

ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar

Tanulási zavarok – az Affolter-modell és -terápia

CSÁNYI YVONNE

yvonne@barczi.elte.hu

Absztrakt

A tanulási zavarok diagnosztikája és terápiája szakmai körökben nem egyhangúan tisztázott kérdés. A szerző bemutatja a svájci Felicie Affolter professzor modelljét az észlelési zavarok kialakulásáról, melynek időpontját a korai gyermekkorra teszi, és a taktilis-kinesztetikus észlelés rendellenes fejlődésére vezeti vissza, kiemelve a három bázisfolyamat (érintés, átfogás, mozgás) és az interakció hiányosságait. Az egészséges és a zavarokat jelző fejlődést egy fa modelljén mutatja be, amelynél a gyökér testesíti meg a taktilis kinesztetikus érzékelési, észlelési területet és a korona a spontánul vagy tanulás útján kibontakozó képességeket (beszéd, olvasás, írás, szociális kapcsolatok stb.). A tanulmány második része az Affolter-modell elvei által meghatározott terápia főbb pontjait jellemzi: a terapeuta hátulról átfogja a gyermeket és vezeti a kezeit, ujjait, köznapi problémahelyzetekben folyik a tevékenykedés, melyet szakaszosan az élmény-füzetekben rögzítenek rajzokkal és szövegesen. Külön gondot fordítanak a kognitív képességek mobilizálására, az általánosításra, transzferre. A modell és eljárás bemutatásának aktualitást ad, hogy egyik elméleti és gyakorlati művelője, a svájci Heidi Heldstab asszony hazánkban is rendszeresen tart szemináriumokat, és hogy könyve 2012 novemberében jelent meg az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar kiadásában.

Kulcsszavak: tanulási zavar, taktilis-kinesztetikus észlelés, Affolter-modell, Affolter-terápia

Napjainkban a gyógypedagógusok jelentős része találkozik munkája során a tanulási zavarokkal, de a kérdés érinti a többségi pedagógusokat is, hiszen meglehetősen elterjedt, egy vagy akár több képességterületre kiterjedő súlyos és tartós neurogén problémáról van szó, amely az iskolában az olvasás, írás vagy matematika, de a beszédmegértés, verbális gondolkodás területén is, a kisebb gyermekeknél pedig már a beszédfejlődés folyamán figyelhető meg. A zavar viszonylag korai felismerését érinti írásában már a 90-es években a hazai szakemberek közül többek között Kassai I. (1997), Gyarmathy (1998), Sarkady-Zsoldos (1999). Az is jól ismert tény, hogy a tanulási zavarok gyakran a figyelemhiány, hiperaktivitás kísérőjelenségei. Általánosan jellemző a kognitív képességek és a nyelvi és/vagy iskolai teljesítmények közötti eltérés. Köztudott, hogy a hagyományos intelligenciatesztek nem mutatják ki a tanulási zavarokat, vagyis a gyermekek a normális övezetben teljesítenek. Ugyancsak ismeretes, hogy a tanulási zavarok gyakran járnak együtt más fogyatékoságokkal, így például a hallássérüléssel is (CSÁNYI 1992 a,b; KERESZTESSY 1994; CSÁNYI–ZSOLDOS 2010). Jelen tanulmányban a hazánkban közelebből nem eléggé ismert Affolter-moddellel és az erre

épülő, a magyar gyakorlatban legfeljebb szórványosan alkalmazott terápiával foglalkozom.

A neves svájci gyógypedagógus és pszichológus Felicie Affolter St. Gallenben vezeti az általa a múlt század 70-es éveiben alapított központot az észlelési zavarok (diszlexia, diszgráfia, diszortográfia, diszfázia, diszkalkulia, megkésett beszédfejlődés, hiperaktivitás, egyéb viselkedési zavarok, autizmus) kezelésére. Az eredetileg gyógypedagógus Affolter a genfi egyetemen Piaget egyik tanítványa volt, majd az Egyesült Államokban doktorált, ahol ún. audiopedagógiai, valamint beszédpathológiai tanulmányokat folytatott. Elgondolása és terápiás gyakorlata nagymértékben különbözik más, itthon is alkalmazott irányoktól (*Ayres, Sindelar, Frostig* terápia stb.), mivel a korai fejlődés során elmaradt taktilis-kinesztetikus (a továbbiakban t.-k.) észlelés fejlesztésére összpontosít, és nem tételez fel közvetlen hierarchikus összefüggést az egyszerűbb és összetettebb teljesítmények (pl. korábbi és későbbi fejlődési szintek) között. A kiinduló gondolat az, hogy valamennyi teljesítmény, vagyis minden egyes fejlődési fok közvetlen összefüggésben áll a t.-k. észlelés fejlettségével (AFFOLTER 1976, 2007). Ebből az is következik, hogy az egymástól megjelenésükben nagyon is eltérő zavarokat egy közös okra vezeti vissza, a t.-k. észlelés központi szervezésére. Az ezen az elgondoláson alapuló terápiás modell az évek során egyre újabb elemekkel bővült, mivel Affolter ragaszkodik ahhoz, hogy az elmélet soha ne szakadjon el a gyakorlati kipróbálástól, az újabb konkrét felismerések rendre beépülnek a kutatásba és az elmélet finomításába (AFFOLTER–BISCHOFBERGER–HOFER–NEUWEILER 2010).

A fa-modell

Az elméleti elgondolás lényegét az ún. fa-modell képezi, mely az egészséges fejlődést ábrázolja jelképesen. A gyökér alakulása a felelős a fa növekedéséért, s a gyökeret a t.-k. interakciók bázisfolyamatai, úgy mint az érintés, átfogás, mozg(at)ás, a tárgyakra való ráhatás, testesítik meg. A törzs a köznapi problémák megoldása, a további t.-k. információk révén erősödik, a valóság, a környezet változásainak megértése jellemzi. Az egészséges gyökérből és törzsből sarjadnak a fa ágai, melyek egyenként a beszédért, verbális emlékezetért, olvasásért, írásért, szociális magatartásért stb. felelnek. A megzavart t.-k. fejlődés nyomán gyengén fejlődik a gyökér, melynek eredményeképpen a törzs és több-kevesebb faág is csenevész lesz. Észlelési zavar alatt Affolter tehát a t.-k. érzékszervi, észlelési terület sérülését érti. Amennyiben észlelési zavarról van szó, vagyis a gyökér, mint legalapvetőbb tényező az érintett, ennek hiányosságai természetesen kiterjednek az észlelt feldolgozásának valamivel magasabban elhelyezkedő fokaira: az intermodalitás szintjére, azaz az észlelési területek koordinálására és a szeriális integráció szintjére, azaz a térbe és időbe való kiterjesztésre, a rendezésre, a strukturálásra, a sorozatok felfogására. A két feldolgozási szint zavara a gyökér sérülése nélkül is előfordul, ilyenkor beszél az irányzat autizmusról (az intermodális koordináció hiányossága), ill. a szeriális észlelés önálló zavaráról.

A fejlődés szakaszai

Röviden áttekintve a modell szerinti leglényegesebb első két életévben lezajló folyamatokat, kiemeljük, hogy az említett t.-k. bázisfolyamatok az újszülött kortól indulnak

fejlődésnek, s erősen jellemzik a teljes csecsemőkort (HOFER 2009). A fejlődés első szakasza a 8. hónapig tart Affolter és munkatársai szerint. A 4. hónaptól indul be az intermodális koordináció, a hatodik hónapra a két kéz mozgásának összehangolásával együtt már kiteljesedik ez a képesség. Erősödik a környezettel, a valósággal való kapcsolat. A fejlődés második szakasza kb. a 9. és a 12. hónap között zajlik. Jellemzi a környezettel való egyre erősödő interakció, melyben domináns szerepet játszanak a t.-k. benyomások, a gyermek sorozatosan tapasztalja meg az ok-okozati összefüggéseket, és megjelenik az észlelteket szeriális feldolgozása is. A fejlődés harmadik szakasza az első év betöltése után kezdődik, amikor kialakulnak az első „faágak”, a gyermek törekvése az addig elraktározott tudás spontán kifejezésére, s amelyet Affolter éppen ezért a szemiotika fázisának nevez (2007). Ez az önkifejezés először a szimbólumok szintjén (szerepjáték, rajzolás, képmegértés stb.) jelentkezik, amelyek még hasonlítanak a valósághoz (PIAGET 1969). Majd kezdetét veszi a beszéd felfedezése is, mely már nem szimbólumokon, hanem konvencionális, mesterséges jeleken alapul. Ezeket a jeleket a gyermek a környezetétől veszi át. A fonémák, és természetesen a később elsajátításra kerülő írásjelek, számjegyek mind tanult jelek. A beszédre visszatérve, mindig a megélt események adják a tartalmat, a nyelv csak formai elem, olyan elem, amely egyre szélesedik az erősödő szókincs és a grammatika beépülése révén.

A terápia

Ideális esetben már kisgyermekkorban ajánlott a fejlesztés megkezdése, mivel, mint a fentiekben utaltunk rá, erre az időre lezárul a „gyökér” teljes kifejlődése. A csecsemők-nél már áruló jelnek tekinthető az izmok hiper- vagy hipotónusa, az alvással és evéssel kapcsolatos nehézségek, gyakori a mozgásfejlődés egyenetlensége, valamint a gagyogás elmaradása vagy csak szórványos megjelenése, azaz az ún. fejlődési diszfázia már a beszédfejlődés előtti non-verbális szakasz teljesítményeiben is nyomon követhető (AFFOLTER–BISCHOFBERGER–STOCKMAN 2000). Mivel az elgondolás szerint a t.-k. input hiányosságaira vezethető vissza valamennyi további probléma, a segítségnyújtásnak, a terápiának is az ingerfelvételnél kell belépnie. Azaz „a terápia nem az outputtal, hanem az inputtal foglalkozik, nem is a teljesítménnyel vagy a részteljesítménnyel” (HELDSTAB 1997).

a) Vezetés

Hogyan pótolhatóak a gyökér fejlődése során kiesett t.-k. információk? Affolter a vezetést állítja a terápia középpontjába. Kutatócsoportjával kidolgozta, hogyan kell a gyermek testét, elsősorban a kezeit, ujjait úgy vezetni, hogy az a lehető legtöbb t.-k. inputhoz jusson. A terapeuta a gyermek mögött elhelyezkedve stabil „kuckó”-val fogja át. Karjai, kezei a gyermek karjain, kezein nyugszanak, ujjai ugyancsak a gyermek ujjain vannak, de kissé hátrahúzza őket, hogy a gyermek mozdulatait ne akadályozza. A cél, hogy a gyermek érintsen, átfogjon, mozgasson (bázisfolyamatok!) egy adott tárgyat, annak tulajdonságait (nagyság, forma, állag, felszín stb.) észelve. Ugyanakkor tapasztalja a váltakozó ellenállást is. A vezetés a továbbiakban kiterjed az interakcióra, a tárgyra való ráhatásra a változtatás elérése érdekében. Mindennek stabil alaplapon, nem a levegőben kell történnie, és nem is egyszerre a gyermek két kezével. A terapeuta felváltva stabilizálja mindig az egyik oldalt, és a másik oldal mozgását teszi lehetővé. A fentiekben leírtak

jellemzik az ún. intenzív vezetést, mely az egész folyamatot végigkíséri. Egy másik esetben, a segítő vezetésnél csak az interakciónál kell belépnie a terapeutának. A harmadik típusnál még kevesebb vezetésre van szüksége a gyermeknek, mégpedig akkor, amikor a problémahelyzetre kell ráirányítani őt, mert különben elakadna. A lényeges, hogy minél több t.-k. információhoz jusson a gyermek, nincs jelentősége annak, hogy önállóan jut-e hozzájuk vagy vezetik-e a mozdulatait.

b) Köznapi problémahelyzetek

Mi legyen az alaphelyzet, amelyben a vezetésre sor kerül? Egy olyan köznapi történet, amely maga a valóság, a gyermek számára érdekes, figyelmessé, kíváncsivá teszi és egy probléma megoldását igényli. A köznapi helyzet az otthoni mindennapos tevékenységek közül választható: lehet valamely étellel (pl. gyümölcs, tojás), egy tárgy kinyitásával vagy javításával, rendrakással, barkácsolással stb. kapcsolatos. A lényeg, hogy a szituáció a gyermek életkorához igazított probléma megoldását igényelje, s ezáltal mobilizálja a gondolkodást. A hangsúly nem a cél elérésén, hanem az odavezető úton vagy utakon, a tartalmak kinyerésén, az ok-okozati összefüggések felfedeztetésén van. Gyakran követi a valódi tárgyakkal való foglalatosságot szimbólumokkal való tevékenykedés is (pl. a tárgy gyurmázása, megjelentetés utánzó mozdulatokkal) Társalgásra, s nem kérdés-feleletre, is feltétlenül sor kerül a terapeuta és a gyermek között, de lehetőleg nem a vezetés közben, hanem az előtt, és még inkább utána.

c) Élmény-füzetek

Fontos mozzanat a tapasztaltak rögzítése. Erre szolgálnak az egyes probléma helyzetekhez kapcsolódó ún. élményfüzetek. Ezek szakaszosan készülnek, vagyis egy-egy mozzanatot rögzítenek az események közül. A legkisebb gyermekek esetében, úgy 2 éves kor körül 1-2 lapról van csak szó. A későbbiekben minden fontosabb mozzanat megjelenik rajzban és írásban is. Tehát tevékenység, rajz, írás, újabb tevékenység, rajz, írás stb. A rajz, mint szimbólum, a híd szerepét tölti be a valóság és a jelszint, az íráskép között. Mi kerül leírásra? Kezdetben, már a két év körülieknél is, csak egy-két szó vagy frázis. Ezek leginkább a tapintott valósággal vagy emóciókkal kapcsolatosak (pl. Hideg! Szúr! Nem megy!). Később megjelenik a tapasztaltakra vonatkozó egy, majd több mondat (pl.: Szétesett a doboz! Kiestek a magok.) A rajzolás is, az írás is vezetéssel történik, vagyis a gyerek a terapeuta segítségével ír, rajzol, amíg erre szükség van. Az írást mindig követi a leírtak ellenőrzése az ún. „olvasó ujj” (mutató ujj) lassú vezetésével, s közben a megfelelő szó kimondásával. Evvel a korán megkezdett, és az ismert tartalom szövegére irányuló rendszeres olvasással a módszert alkalmazók szerint az iskolába lépésre megszűnnek az olvasási problémák mind technikai, mind szövegértési szempontból. A spontán írás is megindul, de ilyenkor a helyesírást nem szabad korrigálni. A diszlexiát a „fejlődési diszfázia késői következményének” tekinti Heldstab (1997), és számos példával igazolja, hogy kialakulásának gátat vetnek a korai foglalkozások. Amennyiben a diszlexia iskoláskorban történő kezeléséről van szó, akkor is hasonló eljárásra kerül sor, és a köznapi problémákat az életkorhoz igazított szinten kell megtervezni.

d) Kiterjesztés, transzfer

A gyermek életkorához igazodva gondot fordítanak az általánosításra, a következtetésre, a transzferre, amennyiben csak erre lehetőség adódik. Pl. egy joghurtos pohár kinyitása után annak megbeszélésére, mi van még hasonló csomagolásban. Vagy: egy cipzár felnyitása után, mi zárható még cipzárral?

e) Matematika

A diszkalkulia kezelésekor is hasonló elvek érvényesülnek. A tüneteket már az iskoláskor előtt felismerik, és a teendőket szerencsés esetben a korai fejlesztésbe ágyazzák ezeknél az átlagos vagy ennél jobb értelmű gyermekeknél. Néhány példa a módszerekre, melyeknél látható, hogy ezúttal is a fentiekben leírtak az irányadók. A köznapi tevékenykedés során bőven fordulnak elő mennyiségek, mérésre is lehetőség nyílik. Valóság, társalgás, rajzos, írásos (számjegyek, műveleti jelek) rögzítés ismét a sorrend. A tárgyak kézzel vezetett számlálása Heldstab (2011) szerint ritkán segít, ezért inkább az egész test vezetését alkalmazza például számlálás közben lépcsőn felfelé haladáskor, később előre-hátrafelé lépegetéskor. A hosszúság mérésére is gyakran sor kerül, pl. akár egy uborka hámozása előtt. Ebből a célból a gyerek testén jelölhető ki „alapegységek”, pl. a tenyérben éreztetve és megjelölve a 10 cm-t, később az 1 cm-t, a karon vagy a testen az 1 m-t. Így a mérésnél is érvényesülnek a t.-k. információk. A becslés és az ellenőrzés is gyakori szerephez jut (pl. a lehámozott banánhéjak súlyának kézzel történő becslése, ennek rögzítése, majd az ellenőrzés). A szöveges példánál meg kell tanulnia a gyermeknek a rajzos ábrázolást. Ez visszalépést jelent a szimbólum szintjére, és ezáltal kifejezetten megnyithatja a megoldás felé az utat.

A terápiával kapcsolatban ki kell emelnünk a szülők szerepét. Mindig jelen vannak a korai fejlesztéseken, be is kapcsolódnak, s otthoni körülmények között is hasonló módon aknázzák ki a természetesen adódó helyzeteket. Itt jegyezzük meg, hogy az Affolter professzor asszony vagy munkatársai által vezetett szemináriumokon is szívesen látott résztvevők a szülők a gyógypedagógusok mellett

Záró gondolatok

A Svájcban, de Németországban is szélesebb körben elterjedt módszert alkalmazó kollegák véleménye szerint tartós és intenzív munka nyomán a súlyos eseteknél is javulást eredményez (HELDSTAB 1994, 1997, 2011; HOFER 2007; SONDEREGGER 1997). Állítják, hogy a tanulási zavar soha nem tűnik el teljesen, de a tünetek jelentősen enyhülnek, így lehetőség nyílik az iskolai integrációra és a későbbi társadalmi beilleszkedésre. Eredményeiről számos longitudinális videó felvétel és jegyzőkönyv tanúskodik. Erről számos magyar gyógypedagógus szakember is meggyőződhetett a tanulmányban többször említett Heidi Heldstab, zürichi gyógypedagógus, ny. egyetemi docens budapesti szemináriumain. A módszer elsajátítása, alkalmazása azonban nem könnyű. A problémahelyzeteket meg kell tervezni, „testre szabni” adott gyermek életkorához, érdeklődéséhez, karakteréhez, továbbá meg kell tanulni a vezetés metódusát, ami Affolter és munkatársai szerint az eljárás legnehezebb eleme. Azonban a fáradtság mindenképpen megéri éppen a tünet együttes gyakori előfordulása miatt. Érdemes a korai fejlesztésre összpontosítani és a szülőket is maximálisan bevonni. Az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának Hallássérültek Pedagógiája Tanszéke egy műhelyt hozott

létre, mely egyrészt megkezdte a témával való intenzívebb foglalkozást, másrészt biztosította a svájci előadó, Heidi Heldstab újabb szemináriumát 2012 tavaszán. Érdeklődés esetén a logopédusok kezdő tanfolyamára is sor kerülhetne. A magyar szakemberek számára ezen kívül bizonyára elméleti segítséget jelenthet Heidi Heldstab 2011-ben megjelent könyvének magyar fordítása, amely 2012 novemberében jelent meg az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar kiadásában.

Hivatkozott irodalom

- AFFOLTER, F.–BISCHOFBERGER, W.–STOCKMAN, I. J. (2000): *Nonverbal Perceptual Cognitive Processes in Children with Language Disorders*. Routledge, London.
- AFFOLTER, F. (2007): *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Neckar Verlag, Willingen-Scheveningen.
- AFFOLTER, F.–BISCHOFBERGER W.–HOFER, A.–NEUWEILER, M. (2010): *Wurzelwerk. Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung, Lehre und Praxis zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen*. Neckar Verlag, Willingen-Scheveningen.
- CSÁNYI Y. (szerk.): *A beszéd-nyelvtanulási zavar tünetei és terápiája hallássérült gyermekeknél*. Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- CSÁNYI Y. (1992 a): A beszéd-nyelv tanulási zavarok diagnosztikájára épített terápia tervezése és végrehajtása hallássérülteknel. *Fejlesztő Pedagógia*, 3–4.
- CSÁNYI Y.: (1992 b): Tanulási zavarok hallássérülteknel. Hogyan tovább? *Gyógypedagógiai Szemle*, 4.
- CSÁNYI Y.–ZSOLDOS, M. (2010): Diszfáziás hallássérült tanulók (gyógy)pedagógiai tipológiája *Gyógypedagógiai Szemle*, 1.
- GYARMATHY É. (1998): A tanulási zavarok azonosítása és kezelése az óvodában és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 10.
- HELDSTAB, H. (1994): Az Affolter modell alkalmazása észlelési zavart mutató kisgyermeknél. In KERESZTESSY É. (szerk.): *A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnosztikája és terápiája hallássérült gyermekeknél*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- HELDSTAB, H. (1997): Stüfel stehen vor der Türe. In HELDSTAB, CH. (Hrsg.): *Interaktion – Sinnfindung – Kommunikation*. Eigenverlag, Thalwil.
- HELDSTAB, H. (2011): *Warum spricht mein Kind nicht?* Eigenverlag, Thalwil.
- HOFER, A. (2009): *Das Affolter Modell. Entwicklungsmodell und gespürte Interaktionstherapie*. Pflaum-Verlag, München.
- KASSAI I. (1997): Nyelvfajlódási zavarok korai felismerése. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1.
- KERESZTESSY É. (szerk.): *A neurogén tanulási zavar tünetei, diagnosztikája és terápiája hallássérült gyermekeknél*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- PIAGET, J. (1969): *Nachabmung, Spiel und Traum*. Klett Verlag, Stuttgart.
- SARKADY, K.–ZSOLDOS M. (1999): *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest
- SONDEREGGER, H. (1997): Wege im Neuland – Kinder, der Sprache auf der Spur. In HELDSTAB, CH. (Hrsg.): *Interaktion – Sinnfindung – Kommunikation*. Eigenverlag, Thalwil.
-