

SZAKDOLGOZAT

Vörös Vivien
Gyógypedagógia

Kaposvár
2023



**Magyar Agrár-és Élettudományi Egyetem
Kaposvári Campus
Logopédia szak**

**Ausztrál dadogás terápia, a Lidcombe Program
bemutatása és összehasonlítása Szülőcsoportos dadogó
terápiával**

Belső konzulens: Dr. Szili Katalin
Egyetemi adjunktus

Készítette: Vörös Vivien
FSS9ZB
Levelező tagozat

Intézet: Neveléstudományi Intézet
Tanszék: Gyógypedagógiai Tanszék

Kaposvár

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	1
2. Irodalmi áttekintés	3
2.1 Dadogás meghatározása	3
2.2 Elméletek a dadogás etiológiájáról.....	7
2.3 Rendszerezése, fajtái.....	9
2.4 Tünetei	10
2.5 Pszichológiai jelenségek a dadogásban	11
2.6 Anya-gyermek kapcsolat és a dadogás	12
2.7 A dadogó gyermekek ellátása Magyarországon	14
2.8 Terápiás ellátások, fajtái.....	15
2.9 Elméleti összefoglaló.....	16
3. Kutatási célok	17
4. Terápiák bemutatásának felépítése	17
5. Lindcombe Program bemutatása, ismertetése	18
5.1 Lidcombe Programot alkalmazható személye	18
5.2 Lindcombe Program felépítése.....	18
5.3 Dadogás mérése a Lidcombe Program segítségével	20
5.4 Első konzultáció menete	22
5.5 Szülői verbális megerősítések	22
5.5.1 Verbális megerősítések a dadogásmentes beszéd esetén.....	23
5.5.2 Verbális megerősítések dadogás esetén.....	23
5.5.3 Opcionális verbális szülői megerősítések.....	25
5.5.4 Egyéb fontos dolgok a szülői verbális megerősítéssel kapcsolatban	26
5.6 Verbális megerősítések a gyakorlati ülések alkalmával.....	27
5.6.1 Terapeuta által használt és tanított technikák, feladatok:	28
5.6.2 A megtanított technikák használata.....	29
5.6.3 Verbális megerősítések a mindennapos kommunikációban	29
5.7 A kezelés második szintje.....	30
5.8 Terápiás ülések menete	31
5.8.1 Terápiás ülések menete az első szint alkalmával.....	31
5.8.2 Terápiás ülések menete a második szint alkalmával	33
5.9 Lidcombe Program összegzése	34
6. Hazai korai intervenció.....	34
6.1 A szülőcsoportos dadogó terápia.....	34
6.1.1 A Szülőcsoportos dadogó terápia felépítése	35
6.1.2 Az anamnézis.....	35
6.1.3 A kezelési terv részterületei.....	36
6.1.4 Alkalmazott dadogást tüneteit elfedő gyakorlatitípusok	36
6.1.5 Óraterv vázlat bemutatása	37
6.2 A szakemberek jellemzői.....	38

6.3	Szülőcsoportos dadogó terápia hatékonysága.....	38
7.	Eltérések és azonosságok	38
8.	Kutatási cél megválaszolása	44
9.	Összefoglalás	44
	Felhasznált irodalom	49
10.	Ábrák jegyzéke	53
11.	Táblázatok jegyzéke	53
12.	Mellékletek	54

1. Bevezetés

Az ember nem dadogónak születik, hanem azzá válik. Hasonló gondolatokat olvashatunk Vékássy (2016), A dadogók komplex kezelése című könyvében. A dadogás kezelése komplex feladat, hiszen interdiszciplináris voltából kifolyólag több tudományterület is foglalkozik a kezelésével (Tóthné Aszalai, 2017). A dolgozatom témájául egy ausztrál dadogás terápia bemutatását személyes indíttatásból választottam. Fontosnak tartom, hogy emberek törekedjenek a folyamatos megújulásra és fejlődésre. Úgy gondolom, hogy ez képes megóvni őket a kiégéstől és attól, hogy megunják azt, amivel foglalkoznak. Éppen ezért lényegesnek tartom, hogy a szakmánk művelése során is folyamatosan nyitottak legyünk az új kutatásokra, felfedezésekre, valamint ezek eredményeinek adaptálására a munkánk során.

Mindig csodálattal néztem, hogy Ausztráliában milyen alternatívák tárháza nyílik meg a már végzett diákok előtt. Magas színvonalon felszerelt klinikák, valamint kutatási lehetőségek várják az újonnan végzett logopédusokat, gyógypedagógusokat. Egyik online barangolásom során, amikor az ausztráliai szakemberek munkásságát tanulmányoztam, bukkantam egy hazánkban még nem alkalmazott dadogást kezelő terápiára, a Lidcombe Programra (Onslow, és mtsai., 2021).

A program felkeltette az érdeklődésemet, különösképpen az fogott meg benne, hogy minden elmélete és gyakorlati eljárása tudományos kutatásokkal is alá van támasztva. Felmerült bennem, hogyha valóban ennyire sikeres, akkor volna-e lehetőség a magyarnyelvű adaptációra, és a magyar dadogó gyermekek és családok ezen programmal való megsegítésére. Ez ösztönzött arra, hogy mélyebben és részletesebben is tanulmányozzam.

Azért is tartom fontosnak a Lidcombe Program bemutatását, hogy többféle terápiás lehetőség álljon a szakemberek rendelkezésére, mert minden gyermek egyedi, más és más, mindegyikük megsegítéséhez eltérő út vezet. Így előfordulhat, hogy az egyik terápiával kevésbé tudunk sikereket elérni egy gyermeknél, azonban, ha van más alternatívánk is, lehetőségünk egy másikat is kipróbálni, esélyünk nyílik arra, hogy egy gyermek és családja mindennapjait, életét tegyük könnyebbé, élhetőbbé és sikereket érjünk el vele. A dadogás kezelése igen nehéz és komplex feladat, ugyanis ahogy minden ember más, épp úgy térnek el a dadogások és a dadogó személyek is egymástól. Ahány ember, annyi féle jellem, és annyi féle dadogást is tudunk megkülönböztetni (Lajos, 2009). A beszédhibák közül nem a dadogás a leggyakoribb. A különböző vizsgálati adatok azt mutatják, hogy a dadogás gyakorisága csak 1%; ezen belül

88%-ban a 7-8 éves kort megelőzően alakul ki, legkorábban abban az időszakban, amikor a gyermek mondatokban kezd beszélni, körülbelül 2-3 éves kor körül (Lajos, 2009). Ettől függetlenül rendkívül fontos, hogy foglalkozzunk a dadogással is, hiszen a gyermekben akár szorongást vagy komolyabb tüneteket is kialakíthat.

A dolgozat megírásával az a célom, hogy felkeltsem szakemberek, logopédusok figyelmét és érdeklődését a Lidcombe Program iránt, és meghozzam a kedvület arra, hogy elsajátítsák ezt a terápiát, valamint elsőik között teszteljék Magyarországon. Intézmények figyelmét is szeretném felhívni erre a programra. Bíztni kívánom őket arra, hogy támogassák dolgozóikat a terápia megtanulásában akár anyagilag, hiszen külföldre kell utazniuk ennek elsajátítása érdekében, valamint a szállásukat is finanszírozniuk kell. Akár szabadsággal, tanulmányokra fordítható szabadidő biztosításával is tudják segíteni dolgozóikat. Ezt a programot jelenleg hazánkban még senki sem használja, így lehetőség van rá, hogy a jelen szakemberei közül kerüljön ki a terápia magyar úttörője. Én magam is elsajátítani a Lidcombe Programot, remek lenne, ha gyermekek és családok megsegítésében vehetnék részt.

Dolgozatom felépítését tekintve először a szakirodalmi háttérrel fejttem ki, hogy több aspektusból is bemutassam az olvasó számára a dadogás fogalmát. Ezt követi az elméleti rendszerezés, ahol vázolom a dadogás fajtáit, a rendszerezését és a tüneteit is. Fontosnak találtam kiemelni az anya-gyermek kapcsolatot, valamint a dadogás pszichés tényezőit is. Az elméleti háttér lezárásaként pedig betekintést nyújtok a magyarországi ellátás menetébe, valamint bemutatom a logopédusok körében leginkább elterjedt terápiákat. Ezt követi dolgozatom központi tárgya a Lidcombe Program bemutatása. Kifejtem a terápia lényegét, menetét, terapeuta, valamint a szülő legfontosabb feladatait. Bemutatom, hogy a programmal miként lehet elérni a dadogásmentes beszédet, ezen túl a dadogás súlyosságának dokumentációját. Fontosnak találtam a konzultációk menetének ismertetését és a terápia szintjeinek kifejtését is. A dolgozatom harmadik fő részét a Szülőcsoportos dadogó terápia bemutatása alkotja. Az eljárás demonstrációja során kifejtem a fő fókuszát, a terápiákkal kezelhető korosztályt, az ülések gyakoriságát, hosszát és a típusait. A szülők és terapeuták feladatai is ismertetésre kerülnek. Szemléltetem a terápia során alkalmazott legfontosabb technikákat is, valamint a szülő-gyermek kapcsolat alakulásának lehetőségeit. Ezt követően a két terápia hasonlóságait és különbségeit vetem össze. Dolgozatom lezárásaként a Lidcombe Program adaptációs lehetőségeit tárgyalom.

2. Irodalmi áttekintés

2.1 Dadogás meghatározása

Dadogásnak több meghatározása is létezik, - hiszen ahány ember, annyi féleképpen manifesztálódhat a kórkép-, melyek mindegyike tartalmaz fontos állításokat, azonban teljes egészében egyik sem fedti le a valóságot (Lajos, 2009).

A Betegségek Nemzetközi Osztályozása szerint dadogásról beszélünk, ha a beszédelemeket a személy megnyújtja, ismétli, gyakori szüneteket tart, és ezek a beszéd folytonosságának zavarához vezetnek. Ezen felül az is kitétel, hogy ez az állapot legalább három hónapja tapasztalható legyen. A BNO osztályozásában a dadogás, az F98-as fő pont alá tartozik, amely viselkedés és az érzelmi élet egyéb zavarát, rendszerint gyerekkorban vagy adolescenciában való jelentkezését jelöli. A dadogást más néven psallismust, ischophoniát F98.5 kód jelöli (BNO-10, 1995).

A DSM osztályozásában a dadogás az idegrendszer fejlődési zavarai fő csoportjának kommunikációs zavarok alcsoportjába sorolja (F80.81). Az egyén normál beszédtempójában és folyamatosságában zavar lép fel, valamint beszéde nem felel meg nyelvi készségeinek és életkorának sem. Ez a zavar az egyénnél hosszabb időn keresztül is tapasztalható, valamint egy vagy több tulajdonság jellemző rá az alábbiak közül: ismétli a hangokat, szótagokat, megtöri a szavakat, szavak képzéséhez fokozott fizikai erőfeszítésre van szüksége, hangtalanul vagy hallhatóan leblokkol, ismétli az egyszótagú szavakat vagy hangokat hosszabban ejt ki (DSM-V, 2013).

Az American Speech-Language-Hearing Association (1993) a dadogást a beszédfluencia zavara alá sorolja. A beszédfluencia zavarának meghatározása a beszédfolyamatosság megszakítását jelenti. Ezt a nem megfelelő sebesség, ritmus és ezek zavarai jellemeznék (hangok, szótagok, szavak ismétlődése, elnyújtott hangok és blokkok), amely túlzott feszültséget is indukálhat az egyénben, mely a beszéd kerüléséhez is vezethet, küzdő (ASHA, 1993). A dadogás meghatározásukban a beszédfluencia zavarának egyik leggyakoribb fajtája. Az egyén beszédének folyamatossága megszakad. Ezt a megtorpanást különböző szótagok, hangok, vagy szavak ismétlése, hallgatások, blokkok, az egyén hangképzési nehézsége okozza. A zavar hatással van a megfelelő beszédritmusra, de mindemellett az egyén beszédre való nyitottságát, viselkedését és környezetbe való beilleszkedését is befolyásolja (American Speech-Language-Hearing Association, 1993).

A National Stuttering Association (2023) megfogalmazásában a dadogás, a normál beszédminta zavarokkal való megszakítása. A dadogás szó utalhat a dadogó emberek által gyakran előidézett konkrét beszédzavarokra, vagy arra az általános kommunikációs nehézségre, amelyet a dadogó emberek átélnek. Amellett, hogy a dadogó személyt zavarja a dadogása, gyakran tapasztal fizikai feszültséget és küzdelmet a beszédhez szükséges izmaiban, valamint szorongást és félelmet a beszéd miatt. Ezek a tünetek együttesen nagyon megnehezíthetik a dadogó emberek beszédét, és a másokkal való hatékony kommunikációt is. Ahány dadogó személy létezik, annyiféle dadogási mintázatot tudunk megkülönböztetni: többféle dadogási fokozat is elkülönítünk az enyhétől a súlyosig (NSA, 2023).

Tanulással foglalkozó kísérletek hatást gyakoroltak a dadogással foglalkozó szakemberekre is, így született meg a dadogás tanulás elméleti megközelítése is. Szerintük a dadogás egy tanult viselkedés, amely csak bizonyos hatások miatt alakul ki. A tanulásnak két típusát különböztetjük meg az operáns és a klasszikus kondicionálást. Lajos Péter "Dadogás - Mindenkinél" című könyvében Brutten és Shoemaker fogalmazták meg a dadogás két faktoros tanulási elméletét. Elméletükben az operáns és a klasszikus kondicionálást integrálják. A szerzők szerint a beszédfélelem kialakulása a klasszikus kondicionálással, míg az elkerülő viselkedés létrejötte az operáns kondicionálással magyarázható. (Lajos, 2009).

Nail Gordon (2002) definíciója alapján a dadogás, egy fejlődési beszédzavar, amely általában 3 és 8 év közötti gyermekeknél jelentkezik. Előfordul, hogy a serdülőkor előtt megszűnik, de felnőttkorban is fennmaradhat. A dadogás a beszéd gördülékeny áramlásának önkéntelen szótagismétlései, szótaghosszabbításai vagy megszakításai (blokkok) által jellemezhető. Néha nehézséget okozhat megkülönböztetni azokat a gyermekeket, akik biztosan dadognak, azoktól, akiknél csak enyhe megakadást hallhatunk beszédprodukciónk során. Ez a beszédfejlődés folyamán teljes mértékben elfogadható. Azonban a kettő megakadás, diszfluencia megkülönböztetendő. A diszfluencia általános gyakorisága, az aránya és időtartama, valamint a beszéddel nem kapcsolatos viselkedési formák, például a szem-, fej- és testmozgások segíthetnek megkülönböztetni a kettőt egymástól (Gordon, 2002).

Wendell Johnson (1959) egy más szempontú megközelítést vet fel. Felhívja a figyelmet arra, hogy a dadogás meghatározása folyamán kizárólag a beszélőre összpontosítanak a definíciók, a hallgatóságra, vagy a hallgató és a beszélő közti interakcióra azonban nem. Állítása szerint a szemléletek a dadogást úgy értelmezik, mint kifejező beszédet és motoros folyamatok együttesét. Ezzel ellentétben Johnson (1959) azt az álláspontot vallja, hogy a fő probléma a beszélő és a hallgatóság közti kölcsönhatásban keresendő. Úgy véli, hogy a nehézséget nem

csak a beszélő, hanem a hallgatóság szempontjából is érdemes megvizsgálni. Megalkotta a diagnoszogén, előre feltételezett nehézség elméletet (Lajos, 2009), amely a behaviorista megközelítéssel és a tanulási elmélettel áll kapcsolatban, mely szerint a szülők „fülében kezdődik a dadogás”, amikor túl erős reakciót mutatnak gyermekük diszfluens beszédére. A gyermek megpróbálja elkerülni a diszfluenciákat, s így kialakul ki az elkerülés küzdelme közben a dadogás (Johnson és mtrai., 1959).

A logopédia hagyományos meghatározása alapján „a dadogás a beszéd összerendezettségének a zavara, amely a ritmus és az ütem felbomlásában, a beszéd görcsös szaggatottságában jelentkezik” (Kanizsai, 1955 idézi Mérei és Vinczéné, 1991, 6).

Lajos szerint a dadogás meghatározása „A dadogás háttérében lévő konstitúció és az idegrendszer korai finom organikus léziója predisponálja a gyermeket a dadogásra. A dadogás kialakulásában például gondozási rítusok; kiváltásában például ijedtségélmény; és fenntartásában például családi rítusok, pszichés tényezők játszanak szerepet” (Lajos, 1999, 36). A logopédia alapfogalmai közé tartozik a beszéd akadályozottsága, beszédfogycatékossága, beszédhibája és beszédzavara. Ezek a zavarok különböző károsodások miatt alakulnak ki, és hatással vannak az egyén és környezete közötti kapcsolódásokra. A beszédhibák, hang-, beszéd- és nyelvi zavarok öröklött, veleszületett, szerzett, organikus, funkcionális, pszichés és környezeti okokból adódhatnak, és előfordulhatnak enyhe artikulációs eltérésektől a súlyos kommunikációs zavarokig terjedően. Luchsinger osztályozása szerint a beszédzavarok egyik típusa a beszédritmuszavar, amelyen belül különbözteti meg a dadogást és a hadarást (Fehérné, 2017).

Mindemellett „a logopédia a dadogást komplex jelenségként értelmezi, ahol a tünetek kiterjednek a beszéd valamennyi megnyilvánulási formájára, a beszédmegértésre, a beszédre, az írásra, az olvasásra és a társas érintkezés nem verbális formáira” (Tóthné, 2017, 24).

Barry Guitar (2019) könyve részletesen kifejti a dadogás jelenségét és a definícióját, amely az egész világot, nemzeteket és rasszokat is érint. A dadogás bármely nemnél és életkorban előfordulhat, azonban annak kiváltó oka még nem egyértelmű. Sok kutató genetikai hajlamot feltételez, míg mások a kora gyermekkori stresszt tartják felelősnek a dadogás kialakulásáért. A dadogás leggyakoribb tünete az ismétlés, amikor az egyén megakad, és többnyire egy adott hangot, szótagot vagy egy szótagból álló szót ismétel, amíg ki nem tudja mondani azt. A dadogás során előfordulhat, hogy a hangok hosszabbak, megnyúltabbak lesznek, és az artikulációhoz szükséges izmok mozgása megszűnik. Az egyén levegőáramlása is megszakadhat a megakadások során (Guitar, 2019).

Vékássy (1987) szerint a dadogás „folyamat jellegű, természetében és megjelenési formájában sokrétű, összetett. Egyre inkább nem dadogásról, hanem dadogásokról kell szólnunk. Maga a beszédmegnyilvánulás, csak egy jegy a multifaktoriális tünetegyüttesből, mely a személyiség pszichoszomatikus hátterén, egy speciális hajlam és a jelenséget közvetítő mikro-makro hatások együtteseként jelentkezik” (Vékássy, 1987, 15).

Michael Blomgren (2013) alapján a dadogás egy fejlődési beszédzavar, amely során a beszédflowam ismétlésekben akad meg. Az ismétlés lehet egy hang, szó ismétlése, vagy szavak, hangok meghosszabbításaként is megjelenhet. A dadogást elsősorban neurofiziológiai problémaként definiálja, a beszédmotoros, kognitív, a szociális és az érzelmi szükségletek komplex interakciójaként írja le. A fejlődési dadogás a kisgyermekeknél, 2-4 éves kor körül jelentkezik. Előfordul, hogy ezen időszakban körforgásként többször megjelenik, majd el is tűnik a dadogás. A gyermekek és felnőttek dadogása a beszédkörnyezettől függően is változhat. A dadogás felerősödhet, amennyiben az egyén stresszes beszédhelyzetbe kerül. Dadogás igen változatos, ezt tekinthetjük az egyik nem változó aspektusának (Blomgren, 2013).

Fehérné Kovács Zsuzsanna (2009) definíciója az alacsonyabb szintű nyelvi tényezőket, a társadalmi beilleszkedés bonyodalmait, és a környezet nélkülözhetetlen szerepét is hangsúlyozza: a dadogás „kommunikációs zavar, a beszéd folyamatosságának a zavara, amelynek során a légzésre, a hangadásra, a beszéd folyamatosságára és az egész vázizomzatra kiterjedő görcsök jelennek meg. Igen feltűnőek a hang- és szótagismétlések, megakadások, amelyek megbontják az anyanyelv természetes dallamát, ritmusát. A görcsök az egész személyiséget érinthetik. Gyermekekben gyakran beszéd- és nyelvfejlődési elmaradásokhoz, pöszeséghez, ifjú és felnőtt korban hadaráshoz társulhat, amely hangképzési tünetekkel is kiegészülhet. Az átlagnál magasabb intellektusúak hajlamosabbak a dadogásra. Másodlagosan kialakulhat magatartásukban, viselkedésükben a befelé fordulás, érzelmi kiegyensúlyozatlanság, fokozott szorongási szint, én-bizonytalanság, és az önértékelési zavar (Lajos, 2003).

A beszédtempónak, a beszédhangok képzésének az eltéréseit a beszédzavarok közé soroljuk, melyek fiziológiás eltérések. Azonban csak négy éves korig számítanak ezen eltérések fiziológiásnak, ezt követően már nem tartozik a nyelvelsajátítási folyamat normális jelenségei közé (Hotváth, és mtsai., 2014).

„Az iskolai pályafutás első két évére alakul ki a dadogás 90%-a. Rizikó életkor még a pubertás a maga hormonális, pszichés nehezítettségével. Különösen fontos a környezet megértő, elfogadó magatartása, amely a dadogó személy megfelelő kommunikációs stratégiájának

kiépülését támogathatja. Így csökkenhet a ráépülő pragmatikai zavar kialakulási esélye” (Fehérné Kovács, 2009, 58–59).

Rengeteg fogalmat és meghatározást találhatunk a dadogásról a különböző szakirodalomban. Mindegyik meghatározás a saját tudományterületéhez kapcsolódik, saját hatáskörében vizsgálja a dadogást, mint például nyelvi, pszichológiai vagy genetikai. Célszerű a dadogást komplex jelenségként értelmezni, és ezzel a szemlélettel kezelni azt (Tóthné Aszalai, 2017). Jelen dolgozat tekintetében a legfontosabb a dadogásnak a gyógypedagógiai-logopédiai szempontú megközelítése. Ez a terület a dadogás diagnosztizálását, prevencióját, terápiáját és a dadogó személy reedukációját helyezi a középpontba (Tóthné Aszalai, 2017).

2.2 Elméletek a dadogás etiológiájáról

A dadogás javításának egységes módszere nem jöhetett létre, hiszen minden dadogó személy különböző, eltérő a pszichés állapotuk, környezettel és ahhoz való viszonyuk, valamint a személyiségük is. A terápiás eljárások mindig azt az elméleti megközelítést tükrözték, amelyet a használója az adott kor gondolkodásának megfelelően önmagáénak érzett (Mérei & Vinczéné Bíró, 1986).

Több szakirodalom is foglalkozik a dadogás etiológiájával, de főleg a fiziológiai, genetikai, környezeti és pszichológiai tényezőkkel (Ambrose, 2004). Többféle elméleti csoportosítással is találkozhatunk, többek között Mérei Vera és Vinczéné Bíró Etelka (1991) felosztásával és Hirschberg-féle (2013) felosztással is. Mind a két felosztás négy fő csoportra osztotta az elméleteket. Mérei és Vinczéné Bíró (1991) felosztása: a szomatikus, pszichogén, pszichoszomatikus elméletek és az egyéb magyarázatok. Hirschberg (2013) pedig megkülönbözteti a szomatogén, pszichogén, organikus, kombinált és tanulásméleteket.

A szomatikus, szomatogén elmélet a dadogást, mint szerzett vagy örökölt rendellenesség következményeként írja le. A dadogás kialakulásában fontos szomatogén tényező lehet a: veleszületett beszédgyengeség, koragyermekkori agysérülés, a laterális dominancia zavara, vegetatív labilitás, az örökletesség (Mérei és Vinczéné Bíró, 1984). A szomatogén tényezők közé tartoznak továbbá a genetikai tényezők, az agy strukturális eltérései is (Tóthné Aszalai, 2017).

Ausztráliában, Sydneyben ikerkutatással vizsgálták a dadogás genetikai hátterét (Howie, 1981). Harminc azonos nemű ikerpárral végzett kísérletben, az ikrek közül legalább a pár egyik tagjánál diagnosztizáltak dadogást. Figyelmet szenteltek a zigotitás osztályozásának rendkívüli

pontosságára és a dadogás diagnosztizálásának objektivitására is. A dadogás egyezése szignifikánsan magasabb volt az egypetűjű ikrek esetében (63%), mint a kétpetűjű ikreknél (19%). Az egypetűjű ikreknél sokkal nagyobb arányban fordult elő, hogy mindkét testvér dadogott, mint a kétpetűjűeknél. A kutatás eredményei erős összefüggéseket mutatnak a dadogás és a genetika között. Azonban azt is hangsúlyozza, hogy hat ikerpár teljesen ellentétes volt a dadogás tekintetében, ez felhívja a figyelmet a genetikai és környezeti tényezők kölcsönhatásának fontosságára a rendellenesség etiológiájában. Howie (1981) azt is kiemeli, hogy a dadogás etiológiájának genetikai nézete semmiképpen ne legyen összeegyeztethetetlen a klinikai kezelés tünetorientált megközelítésével. Egy állapot sikeres kezelése nem mindig lehet az ok megszüntetése, ezekben az esetekben valamilyen módon kompenzálni kell a kialakult problémát, mint például egyes örökölt betegségeknél az étrend módosításával. Így a dadogás kezelése új viselkedési formák és attitűdök kialakításaként fogható fel attól függetlenül, hogy ez a viselkedés környezeti vagy genetikai tényezők következménye (Howie, 1981).

A pszichogén elméletek a szülői figyelem fontosságát hangsúlyozzák. A diagnózis előtt van egy érzékeny periódus, amikor a szülői reakciótól függően a dadogás is változhat. Amennyiben a szülő elkezdi monitorozni gyermeke beszédét, visszajelzésekben részesíti, melyek megerősítik a gyermeket is abban, hogy dadog, akkor a gyermek is elkezdi figyelni saját beszédét, ez az állapot negatív hatással lehet a gyermekre, növelheti megakadásait, majd mikor a romlás elkezdődik, akkor dadogónak kezdi tekinteni saját magát (Mérei és Vinczéné Bíró, 1984).

Klaniczay Sára (2001) a megkapaszkodással hozta kapcsolatba a dadogást. Azt figyelte meg, hogy az a gyermek, amelyik elkezdett dadogni, az azt megelőző időszakban hosszabban tartózkodott távol az édesanyjától valamilyen okból kifolyólag. Az édesanyák gyermekük életében megkapaszkodási bázisként vannak jelen, hiszen ők jelentik gyermekük számára a fő biztonsági forrást. A gyermekek megkapaszkodása 2-4 éves koruk körül kezd átalakulni, egyre inkább háttérbe kerül a fizikális megkapaszkodás és a verbalitás kerül előtérbe. A folyamat során az édesanya is fokozatosan elengedi gyermekét és beszéden keresztül marad vele kapcsolatban, verbalítások keresztül nyújtja számára a biztonságot. Amennyiben a gyermek biztonságérzete kielégítetlen marad, akkor a bizonytalanság érzete neurotikus és szomatikus tünetekben is megjelenhet, amely miatt az édesanyában való megkapaszkodásnak frusztrációja alakulhat ki (Klaniczay, 2001).

Több kutató a kombinált teóriákat vallotta. Köztük volt többek között Zimmermann (1980) aki egy multidimenzionális modellt alkotott meg. Azt ábrázolta benne, hogy a dadogás létrejötte a nem megfelelő légzés, fonáció és artikulációs folyamatok koordinációjában rejlik. Úgy vélte, hogy a dadogó személyek motoros képességei eltérnek, vagy gyengébb beszédmotoros kontrollt tudnak gyakorolni. Az általa megalkotott modell a környezeti tényezők, valamint az érzelmi és a motoros beszédviselkedés kölcsönhatásaira fókuszál (Zimmermann, 1980).

Hirschberg (2013) is azon azt az álláspontot támogatta, hogy több tényező játszik szerepet a dadogás kialakulásában, valamint együttes kölcsönhatásuk által jön létre a dadogás komplex tünetegyüttese a dadogás szindróma. Ugyanakkor Lajos Péter könyvében olvashatjuk „a többokú elméletek igen nagy csapdája, hogy minden oknak még több oka lehet és azoknak pedig még ennél is sokkal több. Ha mégis sikerül egy ilyen szerteágazó elméletet kialakítani, akkor arról a gyakorlatban rövidesen kiderül, hogy egyetlen olyan személy sincs, aki a valóságban ennek az elméletnek megfelelne” (Lajos, 2009, 39).

2.3 Rendszerezése, fajtái

A dadogást rendszerezni is tudjuk fajtái alapján (Salné Lengyel, és mtsai. 2004):

- élettani dadogást
- klónusos dadogást
- tónusos dadogást
- klonotónusos dadogást
- hadarásos dadogást
- hisztériás dadogást különböztethetünk meg a fajtáik alapján.

A következőkben ezeket szeretném röviden ismertetni.

Élettani dadogás

A gyermek 3-4 éves kora körül alakulhat ki, valamint iskolába lépéskor is előfordulhat. Élettani dadogás során a beszéd kevésbé folyamatos, mert a gyermek a hangokat, szótagokat vagy rövid szavakat ismétli, ezzel beszédének folyamatosságát megtörve, beszédmozgás és a beszédkésztetés összhangja még nem tökéletesen összehangolt. Nem igényel különösebb kezelést, a pozitív környezeti hatásokra, pozitív, türelmes óvodai és iskolai reakció hatására megszűnik. A környezet negatív visszajelzéseinek hatására akár dadogás is kialakulhat a gyermeknél (Lőrincz, 2011).

Klónusos és tónusos dadogás

A dadogó személyek beszéd folyamatát gyakran a görcsök bontják meg. Ezek a görcsök izomgörcsöket jelentnek, melyek a légzőizmokban, száj izmaiban és a hangszalagokat is mozgató gégeizmokban is keletkezhetnek. Az is lehetséges, hogy egyszerre mind a három területet érinti a görcs, valamint a beszéd folyamat akár összes fázisát. A klónusos dadogó személyre az a jellemző, hogy a szavak első hangját vagy szótagját, akár egy szót is ismételi. Tónusos görcs esetén a beszélőnek nehézséget jelent a szó elkezdése is, és amikor ez sikerül, akkor is gyakran a kezdő hangot elnyújtják. Dadogó személyeknél ez a két görcs együtt szokott megjelenni, többnyire váltakozva hallhatóak az érintett egyének beszédében (Lajos, 2009).

Hadarásos dadogás

Az a gyermek, akinél hadarásos dadogást tapasztalunk, a beszédének túlnyomó részben a dadogás tünetei dominálnak a hadarás tüneteivel képest. Dadogás könnyen vezethet hadaráshoz, mert a gyermek szeretne túl lenni mondanivalóján, valamint a hadarás mellé is társulhat dadogás (Mérei és Vinczéné Bíró, 1984). Többnyire nem örökletes, az egyén családjában sem fordul elő (Lajos, 2009).

Hisztériás dadogás

„A dadogás ritka fajtája. Nem örökletes. Jellegzetessége szótagok, szavak vagy egész szósorok ismétlése” (Lajos, 2003, 40).

2.4 Tünetei

A dadogás beszédben való fő tünetei az artikuláció, légzés, hangképzési nehézségek, mozgásos tünetek, töltelékszavak használata, valamint további járulékos tünetek is előfordulhatnak. A nem megfelelő, rendellenes légzés technika gyakran társul dadogással. Ilyen esetekben a vizsgált személy főként beszéde közben nem képes kellőképp koordinálni a hasi, valamint mellkasi légzését. Előfordul, hogy a ki-és belégzés elnyújtottá válik, vagy nem megfelelő mennyiségű levegő kerül beszívásra. Kilégzést megszakíthatják a belégzéssel is. Napjainkban

is kutatják, hogy a nem megfelelő légzéstechnika a dadogás velejárója, vagy okozója (Lajos, 2009).

A hangképzés is érintett a dadogó személyek beszédében. Dadogás közben a gége normál működéséhez képest megváltozik. Kutatások a gégeizmot tették felelőssé, mert vizsgálata során fokozottabb izomműködést, ellentétes izomok mozgásának egyidejű megjelenését figyelték meg. Az artikulációs folyamat sérülése is előfordulhat. Ilyen esetekben, az artikulációban résztvevő izmok remeghetnek, vagy aktivitásuk megnövekedhet. Az artikulációs hibák jellemzően a hangok egymáshoz való kapcsolásánál jelentkeznek, kevésbé az egyes fonémák megformálásánál (Hirschberg, Hacki, és Mészáros, 2013).

Járási tünetek is megjelenhetnek egy dadogó személynél. Ezek a tünetek nagyon változatosak és a dadogást kísérik. Ilyen tünet lehet, ha a vizsgált személy elpirul, erős szemmozgást produkál, izmai remegnek, vagy akár a tenyere izzad (Hirschberg, Hacki, és Mészáros, 2013). Beszédet néha mozgásos tünetek is kísérik, esetenként akár nagyobb szokatlan mozdulatok is. Ezek a mozgások a kezeken, lábakon jelennek meg, de akár az egész testre is kiterjedhetnek. Gyakori a homlok ráncolása, a szemek becsukása, és az ajkak mozgatása is. Ezeket a dadogást kísérő mozgásokat együttmozgásoknak nevezzük. Ezek a mozgások nem akaratlagosok. Vannak azonban olyan akaratlagos mozgások, melyek segítenek az egyéneknek a görcsök enyhítésében. Ilyen mozgás lehet a toppantás vagy a kar lendítése is. Ezek a mozgások a tudatos együttcselekvések, melyek segítik a dadogó személyt a beszéd megindításában (Lajos, 2009).

A dadogó személyek kommunikációjában megfigyelhető a gyakori töltelékszavak használata (például: izé, tudod, na, és stb.) melyeket azért használna, hogy kevésbé legyen észrevehető az egyes görcsök lefutása (Lajos, 2009).

2.5 Pszichológiai jelenségek a dadogásban

A dadogásnak pszichológiai tünetei is jelentkezhetnek. Többek között ilyen a logofóbia, melynek jelentése a beszédétől való félelem. A dadogó személy szorong, fél amennyiben emberekkel kell kommunikálnia, annyira le tud blokkolni, hogy képtelen kontaktust kialakítani a másik emberrel. Megfigyelhető a nehéz hangok jelensége, mely során a vizsgált személy azt érzi, hogy kifejezetten egy-egy hangnál ő megakad. Ez a nehéz hang egyénenként változhat (Lajos, 2009).

A dadogás mértéke és milyensége függ a személy fizikai és lelki állapotától is. A dadogó személy a tüneteket nem tudja kontrollálni, vagy irányítani. Amennyiben jobban figyel arra, hogy ne dadogjon, akkor az erős koncentráció frusztrációhoz vezethet, mely még inkább felerősödi a dadogást. Léteznek olyan tevékenységek, amikor csökkenhet a dadogás. Ilyen például az éneklés, verselés és a suttogás. Ilyenkor a helyes légzéstechnika, dallamvonal, valamint a ritmusosság segíti át az egyént a görcsökön, suttogásnál pedig a hangszalagok helyes állása meggátolja a görcsök kialakulását (Lajos, 2009).

Idegen nyelvek használata során is sokkal ritkábban, vagy szinte soha nem jelenik meg a dadogás. Ilyenkor az egyén arra fókuszál, hogy hogyan fejezze ki magát, milyen szavakat használjon, és nem arra, hogy legátolja a dadogását. Pszichológiai megközelítések azt is taglalják, hogy a rossz gyermek és anya viszony, hatással van a személy anyanyelvvel való kapcsolatára, ezért is történhet meg, hogy idegennyelv használata közben kevésbé, vagy nem dadog (Lajos, 2009).

Rendkívül fontos, hogy a hallgatóság milyen és milyen magatartást tanúsít a dadogó személy irányába. Amennyiben a személy még ismeretlen, vagy egy tekintélyt parancsoló foglalkozással bíró ember (felettes, igazgató, tanár, rendőr) akkor gyakrabban fordul elő a dadogás, mint azokban az esetekben, amikor egy baráti beszélgetésre kerül sor (Lajos, 2009).

2.6 Anya-gyermek kapcsolat és a dadogás

A dadogásról közvetve vagy közvetlenül vannak tapasztalatai az embereknek, még ha nem is túl gyakran. Definiálni azonban nehéz, az okokat meghatározni még inkább. Az orvostudomány idegrendszeri hibás működésben határozza meg a dadogás mibenlétét, a beszédképző- és légzőszervek nem megfelelő működésére visszavezetve az okok meghatározását. Ebben az esetben valamilyen fizikai elváltozásra helyeződik a hangsúly. A logopédia komplex szemlélettel vizsgálándó kommunikációs nehézségként aposztrofálja a dadogást, mint beszéd folytonossági zavart (Lajos, 2009). A pszichológia lelki eredetű probléma megnyilvánulásaként értelmezi a jelenséget. A definiálási nehézségeken túljutva azonban számos egyéb kérdést vet fel a téma akkor, ha nem mint szerzett, neurológiai probléma, tekintünk a dadogásra. A pszichoanalitikus elképzelést erősen bírálják, sok kritika éri, hiszen magát a szülőt teszi felelőssé a dadogás kialakulásában (Lajos, 2009). A kérdés tehát nem az, hogy a szülőnek van-e szerepe ebben, hanem az, hogy milyen mértékben és hogyan. Minden kötődéseiben sérült gyermek dadog? Minden dadogó gyermeknek problémája van a kötődést illetően? Ha kialakult a megfelelő kötődés, mégis dadog a gyermek, a szülői felelősség

meghatározható-e? Miként értelmezhető a kötődés és a dadogás kapcsolata? Ezen kérdések megválaszolása a téma mélyebb, átfogó vizsgálata nélkül nem lehetséges. Davis a korai gyermekkorú dadogás témakörben végzett kutatást nagyszámú gyermek megfigyelésével. Két- és ötéves kor között normális jelenségként értelmezte a beszédmegakadást, afféle életkori sajátosággként (Davis, Shisca és Howell, 2007). Johnson Diagnosztikus Teória alapján ezzel szemben a perfekcionista szülők túlaggódása, szorongása vezet ahhoz, hogy a gyerek dadogni kezd. Aggódnak amiatt, hogy a gyerek nem beszél folyamatosan (nem megkésett beszédfejlődés miatt, hanem az eltérő fejlődési ütem miatt adott esetben) és kórosként aposztrofálják a megakadásokat (Gardner, 2003). A gyerek az ő szorongásukat érzi és veszi át, korrigálni szeretne és görcsösen akarja javítani a beszédét (Lajos, 2009). Ezekből a vizsgálatokból az látszik, hogy a szülő kapcsolatba hozható a dadogással, de még nem a kötődéseiben sérült egyént veszik alapul. Számos pszichoanalitikai megközelítés látott világot a témában (Lajos, 2011), azonban a kötődés és a dadogás kapcsolatát illetően kevés kutatást folytattak annak ellenére, hogy a korábbi, témához kapcsolódó vizsgálatok alapján bizonyítható asszociációt feltételezhetünk közöttük (Hearne, Packman, Onslow és Quine, 2008). Lau, Beilby, Byrnes és Hennessey (2012) nem csupán a szülői kötődési mintákat vizsgálták, hanem a kortársakkal valókat is (Lau, Beilby, Byrnes és Hennessey, 2012). Klaniczay (2001) úgy véli, hogy az anya-gyermek kapcsolat zavaraira is visszavezethető a dadogás (Klaniczay, 2001). A szülő-gyermek kapcsolat valamilyen formában szerepet játszik a dadogás kialakulásában. Klaniczay (1982) vizsgálatában az anya gyermek-kapcsolat oly módon kap kiemelten fontos szerepet, hogy a dadogás sok esetben az anyától való tartós távollét eredményeként alakul ki. Egyfajta veszteségként éli meg a gyermek azt, hogy az anya nincs vele. A korai szeparáció frusztrációjának hatására az én-fejlődésben bekövetkező regresszió beszéd szinten manifesztálódik kora gyermekkorban (hároméves kor körül). Ebben az életkorban ugyanis a legfrissebb énfunkció a beszéd. Az anya-gyermek kapcsolat sérülése a megkapaszkodást gátolja (Klaniczay, 2001). Glauber vizsgálati modellje a korai traumákra épül. A dadogás egy traumás helyzetre adott válaszreakció (Glauber, 1958). A magyar vizsgálati irodalom nem túlságosan széleskörű. Bacsárdi (2018) doktori disszertációjában a családi rendszer funkcionalitásában bekövetkező zavart jelöli meg a probléma forrásaként. Vizsgálatai során (kisgyermekek Világjáték-tesztje) arra az eredményre jutott, hogy a dadogó gyermek magányos, hiányoznak a stabil kapcsolatai (Bacsárdi, 2018). Az interakciók teljes sorozatát figyelembe kell venni a kötődés és dadogás kapcsolatát vizsgáló elméletek alapján (Lajos, Bacsárdi és Molnár, 2018). A beszéd megtanulásának alapja a folyamatos anya-gyerek kapcsolat (Wyatt, 1969).

2.7 A dadogó gyermekek ellátása Magyarországon

Ahhoz, hogy Magyarországon egy gyermek dadogása hivatalos úton is diagnosztizálásra kerüljön, a szülőnek a gyermekét a megfelelő szervhez kell elvinnie, a tankerületükben lévő szakértői bizottsághoz. A vizsgálaton való részvétel előtt a szülőnek, vagy a gyermek nevelését, oktatását ellátó szervnek kell egy hivatalos formanyomtatványt kitöltenie, a szakértői vizsgálati kérelmi lapot, így tudnak a vizsgálatokra jelentkezni. Amennyiben a bejelentkezés önkéntes formában történik telefonon, online vagy személyesen, akkor a szakemberek közti esetosztást követően tíz napon belül a szülőket értesítik az első ülés időpontjáról (Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat, 2021). 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről című szabályzás alapján tájékozódhatunk a szakértői bizottság által ellátott feladatokról, mint a komplex pszichológiai, pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat. Ezen vizsgálatok, valamint szükség esetén orvosi vizsgálatok alapján alkotják meg a gyermek szakértői véleményét. A szakértői bizottság a kijelölt időpontban megvizsgálja a gyermeket. Felveszik a gyermek anamnézisé, majd a gyógypedagógus, logopédus és a pszichológus is különböző vizsgálatokat végez a gyermekkel. Amennyiben a tankerületi szakértői bizottság úgy ítéli meg, hogy a gyermeknél a sajátos nevelési igény valószínűsíthető, akkor saját vizsgálatainak a dokumentációját, az eredményeit, s az egyéb rendelkezésükre álló iratokat elküldik a megyei szakértői bizottság számára. Így ők veszik át az esetet. A vizsgálatok elvégzése után a szakemberek konzultálnak, majd a szülővel, megbeszéljük a látottakat, hallottakat, és egy előzetes diagnózisról szóló nyilatkozatot íratnak vele alá. A szülő ebben az esetben arról nyilatkozik, hogy egyetért a megbeszéltekkel, vagy esetleg nem és fellebbezni kíván. Másik alkalommal el kell látogatniuk a megyei szakértői bizottsághoz, ahol az SNI megállapítása vagy kizárása érdekében kiegészítő vizsgálatokat végeznek el a gyermekkel. Amennyiben a szülő is egyetért a vizsgálatok eredményeivel, akkor pár héten belül elkészítik a gyermek szakértői véleményét, melyet a szülő és a nevelő-oktató munkát végző intézmény is megkap (Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat, 2021). Abban az esetben, ha a gyermeket dadogással, más néven psallismusttal, ischophonniával diagnosztizálják, az F98.5 BNO kódot kapja meg (BNO-10, 1995). A továbbiakban az ellátása már nem a szakértői bizottság, hanem az EGYMI, azaz egységes gyógypedagógiai és módszertani intézmény feladatkörébe tartozik. A 2011. évi CXCV. a nemzeti köznevelésről szóló törvény értelmében, az EGYMI feladatkörébe tartozik a sajátos nevelési igényű gyermekek ellátása. Így az EGYMI-ből fog a logopédus- esetleg pszichológus- a gyermek intézményébe kijárni, a dadogás terápiában is általa részesül

majd a gyermek. Amennyiben a gyermek 0-5 év kor közötti, abban az esetben korai fejlesztést a pedagógiai szakszolgálat is biztosíthatja (Nkt. CXC, 2011).

2.8 Terápiás ellátások, fajtái

Magyarországon többféle szemléletű logopédiai terápia létezik, amelyek használata közül választhat a szakember. Ezek közül szeretném röviden ismertetni a leggyakrabban használt terápiákat. Találkozhatunk pszichológiai, pszichoszomatikus és tünetcentrikus szemléletek alapján kidolgozott eljárásokkal is. Pszichológiai szemléletű terápiák közé sorolhatjuk Schmidtné Balás Eszter által megalkotott komplex művészeti terápiát (Kovácsné Nyitrai, 2022). Az alkotó hangsúlyozza, hogy a terápia több módszer egyvelegeként jött létre. Olyan eljárás, amelynek célja, hogy a gyermeket képessé tegye a kommunikációs nehézségei leküzdésére, az önértékelését fejlessze. Fő fókusza nem a tünetek enyhítésén, hanem a személyiség fejlesztésén van. Ezt a mozgás, alkotás és az ének-zene összefonódásával kívánja elérni. A mozgás tekintetében a fokozott izomtónus megszüntetése, csökkentése, és a test lazítása, a mozgáskoordináció fejlesztése a cél. Alkotás szempontjából a gyermek vizuális önkifejezése áll a középpontban. Ezt különböző technikák segítségével valósítják meg a foglalkozások során, mint például a rajzolás, festés, agyagozás. A tevékenység folyamán való kommunikáció nagyban hozzájárul a beszéd és a mozgás összerendeződéséhez. Az ének-zenei feladatok a megfelelő légzéstechnika kialakításában nélkülözhetetlenek, segítik növelni a tüdőkapacitást, valamint a levegő helyes beosztását, hangszín és a hangerő változtatását is. Ezek a feladatok a ritmusérzék fejlesztésében is jelenős szerepet töltenek be (Balás, 1990). Pszichoszomatikus terápiák közül kiemelhetjük Lajos Péter rituálinnovatív (RIT) terápiáját (Kovácsné Nyitrai, 2022). Egy olyan terápiás módszer, amelynek célja az egyén szokásainak, valamint rituális rendszerének átalakítása, befolyásolása. A fő terápiás eszköze a rítusok kombinációja. Az új rítusok kialakításával kívánja helyettesíteni a dadogásban szerepet játszó kóros rituálékat. Ezt a terápiát csak olyan logopédusok alkalmazhatják, aki részt vettek sajátélményű önismereti üléseken, majd társ-terapeutaként segédkeztek egy RIT terapeuta oldalán. Lajos (1999) szerint akkor a legeredményesebb a terápia, ha két fő, egy férfi és egy nő vezetésével zajlik. Célja az, hogy a nem megfelelően rögzült kommunikációs és kapcsolati mintákat három szinten is felülírja a terápia folyamán kialakított új mintával. Ezek a szintek a mozgásos, csoportdinamikai és az interakciós szintek (Lajos, 1999). Másik pszichoszomatikus szemléletű terápia, a Vékássy által megalkotott komplex terápia (Kovácsné Nyitrai, 2022), amelyet logopédus alkalmazhat, azonban szükséges munkáját pszichológusnak, valamint egy

orvosnak is kísérnie. A terápia nyolcéves kortól alkalmazható. Vékássy fontosnak találja a pontos, részletes anamnézis felvételt, a logopédus rendszeres explorációját a páciens dadogásáról, valamint a családlátogatást is. A kezelést öt fő részre lehet osztani: első a relaxációs célú mozgásos gyakorlatok, második a logopédiai relaxáció, a harmadik a beszédfolyamatosság elősegítése, a negyedik az interakciós nem verbális kommunikációs gyakorlatok és végül következik a konfrontáció. A logopédiai konfrontáció célja, hogy a dadogó személy magatartásán változtasson olyan szituációkban, amikor kontaktust, vagy beszédet kívánná elkerülni. A terápia második felétől a gyermekek házi feladatot is kapnak (Vékássy, 2016). A tünetcentrikus terápiák közé tartozik Vinczéné intenzív terápiája, azon okból, hogy a dadogásra nem kifejezetten pszichológiai problémaként tekintenek (Kovácsné Nyitrai, 2022). Mint ahogy Vékássy (Vékássy, 2016), Vinczéné is fontosnak véli a pszichológiai és orvosi kiegészítést a terápiának. A kezelés célja a beszédfolyamatosság kialakítása. A folyamat kezdetén a nyelvi késés javításához hasonló feladatokat használ a logopédus. A terápia során a mozgásfejlesztés is nélkülözhetetlen a beszéd és a mozgás összehangolásának érdekében, valamint a téri tájékozódás javítása miatt. Logopédiai ritmika alkalmazása is a kezelés része, amely a dadogó görcsökkel való együttmozgásainak megszüntetésére hivatott. A fejlesztés fontos elemei a folyamatos beszéd automatizálására irányuló feladatok, valamint a beszédfélelem oldása. A terápia egyedi beszégyakorlatokat is alkalmaz. A kezelés a gyermek környezetére is hatást kíván gyakorolni, amely a házi feladatok szülővel közösen való elvégzésén keresztül történik (Vinczéné Bíró, 1976). Az imént felsorolt terápiákat tekintve elmondhatjuk, hogy mindegyik igen nagy hangsúly fektet a gyermek önértékelésének, önbizalmának fejlesztésére, valamint a megfelelő légzéstechnika és beszédritmus kialakítására egyaránt. Szintén fontos a gyakorlás és a szülő-gyermek, gyermek és a környezetével való kapcsolatnak fejlesztése, mélyítése.

2.9 Elméleti összefoglaló

Az elméleti részben összefoglaltam a dadogás leggyakoribb definícióit, mely nem volt könnyű feladat. A dadogás tüneteinek különbözőségei, a logopédiai és a pszichológiai megközelítések, valamint a dadogás interdiszciplinaritása okán rengeteg definíció született. A dolgozat szempontjából Brutten és Shoemaker dadogás kialakulásának okát tárgyaló fogalmát szeretném kiemelni, amely a dadogás két faktoros tanulási elmélete. A szerzők szerint a beszédfélelem kialakulása a klasszikus kondicionálással, míg az elkerülő viselkedés létrejötte az operáns kondicionálással magyarázható. (Lajos, 2009). Az elméleti részben röviden áttekintettem a

dadogás etiológiáját amely a dadogás fiziológiai, genetikai, környezeti és a pszichológiai tényezőivel foglalkozik (Ambrose, 2004). Megkülönböztettem a dadogás hat fajtáját, típusait, az élettani, a klónusos, a tónusos, a klonotónusos, a hadarásos, és a hisztériás dadogást. Részleteztem a dadogás tüneteit, pszichológiai jelenségeit, valamint az anya-gyermek kapcsolat hatását a dadogás kialakulására. A magyarországi ellátási rendszerbe adtam betekintést, a szakértői bizottságban végbemenő folyamatokat ismertettem (Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat, 2021). Végezetül bemutattam a logopédusok által leggyakrabban használt dadogás terápiákat. Logopédiai szempontból elmondhatjuk, hogy a dadogás egy kommunikációs zavar, a beszéd összerendezetlensége, melynek különböző tünetei lehetnek. A tünetek megnyilvánulhatnak megakadásokban, görcsökben, nem megfelelő légzésben és hangadásban is (Fehérné, 2017). Ezen tünetek csökkentésének, megszüntetésének érdekében kívánom ismertetni a továbbiakban az ausztráliából származó Lidcombe Programot (Onslow, és mtsai., 2021).

3. Kutatási célok

A dolgozatom fő célja, a Lidcombe Program részletes bemutatása, valamint az szakemberek érdeklődésének felkeltése a már külföldön bevált dadogás terápia Magyarországon való honosítása, és magyar gyermekek fejlesztésében való használata iránt.

Második kutatási célom, hogy szemléltessem azt, hogy lehetséges a Lidcombe Program magyar nyelvre való fordítása és alkalmazása magyar gyermekek dadogás terápiájában.

Azért ezt a terápiát választottam bemutatásra, mert rengeteg hivatalos klinikai tanulmánnyal is alátámasztották, és bebizonyították, a terápia sikerességét. Az első hivatalos klinikai kutatás és kísérletet 1990-ben végezték el (Onslow, Costa, és Rue, 1990). Így elmondható, hogy a Lidcombe Program több, mint harminc éves múltra tekinthet vissza. A Szülőcsoportos dadogó terápiát választottam összehasonlítási alapul, mert a két terápia által kezelt korosztály nagy átfedést mutat, valamint sok hasonlóságot is véltem felfedezni közöttük.

4. Terápiák bemutatásának felépítése

Mindkét terápiát főbb pontok mentén szeretném ismertetni. Szándékomban áll bemutatni, a terápiát alkalmazók személyét és személyi feltételeit, a dadogás felmérésének menetét a

különböző terápiák folyamán. Szülők és a terapeuták együttműködését és feladataikat, az általuk alkalmazott technikákat. Továbbá ismertetni kívánom a terápiás ülések menetét, felépítését, valamint a terápia folyamán szükséges dokumentációt is érintem. Ismertetésem részét képezi majd az ülések típusainak és hosszának bemutatása is. Végezetül az otthoni gyakorló feladatokról is szeretnék pár szóban szólni. Dolgozatomban ezen fő pontok mentén fogom a két terápiát is összehasonlítani, kiemelni az azonosságaikat és különbségeiket is.

5. Lindcombe Program bemutatása, ismertetése

5.1 Lidcombe Programot alkalmazható személye

Lidcombe Program kizárólag képzett szakemberek, logopédusok által használható ausztrál program, mely mára már nemzetközileg is elterjedt, tizenkét országban: Ausztráliában, Új-Zélandon, Kínában, Szingapúrban, Belgiumban, Hollandiában, Dániában, Franciaországban, Németországban, Izraelben, Kanadában és az Egyesült Államokban is alkalmazzák. A logopédusoknak, beszédterapeutáknak két napos továbbképzésen kell részt venniük ahhoz, hogy a programot alkalmazzassák a munkájuk során. A tanfolyam elvégzése nélkülözhetetlen, anélkül a terápia használata nem engedélyezett. Fontos, hogy a program nem a szülők önálló, logopédustól független használatára tervezték, a közös munka nélkülözhetetlen a siker érdekében (Onslow, és mtsai., 2021).

5.2 Lindcombe Program felépítése

A Lidcombe Program a viselkedés megváltoztatásán keresztül hat a dadogásra. A program 6 évnél fiatalabb gyermekek kezelésére fejlesztették ki, amely folyamán a terapeuta szülővel, gondviselővel, vagy szorosan a gyermek mindennapjaiban közreműködő személlyel dolgozik együtt. A találkozások során a szakember a szülőnek megtanítja, hogy hogyan képes lejegyezni és megfigyelni gyermeke dadogásának súlyosságát, változásait egy úgynevezett súlyosság besorolási skálán.

A szülő folyamatosan feljegyzi gyermeke fejlődését otthon, valamint heti rendszerességgel ellátogat a logopédushoz, aki monitorozza, ellenőrzi a szülő tevékenységét, gyermek fejlődését, és ehhez igazítja a kezelést, valamint arról is gondoskodik, hogy a gyermek számára a terápia egy jó élmény legyen. A program folyamán a gyermeket sosem utasítják beszéde megváltoztatására, sem a szülő, sem pedig a terapeuta. Beszédstílusuk, fluenciájuk vagy szokásaik megváltoztatására való utasítás nem szerepel a terápia feladatai között. (Onslow, és

mtsai., 2021). A program az operáns kondicionálás – „a tanulás egyik alapvető formájaként tartják számon. Ennek segítségével sajátítjuk el azokat a viselkedésmódokat, melyek az általunk kívánt eredményekhez vezetnek... két tényező játszik szerepet: a differenciális megerősítés és a szukcesszív közeledés. Előbbi arra vonatkozik, hogy csak bizonyos — elvárt viselkedéseket erősítenek meg, utóbbi pedig arra, hogy a kísérleti alany válasza fokozatosan közelíti meg az elvárt viselkedést” (Varga, 1991, 81-82) – eszközét alkalmazza. Ennek fő közvetítője a szülő, aki a gyermekével létesített napi kommunikációja során ezt alkalmazza. A gyermek dadogásának súlyosságát a Súlyossági Besorolási Skálán a „Severity Form”-on pontozással kell jelölni. A 0 pont azt jelenti, hogy a gyermek nem dadog, az 1 pont nagyon enyhe dadogást jelöl, így növekednek a pontok egészen 9-ig, mely a nagyon súlyos dadogást jelöli. A terapeuták és a szülők is használják a skálát a terápia egész ideje alatt (Onslow, és mtsai., 2021).

A program folyamán heti üléseken kell részt vennie a kliensnek a hozzátartozójával együtt, amely hozzávetőleg 45-60 percet vesz igénybe. A terápia személyesen és online formában is megtartható, azonban a webkamerák használata nélkülözhetetlen. Ezekben az alkalmain a terapeuta tanítja a szülőt a feladatok helyes kivitelezésére és ellenőrzi azokat. A programot két fő részből áll. Az első szint lényege, hogy a gyermek dadogása majdnem, vagy teljesen megszűnjön. Amennyiben ez megtörtént, akkor léphet a második szintre, melynek célja, hogy az első szinten elért állapotot hosszú ideig folyamatosan fenntartsuk, és ez fenn is maradjon (Onslow, és mtsai., 2021)

Name: _____

--

Other Information:

--

0 = No stuttering

1 = Extremely mild stuttering

9 = Extremely severe stuttering

[illegible][illegible]

(stuttering severity- dadogás súlyossága, no stuttering- nincs dadogás, extremely mild stuttering-rendkívül enyhe dadogás, extremely severe stuttering- rendkívül súlyos dadogás)

Forrás: © 2021 Lidcombe Program Trainers Consortium (Onslow, és mtsai., 2021)

5.3 Dadogás mérése a Lidcombe Program segítségével

A dadogás felmérésére a Súlyossági Skála (1. ábra) van a szülők és a szakemberek segítségére. Ez abban segít, hogy a szakember is nyomon tudja követni, hogy a terápia helyszínén és azon kívül hogyan fejlődik a gyermek. Lehetővé teszi a skála, hogy a szakember és a gondviselő egyszerűen és átláthatóan legyen képes a gyermek fejlődésével kapcsolatban konzultálni. Arra is alkalmas, hogy a szakember és a szülő is monitorozni tudja az előrehaladás hatékonyságát. Rendkívül fontos, hogy a szakember főleg az első ülés alkalmával, - de lehetőleg minden

találkozáskor - kihangsúlyozza a szülőknek a skála fontosságát. Amennyiben a gyermek rendszeresen magas pontszámot ér el, akkor ez felhívja a logopédus figyelmét a nehézségekre, így változtatást tud eszközölni a terápia során, képes a probléma megoldására. Az ilyen típusú problémamegoldások és ezekkel kapcsolatos döntéshozatal a program alapvető része. A szakember megítélése alapján több Súlyosság Skálát is használhatnak a szülők. Például különböző kritikusabb helyzetekre - mint a bevásárlás, vacsora, fürdés lehet – egy külön skálát is érdemes vezetni. A skálák alapján lehetőség nyílik a különböző verbális megerősítések, megerősítő mondatok megalkotására, sőt a mondatokat akár a speciális szituációhoz is képes igazítani a szakember. A Lidcombe Program sikeressége a Súlyossági Skála kiértékelésén és megfelelő vezetésén alapszik (Onslow, és mtsai., 2021).

Kutatások is bizonyítják, hogy többnyire a szülők képesek a megfelelő vezetésére, nagyrészt reálisan értékelik gyermeküket. Ezt kiválóan szemlélteti a következő tanulmány, mely során négy óvodáskorú dadogó gyermek dadogássúlyosságának szülők által megbízható mérését vizsgálták, a 10 pontos Súlyossági Skálán. Minden gyermekről hangfelvételeket készítettek, amelyek körülbelül 24 beszédmintát tartalmaztak, mindennapi beszédhelyzetekből, hat napon keresztül. Minden szülő a Súlyossági Skálát használta a beszédminták értékelésére. Egy klinikus is ugyanezt a skálát használta a minták súlyosságának értékelésekor. A szülők és a szakember pontozását hasonlították össze. Az eredmények azt mutatták, hogy két szülő esetében rendkívül magas egyezés volt kimutatható a szakember által adott súlyossági pontszámokkal. Egy másik szülő és két gyermeke esetében is rendkívül azonosan értékelte a gyermekek beszédmintáit. A logopédus és a szülők súlyossági pontszámai nagyobb mértékben voltak azonosak, hasonlóak (Onslow, Andrews, és Costa, 2014).

Amennyiben a szülő helytelenül úgy ítéli meg, hogy gyermeke dadogása nem súlyos, és ebből kifolyólag alacsony pontokban részesíti, akkor a gyermek gyorsabban a második fázisába, szintjére fog kerülni a programnak átmenetileg, amennyiben hibásan súlyosabbnak véli a pontozó a problémát, akkor pedig feleslegesen hosszabb időt fog eltölteni a program első fázisában, szintjén. Legjobb esetben a gondviselő a kitöltött Súlyossági Skálát minden ülésre magával hozza, azonban nem feltétlenül kell ragaszkodni a papíralapú skálákhoz. Fontos, hogy ez a folyamat a szülőnek, gondviselőnek is a lehető legkényelmesebb legyen, így arra is van lehetőség, hogy akár telefonjába jegyezze le a napi pontokat, vagy e-mailben küldje el a heti eredményeket a szakembernek. Nem az a lényeges, hogy milyen formában, vagy felületen küldik a pontokat, hanem a rendszeresség a siker kulcsa (Onslow, és mtsai., 2021).

5.4 Első konzultáció menete

Az első ülés során a szakember felkészíti a szülőt a megfelelő pontozásra. Elmagyarázza a skála felépítését, majd a pontozás menetét. A logopédus tapasztalata, tanulmányai és megítélése alapján elmagyarázza a gondviselőnek, hogy milyen magas pontot, milyen súlyosságú dadogási szintre szükséges adnia. Fontos, hogy a hozzátartozó és a logopédus pontozása harmóniában legyenek egymással. Az első ülés folytatásában a gyermeket is behívják. Gyermekkel játszanak, beszélgetnek, eközben figyelik meg a szülővel együtt a gyermeket. Amikor dadogást mutat, akkor a gondviselőnek le kell pontoznia azt a Súlyossági Skálán. A logopédus ezek után leellenőrzi az írott pontot. Amennyiben egyetért vele, akkor pozitíven megerősíti a szülőt, amennyiben nem megfelelőnek ítéli meg a pontot, akkor elmagyarázza a szülőnek, hogy miért adna más pontot, kedvesen és türelmesen rávezeti a megfelelő pontozási stratégiára. Minden további ülés egy szülő-gyermek beszélgetéssel indul, amelyet a szakember megfigyel, majd kéri a szülőt, hogy pontozza le gyermeke beszédét. A szakember pedig pozitív megerősítést ad a pontozásra, vagy javítja azt.

Egy másik igen hatékony és gyors módszere a beszéd pontozásának kialakítására, ha a szülő videófelvevételeket készít a gyermeke beszédéről és a szakemberrel ezek alapján beszélnek meg a pontozási stratégiát. Ez azért nagyon előnyös, mert a gyermek dadogásának változatos formáit képes rögzíteni, több helyzetben képesek áttekinteni, a dadogás súlyosságát, így ez pontosabb pontozást tesz lehetővé.

Tehát a szülő felkészítése a pontozásra történhet élőbeszéd vagy videó alapján is. A dadogás pillanatának rendszere három fő kategóriát foglal magába: az ismételt mozgásokat, mozdulatokat, beállt pozíciókat és szokatlan viselkedést. A megbeszélése azon pillatoknak, amikor a gyermeknél megfigyelhető a dadogás igen fontos lehet, mert amikor a javulás elkezdődik, és a pontok egyre alacsonyabbak lesznek, akkor a pontok csökkenését gyakran kíséri a dadogási pillanatokban megfigyelhető mozgások, viselkedés változása is (Onslow, és mtsai., 2021).

5.5 Szülői verbális megerősítések

A Lidcombe Programnak öt féle verbális megerősítést tartalmaz. Ebből kettő típus a dadogás pillanatára vonatkozik és három pedig azokra az időszakokra, amikor nem tapasztalható dadogás.

5.5.1 Verbális megerősítések a dadogásmentes beszéd esetén

A dadogásmentes beszéd során központi szerepet töltenek be a verbális megerősítések, ez a program mozgatórugója és alapja. Ezen alap betartásán kívül már csak az a legfontosabb, hogy a gyerek jól érezze magát a terápia során. Éppen ezért a szülői verbális megerősítések dadogásmentes időszakban pozitívek, jólesőek és támogatóak.

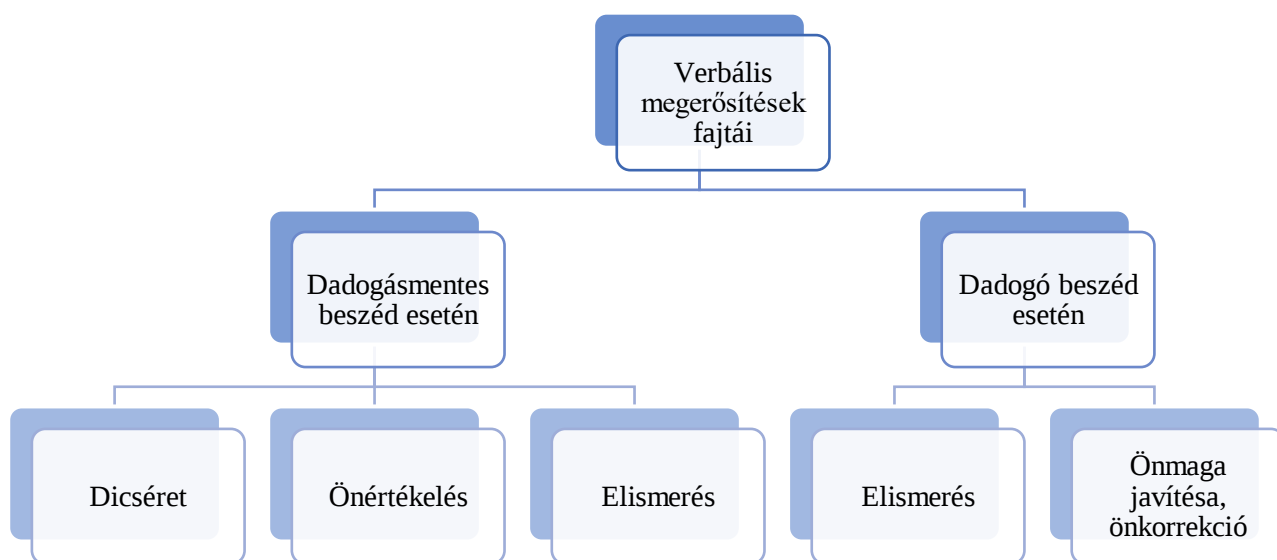
- a. **Dicséret** az első fajtája a dadogásmentes időszakban használandó verbális megerősítéseknek. A dicséretek a szülőknek természetesen kell átadnia, vigyázni kell azzal, hogy ne essenek túlzásokba, valamint arra is, hogy illeszkedjen a szülő személyiségéhez, amit mond, különben a gyermek számára nem lesz hiteles, sem jóleső. A terapeuta megtanítja a szülőket a kedves dicséretekre, mint például „ezt igazán szépen mondtad” vagy „szép volt, meg sem akadtál”.
- b. **Önértékelés** a második típusa a dadogásmentes időszakban alkalmazható verbális megerősítésnek. Ezt abban az esetben tudja a szülő alkalmazni, ha hosszabb időn keresztül a gyermeknél nem tapasztalt dadogást. Ilyenkor olyan kérdést tesz fel a gyermeknek, mellyel ő saját magát értékeli. Ilyen kérdés lehet például: „meg sem akadtál igaz?” vagy „ez nagyon szép folyamatos volt ugye?”.
- c. **Elismerés** a harmadik fajtája a dadogásmentes időszakban használandó verbális megerősítéseknek. Az elismerés rövid, lényegre törő pozitív megjegyzés, amely nem töri meg a beszélgetést, hanem könnyedén beépíthető, beékelhető a kommunikációba és a mondatok közé is. Ilyen megjegyzés lehet többek között: „ez sima volt” vagy „elakadás sehol” (Onslow, és mtsai., 2021).

5.5.2 Verbális megerősítések dadogás esetén

Megfontoltan kell használnunk ezt a megerősítést, mert előfordul, hogy a gyermekek kezdetben negatív reakciót tanúsítanak használatakor. Lényegesen ritkábban használnak verbális megerősítést a dadogás alatt, mint a dadogásmentes periódusban. Itt is érvényes az, hogy a szülőknek egyéni stílusuk van, valamint minden gyermek más, így meg kell találniuk a szülőknek is a „saját hangjukat” mellyel hitelesen képesek hatni gyermekükre (Onslow, és mtsai., 2021).

a. **Elismerés (felismerés)** az első fajtája a verbális megerősítéseknek, melyeket dadogás esetén alkalmazni lehet a terápia során. Ebben az esetben is ugyanúgy működik, rövid, tömör megjegyzés, amely nem szakítja félbe a kommunikációnak a folyamatosságát. Ebben az esetben ez így hangozhat: „ez egy kicsit akadozott” vagy „a szónak az eleje megakadt”.

b. **Önmaga javítása, önkorrekción**a második fajtája a verbális megerősítéseknek, melyeket dadogás esetén alkalmazni lehet a terápia során. Gyermekek többségének nem okoz gondot, hogy újra elmondják az adott szót vagy kifejezést megakadások nélkül, azonban előfordulhat, hogy negatív reakció érkezik a kérésre, ilyen esetben nem szabad erőltetni a gyermeknek, hogy mondja el még egyszer, rá kell hagyni és máskor megkérni másik elakadással kapcsolatban. Így kérheti meg a szülő a gyermeket: „elmondanád ezt a szót még egyszer?” vagy „el tudod mondani úgy, hogy nem akadsz meg” vagy „meghallgathatom most görcs nélkül?”. Ha nagy a gyermek ellenállása az önmagát való javítást illetően, akkor a következő ülésen erről feltétlenül beszélni kell a szakemberrel. Önkorrekción használata nagyon ritka. Amikor a dadogás mértéke csökken az első szint vége felé, már-már alig figyelhető meg a gyermeknél, akkor kérheti a terapeuta a szülőt arra, hogy minden egyes dadogás alkalmával kérje meg a gyermeket, hogy javítsa ki önmagát (Onslow, és mtsai., 2021).



2. ábra: Verbális megerősítések fajtái

Forrás: Saját szerkesztés a © 2021 Lidcombe Program Trainers Consortium-ban megtalálható táblázat alapján

5.5.3 Opcionális verbális szülői megerősítések

Lidcombe Programnak van két opcionálisan használható verbális megerősítése is, melyet a szülők használhatnak, de nem kötelező.

- a. **Dicséret az önálló önértékelésért**, dadogásmentes beszéd esetén: gyakran idősebb óvodás gyermekeknél fordul elő, hogy észreveszik, hogy hosszabb időn keresztül görcsmentesen, dadogás nélkül beszéltek és ezt verbalizálni is képesek: „sikerült úgy mondanom, hogy nem is akadtam meg”. Ilyen esetekben a szülőnek pozitív verbális megerősítést adhat erre, mint például „igen, nagyon ügyes vagy, hogy észrevetted, hogy milyen szépen beszéltél”. Ebben a helyzetben rendkívül fontos, hogy a dicséretet a gondviselő azért mondja, mert a gyermek észrevette, hogy nem dadog, és nem azért, mert nem dadogott. Fontos, hogy a szülők megértsék a különbséget a két dicséret között: „ügyes vagy, hogy megakadás nélkül beszéltél” és aközött, hogy „ügyes vagy, hogy észrevetted, hogy milyen szépen beszéltél”. Ebben a típusú verbális megerősítésben arra fókuszálunk, hogy a gyermeket erősítsük meg abban, hogy ügyesen különbözteti meg a fluens beszédét a dadogásától. Amennyiben a gyermek azt verbalizálja, hogy megakadt a beszéde „megakadtam, nem tudtam kimondani”, akkor nem tanácsos megerősítést adni hozzá, azonban szerencsés ezt feljegyezni és a következő ülésen megbeszélni a szakemberrel. Ez annak a jele is lehet, hogy a Lidcombe Program működik a gyermeknél.
- b. **Dicséret az önálló beszéd javításáért**: szülő vagy gondviselő részéről ez a típusú megerősítés is opcionálisan választható. Amennyiben a gyermek önmagától kijavítja a nem megfelelően artikulált, görcsösen kiejtett szót, akkor a szülő megdicsérheti ezért: „fantasztikus vagy, egyedül kijavítottad a görcsös szót, nagyon büszke vagyok rád” (Onslow, és mtsai., 2021).

5.5.4 Egyéb fontos dolgok a szülői verbális megerősítéssel kapcsolatban

A logopédus fokozatosan tanítja meg a szülőnek a megerősítő technikákat. Először csak a verbális dadogásmentes megerősítést mutatja be, és addig nem is hoz be újat, amíg a szülő ezt nem képes magabiztosan alkalmazni. Csak akkor kezdi bevezetni a dadogó beszédre történő megerősítést, ha úgy ítéli meg, hogy a gyermek is készen áll erre. Nagyon fontos, hogy a szakember meggyőződjön arról, hogy a szülő megfelelően végzi a verbális megerősítéseket, és minden konzultáció alkalmával ellenőrizze, monitorozza azt, valamint a szülőt segítse a közös munkában. Amennyiben a szülő nem jól végzi a megerősítéseket, akkor a gyermek valószínűsíthetően hosszabb ideig lesz a program első szintjén.

Olyan esetben, ha a gondviselő nem tudja eldönteni, hogy a gyermek dadogott-e, akkor fontos, hogy ne használjon semmilyen megerősítést. A megerősítéseket csak akkor szabad használni, ha a szülő biztos abban, hogy a gyermek dadogott. Ez az első szint befejezése felé szokott nehézséget okozni, amikor a gyermekek pontjai már 0-1 között mozognak, mert már napi szinten alig dadognak, tüneteik rendkívül enyhék. Minden verbális megerősítésnek - legyen szó dadogásmentes vagy dadogó beszédről - pozitív élményt kell jelentenie a gyermek számára. Ezek nem lehetnek állandóak, intenzívek vagy invazívak. Alapvető fontosságú annak felismerése, hogy mikor nem pozitív élmény, vagy ami még előnyösebb, hogy előre jelezzük, mikor fordulhat elő, valamint meg is előzzük. Egyes szülőknek lassan és körültekintően kell bevezetniük a verbális megerősítéseket, hogy biztosak lehessenek abban, hogy a gyermek támogató és kedves verbális megerősítéseket kap. Ellenkező esetben a találkozók során nyilvánvaló lesz, hogy a gyermek nem érzi jól magát a kezelés folyamán.

Sokkal több szóbeli megerősítésnek kell lennie a dadogásmentes beszédhez, mint a dadogó beszédhez. Nem tudták megállapítani a kutatók, hogy átlagosán napi hány pozitív megerősítésre van szüksége a gyermekeknek ahhoz, hogy a kezelés sikeres legyen. Viszont laboratóriumi kísérletek bizonyítják, hogy a verbális pozitív megerősítések által kontrollálható a dadogás. A szülőnek és a logopédusnak a közös feladata, hogy rájöjjenek, hogy egyénileg az adott gyermeknek hány megerősítésre van szüksége. Amennyiben nem fejlődik a program által, nagy valószínűséggel a megerősítések számának növelésére és rendszeres használatára van szükség. Nem csak a megerősítések száma fontos, hanem az időzítésének is fontos szerepe van. Késedelmesen adott verbális megerősítés gyakran már eredménytelen lesz. A terapeutának fontos felülvizsgálnia a szülő tevékenységét minden találkozás alkalmával, hogy biztos legyen

abban, hogy a terápiát megfelelően hajtják végre, hiszen csak így lehet eredményes (Onslow, és mtsai., 2021).

5.6 Verbális megerősítések a gyakorlati ülések alkalmával

A logopédussal töltött alkalom remek lehetőség a szülőnek arra, hogy gyakorlatban is lássa, hogy miként működik a verbális megerősítés a dadogásmentes, valamint a görcsösebb, dadogó beszéd esetében. Elengedhetetlen a pozitív viselkedés, főleg olyan esetekben, amikor a gyermek részesült negatív megkülönböztetésben, megítélésben. Ezek az alkalmak arra is kiválóak, hogy a szakember a szülővel együtt meghatározza, hogy a gyermek ideális esetben milyen arányban képes a dadogásmentes válaszadásra (Onslow, és mtsai., 2021).

Kutatások bizonyítják, hogy amikor a beszéd szintaktikai összetettsége és a beszéd hossza megnő, akkor ezzel egyenesen arányosan a dadogó, görcsös beszédre való esély is nőhet. Erre egy remek példa Mahesh Jayaram (1983) tanulmánya, melynek célja az volt, hogy elemezze a mondat hosszának és tagmondat helyzetének hatását a dadogásra két nyelv, az angol és a kannada (India déli részén beszélt dravida nyelv) összetett mondataiban. Tíz anyanyelvi dadogó felnőtt olvasott fel 20 mondatkészletet, míg tíz két nyelven beszélő dadogó felnőtt 40 mondatkészletet olvasott fel (20 mondatkészletet az angol és 20-at a kannada nyelven). Minden készlet egy rövid mondatból és két hosszú mondatból állt. Az eredmények szerint egy tagmondat, amely az első helyen szerepel a mondatban, gyakrabban dadogott, mint ugyanaz a tagmondat a mondat végén vagy egyedülállóan; egy tagmondat, amely az első helyen szerepel a mondatban, gyakrabban dadogott, mint ugyanaz a tagmondat a mondat végén, függetlenül a mondat hosszától; és a dadogás gyakrabban fordult elő az első tagmondatban, mint a másodikban, arányosan a két tagmondat közötti szóhossz-különbséggel. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a dadogás előfordulása kapcsolódhat a beszédmotorika tervezésére való igényekhez, különösen a mondatok kezdetén, és fontos lehet a dadogó görcsök, és beszédfluencia megbomlásának szempontjából (Jayaram, 1983).

A logopédus ezen kutatási eredményeket tudja felhasználni. Ülések során lehetőség nyílik arra, hogy a szülőnek megmutassa, hogy hogyan alakítsák a dadogási valószínűségek előfordulását. A szülők ezt megtehetik úgy, hogy lehetőséget adnak a gyermekeknek arra, hogy különböző szintaktikai bonyolultságú kijelentésekkel rendelkező beszélgetési lehetőségeket válasszanak, az egy-két szóból álló kijelentésektől egészen a beszélgetés során egymás után következő több

kijelentésig. A szakember a terápia lépéseivel kapcsolatosan az ülések folyamán hoz döntéseket a gyermek dadogásának súlyossági foka alapján (Onslow, és mtsai., 2021).

5.6.1 Terapeuta által használt és tanított technikák, feladatok:

- a) Szavak és mondatok ismétlését.
- b) Mondatok kiegészítését.
- c) Zárt kérdéseket tesz fel.
- d) Eldöntendő kérdések feltétele.
- e) Beszélgetést a jelenről és a „mostról”.
- f) Megszakítás nélküli beszélgetéseket.
- g) Konkrét beszédre készítő anyagokat.

A gyermek reakciójára és beszéd fluenciájára külső tényezők is hatással lehetnek. Ilyen például a téma, amiről beszélhetnek, a gyermek aktuális érzelmi állapota, helyszín, ahol az ülés zajlik, vagy akár az izgatottsági szintje (Onslow, és mtsai., 2021).

A szakemberek megmutatják, megtanítják a szülőknek, hogyan változtassák, váltogassák ezeket a módszereket annak érdekében, hogy biztosítani tudják a dadogás csak időszakos előfordulását a fejlesztő foglalkozások, gyakorlások során. A szülők alapvető feladata a gyakorlás folyamán, hogy következetesen alkalmazzák a fent említett módszereket a dadogásmentes beszéd maximalizálása érdekében. Lényeges, hogy a szülő a gyakorló ülések során megváltoztassa a módszereket és azok alkalmazásának módját. A cél az, hogy a gyermekek leginkább dadogásmentesek legyenek a gyakorlás során, ugyanakkor a lehető legkomplexebb dadogásmentes beszédet produkálják, amire a gyermek az aktuális képességei alapján képes (Onslow, és mtsai., 2021).

A fejlesztés során a szakemberek gyakran szembesültek nehézségekkel. A legkritikusabb nehézségek, melyek nehezíthetik a program sikerességét és előrehaladását lehetnek: ha a gyermek feladattartása gyengése, könnyen ráun egy-egy feladatra, amennyiben a szülő-gyermek kapcsolata nem megfelelő, ha a szülő kommunikációja a gyermeke felé nem megfelelő, ha a szituáció nem komfortos a gyermek számára, amennyiben a szülő nem érzi magabiztosnak magát a beszélgetések kezdeményezése során, vagy amikor a gyermekével hosszabban kell beszélgetnie, vagy ha a gyermek szeret hosszasan elvont témákról beszélgetni, valamint ha a gyermek igen súlyos dadogással küzd. Ezeket a nehézségeket mindig részletesen

átbeszéli a szakember és a szülő és keresnek megoldást a nehézség orvoslására (Onslow, és mtsai., 2021).

5.6.2 A megtanított technikák használata

A logopédus megtanítja a 4.6.1-es alfejezetben leírt technikákat a szülőnek. A szülő - gyermeke dadogásának súlyosságától függően - napi kétszer 10-15 percet gyakorol gyermekével. Amennyiben a szakember úgy ítéli meg, akkor többször rövidebb időtartamú gyakorlást is beiktathatnak. Ideálisan a gyakorlás során a szülő és gyermek leülnek egy asztalhoz, vagy nyugodt környezetben leülnek a földre egymással szemben, ahol egymásra tudnak figyelni. Természetesen a napi tevékenységek közben is el lehet végezni a gyakorlatokat, mint főzés, bevásárlás vagy fürdés, azonban szerencsésebb olyan helyzet kialakítása, amikor a szülő teljes mértékben a gyermekére tud fókuszálni és képes monitorozni a beszédét (Onslow, és mtsai., 2021).

A dadogásmentes beszéd a gyakorlások folyamán megerősítésre kerülhet nem verbális megerősítések által is, amennyiben a logopédus ezt szükségesnek és hasznosnak véli. Ilyen megerősítés lehet esetleg egy pecsét, matrica, nyomda, vagy akár egy kis rajz vagy pipa a lap szélén. Fontos, hogy ezeket a nonverbális pozitív megerősítéseket a mindennapokban nem használhatjuk, csak azokban az esetekben, ha a gyermek a fejlesztő feladatokat végzi. Természetesen a mindennapok folyamán is lehet nonverbális megerősítéseket használni, de azokban az esetekben inkább a pacsit, gyermek megtapsolását, vagy egyéb mozgással kísért nonverbális jeleket kell előnyben részesíteni. Lényeges, hogy a gyermek érdeklődéséhez igazítsuk ezt a jelet is (Onslow, és mtsai., 2021). Tehát amennyiben a gyermek nagyon szereti a dinoszauruszokat, akkor érdemes ilyen mintázatú matricákat venni a számára. A nonverbális megerősítések nem helyettesítik a verbálisakat, csak a terapeuta javaslatára lehet kiegészítésként használni. A Lidcombe Program során ez leginkább a második szint vége felé fordulhat elő, de akkor is ritkán (Onslow, és mtsai., 2021).

5.6.3 Verbális megerősítések a mindennapos kommunikációban

Amikor a szakember megbizonyosodott róla és úgy értékeli, hogy a szülő megfelelő mértékben begyakorolta a verbális megerősítést a fejlesztési szituációkban, akkor megkéri, hogy kezdje el a napi tevékenységek során is ezt alkalmazni. Általában ilyenkor a Súlyossági Skálán is

javulások kezdenek mutatkozni, alacsonyabb pontszámok jelennek meg. Ilyen természetes helyzet lehet például, amikor óvodába mennek, kirándulnak, vacsorát készítenek vagy akár lefekvéshez készülődnek. Amennyiben a terapeuta úgy ítéli meg, akkor ezeket a verbális megerősítéseket is kiegészítheti a szülő nonverbális megerősítésekkel. A verbális megerősítések kezdetben gyakorlás folyamán, feladatok megoldása közben használandóak. Mikor már ebben a helyzetben jól megy, akkor a gyakorlás folyamán és a természetes, mindennapi helyzetekben is bekerülnek. Amikor a terapeuta úgy ítéli meg, akkor megkéri a szülőt, gondviselőt, hogy a gyakorlások folyamán már ne használja a verbális megerősítést. Gyermektől függ, hogy erre mikor kerül sor, de többnyire a második szakaszban kerül erre sor. A terapeuta gyermek fejlődésétől függően gyakran eszközöl változtatásokat a terápiában, főleg abban az időszakban, amikor a szülő a mindennapi tevékenységek és a gyakorlás folyamán is használja a verbális megerősítéseket. Ilyen változtatás lehet többek között, ha napi egy gyakorlás helyett már csak minden másnap kell a gyermekkel feladatokat megoldani. De a verbális megerősítések számát, időzítését vagy akár a típusát is meghatározhatja a szakember gyermek fejlődésétől függően (Onslow, és mtsai., 2021).

5.7 A kezelés második szintje

A második szakasznak két fő célja van. A legfontosabb, hogy az első szakaszban elért eredményeket fenntartsa. A másik pedig, hogy a terapeuta átadja a fejlődés felelősségét a szülőnek. A felmérések alapján a második szakaszban, hozzávetőleg öt évvel az első szakasz befejezte után a terápiában részt vett gyermekek felénél tapasztaltak visszaesést. A második szakaszban a szülő a terapeuta utasítása szerint fokozatosan visszavonja a verbális megerősítéseket. A szakember határozza meg a megerősítések elhagyásának időzítését a gyermek Súlyossági Skálán elért eredményei alapján. Ahhoz, hogy egy gyermek a második szakaszba léphessen több kritériumnak is meg kell felelnie. Három egymást, egy hét különbséggel követő ülésen részt kell vennie. Az üléseket megelőző egy héten keresztül a Súlyossági Skálán elért pontszámai 0-1 pont között mozoghatnak és a hét alkalom közül legalább négy alkalmon 0 pontot kell elérniük. Az ülések alkalmával a logopédus skáláján is 0-1 pontot szerezniük. A második szakaszban már kevesebbszer, csak az üléseket megelőző egy hétben kell a szülőknek a Súlyossági Skálát vezetniük, de természetesen ezt a szakember saját meglátásai alapján gyakoribbá is teheti. Előfordulhat, hogy az első szakasz befejeztével a szülők és a szakértő is elfogult lesz a gyermek fejlődése kapcsán, ezért nem tartják be második

szakaszban előírtakat. Ez nagy kockázatot jelenthet a visszaesésre. Lényeges, hogy a dadogásmentes beszédhez kapcsolódó verbális megerősítések folyamatosan jelen legyenek a második szakaszban, és hogy a szülők a dadogó pillanatokra is adjanak verbális visszajelzést. Egy hosszú távú nyomon követés eredményei alapján a program megalkotói javasolják, hogy a logopédusok buzdítsák a szülőket arra, hogy figyelmesen figyeljék és figyeljék az utókezelés során és az második szakasz befejezése után, hogy tapasztalják-e a visszaesés jeleit (Onslow, és mtsai., 2021).

5.8 Terápiás ülések menete

5.8.1 Terápiás ülések menete az első szint alkalmával

Az első szakaszban a terápiás ülések körülbelül heti egy alkalommal 45-60 percen keresztül tartanak. Az ülések fő terápiás pontok, állomások mentén zajlanak:

1. Gyermek megérkezik a szülővel vagy gondviselővel, rövid beszélgetést folytatnak a logopédussal. Amennyiben a szülő készített a gyermek beszédéről videófelvételt, akkor ezt együtt megnézik és kiértékelik, valamint a szakember felrögzíti magának a gyermek elért pontjait a Súlyossági Skálán.
2. Szülő Súlyossági Skálájának vezetését ellenőrzi a szakember, ellenőrzi, hogy a szülő megfelelően vezeti azt.
3. Előrehaladás áttekintése: A logopédus az előző hét Súlyossági Skálát feljegyzett eredményeit felhasználva részletesen megvizsgálja a dadogás súlyosságát és azt, hogy milyen mértékben volt a kezelés hatékony az előző héten. A megbeszélés témái általában a következő kérdéseket tartalmazzák:
 - A gyakorlások a tervezettek szerint zajlottak, milyen gyakran és mennyi ideig tartottak?
 - Milyen verbális megerősítésekkel érte el a kívánt alacsony dadogást a gyakorlási időszakok alatt?
 - Milyen gyakran adott a szülő verbális megerősítéseket mindennapi beszélgetések folyamán?
 - Milyen verbális megerősítéseket használtak a gyakorlási időszakokban és/vagy a természetes beszélgetések során?
 - Melyik napszakban gyakoroltak?

- Mit csinált a gyermek és a szülő a verbális megerősítések során a mindennapi beszélgetések során?
 - Hol történtek a verbális megerősítések a napi beszélgetések során?
 - Mennyi ideig tartottak a beszélgetések, amelyek során verbális megerősítéseket használt?
 - Mennyit beszélt a gyermek a beszélgetések során?
4. Szülői bemutató: a szülő bemutatja a logopédusnak, hogy hogyan szoktak a gyermekkel gyakorolni. Gyakorlás bemutatása történhet a helyszínen élőszóban, de erről is készíthet a szülő felvételt az otthoni környezetben és azt is kielemezheti a szakember segítségével. A logopédusnak az alábbi pontokat kell figyelnie a szülő tevékenységének monitorozása során:
- A gyermek élvezi a gyakorló szakaszt.
 - Megfelelő verbális megerősítéseket használ a szülő a gyermek számára.
 - A szülő helyesen azonosítja a dadogásmentes és a dadogó beszédet.
 - A gyakorló szakasz megfelelően strukturált annak érdekében, hogy a dadogás csökkenjen
 - A verbális megerősítések dadogásmentes beszédre vonatkoznak.
 - A verbális megerősítések változatosak.
5. Visszajelzés a szülő számára: A szülő és a szakember megbeszéli a szülő által használt verbális megerősítéseket. A logopédus visszajelzést ad arról, hogy a gyakorló szakasz bemutatása vagy annak felvétele, mennyire pontosan adja vissza az előző hétre ajánlott gyakorlási technikákat. A beszélgetés során megbeszéli, hogy mely verbális megerősítések működtek megfelelően, valamint melyek nem, vagy esetleg melyeken kellene javítani. Ha a logopédus által ajánlottakat nem követték a fejlesztés során, akkor a logopédus és a szülő megbeszéli, hogy ennek mi lehetett az oka és ezen hogyan tudnak javítani.
6. Fejlesztési változások tervezése a következő hétre: a szülő és a szakember megbeszéli a fejlesztés változtatásait. Ezek a következő fő pontokat kell, hogy tartalmazzák:
- Az alkalmazandó technikákat a dadogás csökkentése érdekében a gyakorlás során.
 - Azokat a feladatokat, amelyeket a gyakorlás során használhatnak.
 - A verbális megerősítések fajtáit és gyakoriságukat a gyakorlás folyamán.

- Mikor és hol nyújtson feltételhez kötött jutalmakat mindennapi beszélgetések során.

A logopédus bemutatja a szülőnek a kezelési eljárások következő heti változtatásait, feladatait. Ezután a szülő a logopédus előtt gyakorolja a megváltozott feladatokat, és a szakember visszajelzést ad a szülőnek.

7. Befejező szakasz: logopédus összegzi az órán elhangzottakat, majd megkérdezi a szülőt, hogy van-e bármilyen kérdése. Amennyiben van, a kérdéseket megvitatják.

5.8.2 Terápiás ülések menete a második szint alkalmával

A második szakaszban a terápiás ülés már csak 30 percig tart. A látogatás elején a szakember megtekinti a szülőtől kapott, az elmúlt hetekben általuk pontozott Súlyossági Skálákat, majd a szülővel megbeszélik, hogy ezek mennyire voltak jellemzőek az utolsó látogatás óta eltelt hetekben. A logopédus és a szülő megbeszélik az adott pontokat. Különösen arra összpontosítanak, hogy a szülő hogyan reagált az értékelések változásaira. Ezután a gyermekkel folytat a szülő beszélgetést, vagy egy felvételt tekintenek meg közösen, melyen a szülő a gyermekével gyakorol, majd ezt követően a szakember értékelést, visszajelzést ad melyet megbeszél a szülővel és kikéri az ő véleményét is. A szakember és a szülő megbeszélik, hogy az utolsó látogatás óta mennyi szóbeli megerősítést használtak a mindennapos beszélgetések során. Ha a gyermek megfelel a teljesítménykritériumoknak, akkor a szakember előrehaladást javasol a teljesítmény-függő második szakasz fejlesztési tervében. Ha a gyermek nem teljesíti a teljesítménykritériumokat, akkor az előrelépést nem javasolják. Előrelépés helyett a logopédus:

- Időpontot foglal a következő vagy a rákövetkező hétre, és javaslatokat tesz a gyermek dadogásának kezelésére.
- Vagy visszatér egy korábbi szakaszra a második szakaszon belüli látogatások sorozatában.
- Vagy ritka esetekben visszatéríti a gyermeket az első szakaszba.

A második szakasz addig folytatódik, amíg a gyermek körülbelül egy éve fenntartható kezelési célokat ér el. A második szakasz lezárása után a szülőknak azt tanácsolják, hogy vegyék fel a kapcsolatot a szakemberrel, amennyiben bármilyen visszaesést észlelnek, valamint nem képesek ezt hatékonyan kezelni (Onslow, és mtsai., 2021).

5.9 Lidcombe Program összegzése

Lidcombe Program szülő központú, home-training program, amely gyakori logopédiai ellátással egészül ki. Szoros együttműködést igényel a szülő és a logopédus között. Fontos, hogy a logopédus bíztassa a szülőt, főleg olyan esetekben, amikor a fejlődés lassabb periódusban van. A program sikere a konzisztens pozitív verbális megerősítésben rejlik. A pozitív verbális megerősítő mondatok könnyedén fordíthatóak, adaptálhatóak bármilyen nyelvre, éppen ezért érdemes lehet a terápia magyar nyelvű adaptációja és oktatása magyar logopédusok részére.

6. Hazai korai intervenció

6.1 A szülőcsoportos dadogó terápia

A Szülőcsoportos dadogó terápia megalkotója: Mácsainé Hajós Katalin. Felfigyelt arra, hogy sok 3-3,5 év körüli gyermekkel keresték fel szülők. Azok a gyermekek, akiknél nem állapítható meg beszédfejlődési zavar, hároméves korukra már elmondják teljes nevüket, társalognak és képesek az élményeiket összefüggően elmesélni (Galambos, 2006). Így a szülők gyakran hároméves kor körül észlelik, hogy a gyermekük beszédfejlődése eltér a normál fejlődésmenettől. Az alkotóban felmerült a kérdés, hogy ezeknek a kisgyermeknek hogyan tudna koruknak megfelelően segíteni. Fontosnak tartotta annak feltárását, hogy élettani dadogásról, vagy már egy súlyosabb a kórkép, amellyel minél korábban foglalkozni szükséges (Mácsainé Hajós, 1987). Azért tartja fontosnak a szülői részvételt is, mert a dadogást a szülő-gyermek kapcsolatra vezetik vissza (Mácsainé Hajós, 1987). A kezelés fő alapelveit Nitz Katz-Bernstein alapján alkotta meg Mácsainé Hajós (1987), melyek a meleg kapcsolat kialakítása a logopédus és a gyermek között, a szakember teljes mértékben elfogadja a gyermeket, a gyermek érezze magát szabadnak és a logopédus fordítson nagy figyelmet a gyerekek viselkedésének monitorozására (Mácsainé Hajós 1987). A terápia fő célja a kettős ráhatás, amely a gyermek tüneteire való hatást, a berögzülésének, halmozódásának megakadályozását, valamint szülő magatartásának megváltoztatását, elfogadásának kialakítását jelenti (Mácsainé Hajós, 2001).

6.1.1 A Szülőcsoportos dadogó terápia felépítése

A Szülőcsoportos dadogó terápia során, a különböző ülések hossza változó lehet, általában 55-60 perc közötti időtartamokra tervezik. A pontos időtartamot a terapeuták határozzák meg a terápiás céloknak és a gyermek figyelemkapacitásának megfelelően. A foglalkozások hetente egy alkalommal történnek. A csoport nyílt, ami azt jelenti, hogy újonnan jelentkezők bármikor csatlakozhatnak (Mácsainé Hajós, 1987). A terápiát egy pszichológus és két logopédus vezeti. A heti találkozások első órájában mind a szülők, mind pedig a gyermekek közösen vesznek részt egy csoportos foglalkozáson, majd ezt követően az egyik logopédus fejlesztésre viszi a gyermekeket, a pszichológus és a másik logopédus pedig a szülőkkel nondirektív módon beszélget (Mácsainé Hajós, 2001). Ez azt jelenti, hogy az üléseken a szülők problémáikat egymás között vitatják meg, a pszichológus különösebb aktív beavatkozása nélkül kíséri figyelemmel a beszélgetést. Direkt kérdések közül csak a logopédiai témájúakra kaptak választ (Mácsainé Hajós, 1987). A pszichológus beszélgetés elakadása esetén segít a beszélgetés beindításában. Célja a Rogers-i elfogadó légkör kialakítása és fenntartása (Mácsainé Hajós, 1987). A terápián 4-8 gyermek vehet részt. Minden összejövetel után a szakemberek egyeztetnek és megbeszélést tartanak (Mácsainé Hajós, 1995).

Szülők mindig is igen kíváncsiak voltak arra, hogy a gyermekek milyen feladatokat csinálnak a logopédussal. Ezért kezdetben egy detektív tükör mögül figyelhették meg a gyermeküket, majd fokozatosan Mácsainé Hajós Katalin bevonta őket a tevékenységekbe. Láta, hogy a szülők igyekeznek alkalmazni az ott látottakat is. Így jött létre, hogy a foglalkozás elején közös tevékenységek is vannak, majd azt követően válnak szét két csoportra (Mácsainé Hajós, 1987).

6.1.2 Az anamnézis

Első lépésként a terapeuta megalkotja a csoportot. Ehhez minden gyermekről egy képet kell kapnia a szakembereknek, ezért egy saját anamnézis felvételével kezdik a gyermekek megismerését. A beszédüknek történetét, gyermekek magatartását, a családi, szociokulturális anamnézist és a veleszületett vagy szerzett ártalmakat tárják fel. A szülők által adott válaszok segítenek a szakembereknek eldönteni, hogy alkalmas-e a szülő és a gyermek a terápiára (Mácsainé Hajós, 2001). Második lépésként a gyermekeket le kell választani a szülőkről. Amennyiben a gyermek már bölcsődébe vagy óvodába jár, akkor ez különösebb nehézség

nélkül megtörténik, amennyiben nem, akkor a terápia kezdetén az egyik szülő elkíséri a gyermeket a foglalkozásra (Mácsainé Hajós, 1987).

6.1.3 A kezelési terv részterületei

A kezeskezelési tervben fontos szerepet kap a: személyiség, nagymozgás és mozgáskoordináció, beszédképesség és a szülők magatartásának befolyásolása. A személyiség kapcsán fontos a szorongás oldása, segítségnyújtás, kapcsolatok kiépítése, az empátias készség fejlesztése és a személyes élmények feldolgozása is. A nagymozgás területén belül az izomtónus szabályozó, játékos légző és mozgás-ritmust koordináló feladatok gyakorlása kerül előtérbe. A beszédképességen belül a cselekvés és a beszéd összekapcsolása, valamint a szókincs bővítése a cél. A szülők magatartását pedig a helyes minta adásával igyekeznek a terapeuták befolyásolni és a gyermek és a szülő kapcsolatát javítani. A területek fejlesztéséhez kapcsolódó feladatokat a csoport igényei szerint állítja össze a terapeuta (Mácsainé Hajós, 2001).

6.1.4 Alkalmazott dadogást tüneteit elfedő gyakorlattípusok

A terapeuta először a foglalkozás menetét képekkel szemlélteti, ez a gyermekek biztonságérzetét erősíti meg és az időérzéküket is támogatja. Kontaktuskészség építésére szolgáló gyakorlatokat is alkalmaz, amely a társas kapcsolatok fejlesztésére szolgál. Megadja a logopédus a lehetőséget, hogy játékos keretek között a feszültséget és az agressziót kiéljék a gyermekek. A nagymozgásos játékok a testtudatot, mozgáskoordinációt, téri tájékozódásukat és térbeli helyzetük érzékelését javítja. A szülőkkel közösen végzett mozgásos feladatok pedig visszavezetik a gyermekeket egy olyan korszakukba, amikor a szüleikkel a szoros testi kontaktus gyakoribb volt és amikor együtt jól érezték magukat. Ezek után alkalmazza a terapeuta a játékos lazítást, hogy az imént említett feladatok után a gyermekek meg tudjanak nyugodni, hogy majd a konkrét beszédhelyzetekre jobban tudjanak figyelni. A beszéd, mozgás, a ritmus koordinációja alkalmával mondókákat kísérek finomabb mozgásokkal, ezeket el is játsszák, így juttatva a gyermekeket az elakadásmentes beszéd élményéhez. Ezt követik az átváltozós, újjászülető játékok, amikor a dadogó gyermeknek lehetősége van arra, hogy kilépjenek önmagukból és mások legyenek, ez segíti a személyiség pozitív irányú fejlődését. Ezután egy közös alkotó tevékenység következik, amely a csoportkohéziót erősíti, és lehetőséget ad a spontán beszédre, valamint a szakembernek a beszédállapot megfigyelésére.

Végezetül pedig a meglepetés jön, amely szintén a csoporthoz tartozás érzését erősíti meg, ilyenkor valamilyen apró finomságot fogyasztanak el együtt a gyermekek (Mácsainé Hajós, 2001). Ebben az életkorban a bölcsődéseknek még nehézséget okozhat, hogy tartósan figyeljenek és csoportos feladathelyzetben maradjanak. Ebből kifolyólag a terápia során a feladatok nem kötelezőek, önként tudnak bekapcsolódni (Mácsainé Hajós, 1987).

6.1.5 Óraterv vázlat bemutatása

1. A foglalkozást az óra menetének képekkel való megjelenítésével kezdik a gyermekek (Mácsainé Hajós, 2001).
2. Ezt követően egy játékos mozgásos gyakorlatot végeznek el, amelyben haladnia kell a gyermekeknek. Ilyen feladat lehet az állatkerti vagy erdei séta, akár a falusi kirándulás is (Mácsainé Hajós, 1987).
3. A figyelemfejlesztő gyakorlat lehet akusztikus, amikor zörejekkel és hangszerekkel dolgozik a terapeuta, vagy vizuális, amikor kis képecskéket használ, vagy tárgyakat.
4. Ezt követően báboznak és „dramatizálással” igyekeznek beszélgetni a gyermekekkel, ekkor a logopédus fel is tudja térképezni az aktuális problémákat (Mácsainé Hajós, 1987).
5. Következő feladat beszéd, mozgás és a ritmus koordinálására versek, énekek és mondókák elmondása, éneklése mozgással kísérve (Mácsainé Hajós, 1987). Ilyen dal lehet például a Csíp, csíp csóka.
6. Alkotó tevékenységként agyagoznak vagy rajzolnak és közben a gyerekekkel beszélgetnek is (Mácsainé Hajós, 1987).
7. Jutalmazás, meglepetés (Mácsainé Hajós, 2001).

Nehéz feladat mindig szabályos óratervet készíteni fiatal gyermekek esetén, mert gyakran az ő elképzeléseik felülírják a szakember terveit. Ilyenkor tanácsos óra közben módosítani, célszerűbb követni a gyermekek igényeit, és általuk előhozott problémákat vagy ötleteket (Mácsainé Hajós, 1987).

6.2 A szakemberek jellemzői

A pszichológusok nem kívánnak csoportvezetői pozícióban elhelyezkedni a szülői körben sem, hozzáállásuk a szülőkhöz kedves és megértő. Elfogadó légkör kialakítása a céljuk, szívesen fogják mindkét szülőt, sőt a nagyszülőket is. Amikor azt látják, hogy kevés egy családnak a közös beszélgetés, akkor javasolnak számukra családterápiát, játékterápiát is. A logopédusok magatartására kedves, nyitott és figyelmes tulajdonságok jellemzőek. A gyermekekkel szoros kapcsolat kiépítése a céljuk. Azt éreztetik velük, hogy a kapcsolatukban szabadok. A logopédus monitorozza a gyermekek érzéseit, viselkedésüket és reakciójukat is (Mácsainé Hajós, 1987).

6.3 Szülőcsoportos dadogó terápia hatékonysága

Több, mint tizenkét éve foglalkozik Mácsainé Hajós Katalin a terápiával. Ez idő alatt, meggyőződött a terápia hatékonyságáról. A gyermekek közel fele tünetmentessé vált, egynegyede visszaesett és újabb terápiára volt szüksége, és a fennmaradt egynegyede pedig intenzív terápiába került egyéb társuló beszédnehézségeikből kifolyólag. A Szülőcsoportos dadogó terápia nagyban megakadályozta a gátlások és a beszédhibák rögzülését. A szülők szemlélete is helyes irányba mozdult el a gyermekekkel kapcsolatosan. Kezelés hatékonyságosra pozitív hatással van a család együttműködő hozzáállása. Nem csak a gyermekek, hanem a szüleik és az egész családjuk számára egy meghatározó élmény a terápián való részvétel, és azaz érzés, hogy közösen tettek valamit a beszédhiba legyőzése érdekében (Mácsainé Hajós, 2001).

7. Eltérések és azonosságok

A két terápiában megismerése során rengeteg azonosság és eltérés megfigyelésére adódik lehetőségünk. A két terápiát az alábbi pontok:

- terápia fókusza
- terápiát alkalmazható szakember
- szakember munkájának típusa
- vizsgált korosztály
- ülések gyakorisága
- ülések típusa

- ülések hossza
- visszajelzések típusai
- otthoni gyakorló feladatok
- szülő feladatai
- terapeuta-szülő együttműködése
- szülő-gyermek kapcsolata
- terápia típusa
- tudományos kísérletek, megfigyelések a terápiáról
- dadogás intenzitásának dokumentációja mentén kívánom összehasonlítani.

A terápiák bemutatásából kirajzolódik, hogy mindkét program fókuszra a gyermekek dadogásának kezelésére irányul. Azonban a Szülőcsoportos dadogó terápia nem csak a gyermekeknek, hanem a szülőknek is segítő kezet nyújt az érzéseik feldolgozásában egy csoportos foglalkozás keretén belül (Mácsainé Hajós, 2001). A Lidcombe Program során is van a szülőnek lehetősége kérdéseik feltevésére és azok megvitatására a terapeutával, azonban ezek a kérdések a gyermekre vagy a terápiára kivitelezésére vonatkoznak, nem pedig a személyes érzelmi állapotukra (Onslow, és mtsai., 2021).

Mindkét terápiát alkalmazhatja logopédus, a Lidcombe Program esetén fontos kiemelni, hogy alkalmazásához a logopédiai diplomán kívül, egy tanfolyam elvégzése is szükséges (Onslow, és mtsai., 2021). A Szülőcsoportos terápia esetén a logopédus mellett szükséges még egy fő logopédus, valamint egy pszichológus jelenléte is, akik a szülőkkel foglalkoznak, a gyermekek otthoni gyakorlásában nyújtanak segítséget, valamint moderálják a szülői kört (Mácsainé Hajós, 2001).

Ebből kifolyólag a Szülőcsoportos dadogó terápia esetén a két logopédus és a pszichológus team munkában dolgoznak, amely renkívül hatékony tud lenni. Ezzel ellentétben a Lidcombe Programban a szakember egyedül foglalkozik a gyermekkel és a hozzátartozójával, természetesen kollégáitól kérhet szakmai segítséget, de az ülések folyamán egyedül dolgozik, döntéseit a terápia menetével kapcsolatosan egyedül hozza meg (Onslow, és mtsai., 2021).

Az egyik oka annak, hogy a Szülőcsoportos dadogás terápiát választottam összehasonlítási alapul az, hogy a két terápia azonos korosztályt céloz meg, a 2-6 éves gyermekeket. Mindkét terápia korai intervenció híve, valamint fontosnak tartják a részletes anamnézis felvételét is, majd a terápia eredményekhez való igazítását.

Az ülések gyakorisága szempontjából mindkét terápia a rendszerességre törekszik. A Lidcombe Programnál azt figyelhetjük meg, hogy az ülések rendszeressége egyenesen arányos csökkenést

mutat a kezelés sikerességével. A program első szakaszában heti üléseken kell részt vennie a kliensnek a hozzátartozójával együtt, amely hozzávetőleg 45-60 percet vesz igénybe. A terápia személyesen és online formában is megtartható, azonban a webkamera használata nélkülözhetetlen. A második szakaszban az ülések már csak 30 percen át tartanak (Onslow, és mtsai., 2021). Ezzel ellentétben a Szülőcsoportos dadogó terápia során heti egy alkalommal, egy éven keresztül 1 órás személyes részvételű foglalkozáson vesznek részt a szülők és a gyermekek is. Ebből megközelítőleg 45 percesek a csoportos foglalkozások, és minden ilyen típusú foglalkozást megelőz egy szülő-gyermek csoportos foglalkozás is (Mácsainé Hajós, 2001).

A két terápia ülések típusa szempontjából jelentős eltérést mutat egymástól. A Lidcombe program során a szülő minden ülésen aktív résztvevő (Onslow, és mtsai., 2021), míg a Szülőcsoportos dadogó terápiában csak az első negyedévben vesznek részt a gyermekekkel közös ülésen (Mácsainé Hajós, 2001). A Lidcombe Program webkamera segítségével online is megvalósítható, míg a Szülőcsoportos terápiára még nem volt ilyen típusú kísérlet. Mindkét terápia csoportosan is végezhető, azonban a Lidcombe Programban főként a szülők verbális megerősítések elsajátítása történik a csoportos foglalkozásokon (Onslow, és mtsai., 2021).

A visszajelzések szempontjából is nagy különbséget mutat a két terápia. A Lidcombe Program esetén a verbális megerősítések kiemelt jelentőséggel bírnak, hiszen a program egésze a verbális visszajelzésekre épül, amelyeket el kell sajátítania a szülőknek (Onslow, és mtsai., 2021), míg a Szülőcsoportos dadogó terápián a gyermekek adhatnak egymásnak visszajelzéseket, ha szeretnének, a logopédus megdicsérheti a gyermekeket a foglalkozás időtartama alatt, de konkrét visszajelzésben nem részesíti a gyermekeket, csak a szülőkkel kommunikál a fejlődésről és a haladásról (Mácsainé Hajós, 2001).

Mindkét terápia épít a home-trainingre, az otthoni gyakorlásra. A terapeuták átadják, elmagyarázzák a szülőknek a gyakorlandó játékos anyagot. Különbséggként meg kell említeni, hogy a Lidcombe Programnak a home-training az alapja, így nélkülözhetetlen a gyakorlás (Onslow, és mtsai., 2021). Míg a Szülőcsoportos terápia során kimarad egy-egy gyakorlás, annak nem lesz súlyos következménye, azonban minden terápia kulcsa a rendszeresség, és kitartás (Mácsainé Hajós, 2001).

Bármelyik terápia alkalmazása során fontos szerepet kapnak a szülők, hiszen mindkét módszer esetében szükséges a gyakorlás. Azonban a Lidcombe Program esetében a szülőnek vezetnie kell a Dadogás Súlyosságát Besoroló Skálát, és különböző szituációkra eltérő skálákat is alkalmazhat a terapeuta javaslata alapján (Onslow, és mtsai., 2021). Ezzel szemben a

Szülőcsoportos dadogó terápián nem szükséges írásos dokumentációt vezetnie a szülőnek, viszont fontos, hogy részt vegyen a csoportos üléseken más szülőkkel együtt (Mácsainé Hajós, 2001).

Bármelyik terápiát vizsgáljuk nélkülözhetetlen a szoros együttműködés a szakember, terapeuta és a szülő között. A szülőknél minden ülés alkalmával van lehetőségük kérdéseiket feltenni.

A két terápia különbséget mutat abban, hogy a Lidcombe Program egy direkt terápia, amely azt jelenti, hogy a dadogásról nyíltan beszélnek a szülők és a logopédus is a gyermekkel. Ebből adódóan érte olyan vád a programot, hogy a gyermekek pszichésen sérülnek a szülő vagy a logopédus verbális megerősítései által. Azonban ezt egy kísérlettel cáfolták, amelyben nyolc olyan gyermeket vizsgáltak, akiket sikeresen kezeltek a Lidcombe Program segítségével. A résztvevőket a Child Behavior Checklist (CBCL) azaz a Gyermek Viselkedési Lista és az Attachment Q-Settel (AQS) magyarul a Kötődési Skálával vizsgálták meg. A CBCL a kezelés utáni viselkedésbeli változásokat mutatja meg, mint például a szorongást, az agressziót, az elvonást vagy a depressziót. Az AQS pedig az anya-gyermek kapcsolatban felmerülő változást, a kettejük közötti kötődési kapcsolat minőségét méri fel. Ezek az esettanulmányok nem tártak fel bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy a Lidcombe Program káros lenne a gyermekek pszichés fejlődésére. Sőt, valójában a CBCL által kimutatott adatok javulást mutattak a gyermekeknél a kezelést követően. Így arra a következtetésre jutottak, hogy nincs ok kétségbe vonni, hogy a Lidcombe program gyermekekre való hatását (Woods, Shearsby, Onslow, és Burnham, 2002). Ezzel szemben a Szülőcsoportos dadogó terápia esetén nem beszélnek a gyermek előtt a dadogásáról, a gyermekek fejlődését illetően a terapeuták igyekeznek a szülőkkel négy szemközt egyeztetni, az otthoni fejlesztési kérdésekkel kapcsolatosan, pedig a csoportos ülés során válaszokat, tanácsot adni, hiszen azok a válaszok mindenki számára építőek lehetnek (Mácsainé Hajós, 2001).

Szülő-gyermek kapcsolatra a terápiák különböző módon hatnak. A Szülőcsoportos dadogó terápia során egyértelmű, hogy a szülői beszélgetőkörrel segíteni és tapasztalatok megosztását kívánják serkenteni a szakemberek, ezzel együtt a ventilláció lehetőségét biztosítva (Mácsainé Hajós, 2001). A Lidcombe Program során a szülő nem kap lehetőséget a ventillálásra, indirekt módon fejlődik a szülő-gyermek kapcsolat. A terapeuta hozzáállása, viselkedése példamutató a gondviselő számára. A verbális megerősítések elsajátításával és a gyakorlások kivitelezése jóvoltából több minőségi idő töltésére van lehetősége a szülő-gyermek párosoknak, mely kapcsolatuk fejlődését is elősegíti (Onslow, és mtsai., 2021). Különbségként azt is

elmondhatjuk, hogy a Szülőcsoportos terápiát még nem vetették kísérletek alá, míg a Lidcombe Programot évtizedek óta Mark Onslow vezetésével kutatják.

A fentebb a 7. pontban összefoglalt eltéréseket és azonosságokat az 1. számú táblázatban foglalom össze.

1.táblázat

	Azonosságok	Különbségek	
		Lidcombe Program	Szülőcsoport Terápia
Terápia fókusza	Mindkét terápia során fontos a gyermekek dadogásának kezelése.	Főleg a dadogás kezelésére fókuszál.	Dadogás mellett egyéb beszédhibákat is kezel, valamint a szülőkkel is foglalkozik.
Terápiát alkalmazható szakember	Logopédus	Logopédus, aki elvégezte a Lidcombe Programot.	Két fő logopédus és egy pszichológus.
Szakember munkájának típusa		Egyéni munka.	Team munka.
Korosztály	Azonos korosztállyal foglalkoznak, korai időszakot célozzák meg. 2-6 éves korú gyermekekkel.		
Ülések gyakorisága	Rendszeresek az ülések.	Az ülések rendszeressége sikeresség növekedésével arányosan csökken.	Heti 1-2 alkalommal, 1 órán vesznek részt a gyermekek.
Ülések típusa		Lehet egyéni és csoportos is, szülő mindig részt vesz a gyermek foglalkozásán.	Csoportos foglalkozáson vesz részt a gyermek, szülő nincs mellette, ő is egy foglalkozáson vesz részt egy pszichológussal. Szülő csak az ülés kezdeti feladatain vesz részt.
Ülés hossza		Kezdetben 60-45 perc, majd 30 perc.	60 perc
Visszajelzések típusai		A szülő és a terapeuta adja a visszajelzést a gyermek számára.	A gyermekek adhatnak visszajelzéseket

			terapeuta felügyelete mellett.
Otthoni gyakorló feladatok	Játékos feladatokat kapnak a gyermekek az otthoni gyakorlásra.	Nélkülözhetetlenek a pozitív visszajelzések, megerősítések, erre építik fel a terápiát.	Csak játékos feladatokat kapnak a gyermekek.
Szülő feladatai	Gyakorlás a gyermekkel.	Dadogás Súlyosságát Besorolási Skálán kell vezetnie a szülőnek, kommunikációjára figyelnie kell, fontos a pozitív megerősítés.	Gyermek amíg terápián vesz részt, a szülőnek más szülőkkel együtt kell foglalkozáson részt vennie.
Terapeuta-szülő együttműködése	Feltehetik a kérdéseiket a szülők a terapeutának az ülések alkalmával, vagy üléseken kívül is.		
Szülő-gyermek kapcsolat		Szülő-gyermek kapcsolatot indirekt fejleszti, szülőnek le kell másolni a terapeuta viselkedési mintáját is, és a gyakorlások folyamán minőségi időt kell a gyermekével töltenie.	Szülők számára egyértelmű, hogy számukra is szeretnének a szakemberek segítséget nyújtani. Van lehetőségük a szülői körön belüli ventilálásra is.
Terápia típusa		Direkt terápia	Indirekt terápia
Dadogás intenzitásának dokumentációja		Dadogás Súlyosságának Besorolási Skáláján vezetik a gyermek aktuális dadogási szintjét a szülők és a szakemberek is.	Szakemberek saját részükre vezetnek dokumentációt, szülőknek ebben nincs szerepük.

1. táblázat: A Lidcombe Program és Szülőcsoport terápia összehasonlításáról
(Forrás: Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., . . . Hearne, A. (2021). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. The Lidcombe Program., Mácsainé Hajós, A (szülőcsoportos dadogó terápiáról, 2001))

8. Kutatási cél megválaszolása

Első kutatási célom az volt, hogy feltárjam, hogy érdemes lehet-e a külföldön bevált dadogás terápiát, a Lidcombe Programot honosítani Magyarországon, és magyar gyermekek fejlesztésében is használni. A Lidcombe Program operáns kondicionálást alkalmazza, dicsérő, megerősítő mondatokat használ. Mivel nem minden szülő és gyermek egyforma, így a szakemberek és gyermekek segítségére lehet egy eltérő terápia ismerete. Vannak olyan személyek, akik elutasítják a pszichológussal való beszélgetést, vagy szorongóak és nem szívesen nyílnak meg egy szülői körben. Számukra is kiváló lehet a Lidcombe Program használata, mely során viselkedésüket is úgy alakítják gyermekük igényéhez, hogy ezt észre sem veszik, és a pontozással, valamint a gyermek fejlődésével sikerélményt is szerezhetnek. Továbbá több országban is sikeresen használják, 2022-ben egy tanulmányt is végeztek ezzel kapcsolatban, ahol azt vizsgálták, hogy a Lidcombe Program sikeresen működik-e nem angol nyelvű országokban. A programot sikeresen alkalmazták, biztatják a nem angol nyelvű terapeutákat, hogy alkalmazzák a Lidcombe Programot, azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy előfordulhat, hogy kicsit lassabban érik majd el a kívánt eredményeket (Subasi, Van Borsel, és Van Eerdenbrugh, 2022).

Második kutatási célom, hogy bemutassam, hogy lehetséges a Lidcombe Program magyar nyelvre való fordítása és alkalmazása magyar gyermekek dadogás terápiájában. Ahogy az 5.5.1-es verbális megerősítések a dadogásmentes beszéd esetén című pontban is már említettem, a szülőnek verbális megerősítéseket kell alkalmazniuk, mint például: „Szép volt, meg sem akadtál!” vagy „Ez nagyon szép folyamatos volt ugye?”. Ezen és a további verbális megerősítő mondatok is lefordíthatóak magyar nyelvre, valamint minden család saját stílusára képes ezeket formálni. Már több külföldi országban is megtették ezt.

9. Összefoglalás

Szakedolgozatomat négy fő részre tudom osztani a felépítése szempontjából. A dolgozat első részét a szakirodalmi áttekintésnek szenteltem, ahol a dadogás meghatározásait, definícióit, valamint az etiológiai hátterét ismertetem. A meghatározások közül igyekeztem azokat a definíciókat kiválasztani, melyek a logopédia területén a legelterjedtebbek, valamint a Lidcombe Program szempontjából relevánsak lehetnek.

Az egyik ilyen meghatározás Johnstontól (1959) származó diagnoszogén elmélet, amely szerint a fő probléma a beszélő és a hallgatóság közti kölcsönhatásban keresendő. Úgy véli, hogy a nehézséget nem csak a beszélő, hanem a hallgatóság szempontjából is érdemes megvizsgálni. Ez az elmélet a behaviorista megközelítéssel és a tanulási elmélettel áll kapcsolatban, mely szerint a szülők „fülében kezdődik a dadogás”, amikor túl erős reakciót mutatnak gyermekük diszfluens beszédére. A gyermek szeretné elkerülni a diszfluenciákat, s így alakul ki az elkerülés küzdelme közben a dadogás (Johnson és mtrai., 1959). Shames és Sherrick Johnson elméletét fejlesztették tovább. Azt az álláspontot vallották, hogy amikor a gyermek büntetésben részesül azért, mert dadogott, akkor inkább igyekszik csöndben maradni, ezzel együtt elkerülni a beszédet és a dadogást is egyaránt. Ez a viselkedés többszöri gyakorlás után a gyermek személyiségének részévé válik, már-már olyan érzés alakul ki bennük, mintha saját szüleik fülével hallanák önmagukat. Ezen viselkedésnek az ismétlése és a környezet által ennek megerősítése alakítja ki a dadogást. A kutatók arra lettek figyelmesek, hogy a gyermekek bűneik beismerése, hosszan rájuk irányuló figyelem, vagy egy kevésbé empatikus személylyel folytatott beszélgetés során dadognak (Lajos, Dadogásról mindenkinek, 2009). Arra következtethetünk ebből, hogy amennyiben a gyermek szorongást, büntudatot, szégyent vagy félelmet érez nagyobb eséllyel, vagy gyakrabban fog kommunikációja során dadogást produkálni. Johseph Sheehan (1970) megalkotta a dadogás jéghegy modelljét, a „Dadogó Jéghegyet”. A jéghegy csúcsát a dadogás tünetei, mint a megakadások, látható izomfeszültségek, csend blokkok vagy szótagismétlések alkotják, azonban a dadogás valódi okai a víz alatt a jéghegy alján találhatóak. Michael P. Robb (2020) könyvében olvashatunk Charles Van Riper (1982) megközelítéséről a jéghegy modell kapcsán. Egyetért Sheehannel (1970) abban, hogy a jéghegy csúcsa, a dadogás látható tüneteit szimbolizálja, amelyek minden ember számára könnyedén észrevehetőek. A jéghegy víz feletti csúcsát nyílt dadogásnak nevezte el, és az itt található tulajdonságokat pedig a dadogás elsődleges jellemzőiként definiálta. A dadogást még inkább meghatározó része a víz alatt található, melyet a dadogás másodlagos jellemzőiként, rejtett viselkedésekként ír le. Ide tartozik: a szégyen, a büntudat, az elszigeteltség, a tagadás, a félelem, a szorongás és a reménytelenség (Van Riper, 1982). A dadogás elsődleges, azaz nyilvánvaló és másodlagos, a rejtett jellemzőit a 4. ábrán szemléltetem.



3. ábra: A dadogás jéghegy analógiája

Forrás: Saját szerkesztés az INTRO: A Guide to Communication Sciences and disorders című könyv ábrája alapján (2020).

A definíciók és elméletek felsorakoztatását még természetesen lehetne folytatni, hiszen a dadogást nehéz egy konkrét definícióval leírni. Az elméleti rész során a dadogás fajtáit – élettani, klónusos, tónusos, hadarásos és hisztériás dadogást- a rendszerezését és a tüneteit is ismertettem. Kiemeltem a pszichológiai jelenséget, valamint az anya-gyermek kapcsolatot. Az első rész lezárásaként a dadogó gyermek magyarországi ellátását, diagnózis felállításának folyamatát, valamint a logopédusok körében elterjedt és leggyakrabban alkalmazott terápiákat mutattam be.

A dolgozatom második részét egy ausztrál dadogás terápia, a Lidcombe Program bemutatása és jellemzése képezi, melynek egyik fő megalkotója Mark Onslow az Ausztrál Dadogás Kutatóközpont (Australian Stuttering Research Centre) igazgatója. A terápia lényege, hogy verbális megerősítések által segíti a gyermeket a dadogásmentes beszéd kialakításában, úgy, hogy közben a szülő-gyermek kapcsolatot indirekt módon formálja. A terápia a gyermek önbizalmára és a szülő elfogadására is pozitív hatással van. A program kapcsán fontosnak tartottam bemutatni, hogy kik azok a szakemberek, akik alkalmazhatják a terápiát, valamint azt is, hogy milyen plusz végzettség szükséges ennek alkalmazásához. Kitértem a dadogás

mérésére a program által, az első konzultáció menetére. A terápia létfontosságú része a verbális megerősítés, ezért részletesen bemutattam ezek megfelelő használatát mind a szülő, mint pedig a terapeuta szempontjából. Szót ejtettem a terápiás ülésekről és ezek első, második szintjéről is.

A dolgozatom harmadik részét Mácsainé Hajós Katalin által megalkotott Szülőcsoportos dadogó terápiájának bemutatása alkotja. A terápia lényege a gyermek dadogásának kezelése, önbizalmuk növelése, valamint a szülőben az elfogadás, megértés növelése. A bemutatása során írtam a terápia fókuszáról, a terápiát végző szakemberekről és hozzáállásukról. Fontosnak tartottam bemutatni a terápiának a menetét és hosszát, valamint egy órának a felépítését.

A szakdolgozatom negyedik részét a két terápia összehasonlítása, valamint a Lidcombe Program adaptációs lehetőségi képezik. A két terápiát a legfontosabb elemeik alapján hasonlítottam össze. Ahogy dolgozatom elején is már említettem, minden gyermek más, és gyakran fejlődésük során is más utat járnak be. A bevezetésben leírtak szerint minden ember más, éppen úgy térnek el a dadogások és a dadogó személyek is egymástól. Ahány ember, annyi féle jellemet és dadogást is tudunk megkülönböztetni (Lajos, 2009). Ebből kifolyólag nem szabad figyelmen kívül hagyni egy új innovatív terápiás eljárást, mely klinikai kísérletekkel is alátámasztott és több országban, nemzetközi szinten is megállja a helyét. Rengeteg gyermeknek adhatunk lehetőséget arra, hogy dadogásmentesen éljék le életüket. Természetesen ez nem azt jelenti, hogy a hazánkban alkalmazott terápiákat nem kellene használni, erről szó sincs, azonban, ha egy-egy gyermeknél az éppen alkalmazott terápia nem válik be, akkor remek alternatívát jelentene számára a Lidcombe Program. Ajánlott lehet mérlegelni, hogy a Szülőcsoportos dadogó terápia mellett lehetséges-e a Lidcombe Program alkalmazása is, hatékony lehet-e a verbális megerősítések használata is a gyermekkel. A logopédusok, akik elsajátítanak a terápiát és angolul – vagy egyéb olyan nyelven, melyen már használják a Lidcombe Programot- tudnának segíteni a rászoruló gyermekeknek. Hazánkba rengeteg külföldi cég, család költözött az utóbbi években, nő a külföldi állampolgárságú Magyarországon tartózkodó személyek száma, így könnyedén előfordulhat, hogy dadogás miatt keresik majd fel a szakembereket az itt élő nem magyar családok (Központi Statisztikai Hivatal, 2022). Ilyen helyzetben is remek lehetőség lehetne a program ismerete és használata. Arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy a terápia online formában is folytatható, így áthidalva az összes földrajzi, ellátásbeli akadályt is. A Lidcombe Program tanulmányozása után úgy gondolom, hogy érdemes volna a programot Magyarországon is bevezetni a logopédusok által végzett terápiák közé.

Személyes véleményem az általam végzett kutatómunka alapján a Lidcombe Programról, hogy a megfelelő szakemberek által könnyedén lefordítható volna magyar nyelvre, hiszen megerősítő mondatokat tartalmaz, melynek fordítása egyszerű. A Súlyossági Skálán is arab számokat használnak a szakembernek és a szülők egyaránt, így ez különösebb fordítást nem igényel. A program hivatalos használatára csak tanfolyam elvégzése után van lehetősége a logopédusoknak. Az a szakember, aki érdeklődik a továbbképzés iránt, azonban az anyaországában még nincs adaptálva a program, valamint még Lidcombe Program képzést sem tartanak, akkor a hivatalos honlapon található e-mail címen kereshető meg a központ, amely engedélyezi és adaptálja a terápiát a kívánt nyelvre. Amennyiben valaki szeretné elvégezni a tanfolyamot, azonban az országát nem találja meg a program honlapján- ahogy Magyarország sem szerepel még fenn- akkor fel kell vennie a kapcsolatot Monica Bainnal, aki segítséget fog nyújtani számára. Ilyen esetekben a program készítőivel közös munkára is lehet számítani. Az 5.5.1-es verbális megerősítések a dadogásmentes beszéd esetén című pontban már említettem, a szülőknek verbális megerősítéseket kell alkalmazniuk, mint például: „Ez nagyon szép folyamatos beszéd volt!” vagy „Szép volt, meg sem akadtál!”. Ezen és a további verbális megerősítő mondatokat is le kell fordítani magyar nyelvre, melyeknek a programban található hivatalos megfelelői a: “That was lovely smooth talking!” vagy “Good talking, no bumps!” (Onslow, és mtsai., 2021).

A terápia elsajátítása elhivatott, gyógypedagógus-logopédus kollégák számára javasolt. A szakembereknek ez egy remek lehetőség képzettségeik és terápiás portfólióik bővítésére. Természetesen korlátai is vannak a program elsajátításának. Ilyen korlát lehet az anyagi aspektus, a kiutazás költsége- amennyiben szükséges lesz- valamint a hazaérkezés után egy jelentősebb marketing költséggel is számolni kell. A szakmai közeggel tudományos konferenciákon, workshopokon és intézményi színtereken is meg kell ismertetni majd a terápiát. A szakembereknek a feladata pedig felmérni, hogy egyes gyermekeknél melyik terápiát érdemes alkalmazniuk. Mindezen túl a szülők, gyermekük terápiás lehetőségeiről való edukálása is a logopédusok feladatkörébe tartozik. Nem utolsó sorban a kezelés hazai úttörőjének feltehetőleg a terápia oktatását is kellene vállalnia a további kollégák számára, annak érdekében, hogy ők is a legnagyobb magabiztossággal használhassák majd a programot. Azokban az országokban, ahol már több szakember is elvégezte a tanfolyamot és az ország adaptálta a Lidcombe Programot, már online négy napos, négy modulból álló tanfolyamokat is tartanak, melyekre az érdeklődőknek lehetősége van jelentkezni a Lidcombe Program online felületén.

Felhasznált irodalom

- Ambrose, N. (2004). Theoretical Perspectives on the Cause of Stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 81-91.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations*. ASHA.
- Association, N. S. (2023). NSA. Letöltés dátuma: 2023. április, forrás: <https://westutter.org/what-is-stuttering/>
- Bacsárdi, C. (2018). *Dadogó gyermek kötődésének vizsgálata*. Doktori (PhD) Disszertáció, Eötvös Lóránd Tudományegyetem , Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Budapest.
- Balás, E. (1990). *A dadogás komplex művészeti terápiás programja*. Budapest: Országos Pedagógiai Intézet.
- Blomgren, M. (2013. június). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Dove Press journal:Psychology Research and Behavior Management*, 6, 9-19.
- BNO-10. (1995). *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztá- lyozása (10. revízió)*. Budapest: Népjóléti Minisztérium.
- Brutten, E., & Shoemaker, D. J. (2000). The modification of Stuttering. In P. Lajos, *Dadogásról-mindenkinek*. Magyar Tudományos Akadémia.
- Davis, S., Shisca, D., & Howell, P. (2007. szeptember). Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *National Library of Medicine*, 40(5), 398-417.
- DSM-V. (2013). *DSM-V*. American Psychiatric Association.
- Fehérné, Z. K. (2009). Ismeretek a beszéd fogyatékos személyekről és a rehabilitációjukról. In Á. Torda, E. Szélókelyné Kováts, & G. Szabó, *Ismeretek a fogyatékos, akadályozott személyek segítésére felkészítő képzések hallgatóinak*. Budapest: Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány.
- Fehérné, Z. K. (2017). Dadogás in Gyógypedagógiai Lexikon. In A. Tóthné Aszalai, *Dadogó gyermek és anyja interakciójának vizsgálata* (old.: 24). Budapest: Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola.
- Fővárosi Pedagógiai Szakszolgálat. (2021). *Szervezeti és Működési Szabályzata egységes szerkezetben*. Budapest.

- Galambos, K. (2006). *A fejlődéstan és a szocializáció alapjai*. Budapest: Műszaki Könyvkiadó.
- Gardner, G. (2003). Johnson's Diagnosogenic Theory of Stuttering. *ETC: A Review of General Semantics*, 60(1), 22-28.
- Glauber, P. I. (1958). The psychoanalysis of Stuttering. Stuttering: A Symposium. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 71-119.
- Gordon, N. (2002). Stuttering: incidence and causes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44(4), 278-281.
- Guitar, B. (2019). *Stuttering : An Integrated Approach to its Nature and Treatment*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., & Quine, S. (2008. január). Stuttering and its treatment in adolescence: the perceptions of people who stutter. *National Library of Medicine*(2), 81-98.
- Hirschberg, J., Hacki, T., & Mészáros, K. (2013). *Foniátria és társtudományok I*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Hotváth, S. M., Göbl, R., Királyhegy, P., Lukács, T., Nagy, A., & Vájer, E. (2014). A kommunikáció fejlődése és idegi eredetű zavarai - A beszéd kóros állapotai és a nyelvi zavarok. In G. Kántor, *Felnőtt Dadogók Beszédprodukciónak Műszeres Elemzése és Olvasás Vizsgálatuk fMRI-vel*. Pécs.
- Howie, P. M. (1981. szeptember). Concordance for Stuttering in Monozygotic and Dizygotic Twin Pairs. *Journal of Speech and Hearing Research*, 24(3), 317-321.
- Jayaram, M. (1983). Distribution of stuttering in sentences: Relationship to sentence length and clause position. *Journal of Speech & Hearing Research*, 27 (3), 338–341.
- Johnson, W. (1959). *The onset of stuttering: Research findings and implications*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Klaniczay, S. (2001). *A gyermekkori dadogásról*. Budapest: Logopédia Kiadó.
- Kovácsné Nyitrai, A. (2022). *A hazai logopédiai ellátásban alkalmazott dadogásterápiák összehasonlító elemzése*. Hajdúböszörmény: Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Gyógypedagógiai Kar.
- Központi Statisztikai Hivatal. (2022. január). *KSH Központi Statisztikai Hivatal*. Forrás: Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok, az állampolgárság országa és nem szerint: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0023.html
- Lajos, P. (1999). *A rituálinnovatív terápia (RIT) eredményessége a logopédiában*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

- Lajos, P. (1999). *A rituálinnovatív terápia eredményessége a logopédiában*. Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- Lajos, P. (2009). *Dadogásról mindenkinek*. Budapest, Magyarország: Pont Kiadó.
- Lajos, P. (2011. július-december). Beszéd és Lélek. Adalékok a dadogás pszichoanalitikus értelmezéséhez. *Gyógypedagógiai Szemle*, 39(3-4), 213-221.
- Lajos, P., Bacsárdi, C., & Molnár, Z. (2018). A kötődés jelentősége a dadogásban. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 6(3), 99-110.
- Lau, S. R., Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Hennessey, N. W. (2012. március-április). Parenting styles and attachment in school-aged children who stutter. *National Library of Medicine*, 45(2), 98-110.
- Lőrincz, J. (2011). *Kommunikáció – Stílus – Variativitás és Anyanyelvoktatás*. Eger: Pandora Könyvek.
- Mácsainé Hajós, K. (1987). A dadogó gyermek és családjuk korai gondozásával szerzett hároméves tapasztalatok. *Gyógypedagógiai Szemle*, 2(15), 105-110.
- Mácsainé Hajós, K. (1987). Hároméves korú dadogó gyermekek és szüleik csoportos tanácsadása. In F. Dr. Pálhegyi, *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Tudományos Közleményei. X. Évkönyv*. Budapest: BGGYTF.
- Mácsainé Hajós, K. (1995. április). Korai gondozás a dadogás terápiájában. *Rehabilitáció*, V(1), 506-509.
- Mácsainé Hajós, K. (2001). A szülőcsoportos dadogó terápiáról. *Gyógypedagógiai Szemle-Különszám*(Dr. Palotás Gábor emlékére).
- Mérei, V., & Vinczéné Bíró, E. (1984). *Dadogás I. Etimológia és tünettan*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Mérei, V., & Vinczéné Bíró, E. (1986). *Dadogás II.* (C. Kardos, Szerk.) Budapest: Tankönyvkiadó.
- Onslow, M., Andrews, C., & Costa, L. (2014. szeptember 30). Parental Severity Scaling of Early Stuttered Speech: Four Case Studies. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 18(1), 47-61.
- Onslow, M., Costa, L., & Rue, S. (1990. augusztus). Direct Early Intervention with Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, III(55), 47-61.
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., . . . Hearne, A. (2021). *The Lidcombe Program Treatment Guide*. The Lidcombe Program.
- PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika. (2012). *Gyermekpszichiátria*. Pécs: PTE ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika.

- Robb, M. P. (2020). *INTRO: A Guide to Communication Sciences*. San Diego: Plural Publishing.
- Salné Lengyel, M., Csabay, K., Gósy, M., Krasznár, J., Lajos, P., Subosits, I., . . . Vinczéné Bíró, E. (2004). *Logopédia*. Oktatási Minisztérium. Pilisborosjenő: Sulinova.
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. New York: Harper & Row.
- Subasi, M., Van Borsel, J., & Van Eerdenbrugh, S. (2022). The Lidcombe Program for Early Stuttering in Non-English-Speaking Countries: A Systematic Review. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*(74), 89–102.
- Tóthné Aszalai, A. (2017). *Dadogó gyermek és anyja interakciójának vizsgálata*. Budapest: Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Neveléstudományi Doktori Iskola.
- Tóthné Aszalai, A., & Majsainé Szénási, T. (2014). Kéz a kézben, együttműködés a dadogó gyermekek ellátásában Hódmezővásárhelyen. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42(2), 97-111.
- Varga, J. (1991). A Viselkedéslélektani Irányzat a Pszichológiában. *Keresztény Magvető*, II(97), 79-85.
- Vékássy, L. (1987). *A dadogók komplex kezelése*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Vékássy, L. (2016). *A dadogók komplex kezelése - nyolcéves kortól*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (1982). The nature of stuttering. In M. P. Robb, *INTRO: a guide to communication sciences and disorders* (old.: 123-124). San Diego: Plural Publishing.
- Vinczéné Bíró, E. (1976). A dadogás intenzív terápiája óvodás korú gyermekeknél II. *Gyógypedagógia*, 21(4), 114-120.
- Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37(1), 31-40.
- Wyatt, G. L. (1969). *Language Learning and Communication Disorders in Children*. New York.
- Zimmermann, G. (1980). Stuttering: A disorder of movement. *Journal of Speech and Hearing Research*(23), 122-136.
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. URL: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (Utolsó letöltés: 2023. április 5.)
- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről. URL: http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1300015.EMM (Utolsó letöltés: 2023. április 5.)

32/2012. (X.8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról URL: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1200032.EMM×hift=20170831&txtreferer=A11> (Utolsó letöltés: 2023. 04. 05.)

10. Ábrák jegyzéke

1. ábra: Child Stuttering Severity Chart, Gyermek Dadogás Súlyosságának Besorolási Skálája	20
2. ábra: Verbális megerősítések fajtái	24
3. ábra: A dadogás jéghegy analógiája.....	46

11. Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: Saját készítés a Lidcombe Program és Szülőcsoport terápia összehasonlításáról	43
--	----

12. Mellékletek

1. Számú melléklet:

Child Stuttering Severity Chart

Name:

Other Information:

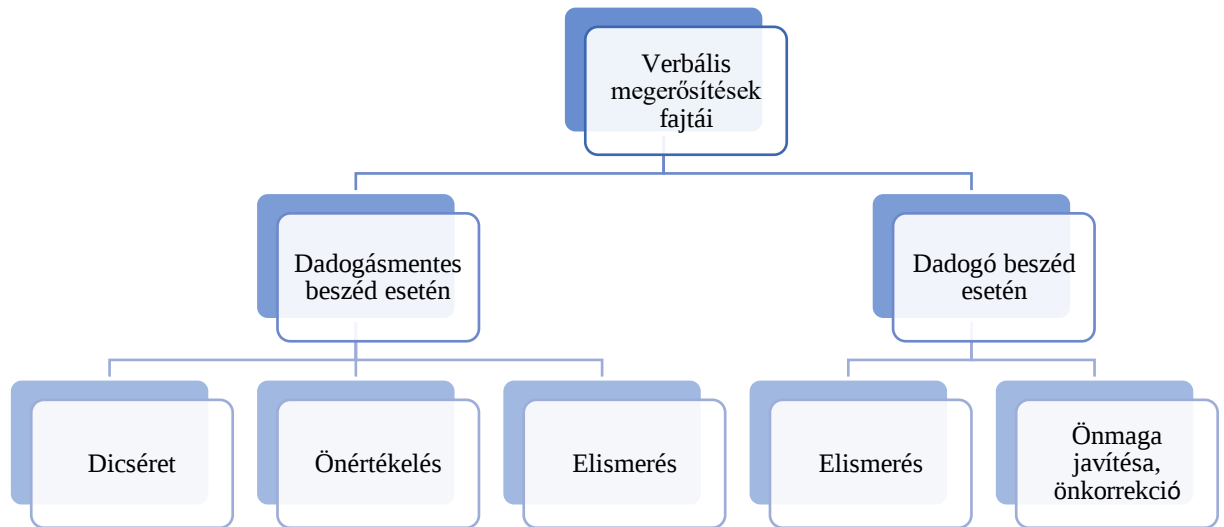
Stuttering Severity (x)

0 = No stuttering
 1 = Extremely mild stuttering
 9 = Extremely severe stuttering

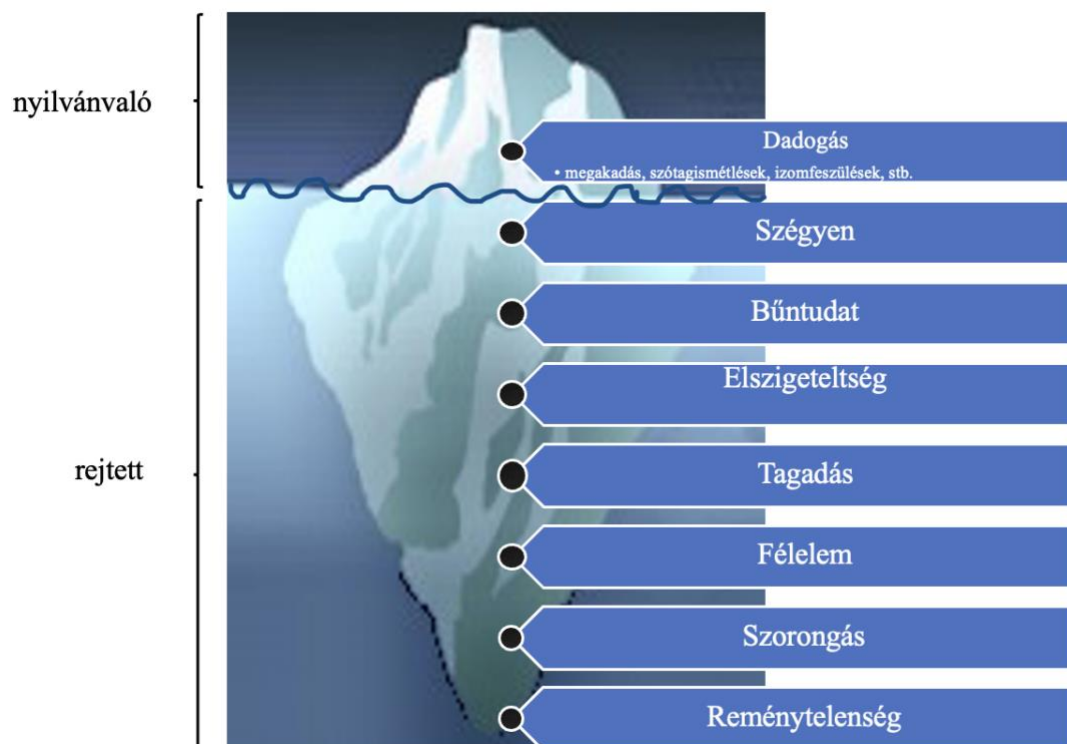
9																													9														
8																													8														
7																													7														
6																													6														
5																													5														
4																													4														
3																													3														
2																													2														
1																													1														
0																													0														
Day	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	Day
Date																																				Date							

9																													9														
8																													8														
7																													7														
6																													6														
5																													5														
4																													4														
3																													3														
2																													2														
1																													1														
0																													0														
Day	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	Day
Date																																				Date							

2. számú melléklet:



3. számú melléklet:



4. számú melléklet:

KONZULTÁCIÓS
NYILATKOZAT

A **Vörös Vivien** (hallgató Neptun azonosítója: **FSS9ZB**) konzulenseként nyilatkozom arról, hogy a záródolgozatot/szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfólió¹ áttekintettem, a hallgatót az irodalmi források korrekt kezelésének követelményeiről, jogi és etikai szabályairól tájékoztattam.

A záródolgozatot/szakdolgozatot/diplomadolgozatot/portfóliót a záróvizsgán történő védésre javaslom / nem javaslom².

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen nem^{*3}

Kelt: 2023.04.21.


Belső konzulens

¹ A megfelelő dolgozattípus meghagyása mellett a többi típus törölendő.

² A megfelelő aláhúzendő.

³ A megfelelő aláhúzendő.

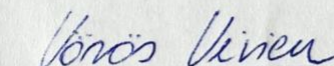
5. számú melléklet:

NYILATKOZAT

Alulírott **Vörös Vivien** (hallgató Neptun azonosítója: **FSS9ZB**), a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Kaposvári Campus, Logopédia szak nappali/**levelező*** tagozat végzős hallgatója nyilatkozom, hogy a dolgozat saját munkám, melynek elkészítése során a felhasznált irodalmat korrekt módon, a jogi és etikai szabályok betartásával kezeltem. Hozzájárulok ahhoz, hogy Záródolgozatom/**Szakedolgozatom**/Diplomadolgozatom egyoldalas összefoglalója felkerüljön az Egyetem honlapjára és hogy a digitális verzióban (pdf formátumban) leadott dolgozatom elérhető legyen a témát vezető Tanszéken/Intézetben, illetve az Egyetem központi nyilvántartásában, a jogi és etikai szabályok teljes körű betartása mellett.

A dolgozat állam- vagy szolgálati titkot tartalmaz: igen **nem***

Kelt: 2023.04.29.


Hallgató