz-csoport egybehangzó véleménye szerint a logopédusok többsége keveset tud erről a témáról*. Az okokkal kapcsolatban FGM egy fontos szakmai tévhitet emeli ki ezzel kapcsolatban: „*valami olyan tudat van, hogy ez nem megváltoztatható, és az, hogy én nem vagyok elegendő hozzá. És ha nem vagyok elegendő hozzá, akkor nincs segítségem.*”, míg FR azt, hogy nagyon nehezített a hospitálási lehetőség az egyetemi évek alatt, mert a gyakorlóléhelyek nem engednek hallgatókat ilyen terápiát megnézni. Szintén ő emeli ki, hogy dadogásterápiák komplexebbek, mint például az artikulációs terápiák, így elengedhetetlen az ön- és szakmai továbbképzés. SzAM a tudásbővítés igényének hiányát említi meg, összefüggésbe hozva azt az anyagi megbecsültség hiányával. NGyM a képzőhelyek felelősségére irányította rá a figyelmemet.

A szakmai minőségre irányuló kérdéseimre már nem egyöntetű válaszokat kaptam. FGM szerint „*mivel kevesen vállalkoznak ilyenfajta terápiás ellátásra, én azt gondolom, hogy nagy számban jól csinálják*”. SzAM is jó minőségűnek ítéli meg a dadogásterápiát végző logopédusok munkáját. FR és NGyM viszont lesújtó véleménnyel a dadogás terápiás ellátás minőségére. BE diplomatikusan azt mondta, hogy „*szélsőségesen változó szakmai minőség*”

jellemző a logopédusi szakmára. Három szakember is ***feltételezi, hogy a dadogó tanulók közül többen nem kapják a nekik járó ellátást***, amit a szakemberhiány mellett azzal magyaráznak, hogy vannak logopédusok, akik egyszerűen nem vállalják el ezeket a tanulókat.

A megkérdezett szakemberek mindegyike tisztában van a dadogó gyermekre és tanulókra vonatkozó ellátással és szolgáltatásokkal, mindegyik logopédus több példát is fel tudott hozni a dadogással kapcsolatos hiedelmekről, FGM és SzAM szakmai preconcepciókat is. Azonban csak FGM volt tisztában a tanköteles kor feletti dadogó személyekre vonatkozó törvényekkel, kedvezményekkel.

Összességében a KK11 kapcsán elmondható, hogy a megkérdezett szakemberek kivétel nélkül kevésnek tartják a logopédusok szakmai tudását a dadogás témakörében, míg az ezzel foglalkozó szakemberek munkájával kapcsolatban megosztóak voltak, ami a minőséget illeti.

A KK12-KK13-KK14 kutatási kérdéseket logikailag egymáshoz tartozóknak gondolom, így azok elemzését is egyszerre végeztem el. Mivel az előző részben (KK11) már az Sz-csoport válaszait megvizsgáltam, ebben a részben csak a különbségek mentém foglalkozom a logopédus szakemberek válaszaival.

Az ellátás témakörében a dadogó személyek KK12-KK13-hoz tartozó interjúkérdései a következők: IKÉ13, IKÉ14, IKÉ16 és IKÉ17. Az IKÉ13-ra már kaptam választ, lásd PK2.

Három és tizennyolc éves koruk között minden dadogó személy kapott logopédiai ellátást (így a IKÉ14b nem releváns), mindegyikük több szakembertől is az évek során. Ebben az É-csoport és az Sz-csoport között látszólagos ellentmondás van, amire a következő alfejezetben reflektálok. Az ellátás hatékonyságával kapcsolatban É5 kifejezetten elégedett volt, a többi interjúalany azonban (É1,É2,É3,É4) (utólag) *kifejezetten hatástalannak tartották azokat*. Ezen életszakaszában É4 és É5 nem vett részt pszichológiai ellátásban, a többiek igen, és elégedettek voltak azzal. A logopédiai és pszichológiai ellátás aránya változó: É1 50-50 %-ra, É2 90-10 %, míg É3 „*Vagy ilyen 60-70% logopédia és 40-30% pszichológia.*” választ adta.

A felnőtt ellátásra vonatkozó kérdéseket É3-nak nem tettem fel, mert az interjú előtt pár hónappal töltötte be a 18. életévét, így azokat nem tartottam volna relevánsnak. A további négy fő mindegyike részt vett logopédiai kezelésben, így az IKÉ16b kérdés nem releváns. É5, korából fakadóan ingyenes, állami ellátást kapott, míg a többiek magánellátásban részesültek. É1 és É5 nem vett részt pszichológiai terápiában, É2 és É4 igen, és kifejezetten elégedettek voltak vele. Ezt az 50-50 %-os arányt valószínűsítette FGM, FR és É1. Mint ahogy azt már jeleztem, a logopédiai terápia minőségére és hatékonyságára vonatkozó kérdéseket ugyan

feltettem, de az általam nyújtott ellátást nem vettem számításba. É5 két logopédiai ellátásról beszélt. Az egyikkel kifejezetten elégedett volt, a másikat teljesen hatástalannak tartotta. É2 17-18 évesen is járt rövid ideig logopédushoz, de nem találta kielégítőnek, mert „*nagyon gyerekként kezelt engem, és ilyen játékosan, játék alapúak voltak a foglalkozások. És én már akkor sem értettem ezzel egyet, nem éreztem azt a komfortot, ami egy ilyen fejlődéshez kell.*”. Elmondható, hogy az É-csoport tagjai ***minden életkorban hozzájutottak logopédiai szolgáltatáshoz***, míg nagyrészüket 18 éve koruk alatt pszichológiai szolgáltatást is igénybe vehettek. Az ellátás hatékonyságát tekintve a gyermekeknek/tanulóknak szóló dadogásterápiákat a csoport tagjainak nagy része utólag hatástalannak tartotta.

3.4. A kutatás korlátai

A kvantitatív módszerrel szemben az általam választott kvalitatív kutatás nem mondható reprezentatívnak. A kényelmi mintavétel, ezen belül is a szakértői csoportok alakítása során vállaltam, hogy torzított eredményt fogok kapni a klienseimtől a felnőtt logopédiai szolgáltatás elégedettségével kapcsolatban (IKÉ16a), és a rám vonatkozó részeket nem használtam fel. Szintén az É-csoport összetétele okozhatta a kutatásban azt az ellentmondást, hogy a szakemberek véleményével ellentétben minden dadogó személy kapott logopédiai ellátást tizennyolc éves koruk alatt és felett is. Ez azonban csak látszólag ellentmondásos, hiszen a mintában szereplők többsége anyagi, földrajzi és szociális helyzetükből fakadóan, erős családi támogatás mellett minden lehetőséget megkaptak gyermekkorukban, ráadásul felnőtt korukban maguktól jelentkeztek logopédiai szolgáltatásért. *Ebből fakadóan azonban vizsgálhatatlanná vált a logopédiai ellátás hiányának feltérképezése (IKÉ14b és IKÉ16b).* A kutatás korlátai közé sorolom azt is, hogy ebbe a pilótakutatásban nem fért bele a szakmai ellátás másik fontos szereplőinek, a pszichológusoknak megkérdezése. Azt tapasztaltam, hogy az IK5 (*Milyen eddigi segítséget és támogatást kapott élete során? / Ön szerint milyen segítséget és támogatást kap/kaphat egy dadogó személy élete során?*) nem volt felhasználóbarát, és a hozzá tartozó felsorolás sem segített ezen. Ezért a későbbiekben ezt az IK-t vagy teljesen le kell szűkíteni a nem professzionális szolgáltatások mellőzésével, és/vagy külön kérdésként kell megfogalmazni minden egyes színteret. Mivel ezt már interjúk készítése során észleltem, ezért próbáltam segítő, emlékeztető kérdésekkel korrigálni a felvétel közben.

Az IKÉ13 (*Kapott-e kedvezményt (típusai), szolgáltatást (típusai)?*) kérdésnél érdemes lesz a későbbiekben definiálnom a dadogó személyek számára a kedvezmény és szolgáltatás kifejezéseket, mert kettő interjúalany is nemlegesen válaszolt erre, miközben a beszélgetés más részében említettek kedvezményeket.

4. Összefoglalás

Elmondható, hogy a pilótakutatás betöltötte funkcióját, hiszen eredményesnek bizonyult több szempontból is.

Egyrészt a már bevezetőben említett, majd problémakörökké formált kérdésekre (nem reprezentatív válaszokat) kaptam. A válaszadók véleménye és/vagy tapasztalata az, hogy markánsan léteznek negatív társadalmi attitűdök és sztereotípiák a dadogó személyekkel kapcsolatban, és több területen is tapasztalható a hátrányos megkülönböztetésük. Ennek fő okaként a társadalom a témával kapcsolatos tudáshiánya emelhető ki. A többség ezek ellenére a társadalmat inkább elfogadónak jellemezte, ami további kutatás témája lehet, mert markánsan megjelent az eltérő válaszoknál a korosztályi különbség (PK1).

Az érintettek többsége nem tartotta a dadogást fogyatékoságnak, míg a szakemberek különböző feltételek mentén igen. A dadogó személyek tudása az őket érintő jogok és kedvezmények tekintetében rendkívül alacsony, ennek ellenére az (ön)érdekvédelmi programokban mindannyian részt vennének, és a logopédus szakemberek előrejelzéséhez képest az önérdékvényesítő képességük magasnak tűnik. Társas identitásuk megítélése további kutatásokat igényel (PK2). Az ellátás tekintetében elmondható, hogy a dadogó személyek minden életszakaszban kaptak logopédiai és/vagy pszichológiai ellátást, igaz a gyermek- és serdülőkorukban kapott logopédiai megsegítést döntő többségük hatástalannak ítélte meg. A megkérdezett szakemberek a logopédus társadalom témával kapcsolatos tudását kifejezetten kevésnek, hiányosnak ítélték meg, a dadogás ellátásának minőségét firtató kérdésekre vegyes válaszokat kaptam. Három szakember is jelezte, hogy valószínűsíthető, hogy a dadogó tanulók közül többen nem kapják a nekik járó ellátást. A két csoport közötti véleménykülönbség magyarázatára már kitértem az előző fejezetben (PK3).

Másrészt a szakirodalmi feldolgozás során fogalmazódott meg bennem az, hogy érdemes elgondolkodni egy dadogó személyekkel kapcsolatos attitűdvizsgálat kidolgozásán /adaptálásán. Ez a pilótakutatás hozzásegített a későbbi, már nagyobb szabású kutatás kérdőívéhez szánt kérdések érthetőbb, felhasználóbarát megfogalmazásához. Tehát további terveim között szerepel az IK-k felhasználásával kérdőív elkészítése, a célcsoportok kiterjesztése, és a már kvantitatív módszer kiegészítése újabb félig strukturált interjúk segítségével. Az interjúk végén a szakembereket és a dadogó személyeket is megkérdeztem, volna-e javaslatuk egyéb témára, vagy konkrét kérdésre, amit esetleg nem érintettünk (IKÉ25-26 és IKSZ22-23). Az interjúalanyok többsége nem élt ezzel a lehetőséggel, csak hárman. SzAM további tudást feltérképező kérdések beépítését javasolta, míg BE azt kihangsúlyozta ki,

hogy a később elkészülő kérdőívből semmiképpen se hagyjam ki a pedagógusokat. É1 javaslatának egyszerűsége és igazsága mindezek mellett a leginkább magával ragadó és hasznos volt. A későbbi, dadogók számára készülő variánsba mindenképpen be fogom építeni azt, hogy *a dadogásban mi zavarja önt?*- kérdést, hiszen az erre a kérdés adott válasz magában foglalhatja az identitást, az önelfogadás létét/nem létét, és az adott ember társadalomhoz való viszonyulását is, az eddig megélt pozitív vagy negatív tapasztalások alapján. É1 így fogalmazott: „*Talán az, hogy mi zavarja Önt? A dadogás, vagy amit az okoz? Tehát hogy... vagy a következmény. Tehát hogy maga a tény, hogy Ön megakad, vagy a hozadéka? Mert nagyon nem mindegy. Én nagyon szívesen végigdadogom az életemet, hogyha közben nem félek. Hogyha közben nincs bennem az, hogy jajj, ne! Várnak.*”

5. Ábra- és táblázatjegyzék

1. táblázat	A dadogással kapcsolatos kurzusok óraszámja képzőhelyek szerint	18
2. táblázat	É-minta demográfiai adatai	27
1. ábra	A konceptualizálás és az operacionálás folyamata	25

*

A mellékletben találhatóak:

1. melléklet: Felhasznált szakirodalom
2. melléklet: Az interjú kérdései IKÉ
3. melléklet: Az interjú kérdései IKSZ
4. melléklet: A KK és IK közötti hierarchia
5. melléklet: Belegyező nyilatkozat -érintetteknek
6. melléklet: Belegyező nyilatkozat – szakembereknek