

Én tombolok, Te dadogsz, Ők veszekednek ... !

Dadogó gyermeket nevelő család mediációval és családterápiával kísért esetbemutatása

Somogyi Tímea

ELTE BGGYK GYMRI Logopédiai Szakcsoport, Budapest

Bevezetés

Tanulmányomnak a dadogás pszichoanalitikus megközelítése adja elméleti keretét a kognitív és a szociális komponensekre is fókuszálva, terápiás szemszögből esetismertetésem betekintést nyújt a Családcentrum Alapítvány Komplex Dadogásterápia mediációs és családterápiás folyamatába.

A kora gyermekkori dadogás pszichoterápiás hátterét igyekezett feltárni Dr. Klaniczay Sára, korát megelőzve érdeklődésével, kutatási témájával, elhivatottságával és elköteleződésével.

A kötődésemellett fokozatosan a pszichológia egyik legtöbbet kutatott témája lett, több magyar sztenderdizált eljárás létezik mérésére a többségi populációban.

1. Elméleti háttér

1.1. A dadogás jelenségekörének értelmezése

A dadogás kialakulásában és fenntartásában jó néhány teória alapja az, hogy fontos szerepet játszik a kommunikációs környezet (Starkweather–Gottwald 1990; Healey et al. 2004; Fehérné 2009; Packman–Attanasio 2012).

A dadogás multifaktorialitása miatt kulcsfontosságú, hogy olyan fejlődési sémában gondolkodjunk, amelyben a gyermek megismerése során figyelembe veszi a környezet és az egyén egymásra hatását is. Ez jelenik meg a gyógypedagógiai intervencióban is, amikor az alapvető bio-pszicho-szociális nézőpontból vizsgálódunk. Az a kommunikációs környezet, amelyben a dadogó gyermek éli mindennapjait, hozzájárulhat a dadogás kialakulásához és fenntartásához, sőt a kommunikációs minta, beszédpélda fontos szerepet játszhat a beszédterápia eredményességében vagy eredménytelenségében. A tudományos kutatások azért is indokoltak ebben a témában, mert több vizsgálati eredmény azt támasztotta alá, hogy az utóbbi évtizedekben a családok, szülők egyre inkább bevonódnak a dadogásterápiákba. Így lehetőség adódik a terapeutákkal való konzultációra, tanácsadáson való részvételre, melynek keretében segítséget és mintát kaphatnak a szülők arra, hogyan változtassanak beszédükön amikor gyermekükkel kommunikálnak, pl. lassabban beszéljenek, mellőzzék a félbeszakításokat vagy a túl sok kérdést (Bonelli et al. 2000; Starkweather–Gottwald 1990).

Hazánkban kevés a dadogás jelenségekörében végzett tudományos kutatások száma. Eddig a XXI. században napvilágot látott publikációk főként esetismertetéseket, a tünetek leírását, gyakorlati javaslatokat fogalmaztak meg a terápiás megsegítéshez (Schmidtné 2004; Lajos 2009, 2011; Molnárné 2011; Hegedűsné 2009; Tóthné–Majsainé 2014; Tóthné 2017). Az elmúlt 7 évben jelentős logopédiai középpontú kutatást végzett Tóthné dadogó gyermek és anyja interakcióját elemezve, amikor a dadogó gyermek és anyja közötti kommunikáció sajátosságait és a dadogók beszéd- és nyelvi fejlődésbeli jellemzőit vizsgálva eredményei azt mutatták, hogy vizsgálati helyzetben a dadogó gyermekek anyái kevesebbet beszéltek gyermekeikhez, az anyák többször szakították félbe gyermekeiket, és kevésbé segítettek nekik, hogy magukat jobban

kifejezzék, ugyanakkor kevesebb sürgetést, parancsot, kritikus állítást és más negatív kommunikációs eszközt használtak gyermekeikkel való együttműködéseikben; eredményei szerint nincsen lényeges különbség dadogó és nem dadogó gyermekek és anyjuk kommunikációs stílusában az egymással létrejövő interakciókban (Tóthné 2017). Doktori értekezésében további kutatásra ösztönözte kollégáit, felhívva figyelmünket az anya-gyermek kommunikáció mögött létrejövő kapcsolati, kötődési sajátosságok, egyéb pszichés faktorok létfontosságú vizsgálatára. Bacsárdi gyakorló pszichológusi tevékenységét bemutató disszertációjában leírta, hogy a dadogók kötődése zavart mutatott. A diagnosztikus vizsgálatok és a pszichoterápia során gyakran tapasztalta az erősen szorongó gyermekek tüneteinek háttérében a családi rendszer működésének problematikuságát, legtöbbször az anya-gyermek kapcsolat frusztráltságát, zavarát, a kötődési bizonytalanságot. Nagycsoportos óvodások kötődési viselkedését vizsgálta a Világ-játék-teszt módszerével, mely rávilágított a dadogó gyermekek magányára, stabil kapcsolatainak hiányára (Bacsárdi 2018).

A dadogás komplex és multikauzális jelenség, pszichológiai vonatkozásaira sok kutatás irányult. A dadogás és kötődés kapcsolatának vizsgálata mindezedáig kisebb hangsúllyal jelent meg. Kutatásomban Dr. Klaniczay Sára dadogó kisgyermekkel kapcsolatos kutatási eredményeire alapozva szeretnék további tapasztalatokat nyerni, összefüggéseket felfedezni a frusztrált megkapaszkodás ösztönének kisgyermekkori megjelenése és a dadogás korrelációjában.

Vizsgálataimban a DSM-5-ben meghatározott definíciót, szempontokat követve a dadogást primer tünetekkel (hangok, szótagok, szavak ismétlése) és szekunder jelekkel (pl. asszociált viselkedések társulása, kapkodó-felületes légzés, szemmozgások) kiegészülő beszédfolyamatossági zavarnak tekintem. Részint ebben jelennek meg a legújabb validált empirikus eredmények, másfelől egyesíti a korábbi definíciókat (többen nevezik a dadogást a beszédfolyékonyság zavarának: Wingate 1984; Starkweather 1987; Tringer 2010). Előbbiek meghatározásukban nemcsak a dadogás primer tüneteit nevezik meg pontosan, hanem utalnak a társuló tünetcsoportokra is (kommunikációs hatékonyság, teljesítmény, szorongás), megjelenítve ezáltal a dadogás komplexitását. Mindazonáltal összefüggésbe hozzák a fejlődés korai szakaszával a dadogás manifesztálódását: életkori sajátosságokra, esetleges kötődési komponensekre utalva – a BNO-10 fejlődési vonatkozást kizáró definíciójával szemben; kizárják az organikus, neurológiai eltérésen, egészségügyi okon alapuló létrejöttét, melyeket tudományos munkám során kizáró kritériumként tekintek (DSM-5 2014; BNO 2004).

A kötődés szerepe

„Az elsődleges kötődés szerepének felismerését a fejlődéslélektan paradigmatis fordulatának is szokták nevezni” (Vajda 1999: 50). Ezen kutatások a pedagógia, gyógypedagógia számára is fontos hozadékkal járnak. A kötődés szoros érzelmi kapcsolat, az anya és gyermek közti ragaszkodás, közelség keresése és fenntartása olyan személlyel, akinek a jelenlétében a gyermek biztonságban érzi magát; az anya által nyújtott biztonság, védelem, támasz fontos szerepet játszik a gyermek szociális képességeinek, személyiségének fejlődésében (Zsolnai 2001; Bowlby 2001, 1969). A kötődés érzelmi kötelék, mely a gyermek és az elsődleges gondozója között alakul ki (Cole–Cole 2006). „Célhoz igazított kapcsolatként” említi egy másik megközelítés, melyben a csecsemő és az anya együttműködése történik (Péley 2001).

Több elmélet is választ próbál adni a kötődés univerzális létezésére és kialakulására. Most az ún. pszichoanalitikus megközelítést szeretnék röviden bemutatni. Freud rakta le a pszichoanalitikus iskola és így az analitikus kötődéselmélet alapjait. Több lépcsőfokon keresztül elemezte a csecsemő-anya kapcsolatot a drive-redukciós magyarázatának (1940) megszületéséig. Ebben az értelmezési keretben a szeretet tulajdonképpen a kielégített szükségletek kapcsán jön létre. Bowlby (1958) kiegészíti az elméletét azzal, hogy az anyához fűződő kapcsolat lesz a prototípusa minden későbbi párkapcsolatnak. A bécsi iskola több képviselője is a drive-redukciós elméletet vitte tovább, mint Anna Freud (1954) is, aki úgy vélte, hogy az anya-gyermek

kapcsolatban nem a tárgyhoz való kötődés, hanem a testi szükségletekből adódó elégedettség vagy frusztráció játszik szerepet. Az ún. Budapesti Iskola munkássága sem elhanyagolható az anya-gyermek kapcsolat vizsgálatában, hiszen Hermann Imre és Bálint Mihály is előfutárai voltak az előzőekben már említett tárgykapcsolat elméletnek. Fontos különbség Freud elméletével szemben, hogy a Budapesti Iskola szerint ez a tárgykapcsolat nem kötődik semmilyen erogén zónához, így nem orális, nem anális vagy genitális szeretet (Bálint 1999).

Bowlby kötődéseméletének kulcsmózzanata a gyermek biztonságérzetének és felfedezési vágyának egyensúlya. A kötődés kialakulását az első két életévben 4 szakaszra bontja, melyben a biztonságos háttér érzését adja a gyermeknek, ahonnan eltávolodhat, és ahova visszatérhet tapasztalatszerzés céljából (idézi Osváth 2008), ebben a folyamatban kezdetben az anyák aktívabb szereplők, majd a gyermek másfél éves korától osztoznak ebben a felelősségben, így lesz kétirányú a folyamat (idézi Cole–Cole 2006). Ainsworth az anya-gyermek kötődés mintázatait „idegen helyzetben” vizsgálta (a gyermek reakciója az idegenekre, amikor az anyával van, vagy amikor egyedül hagyják őt, és amikor újra találkoznak). Az anyai magatartást biztonságot nyújtónak és bizonytalanságot közvetítőnek kategorizálta. Előbbi tekinthető az egészségesen fejlődő gyermeki személyiség egyik alapjának (Ainsworth 1979). A gyermeki kötődést az anya visszatérésére adott reakciók alapján 3 altípusba sorolta: a) szorongó/elkerülő (vagy bizonytalan/elkerülő), b) biztonságosan kötődő és c) szorongó/ellenálló (Zsolnai 2001), ő az ambivalens/ellenálló fogalmat, míg Tóth 2011-ben a bizonytalan/rezisztens megnevezéseket használja. A biztosan kötődő gyermekek nagyon izgatottak, amikor az anyjuk egyedül hagyja őket, és azonnal kapcsolatot keresnek vele, miután visszatér. A szorongó/elkerülő gyermekek kis figyelmet fordítanak az anyjukra, amikor együtt vannak, és kerülnek a vele való kapcsolatot, amikor az visszatér. A szorongó/ellenálló gyermekek folyamatos szorongást mutatnak, nagyon izgatottak, amikor az anyjuk magára hagyja őket, visszatértekor azonban nem hagyják magukat megnyugtani. Keresik az anyjukat, de el is taszítják maguktól, mintegy „szeretve gyűlölnék”. Main és Solomon (1990) egy negyedik kötődési típust is megfogalmazott: a dezorganizált/dezorientált típust, amelyre inkohérens, ellentmondásos viselkedés a jellemző, mozdulatlanság, sztereotíp mozgások, s a szülő a biztonság és a félelem forrása is egyben. Tóth (2011) szerint a kötődés minőségét több tényező is befolyásolja, ezek közül a legújabb kutatások témája a szenzitivitás, mely azt az összetett tevékenységet foglalja magába, hogy a szülő megfelelő módon észleli és értelmezi a gyermek jelzéseit, és az ezekre adott reakciója megfelel a gyermek aktuális szükségletének, válasza megnyugtatta őt. A bizonytalan (elkerülő és ellenálló) kötődési mintázat kialakulásában a szülő inszenzitiv, nem kellően érzékeny viselkedését tartják a fő oknak. Eszerint a gyermek fenyegető vagy nyugtalanító helyzetben nem tapasztalja meg a szülő folyamatos elérhetőségét és támogatását, így szorong, hogy szükség esetén nem kap megnyugtatót. Thomas és Chess (1989) illeszkedésmodelljének központi eleme a gyermek és a környezet egymásra hangolódása. Illeszkedés (összeillés) során a gyermek képességei, temperamentuma, motivációi és szükségletei megfelelőek ahhoz, hogy a környezetük lehetőségeit tudják követni, és tudják teljesíteni annak elvárásait, így ilyenkor optimális a gyermek fejlődése. Az összeillés hiánya (gyenge illeszkedés vagy rossz illeszkedés) esetén a gyermek viselkedési stratégiája nem megfelelő a környezete kihívásaihoz, az azzal való megküzdéshez, ezért nem megfelelő interakciós körök és fejlődési nehézségek alakulhatnak ki. Sameroff (2005) modellje szerint a gyermek biológiai adottságai (temperamentuma, kognitív képességei), a megszerzett/tanult készségei, személyiségjellemzői, valamint a szülő (a környezet) jellemzői folyamatosan és kölcsönösen hatnak egymásra. Ebben a sokszereplős dinamikus folyamatban mind a gyermek, mind a szülő és a család is fejlődik. A fejlődő egyén a legkorábbi időszaktól kezdve környezetének, így saját fejlődési feltételeinek is aktív szervezője (Danis–Kalmár 2011).

A felnőttkori kötődés kutatásának alapjául az előzőekben tárgyalt csecsemőkori kötődési stíluscsoportok szolgáltak. Csecsemőkori kötődésünk, mintegy belső munkamodellként jelen van egész életünk során, részben állandósult kognitív struktúráként, de a párkapcsolati tapasztalataink

és az újabb életszakaszok által módosul és kiegészül. Ez a munkamodell egyrészt az elsődleges gondozó hozzáférhetősége és válaszkészsége alapján alakul ki, másrészt maga a személy azon megélése alapján, hogy ő mennyire szerethető és érdemes (Bowlby 1980). Tehát az eddigi kutatások alátámasztják a belső munkamodell elméletét, azaz a kötődést mint koherens, stabil mentális struktúrát, mely folytonosan és dinamikusan alakul a tapasztalatok fényében, alapjául szolgál az önértékelésnek is, mert a modell részét képezik a szelfre vonatkozó kogníciók és érzelmek (Waters et al. 2000; Osváth 2008).

Az előzőekben már ismertetett elképzelések, kutatási eredmények egyre közelebb vittek a ragaszkodás analitikus fogalmától a kötődésig, s Bowlby és munkatársa Ainsworth által a kötődés vizsgálatára kidolgozott paradigma új keretet adott a kognitív, érzelmi és társas fejlődés tanulmányozására. Elméletük, koncepciójuk, modelljeik nagy jelentőséggel bírtak a pszichiátriai zavarok modern vizsgálatára, a fejlődési pszichopatológiai kutatásokra és a pszichoterápiákra is (Hámori 2016).

Nemzetközi szinten úttörőnek számítottak a hazai molekuláris genetikai kutatások, 2000-ben Lakatos és kutatócsoportja publikált elsőként a csecsemőkori kötődés egyéni változatosságának háttérében álló specifikus génhatásokról (Lakatos et al. 2000). A Budapesti Családvizsgálatban szignifikáns kapcsolatot tapasztaltak a csecsemők kötődési viselkedése és a DRD4 gén polimorfizmusa között, míg a kötődési biztonság és dezorganizáltság nem volt kapcsolatban a SERT gén ismétlési változataival (Lakatos et al. 2003). Az asszociáció vizsgálatok a DRD4 gén SERT gén szerepe mellett a komplex, poligénes háttér feltételezését vetették fel a kötődés szerveződésében (Gervai et al. 2017).

A dadogás és a kötődés együttjárása

Freud a dadogást a beszélni vagy nem beszélni belső konfliktus manifesztációjának tartja – még a kötődélméletek megjelenése előtt –, kiemeli a *dependencia* jelentőségét. A dadogás értelmezhető a szeparáció, önállósodási folyamat ellen ható jelenségként (Mahler 1975; Wilkinson 2001). A *túlzott kötődés, függőség* jelenleg is témája több kutatásnak, ez a kötődési rendellenesség az anyába való belekapaszkodás (vö. Hermann-féle megkapaszkodási ösztön) és állandó fizikai jelenlét szükségességét jelenti (Brisch 1999, idézi Tóth et al. 2009; Zsolnai 2001). A klasszikus kötődési típusok nem mutatnak egységes képet a későbbi pszichopatológiában megjelenő kapcsolatukban. Közvetlenül nem lehet bejósolója egy pszichés rendellenességnek önmagában az, ha a gyermek bizonytalan kötődéssel rendelkezik, csak potenciális rizikófaktor (Stroufe 2005).

Klaniczay (2001) megfigyelte a hozzá fordulóknak anamnézisében, hogy nagy számban jelennek meg a megkapaszkodási frusztrációs ösztönre utaló események, pl. szeparációs trauma, fizikai valóságban történő leesés, kézlefogás vagy akár a szülő részéről kommunikált elhagyással való fenyegetés. A megkapaszkodás az életkor előrehaladtával változik, átlényegül. Három éves korra a beszéd az anya-gyermek kapcsolatban egyre nagyobb szerepet játszik, így a megkapaszkodás is a testi kontaktus helyett a beszéden keresztül jelenik meg. Így a *beszéd is a megkapaszkodás egy formája, eszköze, melynek megjelenése egybeesik a gyermek én-élmény funkciógyakorlásával*. Ha a szülő részéről nem történik meg ez a fajta autonómia és személyes cselekvés elfogadása, az a gyermekben frusztrációt és regressziót eredményezhet, mely megjelenik a beszédben is (Hermann 1943; Klaniczay 2001).

A dadogó gyermekek kötődésének vizsgálatával kevés tudományos szakirodalom foglalkozik, bár e témakör jelentőségét több kutató is felvetette (Klaniczay 2001; Wyatt 1969). Egy új hazai kutatásban több szerző is kiemeli az anya-gyermek kapcsolatnak, az interakciónak és a kötődésnek a dadogás kialakulásában játszott fontos szerepét. Empirikus kutatási eredményeik szerint a dadogás egy kora gyermekkori traumára, a kötődés megszakadására, a szeparációra, illetve a kommunikáció zavarára adott válaszreakció. A szülő-gyermek kapcsolat kulcsszerepet játszik a dadogás kialakulásában, fenntartásában, így pontos

hatásmechanizmusának azonosításával a dadogás prevenciója, megértése, terápiája egyaránt hatékonyabbá tehető (Lajos et al. 2018).

A dadogó gyermekek családja

Megoszlanak a kutatási eredmények, hogy a dadogók milyen szülői háttérrel rendelkeznek. Az **egyik feltételezés szerint** a szülők dominánsok és túlgondoskodóak, szorongók, perfekcionistaik és teljesítménycentrikusak. A **másik feltevés szerint** passzívok és túlságosan megengedőek.

Vannak olyan esetek, amikor a gyermek bizonyos helyzetekben az édesanyjához menekülne a szorongásának enyhítésére, azonban ha nem megfelelő módon áll ehhez a helyzethez a saját édesanyja, akkor ezáltal elbizonytalanítja a gyermekét, vagy felerősíti annak félelmeit, azaz csak ront a helyzeten.

Sok vélekedés azonban egyáltalán nem a szülők magatartását hibáztatja, nevezi meg okként, ezek szerint ugyanúgy kezelik gyermekeiket, mint a többi szülő. Tehát **a szülői magatartással kapcsolatosan nincs egy egységes kutatási eredmény, többféle teória is fennáll.**

Rendszeresen megfigyelhető például az a családi modell, amikor az anya uralkodó és domináns, az apa pedig a gyengébb, elnyomott és bizonytalan. A dadogó fiúgyermeket az anya magához köti, és nem engedi közel az apához, akivel ezáltal gyengébb lesz a kapcsolata. Így gyakran ezek a gyerekek bizonytalanná és függővé válnak, ezért később felnőtt korukban is olyan kapcsolatot keresnek, ahol a másik fél domináns, ezáltal viszik tovább a családban eltanult sémát. A másik családtípusban az apa a domináns és tekintélyt parancsoló személy. Dühös és hirtelen haragú, ami által a gyermek könnyen félénkké válik, így előfordulhat, hogy dadogni kezd.

Fontos a család úgynevezett tünetfenntartó szerepe. Gyakran előfordul, hogy a szülők közötti konfliktusok és feszültség megbújik a háttérben, míg előtérbe kerül a gyermek dadogása. A szülők így megpróbálják fenntartani tudat alatt a megakadási tüneteket, mert addig sem kell foglalkozniuk a saját és kapcsolatuk problémáival. Sok pszichológus szerint nagyon fontos a gyermek kapcsolata a szüleivel, főleg az édesanyjával, azonban általánosságban elmondható, hogy a szülők közötti kapcsolat még fontosabb szerepet játszik a gyermek lelkivilágának alakulásában. A szülők konfliktushordozók, és ezt vetítik ki a gyermekeikre is, mert az állandó feszültséget nem tudják leplezni. Fontos jelentősége van annak is, hogy milyen helyet foglal el a dadogó személy a családban, ezért van az, hogy nem mindegyik gyermek dadog. Hiszen mondhatnánk, hogy egy családon belül vannak, ugyanabban a környezetben, és ugyanazzal a családi háttérrel rendelkeznek. Ennek ellenére mégsem jellemző minden gyermekre. Az első gyermek egy jó ideig megtapasztalja az egykeséget, majd meg kell tanulnia úgy élni, hogy már nem csak ő az egyetlen gyermek a családban. A második vagy harmadik szülött gyermek már születésétől fogva tisztában van azzal, hogy nem ő az egyetlen a családban, így ennek is fontos jelentősége van a fejlődés és érés szempontjából. Az, hogy testvérek között folyamatos a versengés és rivalizáció, valamint akár akaratlanul is, de összehasonlítják őket, nagy befolyással van a fejlődésükre. Az is megfigyelhető azonban, hogy sokkal nagyobb arányban találkozhatunk egykével a dadogók között. Ez amiatt lehet, hogy rájuk hárul a szülők minden figyelme, így elkényeztetettebbek és önállótlanabbak lehetnek (Lajos 2009).

A negatív énkép, az alacsony önértékelés, valamint a szorongás alapját képezi a dadogás kialakulásának. Ehhez még nagyban hozzájárul a családi háttér, például a domináns anya és az elnyomott apa (Nagy–Józsa 2016).

Gyakrabban jelentkezik a dadogás, ha a személy szorong, büntudatot vagy rosszindulatot érez. Továbbá az is negatívan hat a beszédre, ha korábban már rossz tapasztalatuk volt az adott kifejezésekkel, szituációkkal. Ebben az esetben is a szorongás és a stressz az, ami megakadályozza a beszélőt, hogy dadogás nélkül beszéljen. A gyermekek fő kommunikációs partnerei az édesanyják, ezáltal nagyon fontos szerepük van a terápiás folyamatban, illetve a klinikai stratégiák felállításában is (Dehqan et al. 2008).

Az eddig leírtak alapján tehát egyértelműen szembeűnik, hogy **a dadogást célszerű családszinten kezelni, nemcsak a tünetet, hanem a hátterét is feltárni**. Ebben nagy segítségünkre lehet a **családterápia**. Ez egy olyan pszichoterápiás módszer, amely igyekszik feltárni a családban megjelenő aktuális érzelmi problémákat azáltal, hogy a diszfunkcionális családi mintákat megváltoztatják. A múltbeli tapasztalatok és konfliktusok tudattalanul is hatással vannak a jelenben lévő kapcsolatokra és a viselkedésre adott szituációkban. Ezeknek a tudatosítása és megértése nagyban segítheti a kommunikációt a családon belül. A terapeuta segít értelmezni és feltárni a családtagok közötti elvárásokat, illetve frusztrációkat, így kielégítőbb kapcsolatok létrejöttét eredményezi (Feuer 2019).

A **mediáció vagy más néven közvetítés** egy békés vitarendezési módszer, amelyben a felek egy semleges harmadik fél bevonásával oldják meg a felmerült konfliktust. A szó – mediare – eredeti jelentése: közvetíteni, középen állva, békéltetni. A mediáció során a felek maguk hozzák meg döntésüket az ügyükben, a mediátor segíti annak megszületését a felek között a kommunikáció megsegítésével, nem beleszólva a végkifejletbe. A cél a nyerő-nyerő helyzet kialakítása, így a felek közösen döntenek a vitás kérdésekben (Szamos–Barcy 2002).

A mediáció önkéntes alapon működő konfliktuskezelési módszer, a mediátor végig kézben tartja az irányítást, és speciális kommunikációt alkalmaz a vitás felek között (Lovas–Herczog 2019).

A dadogás kezelése

A megfelelő terápiához szükség van arra, hogy ne csak a dadogó személyt, hanem a dadogás egész családra való kivetülését is figyelembe vegyük. A tapasztalatok alapján a dadogó személyek életminősége rosszabb, mint az ép beszédűeké. Továbbá sérülnek a beszédbeli nehézségeik miatt, különösen serdülőkorban, a külső, környezet által érkező visszajelzések miatt.

A dadogó gyermekek kevesebb bizalmat mutatnak szüleik felé, illetve kevésbé kötődnek szüleikhez, mint az ép beszédű társaik. Több felmérés is azt mutatta, hogy a gyermekek nem voltak elégedett azzal, ahogy szüleik bántak velük, és több autoritást szerettek volna kapni (Beilby 2014).

Egy jó terápiás program célja több tényezőből áll össze. Csökkenti a félelmet bizonyos szavaktól vagy szituációktól, hogy megváltoztassa a dadogáshoz való hozzáállást, valamint egy megfelelő énképet alakítson ki. Megváltoztatja a dadogás mintázatát, melyet úgy ér el, hogy folyamatosan megfigyeli az illető beszédét, és a beszédhez mérten kezd technikákat elsajátíttatni a dadogás kezelésére. Továbbá a terápiát követően egy szinten tartó programot alakít ki, amelynek legfőbb része a személy saját magának monitorozása, illetve az elsajátított módszerek alkalmazása, valamint az önismeret fejlesztése. Azonban sajnos sok esetben nem elérhetőek a dadogók számára megfelelő terápiás lehetőségek (Fraser 1998).

Felmérések alapján az mondható el, hogy a dadogó személyeknek megnyugvást jelent, ha beszélhetnek a dadogásukról, és ha egy biztonságos, támogató családi háttérrel rendelkeznek. Sokan azt mondták, hogy a szüleik nem sokat segítettek a dadogás feldolgozásban, illetve ennek a kommunikációs nehézségnek a kiküszöbölésében, főként azért, mert nem tudták, hogyan kellene. A legtöbb megkérdezett úgy vélekedett, hogy hatással van a családi kapcsolataira a beszédje, mert több esetben is előfordult, hogy a szüleik befejezték a mondataikat, türelmetlenek voltak, és nem mutattak megértést a gyermekkel szemben. Nem szívesen beszéltek a kutatásban résztvevők szüleikkel és barátaikkal a nehézségeikről, azonban csoportterápia keretein belül, ahol hasonló emberekkel voltak körülvéve, szívesebben nyíltak meg. Ám fontos azt is megemlíteni, hogy sok esetben a szülők rengeteget segítenek a gyermekeknek a dadogás enyhítésében. Többen is megjegyezték, hogy az egyik legjobb, amit a szüleik tettek, hogy emlékeztették őket a terápián tanult technikák alkalmazására. Továbbá fontos az is, hogy türelmesen meghallgatták a gyerekeket, nem siettetve, sürgetve őket (Hughes 2011).

Hazánkban nincs standardizált vizsgálati eljárás a dadogás felmérésére, hiszen nehéz megállapítani az élettani nem folyamatosság és a valódi dadogás közötti különbséget. A szempontok, melyek szerint megállapításra kerül a dadogás, a következők: beszédfélelem

megléte, hangisméltés, elnémulás jelenléte, beszéd folyamatban megjelenő megszakítottság, bátortalan, félénk, habozó pszichés magatartás, a beszéd expresszív gátoltsága. Továbbá fontos tényező még az is, hogy mennyi ideig állnak fenn a nem folyamatossági tünetek. A legalább három hónapja fennálló tünetek már további figyelmet és vizsgáldást igényelnek, mert több mint valószínű, hogy valódi dadogásra utalnak. A dadogás vizsgálata a Logopédiai protokoll szerint a dokumentumelemzésből, megfigyelésből, kikérdezésből és tesztelésből áll, valamint nyelvi minta gyűjtéséből és szűrő- és teszteljárások alkalmazásából. Több kutatás is bebizonyította, hogy a szülők bevonása a terápiába jelentős előrelépést jelent és sokkal inkább elősegíti a gyerekek fejlődését (Somogyi–Lajos 2022a).

Fontos a dadogást tüneti szinten kezelni, azonban ez sok esetben nem elegendő. Azt tapasztalták, hogy a dadogás mint tünet gyakran a családi rendszerben fennálló probléma indikátora lehet. A problémára érzékeny gyermek jelezheti azt kommunikációján keresztül, dadogás formájában. Ha nem sikerül a tüneti kezelés során a valódi okot feltárni, akkor tünetváltás történhet, hiszen nem oldódott meg a probléma magja (Somogyi–Lajos 2022b).

Nagyon fontos lenne a dadogó személyek számára, hogy részt vegyenek csoportos foglalkozásokon. Itt lehetőségük lenne arra, hogy hasonló emberekkel beszéljenek és találkozzanak, valamint megvitassák a hasonló, illetve eltérő nehézségeiket. Valamint esetleg akár egymásnak is adhatnak tanácsokat, melyekkel segíthetik egymás megküzdését a napi nehézségekkel. Jelentős az a tényező is, hogy a terápiás foglalkozásokon szükség lenne a család jelenlétére is, így komplexebben kezelhető a tünet. Továbbá azért is lényeges a részvételük, hogy minél edukáltabbak legyenek a témában, ezáltal megfelelő segítséget tudjanak nyújtani az adott illetőnek. Mindazonáltal így csökkenne az a szorongás a dadogó személyekben, ami abból adódik, hogy a család nem beszél a megakadásjelenségekről (Hughes 2007).

1. Esetismertetés

2. 1. A dadogás diagnosztizálása

A beszédkórformák sérülésspecifikus korrekciója komplex gyógypedagógiai, pszichológiai tevékenységben nyilvánul meg, melyben központi szerep jut a logopédusnak. „A logopédiai tevékenység a beszéd-, hang-, és nyelvi zavarban szenvedő egyén egész személyiségét érintő pedagógiai jellegű gyógyító nevelés” (Fehérné 2001: 126).

A logopédiai diagnosztika során a beszéd- és a kommunikációs képességet a kódolás, dekódolás, rekonstruálás és a visszatükrözés oldaláról közelíti meg, így kitér a szenzoros, a motoros, a kognitív és a szocioemocionális képességek vizsgálatára. A családi és intézményi háttér összefüggéseinek megismerésével közelíti meg egy-egy logopédiai kórkép feltárását. „Ebben az értelmezésben a diagnózis felállítása akkor lehet valid, ha a diagnosztikai folyamat kiterjed minden egyes tartalom megfelelő vizsgálatára, elemzésére, értékelésére” (Gerebenné et al. 2012).

Hazánkban a logopédusok nem használnak sztenderdizált vizsgálóeljárást a dadogás, a dadogó beszéd megállapítására, mert a szakirodalmaink alapján egyelőre még nincsen pontos, objektív metódus a korai természetes nem folyamatos beszéd és a dadogás elkülönítésére. A gyakorlatban a dadogás differenciáldiagnózisa a gyermek megfigyelésével és a szülőtől kapott információk elemzésével valósul meg, továbbá a szakemberek tapasztalatai határozzák meg, hogy kit tekintenek „valódi dadogónak”. A logopédusok a következő szempontokat veszik figyelembe a „valódi dadogás” megállapítására (Mérei–Vinczéné 1991: 109 nyomán):

- beszédfélelem megléte,
- fő tünetek: hangisméltés, elnémulás,
- megszakítottság jellemzi-e a beszéd folyamatot?
- pszichés magatartás: bátortalan, félénk, habozó,
- expresszív beszéd gátoltsága jellemző-e?

Schmidtné (2004) a fentiek mellett a terápiába való bekerülés kritériumaként javasolja az időtényezőt (a tünetek fennállásának ténye legalább 3 hónapja), a tünetek súlyosságát, és annak mérlegelését, hogy a gyermek környezetét a tünetek mennyire zavarják.

Dadogásspecifikus logopédiai protokollokat hoztak létre egyes szakszolgálati intézmények (Kecskeméti modell, Gereben 2014). Így a hazai gyakorlatban a logopédusok többsége a Logopédiai vizsgálatok kézikönyvében található (Juhász 2007: 19) vizsgálatokat használja a dadogó gyermekek diagnosztizálásakor. Tehát a magyar logopédia hagyományosan beszédorientált, a beszédzavarok diagnosztikájában több informális és formális eljárás megtalálható. Ugyanakkor a beszéd- és nyelvi zavarok diagnosztikája nagy mértékben fejlesztendő a validitás és megbízhatóság tekintetében. A Logopédiai protokoll a beszéd, a nyelv, a kommunikáció vizsgálatára 0-4 és 4-7 éves kor között a dokumentumelemzés, a megfigyelés, a strukturális kvalitatív és kvantitatív elemzések, a kikérdezés és a tesztelés módszereit javasolja, melynek eszközei a jegyzőkönyvek, nyelvi minta gyűjtése, szűrő- és teszteljárások (Gerebenné et al. 2012).

A kutatók nagy része megállapította, hogy a szülői beszédviselkedés módosítása, a szülők bevonása a terápiás folyamatba elősegítheti a dadogással küzdő gyermek beszédfolyamatosságát (Schmidtné 2004; Tóthné-Majsainé 2014; Miles–Bernstein 2001; Winslow–Guitar 1994; Langlois–Long 1988). Tapasztalatom szerint a logopédusok diagnosztikus és terápiás szemléletét, az alkalmazott módszereket az határozza meg, hogy milyen okokat feltételeznek a dadogás létrejöttében.

Vizsgálataimban a dadogó és a normál beszédfolyamat megkülönböztetésére a hazai logopédiai gyakorlatban széles körben elterjedt differenciáldiagnosztikai aspektusokat tartom mérvadónak.

2.2. A dadogó család anamnézise

5 év sikertelen próbálkozás után, melyben igyekeztek felszámolni a dadogás tüneteit, felkereste a család a Családcentrum Alapítványt, és kérte a segítségünket gyermekük dadogásával kapcsolatosan, mert Özséb fiúk dadogása hetekkel azelőtt ismét felerősödött, most már őt is elkezdte zavarni, ezt kétségbeesetten sírva szülei értésére is adta: "*Nem tudom kimondani!*"

2.2.1.1. találkozás a családdal

A dadogásról mint kommunikációs tünetről való ismereteim birtokában, és tapasztalva a nehezen követhető kommunikációs helyzeteket, az 1. találkozás alkalmával a szülőknek terápiás intervencióként felajánlottam a mediáció lehetőségét, melynek nagyon megörültek, s elengedve korábbi kérésüket – hogy csak a dadogó kiskamasz fiúkkal foglalkozzon valaki – a megrendelő beszélgetés során őszintén mesélték el nehézségeiket mindketten, miközben egymás szavába vágtak, fegyelmezték a gyerekeket, vagy az ikerfiúk fegyelmezését azonnal „lezavarta” kamaszlányuk mindennemű szülői kérés hiányában, s mindezt olyan természetességgel tette, hogy belesimult 5 tagú családjuk egymással párhuzamosan történő kommunikációjába, amikor a beszélőt vagy beszélőket a többiek annulálják, mind a szülők, mind a gyerekek a hangerejük növelésével igyekeztek felhívni magukra a figyelmet, illetve túlharsogni azt, aki beszél. Nehézségként említették ikreik és kamaszlányuk nevelési problémáit, hogy mindhárman szófogadatlanok, sokat veszekednek együtt, de az ikrek is önmagukban ketten – mert 1 osztályba járnak. Pl. hogy tegyenek igazságot, amikor ugyanaz az 1 dolog kell mindkét gyermeküknek/ugyanazzal szeretnének játszani? Hogyan tudják megosztani figyelmüket mindhárom, illetve mindkét gyermekük között ugyanúgy, mert mind Vivien, a kamaszlányuk, mind Özséb és mind Levente ugyanazt szeretné, vagyis ha csak vele foglalkoznának? Hogyan s mit tegyenek szülőként Özséb dadogásakor? Mondják ki helyette a szavakat, mondatokat?

A szülőkkel való 1. konzultáció utolsó mozzanataként a „Megrendelő beszélgetésben” a következőket hangsúlyozták a szülők, s kértek segítséget:

- Özséb dadog, szülőként hogyan tudják őt segíteni a dadogás felszámolásában?
- Leventének erőteljes dühkitörései vannak, szülőként hogyan segíthetik kiskamasz fiukat?
- Viviennek elalvási nehézségei vannak, fél 14 évesen egyedül aludni a szobájában.

Bacsárdi (2018) doktori disszertációjában összegezte diagnosztikus vizsgálatait és pszichoterápiás munkájának tapasztalatait: az erősen szorongó, dadogó gyermekek tüneteinek hátterében a családi rendszer működésének inadekvát jelensége, legtöbbször az anya-gyermek kapcsolat frusztráltsága, zavara és a kötődési bizonytalanság áll.

A szülők segítségkérését hallva számomra egyértelművé vált, hogy rendszerszemléletben és interdiszciplinárisan gondolkodva, cselekedve tudom adekvátan megsegíteni a családot, melyben mindegyik gyermek rendelkezik valamilyen tünettől, a szülők sem „érik jól magukat a bőrükben”, boldogtalanok, egymás mellett élnek, a gyermekeik mindennapjait szervezik, segítik. Rögtön eszembe is jutott, hogy először fontos lenne „megtanítani” mindegyik családtagot arra, hogy kívárlják, megvárják egymást, amikor beszélnek, odafigyelést tanúsítsanak egymás iránt, de ezt megelőzően elengedhetetlen annak feltérképezése, milyen egyéni szükségletekkel rendelkezik a szülőpár mindkét tagja, milyen erőforrással rendelkeznek a szülők, mely segítségükre lehet a motivációjuk megvalósításában, s ezekben segíthet indulásként a mediáció folyamata.

A családtagok közötti interakciók megfigyeléséből, a szülői explorációból, a dadogó kiskamasz Özséb logopédiai vizsgálatából, az érzelemszabályozási nehézségekkel rendelkező kiskamasz Levente, az alvási nehézségekkel rendelkező kamaszlány Vivien állapotmegismeréséből a következőket emelem ki:

Özséb korán kezdett el beszélni, nagycsoportos koráig gyönyörűen kommunikált, majd készülve az iskolába, elkezdett dadogni. Ez 4 év után, immár 3. osztályosként őt is zavarja, tehetetlennek érzi magát a folyamatos beszéd alkalmazását illetően, ahogy szülei is, hogy mit tegyenek, hogyan tudják segíteni kiskamasz fiukat.

Ikertestvére, Levente visszahúzódó, sokszor bizonytalan, keresi a szavakat. Türelmetlenségében sokszor indulatosan reagál, könnyen válik dühössé, s testvérelével és szüleivel szemben is sokszor kihasználja testi erejét, fizikailag bántalmazza ikertestvérét, 5 évvel idősebb kamasz nővérét és néha szüleit is.

Az édesanya, Éva 43 éves, főállásban közalkalmazott egy kerületi élelmezési szolgáltatónál, mellékállásban országos franchise hálózatát építi, férje István 45 éves üzletvezető az agglomerációban.

Motivációjuk: mindketten úgy érik, „nagyon összecaptak a fejük fölött a hullámok”, mindhárom gyermekük tünetel, egyre tehetetlenebbnek érik magukat szülőként, ez növeli mindannyiuk feszültségét, a szorongásuk egyre jobban növekszik, egyre gyakoribbak mindannyiuk között a konfliktusok, s a szülők bizonytalanok abban, jól büntetik-e meg gyermekeiket, ezért sokszor nem is tartják be a büntetést, vagy sokszor nem támogatják egymást szülőként az elhamarkodott kijelentéseikben, pl. gyermekeikre kirótt büntetések tekintetében, inadekvát a büntetés családon belül, mely újabb konfliktusokat generál.

Pár- és családterápiás megfigyelésemet megerősítették a szülők explorációra adott válaszaik: „A gyermekeink jómódjukban nem is tudják, mit tegyenek!” Melynek magyarázatakor mindkét szülő tehetetlenségét mesélte el, a gyermekeik által működtetett-megteremtett káosz miatt, mert sokszor szófogadatlanként, kiabálnak, visszafeleselnek nekik, szülőként ennek ellenére nagyon szeretnének még jobb szülők lenni, s megadni gyermekeiknek mindazt, melyben ők gyermekként hiányt szenvedtek.

A szülők anamnézise szerint: mindketten betöltve a nagykorúságukat elköltöztek otthonról, s a saját lábukra állva eltartották magukat, miközben egyetemre jártak. Állandó félelemmel, szorongással és bizonytalansággal tölti-töltötte el őket, hogy szeretnének jobb szülők lenni, mint a saját szülei voltak. Az édesanyával saját édesanyja sohasem volt elégedett, hiába próbált

kisgyermekkora óta megfelelni neki; bezzeg a bátyjának nem kellett semmit sem tennie, mégis ő volt a család kedvence, akit mindig megdicsértek, akinek semmit sem kellett otthon segítenie, s akit most is segítenek a szülei, nem úgy, mint őket.

Az édesapát saját édesapja rendszeresen bántalmazta fizikailag pl.: övvel verte, hiába tett meg ő is gyermekkorától mindent, hogy a szülei elégedettek legyenek vele, kitűnően tanult, sok házimunkát végzett, de így sem sikerült szülei szeretetét elnyernie, nem úgy, mint a húgának, aki mintagyerek volt, míg „ő a család fekete báránya”.

Az előzőekből feltételezhetően szülőként mindketten bizonytalan kötődéssel rendelkeznek, mindketten parentifikált gyermekként nőttek fel, s ez, illetve a családban jelenlévő kommunikációs és konfliktuskezelési nehézségek megágyazhattak gyermekeik bizonytalan kötődéséhez, frusztrációjához, melynek beszédbeli tünete a dadogás, magatartásban megjelenő tünete az érzelemszabályozási nehézség, érzelmi területen okozhatja kamaszlányuk félelmeit, gátolhatja leválását (Bibók 2023: 129).

Logopédiai státuszdiagnózis: Özséb tono-klónusosan dadog, az édesanya, illetve az édesapa kommunikációs és konfliktuskezelési kompetenciájában megerősítésre szorul; Özséb ikertestvére, Levente érzelemszabályozási nehézségekkel küzd, introvertált, feltételezhetően azért, mert verbálisan nem olyan ügyesen szövi a mondatait, mint testvére, valószínűleg ez okozhatja frusztrációját, szorongását.

Családterápiás státuszdiagnózis: a szülői-gyermeki alrendszer kialakulatlan, a határok diffúzak – nem lehet tudni, hogy ki miben kompetens, ezért valószínűleg a váratlan, ismeretlen vagy stresszhelyzetekre az egész család közvetlenül és kaotikusan reagál.

Mediációs cél: A szülők nehézségeinek, elakadásainak megismerése; szükségleteinek mint motivációs erőt adó erőforrásnak a feltérképezése, a változások beindítása, majd a folyamat családterápiába történő átvezetése.

Logopédiai cél: logopédiai gyakorlatokkal, relaxációval a beszédben részt vevő izmok ellazítása, a hasi légzés elsajátítása, a folyamatos beszéd megélése és kialakítása, automatizálása a mindennapi beszédbe.

Párterápiás cél: írásom elméleti alapjai előrejelzik a dadogó gyermekek és szüleiknek pár- és családterápiás, Érzelmi Fókuszú Párterápiával való sikeres terápiás megsegítését, ugyanis feltételezhetően a kiváltó okok felszámolásával megszűnnek a gyermekek beszédbeli és az egyéb kísérő tünetei, pl. levegővételi.

A szülők valószínűsíthetően parentifikált gyermekként való felnövekedése azt jelentheti, hogy mindkét szülő eredeti, származási családjában a családi szerepek felcserélődhettek, és mindkét szülőre gyermekként olyan feladatok hárultak, amelyek nem az életkoruknak megfelelő felelősséggel jártak. Ezek hatására gyermekként a szülők „kis felnőtté” váltak, akiknek az lehetett a láthatatlan küldetésük, hogy érzelmileg és fizikailag kiegyensúlyozzák származási családjukat. Így nekik ellopták a gyermekkorukat, melynek hosszú távon káros hatásai lettek mind a felnőttkori, mind a párkapcsolati működésükre (Bibók 2023).

Családterápiás cél: rugalmas határok kialakítása az alrendszerek között és a család külső határaiban is, az alrendszerek funkcionális működésének segítése, helyreállítása, a családtagok együttműködésének elősegítése a kommunikációs és konfliktuskezelési kompetenciák megerősítésével. Az interakciók visszajelzése által plusz információkhoz juthatunk, melyek elősegítik a sikeres és eredményes terápiás folyamatot, sőt a mediációs folyamat kezdeti alkalmazásával időben le is rövidíthetik azt, felszámolva a verbális csatorna nehezítettségét. A szülői kompetencia megerősítése, a szülőpár közötti verbális megnyilatkozások a dadogásról, a családi kapcsolatokról és a folyamatban megjelenő családi mintázatok felismerése, elfogadása, azok családi dinamikába való integrálása.

2.3. A változások beindítása, a mediáció folyamata, nehézségei és lezárása

A mediációs folyamat kezdete

A mediáció kereteit betartva a szülők lehetőséget kaptak egymás narratíváinak megismerésére, saját élményként megtapasztalták, milyen az, amikor meghallgatják egymást, végighallgatják egymást, odafigyelnek egymásra. Megnyugvást jelentett számukra, hogy elmondhatták, milyen nehézségekkel rendelkeznek, mire keresik a megoldást (ld. 1. ábra).

Az édesanya, Éva	Az édesapa, István
<ul style="list-style-type: none"> - „Érzelmileg eltávolodtam Istvántól! - Nem vagyunk egymással olyan toleránsak, megértőek, mint régebben! - Az intimitás nem nagyon van jelen mostanában! - A gyerekek előtt „egymásnak dobáljuk a labdát”, mert sokat éjszakázunk, nehezen alszanak el, éjszaka felébrednek – ezeket jobban kellene kezelnünk, mert nem tudjuk úgy megbeszélni, mint korábban! - Nincsen meg közöttünk egymás elfogadása, megértése! - Sokszor anyukám beszél belőlem, mely automatikusan jön, próbálom visszafogni magamat, de ez egy feszültség, ha nem mondom ki, vagy ha úgy mondom ki, ahogy szoktam. - Anyukám volt érzelmileg távolságtartó Velem – kuncsorognom kellett a szeretetért! A bátyám volt az 1. szülő, a mindene, akivel kivételezett, akit ajnározott. Én rossz házasságba érkeztem, a szüleim rengeteget veszekedtek, sok ajtócsapkodás volt, édesapámnak voltak más kapcsolatai. - Úgy érzem, képtelen vagyok harmonikus kapcsolat létrehozására! - A gyermekeimet túlzottan korlátozom!” 	<ul style="list-style-type: none"> - „Vágyom az otthoni harmonikusabb életre! - Azért van feszültség közöttünk, mert máshogyan gondolkodunk és cselekszünk! - Van egy elképzelésem, hogyan működik Éva, s ha nem ennek megfelelően gondolkodom, cselekszem, akkor veszekedünk! Pl. Én a gyerekeket is lazábbra fogom, mint ő, aki szerint katonás menetrend szerint 19.30-kor már a fürdőben kellene lenni, míg Nálam nem dől össze a világ, ha mindez 19.40-kor történik. - Én úgy érzem jól magamat, ha szabadságjogom van, azaz rosszul veszem mástól, ha valaki beleszól abba, amit és ahogy csinállok! - Szeretném csökkenteni a munkahelyi feszültségemet, ahol erőteljesen megkövetelik a gyors, sok és precíz, pontos munkavégzésemet! - Este otthon már kevésbé vagyok toleráns! - Szófogadatlanok sokszor a gyermekeink, előfordul, hogy 10-szer kérek valamit, mégsem teszik meg azt!”

1. ábra: A szülők ténymegállapításai, ebben kérnek segítséget

Forrás: saját szerkesztés

Az első alkalom lezárásaként megfogalmazták a szülők szükségleteiket, mire vágnak, hogyan képzelik el jövőjüket (ld. 2. ábra).

Az édesanya, Éva	Az édesapa, István
<ul style="list-style-type: none"> - „Szomorú vagyok, hogy Istvánnal most nem kiegyensúlyozott a kapcsolatunk! - A gyerekek előtt még csak 2-en voltunk, 1 irányba mentünk. - Most mindketten Istvánnal megrekedtünk valahol. - Mindketten jót akarunk egymásnak és a családuknak, de ez nem jól sült el! - Ahogy most működünk, amikor 2-en 2-felé megyünk felnőtként, nem szeretném ezt tovább folytatni! Pl.: Amikor ő türelmes, én nem vagyok az, és fordítva. - Most nincs is időnk, lehetőségünk, hogy megbeszéljük egymással a dolgokat! - Ezt úgy oldom meg, hogy ha István otthon van, akkor bezárok 2 percre a hálószobánkba, lenyugtatom magamat, s amikor kimegyek, akkor nem kiabálok. - Nagyon sokszor édesanyám irányít, közvetve is, amikor ő beszél belőlem, a hozott mintáim, gyermekkori élményeim alapján – ezért szeretném, hogy önmagam tudjak lenni!” 	<ul style="list-style-type: none"> - „Azt szeretném, hogy a mi ötösünknek kevesebb konfliktusa legyen! - Harmóniában éljünk, nyugodtabb, boldogabb életet éljünk! - Jó szörfösként meglovagolom mindig azt a hullámot, ami jön! - Tudom, hogy van élet a mostani munkahelyemen kívül is!”

2. ábra: A szülők szükségletei, melyek segíthetik őket a saját és párkapcsolati, családi változásaik beindításában önnön motivációjukat megélve
Forrás: saját szerkesztés

A mediáció folyamatában már az első alkalommal sikerült a változások beindítása, ahogy megéreztek a szülők az érzelmi támogatást, ahogy a mediáció keretrendszerében muszáj volt meghallgatniuk és meghallaniuk egymás narratíváit, miközben láttam a szülőpár arcán, testbeszédén, hogy egymást hallgatva elindult mindkettőjük saját, önismereti munkája is.

A 3. hónap végén mindegyik családtag megtanulta, begyakorolta verbális narratívái segítségével a kontextusra való fókuszálást, melyek elősegítették az interakciók megértését. Ezek verbális projekciója megkönnyítve megjelenítette, mit gondolnak, vélnek az „itt és most”-ban, milyen a motivációjuk, rugalmasságuk, rezilienciájuk, elősegítve ezzel haladásukat.

A szülők mindketten beszámoltak röviden saját önismereti útjukon való haladásukról, hogy mindketten szembe tudtak/mertek nézni a saját múltjukkal, nyitottak, érdeklődőek voltak a saját fejlődésükre, még ha kezdetben ezt „csak a saját gyermekeikért gondolták megtenni”, de mára már egymástól függetlenül is kimondták, hogy saját magukért fejlődtek-fejlődnek.

A mediáció rövid, összefoglaló eredménye:

- 3 hónapon belül Özséb dadogása az otthoni környezetben minimálisra csökkent, mert sikerült a kiváltó okokat feltérképeznünk (transzgenerációs kötődési és kommunikációs minták), s megindult az azokkal való szülői munka.

- Levente a szülők által „edukatíván megtanult” gyermekkori érzelemszabályozási módok közül elkezdte megtanulni önmaga megnyugtatóját, pl. kimegy az udvarra s fut néhány kört. Vagy nyugtató légzőgyakorlatokat végez a szobájában.

- Vivien rájött, mi ad biztonságot számára elalváskor – ha rálát a szobaajtóra, s az nyitva marad éjszakára –, ezért átrendezésre került a szobája, benne az ágya, s a szobaajtója éjszakára nyitva van.

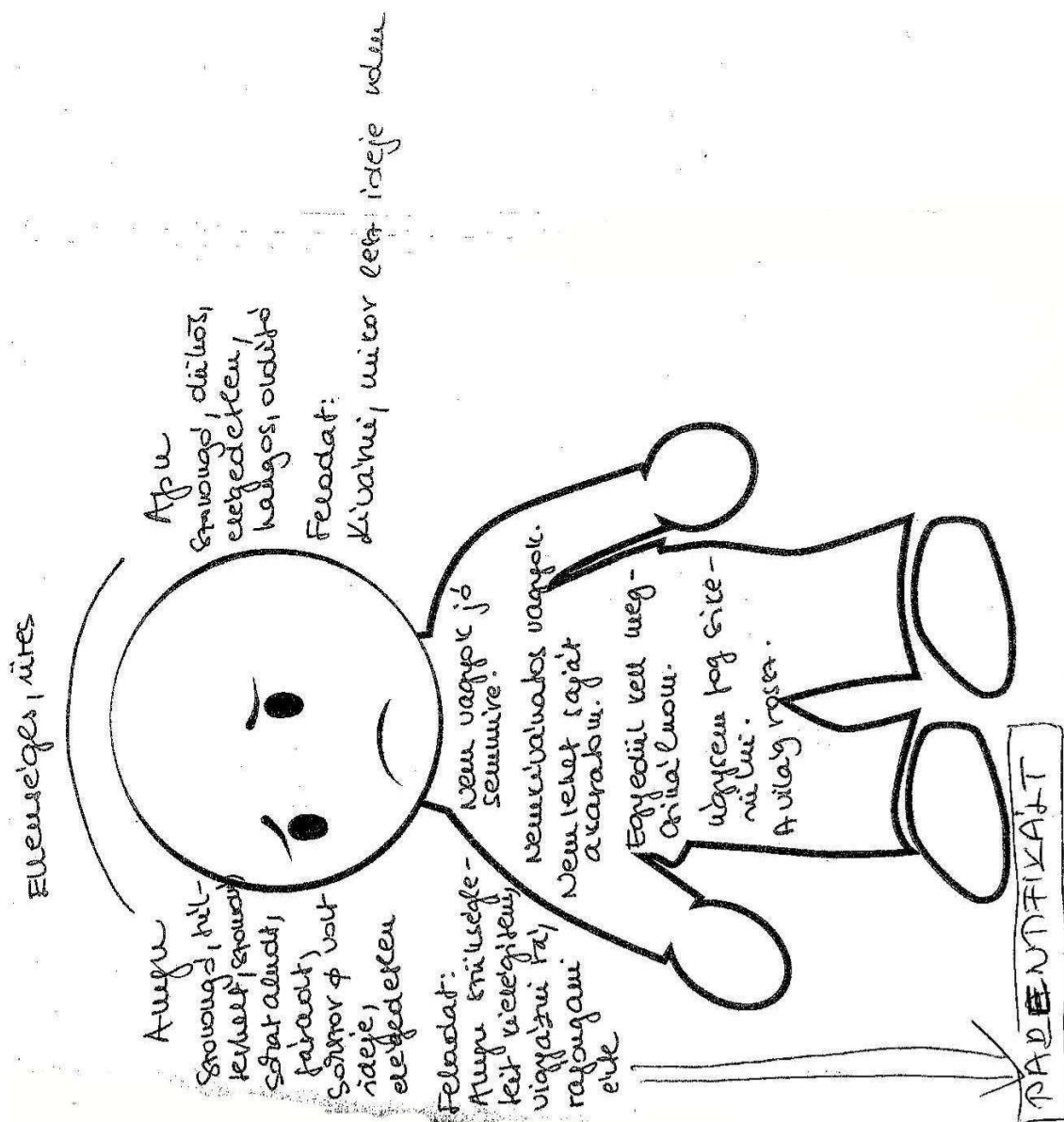
- A szülők kompetenciájukban megerősödtek egyenként is, megtanultak közösen egységfrontot alkotni, mely mindhárom gyermekük számára biztonságot és kiszámíthatóságot jelent.

2.4. A családterápia folyamata, nehézségei és lezárása

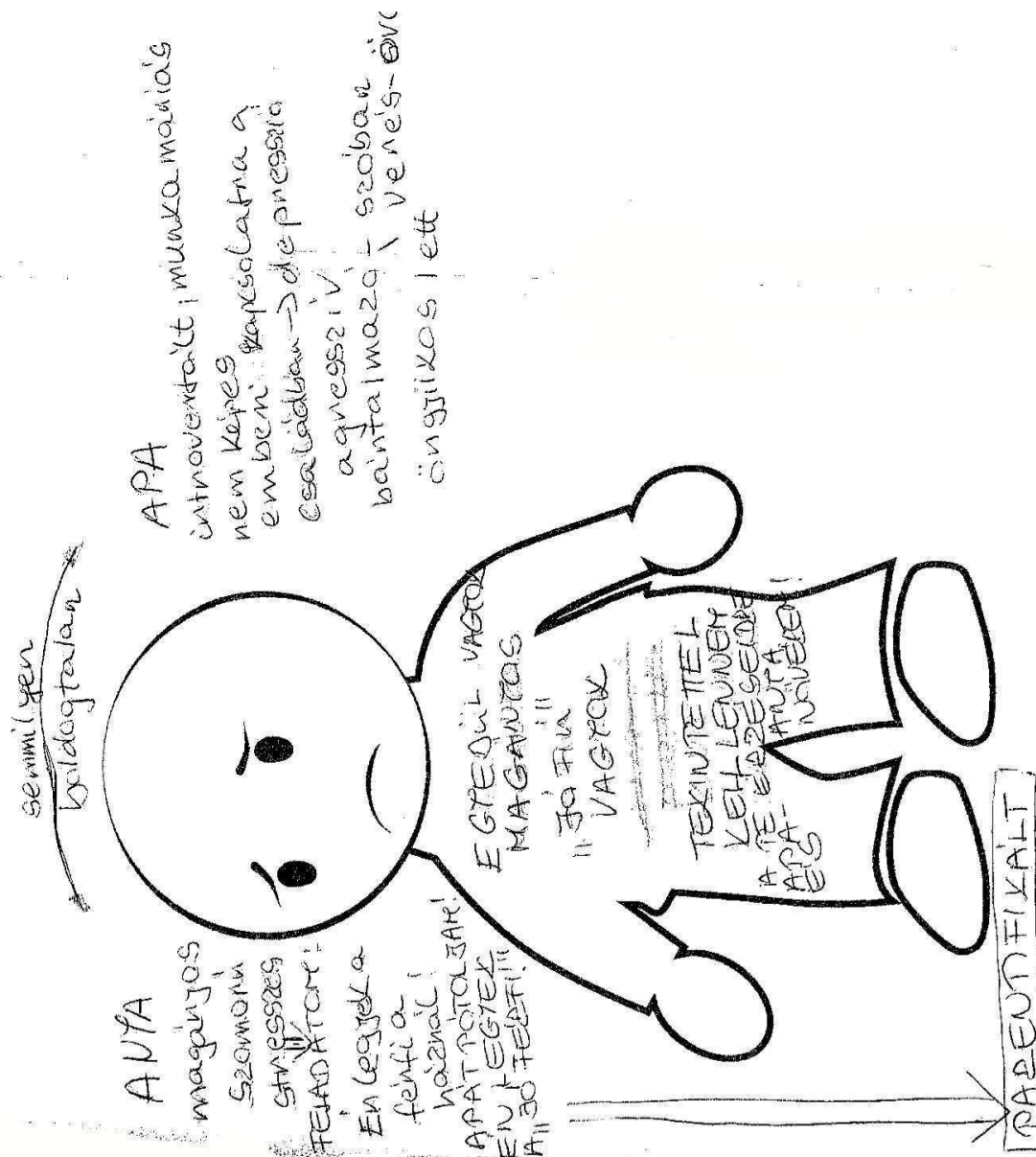
A kommunikáció során nem mindegy, hogy milyen kifejezéseket használunk, mert a kimondott szavaknak óriási súlya van. Kommunikációs csapdába eshetünk rengeteg véletlenszerű helyzetből, azonban érdemes ezekre nagyon odafigyelni. Ha úgy véljük, a másik tisztában van a vágyainkkal, és ezért nem mondjuk ki őket, gyakran előfordulhat, hogy a másiknak fogalma sincs ezekről. A bemutatott család esetén az édesanya, Éva többször elmondta, hogy a kéréseit, elvárásait nagyon sokszor azért nem mondta ki, mert szerinte ezeket a férjének tudnia kellene, illetve férjének, Istvánnak jobban kellene rá figyelnie, illetve a körülötte lévőkre, s akkor tudhatná, mit kell tennie. Nagyon nehezen értette meg Éva, hogy a férfiak máshogy működnek, mint a nők, s ezért számukra fontos kimondani nőként a kéréseiket, mert a férfiak nem olyan jók gondolatolvasásban, mint a nők.

Fontos arra is figyelni, hogy a kimondott szavak valósággá válnak. A családterápia ún. „edukatív részében” hónapokig foglalkoztunk a kommunikációval, helyzetgyakorlatokban gyakorolta a család egymással a nyílt és őszinte kommunikációt, hogy ennek automatizálása beépüljön a mindennapjaikba. Ezt megelőzte a szülők hozott, kommunikációs mintáinak megismerése, ezek egymáshoz passzítása, illetve annak múltbeli vizsgálata, visszaemlékezés arra, hogy mindegyikük milyen kommunikációs mintát hozott származási családjából, milyen dogmákkal nőttek fel (ld. 3. és 4. ábra) – a lerajzolt (szülő) gyermek körvonalának bal oldalán található annak édesanyjára, jobb oldalán édesapjára való visszaemlékezésének rövid összefoglalója, míg az ábrán középen pedig annak essenciája olvasható, milyen érzésekkel nőttek fel. Ezek egyértelműen tanúsítják parentifikált gyermeki felcseperedésüket. Éva és István visszatekintve a saját gyermekkorára megállapította egymástól függetlenül, hogy számukra elsődleges volt a környezetüknek való megfelelés, örömszerzés dogmája, s elfelejtkeztek mindeközben saját magukról, nem volt lehetőségük megtanulniuk, begyakorolniuk az önmagukra való hangolódást, odafigyelést, hogy fontosak legyenek önmaguk számára, hogy (meg)szeressék saját magukat, hogy elfogadják saját magukat olyannak, amilyenek. *„A kisgyermek saját igénye így nem kerül konfliktusba az édesanya igényével, és a gyermek nem él át disszonanciaérzést. Ennek következtében egy idő után elveszíti a kapcsolatot önmagával, viszont az édesanya vagy a szeretett gondozó szükségleteit a megnövekedett számú tükroneuronoknak köszönhetően egyre érzékenyebben képezi le. Szép lassan kialakul az a működés, hogy a gyerek a világ legtermészetesebb módján, magától értetődően, hihetetlen érzékenységgel elégíti ki a szülő szükségleteit, miközben saját igényeit negligálja, és kialakul a lelkében egy érzelmi üresség.”* (Bibók 2023: 130)

A fentiek ismeretében nagy valószínűséggel mindkét szülő szorongással és bizonytalan kötődéssel nőtt fel, így próbáltak kapcsolódni egymáshoz és később a saját gyermekeikhez, s gyermekeik tünete hívta fel a figyelmet arra, hogy lehetőségük van „megakasztani/megváltoztatni” transzgenerációs mintáikat, ha ezen dolgozni/változtatni szeretnének egy boldogabb, önazonosabb és kiegyensúlyozottabb élet reményében a saját önreflexióik fejlesztése és fejlődése által.



3. ábra: Az édesanya ilyen érzésekkel élte gyermekkorát, ezek a dogmák irányították (Stahl 2019 nyomán a kitöltendő ábra)



4. ábra: Az édesapa ilyen érzésekkel élte gyermekkorát, ezek a dogmák irányították (Stahl 2019 nyomán a kitöltendő ábra)

2.5. A családterápia rövid, összefoglaló eredménye

Mintegy 9 hónap alatt tovább erősödött a szülők kompetenciája, egymáshoz való kapcsolódásuk, a családi szerepek újradefiniálódtak és megerősödtek a szülők származási múltjának és a transzgenerációs örökségeiknek, mintázataiknak megismerésével, elfogadásával. A családtagok aktív, intenzív közös munkájának eredményeként a családi határok újra kialakításra kerültek, létrejött a rugalmas határ a szülői és a gyermeki alrendszer között, az alrendszerek megerősödését követve.

A szülők mindketten óriási megnyugvással és hálával voltak saját maguk és egymás iránt, mert végre boldognak érzik magukat, s úgy érzik, számíthatnak saját magukra és egymásra is, végre családként funkcionálnak, melyben Özséb megakadásai csak elvéve fordulnak elő, Levente megtanulta szabályozni az érzelmeit, Vivien is tud már egyedül elaludni éjszakánként, végigaludva az éjszakát, s kipihenten ébred.

Mivel a szülők úgy érezték, szükségük lenne még megtanulni és begyakorolni az érzelmeik kifejezését, az egymáshoz való kapcsolódást, saját igényeik felismerését, annak megvalósítását,

ezért javaslatunkra a családparterápia befejezését követően Érzelmi Fókuszú Párterápiára járnak 1,5 éve havi 1 alkalommal (Johnson 2016).

Összegzés

Keveset tudunk a magyar dadogó gyerekekről, kevés az erre a populációra irányuló tudományos kutatás. Az elmúlt 2 évtized publikációi főként a tünettan bemutatásáról vagy esetismertetésekéről szólnak. A szakirodalom tanulmányozása megerősített bennünket (Tóthné–Majsainé 2014, Schepers–König 2002), hogyha a státuszdiagnosztikában megállapítást nyert, olyan terápiát végezzünk, melybe a szülőket, a családot is aktívan bevonjuk, s fenti esettanulmányunk is alátámasztja, hogy az anya gyermekével folytatott kommunikációjának sajátosságai meghatározóak intervenciónkban, s a szülői verbális viselkedés gyakran fő kiváltó és fenntartó faktor is lehet, ilyen esetben a családi mediáció, családterápia mint intervenció, a logopédiai kezelést megerősítve újra létrehozhatja és fenntarthatja a családban dadogó gyermeknél a tartós és folyamatos beszédet.

A családi mediációban és a családterápiában a kontextusok elemzése által plusz információkhoz jutottunk, melyek elősegítették a sikeres és eredményes folyamatot, sőt időben le is rövidítették azt, felszámolva a verbális csatorna nehezítettségét a dadogás megjelenése miatt. E folyamatokban a szülői kompetencia megerősödött, megindultak a szülőpár közötti verbális megnyilatkozások a dadogásról, a családi kapcsolatokról, és a folyamatban megjelenő családi mintázatok felismerésre kerültek a mediációs és családterápiás technikának alkalmazásával. Stresszoldó hatású tudott lenni e folyamat, a fejlődés mind a szülőkre és mind a gyerekekre egyaránt vonatkozott, melynek előfeltételei voltak a kötődési viselkedés és a válaszkészség, így a szülők kötődési kapcsolatai újraszerveződtek, elsősegítve gyermekeik kötődésének újrakialakítását.

További tervezett kutatásomban szeretném a dadogó gyermekek szüleinek saját kötődési stílusát megvizsgálni, illetve a szülők gyermekükkel kapcsolatos attitűdjét, melyek innovatívan hatnak a mediáció, a családterápia és a logopédia elméletére és gyakorlatára az új, bővített pár- és családterápiás lehetőség hazai tapasztalatainak megvalósulásával.

Irodalom

- Ainsworth, M. D. S. 1979. Infant-mother attachment. *American psychologist*. 34/10. 932.
- Bacsárdi Cs. 2018. *Dadogó gyermekek kötődésének vizsgálata*. Doktori értekezés, Budapest.
- Bálint M. 1999. *Elsődleges szeretet és pszichoanalitikus technika II*. Animula.
- Beilby, J. 2014. Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in speech and language* Vol. 35, No. 02. 132–143.
- Bibók B. 2023. *Ellopott gyermekkor. A parentifikáció jelensége – önfeláldozás gyermekkorban, felnőttkorban és a párkapcsolatokban*. Budapest: Libri Könyvkiadó.
- BNO-10 1995. *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása (10. revízió)*. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Bonelli, P.–Dixon, M.–Ratner, N. B.–Onslow, M. 2000. Child and parent speech and language following the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *Clinical Linguistics & Phonetics* 14. 427–446.
- Bowlby, J. 1958. The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 39. 350–373.
- Bowlby, J. 1969. *Attachment and loss*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. 1980. *Attachment and loss: Volume III. Loss, Sadness and Depression*. The International Psycho-Analytical Library. Basic Books, the USA.
- Bowlby, J. 2001. *A biztos bázis. A kötődélmélet klinikai alkalmazásai*. Budapest: Animula.
- Cole, M.–Cole, Sh. R. 2006. *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Danis I.–Kalmár M. 2011. *A fejlődés természete és modelljei. A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Dehqan, A.–Bakhtiar, M.–Panahi, S. S.–Ashayeri, H. 2008. Relationship between stuttering severity in children and their mothers' speaking rate. *Sao Paulo Medical Journal*, 126, 29–33.
- DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. 2014. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Fehérné K. Zs. 2009. Ismeretek a beszéd fogyatékos személyekről és rehabilitációjukról. In: Torda Á.–Székelyné K. E.–Szabó G. (szerk.) *Ismeretek a fogyatékos, akadályozott személyek segítésére felkészítő képzések hallgatóinak*. Budapest: FSZK.
- Fehérné K. Zs. 2001. Dadogás. In: Mesterházi Zs. (szerk.) *Gyógypedagógiai Lexikon*. Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola.
- Feuer M. 2019. *A családsegítés elmélete és gyakorlata*. Akadémiai Kiadó.
- Fraser, M. 1998. *Advice to Those Who Stutter*, Stuttering Foundation of America, Publication No. 9.
- Freud, S. 1940/2013. *An Outline of Psycho-Analysis*. London: Read Books Ltd.
- Freud, A. 1954. Psychoanalysis and education. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 9/1. 9–15.
- Gereben A. 2014. A Kecskeméti Dadogás terápiás modell jó gyakorlatának bemutatása és multiplikálásának lehetőségei. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, szakdolgozat.
- Gerebenné–Fehérné K. Zs.–Kas B.–Mészáros A. 2012. *Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszéd fogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja*. Budapest: Educatio.
- Gervai J.–Tóth I.–Lakatos K. 2017. Genetikai hatások a korai kötődés fejlődésében. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 72. 5–25.
- Hámori E. 2016. *A korai kapcsolat zavarai. Pszichoanalízis, kötődélmélet és csecsemő kutatás a korai kapcsolati patológiák megértésében*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Healey, E. C.–Trautman, L. S.–Susca, M. 2004. Clinical Applications of a Multidimensional Approach for the Assessment and Treatment of Stuttering. *Communication science and disorders*. 31. 40–48.

- Hegedűsné S. B. 2009. Dadogás terápiák a logopédiai tagozaton. *Fejlesztő Pedagógia* 20/1. 78–80.
- Hermann I. 1943. Az ember ősi ösztönei. Budapest: Pantheon.
- Hughes, C. D. 2007. *An Investigation of Family Relationships for People who Stutter* (Doctoral dissertation). Bowling Green State University.
- Hughes, C. D. 2011. *The perceptions of adolescents who stutter regarding communication with their parents* (Doctoral dissertation). Bowling Green State University.
- Johnson, S. M. 2016. *Az érzelmekre fókuszáló párterápia gyakorlata. A kapcsolat megteremtése.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Juhász Á. 2007. (szerk.) *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve.* Budapest: Logopédiai Kiadó.
- Klaniczay S. 2001. *A gyermekkori dadogásról.* Budapest: Logopédiai Kiadó.
- Lajos P. 2009. *Dadogásról – mindenkinek.* Budapest: Pont.
- Lajos P. 2011. Beszéd és lélek. Adalékok a dadogás pszichoanalitikus értelmezéséhez. *Gyógypedagógiai Szemle* 3-4. 213–220.
- Lajos P.–Bacsárdi Cs.–Molnár Z. 2018. A kötődés jelentősége a dadogásban. *Gyermeknevelés. „A gyermeknyelv aspektusai” ELTE TÓK On-line Tudományos Folyóirata* 3. 99–110. (letöltve: 2022. 01. 03.) <http://ojs.elte.hu/gyermekeveles/article/view/558>
- Lakatos K.–Tóth I.–Nemoda Z.–Ney K.–Sasvári-Székely M.–Gervai J. 2000. Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphisms is associated with attachment disorganization. *Molecular Psychiatry*. 5. 633–637.
- Lakatos K.–Nemoda Z.–Birkas E.–Rónai Z.–Kovács E.–Ney K. 2003. Association of D4 dopamine receptor gene and serotonin transporter with infants’ response to novelty. *Molecular Psychiatry*. 8. 90–97.
- Langlois, A.–Long, S. H. 1988. A model for teaching parents to facilitate fluent speech. *Journal of Fluency Disorders*. 13. 163–172.
- Lovas Z.–Herczog M. 2019. *A mediáció, avagy a fájdalommentes konfliktuskezelés.* Budapest: Wolters Kluwer Hungary.
- Mahler, M. S. 1975. *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis und Individuation.* New York: Basic Books.
- Main, M.–Solomon, J. 1990. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, T.–Cicchetti, D.–Cummings, E. M. (eds.) *Attachment in the Preschool Years: Theory Research, and Intervention.* Chicago: Chicago University Press, 121–160.
- Mérei V.–Vinczéné B. E. 1991. *Dadogás I.* Budapest: Tankönyvkiadó.
- Miles, S.–Bernstein, R. N. 2001. Parental language input to children at stuttering onset. *Journal of Speech and Hearing Research*. 44/5. 1116–1130.
- Molnárné B. R. 2011. A dadogás komplex művészetterápiás program hatékonyságvizsgálata (Egy kertész munkája). *Fejlesztő Pedagógia*. 22/3. 37–41.
- Nagy B. E.–Józsa T. 2016. A dadogással, mint a frusztrált megkapaszkodás ösztönével összefüggő szorongás és önértékelés vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 157(21), 825–829.
- Osváth A. 2008. *A csecsemőkori szocioemocionális fejlődés meghatározói: temperamentum és kötődés.* Doktori értekezés, Pécs.
- Packman, A. 2012. Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of fluency disorders* 37. 225–233.
- Péley B. 2001. Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. In: Pléh Cs.–Csányi V.–Bereczkei T. (szerk.) *Lélek és evolúció*, 167–192. Budapest: Osiris.
- Schmidtné B. E. 2004. *Képes könyv a dadogásról és más dolgokról.* Budapest: Közhasznú Alapítvány Dadogókért.
- Somogyi T.–Lajos P. 2022a. A dadogás kötődésbeli kapcsolata. In: Karlovitz T. (szerk.) *Szaktudományi és más pedagógiai tanulmányok*, 217–229. International Research Institute s.r.o.

- Somogyi T.–Lajos P. 2022b. Amikor a gyermek "fordítva ül a bilin" – új lehetőség a dadogó gyermekek terápiájában. In: Bóna J.–Murányi S. (szerk.) *A nyelvfejlődés folyamata koragyermekkortől kamaszkorig*, 167–184.
- Stahl S. 2019. *A benned rejlő gyermeknek otthonra kell találnia*. Budapest: Park Könyvkiadó.
- Starkweather, C. W. 1987. *Fluency and stuttering*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, NJ, US.
- Starkweather, C. W.–Gottwald, S. R. 1990. The demands and capacities model: II. Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*. 15/3. 143–157.
- Stroufe, L. A. 2005. Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*. 7/4. 349–367.
- Szamos E.–Barcy, M. 2002. *Mediare necesse est. A mediáció technikai és társadalmi alkalmazása*. Budapest: Animula.
- Thomas, A.–Chess, S. 1989. *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Tóth I. 2011. Az érzelmi társas kapcsolatok fejlődése: korai gondozás és kötődés. In: Balázs I. (szerk.): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkorai fejlődés színterei*, 320–367. Budapest: Nemzeti Család-és Szociálpolitikai Intézet.
- Tóthné A. A.–Majsainé Sz. T. 2014. Kéz a kézben, együttműködés a dadogó gyermekek ellátásában Hódmezővásárhelyen. *Gyógypedagógiai Szemle*. 42/2. 97–111.
- Tóthné A. A. 2017. *Dadogó gyermek és anyja interakciójának vizsgálata*. Doktori értekezés.
- Tringer L. 2010. *A pszichiátria tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Vajda Zs. 1999. *A gyermek pszichológiai fejlődése*. Helikon Kiadó.
- Waters, E.–Hamilton, C. E.–Weinfield, N. S. 2000. The stability of attachment security from infancy and early adulthood: General introduction. *Child development*. 71/3. 678–683.
- Wilkinson, M. 2001. His mothertongue: from stuttering to separation, a case history. *Journal of Analytical Psychology* 46/2. 257–273.
- Wingate, M. E. 1984. Fluency, disfluency, dysfluency and stuttering. *Journal of Fluency Disorders*. 9/2. 163–168.
- Winslow, M.–Guitar, B. 1994. The effects of structured turn-taking on disfluencies: A case study. *Language, Speech and Hearing Service in Schools*. 25. 251–257.
- Wyatt, L. G. 1969. *Language learning and communication disorders in children*. New York: The Free Press.
- Zsolnai A. 2001. *Kötődés és nevelés*. Eötvös József Könyvkiadó.