

*Budapesti Corvinus Egyetem Társadalomtudományi Kar, Magatartástudományi és Kommunikációelméleti Intézet;
Csillagház Általános Iskola, Logopédia Munkacsoport*

Részvétől a részvételig

A partícipatív kommunikációs koncepció érvényesítésének lehetőségei a logopédiai tevékenységben

BOKOR TAMÁS – BOKOR BACSÁK GYÖRGYI
tamas.bokor@uni-corvinus.hu, bobagyi@gmail.com

Absztrakt

E tanulmány a logopédia mint gyógypedagógiai tevékenység egy újszerű megvilágítását tűzi ki célul, kommunikációelméleti perspektívából tekintve tárgyára. A diszciplináris rekonstrukció a kommunikációs partícipációs felfogására épít, miközben releváns megállapításokat igyekszik tenni a logopédiai gyakorlat irányában. Az írás két alapvető feladatot hajt végre. Egyfelől tisztázni kívánja a kommunikáció állapot-központú fogalmát, szakítva a logopédus-képzésben széles körben oktatott és elterjedt folyamat-alapú kommunikációfogalommal. E perspektívaváltás révén ajánl alternatív perspektívát a logopédia koncepciója számára. Másfelől – az interdiszciplinaritásra helyezve a hangsúlyt – érzékeltetni kívánja, hogy a kommunikációelmélet és a logopédia szinoptikus felfogása, egységben szemlélése képes lehet hatékonyabbá tenni a gyógypedagógusok kommunikációfejlesztő munkálkodását. Ez utóbbi kapcsán új lehetőségeket mutat fel a logopédiai tevékenységben.

Kulcsszavak: logopédia, kommunikáció, beszédfejlesztés, nyelvi zavar, beszédzavar, afázia, diszfázia

*„A szótlán szív se hallgat;
beszél, s ki érti, annak
többet, mint nagy szavak.”
(Keresztury Dezső)*

Kommunikáció: folyamat és állapot

Alapfogalmakból építkező koncepciók esetén a kutatók számára a továbbgondolkodás érdekében létfontosságúnak, ugyanakkor rendre problémásnak bizonyul a felhasznált fogalmak jelentésének pontos meghatározása, a jelentésárnyalatok tisztázása. Természetesen nincs ez másképp a kommunikáció fogalmával sem. Túlterheltsége és különböző kontextusokban tapasztalható rendkívül gyakori használata számos félreértésre és félreértelmezésre ad okot, hiszen a *kommunikáció* kifejezés önmagában annyira különböző szintű jelenségekre referál, hogy abból a definíciós kísérletek során legtöbbször csak bábeli zűrzavar ered. E definíciós és jelentésbeli probléma egészen addig a pontig csupán játék lenne a szavakkal, ameddig nem ütközünk a nyomában olyan gyakorlati akadályokba, amelyek legyőzésekor kiderül, hogy valójában a fogalmi pontatlanságok

okoztak módszertani hibákat, meg nem értéseket. Különösen fontos ezt felismerni a gyógypedagógiai tevékenységben, amelynek kiemelt feladata a kommunikáció fejlesztése, legyen az akár verbális, akár nonverbális, bármilyen sérültségű és életkorú kliensek esetén.

A kommunikációról való gondolkodásban a legkorábbi időktől kezdve az szolgált kiindulópontként, hogy információ áramlik egyik helyről egy másikra. Másként: a kommunikáció egy feladó tevékenysége, amely arra irányul, hogy információ jusson el egy vevőhöz. Információn itt természetesen nem csak újdonságértéket kell érteni, hanem a feladó érzelmeiről vagy a kommunikációs összeköttetés (csatorna) állapotáról szóló üzeneteket is. Ezt a közkeletű, információátvitelen alapuló képet szokták a kommunikáció *tranzaktív* felfogásának (vagy modelljének) tekinteni (SHANNON–WEAVER 1949). A kommunikatív jelenségszféra azonban értelmezhető más felfogások keretében is. Közülük az egyik legkézenfekvőbb az, amit *interaktív* felfogásnak szokás nevezni (NEWCOMB 1953). „Eszertint a jó kiindulópont a kommunikatív jelenségszféra vizsgálatakor nem az információtranszfer, hanem egy sajátos interakció. Az interakcióban résztvevők akciójukkal vagy éppen aktivitásukkal egy közös cél elérésén igyekeznek. Ez lehet valaminek a megértése valakivel, vagy lehet egy közös nézet kialakítása valamiről, és sok minden egyéb. Természetesen nem tekinthető minden interakció kommunikációnak. A kommunikáció interaktív modelljének értelmében a kommunikáció során nem egyszerűen (információ)átadás történik, hanem a közös (együttes) cselekvésnek valamilyen információban kifejeződő (és korábban nem feltétlenül létezett) *eredménye* jön létre” (BÉRES–HORÁNYI 1999: 7–8).

Egy harmadik felfogás, a kommunikáció *kultivációs* koncepciója jellegzetesen más kiindulópont lehetőségére irányítja a figyelmet. Ez eredetileg a tömegkommunikáció jelenségeinek értelmezésével kapcsolatban fogalmazódott meg; fő üzenete, hogy a „kommunikáció” kifejezés nem egyszerűen a kommunikatív jelenségek felszínén megjelenő esetlegességeket kategorizálja. A kommunikáció ugyanis az, ami meghatározza, hogy mit tekintünk létezőnek, mit fontosnak, mit helyesnek, illetve helytelennek, és mit mivel tekintünk összefüggésben levőnek (jó áttekintést ad róla GERBNER 1969 és GERBNER 1972).

E három felfogásmód és a belőlük levezetett különféle elméletek voltaképpen igen-igen különböző kommunikációfogalmat operacionalizálnak, másképp fogalmazva: különböző szinteken, különböző perspektívákból vizsgálják a kommunikációt. „Különbözőek például a felfogásmódok konstituens fogalmai, még ha vannak is – természetesen – hasonlóságok közöttük. (Így például mind a tranzaktívban, mind az interaktívban konstituens a kód vagy a csatorna fogalma; míg azonban a tranzaktív esetén megkülönböztethető egymástól a beszélő és a hallgató, mint különböző szerepű ágensok, az interaktív esetén voltaképpen nem értelmezhető az ágensok között efféle szerepkülönbözés.) És eltérőek lesznek azok a jelenségszférák is, amelyekre ezek a különböző modellek érvényesek (lehetnek), még akkor is, ha az egyes modellek érvényességének tartományai esetleg átfedik egymást. Például a tranzaktív modellel leírható a *levél*, de nem – vagy csak nehézkesen – írható le a *dialógus*; az interaktívval leírható a dialógus, de nem írható le a levél; a kultivációssal pedig nem írhatók le *egyes* kommunikatív események, hanem csak *teljes eseményrendszerek* – vagy mondjuk így: csak tömegjelenségeként értelmezett kommunikációk írhatók le” (BÉRES–HORÁNYI 1999: 8).

A kommunikáció ilyen szerteágazó koncepciói közepette célul lehet kitűzni, hogy a fenti három modell mellett legyen egy olyan felfogásmód is kidolgozva, amely a teljes jelenségszféra tartományát tárja fel. Ilyen „metaelméletként” kínálkozik a kommunikáció

participációs felfogása (a „Participative Theory of Communication” angol kifejezésből képzett betűszóval a továbbiakban PTC-ként hivatkozunk rá), amelynek részletes kifejtése helyett jelen írásban megelégszünk azon alkotóelemek és alapmotívumok ismertetésével, amelyek a logopédiai tevékenységre nézve különösen relevánsak. (A máig alakuló elmélet eddig kidolgozott részleteiről szóló „munka közbeni jelentést” olvashatjuk HORÁNYI 2007. A munka alapját képező, időről időre bővített, pontosított Szinopszis 7.3-as változatát [HORÁNYI 2009], míg a PTC interdiszciplináris alkalmazási lehetőségeiről szóló tanulmánygyűjteményt [BAJNOK és mtsai 2012] tartalmazza.)

Az elmélet egyik kiindulópontja az ágens, a probléma és a kommunikatív fogalma. Az ágens (a parsonsi szociológiai gondolkodásból kölcsönzött fogalom) olyan cselekvő, amely valamilyen értelemben képes hatni a környezetére, akár akaratlanul is. A gyógy-pedagógia szempontjából tekintve itt és most praktikusán humán ágensekről, mégpedig individuálisokról (emberek) és kollektívokról (embercsoportok) beszélhetünk. A problémát tekinthetjük olyan *különbségnek*, amely az adott ágens *valamely alkalommal való helyzete* és egy számára ugyanakkor *kívánatos helyzet* között fennáll, és meghaladja az ágens számára akkor és ott tolerálható mértéket (a kritikus *küszöbértéket*); természetesen akkor és csak akkor, ha az ágens ezt a komplex helyzetet identifikálja és/vagy eliminálja. A kommunikatív valamely probléma felismeréséhez (identifikálásához) és/vagy megoldásához (eliminálásához) egy ágens számára szükséges releváns felkészültség lehetséges helyeként jelenik meg a PTC fogalmi rendszerében. Jelentős egyszerűsítéssel szólva: a PTC alapgondolata, hogy a kommunikációt (pontosabban a kommunikatív állapotba kerülést) valamely problémakezelés igénye vagy maga a problémakezelés hívja életre. Ha egy ágens olyan problémával szembesül, amelyet saját belső felkészültségei (tudása, képességei, jártasságai, készségei, logikája, kompetenciái, netán hiedelmei) segítségével nem képes megoldani vagy legalábbis kezelni, akkor kommunikatív állapotba kerül, más ágensekhez fordulva, azok felkészültségeiből részesedve (participálva) megoldhatja vagy eliminálhatja problémáját.

A fent ismertetett három kommunikációfelfogás szemlátomást markánsan különbözik a PTC-től. A *tranzaktív* az információ átadásában látja a kommunikatív lényegét, az *interaktív* a kommunikatívot a résztvevő ágensek közös (vagyis együttműködő) és eredményes erőfeszítésében látja, s vannak felfogások, amelyek *aktusként* (vagy *akcióként*, vagy *tevékenységként*, vagy éppen *eseményként*) tekintenek rá. Ezek a participációs felfogás szempontjából a *problémakezelésre való felkészültség változásának* vagy éppen *változtatásának perspektívájából* tekintenek a kommunikatívra, s ezért látják a kommunikatív lényegét valamiféle változásban (HORÁNYI 2009). A PTC a kommunikatívra mint *állapotra* tekint, amelyben a részvétel, a (felkészültségekből való) részesedés a kulcsszó.

Horányi Özséb, a PTC koncepciójának kidolgozója számára a kommunikáció „részvétel a közösségekben, tehát a társadalmi rendszerben. A közösségben van meg az egyén helye a szerepeken át, de a közösség maga is lehet ágens és forrása a közösség nevében történő perlokúciós kommunikációnak” (BUDA 2012: 21). Az elmélet „olyan kiindulópontot kínál a kommunikációkutatás számára, amely azzal kecsegtet, hogy segítségével a kommunikáció valamennyi jelenségtípusa egységes keretben válik leírhatóvá” (HORÁNYI 2007: 14). Magyarázó modellként szolgál tehát, de nem a szó köznapi értelmében: olyan elméletalkotás ez, amely a társadalomtudományok számára egyetlen vezérfonal mentén – jelen esetben a kommunikáció révén – *magáról a társadalomról* mond valamit. Relevanciája túlmutat a diszciplináris kommunikációkutatás, de még a társadalomtudományok akadémikus keretein is. „A kommunikációkutatásnak az lehet

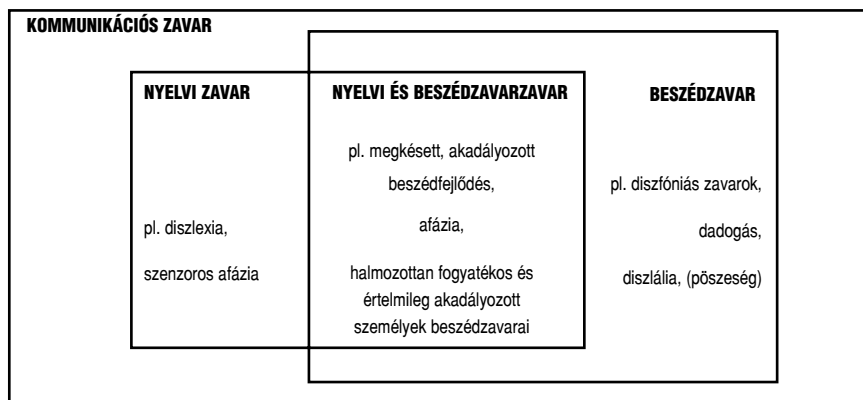
most feladata, hogy a társadalom és a társas világ más területei számára is felmutassa, hogy érdemben hozzá tud járulni az ott folyó diskurzushoz” (HAMP 2012: 198). A következőkben tehát szándékoltan egy interdiszciplináris megközelítés szerint igyekszünk hozzájárulni a logopédia konkrét feladatairól folyó diskurzushoz. Eszközünk, nyelvezetünk a logopédiai tudományon belül – nézetünk szerint csupán *még* – nem használatos nyelvezet, a PTC lesz, értelmező keretünk pedig a PTC interdiszciplináris kommunikációfogalma.

Logopédia: beszéd- és kommunikációfejlesztés

Önálló tudományként való létezésének kezdete óta a logopédia a beszédnevelést jelöli meg fő célkitűzéseként. E diszciplína „a gyógypedagógia elsődleges és másodlagos kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága, [...] a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával és korrekciójával, terápiájával foglalkozó integratív tudomány” (FEHÉRNÉ 2004: 542). A logopédiai elmélet kimondatlanul is azzal az axiómával lép fel, amely szerint a kommunikáció és a beszéd – ha nem is egyenlő, de – valamiképpen ekvivalens fogalmak.¹ Az „ekvivalens” itt nem logikai egyenlőséget, csupán használati megfeleltethetőséget jelent: személyközi kommunikációt végezni beszéddel *a leginkább célravezető*, és aki beszél, az természetesen kommunikál is. Ennek megfelelően a logopédiai módszertan jelentős részben a beszéd- és nyelvi fejlesztésre épít, egyértelmű prioritást tulajdonítva a verbális kommunikációnak. Ezt a nézetet támogatja a logopédiai oktatás is, amikor Jakobson hattényezős kommunikációmodelljét veszi igénybe a kommunikáció folyamatának leírásához. (A modell első rendszerezett leírását adja [JAKOBSON 1960], magyarul [JAKOBSON 1972].) A jakobsoni kommunikációmodell nyelvészeti ihletettsége jól tükröződik abban, hogy alkotója nyelvi funkciókat rendel az egyes verbális megnyilvánulásokhoz – s a lingvisztikai fogalomalkotás abban a tényben is tetten érhető, hogy a modellről szóló első leírás egy nyelvészeti konferencia záró előadásaként hangzott el. A logopédiai oktatás nem kárhoyzatható ezért a preferenciáért, hiszen a kommunikációelmélet egyik sarokköveként számon tartott megközelítés az egyetemi és főiskolai kommunikáció szakok tananyagában is gyakran hivatkozott keretül szolgál. Ez a modell azonban – újfent hangsúlyozva – a közlőfolyamatban a beszédre és annak funkcióira, pontosabban a verbális kommunikáció prioritására helyezi a hangsúlyt, alig törődve a nonverbális kommunikációban rejlő lehetőségekkel. Csupán az 1960-as évek végén történt meg a kommunikációelméletben és -kutatásban az az áttörés, amelynek nyomán a kommunikációkutatás felfigyelt a nonverbális kommunikáció fontosságára és – pl. Birdwhistell kísérletei nyomán – arra a tényre, hogy emocionális közléseink mintegy 65%-ához a nonverbális csatornákat vesszük igénybe (BIRDWHISTELL 1970). Ezután Amerika „művelt nagyközönségének” körében valóságos társasjátékká nőtte ki magát a testbeszéd dekódolása (KÁLMÁN 2006: 46), ám a kommunikációelmélet nyelvészeti orientációja alapvetően érintetlen maradt, sőt a kognitív tudományok megerősödésével a kommunikációtudomány és a nyelvészet egyaránt új erőre kapott.

¹ „Beszédesen” példázzák ezt a megállapítást a honi logopédia első évtizedeinek szegregációs és integrációs vitáiról készült történeti összefoglalóban előforduló fogalmak: beszédosztály, beszédiskola, beszédtanfolyam. A beszédhibások kezelésére alakult első magyarországi intézmény, az Orthophonikus Intézet a népiskolákba járó beszédhibás gyermekek kiejtésfejlesztését ambuláner végezte (VASSNÉ 2004: 369–372).

A verbális és nonverbális kommunikáció viszonyának – a logopédia egészében meglehetősen aszimmetrikus – koncepciója mellett a beszéd és a nyelv viszonya jól körülhatárolt. A beszéd- és nyelvi zavarok, mint a logopédiai tevékenység során kezelt fő problémák, hierarchikus rendszerben helyezkednek el. Amint Gósy Mária rámutat, a beszédzavarok általában a nyelvi zavarok megjelenési formái (Gósy 1999). „Csupán néhány olyan beszédzavar létezik, amelyeknek a háttérben nem áll nyelvi zavar, legalábbis a kezdetekben. A leggyakoribb kiváltó ok a pszichés trauma vagy valamiféle fiziológiai probléma. Ezek – a kezdetben csak beszédzavarnak tűnő eltérések – sokszor nyelvi zavarok kialakulásához vezethetnek, és súlyos kommunikációs nehézségeket eredményezhetnek” (Gósy 2000: 213). A nyelvi zavar, valamint ennek manifesztációja, a beszédzavar tehát tisztázott hierarchikus viszonyban áll egymással. A kommunikáció, mint alapkategória azonban továbbra is differenciálatlan fogalomként jelenik meg a beszédképesség zavarairól szóló diskurzusban (1. ábra).



A beszédproduktiót és a beszédfeldolgozást érintő zavarok kategorizálása során fajsúlyos módszertani kérdéssé vált, hogy milyen fejlesztés végezhető azokkal a páciensekkel, akiknél a beszédalapú kommunikáció kialakítására különböző okokból eleve – átmenetileg vagy egyáltalán – nincs mód. Megoldást kínál erre a problémára az augmentatív-alternatív kommunikáció (angolszász eredetiben „Augmentative and Alternative Communication” néven, röviden AAC-ként hivatkozott kifejezés), amely az 1950-es évek Amerikájában, majd kicsivel később Kanadában jelent meg, célként tűzve ki, hogy a beszédképtelen páciensek számára olyan jelrendszert biztosítson, amelyet eredménnyel használhatnak személyközi kommunikációs aktivitásuk során. Az Amerikai Beszéd-, Nyelv- és Hallástársaság (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) meghatározása szerint e módszer célcsoportjához tartoznak mindazok, akik „a gesztusok, a beszéd és/vagy az írásos kommunikáció átmeneti vagy végleges zavara miatt nem képesek ezek révén kielégíteni valamennyi kommunikációs igényüket. Ebből fakadó súlyos kommunikációs nehézségeik az AAC segítségével enyhíthetők. A kommunikációs akadály elsődleges oka ezeknél a személyeknél nem a halláskárosodás. Bár e csoport egyes tagjainál fellelhető bizonyos mennyiségű beszéd, a fentieknek megfelelően ez soha nem elegendő arra, hogy a változatos kommunikációs igényeknek megfeleljen” (ASHA 1991: 10). A szervezet definíciója sejteni engedi, hogy igen nagyméretű populációról van szó, ha az AAC módszerének potenciális használóiról beszélünk. Az elérhető adatokat összevetve látható, hogy világszerte a teljes populáció 0,2-0,4%-a szenved átmenetileg vagy tartósan súlyos kommunikációs zavarban. A fejlettebb

országok magasabb értékeit feltehetően a jobb statisztikai mérések és az erőteljesebben megjelenő igények adják (KÁLMÁN 2006: 72), és minden bizonnyal a gyógypedagógiai intézményrendszer fejlettsége is hozzájárul ahhoz, hogy a fejlett világ országaiban nagyobb az AAC-re szoruló populáció (mért és nyilvántartott) kiterjedése. Összességében világszerte sok millió teljes beszédképtelenséggel érintett páciensről tanúskodnak a mérések.

Hol máshol lenne helye és szerepe egy átfogó és univerzálisan használható kommunikációs szemléletnek, mint a logopédia azon szakterületein, ahol (mint fentebb látható, például szervi okokból) *ab ovo* fizikailag lehetetlen (vagy a gyakorlatban legalábbis annak bizonyul) a hangzóbeszéd elsajátítása? A gyógypedagógia egészen sajátos kommunikációfogalmat operacionalizál, amely a diszciplínán belüli fejlesztési területek között is komoly önellentmondásba képes keveredni. E belső feszültséget az okozza, hogy „a szakirodalomban találkozhatunk a kommunikáció fogalmának olyan szintű kibővítésével, ami már minden magatartásmódot és viselkedésformát kommunikációnak nevez. Nem célszerű ez a kiszélesítés, hiszen így nehéz lenne értelmezni és megszerezni a kommunikációt, illetőleg különválasztani a viselkedéstől” (MÁRKUS 2004: 280). A probléma tehát több helyen és több szinten is jelentkezik: a viselkedés és a kommunikáció, a beszéd és a nyelvhasználat, a verbális és a nonverbális kommunikációs csatornák, a közvetlen és a mediatisált kódváltozatok, stb. elkülönítésének eltérő felfogásaiban – s természetesen hosszan folytatható lenne a felsorolás. A gond tehát a gyakorlati nehézségek „földt”, fogalmi szinten jelentkezik.

E helyütt csupán egyetlen példát említünk a fenti problémák egyikére. A gyógypedagógia két, egymással átfedésben lévő területe, a halmozottan fogyatékos személyek fejlesztése és az augmentatív és alternatív kommunikációfejlesztés által használt különböző kommunikációfelfogások ütköznek egymással. A súlyosan, halmozottan fogyatékos személyek individuális és orientációs kommunikációjáról szóló gondolatok közt *in expressis verbis* kimondatik, hogy „az audiovizuális, audatív és vizuális médian keresztül közvetített információk [...] nem jelentenek kommunikációt, a kölcsönösség hiánya miatt” (MÁRKUS 2004: 281). Ez szöges ellentétben áll az augmentatív és alternatív kommunikáció felfogásával, amelynek némely változata nagyban függ az audatív és vizuális médiaeszközök adta technikai feltételektől (KÁLMÁN 2004). Természetesen az AAC-t használó személyek sokszor évekig kell, hogy türelmesen próbálkozzanak a kommunikációval, mire adekvát reakciókat kapnak a környezetüktől, de e kölcsönös dinamika hiányában is szokatlan lenne a sérült személy kommunikációs törekvésétől elvitatni a *kommunikatív* jelzőt, még akkor is, ha médiaeszközt vesz hozzá igénybe. A mediatisált kommunikáció kizárása a személyközi kommunikációból azért lehet mégis indokolt, mert a tömegkommunikációs eszközök (pl. televízió) elé ültetett halmozottan fogyatékos személy köznapi értelemben természetesen nem tud kommunikációt folytatni: a tévével való beszélgetésre irányuló törekvése a legjobb esetben is egyoldalú marad. Ez esetben azonban az audio- és/vagy vizuális médiaeszközről alkotott fogalom szorultna pontosításra, hiszen e fogalom alá sorolandó a számítógép is, mint az AAC-ben közreműködő, orientációs személyközi kommunikációt megvalósítani képes technikai eszköz.

Ez az útkereső, tisztázatlan fogalomhasználat nemcsak a logopédia elméletében okoz problémát, hanem a gyakorlatban is, amennyiben kommunikációnak azt az élő, dinamikus fejlődő folyamatot nevezi, amely a kommunikátor szándékolt döntésének eredménye, és kölcsönösségen alapul (MÁRKUS 2004: 281). Ugyancsak problémát (vagy éppen megoldhatatlan kihívást) jelenthet, ha a verbális (hangzó) beszédet tekinti a logo-

pédus a fejlesztés fő céljának. A nonverbalitás bekapcsolása a fejlesztő munkába nemcsak azt igényli, hogy a nonverbális és a verbális kommunikáció különbségei és összefüggései világosan látszódnak, hanem azt is, hogy a beszéd és a kommunikáció fogalma differenciált legyen. E helyütt kell még szót ejteni arról, hogy a kommunikáció és a beszéd elhatárolásának szokásos megalapozása szerint a jelrendszerek között analóg és digitális kódokról beszélhetünk; a digitális kódokból (zárt jelrendszer, egymástól definitíven elhatárolható véges fajtájú elemmel) a beszéd és az írás kódjait, az analóg kódokból (nyitott jelrendszer, definitíven nem meghatározott, elvben végtelen sokféle elemmel) pedig a nonverbális kommunikáció különböző „csatornáit” lehet levezetni. (Ez a felosztás a kommunikáció jelenségszféráját nem egészében, annak folyamat- vagy állapotjellege szerint kategorizálja, csupán a kommunikatív létrehozásához használatos kódokat tipizálja). A logopédiai kommunikációfelfogás e tekintetben egyértelműen a verbális, digitális kódok használatára koncentrálnak.

A problémák sorolásában szükséges még egy anomáliára rámutatni. A beszéd – nyelv – kommunikáció tengely mentén a logopédiai fejlesztés hangsúlyosan a beszéd- és nyelvi fejlesztést tűzi ki célul, ennyiben a szintaktika – szemantika – pragmatika nyelvi tagolásában az első kettőre koncentrálnak (FEHÉRNÉ 2004: 545). Figyelemre méltó, hogy a pragmatikai szint egyáltalán nem szerepel abban a koncepcióban, amely a logopédusok számára tisztázza a nyelvi fejlesztésben megjelenő szinteket (idézett ábra uo.): a használt nyelv *eredményességének* kérdése (pragmatikai szint) háttérben marad a *helyes* kiejtés, nyelvtanhasználat és megértési képesség (fonetikai, szintaktikai és szemantikai szint) kialakításához és fejlesztéséhez képest. Saussure *langue*- és *parole*-fogalmának recepciója már megtörtént a logopédiában, de a *langage* (*langue* és *parole* egysége) még nem kapott megfelelő figyelmet (2. ábra). Tradicionális logopédia és AAC talán ezért találja meg nehezen a maga kapcsolódási pontjait egymás között: történeti hagyományaiból adódóan a logopédia legtöbb ágazata a beszédfejlesztéssel foglalkozik, az AAC pedig ott lép be a képbe, ahol a beszédfejlesztés gyakorlati akadályokba ütközik. Eredeti célkitűzésük azonban azonos: a páciens kezébe adni saját maga hatékony megértetésének képességét.

Nyelvi szintek a szemiotikában	Nyelvi szintek Saussure-nél	A szintek viszonyrendszere	A szintekhez tartozó nyelvi kompetenciák
Fonetika	Langue	Hangviszonyok	Helyes hangképzés
Szintaktika	Langue	Jelviszonyok	Helyes nyelvtanhasználat
Szemantika	Parole	Jel és jelölt viszonya	Helyes jelentéshasználat és megértés
Pragmatika	Langage	Jel és jelölő viszonya; jel és jelrendszeren kívüli tényezők viszonya	A megértetés képessége

2. ábra. Nyelvi szintek és kompetenciák

Az emberi kommunikáció funkcióit – a már idézett Jakobsonon kívül is – számos kutató kategorizálta. A PTC elméleti keretében a kommunikatív viselkedést (ha úgy tetszik: a kommunikációs szándékot) mindig valamilyen probléma megléte hívja elő. E perspektívából

nézve a kommunikatív (a más ágensek számára elérhetővé tett szignifikáció, vagyis jelentéstulajdonítás) korántsem csak a beszédre vonatkozik, hanem tágabb értelemben *bármely eredményes állandó vagy alkalmi jelhasználatra* (kapcsolódva ezzel a szemiotikához), amely segíti az ágenszt a problémamegoldásban. A fentieket figyelembe véve kézenfekvőnek tűnik a kommunikáció és a beszéd markáns megkülönböztetésének igénye. E distinkció természetesen megtörtént már az elmélet szintjén, de szükséges, hogy megtörténjen *a terápiás gyakorlat színterein is*. A modernitás előtti korokban kevésbé volt releváns e kettősség, de sajátos módon éppen a medicinális és a fogyatékosügyi intézményrendszer modern kori fejlődése tette azzá. A tudományok és segítő szakmák mai felkészültsége mellett – legalábbis a fejlett világban – nincs okvetlenül halálra ítélve, aki nem képes a hangzóbeszédre. Ugyanakkor a társadalmi integráció elősegítése érdekében ki kell tudnia elégíteni kommunikációs igényeit még teljes beszédképtelenség fennállása esetén is, vagyis a PTC nyelvén szólva: *tudnia kell participálni*, hogy hozzáférjen olyan felkészültségekhez, amelyekkel eredendően nem rendelkezik.

Diszfázia és afázia a logopédiában és a kommunikációfejlesztésben

A kommunikációra a PTC fent vázolt perspektívájából rátekintve világosan látható, hogy a kommunikatív verbális és/vagy nonverbális kódváltozatának mibenléte másodlagos kérdés a problémamegoldási potenciálhoz képest. Mivel a logopédia célja *a kommunikáció komplex fejlesztése*, valamint a többi gyógypedagógiai tudományterület is célul tűzi ki a kommunikációs kompetenciák fejlesztését, felmerül a kérdés, ki a kommunikációfejlesztés nonverbális ágáért (is) felelős szakember. Az ép és a sérült ember tekintetében egyaránt releváns kérdés, hogy e téren a logopédus-e a kizárólagosan kompetens személy.

A logopédia az elmúlt négy évtizedben fontos változáson ment keresztül, mert felvállalta a diszfáziás, (még vagy egyáltalán) nem beszélő, feltehetően csak nyelvi sérüléssel élő kisgyermek vizsgálatát és terápiáját, saját intézményrendszerét is kialakítva hozzá. Ez a tevékenység az igen korai életszakaszban adott diagnózissal, a lehetséges terápiák korai kijelölésével jó prognózisú terápiás folyamatot eredményez, amelynek következményeképpen hatékonyan integrálhatók a korai terápiába bevont diszfáziás személyek. A gyermekek terápiáját teljes iskolai pályafutásuk alatt segítik, gondozzák, és biztosítják a pluszjogokat (pl. diszlexia esetén). Ugyanakkor a terápiába való bevonásnak alapvető kritériuma, hogy a nyelvi sérülésen kívül más fogyatékoság ne legyen, azaz e lehetőség alapvetően csak ép értelmű gyermekek számára nyitott – és így a halmozottan fogyatékos (esetünkben a nyelvi zavaron kívül más fogyatékosággal, pl. értelmi sérüléssel is rendelkező) páciensek kívül rekednek a kommunikációfejlesztő terápián.

A logopédia az afázia terápiáját is jó ellátórendszerrel, kialakult intézményekkel végzi, gyakran egyáltalán nem beszélő emberekkel kezdve a terápiát. A hangképző szervek műtét utáni rehabilitációját is intézményes keretek között látja el, gyakran a beszéd újratanítását is felvállalva, pl. a gégeműtött páciensek esetében. Ez esetben – újratanításról lévén szó – a terapeuta meglévő beszédkompetenciát feltételez, vagyis a páciensnek az afáziaterápia esetén is kell, hogy legyen egy korábban megszerzett és meglévő (ám időközben elveszített vagy korlátozott) felkészültsége a beszédprodukcióna.

A diszfázia- és afázia-ellátórendszer fejlesztésével a logopédia ugyan nagyszámú betegcsoportot lát el, de a beszédképtelen emberek közé további jelentős létszámú csoportok is tartoznak. A szakértői és rehabilitációs bizottságok szakvéleményében náluk általában anarthria diagnózisa jelenik meg. Ilyenek pl. a halmozottan sérült gyermekek (súlyosan mozgássérültek, autisták, súlyos értelmi fogyatékosok, értelmileg akadályozottak). Az *anarthria* mint kategória lényege nehezen adható vissza magyarul; akár nembeszélésnek, beszédképtelenségnek is lehet fordítani, de az oki hátteret ezzel nem árultuk el. Helyesebbnek véljük a „nem hangzóbeszéddel kommunikáló” körülírással jellemezni, axiómaként elfogadva, hogy nem kommunikálni lehetetlen.²

A *nembeszélő* kifejezés azt sugallja, hogy a páciens valamilyen affektív ok miatt nem beszél. E szó a mutizmus, esetleg az autizmusból eredő állapot leírására lehet alkalmas, míg a „beszédképtelen” kifejezés (amely utalhat a szándék meglétére és a beszédcselekvés technikai kivitelezhetetlenségére) sokszor nem fedi pontosan a valóságot, mert hangok, szókezdemények legtöbbször e személyek esetében is megtalálhatók.

E csoportok terápiája természetesen szakgyógyopedagógusok közreműködésével zajlik. Esetükben eldöntetlen, kinek a kompetenciája a kifejezetten nyelvi, illetve kommunikációs fejlesztés, főként abban az esetben, ha – legalábbis egyelőre – nem hangzó beszéddel kommunikál a gyermek.³

1993-ig a súlyosan halmozottan fogyatékos beszédképtelen gyermekek kiszorultak a magyar közoktatási rendszerből, mert „képezhetetlenek” számítottak. A Csillagház Általános Iskola jogelődjében megalakulása, 1973 óta folyt beszédképtelen gyermekek nevelése-oktatása. Az 1973-ban indult első csoportban a nyolc gyermekből kettő volt anarthriás, kettő pedig súlyos dysarthriás, egyikük sem volt azonban súlyosan halmozottan fogyatékos, „csupán” halmozottan fogyatékos. (A súlyos halmozott fogyatékoság alatt ebben a megkülönböztetésben az értelmi képességek súlyos, tartós akadályozottságát értjük.) A súlyosan halmozottan fogyatékos gyermekek a fejlesztő iskolai rendszer bevezetésével, 1993-ban léptek be a közoktatási rendszerbe. Az 1993-as közoktatási törvény még csak a képzési kötelezettséget vezette be a korábban képezhetetlennek nyilvánított gyermekek számára. A fejlesztő iskolai oktatást később az 1993-as közoktatási törvény 2006. január 1-jén életbe lépett módosítása tette lehetővé (30/A §). A fejlesztő szakemberek felkészültsége és gyakorlata azonban számos esetben nem mutatkozik megfelelőnek ahhoz, hogy ezekkel a páciensekkel érdemi terápiás munkát végezhesenek.⁴

Honnan szerezhetnek megfelelő kompetenciákat az e színtereken megjelenő tanárok? A hagyományos, kétszakos gyógypedagógus-képzésben bizonyos szakpárosítások esetén (pl. szomatopedagógia és logopédia, illetve értelmileg akadályozottak pedagógiája és logopédia) a megszerzett ismeretek integrálása nyomán megindulhat a megfelelő szakmai segítségnyújtás. Az egyszakos logopédusképzés azonban dominánsan a verbalitás fejlesztésére helyezi a hangsúlyt, ami bezárja a kaput a diszfázia- és afáziakezelés eszköztárának elsajátítására előtt.⁵ A valóságban a halmozottan sérült, beszéd-

2 A Palo Alto-i iskola kommunikációelméleti 1960-as évekbeli kutatásainak első számú axiómája e megállapítás.

3 A kompetenciaviták mellett természetesen kitűnő példák találhatók az együttműködésre is, pl. a Mozgásjavító Általános Iskola Csillagház Tagozata és a Bliss Alapítvány között.

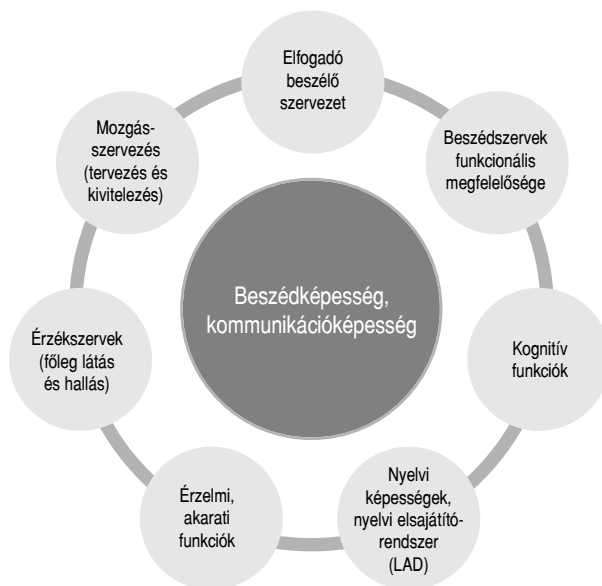
4 Az érintett populáció kiterjedésének felmérése máig sem történt meg. Közeli adatokat adni is nehéz, mivel bizonyos specifikus állapotok (pl. az autizmus) ugyancsak együtt járhatnak afáziával, diszfáziával, és halmozott sérülésekkel. A kategorizáció a tünetek és betegségek komplexitása miatt igen körülményes. (A halmozottan fogyatékos populációval kapcsolatos mérés és statisztika-készítés problémáiról bővebben ír [Márkus 2005].)

5 Amennyiben a hallgató például az alternatív-augmentatív kommunikáció tárgykörében szeretne ismereteket szerezni, külön képzést kell elvégeznie a Bliss Alapítványnál.

képtelen gyermek vagy nem találkozik logopédussal, vagy ha mégis, ez esetben a logopédus csak akkor tud fejlesztő munkába kezdeni, amikor a gyermek már beszédképes – s ez utóbbi kritérium sokak esetében (szervi, motoros, illetve értelmi sérülés, vagy ezek bármely kombinációja esetén) nem teljesíthető.

A kommunikációs és beszédképesség számos készség (felkészültség) együttes megjelenésével és alkalmazásával alakul ki. Ezek a kulcsfontosságú felkészültségek egyformán fontosak, bármelyikben is jelentkezik sérülés, az nyelvi és beszédzavart okozhat. E részterületek sérülése jellegzetes mintázat szerinti, így segítségükkel különböző diagnózisokat különböztetünk meg. A szomatologopédiai munka feladatának tekinti, hogy ezeket a területeket mélyrehatóan és részleteiben megismerje, diagnosztizálni tudja a részterületek sérüléseit, fejlődésbeli elmaradásait, és azok kompenzálására terápiás utat jelöljön ki. A halmozott sérülés a súlyos cerebrálparetikus gyermekek esetében általában több terület együttes sérülését hozza magával. Emiatt a terápia nem állhat csak nyelvi vagy csak mozgásfejlesztésből, hanem mindezt komplexen kell szemlélni és a terápiába bevonni. Túl a fizikai és a pszichológiai vonatkozásokon, a szociális vonatkozásokat (azaz a környezet szerepét) is felmérni hivatott (BOKOR–BACSÁK 2011: 20–21).

A hét kulcsfontosságú részterület a következő:



3. ábra. A kommunikációs és beszédképességhez szükséges felkészültségek

Mint látható, a beszédképességhez közvetlenül hozzájáruló elemek mellett a szélesebb értelemben vett kommunikációs készséghez számos olyan további felkészültség társul, amelyekre a beszédfejlesztés maga nem tud ráhatni. A halmozott problémák végső soron komplexebb megoldásokat követelnek, s a komplexebb megoldások összetettebb, differenciáltabb kommunikációfogalmat igényelnek.

A PTC logopédiai potenciálja: útban a részvétel-alapú kommunikációfogalom felé

„A beszédhibák változatos képét még színesebbé teszi, hogy a tüneteket vizsgálva figyelembe kell vennünk a beszéd fogyatékoság fokának *súlyosságát* (sic!), a rendelkezés megjelölésének *idejét és eredetét*. Végül összefüggését egész személyiségével” (ILLYÉS és mtsai 1978: 164, kiemelések az eredetiben). Számos szerző állapítja meg, hogy a hangos beszéd a társas viszonyulások kialakításának döntő szabályozója, amely kognitív funkciói mellett affektív és emotív funkciókat is ellát, sőt az emberek egymás iránti szimpátiájának és antipátiájának, egyáltalán: a szociális atmoszféra kialakulásának elsődleges forrása (ILLYÉS és mtsai 1978: 168). Az általunk vázolt gondolatmenetben humán ágensek kommunikatív törekvéseiről esett szó, ám egyelőre anélkül, hogy tisztázódott volna, a kommunikáló ember (vagy ahogyan az ógörög filozófia közhelyszerűségig gyakran idézett megállapítása nyomán sokszor hangoztatják: az ember, mint társas lény) voltaképpen micsoda. A WHO által bevezetett rendszer, amely az embert három részrendszerből álló létezőként (bio-, pszicho- és szociális rendszerként) tételezi, nem új keletű. Niklas Luhmann, a konstruktivista szociológia és a rendszerelmélet gondolkodójának tekintélyes életművében⁶ ugyancsak felbukkan e hármass osztályozás: Luhmann az embert biológiai, szociális és pszichikai rendszer egységének tekintette. Felfogásában a személy az a „tulajdonsághalmaz”, amely a pszichikai rendszerből egy-egy szociális kontextusban relevánssá válik, azaz ahogyan az interakciók során mások *meg- vagy félreértik* őt. E szempontból tekintve a kommunikációelmélet számára irreleváns, hogy a kétféle „értés” közül melyik következik be, a kimenetel lényege így is, úgy is egyforma: interakció jön létre, s ez az interakció formálja a kommunikáló személyek személyiségét, azaz az aktuális kontextus függvényében releváns tulajdonságok rendszerét.⁷ Másképp: az interakcióban résztvevő partnerek által észlelt személyiség komplexitása és árnyaltsága nagyban függ attól, hogy az egyén hogyan és milyen mértékben képes magát kommunikatív módon megmutatni.

A logopédiai szemlélet számára korántsem lehet mindegy, hogy meg- vagy félreértés történik – hiszen a nyelvi pragmatika és a hús-vér interakciós partnerek számára ez a valódi probléma a dinamikus kommunikatív együttműködésében. Igazodva a PTC fogalmi készletéhez, a kommunikáló ember, mint ágens rendelkezik sajátvilággal, valamint aktori működéssel: a sajátvilág a kommunikációban résztvevő többi ágens számára hozzáférhetetlen, sőt egyes részei (szokásos pl. tudatalattinak nevezni), magának az ágensnek a számára sem érhetőek el. Sajátvilágának (gondolatainak, érzéseinek stb.) azon elemeit, amelyeket hozzáférhetővé kíván tenni, aktori működése (a környezetére gyakorolt hatása) révén engedi mutatni. Ennek legcélszerűbb módja a kommunikatív jelhasználat, amely a PTC felfogása szerint mindig valamilyen problémamegoldó törekvés mentén valósul meg.⁸ Amennyiben a biológiai és a pszichológiai működések korlátozzák az ágensnek e törekvését, a szociális rendszerben való részvétele korlátozott lesz.

Álláspontunk szerint a logopédia számára gyümölcöző lehet egy alternatív (a PTC-re épülő) kommunikációfogalom és terápiás szemlélet bevezetése, amelynek karakterisztikus jegyei az alábbiakban foglalhatók össze.

6 Luhmann szociális rendszerelmélet összefoglalóját adja (LUHMANN 2006).

7 Ld. LUHMANN 1984

8 A probléma fogalmát ilyen széles értelemben határozva meg: az ágens aktuális és számára ugyanakkor kívánatos állapota közötti kritikus különbség.

– A közvetlen emberi kommunikációra mint állapotra tekint, nem pedig mint folyamatra. (Ezzel nem állítja, hogy a kommunikatív megnyilvánulásoknak ne lenne időbelisége és kölcsönösségen alapuló dinamikája, csupán más perspektívában ragadja meg annak lényegét: a kommunikációs szükségletet, mint problémamegoldó törekvést helyezve fókuszba.)

– A közvetlen emberi kommunikáció ágenseinek terápiája során azok *meglévő (eredendő)* felkészültségeire építve segíti fejlődésüket. (Nem kényszeríti bele őket olyan *külső (szerzett)* felkészültségek elsajátításába, amelyek a páciens percepció modalitásai számára nem adottak vagy éppen és abban a szakaszban, itt és most nem hozzáférhetőek – pl. a teljes beszédképtelenség kórképei esetében a terápia kezdetén nem okvetlenül a hangzóbeszéd elsajátítását kell célul kitűzni.)

– A vokális kommunikációs felkészültségek direkt fejlesztése helyett a páciens, mint ágens *problémamegoldó törekvéseinek* lehetőségeit szélesíti (pl. AAC technikák tanítása és alkalmazása révén).

– A közvetlen emberi kommunikációt nem mint *n* számú ember interakcióját definiálja, hanem mint az ágens és *teljes humán környezete* jelhasználaton (szignifikáción) alapuló közös problémamegoldó törekvését (kommunikatív aktivitását).

– A terápiás folyamatban egyenrangúként (egyformán legitim eszközként) tekint az analóg és digitális kódváltozatok alkalmazására. A kommunikációs csatorna minél tökéletesebb használata (fonetika, szintaktika, szemantika) helyett a megértetés képességére (pragmatikai szint) helyezi a hangsúlyt.

Az előző három alfejezetben leírtakat – a logopédia és a kommunikációfejlesztés terápiás gyakorlatában megjelenő hangsúlyeltolódást és a belőle eredő gyakorlati problémákat – megfontolva lényegbevágó kérdés, hogy a logopédus beszédtanárként vagy kommunikációfejlesztőként funkcionáljon-e, s ha az előbbi feladatkört veszi magára, a nem hangzóbeszéddel kommunikáló páciensekkel tud-e eredményes terápiát folytatni. Amennyiben a beszédprodukcióra koncentrálna a participatív (résztevő, problémamegoldó) kommunikáció fejlesztése helyett, a részvétel helyett sok esetben be kell érnie a részvétellel – s ennek nyomán a páciens is inkább iránta tanúsított részvétellel találkozik a környezetében, mint a számára részvételt biztosító, megérteni és megértetni képes kommunikációval. Ha azonban a terapeuta a kommunikáció fogalmába – legitimált módon – beleérti a nonverbális kifejezősmódokat is, és szem előtt tartja a fent vázolt szempontokat, jó eséllyel képes eszközt adni a páciensek kezébe, amellyel kibontakoztathatják teljes személyiségüket, és kommunikatív kódváltozataiktól függetlenül részt vehetnek a kommunikációban – amely közösséget és *közös-séget* épít.

Irodalomjegyzék

- ASHA, American Speech-Language-Hearing Association (1991) Report: Augmentative and Alternative Communication". *ASHA* 33, 5, 9–12.
- BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplináris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest.
- BÉRES I.–HORÁNYI Ö. (szerk.) (1999): *Társadalmi kommunikáció*. Osiris Kiadó, Budapest.
- BIRDWHISTELL, R. (1970): *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- BOKOR-BACSÁK GY. (2011): „*Szomatologopédia*”. *Logopédia balmazottan fogyatékos, cerebrálpáretikus személyekkel*. Szakdolgozat, ELTE BGGYK, Budapest.

- BUDA B. (2012): Részvétel a kommunikációban. Horányi Özséb participációs elmélete a társadalmi kommunikációban. In BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplináris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest. 17–26.
- FEHÉRNÉ KOVÁCS Zs. (2004): Fejlesztő diagnosztika a logopédiában. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.) *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 541–559.
- GERBNER, G. (1969): Toward „cultural indicators: the analysis of mass mediated public message system. In GERBNER, G. et al. (eds): *The Analysis of Communication Content. Developments in Scientific Theories and Computer Techniques*. John Wiley, New York, 123–132.
- GERBNER, G. (1972): Communication and social environment. *Scientific American*, 227, 3, 153–160.
- GÓSY M. (1999): *Pszicholingvisztika*. Corvina Kiadó, Budapest.
- GÓSY M. (2000): A beszédképesség zavarai. In ILLYÉS S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest. 211–238.
- HAMP G. (2012): A kommunikációs stílusról. Bevezetés a mandarinba. In BAJNOK A.–KORPICS M.–MILOVÁN A.–PÓLYA T.–SZABÓ L. (szerk.) (2012): *A kommunikatív állapot. Diszciplináris rekonstrukciók*. Typotex Kiadó, Budapest. 193–200.
- HORÁNYI Ö. (2007): *A kommunikáció mint participáció*. Typotex Kiadó, Budapest.
- HORÁNYI Ö. (2009): Arról, ami szignifikatív és arról, ami kommunikatív; valamint arról, ami problematikus (szinopszis, 7.3 változat). In BAGDY E.–DEMETROVICS ZS.–PILLING J. (szerk.): *Polihistória. Köszöntők és tanulmányok Buda Béla 70. születésnapja alkalmából*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 201–235. Interneten elérhető: http://ozseb.horanyi.hu/participacio/szinopszis7_3.htm
- ILLYÉS GY.–ILLYÉS S.–JANKOVICH L.–LÁNYI M. (1978): *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- ILLYÉS S. (szerk.) (2000): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- JAKOBSON, R. (1960): Linguistics and Poetics. In SEBOK, T. A. (ed.): *Style in Language*. New York. 350–377.
- JAKOBSON, R. (1972): *Hang – Jel – Vers*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- KÁLMÁN Zs. (2004): A gyógyító pedagógia legifjabb ága: augmentatív és alternatív kommunikáció. In GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 433–461.
- KÁLMÁN Zs. (2006): *Mással-hangzók. Az augmentatív és alternatív kommunikáció alapjai*. Bliss Alapítvány, Budapest.
- LUHMANN, N. (1984): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- LUHMANN, N. (2006): *Bevezetés a rendszerelméletbe*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- MÁRKUS E. (2004): Különleges élethelyzetű, súlyosan-halmozottan sérült emberek pedagógiai kísérése. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 271–295.
- MÁRKUS E. (2005): *Súlyosan-halmozottan fogyatékos gyermekek nevelésének elméleti és gyakorlati problémái*. Doktori értekezés, ELTE PPK Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest.
- NEWCOMB, T. M. (1953): An Approach to the Study of Communicative Act. *Psychological Review*, 60, 393–404. (Magyarul uő: A kommunikatív aktus. In HORÁNYI Ö. [szerk.] [1977]: *Kommunikáció 1.*, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 51–67.)
- SHANNON, C. E.–WEAVER, W. (1949): *The Mathematical Theory of Communication*, UIP. (Magyarul uők [1986]: *A kommunikáció matematikai elmélete. Az információelmélet születése és távlatai*. OMIKK, Budapest.)
- VASSNÉ KOVÁCS E. (2004): Integráció a logopédiában, különös tekintettel a diszlexiásokra. In GORDOSNÉ SZABÓ A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 369–385.