



UNIVERSITATEA
BABEȘ-BOLYAI

Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației
Psichológia és Neveléstudományok Kar
Departamentul de Psihologie Aplicată
Alkalmazott Pszichológia Intézet



Orbán Réka

Gyógypedagógiai alapismeretek

Egyetemi jegyzet

RUBICON
s
r
o
n
a
t

Presa Universitară Clujeană

Orbán Réka

GYÓGYPEDAGÓGIAI ALAPISMERETEK

Egyetemi jegyzet

*Publicarea acestui volum a fost finanțată
prin Fondul de Dezvoltare UBB 2024.*

Orbán Réka

**GYÓGYPEDAGÓGIAI
ALAPISMERETEK**

Egyetemi jegyzet

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2025

Szaklektorok:

Conf. dr. Kálcza János Kinga

Conf. univ. dr. Kotta Ibolya

Korrektúra: Szabó Stefánia

ISBN 978-606-37-2872-3

© 2025 Autoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. B.P. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel.: (+40) 744 687 884
E-mail: editura@ubbcluj.ro
editura.ubbcluj.ro | libraria.ubbcluj.ro

Tartalomjegyzék

I. FOGALMAK, PARADIGMÁK, ETIOLÓGIA	9
1. A gyógypedagógia fogalma, története	10
A sérültek helyzete az ókorban.....	11
A jótékonyági modell	12
Az orvosi modell.....	12
A szociális modell.....	15
A civil jogi modell.....	16
Az ökológiai modell	18
A bio-pszicho-szociális modell	19
Zárógondolatok.....	20
Felhasznált szakirodalom	20
2. Paradigmaváltások a gyógypedagógiában	23
Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) nomenklatúrája	26
A speciális intézetek kialakulásának története	28
A nevelhetőség fogalma.....	34
Felhasznált szakirodalom	36
3. Speciális igényű gyermekek a családban.....	38
A család fogalma.....	38
A család alapvető funkciói	40
Normatív krízisek a családban	41
Valódi krízisek – sérült gyermek születése	42
A speciális igény elfogadása, alkalmazkodási szakaszok.....	45
Felhasznált szakirodalom	56
4. A speciális igény kialakulásában szerepet játszó etiológiai tényezők.....	58

II. SÉRÜLÉSTÍPUSOK	69
1. A mozgássérülés fogalma és a mozgássérültek ellátása	70
Felhasznált szakirodalom	87
2. A látássérülés fogalma és a látássérültek ellátása	88
A látássérülés fogalma	88
A látássérült gyermekek oktatás szempontú csoportosítása	89
A súlyos látássérülés (vakság és aliglátás) hatása a korai fejlődésre.....	89
A súlyos fokban látássérültek sajátosságai	92
A gyengénlátás jelei.....	94
Óvodáskor.....	95
Iskoláskor	95
A látássérültek által használt segédeszközök.....	95
Felhasznált szakirodalom	99
3. A hallássérülés fogalma és a hallássérültek ellátása	101
A hallássérülés fogalma	101
A hallássérültek osztályozása	102
A hallásmérés	104
A korai diagnózis.....	105
A hallókészülékkel való ellátás.....	105
A hallássérülés hatása a beszédre.....	106
A jelnyelv	108
Felhasznált szakirodalom	110
4. Az intellektuális képességzavar	111
Az intellektuális képességzavar fogalma	111
Az intellektuális képességzavar osztályozása	113
Az intellektuális képességzavar jellemzői.....	118
Az intellektuális képességzavar különböző megközelítésmódjai	120
Az epilepsziával társuló intellektuális képességzavar	121
Az álintellektuális képességzavar	124
Intellektuális képességzavarral az iskolában.....	125
Felhasznált szakirodalom	126
5. Az autizmus fogalma és az autizmus spektrum zavar kezelése	128
Klinikai jellemzők	131
Csoportosítás	133

Az autizmus pszichológiai modelljei.....	134
Gyógypedagógiai fejlesztés.....	135
Felhasznált szakirodalom	137
6. A beszédzavarok fogalma és a logopédiai ellátás	140
A beszédben való akadályozottság súlyosság szerinti osztályozása	142
A beszéd és nyelvi fejlődés zavarai.....	142
Logopédiai beavatkozás	145
Felhasznált szakirodalom	148
7. Viselkedészavarok és viselkedésszabályozás az iskolában.	
Az ADHD diagnózisa és kezelése.....	149
Viselkedés-zavarok és életkori sajátosságok.....	151
ADHD-s gyermekek az iskolában	153
Felhasznált szakirodalom	160
8. Speciális tanulási zavarok fogalma.....	162
A tanulási zavar meghatározásai	162
Felhasznált szakirodalom	168
9. Speciális tanulási zavaros gyermekek az iskolában	169
Olvasástanítási módszerek.....	172
Felhasznált szakirodalom	175
10. A komplex és intenzív ellátást igénylő személyek ellátása	177
Szemléletváltás a komplex és intenzív ellátást igénylő személyek nevelésében.....	177
A siketvaktság meghatározása, jellemzői.....	179
A komplex és intenzív támogatást igénylő (KITI) személyek ellátása	180
Felhasznált szakirodalom	184

I. FOGALMAK, PARADIGMÁK, ETIOLÓGIA

1. Tartalomjegyzék

1. A gyógypedagógia fogalma, története
2. Paradigmaváltások a gyógypedagógiában
3. Speciális igényű gyermekek a családban
4. A speciális igény kialakulásában szerepet játszó etiológiai tényezők

2. Célok

1. A főbb fogalmak meghatározása
2. A főbb megközelítési módok azonosítása és differenciálása
3. A főbb etiológiai tényezők azonosítása és megértése annak, ahogyan ezek kihatnak az emberi fejlődésre
4. Az elfogadás szakaszainak azonosítása és a pszichológiai beszélgetés adaptálása
5. A gyógypedagógiai munka etikai vonatkozásainak megismerése

1. A gyógypedagógia fogalma, története

Kulcsfogalmak:



Gyógypedagógia, humán tudomány, határtudomány, autonóm tudomány, gyógyító nevelés, jótékonyági modell, orvosi modell, rehabilitáció, speciális intézet, szociális modell, civil jogi modell, tankötelezettség, Salamancai egyezmény, cselekvőképesség, akadálymentesítés, ökológiai modell, mikrorendszer, mezorendszer, exorendszer, makrorendszer, bio-pszicho szociális modell

A gyógypedagógia a *humán tudományok* körébe tartozik. *Határtudomány*, mely nagymértékben az orvostudomány, a pszichológia, a pedagógia és a szociológia eredményeit is felhasználja. Bár a neveléstudományok körébe tartozik, önálló, *autonóm tudomány*, melynek sajátos funkciója, módszerei, és elméleti rendszere van. Mindazokkal az emberekkel foglalkozik, akiknek életét valamilyen károsító tényező tartósan megnehezíti. Pszichológiai sajátosságai tanulmányozására támaszkodva, oktatásuknak, nevelésüknek és rehabilitációjuknak kérdéseit vizsgálja, életvezetésük segítésének és kísérésüknek kérdéseit tanulmányozza.

Célja: neveléssel biztosítani a fejlődést, annak ellenére, hogy a fejlődést gátló ártalmat megszüntetni nem tudja. A hallássérült gyermeket beszélővé neveli, a látássérültet biztosan mozgó emberré képezi ki, az értelmileg akadályozott gyermeket a környezet számára elviselhetővé formálja, a mozgássérültet munkába állítja és megmenti a koldulástól (Bárczi, idézi: Tóth, 1989). Eszköze: a szoktatás, a nevelés, melynek eredményeként a speciális szükségletű személy jobban boldogul a mindennapokban, jobban beilleszkedik, mely változást joggal tekinthetjük gyógyulásnak is.

A gyógypedagógiának meghatározó szerepe van a közvélemény formálásában, a sérültekre vonatkozó mítoszok és hiedelmek megcáfolásában, valamint a sérültek társadalmi beilleszkedésének elősegítésében. Ezen célok megvalósítása érdekében a speciális szükségletű személyeket egyéni fejlesztésben részesíti, széles körben terjeszti a gyógypedagógiai ismereteket, partnerkapcsolatokat épít ki más szakemberekkel, akik elősegíthetik a rehabilitáció folyamatát, facilitálja a kölcsönös segítségnyújtást (Mesterházi, 2002).

A gyógypedagógia célja és feladata tehát minél előbb felismerni, és minél jobban megismerni a különleges sajátosságokat, igényeket, megelőzni az akadályozottságot, elősegíteni a korrekciót és a rehabilitációt, könnyebbé tenni a családba, az iskolába, a munkába és a társadalomba való beilleszkedést.

A gyógyító nevelés (Heilerziehung) a gyógypedagógia legrégebbi megnevezése. Nagyon sok vita alakult ki ennek az elnevezésnek a létjogosultságáról, mennyiben képes a pedagógia gyógyítani, és mennyiben kell a gyógyítást orvosi feladatnak tekinteni. A kutatások végül kimutatták, hogy a gyógypedagógiai tevékenység valóban lehet közvetlen vagy közvetett gyógyító tevékenység. A mai gyógypedagógiában ez a gyógyító, terápiás jelleg ismét egyre hangsúlyosabbá válik (Mesterházi, 2001).

Az az elképzelés, melynek értelmében a gyógypedagógia, illetve a sérültekkel való foglalkozás csak napjainkban jött létre, teljesen alaptalan. A történeti kutatások bizonyítják, hogy gyakorlatilag a gyógypedagógia létrejött egyidős a pedagógiával, szoros kapcsolatban állnak egymással és történetük összefonódik. Bár nem lehet élesen korszakokra osztani a gyógypedagógiai ellátás változásait, a gyógypedagógiai tevékenységek követték a társadalmi változásokat, és a társadalmi igények változásait egyaránt.

A sérültek helyzete az ókorban

A népmesék és mítoszok tanulsága szerint - elég talán csak a görög mítoszokról és Homérosz eposzából közismert Héphaisztoszra, Héra sánta fiára, a tűz és kovácmesterség istenére utalunk -, a testi sérültek ősidők óta éppúgy szereplői, illetve többé-kevésbé szerzői az emberiség nagy drámájának, a történelemnek, mint a neurotipikus emberek. A testi hibákra is nagyon régóta felfigyeltek, sőt kezelni is próbálták azokat. Először természetesen a leginkább súlyos, illetve szembetűnő testi hibákra figyeltek fel. Az irodalomból talán legismertebb Szophoklész (i.e. 496-406) híres tragédiájának főszereplője: Oidipusz Rex (nevének jelentése: dagadt, fájós lábú), a gyógyítás történetéből elegendő az egyiptomiak, valamint Hippokratész (kb. i.e. 460-377) sebészetére utalunk (Kármán, 1984).

A sérült személyek sorsa nem volt mindenütt és mindenhol egyforma. Óvakodnunk kell ezért az egyes történeti korok szimplifikálásától. Az ókort sem csak Tajgetosz vagy a Tarpei szikla (saxum Tarpejum) jellemzi. Például

az invalidusok, a harcban megrokkantak helyzete általában jobb volt a többi testi sérültségnél, de ezek ellátásában, javadalmazásában is tapasztalható volt bizonyos különbség (Pálhegyi, 1992).

Arisztotelész (Csorba, 1833) megtiltotta volna a nőknek, hogy bizonyos életkor vagy szülésszám után további gyermekeket vállaljanak, azt állítva, hogy ez utóbbiak malformáltak lennének. Elképzelése azonban nem válhatott valóra, mert a szülők ösztöneikre hallgatva magzatjaikat megtartották.

Augustus (N.L., 1836) a hallássérültekről azt állította, hogy nem képesek emberi teljesítményre. Ennek ellenére az ókori Rómában a gazdag családok sérült gyermekeit megpróbálták fejleszteni, pl. Mesala rétor festeni tanította őket; Agricola említést tesz egy hallássérültről, aki értette az írott szöveget és a kifejezés eszközeként használta azt, illetve Archigenész arról számolt be, hogy az érzékszervi sérülés rendszeres gyakorlással enyhíthető vagy kiküszöbölhető.

A jótékonyági modell

A kereszténység térhódítása következtében elterjedt az a babona, hogy a tehetetlen ember „átka megfog”, vagyis az a tévhit, hogy a rászorulókkal szembeni közömbösség Isten haragját vonja maga után, mely jó táptalajt szolgáltatott a különböző jótékony tevékenységekhez. Ezt az álláspontot az egyház tanítása is megerősítette: azért van szükség a szegényekre, sérültekre, hogy segíthessünk rajtuk (Kármán, idézi Orbán, 2007). Ezeknek a jótékonyági akcióknak azonban nem volt célja a sérültek nevelése, tanítása.

Főleg az angolszász területen terjedt el ez a felfogás; a veszteség okozta tragédiát hangsúlyozta, ami sajnálatot, félelmet és szégyent vált ki és karitatív cselekedetekre indít. Anyagi javakkal próbálják kompenzálni azt, amit a természet elvett vagy megtagadott. Ez a mentalitás a XVII. század elejéig változatlan maradt.

Az orvosi modell

A speciális igényű emberek gondozása, ápolása sokáig az orvosok feladatkörébe tartozott. A reneszánsz korában alakult ki az ortopédia (N. Andry francia orvos használta először ezt a kifejezést 1741-ben), mint az orvostudomány egyik ága, mely először nyújtott segítséget a mozgássérültek számára (Tóth, 1989).

A legelhanyagoltabb és a leginkább megvetett kategória az intellektuális képességzavarosoké (IKZ). Az 1700-as években a sérültek más csoportjainak már vannak bizonyos jogaik, a törvény is elismeri taníthatóságukat, az IKZ embereket viszont továbbra is tehernek, képezhetetleneknek nyilvánítják, hisz számukra az első intézet csupán 1828-ban nyílt Párizsban, és ez is inkább tébolyda volt, mint iskola (Rill, 1882).

Erdélyben a sérültek gondozásáról szóló első feljegyzés 1549-ből való (Bárány, 1936). Az első intézetek kialakulásáig a segítségnyújtás főleg orvosi jellegű volt, a mindennapok terheit a család hordozta, a leggyakoribb attitűd a sérültekkel szemben a sajnálat és megvetés volt.

A nyugati államokban a sérült gyermekek első nevelői papok és tanítók voltak, az első intézeteket számukra az 1500-as években hozták létre (Sávai, 1997).

Az 1800-as években az orvostudomány is fejlődött, egyre többet fedeztek fel a megváltozott munkaképességek/speciális igények kialakulásának etiológiájáról, illetve egyre több teratogén tényezőt azonosítottak. Megállapították, hogy vannak olyan betegségek melyek, ha fennállnak, akkor nem ajánlatos a gyermekvállalás. Azt is felfedezték, hogy a szülők életkora is befolyásolhatja a magzat fejlődését, a túl fiatal vagy túl idős szülőknek gyakrabban születik sérült gyermeke; ugyanilyen veszélyeztető tényező a szülők közti túl nagy korkülönbség. Rájöttek arra is, hogy az epilepszia, illetve az intellektuális képességzavar egyes formái örökölhetőek (Cseh, 1878).

Egészségesnek azt tekintették, akinek minden testrésze tökéletes állapotban van, vígan, könnyen, szabadon és állhatatosan munkálkodik. Az egészségesség előfeltételének tekintik az egészséges szülőktől való származást, a gyermekkori megfelelő bánásmódot és célirányos nevelést. Mindezeket az adott személy nem befolyásolhatja, azonban rajta múlik a testedzés gyakorlása, melyet nagyon fontosnak tartanak az egészség fenntartásában (Komenszky, 1825).

A háború után nagyon sokat foglalkoztak a sebesültek rehabilitációjával. Ez elsősorban szakmai rehabilitáció volt. Létrehoztak egy protéziseket gyártó labort Kolozsváron (Kupenski, 1919). A rehabilitáció során meg kellett tanítani a sérülteknek a protézisek használatát, esetleg a munkavégzés során egyéb speciális eszközök használatát, fejleszteni kellett a kézügyességet, és így a sérült előbb-utóbb megszokta új helyzetét, képessé vált a munkára és be tudott illeszkedni a társadalomba.

Ugyancsak szakmai rehabilitációnak nevezték azt is, hogy a háborús özvegyeket szakmunkára képezték ki, lehetőséget adva számukra, hogy decens módon megjelenjenek és gyermekeiket megfelelő körülmények között neveljék fel.

A speciális szükségletű ember gyakorlatilag 1989-ig másodrendű állampolgár volt, akinek nem lehetett önálló élete. A speciális szolgáltatások alapelve az volt, hogy a szakemberek tudják legjobban, hogy mi a jó a sérült ember számára, ezért annak semmiféle beleszólása nincs a saját rehabilitációjába. Mivel állandóan segítséget kell kérniük, kiszolgáltatottak, másoktól függenek, ezért sokszor gyerekek érzik magukat a sérült emberek ebben a korszakban.

Romániában a kommunizmus ideje alatt a sérültekre, mint selejtre tekintettek, eldugták őket a világ szeme elől. Míg a nemzetközi gyakorlatban egyre inkább az inklúzió eszménye hódított teret, nálunk maradt a régi szemléletmód. 1989-ig érvényben maradt a családi kód (Comănescu és mtsai., 1989) azon rendelkezése, melynek értelmében az intellektuális fejlődési zavarral élők nem köthetnek házasságot.

A speciális intézeteket is kitelepítik a városokból a falvakba, 1975-ben megszüntetik a gyógypedagógus-képzést, és a szülőket arra biztatják, hogy mondjanak le gyermekeikről.

Nagyon sokan érveltek azzal is, hogy nincs miért a sérültekkel foglalkoznunk addig, míg az ép gyermekek helyzete sem megoldott. Az UNESCO 1975 – 1989 közötti statisztikai adatai valóban elkeserítőek (Vrășmaș, 2004): nemzetközi viszonylatban 8,6-9,4% az iskolai kudarcok aránya; több mint 100 millió gyermek nem részesül elemi oktatásban, ennek 60%-a lány; több mint 100 millió gyermek, illetve felnőtt nem fejezte be az alapképzést; 960 millió felnőtt (2/3-a nő) analfabéta, és az 51 vizsgált ország közül 32-ben az iskoláskorú sérült gyermekek kevesebb mint 1%-a vett részt valamilyen iskolai programban.

Ha az SNI gyermeket esetnek látjuk, mint a medikális modellben, akkor a hiányosságai, a vulnerabilitása, a speciális szükségletei kerülnek előtérbe, és kevésbé látjuk őket gyermekként, akiknek van tapasztalata és véleménye, melyet érdemes meghallgatni (Court, 2017).

A szociális modell

A szociális modell a speciális igényt, mint társadalmilag előálló problémát értelmezi, amelynek megoldása a sérültek integrálása a társadalomba. Már nem a gyermekben keresi a hibát, hanem azt tartja, hogy annak környezetében vannak akadályok. A gyermek a társadalom része, hisz nem létezik külön sérültek világa. A diagnózis felállításakor figyelembe veszi az erősségeket és a szükségleteket is, ennek alapján biztosíthatóvá válik a gyermek fejlődési szintjének megfelelő program, a személyi és tárgyi feltételek és a módosított tanterv integrált körülmények között.

Az SNI személy függetlensége társadalmi szerveződés eredménye, a szociális környezet által nyújtott körülményektől is függ. A szociális-konstruktivista modell értelmében az SNI a társadalom előítéletességének a terméke, függő, sérült, sajnálatra méltó emberek, diszkriminatív kognitív sémák alapján jön létre a kisebbség- elnyomó modell, mely alapján az SNI-s személyektől megtagadják a közösségi erőforrásokat, a kulturális megértést, ők másodrendű állampolgárok. A szociális modell hitvallása, hogy ha az SNI a szociális diszkrimináció terméke, akkor azt kell megszüntetni, biztosítani kell a legkevésbé korlátozó környezetet, az egyenlő jogokat, autonómiát, felelősség-vállalást. Kötelességünk az empowerment, önmeghatározás és aktív részvétel feltételeinek megteremtése (Halder & Assaf, 2017).

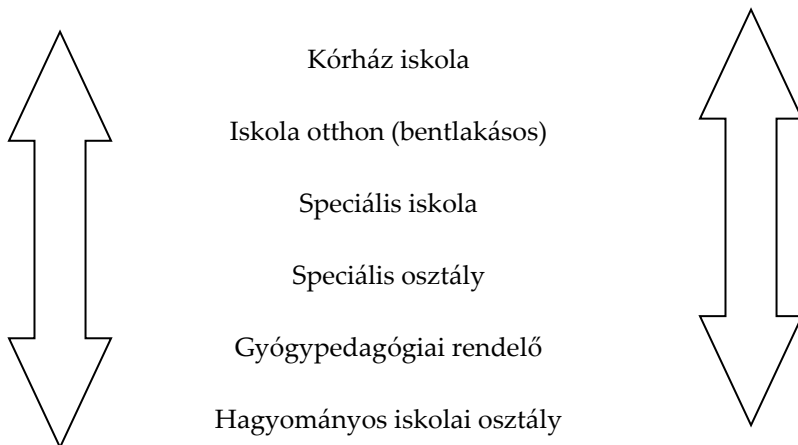
A speciális szükségletű gyermekeknek meg kell legyen az a lehetőségük, hogy együtt tanulhassanak, és tapasztalatokat szerezzenek a többi gyermekkel. A legkevésbé korlátozó környezet, mainstreaming, illetve az inklúzió fogalma tulajdonképpen az integrációs tapasztalatok szerzésének különböző útjait jelöli. A legkevésbé korlátozó környezet - LKK - (least restrictive enviroment) azokra az oktatási körülményekre vonatkozik, amely leginkább megfelel valamennyi tanuló számára. Ebben az értelemben a speciális nevelési szükségletű tanulót együtt kell oktatni a legalkalmasabb módon a többi gyermekkel.

Ha a speciális szükségletű tanuló együtt oktatása mégsem sikeres, akkor visszahelyezhető speciális csoportba, amennyiben sérülésének mértéke, illetve a hagyományos osztályban történő oktatás során biztosított és nyújtott szolgáltatásokat nem képes megfelelő mértékben teljesíteni. Ugyanakkor maga a fogalom relatív, mert ugyanaz a környezet lehet, hogy egyik tanulónak megfelelő, de a másiknak nem.

Az első ábra a különböző oktatási módozatokat szemlélteti az LKK függvényében

NAGYON KORLÁTOZÓ

SÚLYOS AKADÁLYOZOTTSÁG



LEGKEVÉSBÉ KORLÁTOZÓ

ENYHE AKADÁLYOZOTTSÁG

1. ábra. A Legkevésbé Korlátozó Környezet (LKK)

A LKK gyakorlatba ültetésekor számos fontos kérdés merülhet fel. Elsősorban az, hogy az elhelyezés biztosítja-e a gyermek számára a legmegfelelőbb szolgáltatásokat és egyéni fejlesztő programokat, amelyek növelik az esélyét a sikeres fejlődésre. Ugyancsak mérlegelendő, hogy az új elhelyezés összhangban áll-e a család értékeivel és normáival, illetve képes-e megfelelő stimulációt nyújtani a gyermek számára. Emellett elengedhetetlen, hogy rendelkezzen a szükséges szakembergárdával és megfelelő felszereléssel, amelyek biztosítják a gyermek komplex fejlődésének támogatását.

A civil jogi modell

Az 1868-as tanügyi törvény (Köpeczi, 1989), amely kimondja a tankötelezettséget, kitért a sérült gyermekekre is. A 38. t.c. kimondta, hogy a gyenge pszichikumú vagy fizikumú gyermek orvosi igazolással felmenthető az iskolába járás alól. A fertőző beteg, pszichotikus, epilepsziás vagy IKZ gyermekeket kizárta az elemi iskolából, mivel a nevelés-oktatás folyamatát közvetlenül vagy közvetve gátolhatják. Ezeket a gyermekeket a speciális intézetekben lehetett elhelyezni. Ez utóbbiak azonban valójában nem tudtak

eleget tenni az igényeknek, túlsúfoltak voltak, így az új esetek egy hosszú várólista végére kerültek.

1898-ban minisztériumi rendelet (nr. 52270) alapján megalakultak a Szakértői Bizottságok, melyek a speciális intézeteket ellenőrzik és felülvizsgálják. A Bizottság koordinátora a minisztérium küldötte, tagjai a speciális intézetek igazgatói voltak (Chyzer, n.a.).

1910-ben megjelent egy új szabályzat (Berkes, 1911) a speciális szükségletű gyermekek neveléséről és oktatásáról. Az első fejezet tartalmazta az általános határozatokat, a második fejezetben kimondták, hogy speciális oktatásban résztvevő gyermekek is tankötelesek. Ennek a kötelezettségnek állami vagy magánintézetben tehetnek eleget. A törvény azonban továbbra is megengedő, a gyermek felmenthető a tankötelezettség alól, ha kiderül képezhetetlensége.

A közvélemény azt tartotta, hogy a hallássérültek nem oktathatóak általános iskolában, habár a törvény nem tartalmaz ilyen jellegű korlátozásokat. Kimondta viszont, hogy az a gyermek, akinek mindkét szülője hallássérült, jogilag a teljesen árvákkal egy csoportba sorolandó (Németh & Váradi, 1899)

Az 1900-as években a román civil kód (Crăiniceanu, 1925) alapján a tehetetlenek javára szóló végrendelkezést semmisnek kell nyilvánítani. Előrelépést jelentett azonban, hogy a nem beszélő hagyatkozóknak megengedi az írásban való végrendelkezést bíró jelenlétében. A büntető-törvény közvetetten utal a speciális szükségletű személyekre: „Ha bántalmazás következtében valaki megvakul, megsiketül vagy elveszti értelmi vagy beszédképességét, akkor a tettes 2 – 5 év közötti börtönbüntetésre, illetve maximum 5000 lej bírság kifizetésére ítéltető. Ha a vádlott vagy a tanú hallássérült, akkor a bíróságon hivatásos tolmácsot jelölnek ki számára vagy megbízhatnak valakit, aki tud értekezni az illető személlyel. Abban az esetben, ha a sérült vádlott vagy tanú ismeri az írást, akkor a kihallgatás írásban történik. Az írnok leírja a kérdést, majd felolvassa a választ.” (Crăiniceanu, idézi Orbán, 2007).

1990 után Románia is elfogadta és aláírta a nemzetközi egyezményeket a speciális oktatásra vonatkozóan is.

1994-ben a Salamancai egyezményt is aláírták, melynek alapgondolata az, hogy az oktatást mindenki számára hozzáférhetővé kell tenni, az iskola „mindenki iskolája” (Schiffer, 1994). Egyre tágabb lehetőségeket biztosítanak a sérült emberek számára, változatos oktatási formákat kínálnak, melyből a

szülők válogathatnak, és önállóan eldönthetik, hogy melyik szolgáltatás a legmegfelelőbb számukra.

Az önfenntartás elősegítéséhez nemcsak anyagi, hanem emocionális segítséget biztosítanak, az elhelyezkedést tovább- és átképzésekkel facilitálják. A mai gyakorlatban a sérült emberek cselekvőképessé válása a cél. A cselekvőképes személy (Sándor, 2008) saját akarata alapján, saját nevében szerezhet jogokat, illetve vállalhat kötelezettségeket. Cselekvőképesség kizárólag azokat az embereket illette meg, akik megfelelő érettséggel és belátási képességgel rendelkeztek, tehát szabad akaratukat sem értelmi, sem testi fogyatékosságuk nem akadályozta. A 448-as törvény (Mon.Of., 2006) értelmében biztosítani kell az akadálymentes fizikai környezetet, beleértve a munkahelyet is. Ha szükséges a támogatott alkalmazás gyakorlatát kell követnünk, ha pedig a személy így sem képes megfelelni feladatkörének, akkor védett műhelyekben lehet foglalkoztatni. A rehabilitáció sikeressége magába foglalja azt is, hogy a megfelelő technikai segédeszközök (hallókészülék, kerékesszék, mankók, látásjavító készülékek stb.) ingyenesek. A cselekvésképtelen sérültek személyi gondozót is igénybevehetnek, aki lehet közvetlen hozzátartozó, de lehet szakember is. A személyi gondozó az alkalmazottakra érvényes jogokkal bír: fizetett pihenő és betegszabadság, emelt gyermekpénz, ha az anya a gondozó, akkor gyermeke 7 éves koráig lehet gyermeknevelési szabadságon.

Az ökológiai modell

Minden család vállalja gyermekei szocializációjának feladatát, hogy egy nagyobb közösség tagjaivá váljanak. A kisebbségi családokban ez a folyamat különbözik a többségi családoktól. Ezen modell célul tűzi ki a különböző kulturális értékek megismerését.

Az ökológia, a korai rizikó tényezőkre vonatkozóan, kétféle kölcsönhatásra hívja fel a figyelmünket:

- A gyerekeknek, mint biológiai lénynek a kölcsönhatása a közvetlen szociális környezettel;
- A szociális rendszerek kölcsönös befolyása a gyerek fejlődésére.

Az ökológia az emberi szervezet és a környezet közötti kapcsolatot tanulmányozza.

Egy ökológiai perspektíva arra emlékeztet, hogy a gyerek fejlődése a biológia és a környezet közötti kölcsönhatás eredménye. Szó van azokról a tulajdonságokról, amelyekkel a gyerek születik és azokról, melyeket a nevelés során sajátít el.

Bronfenbrenner (Ettetal, & Mahoney, 2017) egy ökológiai szemléletű modellt dolgozott ki. Azt feltételezi, hogy a gyerek fejlődését 4 alapvető és egymásra tevődő rendszer határozza meg:

- Mikrorendszer: azt a szűk, közvetlen környezetet jelöli, amelyben a gyerek felnő: család, bölcsőde, óvoda, iskola.
- Mezőrendszer: a különböző mikrorendszerek közötti kapcsolatokat jelöli, amelyek révén a gyerek megtapasztalja a realitást, a valóságot. A mezőrendszer gazdagságát az őt alkotó kapcsolatok száma és minősége határozza meg.
- Exorendszer: azt a környezetet jelöli, amely befolyásolja a gyerek fejlődését, de maguk a gyerekek nem aktív részesei ezeknek a rendszereknek.
- Makrorendszer: széles értelemben vett valós és lehetséges világra vonatkozik.

Ez a modell (Hodges, 2019) dinamikus jellegű és a gyerek fejlődését befolyásoló folyamatok interaktívak, folyamatosak. Ennek értelmében a gyerek fejlődését befolyásoló tényezőről csak akkor tudjuk megmondani, hogy milyen hatást gyakorol, támogató vagy gátló, ha ezt az ökológiai modell szempontjából próbáljuk meg átgondolni.

A bio-pszicho-szociális modell

Felismeri a pszichológiai, szociális, és kulturális faktorok szerepét egy állapot kialakulásában és lefolyásában. A bio-pszicho-szociális elmélet szerint a különböző zavarok kialakulásában prediszponáló, precipitáló (sérüléshez vezető ok) és fenntartó tényezőket különítenek el. Hajlamosságot jelenthet a genetika, a családi minták, és az egyéni pszichológiai eltérések (szorongás, depresszió, stb.) is. Precipitáló tényező lehet valamilyen aktuális lelki trauma (gyász, frusztráció) is.

Ennek a modellnek az alapján elmondható, hogy a humán működés bármely eleme befolyásolhatja az összes többi. Kölcsönhatás van tehát a biológiai, pszichológiai, viselkedési és szociális terület között.

A tanulók sokszor nem tudják mire van szükségük vagy mit is szeretnének, sokszor nem is akarnak kezdeményezni. Különböző a hátterük, a tapasztalatuk, az erőforrásaik és sokukban nem alakult ki az iskolában az aktív tanulás képessége (Milana és mtsai, 2018).

Zárógondolatok

A gyógypedagógusoknak továbbra is az a legfontosabb feladata, hogy egyénileg fejlesszék a sérülteket, támaszt nyújtsanak szüleik számára és a társadalom felé közvetítsék az új szemléletmódot: a sérült ember ugyanolyan értékes, mint az ép.

A legmegfelelőbb mégis az, ha már iskoláskor előtt kiszűrjük a zavarokat és megelőzzük a tanulási nehézségeket, valamint a főleg ebből fakadó viselkedési problémákat. Ha a speciális szükségletű gyermek korai fejlesztésben részesült, illetve az óvodában a speciális képességfejlesztést is biztosították számára, kikerülhetővé válik a címkézés, a stigmatizáció, megelőzhetővé válik a tanítói elnéző, sajnálkozó attitűd és az ebből fakadó fals pozitív értékelés, így valódi esélyegyenlőséggel indulhat el az iskolai pályán, utazótanári segítséggel versenyképessé válik. A sikeres inklúzió példái fogják a helyi közösségek szemléletét megváltoztatni, a sérülés pusztán egyik tulajdonsága lesz a gyermeknek, nem pedig a fő jellemvonása.

Felhasznált szakirodalom

- Bárány A. (1936). *Contribuții la istoria balneologiei ardelene*, Tipografia Albert, Cluj-Napoca.
- Berkes J. (szerk., 1911). Törvényjavaslat az érzéki és értelmi fogyatkozásban szenvedők oktatásáról és gyámolításáról. *Magyar gyógypedagógia*, III/1, Tanügyi havi folyóirat, Bichler könyvnyomda, Budapest.
- Chyzer K. (n.a.). *Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye*. Dobrowsky és Franke kiadása, Budapest, 1895 – 1900.
- Comănescu, I., Mihaș, I., & Petrescu, R. (1989). *Ocotirea familiei în dreptul social list român*. Editura politică, București.
- Court, J. (2017). *Reading by Right*. USA: Facet Publishing.

- Crăiniceanu, Gh. (1925). *Istoricul instrucțiunei, literaturii și legislațiunei copiilor anormali*. Lit. Baga, Cluj-Napoca.
- Cseh K. (1878). *Egészségügyi levelek egy anyához*. Buschmann nyomda, Budapest.
- Csorba J. (1833). *Észrevételek az éghajlatnak s más természeti okoknak befolyásáról az emberre erkölcsi és polgári tekintetben*. Esztergami K. Beimel József nyomda, Pest.
- Ettekal, A. & Mahoney, J. (2017). Ecological Systems Theory. In Peppler, K. (ed.) *SAGE Encyclopedia of Out-of-School Learning*. 239-241.
- Halder, S., & Assaf, L. (2017). *Inclusion, Disability and Culture An Ethnographic Perspective Traversing Abilities and Challenges*. Springer.
- Hodges, T. (2019). What Do Middle Grades Preservice Teachers Believe about Writing and Writing Instruction ? *Research in Middle Level Education*, 42(2), 1-15. doi:10.1080/19404476.2019.1565508
- Horváth J. (1830). *A testi gyermeknevelés megjobbítására szolgáló javaslatok az első életszakaszokban*. Hartleben C Adolf nyomda, Pest.
- Kármán E. (1922). A gyermek erkölcsi hibái és betegségei. Tóth Gy. (szerk., 1984) *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történethez”*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Komenszky I. (1825). *Komenszky István orvosi értekezése a magyarországi levegő egészséges létéről általánosan*. Petrózai Tratter Mátyás betűível, Pest.
- Köpeczi B. (szerk., 1989). *Erdély rövid története*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Kupenski, C. EM. (1919). *Câteva cuvinte despre reeducația profesională a invalizilor din răsboi*. „Convorbiri literare”.
- Legea nr 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap publicat în *Monitorul Oficial*, I/1006 din 18 decembrie 2006.
- Mesterházi Zs. (szerk., 2001), *Gyógypedagógiai lexikon*. ELTE BGGyTF, Budapest.
- Mesterházi Zs. (2002). Az emberi erőforrás átalakulása a gyógypedagógiában. *Gyógypedagógiai Szemle*, XXX/4, Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, Budapest.
- Milana, M., Webb, S., Holford, J., Waller, R., & Jarvis, P. (2018). *The Palgrave International Handbook on Adult and Lifelong Education and Learning*. London: Springer.

- N.L. (1836). A siketnémák oktatásáról. *Tudományos gyűjtemény*, 1817-1823, III, Trattner Tamás János betűivel és költségével, Pest.
- Németh L., & Váradi Zs. (1899, szerk.). Ügyünk a gyermekvédő kongresszuson. *Gyógypedagógiai Szemle*, I./10.
- Orbán R. (2007). A sérültek helyzete a társadalomban. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, Asociatia Pro Studium et Practicum Psychologiae, VIII/1. Kolozsvár.
- Orbán R. (2007). Az erdélyi gyógypedagógia kialakulásának előzményei. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, Asociatia Pro Studium et Practicum Psychologiae, VII/ 3., Kolozsvár.
- Orbán R. (2020). A „papiros”: sajátos nevelési igény kisiskoláskorban Kotta I (szerk.). *Félszkelődők*. Presa Universitara Clujana, Cluj.
- Pálhegyi F. (1992, szerk.), *Neveléstörténeti olvasmányok Finánczy Ernő műveiből*. Ráday nyomda, Budapest.
- Rill J. (1882). A hülyék neveléséről és ápolásáról. *Magyar Paedagógiai Szemle*, Budapest.
- Rusceac, D. (1923). *Orbii, surdo-muții și anormalii (Studiu despre reforma școlară)*, Institutul de arte grafice și editură „Glasul Bucovinei”, Cernăuți.
- Sándor, I. (2008). A cselekvőképesség kategóriáinak lehetséges változásairól a jognyilatkozatok érvényessége szempontjából. *Az értelmi fogyatékosággal élők helyzetének jogi aspektusa és az új polgári törvénykönyv tervezete*, ÉFOÉSZ, Budapest.
- Sávai J. (1997). *A csíksomlyói és kantai iskola története* Ferences Nyomda, Szeged.
- Schiffer Cs. (1996, ford.) *Cselekvési tervezet a sajátos nevelési igényű tanulók számára* Nemzetközi konferencia, 1994. június 7-10., Salamanca, Spanyolország. Budapest.
- Teodoru, D.A. (1906). *Progresele școlii secundare în primii 40 de ani de domnie a M.S. regelui Carol I*. Tipografia „Voința Națională”, București.
- Tóth Gy. (1989.szerk.). *Szemelvénygyűjtemény a „Gyógypedagógia-történethez” III., Szomatopedagógia-történet*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Vrășmaș, T. (2004). *Școala și educația pentru toți*. Editura Miniped, București.

2. Paradigmaváltások a gyógypedagógiában

Kulcsfogalmak:



Sérült ember, akadályozott ember, speciális nevelési szükséglet, speciális nevelés, individualizált oktatási programok, akadálymentesítés, károsodás (impairment), rokkantság, fogyatékosági folyamat, részvétel, cselekvőképesség, legkevesbé korlátozó környezet, speciális intézetek, ISCED (International Standard Classification of Education), utazótanár, nevelhetőség

A gyógypedagógiai terminológia változása is jelzi a sérültekkel szembeni attitűdváltásokat, elősegítve a társadalmi beilleszkedésük folyamatát. Az első elnevezések ma már erősen pejoratívak.

“Amikor egy diagnózis alapján ítélsz meg valakit, lemaradsz a képességeiről, szépségéről és egyediségéről.”

A magyar nyelvben manapság használatos valamennyi kifejezésnek megvan a maga előnye és hátránya: (Kálmán, & Könczei, 2002).

A *sérült ember* megnevezés ma talán a legáltalánosabban elfogadott, legalábbis az érintettek körében, míg a szakemberek túl általánosnak és emiatt pontatlannak tartják. Előnye, hogy talán a legkevesbé diszkrimináló. Hátránya a bizonyos fokú pontatlanság mellett az is, hogy nem utal a társadalmi környezetre, azt sugallja, mintha a sérültség csupán az egyén problémája lenne.

Az *akadályozott ember* kifejezés kevésbé diszkriminál, az akadályozottságban benne van a személyes elem mellett a környezeti és a társadalmi elem is. Ebben a fogalomban a hangsúly eltolódik a környezetre, amely nem alkalmas arra, hogy a személy szükségleteit kielégítse (Horváth, 1999). Hátránya az, hogy túl hosszú, és különösen a hosszabb alak meglehetősen nehézkes. Az érintettek nem kedvelik, így ez a kifejezésforma leginkább a szakemberek körében használatos.

A *fogyatékos ember* a leghagyományosabb, sajnos ma is széles körben elterjedt kifejezés. Hátránya, hogy az érintettek gyakran bántónak és diszkriminatívnak tartják, és szintén nem utal a társadalmi környezetre. Általában, ha azt mondjuk valakire, hogy fogyatékos, az átlagtól való negatív eltérésre utalunk, és ez válik a személy fő meghatározójává (Horváth, 1999).

A mai magyar köznyelvben és szakmai nyelvben egymás mellett élnek a fent említett kifejezések (Kálmán, & Könczei, 2002). Előnyeiket, hátrányait ismerve és ismertetve arra a következtetésre jutottak, hogy éppen e párhuzamosság miatt nem kötelezik el magukat egyik mellett sem. Tiszteletben tartva az érintettek érzékenységet, a szakmai követelményeket, és rugalmasan alkalmazkodva az alakulóban lévő nyelv követelményeihez a szövegösszefüggésnek megfelelően, váltakozva élnek hol az egyik, hol a másik kifejezésformával.

A különböző meghatározások abból a tényből indulnak ki, hogy vannak olyan gyermekek, fiatalok és felnőttek, akik nem képesek a szokványos módon beilleszkedni a családba, az iskolába, a munkába és a társadalomba. Ezek szerint a gyógypedagógia területére azok tartoznak, akik fizikai vagy pszichikai károsodást szenvedtek, és ennek következtében környezetükhöz nem tudnak megfelelően alkalmazkodni.

A szakmai és köznapi szóhasználatban az akadályozottság kifejezés egyre inkább teret hódít, átveszi a fogyatékoság fogalmának jelentését, összefoglalja az adott állapotot, amelyre az előző, ma már pejoratív fogalom utal. Alapvető oka ennek a váltásnak a fogyatékoság kifejezéséhez kapcsolódó kedvezőtlen, negatív minősítés (például több mint 100 évvel ezelőtt a „hülye”, „idióta” kifejezéseket az intellektuális képességszavar szakmai megjelöléseként használták, ma már ezen fogalmak használatakor leginkább a hozzájuk kapcsolódó diszkriminatív, pejoratív jelleg kerül előtérbe). Tehát szakmai téren egy új megközelítési módról beszélhetünk.

Minél komplexebb, fejlettebb egy adott társadalom, minél inkább teljesítményorientált, annál inkább növekedik az alkalmassági küszöb, aminek következtében több személyt fognak akadályozottnak minősíteni. Azonban ebben az esetben az érem másik oldalát is fontos megvizsgálunk, ugyanis ebben az esetben sokkal inkább nagyobb a valószínűsége annak, hogy hamarabb felismerik a veszélyeztetett gyermekeket, így magas színvonalú gondozást és szociális támogatást tudnak nekik nyújtani.

A *speciális nevelési szükséglet* fogalma, ellentétben a fogyatékoság fogalmával, kevésbé pejoratív, a gyermek esetében nem a hiányosságokra – deficit leltár – hanem az oktatási teendőkre összpontosít, arra a kérdésre, hogy mit kell tenni. Maga a szóhasználat szándékosan kerül a különböző fogyatékosági kategóriákat, ezáltal elszakad a hagyományos orvosi szemlélettől, és áttér a pedagógiai szemléletre.

E tágabb aspektusból nézve, a speciális nevelés úgy értelmezhető, mint bármely formájú és szintű járulékos segítség a tanulási problémák leküzdésére. Ezen kiterjesztés révén nem arra akarjuk felhívni a figyelmet, hogy az általános iskolába járó tanulók között vannak olyan gyermekek, akiket valamilyen tanulási zavarosnak kellene tekinteni, hanem inkább arra, hogy a fogyatékoság szerinti osztályozás nevelési szempontból nem megfelelő. Magának a fogyatékoságnak az ismerete nem nyújt elegendő ismeretet a szükségletekhez igazodó (individualizált) oktatási programok kidolgozásához, egyazon fogyatékosági kategória esetében az egyéni nevelési szükségletek igen széles skálájú változatosságával találkozhatunk. Pusztán a deficitre koncentrálni, amelynek van pozitív tulajdonsága is (pl. a kiemelt és elkülönített gyermek, vagy csoport számára külön anyagi pótlékok igényelhetők), megnő a veszélye annak, hogy a figyelem elterelődhet olyan lényeges szempontokról, amelyek segíthetik a tanulót az eredményes munkában.

Fontos azonban azt is tudatosítanunk, hogy semmiképpen sem csak egy egyszerű névcseréről van szó. A támogatás biztosítása számos országban túlnyúlik a klasszikus értelemben vett fogyatékos kategórián. A speciális szükségletű vagy képességű gyermekek oktatása igen nehéz feladat elé állítja az erre vállalkozó pedagógust.

Minden gyakorló pedagógus tudja saját gyakorlatából, hogy számos olyan gyermek van az osztályban, aki valamiféle tanulási vagy magatartási problémával küszködik. A speciális nevelési szükséglet fogalma kiterjeszthető tehát minden iskolásra, akinek gondjai vannak a tanulással, és nem csupán a fogyatékosok kis létszámú csoportjaira vonatkozik.

Napjainkban sokat beszélnek az akadálymentesítésről, kutatják és a törvényekben is megfogalmazzák, hogy a sérült embereknek biztosítanunk kell a mozgásszabadságot (utcán, közintézményekben stb.) valamint az információkhoz való hozzáférhetőséget (Braille írás, jelnyelv, adaptált információs hálózatok minden egyes csoportnak megfelelően). Mindennek a megvalósítása érdekében fontos a szolgáltatások átszervezése úgy, hogy ne csak egyénre szabott programok legyenek, hanem használják ki a közösség erőforrásait is, legyenek flexibilisek, biztosítsanak reális esélyeket, és legfőképpen minden szolgáltatás középpontjában a sérült személy álljon (Pah, 2000).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) nomenklatúrája

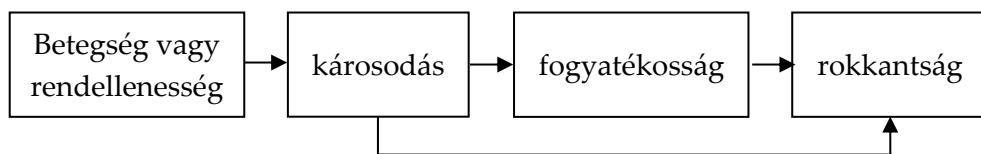
Az Egészségügyi Világszervezet nomenklatúrája szerint a „Károsodás (impairment) időszakos vagy állandó anatómiai, élettani vagy pszichológiai veszteséget, illetve rendellenességet jelent (például sérült testrész, szerv, amputált végtag, beszűkült tüdőfunkció, szorongás). A károsodás tehát a biológiai működés zavara.

Fogyatékoság (disability) az ember normális szenzoros, motoros vagy mentális funkcióihoz (például járás, tárgyak mozgatása, látás, beszéd, kapcsolattartás) szükséges képességek részleges vagy teljes, átmeneti vagy végleges hiányát jelenti. A fogyatékoság tehát a speciálisan emberi funkciók zavara.

Rokkantság (handicap) az egyén kora, neme és társadalmi szerepe szerint elvárható mindennapi tevékenység (például önellátás, társas kapcsolatok, tanulás, keresőképeség, szórakozás) tartós akadályozottsága. A rokkantság tehát az embernek, mint társadalmi lénynek társadalmi funkcióiban bekövetkező zavara.” (Kullmann, 2000).

A WHO tehát fogyatékosági folyamatról beszél, amelynek alapját betegségek, balesetek, valamint a környezet, társadalmi elvárások, szokások képezik. ezek hatására és beavatkozások nélkül az állapot spontán módon rosszabbodik. Ennek kialakulási folyamatát a második ábra szemlélteti.

A gyakorlat terén, ha a beteget a károsodás zavarja, akkor arra fog panaszkodni, hogy nem hall jól vagy nem lát jól, fáj valamelyik végtagja, függetlenül attól, hogy ezt mi okozza. Fogyatékoság értelmezésében a kliens arra fog panaszkodni, hogy nem érti a beszédet, nem tud olvasni vagy nem tud felmenni a lépcsőn, domboldalon, nem bír sokáig állni a lábán stb., azaz tevékenységi képességének beszűküléséről beszélünk.

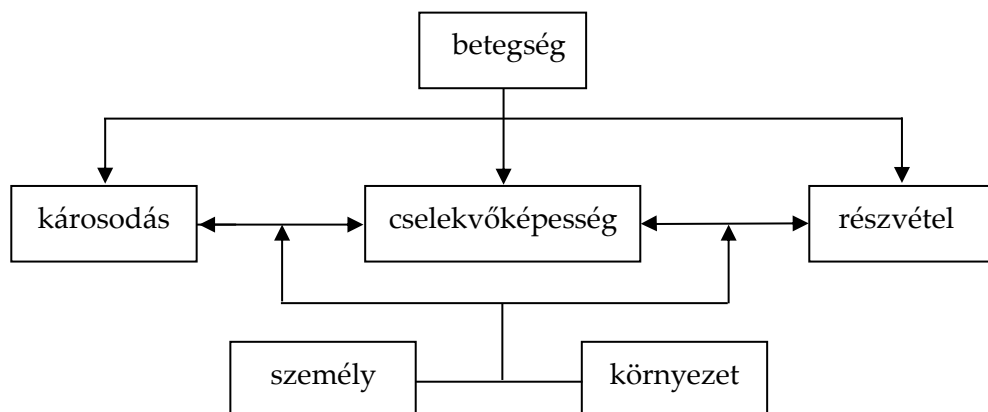


2. ábra. A WHO folyamatmodellje (Kullmann, 2000)

Ha ezt az embert rokkantsága zavarja arra fog panaszkodni, hogy képtelen magát ellátni – vagy jobbik esetben önellátási problémái lesznek -, nehézkessé vagy éppen lehetetlenné válik számára hobbijának végzése, azaz társadalmi szerepeit nem fogja tudni teljesíteni.

A WHO fenti kiadványának második verziója szerint (Kullmann, 2001) a betegség fenti következményei külső környezeti és személyes tényezők hatására visszafordíthatók, csökkenthetők. Ilyen például a környezeti infrastrukturális feltételek – rámpa, alacsonyabbra is állított csengők, telefonok – megteremtése, ergonómiai eljárások alkalmazása, illetve elvárások és attitűdök formálása. Ez az új megközelítés már figyelembe veszi az érintett személy autonómiáját, motiváltságát és lehetőségeit saját sorsának irányításában.

Az akadályozottság kifejezi, hogy társadalmi szinten jelentkezik a problémák. Strukturális, funkcionális szinten működő normáktól való eltéréstől van tehát szó, de mivel maguk a normák is társadalmi, kulturális értékelés, megegyezés eredményei, az egyén nehezen képes a normákat saját világához igazítani. Ebben az értelemben a SNI ember csupán bizonyos élethelyzetekben kerül hátrányos helyzetbe, máskor pedig képes autonóm döntéseket hozni.



3. ábra. A WHO új modellje (ICF modell, in Rosenbaum & Stewart, 2004)

Az új verzióban a negatív kicsengésű fogyatékoság kifejezés megjelölése helyett a *cselekvőképesség*, míg a rokkantság kifejezés helyett a *részvétel* áll.

A WHO legújabb értelmezése szerint a betegség következményei külső környezeti és személyes tényezők hatására megfordíthatóak, a súlyosabb helyzetek keletkezése nem sorsszerű. Figyelembe veszi tehát az egyén autonómiáját, motiváltságát, lehetőségeit sorsának alakításában.

Az élethosszig tartó tanulás kulturálisan meghatározott, értékelt, holisztikus, vizionáló, leíró (narratív) fogalom. Értelmezése függ a kulturális kontextustól. A szociokulturális tanulás-elméletek szerint a tanulás szociális

természetű, melyet a kulturális kontextus és az eszközök alakítanak (Milana és mtsai, 2018).

A speciális intézetek kialakulásának története

A speciális intézetek azért születhettek meg, mert bebizonyosodott, hogy a sérültek képesekké válhatnak az önfenntartásra, így az államnak, a társadalomnak és nem utolsósorban a családjuknak kevésbé költséges a jelenlétük. A speciális intézetekben a sérültek elsajátíthatták az általános műveltséghez tartozó elemi ismereteket és ezzel párhuzamosan szakmát tanulhattak (Pukánszky & Németh, 1994).

A speciális nevelési igényűek közül először a hallássérültekről feltételezték, hogy képesek termelőmunkát végezni. A hallássérültek nevelésével először Pedro Ponce de Leon, spanyol apát foglalkozott (1526). Legalább 12 gyermek tanulta meg tőle a szónyelvet, az írást és olvasást, illetve egyéb fontos ismereteket.

Az 1700-as évek második felében kialakult Európában a hallássérültek oktatásának két módozata, melyeket napjainkban is alkalmaznak. Az egyik a francia rendszer, melyet Charles Michel l'Épée (1760) francia apát dolgozott ki. Pályája azzal kezdődött, hogy egy siketnéma kislányt saját otthonában tanított. Ez a rendszer a jelnyelv és a daktil nyelv használatát szorgalmazza. Elgondolását a XVIII. Század enciklopédista filozófiájára alapozta, melynek jeles képviselői: Helvetius, Diderot, Condillac és Rousseau voltak.

A német rendszert Samuel Heinicke (1727) dolgozta ki a Kant-i filozófia alapján. Ő a hallássérülteket elsősorban beszélni tanította. A beszéd látható, érzékelhető elemeit felhasználva, előbb kialakította a zöngét, majd elkezdte a hangtanítást (Borbély, idézi Orbán, 2007).

A bécsi hallássérültek intézete, mely 1779-ben nyitotta meg kapuit, ami modellként szolgált az első magyarországi intézet - Vác, 1802 - számára. A váci intézet pedig az erdélyi intézetek alma mater-jének tekinthető. 1859-ben Temesváron, 1884-ben Aradon és 1888-ban Kolozsváron nyitotta meg kapuit hasonló intézet.

A fiatal hallássérülteknek nemcsak elméleti, hanem gyakorlati oktatást is biztosítottak. Olyan mesterségeket tanulhattak, melyek nem igényelnek különösebb tőkebefektetést, egyszerűek és főleg jó szem-kézkoordinációt követelnek. Ilyen kritériumok alapján a hallássérült férfi lehetett: szabó, cipész,

esztergályos, fazekas, ács, asztalos, lakatos, könyvkötő, szíjgyártó, kosárfonó, kertész. Ilyen mesterséggel kisvárosban képesek voltak fenntartani magukat. Nagyvárosban jövedelmezőbb volt számukra a szobafestés vagy a fényképészet. Ha volt saját földterületük, akkor lehettek földművesek vagy méhészek.

A lányok foglalkozhattak hímzéssel, varrással, kötéssel, vagy elhelyezkedhettek háztartási alkalmazottként (Klis, idézi Orbán, 2007).

Kolozsváron 1900-ban hozták létre a szegény vakok intézetét azok számára, akiknek addig nem volt tisztességes megélhetőségi lehetőségük, nem voltak egyenlő jogaik az ép érzékűekkel, könyöradományokra szorultak és koldulásból tengették életüket.

Az elemi oktatás elindításával egyidejűleg kezdték el a hároméves szakiskola működtetését is. A műhelybe nyolc, szakoktatásra alkalmas 14 éven felüli vakot vettek fel. Látó mester vezetésével a tanulók megtanulhatták a kefekötést vagy a kosárfonást.

A felnőtt vakok temesvári intézetét, melyben különböző szakmunkákat (nádszékek készítése, kosárfonás) tanulhattak, 1906-ban alapították. A felvételt nyertek életkora 14 és 35 év közötti, az idősebbek azok közül kerültek ki, akik később veszítették el látásukat.

A szakoktatásban a tanulókat három csoportba sorolták: a kezdők, akiknek meg kellett tanulniuk a szabályokat, be kellett illeszkedniük a műhely életébe; a haladók, akiknek már voltak szakismereteik és szerették a munkát; a harmadik csoportba tartoztak a „reedukáltak”, akik önállóan tudtak dolgozni.

1900-tól Zsuk községben működött a mozgássérültek speciális iskolája. Amikor a tanügyben általánossá vált a külön iskola lányok és fiúk számára, akkor ebben az épületben csak a fiúk maradtak, a lányok számára pedig hasonló intézet jött létre Buzauban. Az intézetbe elsősorban mozgássérülteket vettek fel, de a későbbiekben foglalkoztak halmozottan sérültekkel is, akiknél a mozgássérülés intellektuális képességzavarral társult. 2002-től az intézetet átszervezték, a mozgássérültek integrált oktatásban vettek részt. Az intézet az Egészségügyi Minisztérium fennhatósága alá került, és 42 halmozottan sérült, többségükben árva gyermek lakott az épületben. Később az intézetet felszámolták és a gondozottak átkerültek más speciális elhelyező központokba.

A Monarchia területén Frim Jakab életcéljául tűzte ki az értelmi sérültek érdekvédelmének biztosítását. 1875-ben létrehozta számukra a Munka elnevezésű intézetet, melynek megnyitásakor egyetlen tanulója volt, de ez a szám gyorsan 7-re szaporodott.

Kisegítő iskolába azokat a gyermekeket vették fel, akik agyi károsodás miatt az általános iskola követelményeinek képtelenek voltak megfelelni. Az áthelyezésről a szakbizottság döntött, miután az orvos megállapította az intellektuális képességzavart és bizonyítottá vált, hogy az általános iskola mindent megtett a felzárkóztatás érdekében. Első osztályba csak 8-10 éveseket vettek fel, a törvény nem tette lehetővé a negyedik osztályosnál nagyobb gyermekek áthelyezését. Lehetőség volt arra is, hogy a kisegítő iskolából, ha úgy látták, hogy képes lenne a követelmények teljesítésére, a gyermeket általános iskolába átirassák.

Erdélyben az első IKZ gyermekeket fogadó intézetet Boros-Jenőn (Arad megye) hozták létre. Hasonló intézet működött Temesváron „Fehér Kereszt” néven, valamint Szatmárnémetiben. Kolozsváron 1918-ban alakult kisegítő iskola.

1904-ben kezdtek el siket-vakok oktatásával foglalkozni. Adler Simon egy siket-vak kislánynak megtanította a Braille írás-olvasást, kialakította kommunikációs képességét. A kislány szabadidejében szívesen kézimunkázott. Felvette a kapcsolatot más siket-vakokkal is, levelezett például Helen Kellerrel is.

A siket-vakok oktatása sokáig elszórt próbálkozásokra korlátozódott. Általában a halmozottan sérülteket nem vették fel az intézetbe, vagy ha valamilyen csoda folytán bekerültek, akkor nagyon rövid idő múlva, mint képezhetetlent hazaküldték. 1910-ben minisztériumi rendelet tette lehetővé, hogy a három érzékűek a vakok intézetébe felvételt nyerhessenek, külön osztályba, mely általában egy, esetleg két tanulóval működött (Kleitsch, idézi Orbán, 2007).

Habár a nemzetközileg híressé vált esetek nem jelentettek kimondottan követendő mintát minden körülmények között, úgy tartották, hogy minden siket-vak gyermek szakmai kihívás az intézet számára. Az egyéni sajátosságok és a számukra legmegfelelőbb módszerek és eljárások alkalmazása gyakorlatilag minden esetben egyedi. A „speciális iskolák” létrehozásának célja az volt, hogy a sérültek a társadalom hasznos tagjaivá váljanak. A ké-

sőbbiekben azonban a cél megváltozott, diszkriminatívva vált, mivel a társadalom megbélyegezte azokat a gyermekeket, akik speciális iskolába jártak, romlott a beilleszkedési esélyük, élesen elkülönítették azokat a gyermekeket, akiknek sajátos pedagógiai-oktatási segítségre volt szükségük azoktól, akiknek erre nem volt szükségük. A gyermekeket meghatározott homogén kategóriákba, csoportokba sorolták. Ennek a pozitív diszkriminációnak a hátterében az a megfontolás állt, hogy ezekkel a homogén csoportokkal olyan szakemberek foglalkozzanak, akik messzemenően ismerik őket és fejleszthetőségük lehetőségeit.

Természetesen ez a „határvonal” egyáltalán nem bizonyult élesnek, számos olyan gyermekkel találkozunk (találkoztunk) az általános iskolai oktatás keretei között, akik komoly gondokkal küzdenek.

Magát a speciális nevelés fogalmát számos nézőpont felől közelíthetjük meg. Elmondhatjuk, hogy a speciális nevelés tulajdonképpen egy törvényes keretek által irányított oktatási, nevelési forma, amelynek keretein belül a szülőknek törvények által biztosított joga van részt venni a gyermek egyéni fejlesztési tervének a kidolgozásában.

Adminisztratív szempontból a speciális nevelés az oktatási rendszer szerves részét képezi, amely megkövetel egy jól megszabott tanuló-tanár létszamarányt, illetve jól meghatározott anyagi juttatások biztosítását a speciális nevelési szükségletű gyermek típusának függvényében. Szociológiai, politikai nézőpontból úgy értelmezhetjük, mint az emberi jogok elismeréséért vívott harc egyik eredménye, amely bizonyította a társadalom attitűd változását az akadályozottsággal élő emberekkel szemben.

A speciális nevelést úgy is meghatározhatjuk, mint egyéniesített, rendszeresen alkalmazott és körültekintően ellenőrzött nevelési, oktatási folyamatot, abból a célból, hogy az egyén elérje saját én-hatékonyágát, és sikeresen legyen képes teljesíteni a jelenben és a jövőben.

A tanulás- és magatartászavarok megelőzése és terápiája nagyon fontos feladat, melyet pluridiszciplináris teammunkával (jogász, gyógypedagógus, pszichológus stb.) kívánnak megvalósítani. Elismerik a speciális nevelési szükséglet által meghatározott többletszolgáltatások létjogosultságát. A bűnelkövető fiatalok számára speciális szolgáltatásokat is nyújtanak, valamint létrehoznak számukra olyan centrumokat, melyekben megoldható támogatásuk, irányításuk és felügyeletük (DGASP, 2006).

A gyermekvédelem elsődleges feladata a legkevésbé korlátozó környezet biztosítása minden speciális szükségletű gyermek számára. Minden gyermeknek joga van a többiekkel együtt tanulni, az iskolaválasztás a szülő joga. Az iskolának pedig az esélyegyenlőség megteremtése mellett figyelembe kell vennie minden gyermek egyediségét és tanulási potenciálját. Az oktatás végső célja a speciális szükségletű személyek szociális és szakmai integrációjának megvalósítása. A sérült gyermekek szocializációjának elősegítése érdekében gyógypedagógiai, szabadidős és szakmai felkészítést biztosító foglalkoztató otthonokat hoz létre vagy bővít ki.

Az ISCED (International Standard Classification of Education) kategóriák kiterjednek a gyógypedagógia területére is. Három speciális nevelési szükségletű csoportot különíthetünk el.

1. táblázat A speciális szükséglet ISCED által meghatározott alcsoportjai

„A” kategória	„B” kategória	„C” kategória
Jellemzően organikus eredetű fogyatékoság. Kialakulásukat a család szociális helyzete alig befolyásolja. Orvosiilag egyértelműen diagnosztizálható rendellenességek: közép súlyos és súlyos intellektuális képességzavar hallássérülés, látássérülés, mozgássérülés, halmozott sérülés.	Azok a gyermekek sorolhatóak ide, akik nem tartoznak dominánsan sem az A sem a C kategóriába Ide sorolhatóak a tanulási zavarok, viselkedészavarok, enyhe intellektuális képességzavar.	A sajátos nevelési igény elsődlegesen a szociális, gazdasági, kulturális és/vagy nyelvi faktoroknak köszönhető pl. Kommunikációs zavar.

Ezeket a gyermekeket sajátos nevelési szükségletű gyermekeknek nevezzük. Fontos megjegyeznünk, hogy a sajátos nevelés fogalma a gyermek különleges pedagógiai bánásmódra való ráutaltságát jelenti, vagyis ez a szükséglet a gyermek bizonyos nevelési feltételek között kialakuló helyzeti tulajdonsága.

A neurotipikus ember nem közeledhet a SNI személyhez a megszokott elvárásokkal, igényekkel. Csak olyan ember vállalkozhat arra, hogy velük foglalkozzék, aki önként átlépi azt a láthatatlan határt, amely a SNI és a neurotipikus embereket elválasztja egymástól. Ez azt is jelenti, hogy velük emberi közösséget vállal.

A speciális intézetek, iskolák, illetve osztályok létrehozását történetileg a XVIII, XIX sz.-i oktatáspolitikai törekvések tették lehetővé, amikor is a különböző fogyatékosági kategóriákba való sorolás, illetve ezen csoportok homogenizálása révén próbálták megoldani ezen fiatalok oktatását. Az oktatási rendszer fejlődése révén ezen gyermekek tanítására olyan szakembereket képeztek (képeznek), akik legjobban ismerik őket, illetve a fejlesztési lehetőségeket.

Ma már azonban ezek az intézetek átalakultak vagy átalakuláson mennek keresztül. Tanulóik a tanítási idő teljes vagy részleges idejét többségi iskolában, osztályban töltik, míg a fennmaradó időben szakember bevonásával speciális terápiás fejlesztésben részesülnek.

Maga a gyógypedagógus nem csak az érintett személyek fejlesztésével foglalkozik, idejének egy részét a sajátos nevelési szükségletű gyermek szülei is tölti, tanácsokat és segítséget nyújtva a szülőknek abban, hogy hogyan foglalkozzanak otthon vele.

Szakszolgáltatási területüket egyre bővítik, utazó tanári rendszerrel, gyógypedagógiai hálózat kiépítésével, pedagógiai kabinetekkel stb.

Az utazótanár lehet gyógypedagógus, pszichológus vagy pedagógus, különleges esetekben azonban elegendő a tanítói végzettség. Ha ezek a követelmények nem megvalósíthatóak, akkor a jelöltnek legalább egy rövid elismert gyógypedagógiai tanfolyamon kell részt vennie.

A szakemberhiány azzal magyarázható, hogy 1975-ben megszűnt Romániában a gyógypedagógus és pszichológus-képzés, melyet csak 1990-ben indítottak újra Bukarestben és Kolozsváron, illetve Temesváron és Jászvárosban is. A végzősök nemcsak utazótanárok lehetnek, hanem gyógypedagógus vagy pszichológus tanárok, illetve logopédusok az iskolaközi vagy orvosi rendelőkben (Chiş és mtsai., idézi Orbán, 2008).

Az utazótanár a speciális iskola vagy a gyógypedagógiai központ alkalmazottja volt, 2025 szeptemberétől a Megyei Nevelési Tanácsadó és Erőforrás Központé, akinek feladata, a tanár munkájának hatékonyságát növelni. Példát kell mutatnia, hogyan lehet minden egyes gyermeket értékelni, esélyegyenlőséget biztosítani, hogyan lehet elérni azt, hogy a gyermek lehetőségeihez képest maximális teljesítményt érjen el (Vrasmas, 2004). Az egyénileg integrált gyermek tanulási zavarait kell korrigálnia és szociális beilleszkedését elősegítenie. A tanárképzésnek el kellene mozdulni a technikai – racionalitás megközelítésből egy holisztikus modell irányába, melynek célja a humán tanulás és tanítás (Florian & Pantic, 2017).

Mindezen célok érdekében az utazótanárok részt vesznek a tanórákon, partner-kapcsolatot alakítanak ki az osztályban tanító tanárokkal vagy a tanítóval. A tanórán kívül speciálisan felszerelt rendelőben egyénileg vagy kiscsoportban foglalkoznak a gyermekekkel, vagy ha az igényeik úgy kívánják, akkor akár a családban is folytathatnak fejlesztő tevékenységet. A jobb társadalmi integráció érdekében elkísérheti a speciális igényű gyermekeket különböző rendezvényekre, könyvtárba stb.

Az utazótanár minden gyermek számára kidolgoz egy egyénre-szabott fejlesztési tervet és segít a szaktanároknak, illetve tanítóknak a tantervi adaptáció megvalósításában majd értékelésében. A team, melynek a szülő is egyenrangú tagja, közösen határozza meg a megfelelő munkamódokat.

Vannak olyan esetek, amikor az utazótanárok facilitálják az egyéni inklúziót, máskor a szülők harcolják azt ki.

A gyógypedagógus a tanítás nevelés során sajátos oktatási módszereket is felhasznál. Például hallássérültekkel foglalkozó gyógypedagógus a jelnyelvet, a cerebrál paretikusokkal foglalkozók különböző augmentatív technikákat (lásd mozgássérültek fejezet) használnak a diákkal való kommunikáció során. Meg kell jegyezzük, hogy nincs két különböző oktatási módszer-csomag, amit csak a speciális, vagy csak a többségi iskolában alkalmaznak, a felhasználásra kerülő módszerek, eszközök, tanítási stílusok alapján véve azonosak.

A nevelhetőség fogalma

A sérült gyermek nevelése nem hárulhat egyetlen személyre, team munkáról van szó, ahol az általános iskolai pedagógus együtt dolgozik a gyógypedagógussal, iskola pszichológussal, logopédussal, gyógytornásszal, orvossal stb. azért, hogy a gyermek számára a legmegfelelőbb szintű ellátást nyújthassa. Maga a „csapat” szorosan együttműködik a családdal, szülővel megosztva a felelősséget, de ugyanakkor a sikereket is.

Gyakran csak néhány szakember vagy szülő hitt abban, hogy a fejleszhetetlennek látszó gyermekben rejlik fejlődési lehetőség. Ha van lehetőség a világgal, a másik emberrel való kapcsolat javítására, akkor ez a legtágabban értelmezett nevelhetőség teszi az embert emberré, még a legsúlyosabb állapotokban is.

A nevelhetőség tulajdonság-együttesnek négy összetevője van. A nevelési folyamat kialakításakor mindenekelőtt arra kell tekintettel lennünk, hogy a gyermek mit tud, hol tart a tudásgyarapodásában, fejlődésében, másrészt arra, hogy a nevelés hogyan, milyen mértékben és milyen ütemben képes megváltoztatni ezt az állapotot, harmadrészt pedig azt kell figyelembe vennünk, hogy milyenek a gyermek távlati fejlődési lehetőségei. A nevelés akkor megfelelő a gyermek számára, ha igazodik a gyermek tudás és fejlettségi szintjéhez, fejlődési üteméhez és fejlődési perspektívájához összefoglalóan kifejező egyedi nevelhetőségéhez. A nevelhetőség negyedik összetevője a gyermeki fejlődés szociális beágyazottsága.

A gyermek szociális környezetétől is függ az, hogy az óvodai, iskolai nevelés mit és hogyan tud elérni a gyermeknél. A gyermek családi környezete, családjának helyzete, kultúrája olyan erős szocializációs hatást gyakorol a gyermekre, hogy az óvodai, iskolai nevelés csak ezekkel számolva, ezekhez igazodva és adott esetben ezeket ellensúlyozva érheti el célkitűzéseit. A gyermek egyedi nevelhetősége a gyermekben és a gyermek környezetében rejlő feltételektől függ.

Alapvető különbség van a neurotipikus gyermekek számára kidolgozott iskolai tanterv és a speciális iskolai tanterv között, mely már a tartalom és a képzési kötelezettségi szint között is megmutatkozik, a speciális nevelést nyújtó intézetekben a képzési tartalom sokkal lebontottabb, sokkal kisebb lépésekben halad előre, sajátos nevelési módszereket alkalmaznak, illetve az oktatási célok megvalósítására szánt idő hosszabb.

Számos speciális nevelési szükségletű gyermek intenzív és rendszeres segítségnyújtást igényel, már olyan alapvető készségek elsajátításában, amely a normálisan fejlődő gyermek esetében a természetes fejlődés eredményeképpen bekövetkezik – például az önkiszolgálási készség, öltözködés, evés, WC használat stb. Ezek olyan készségek, amelyek kialakítását nem tartalmazza a normál-iskolai curriculum, de számos, akadályozottsággal élő gyermek számára készített curriculum szerves részét képezi. Elsajátításukhoz speciális segítséget igényelnek, és célunk az akadályozottság következményeinek csökkentése, kompenzálása. Látássérült vagy vak gyermek speciális oktatást igényel az ún. Braille nyelv elsajátítása érdekében (Louis Braille (1809-1852). Elmondhatjuk, hogy míg a normál iskolai rendszerben maga az iskola diktálja a curriculumot, addig a speciális oktatásban a gyermek egyéni szükségletei határozzák ezt meg.

A nevelhetőség korlátozottsága azonban nem a gyermek formálhatóságának hiányossága, hanem az óvoda, iskola működésének korlátozottsága, diszfunkciója. Nézőpont kérdése, hogy ezen összeillesztési zavar okát az intézményben vagy pedig a gyermekben véljük felfedezni. A hétköznapiakban többnyire az intézmény erősebb, és a gyermeknek saját alkalmatlanságaként kell megélnie azt, amiért a hozzá megfelelő közelségbe kerülni nem tudó nevelés a felelős.

Felhasznált szakirodalom

- Benedict, R. E., & Farel, A. M. (2003). Identifying children in need of ancillary and enabling services: a population approach, *Social Science & Medicine*, Volume 57, Issue 11.
- Florian, L., & Pantic, N. (2017). *Teacher Education for the Changing Demographics of Schooling*. Springer.
- Gordosné Szabó, A (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.
- Illyés, S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYFK, Budapest.
- Kálmán Zs., & Könczei Gy. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris, Budapest.
- Kullmann L. (2000). Az orvosi rehabilitáció sajátosságai. Huszár I., Kullmann L., Tringer L. (szerk.). *A rehabilitáció gyakorlata*. Medicina, Budapest.
- Kullmann L. (2001). A gyógypedagógus szerepe az egészségügyi rehabilitációban. *Gyógypedagógiai szemle*, 2 különszám, 134-140.
- Mesterházi Zs. (2001). *Gyógypedagógiai lexikon*, ELTE BGGyTF, Budapest.
- Mesterházi Zs. (2003). Nemzetközi hatások a magyar gyógypedagógiában. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, Budapest.
- Milana, M., Webb, S., Holford, J., Waller, R., & Jarvis, P. (2018). *The Palgrave International Handbook on Adult and Lifelong Education and Learning*. London: Springer.
- n.a. (2006). *Prioritati DGASP*, <http://www.cjsj.ro>
- Nirje, B., & Perrin, B. (1998). *A normalizációs elv – és félreértelmezései*. Vezérdonal az értelmileg akadályozott emberek bemutatásához. ÉFOÉSZ, Budapest.

- Orbán R. (2007). *A sérültek helyzete a társadalomban*, Erdélyi Pszichológiai Szemle, Asociația Pro Studium et Practicum Psychologiae, vol. VIII, nr. 1. Kolozsvár.
- Orbán R. (2007). *Apariția și dezvoltarea instituțiilor speciale din Transilvania între anii 1800-2004*, teza de doctorat UBB.
- Orbán R. (2007). *Az erdélyi gyógypedagógia kialakulásának előzményei*, Erdélyi Pszichológiai Szemle, Asociația Pro Studium et Practicum Psychologiae, vol. VII, nr 3., Kolozsvár.
- Pah, I. (2000). Calitatea vieții în programele prospective ale secolului XXI vizând deficiența. in Preda, V. *Orientări teoretico-praxologice în educația specială*. Presa Universitară Cluj, Cluj-Napoca.
- Pukánszky B., & Németh A. (1994) *Neveléstörténet* Nemzeti tankönyvkiadó, Budapest.
- Rosenbaum, P., Stewart, D. (2004). The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Model to Guide Clinical Thinking, Practice and Research in the Field of Cerebral Palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11/1, 5-10.
- Ville, I, Crost, M, Ravaud, J F, and Tetrafigap Group (2003). Disability and a sense of community belonging A study among tetraplegic spinal-cord-injured persons in France, *Social Science & Medicine*, Volume 56, DOI: 10.1016/s0277-9536(02)00030-8
- Vrășmaș, T. (2004). *Școala și educația pentru toți*. Editura Miniped, București.
- Yaruss J. S, Quesal R W. (2003) Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): an update, *Journal of Communication Disorders*.

3. Speciális igényű gyermekek a családban

Kulcsfogalmak



Család, támogató rendszer, tükrözés, normatív krízis, valódi krízis, életciklus, családi rendszer, családi interakciók, családi konfiguráció, családi koordináció, családi zártság, környezet-érzékeny család, távolság-érzékeny család, konszenzus-érzékeny család, alkalmazkodás, sokk, Emocionális elfogadás, Tagadás – remény, önbüntető életstílus, racionális elfogadás, konstruktív elfogadás, tanácsadás, irányítás, esélydiagnózis, kis lépések elve, szakmai kompetencia, szülői kompetencia

Aggodalommal teli időszak, mikor egy anya kisgyermekének fejlődését figyelve észreveszi, hogy valami nincs rendben... Keveset mozog, hallgat, nem gógicsél eleget, csöndes, túlságosan is „jó”, vagy éppen sokat sír, nyugtalan, anélkül, hogy valami megállapítható betegsége lenne. Természetesen először orvoshoz fordul, aki igyekszik megnyugtatni őt, hiszen gyermeke nem beteg. Az eltérő fejlődésű gyermek valóban nem beteg, hanem egyszerűen társainál lassabban, azoktól eltérő módon fejlődik. Ez az a „mátság” a szülők életében, amire nem lehet felkészülni, ami jön és hozza a maga keserűségét (Szűcs & Vágó, 1993).

A családcentrikus beavatkozások figyelembe veszik, hogy az értékek időben stabilak és a gyermekek joga, hogy aktívan részt vehessenek a mindennapi tevékenységekben. A hatékony programokhoz szükség van általános tudásra és készségekre, ismerni kell a tipikus és atipikus gyermeki fejlődés mérföldköveit, a család és tágabb környezet jellemzőit, valamint a családközpontú gyakorlatra, mely a szülőket helyezi a fókuszba, támogatja őket az erőforrások meghatározásában és mobilizálásában. Ugyanakkor hatékony mérőeszközzel határozza meg az evidence-based, inkluzív beavatkozás céljait és koordinálja a team munkát (Kereki & Szvatkó, 2015).

A család fogalma

A család a legrégebbi és legtartósabb humán intézmény. Állandó kíséreltetésre hajló társadalmunk újat nem tudott kitalálni a család helyett. Habár a társadalmi változásokkal párhuzamosan alapvetően két tendencia

figyelhető meg: az egyik a nem teljes és nem hagyományos családformák terjedése és a különböző családi rekombinációk számának növekedése, a másik pedig a rokonsági rendszer felértékelődése (Buda, 1999).

Hagyományos értelemben a család egy olyan elsődleges szociális csoport, amelybe az egyének beleszületnek, amely biztosítja fizikai és lelki védelmüket. A család egy vagy több generációt foglal magába (Barnes, 1991).

Az egyes kultúrákban más és más elképzelések élnek arról, hogy kik alkotják a családot. Manapság sokféle család létezik, beleértve a házasság nélküli együttélést, az egyszülős családot, az újraegyesült családot, a gyermektelen párokat, a kommunákat is. (Asen, 1997).

Szociológiai értelemben, a család olyan kiscsoport, amely szűk értelemben egy férfi és egy nő, valamint leszármazottjainak tartós együttélését jelenti. A család tagjait házassági kapcsolat vagy vérségi kapcsolat köti össze. A statisztikai szempont ennél jóval szűkebben értelmezi a család fogalmát, csak a szülőket (vagy egyedülálló szülőt) és a velük együtt élő nem házas gyermekeiket számítja a családhoz. Ez alapján három típusú családot különböztet meg: házaspárt, házaspárt gyermekkel, egy szülőt gyermekkel. Ezt szoktuk családmagnak vagy nukleáris családnak nevezni.

Kommunikációs elmélet szerint a család egy igen bonyolult önszabályzó egyensúlyi rendszer, amelynek egyensúlyát a családi normák szabályozzák. Ezek a normák a családi interakciós rendszer kiépülése során alakulnak ki. Elmondhatjuk, hogy a család egyszerre viszony és viselkedérendszer, amelyben a házastársak és a családtagok egymást teljesen elfogadják, kifejezik érzelmeiket egymás iránt, kölcsönösen kialakított igényeket és követelményeket támasztanak egymással szemben, kialakított normáik, szokásaik vannak arra nézve, hogy a család integritását veszélyeztető helyzetekben mit tegyenek.

Családterápiás szemlélet (Barnes, 1991) szerint a család egy viselkedés mintázat, amely a személyek közötti kapcsolatokról áll. Ezek a személyek a rájuk jellemző vonásokkal, múltbeli élettapasztalataikkal, megadott társas hálóban és kultúrában élve lépnek kapcsolatba egymással. A család elsősorban az utódok felnevelésére és szocializálódásukkal kapcsolatos feladatok megoldására szerveződnek.

A család alapvető funkciói

1. Népeség utánpótlása
2. Gondozó, szocializációs, nevelő funkció
3. Érzelmi egyensúlyt, pihenést, regenerálódást biztosító funkció
4. Gazdasági, gazdálkodási funkció
5. Családtagok státuszát meghatározó funkció
6. A családi értékek, normák kidolgozása és fenntartása
7. Referencia és kontroll csoport
8. Problémák, konfliktusok kezelését és megoldását biztosító funkció
9. Betegeket ellátó, öregekről való gondoskodás funkciója
10. Világra vonatkozó információk (társadalmi, kulturális, szellemi) összegyűjtése és átadása
11. Vallási funkció
12. Jogi funkció

A család elsődleges feladata, hogy **támogató rendszerként** (Fleer & Oers, 2018) működjön. Ehhez a következő feltételekre van szüksége (Komlósi, 1989): közös nyelv, családban való kommunikálás, generációk között lévő és élő kapcsolat, egymásért érzett felelősségérzet, családi kontroll elfogadása, család és tágabb környezet közötti egyetértés, család épsége, stabilitása, integritása.

A családnak további funkciója a tükrözés. A szocializáció során a család a gyermek születése pillanatától üzeneteket közvetít a számára önmagáról, értékéről, helyéről az életben, arról, hogy milyennek látják, milyennek érzékelik őt a többiek. Ha a család ép, írja Winnicott, a gyermeknek hasznára válik, ha megláthatja önmagát az egyes családtagok vagy a család, mint egész viselkedésében. A családnak ez a tükörfunkciója, mint látni fogjuk, különösen nagy jelentőségre tesz szert fogyatékkal született gyermek esetében, hisz a külvilág hatásai lényegesen kevésbé tudják befolyásolni az énképe kialakulását, mint a számos egyéb hatásnak kitett, átlagos életet élő gyermeknél (Kálmán & Könczei, 2002, 368 old).

Normatív krízisek a családban

Nincs két egyforma család, minden családnak megvan a maga története, működési módja, jellemvonásai és szabályai. A problémák a változás fázisaiban jelentkezhetnek. A családok állandó változási folyamata két irányból ered: egyrészt a rendszerre ható külső tényezők, másrészt a belső változások hatásából. A családi élet „normális kríziseit”, a család életében bekövetkező előrelátható változásokat az élet fontosabb eseményeire vezetik vissza, bevezetve a „**családi életciklus**” fogalmát, mely a család valamennyi tagját érinti (Dallos & Pocter, 1990).

A folyamat fontos szakaszai és az átmenet időpontjai a következők:

- Az udvarlás periódusa
- A házasság korai szakasza
- Az első gyermek születése
- A házasság középső szakasza (a gyermekek iskoláskora)
- A gyermekek kirepülése a fészekből
- Nyugdíjaskor
- Veszteségek korszaka, halál

Ezek a változások a rendszer valamennyi tagját érintik, a rendszeren belüli viszonyokat újra kell tárgyalni.

A terhességgel egy nő élete jelentősen megváltozik. Főleg olyankor, ha a fiatal nő még nem vágyakozik a gyermek után, szerencsétlennek érezheti magát. A későbbiekben a testi változásokkal párhuzamosan fokozatosan változnak az érzései is.

Minden család életében egy gyermek születése egy új életciklus kezdete, amely szükségszerűen megváltoztatja a rendszer működését. Mint minden egyensúly vesztes esetében a család alapvető célja a megbomlott egyensúly visszaállítása (egy új, valamilyen mértékben megváltozott „kerékvágás” -ba való besorolás), új munkamódok, eljárások, szabályok lefektetése (Drew és mtsai., 1984). Újat hoz a családba, megváltoztatva annak dinamikáját, gazdasági helyzetét, életstílusát, a családban addig fennálló viszonyokat és szerepeket, ugyanakkor az új helyzetekre jellemző szorongásokat is indukálva. A szülő sohasem egyszerűen egy tényre reagál, hanem arra is, ahogy az adott esemény a családra, a rendszer többi tagjára hogyan hat. A szülőknek tapasztalatból kell megtanulniuk, hogyan legyenek jó anyák és apák. Konkrét pró-

bálkozásaik révén fejlődnek. Rossz úton járnak, ha úgy gondolják, kemény tanulással, könyvek útmutatásával tudnak csak tökéletes szülőkké válni. A babáknak olyan szülőkre van szükségük, akik megtalálták, hogyan higgyenek önmagukban. Az ilyen anyák és férfiek teremtik meg a csecsemők fejlődéséhez leginkább alkalmas otthonokat (Winnicott, 2000, 43 old).

Valódi krízisek – sérült gyermek születése

A krízisek az élet folyamán bármikor előfordulhatnak. A legtöbb szakember a kríziseket tartja a családi időszámítás mérföldköveinek. A krízisállapot külső események hatására kialakult lélektani kritikus állapot, mivel a személy egyfelől kénytelen a veszélyeztető körülményekkel szembenézni, és ezeknek fenyegető közelsége számára aktuálisan mindennél fontosabbá válik, ugyanakkor az adott időben a veszélyeket sem elkerülni, sem pedig szokásos problémamegoldó eszközeivel, illetve energiájával megoldani nem képes. A család természetes életciklusai során bekövetkező krízisek mellett, gyakran szabálytalan kihívások is adódhatnak – ilyen például sérült gyermek születése, valamelyik családtag elveszíti munkahelyét, súlyosan lebetegszik stb. A családi életciklus változásaiból adódó problémákkal való megbirkózás sikeressége, komoly fejlesztő erőt jelent a család számára, a családot erőssé és rugalmasan ellenállóvá teszi, ellenkező esetben a felmerülő problémák destruktívvá, megterhelővé válnak.

A kríziseknek megfelelően minden időszakban mások a család, a szülők problémái, igényei. A krízist kiváltó behatásra készenléti állapot alakul ki, szorongás lép fel és megkezdődik a problémamegoldó eszközök mozgósítása a megbomlott érzelmi és kognitív egyensúly helyreállítása érdekében. Ha ez nem vezet eredményre, a feszültség tovább nő, egyre újabb és újabb kísérleteket eredményezve és ezek szinte önálló életre kelve inkább súlyosbítják a kialakult helyzetet. A személy egyre jobban kimerül, destruktív magatartásminták jelennek meg. A krízishelyzet tehát a személyiséget veszélyeztető állapot, de egyidejűleg lehetőség a fejlődésre is, a hatékony megoldása gazdagítja az egyén problémamegoldó repertoárját és segít abban, hogy a jövőbeli megterhelésekkel is sikeresen birkózzék meg (Telkes, 1989).

Minden család egyedi módon reagál a sérülésre, és különböző megoldási stratégiákat, eljárásokat alkalmaz a felmerülő problémák kezelésére, megoldására.

A családi rendszer működését számos faktor befolyásolja (Stoppard, 1997):

- a sérülés természete, a sérülés súlyossága, a sérülés szembetűnő volta;
- a bekövetkezés időpontja, a betegség lefolyása;
- a szükséges kezelés, ápolás mennyisége, minősége;
- a szükséges felügyelet mennyisége, minősége;
- a gyermek neme, a testvéri sorban elfoglalt helye, az egészséges testvérek száma;
- a szülők életkora, a család aktuális életszakasza, a család nagysága;
- az elérhető támogatási rendszerek – tágabb családhoz tartozók elérhetősége, a család anyagi erőforrása, állami támogatások, információk elérhetősége és azok felhasználhatósága;
- a szülők iskolázottsága, a család lelki erőforrásai, a vallásos hit, a család világnézete, a család életstílusa, a család értékrendszere;
- a család anyagi háttere.

Reiss (1981) három dimenziót jelöl meg a családi interakciók jellemzésére a családban felmerülő problémák megoldása során:

1. Konfiguráció – az új helyzethez való alkalmazkodás hatékonyságát jelenti, vagyis a család hozzájárulását a felmerülő probléma megoldásához;
2. Koordináció – a családtagok azon képességét és hajlamát jelenti, hogy az adott problémát azonos módon oldják meg. Vagyis a családban mutatkozó kohézióknak és együttműködésnek tulajdonított fontosság;
3. Zártság – a család rugalmasságát jelöli.

Felhasználva e három dimenziót a családban működő konszenzus alapján három **családtípust** különített el:

Környezet-érzékeny család – ez a hatékonyan működő családokat képviseli. A tagok számára egyértelmű, hogy az optimális megoldás megtalálásának érdekében a családot alkotó tagoknak minden lehetséges információt össze kell gyűjteniük, amely hozzájárulhat a probléma megoldásához, figyelembe kell venniük egymás véleményét, csapatban szükséges dolgozniuk. Tisztában vannak azzal, hogy egymás véleményét objektíven ítélik meg, elfogadják vagy éppen ellenkezőleg el is utasíthatják azt. Senki nem várja el, hogy álláspontját, véleményét szó nélkül a csapat (család) elfogadja.

A probléma megoldása az egyéni vélemények, ötletek, észrevételek egyensúlyából tevődik össze, elvetve azt, ami nem jó és felhasználva mindazt, ami az optimális megoldáshoz vezet. Ezek a családok képesek a stresszkeltő faktorok azonosítására, megfelelő megküzdési mechanizmusok kidolgozására, amelynek eredményeképpen sokkal hatékonyabb alkalmazkodás és alacsonyabb szintű stressz érhető el.

Távolság-érzékeny család – ez a család a nem megfelelő módon működő család típusába tartozik. A családtagok egymástól függetlenül fejezik ki véleményüket, és a másik álláspontjának, ötletének elfogadását a gyengeség jeleként értelmezik. Minden családtag keresi a megoldást, azonban ezt úgy teszi, hogy nem veszi figyelembe a többiek által „hozott” információkat. Néhány családtag nagyon gyorsan és impulzívan dolgozik, míg mások módszertanilag ellenőrzik az adatokat. Az ily módon működő családok esetében a probléma megoldása másodlagos, legfőbb cél a felsőbbrendűségnek és függetlenségnek bizonyítása.

Konszenzus-érzékeny család – ez is a rosszul működő családok közé tartozik. Az ilyen családok a teljes egyetértést és konszenzust részesítik előnyben. Egy probléma jelentkezésénél nem keresik a környezetben fellelhető segítő jellegű információkat, hanem éppen ellenkezőleg, a problémát a környezetből származó fenyegetésként értelmezik, és úgy gondolják, hogy a legfontosabb a családi egység megőrzése. Az ilyen családok esetében a családon kívüli kapcsolatok felületesek. Ezzel ellentétben a családon belül nagyfokú egyetértés működik, igen érzékenyek a másik véleményére, oly mértékben, hogy nem fejeznek ki a másikkal ellentétes véleményeket. Ilyen körülmények között a legfőbb cél a probléma minél gyorsabb megoldása ellentmondások, feszültségek nélkül. A legmegfelelőbb megoldás megtalálása másodlagos szempontként szerepel, fő az, hogy a család egységes maradjon, és együttesen dolgozzanak a probléma fenyegető jellegével szemben. A kohézió iránti szükséglet meggátolja őket abban, hogy minden tényezőt felkutassanak, mérlegeljenek az optimális megoldás megtalálása érdekében.

Bármilyen beavatkozási program első lépése meggyőzni a szülőket arról, hogy problémájukkal nincsenek egyedül, hogy van valaki, aki törődik velük és gyermekükkel. A tanácsadás első lépései inkább a szülők érzelmi szükségleteit hivatottak kielégíteni. A gyógypedagógus maga választotta ezt a hivatást, ha ez már nem felel meg az elvárásainak, változtathat területet, pályát. A fogyatékos gyermekek szüleinek nincs ilyen választási lehetősége.

Valahogyan meg kell birkózniuk a helyzettel, a problémákkal, amelyre kezdetben egyáltalán nincsenek felkészülve (Borbély és mtsai, 1997).

A szülők megértésre, elfogadásra, vigasztalásra, bátorításra várnak. Vágynak valakire, aki reményt nyújt számukra, meghallgatja őket és biztos pontot jelent. Az a mód, ahogyan a diagnózist a szülőkkel közlik nagymértékben befolyásolja a szülők fogyatékosághoz való alkalmazkodását. A cél mindkét szülő bevonása. Ennek elmaradása súrlódásokhoz vezethet később a házastársak között. Mindkét fél bevonása segíti a felelősségtudat közös természetére és érzéseik közös jegyeire való összpontosítást, mely a partnerkapcsolatot is erősíti (Bakken & Nagy, 1993). A szakemberek őszinte, empátikus attitűdje, körültekintése mélyen megmarad a szülőkben. A komplex vizsgálat utáni esélydiagnózis a remény forrása számukra.

A speciális igény elfogadása, alkalmazkodási szakaszok

A diagnózis feltárása a szülőkben erős érzelmi reakciókat vált ki (Löwe, 1995).

Amikor a szülő megpróbál alkalmazkodni ahhoz, hogy SNI gyermeke van, ezt szabályos fokozatonként teszi. Ahol a szülőkkel kevésbé foglalkoznak vagy inadekvát tanácsokkal látják el őket, rögzülhet a felismerés és tagadás közti állapot, krónikus gyász alakulhat ki (Tucker & Nolan, 1995).

Ha valaki megélte közeli hozzátartozójának elvesztését, saját élményéből ismeri, hogy senki sem tudja kivonni magát a gyász folyamatából. Semmiképpen nincs patológiás folyamatról szó, hanem egy teljesen normális, elkerülhetetlen, egészséges reakcióról. A család a SNI gyermek születését a várt neurotipikus gyermek elvesztéseként, nagy stresszként, testi lelki kimerültségként élik meg. Ahhoz, hogy a szülők jól viszonyuljanak gyermekük szükségleteihez, meg kell nekik engedni a saját büntudatukkal, félelmeikkel és zavarukkal való foglalkozás luxusát (Tucker & Nolan, 1995).

1. szakasz: A sokk

A sokként megjelölt állapot természetes védekezési mechanizmus. Emocionális síkon megvédi az embert az olyan információktól, amelyeket abban a pillanatban még nem tud befogadni. Ilyenkor még nem magyarázatokra, hanem megértésre van szükség. A szülők megpróbálják letagadni a

valóságot, minimalizálni a problémát, kételkednek a diagnózis helyességében. Gyakran a sokk és hitetlenkedés érzéséhez a szégyen, a büntudat, elszigeteltség érzése társul (Löwe, 1995).

A sokk védelmi funkciója azonban fokozatosan megszűnik.

2. szakasz: Emocionális elfogadás

Ez gyakran a gyanakvás időszaka is. Hiszen látják a szülők, hogy a gyermekkel valamilyen probléma van, de megkísérlik ezeket a jeleket nem észrevenni. A szakembereknek tudatában kell lennie, hogy e korai szakaszban a szülők csak így képesek reagálni (Drew és mtsai., 1984).

Orvostól orvoshoz szaladgálnak azzal a megingathatatlan meggyőződéssel, hogy valaki képes meggyógyítani gyermeküket. Ez az időszak, amikor az anyák büntudatosan keresgélnek múltjukban vajon mit rontottak el, hol tévedtek. Félelmek gyötörhetik őket mi lesz később, meg tudnak-e felelni (anyagilag, fizikailag, szellemileg) a rájuk váró feladatoknak. Elutasíthatják a rokonok és barátok amúgy is bátortalan közeledését, lassan teljesen kirekesztik magukat a világból. A szülők semmit sem tudnak az atipikus gyermek neveléséről, és a megfelelő informálásig ezek a félelmek fennmaradnak. A legégetőbb kérdéseik: Mi okozta a másságot? Hogyan fog közvetlen környezetük erre reagálni? Hogyan tovább? (Bakken & Nagy, 1993). A szakembernek meg kell találnia azt, hogy mikor mennyit mondhat, a túl sok, illetve a túl kevés információ további bizonytalansághoz vezethet.

3. szakasz: Tagadás - remény

Ez a szakasz gyakran évekig is elhúzódhat, mindaddig, amíg elfogadják a segítséget. A **tagadás** időt biztosít a szülőknek arra, hogy újra felfedezzék belső erősségeiket, amelyek hozzásegítik őket a megváltozhatatlan tények elfogadásához és felkutassák azokat a külső erőforrásokat, amelyek által sikeresen megbirkózhatnak a rájuk váró feladatokkal.

A szülő valóban gyászol, gyászolja mindazokat a terveit, álmait, amivel leendő gyermekét „megajándékozni” szándékozta, gyászolja az ideális gyermekről kialakított képét és önmagát (Drew és mtsai., 1984).

A **düh, harag** érzését elsősorban az igazságtalanság érzése kelti életre „Miért pont velem történt? Miért pont az én gyerekemmel?”. A szülő, habár intellektuális szinten elfogadja gyerekének problematikus voltát, érzelmeinek kusza hálójában vergődve képtelen pozitív módon összpontosítani és

válaszolni a felmerülő kihívásokra. A harag kimondva vagy kimondatlanul valakire irányul, az orvosra (aki nem vette észre, elkezelte, nem volt ott a szülőszobában stb.), a gyogyapedagógusra (nem végzi jól a munkáját), a házastársra, saját gyermekére, önmagára, Istenre (Miért tetted ezt velem?). A felelősségnek ezen típusú áthárítása fontos szerepet tölt be, a saját önbecsülés érzésének a fenntartását szolgálja. Gyakran a düh és harag verbális szinten is megnyilvánul. Ugyanakkor ezek a kimondott vagy kimondatlan érzelmi indulatok **bűntudatot** is generálnak, mely a szülők énképét tovább rombolja (Löwe, 1995).

Ebben az időszakban a szülőnek a támogatás biztosítására van szüksége. Fontos, hogy a szakember megértse, hogy még nem érkezett el a gyors eredmények ideje, és a rázúduló harag nem személye ellen irányul. Ha a szülő lehetőséget kap arra, hogy haragját levezesse, hogy a harag forrását megértse, és leginkább megnyugtató válaszokat kap a rengeteg Miért? -re, a harag lassan elcsitul.

Fontos, hogy a szakember meghallja a szülő ki nem mondott kérését is: „taníts meg arra, hogy minden pillanat, amit a gyermekkel töltök ne legyen terápiás foglalkozás. A gyermekemnek szüksége van szerető és boldog szülőre is”. Mindig szem előtt kell tartanunk három vonatkozást: a gyermeket, a fejlődésbeli eltérést és a családot. A cél, hogy a szülők jobban, megfelelőbben neveljék gyermeküket, mi szakemberek pedig váljunk egyre nélkülözhetőbbé (Kissné, 1994).

A szülőt meg kell tanítani arra, hogy a legkisebb eredményeket felismerje és ebben saját kompetencia érzésének megerősítését (is) lássa. Óriási szerepe van a szülőben rejlő erőforrásoknak az újbóli felfedezésének. Lényege az, hogy a szülőket elsődleges nevelőként támogatják. A szülőknek meg kell engedni, hogy szülők maradjanak, és ne vegyék át a segítő személy szerepét. A szakemberekkel való kooperációban újra vissza kell kapniuk önbizalmukat és a családi autonómiát. A szülőknek csak azért van szükségük szakmai tanácsokra, hogy viszonylag autonóm módon tudják végrehajtani a számukra új feladatokat. Montessori felfogásában: „segíts, hogy megtegyem magam!”.

Éreztetni kell a szülőkkel, hogy speciális bánásmódot igénylő gyermekük más ugyan, mint a többi, a fejlődéshez speciális segítséget igényel, de továbbra is a szülők, elsősorban az anya a legfontosabb személy számára. Ő ismeri legjobban a gyermekét, ő tud legtöbbet segíteni rajta, a kívülről jövő szakember csak speciális ismereteit, ötleteit kínálja fel; a kölcsönösség elve

alapján az anya ebből választ, saját gyermekére adaptálja őket, és ebből a szakember is profitál.

A tanácsadások során mindig új és egyedi helyzetekkel állunk szemben, így nem lehet általános, merev kereteket, „recepteket” adni.

A szülők elkezdenek óriási elhatározásokkal és szorgalommal munkálkodni, minden energiájukat a gyermekre összpontosítják, háttérbe szorítva saját magukat, családjukat és mindazt, ami számukra fontos.

Sokszor úgy érzik a helyzetük, szerepük megkérdőjeleződik, a környezetük őket hibáztatja. Gyakran szembesülnek azzal az ítélettel, hogy nem viszonyulnak megfelelően gyermekükhöz, a szakemberek esetleg „leleplezhetik”, hogy nem követik utasításait, így önmagukban is kételkednek (Prekop, 1997).

Alkudoznak mindenkivel „Mindent megteszek, amit mondanak, ha ez a probléma a gyermekkel elmúlik”. Rengeteg dologról lemondanak, hogy cserébe hátha meggyógyul a gyermek. Gyakran ez a **lemondás** egy önbüntető életstílussá válik, hiszen, ha belül nem képes elfogadni gyermekét, ezen a rossz szülőképen csak úgy tud segíteni, hogy bebizonyítja, hogy nem lehet rossz szülő, ha feláldozza gyermekéért idejét, kényelmét, karrierjét stb.

A szülő valamennyi próbálkozását empatikus érzéssel fogadjuk, amely hozzájárul ahhoz, hogy megértsük a szülő által tapasztalt milliányi stresszkeltő esemény súlyát („Nagyon fárasztó és kimerítő lehet Önnek ennyi helyre elvinni a gyermeket”). Segítsük abban a szülőt, hogy feldolgozza önmagával, gyermekével, környezetével szemben fellángoló érzelmeit. Lehetőség nyílik egy konstruktív attitűd kialakulására is. Ebben az időszakban a szakembernek hozzá kell segítenie a szülőt, hogy le tudja küzdeni a feláldozásra való késztetését és felismerje, hogy a sérült gyermekéért folytatott harc mellett más kötelezettségei és érdekei is vannak (Precop, 1997).

A gyermek elutasításának négy megnyilvánulási formája lehetséges: a gyermek képességeinek alábecsülése következtében a szülők semmilyen elvárást nem támasztanak a gyermekkel szemben vagy pedig túlzott elvárásaik vannak és elérhetetlen célokat tűznek ki. Az elutasítás megnyilvánulhat úgy is, hogy az egyik szülő elhagyja a családot. Amikor a szülők nem tudják még önmaguknak sem bevallani azt, hogy nem fogadják el gyermeküket, önmagukat csakis szerető, gyöngéd szülőként tudják elképzelni, akkor kialakulhat krónikus stresszszavar, mely csak akkor oldódik fel, amikor képesek lesznek érzéseikkel szembenézni (Drew és mtsai., 1984).

4. szakasz: Racionális elfogadás

Az elfogadás első lépése azt jelenti, hogy a szülők felismerik a gyermek mindennapi szükségleteit, hajlandóak mindennap valami újat tanulni és ezt a mindennapi kihívások megoldására felhasználni. Annak a felismerését jelenti, hogy minden emberi lény egyedi, megismételhetetlen példány, a maga érzelmeivel és szeretetével. Az elfogadás nem jelenti azt, hogy e fázis eléréstől kezdve a szülők optimistán tekintenek a jövőbe, a depresszió, bűntudat, harag, fájdalom visszatérnek, és ekkor a szülőknek fokozott támaszra, segítségre van szükségük (így vall erről egy anyuka: „Az elfogadás számomra azt jelenti, hogy bármiféle apró örömet találjak abban, amikor a fiammal vagyok. Azt jelenti, hogy úgy tudjak nézni más, hasonló korú kisfiúra, hogy ne gondoljak arra állandóan, hogy ő is ilyen lenne. Azt jelenti, hogy egy helyzetre úgy tudok tekinteni, hogy nem az jut eszembe, hogy a fiam mit tehet értem, hanem az, hogy a benne rejlő lehetőségeket hogyan tudom kiaknázni.”).

5. szakasz: Konstruktív tevékenység

„Nem, azt igazán nem állíthatom, hogy boldoggá tesz, hogy Viktória értelmi fogyatékos.

Annak azonban örülhetek, hogy Viktória egészében véve remek ember, akinek néhány nagyon kellemes tulajdonsága van. Például nagyon kedves és nagyon érzékeny más emberekre.

Azért, mert a könyveket és a zenét nem úgy szereti, ahogy én, nem jelenti azt, hogy nem élvezi éppen annyira a maga módján. Legalább annyi képessége van az örömré, mint nekem, ha nem több! Az ő élvezetét ugyanis nem csorbítja a csalódástól való félelem, a kudarc előrevetítése. Nála kevesebb a „ha”, a „de”, és a „másképp kellett volna.”

Az anya szavai arra figyelmeztetnek, hogy az elfogadásban az a legfontosabb, hogy a különleges igényű embernek ne csak sérülését lássuk, hanem azt a személyt, aki valójában ő maga, meglevő értékes tulajdonságaival együtt.

Az elfogadó meleg szülői szeretet hozzásegíti a gyermeket, hogy elfogadja önmagát, és ennek következtében arra törekedjék, hogy a benne lévő minden képességet maximálisan kifejlessze.

A szülők most már képesek arra, hogy realiztikusan tekintsenek gyermekükre és megfelelő módon segítsék fejlődését. Hajlandóak gyorsan új interakciós technikákat, nevelési módszereket elsajátítani. A szülőket segíteni kell abban, hogy érzéklni és értékelni tudják gyermekük minden apró jelzését.

A szülő-gyerek kapcsolat kölcsönösségen alapul. Az ép gyermekek esetében is nagy eltérések vannak a jelzéseik világosságának, illetve a viselkedésük előre jelezhetőségének tekintetében. Egy-egy kevésbé „leolvasható” gyermek jelzéseinek megfejtése a legérzékenyebb szülőnek is nagy nehézségeket okozhat. A legtöbb értelmi fejlődésében zavart gyermek esetében hiányzik a szülő számára a visszacsatolás, ami a gyermeknevelés örömét adja. A fokozott nyugtalanság, illetve passzivitás akadályozza a csecsemő gondozásából adódó pozitív interakciók kialakulását. Az anyától való hosszabb elköltözés pedig nehezíti a kötődés létrejöttét. A fogyatékoság ténye a szülők egy részét elbizonytalaníthatja, a szülői kompetenciát csökkentheti az is, hogy egyre többen szólnak bele a család életének tervezésébe. A szülők hagyják, hogy a szakemberek gyámkodjanak felettük és manipulálják őket, mivel a sérült gyermek nevelésében nem tudnak a hagyományos nevelési módszerekre támaszkodni, rá vannak utalva a korai fejlesztésre és a speciális intézményekre.

Dicsérni kell a szülőt, amikor valami változás észlelhető a gyermek fejlődésében és hangsúlyozni mekkora szerepe volt ebben a szülőnek. Minden szülő jobban érzi magát, ha látja, hogy valódi résztvevője és hozzájárulója gyermeke fejlődésének (Borbély és mtsai, 1997).

A terapeuta rendszeres foglalkozásai és a szülők napi munkája vezet a gyermekhez alkalmazott, az ő méretére szabott fejlesztéshez.

Meg kell nyugtatnunk a szülőket, akik büntudatosak, mert nem képesek teljes mértékben követni a tanácsainkat. Lehet, hogy úgy érzik, következetlenek voltak, valamelyik gyakorlatot kihagyták, de nem attól lesz jó szülő valaki, hogy teljesíti a programot. A tanulás akkor hatékony, ha beillesztjük a gyermek napirendjébe. A túlzott megterhelés ugyanolyan káros, mint az elhanyagolás. Kell lennie olyan időszaknak, amikor a gyermek azt teheti, amit akar, hogy időnként nemet mondhasson. Ő is önálló személyiség, akinek joga van arra, hogy önálló akarata legyen (Kissné, 1994).

Testvérek és tágabb családi környezet

A számtalan felmerülő probléma miatt nagyon nehéz fenntartani a normális családi egységet. Az erős érzelmi reakciók befolyásolják a szülők egymás közötti, illetve tipikusan fejlődő gyermekeikkel való kapcsolatát. A fogyatékoság miatti többletkiadások arra kényszerítik a családot, hogy lemondjanak a költségesebb szórakozásról, kikapcsolódási lehetőségekről. A szülők úgy kapcsolódhatnak ki, ha hasonló helyzetben levő családokkal ismerkednek meg, és időnként kölcsönösen átvállalják a gyermekek felügyeletét (Drew és mtsai., 1984).

A testvérek közötti kapcsolat fontos szerepet játszik a gyermek fejlődésében. Mi történik azonban akkor, ha az egyik testvér sérült, valamilyen akadályozottsággal, fogyatékoság rendelkezik? Amikor az egyik testvér sérült megváltozik a testvérek közötti kapcsolat természete, és a sérülés tényének hatása az ép testvér fejlődésére eltér a szokásostól. Ha az egyik gyermek sérült, akkor előbb vagy utóbb szociális szempontból a család legkisebb gyermekévé válik.

A család rendszerelméleti megközelítésének szempontjából nyilvánvalóvá válik, hogy a sérült gyermek testvérének, illetve a tágabb családnak is vannak szükségletei és reakciói, amelyek nem hagyhatóak figyelmen kívül egy hatékony intervenció program összeállításakor.

Az ép testvérek személyiségfejlődésére, szociabilitására a SNI testvérrel való együttélés sok szempontból pozitív hatással lehet, azonban számos nehézséget is jelenthet. Gyakran a neurotipikus gyermek háttérbe szorul, kevesebbet törődnek vele, fokozott önállóságot követelnek tőle, és életkorát meghaladó elvárásokat támasztanak vele szemben. Sok esetben az ép testvérnél magatartási, tanulási problémák jelentkezhetnek és végül a szülő sokszor ebben a gyermekben is csalódik. Ennek megelőzésére szerveződnek a testvérek számára is támogató közösségek (Borbély és mtsai., 1997).

Az atipikus gyermek állapotát tisztáznunk kell a neurotipikus testvérekkel is. Nekik is meg kell birkózniuk kortársaik, barátaik reakcióival és hatékonyan meg kell oldaniuk a kényszerű helyzetet.

A család normális szocializációja nagymértékben függ attól, mennyire képes a tágabb család, a szomszédok és a közösség elfogadni egy SNI gyermeket (Drew és mtsai., 1984).

A hosszan tartó bánat hatására a családtagok személyisége kétféleképpen alakulhat: vagy összeroppannak a teher alatt, vagy érettebbé válnak. A

gyermek mássága megváltoztatta életfeltételeiket és értékeiket. Azzal, hogy ennek a társadalomnak a mércéit el kellett hagyniuk, rendkívüli lehetőséget kaptak arra, hogy az anyagi és teljesítményszerű értékeken kívül magasabb értékeket is becsüljenek. Tudatosan szerényebbek, együttérzőbbek lettek. Megtanulták, hogyan lehetnek szolidárisak a hasonló sorsúakkal, hogyan segítsék egymást, és hogyan nyílnak meg más nehézségekkel küszködők felé is. A házastársi kapcsolat és a testvérek szociális érzékenysége szintén neme-sebbé, kiforrottabbá válik (Prekop, 1997).

Fontos lenne az is, hogy szakemberek befolyásolják a közvéleményt, illetve a törvényhozókat, támogatva ezáltal, hogy a sérült személyt is magába foglaló családok életminősége javuljon, pozitív értelmet nyerjen. Fontos az élethosszig való kísérésük, mivel segítenünk kell a különböző életszakaszokban bekövetkező stresszorokkal való megküzdésben, illetve a különböző krízishelyzetekkel való megbírkózásban is (Odon és mtsai., 2007, 546 old).

A stresszel való megküzdés klasszikus elméletét, vagy az ABCX modellt Reuben Hill dolgozta ki. Ebben a modellben az X: a családi krízis három tényező kölcsönhatása nyomán jön létre; A: az eredeti stressz-keltő esemény, B: a család megküzdési mechanizmusa és erőforrásai; és C: a család stressz-meghatározása. Ennek a modellnek az értelmében a család stresszel való megküzdése ciklikus, körkörös folyamat.

Eddig a legtöbb tanulmány és kutatás fókuszában a kisgyermekes családok álltak. Az újabb kutatásokban pedig, melyek az idősebb korra fókuszálnak, érdekes eredményekre jutottak a kónikus stressz, az élethosszig tartó megküzdés és a speciális igényekhez való élethosszig tartó alkalmazkodással kapcsolatban.

Nincs különbség az atipikus családtagot is számláló, valamint a neurotipikus családok általános jóléte és alkalmazkodása terén. A változásokat az életciklus befolyásolja. A SNI gyermeket nevelő családok egyre inkább kiemelik a helyzetükből fakadó pozitívumokat (megküzdési stratégia, harmónia, értékek, családi kommunikáció, szerepek megosztása stb.) (Ferguson, 2002).

Tanácsadás és irányítás

A SNI gyermeket nevelő szülők különböző szakemberekkel kerülnek kapcsolatba. A szakember szerepe kettős: tanácsadás és irányítás.

A tanácsadás azt szolgálja, hogy a szülő megértse és elfogadja saját érzéseit, viselkedését. A konfliktusok megoldása hozzájárul a gyermek gondozásával, nevelésével járó problémák egy részének tisztázáshoz is. Ösztönözünk kell a szülőket arra, hogy gyermekükkel felszabadultan foglalkozzanak, tudjanak örülni neki. Nagyon fontos, hogy a tanácsadó egyértelmű, elfogadó és megértő legyen, ha valójában dolgozni akar a szülővel csökkentenie kell a hagyományos szakember-páciens távolságot.

Az irányítás: a szülők oktatása, információhiányuk csökkentése.

E két tevékenység egymást kölcsönösen kiegészíti. A szülőknek szükségük van a tanácsadásra, hogy el tudják fogadni a másság okozta reakcióikat, és szükségük van az irányításra is, hogy megismerjék azokat a gyakorlati lépéseket, amelyeket gyermekük érdekében tehetnek.

A tanácsadás és irányítás elvei

1. a segítségnyújtást ne erőszakoljuk rá a családra;
2. ha a szülő kéri nem szabad megvárakoztatnunk;
3. titoktartás biztosítása, aktív meghallgatás;
4. komplex vizsgálat alapján a szülőket korrekt módon kell tájékoztatnunk esélydiagnózist adva – mindkét szülő és a team legyen jelen a megbeszélésen, a szülőknek meg kell mondani az igazságot, de ki kell emelni a gyermek képességeit, pozitívumait is. Ha mindkét szülő jelen van, ez segíti őket a gyermek iránti felelősség megosztásában, érzéseik közös vonásaira való összpontosításban és ez erősíti házasságukat is. A diagnózis utáni erős érzelmeket konstruktív csatornába kell terelni. A beszélgetés során kerüljük a direkt kérdéseket, inkább feltételezések legyenek, melyeket a szülők elutasíthatnak;
5. ismernünk kell a szülők igényeit;
6. figyelembe kell venni a család életkörülményeit;
7. ismertetni kell a lehetőségeket;
8. a fejlesztés középpontjában a szülő- gyerek kapcsolat áll;
9. ismernünk kell a gyermek biológiai adottságait;
10. sérülésspecifikus, gyermekre szabott egyéni program alkalmazása;
11. kis lépések elvének alkalmazása;
12. állandóság, folyamatosság biztosítása.

A szülő és szakember közti harmonikus kapcsolat feltételei:

Információ – a szülők számára elsődlegesen felmerülő kérdések – legyenek azok konkrétan megfogalmazva vagy sem – arra vonatkoznak, hogy tulajdonképpen mi áll a probléma hátterében, hogyan lehet kezelni, gyógyítani SNI gyermeküket. A szülők által megtapasztalt érzelmi feszültségnek egyik forrása éppen ezeknek a kérdéseknek a megértése mögött húzódik meg. Abban az esetben, ha a sérülés vagy megkésett fejlődés születéskor nem teljesen nyilvánvaló, a szülők gyakran éveken át zarándokolnak egyik orvostól a másikig a fent említett kérdésekre adott válaszokért. Felmerül a kérdés, hogy milyen formában és hogyan történjen a diagnózis közlése. Minden esetben alapvető ezeknek az információknak a lehetőségekhez mérten a minél korábbi közlése, egy nyugodt együttérző légkörben. Lényeges, hogy mentes legyen az orvosi és egyéb technikai szakkifejezésektől (lehetőleg egyszerű megfogalmazás és nyelvezet használata), hangsúlyozva a gyermek erősségeit, de ugyanakkor a neuroatipikusság tényét. A szakember által közölt magyarázat legyen őszinte és tisztességes az adott helyzetnek és körülményhez igazodó, ugyanakkor konstruktív (Borbély, 1995). Ideális esetben a szülőknek lehetőséget és időt kellene kapniuk arra, hogy aggodalmaikat megfogalmazzák és közöljék. Ugyanakkor nem lehet egyetlen szülőtől sem elvárni, hogy a nyújtott segítséget, különböző információkat azonnal elfogadják és felhasználják. A speciális igény realitásában orvosi, pedagógiai, pszichológiai és szociológiai szempontok egyaránt jelen vannak, ezért fontos, hogy a jó „diagnózis”, a megmondás és az ebből következő beszélgetés mindezekre a területekre kiterjedjen (Borbély, 1995).

Ideális eset az lenne, ha szülők számára már kezdetektől fogva rendelkezésre állna valamilyen egyszerűen megközelíthető hely, ahol a gyermek nevelésével, gondozásával kapcsolatos bármilyen problémával fordulhatnak a szakemberekhez. Már nálunk is vannak a különböző családsegítő szolgáltatások. Ugyanakkor külföldön (Anglia, USA stb.) a SNI gyermeket nevelő családok számára alternatív segítő szolgáltatások is elérhetőek, ilyen például a megosztott gondozás (amikor is a gyermeknek vagy felnőttnek lehetősége van arra, hogy hosszabb vagy rövidebb ideig egy másik családdal éljen), az anyagi támogatás formája (számos országban a pénzt maga a SNI személy kapja), családok közötti kölcsönös segítségnyújtás stb.

A szakember attitűdje – talán a szülő a diagnózis közlése következtében létrejött sokk miatt konkrétan kevésre emlékszik a diagnózisból, arra

azonban tisztán emlékszik milyen volt az informátor attitűdje (Pueschel és mtsai., 1976). Éppen emiatt a szakember részéről megnyilvánuló őszinte, empatikus (sokkal inkább, mint szimpatikus), aktív figyelés és megértés alapvető fontossággal bír.

Szakmai kompetencia – maga a kompetencia fogalma nemcsak a szakmai jellegű ismereteket foglalja magába, hanem mindazokat a készségeket, amelyek egy interperszonális kapcsolat felvételére és fenntartására szolgálnak. Számos szülő képes elfogadni az orvos vagy más szakember tudásának határait, a szakember részéről saját tudásbeli korlátjainak a felismerése lehetőséget biztosít egyrészt saját hitelességének és kongruenciájának fenntartására, másrészt egy őszinte szülő-szakember kapcsolat kialakítására és fenntartására. „Kétségtelen, hogy a tanácsadónak részletesebb és megbízhatóbb információkkal kell rendelkeznie, tudásának azonban módosíthatónak kell lennie, továbbá semmiképpen sem tarthatja magát hibátlannak, még akkor sem, ha az ideális és tévedhetetlen tanácsadó vágyképével szembesítik” (Garz, 1999).

A szülői kompetenciaérzés erősítése – számos szakember munkája során könnyen átsiklik ezen a kérdésen. Sok esetben a szülők inkompetencia érzését erősíti az is, hogy a szakember szinte állandó jelleggel különböző gondozási technikák elsajátításával bombázza a szülőt. Amennyiben a szakember hajlandó és képes őszintén elfogadni a szülőt egyenrangú partnerként nagymértékben csökkenthető a szülők inkompetencia érzése. Ugyanakkor a szülőknek szükségük van arra, hogy szülők maradjanak, és ne vegyék át saját reflexiók nélkül a koterapeuta szerepet, illetve maga a partneri együttműködés nem szüntetheti meg a résztvevők autonómiáját: a szakember maradjon szakember, a szülő pedig szülő.

A szülőknek segíteni kell abban, hogy hatékonyan értelmezzék a gyermek viselkedését, ezzel növeljük kompetenciaérzésüket, segítjük a zökkenőmentes együttélést és a biztonságos kötődés alakulását.

Flexibilitás – a szakember hajlandó kell legyen hipotéziseit és célkitűzéseinek át- és újra fogalmazására, az új információk, illetve a szülő irányából érkező új szükségleteknek megfelelően.

Ötletek – talán semmi sem elkészerítőbb, frusztrálóbb a család, szülők számára, mint az a kijelentés, hogy „Semmi több már nem tehető a gyermekével. Vigye haza és szeresse”. Ez a kijelentés elfogadhatatlan a szülő számára, és a szakember kívülállását és szakmai inkompetenciáját tükrözi. Mi-

közben a szakember és a szülő a gyermek nevelésével, fejlesztésével kapcsolatos problémákra összpontosít, nem kellene olyan „rutin” jellegű információkon átsiklani, ami a gyermek fejlettségi szintjére, illetve olyan készségekre vonatkozik, mint az ülés, állás, járás, szobatisztaság stb. Olyan gyakorlati tanácsok, mint például egy bizonyos típusú kerekesszéket hol lehet beszerezni, bármikor biztonsággal adhatóak, azonban az olyan tanácsok, amelyek már a családi kapcsolatokat és érzéseket érintik körültekintést, odafigyelést és tapasztalatot igényelnek.

A családokkal való igazán hatékony munka egy egész teamet igényel. Együtt kell működnie a gyógypedagógusnak, pszichológusnak, pedagógusnak, szociális munkásnak és egyéb, a rehabilitációban résztvevő, szakembernek azért, hogy a család igényei maradéktalanul kielégíthetőekké váljanak.

Felhasznált szakirodalom

Asen, E (1997). *A boldog család*. Park Kiadó. Budapest.

Bakken G., Nagy I., & Nagy E. (1993). *Fájdalmak és reménysek*. Impress Kiadó. Marosvásárhely.

Borbély S., Jászberényi M., & Kedl M., (1997). Az értelmi fejlődésben zavart gyermekeket nevelő családok helyzete in *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből* NT. Budapest.

Buda B. (1999). A pár és családterápia néhány szemléleti és gyakorlati alapkérdése in Berényi A. (szerk.) *Családgondozás és iskola*. Kossuth Lajos Tudományegyetem, Debrecen.

Dallos R., & Pocter H. (1990). A családi folyamatok interakcionális szemlélete in *Családterápiás olvasókönyv* I. Budapest.

Drew, C.J., Logan, D., & Hardman, M. (1984). Mental retardation and the family in C.J. Drew, D. Logan, M. Hardman. *Mental retardation*. Merrill Publishing Company, USA.

Ferguson, P M., (2002) A place in the family: An historical interpretation of research on parental reactions to having a child with a disability, *Journal of Special Education*, USA.

Fleer, M., & Oers, B. (2018). *International Handbook of Early Childhood Education*. Dordrecht, The Netherlands: Springer.

- Kálmán Zs. (1994). *Bánatkő*, Bliss Alapítvány, Keraban könyvkiadó, Budapest.
- Kálmán Zs. & Könczei Gy. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris, Budapest, 365-407 old.
- Kereki, J., & Szvatkó, A. (2015). *A koragyermekkori intervenció, valamint a gyógypedagógiai tanácsadás, korai fejlesztés, oktatás és gondozás szakszolgálati protokollja*. Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.
- Kissné Haffner É., & Alkonyi M. (1994). *Ők és mi*. BGGyTF. Budapest.
- Komlói P. (1999) A család támogató és károsító hatásai a családtagok lelki egészségére in Berényi A. (szerk.) *Családgondozás és iskola*. Kossuth Lajos Tudományegyetem, Debrecen.
- Löwe, A. (1995). A korai felismerés és a korai fejlesztés között in Csányi Y. (szerk.) *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése*, BGGyTF. Budapest.
- Odon, S.L., Horner, R.H., Snell, M.E., & Blacher, J. (2007). *Handbook of developmental disabilities*. The Guilford Press, New York, 529-546.
- Precop J. (1997). Feszültségek a fogyatékos gyermekek szülei és a szakemberek között in *Szemelvénygyűjtemény a korai gyógypedagógiai gondozás-fejlesztés témaköréből* NT. Budapest.
- Radványi, K. (2014). *A legbelső kör*, BGGyTF, Budapest.
- Stoppard M. (1997). *Mit tud a gyerek?* Park kiadó. Budapest.
- Szűcs Ferencné – Vágó É. (1993). *Játékos együttlétek*. Művelődési és Köznevelési Minisztérium, Budapest.
- Telkes J. (1989). Válság, változás, változtatás: A kríziskoncepció jelentősége a mentálhigiénés gyakorlatban in Gerevich J. *Közösségi mentálhigiéné*. Gondolat. Budapest.
- Tucker, I., & Nolan, M. (1995). A szülőknek szóló tanácsadás és irányítás. in Csányi Y. (szerk.) *A hallássérült gyermekek korai fejlesztése*, BGGyTF. Budapest.
- Winnicott D. W. (2000). *Kisgyermek, család, külvilág*. Animula, Budapest.

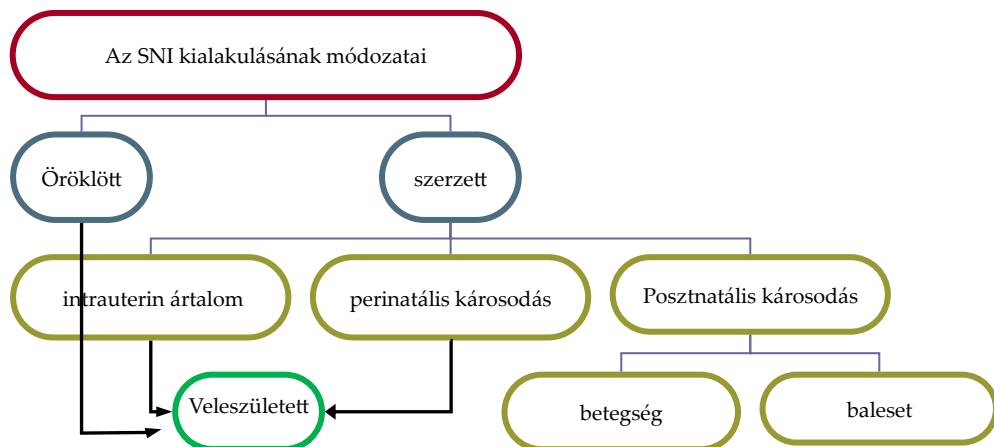
4. A speciális igény kialakulásában szerepet játszó etiológiai tényezők

Kulcsfogalmak



Öröklött tényezők, szerzett tényezők, veleszületett tényezők, prenatális tényezők, perinatális tényezők, posztnatális tényezők, környezeti tényezők, biológiai rizikó-tényezők, kialakult rizikó-tényezők, fejlődési rendellenességek, oxigénhiányos károsodás, koponyaűri vérzések, szubdurális hematoma, morfológiai rendellenességek, fertőző betegségek, toxoplasmosis, agyhártya- és agyvelő gyulladás, röntgensugárzás, mérgezések, koraszülöttség és kissúlyúság, toxémiás terhesség, Rh inkompatibilitás, Apgar skála, gyógyszerek, balesetek, Gazdasági és szociális rizikó

Most csak azokkal a veszélyeztető tényezőkkel foglalkozunk, amelyek valamennyi speciális igény kialakulásának kórokrendszerében szerephez juthatnak. Az okok sokfélék. A patológiai tényező hatása is változik annak függvényében, hogy a fejlődés melyik szakaszában lép fel. Az is lehetséges, hogy a veszélyeztető tényezők halmozódása vezet végül is maradandó károsodáshoz.



4.ábra. A veszélyeztető tényezők klasszikus osztályozása

Az alábbi táblázat Dunst, C. (1993) által összeállított, a szakirodalomban leggyakrabban előforduló rizikó-tényezőket sorolja fel.

2. táblázat. A veszélyeztető tényezők Dunst féle osztályozása

Környezeti rizikó-tényezők	Biológiai rizikó-tényezők	Kialakult rizikó-tényezők
A család gazdasági státusza Munkahelyi stabilitás – munkahely csere, munkanélküliség Jövedelem - alacsony Lakhely stabilitás – gyakori költözés Családi stabilitás – partner csere Nincs legális gondozó kinevezve Házastársi kapcsolat – konfliktusokkal teli Családi elhanyagolás, abúzus Gyermektől való hosszabb távollét Nem megfelelő nevelési stílus Toxikus anyagokkal való kapcsolat	Az anya életkora: túl fiatal (18 év alatti) vagy túl idős (40 év fölötti) Tartós orvosi kezelés, mentális betegségek Traumák vagy tartós betegségek Drog-fogyasztás Alacsony születési tömeg, 2500 gr. alatt	Genetikai zavarok Neurológiai rendellenességek Atipikus fejlődési zavarok Túl alacsony születési tömeg, 1000 gr. kisebb Mégkésett fejlődés a kognitív, motoros, beszéd, pszichoszociális készségek szintjén

Fejlődési rendellenességek

Lehetnek familiárisak, genetikai okokra visszavezethetőek, vagy szerzetek. A familiáris rendellenességek bizonyos családokban halmozottan fordulnak elő és a vérrokonok fokozottan veszélyeztetettek (Papp és mtsai., 2002).

A családi halmozódás, gyakori előfordulás is genetikai faktorokra vezethető vissza (Pfeiffer, 2018).

A fejlődési rendellenességek prenatális (terhesség alatti), perinatális (születés körüli) vagy posztnatális (születés utáni) ártalom következtében alakulnak ki. A terhesség első három hónapja az idegrendszer kialakulása. Ha a placenta elhal (a terhesség második trimesztere), akkor a magzatnál hipoxia, vagyis oxigénhiány lép fel, az anya panasza a nagy súlygyarapodás

és a magas vérnyomás. Ebben az esetben fontos a 32. hét után a szülés beindítása. Nehéz szülés közben felléphet aszfixia (fulladás) pl., ha a köldökzsinór helyzete nem megfelelő. Ilyenkor a gyermek színe enyhén piros vagy kék. Lividaszfixia esetén gyakorlatilag halva születésről beszélünk. A forcepsz (fogó) régen gyakori használata mechanikai sérülést okozhatott, mivel az újszülött koponyájának csontosodása még nem fejeződött be.

Az agy oxigénhiányos károsodására visszavezethető magzati veszteség gyakorisága 4-5/1000 összes születés. Emellett 1000 születésre 3-4 IKZ és 2-3 súlyos ideggyógyászati károsodás kockázatával is számolnunk kell. A születéskor elszenvedett agyi károsodások ugyanis rövid időn belül halálos kimenetelűek lehetnek vagy enyhébb-súlyosabb idegrendszeri, intellektuális- és mozgászavarhoz vezethetnek.

A születéskori agyi károsodásokat két nagy csoportba sorolhatjuk: (1.) a koponyaűri vérzések a fej erős összenyomása és/vagy a koraszülöttség melletti oxigénhiány következményei; (2.) az agyi hipoxiás-iszkémiás agykárosodások a szülés során bekövetkező oxigénhiány miatt jönnek létre. A hipoxia lehet a méhlepényben keringő vér oxigéntartalmának csökkenésének (hipoxémia) vagy az agyi véráramlás akadályozottságának (iszkémia) a következménye.

Nem valódi koponyaűri vérzés a koponyacsontok hártája alatt létrejövő vérömleny (kefálhematóma). A csont határait sohasem lépi túl, és többnyire spontán felszívódik.

A keményagyhártya alatti vérzés (szubdurális hematóma) szülési sérülés vagy általános vérzékenység következménye. A vérzés ilyenkor a keményagyhártya sérülésén keresztül az aggyal érintkezik, és arra nyomást gyakorol. Az agy állományának védelmében olykor szükséges lehet a vérömleny sebészi lebocsátása.

Az agy állományában bekövetkező vérzés a koponya erős összenyomása, fertőzés vagy más helyen történő vérzés tovaterjedéséből adódik. Az agyvizet termelő vénás fonat (plexus chorioideus) vérzése esetén az érintett oldalsó agykamra-szarv kitágulása és olykor agyvíz-keringési zavar is bekövetkezhet. Szerencsére ultrahanggal jól diagnosztizálható és általában jól gyógyítható.

A leggyakoribb koponyaűri vérzések a kamrák körüli (periventrikuláris) vérzések. Kialakulásukkal főként a terhesség 24-34. hetében számolhatunk. Klinikailag a vérzés a születést követő három napon belül mutatkozik

meg. A vérzés kimenetele nehezen jósolható meg. Az esetek jelentős részében következmények nélkül maradhat, máskor az agy kisebb-nagyobb szövethiányát okozhatják. A koponyaűri vérzések következményei igen nehezen láthatók előre. Szerencsére az esetek többségében nem okoz észlelhető egészségkárosodást. Máskor azonban akár súlyos mozgási rendellenességeket vagy vízfejtiséget is okozhatnak.

Az agy oxigénhiányos károsodásának leggyakoribb okai:

- a méhlepény keringésének elégtelensége;
- születést követő légzési elégtelenség, pl. a tüdők éretlensége miatt;
- bizonyos szívfejlődési rendellenességek, melyek rontják az agy oxigénellátását;
- születéskor bekövetkező, szívelégtelenséget okozó fulladás (aszfixia);
- születést követő keringési és légzési elégtelenség, súlyos szívhiba vagy ismétlődő légzéskimaradás miatt.

A központi idegrendszer károsodását a születést követő 12-24 óra elteltével lehet észlelni.

Az agy oxigénhiányos károsodásának leggyakoribb következményei: látássérülés, CP (cerebrál paresis) vagy intellektuális képességzavar.

Egyes rendellenességek születéskor még nem ismerhetőek fel, mivel csak későbbi életkorban manifesztálódnak. A fogyatékosok körében lényegesen magasabb arányban fordulnak elő morfológiai (szervek, szövetek károsodása) rendellenességek, mint az átlagpopulációban. A morfológiai rendellenességek gyakran befolyásolják a személyiség harmonikus fejlődését is.

Fertőző betegségek

Alapvető tény, hogy az anyáknak terhességük ideje alatt minden fertőző forrást kerülniük kell. Mai ismereteink szerint a terhesség első hónapjaiban a rubeóla és a himlő tekinthető ténylegesen teratogénnek (magzatkárosítóknak). Friss fertőzés esetén ajánlható a terhesség megszakítása.

A toxoplazmosis (protozoonok okozzák) nehezen diagnosztizálható fertőző betegség, mely a magzatra nézve a 4. hónap után veszélyes. Elsősorban állatokkal foglalkozó, reprodukciós korban lévő nők fertőződhetnek meg vele. A higiénés szabályok betartásával megelőzhető.

Újszülöttkorban a kanyaró nagyon veszélyes lehet. Az agyhártya- és agyvelőgyulladásnak kisgyermekkorban minden esetben súlyos következménye van: intellektuális képességzavar, tanulási zavar, látássérülés, magatartászavar. Az agyvelőgyulladás aktív szakaszában a betegek nagy része eszméletlen és bizony görcsöl is a gyulladás miatt fellépő agy-ödéma miatt. A gyógyulási szakaszban, ill. azt követően pedig a gyulladás miatt elpusztult agyszövet hegesedése miatt epilepszia alakulhat ki, amely közismerten görcskésztséggel jár. A gyógyulás az akut szakaszból 4-8 hétig is eltarthat. A teljes felépülés azonban még hónapokat vehet igénybe.

Sugárzás

A röntgensugárzás kivétel nélkül csak túladagolás vagy a sugárvédelem követelményeinek mellőzése miatt okoz magzati károsodást.

Mérgezések

A nikotin nehezen válik ki a vérkeringésből. Mivel érszűkítő hatása van, romlik a magzat oxigenizációjának lehetősége, erőteljesen csökken a vér oxigéntranszportja. A dohányfüstben levő cianid méregtelenítésére a szervezet nagy mennyiségű B12 vitamint használ fel, ez utóbbi hiánya pedig a magzati vérképzésre káros.

A dohányzásnak közvetett hatásai is vannak. A terhesség alatt a testsúlynövekedés elmarad a kívánatostól, emiatt a magzat növekedése is gátolt, az újszülött súlya is jóval kisebb a szokásosnál. A dohányzás megkétszerezi a vetélés vagy koraszülés gyakoriságát. A gyermekek testi és értelmi fejlődése elmaradhat a társaikétól.

Ha tervezett terhességről beszélünk, akkor fél évvel a terhesség előtt abba kell hagyni a dohányzást, viszont, ha nem tervezett a terhesség, akkor a fokozatos elhagyás ajánlott, hiszen az elvonás okozta stressz is káros a magzat fejlődésére.

Az alkoholfogyasztás egyre gyakoribbá válik, egyre több nő és fiatal hódol ennek a szernak. Az alkohol magzatra kifejtett hatását magzati alkoholártalom néven írták le. A fő tünetei: alacsony születési súly, az átlagosnál kisebb koponyakörfogot, intellektuális képességzavar, diszproporcionált arc, fejlődési rendellenességek (száj, mellkas, szív, vese).

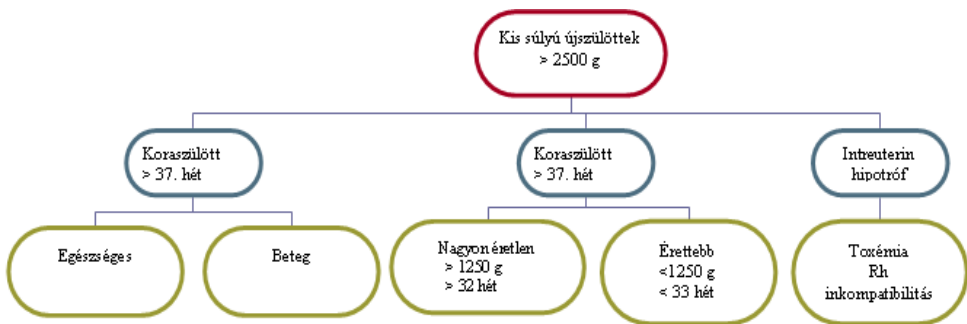
Nagyon veszélyes továbbá az ólom és a higanymérgezés is.

Koraszülöttség vagy kis súlyú újszülött

Az élve született csecsemőknek a 8%-a ma is 2500g-nál kisebb súllyal jön a világra, amit kisműveltségnek nevezünk (Méhes, 1999). Ugyanakkor az újszülött-ellátás fejlődése egyre nagyobb életben maradási esélyt nyújt a kisműveltségű és nagyon kisműveltségű csecsemők számára is. E csecsemők nagy számából egészséges gyermek és felnőtt válik, de az átlagosnál jóval nagyobb számban fordul elő náluk az intellektuális, érzékszervi és mozgáskárosodás.

Az emberi fajra a 38-40 hetes terhességi időtartam jellemző, és az újszülött 3000 g fölötti súllyal jön a világra. Az 1000 g alatti koraszülötteket gyakorlatilag életképtelennek kellene tekintenünk, mert súlyuk az átlag 1/3-át sem éri el és biológiai működésük rendkívül kezdetleges. Az orvostudomány fejlődésével a feltételek egyre kedvezőbbekké válnak.

A 37. gesztációs hét előtt született csecsemők koraszülöttek. Már két évtizede azonban a kis súlyú újszülött fogalmát is kezdték használni a koraszülöttség mellett, ezzel hangsúlyozva, hogy nem a születés terminusa, hanem a születési súly (2500 g-nál kisebb) a mérvadó. Igen kis súlyúnak számítanak az 1500 g alatti súllyal rendelkezők.



5. Ábra. A koraszülött, kisműveltségű újszülöttek csoportjai

A terhesség-megszakítások száma állandóan emelkedik. A megszakítás együtt járhat a méhnyak, a méhszáj záróizmának sérülésével, ritkábban a méh perforációja is előfordulhat. Mindezek előnytelenül befolyásolják egy következő kívánt terhesség kimenetelét, koraszülést okozhatnak. Ugyancsak koraszülést okozhat a terhesség alatt megélt fokozott stressz is.

A kis súlyú koraszülöttek vagy a méhen belül sorvadtt újszülöttek (időre született kis súlyú baba) veszélyeztetettek. Az igen kis súlyú babák mintegy felénél észlelnek neurológiai következményeket.

Koraszüléskor különleges ápolási, gondozási feladatok hárulnak az anyára: a koraszülöttek izomtónusa gyengébb, reflexei fejletlenek, légzési, keringési és táplálkozási zavarokkal küzdenek. A gondos ápolás, a környezet megfelelő magatartása eredményeként a koraszülöttek nagy többsége ép, egészséges felnőtté fejlődhet.

Az ikerterhességek általában koraszüléssel végződnek, ami azonban normálisnak számít, ha a gesztációs hétnek megfelelő a babák súlya.

A koraszülöttek intelligenciastruktúrája a későbbi életkorban egyenletlen, praktikus intelligenciájuk gyengébb. Mozgáséretlenség, koordinációs zavar, kevert lateralitás jellemző, tehát a szenzomotoros rendszer komponensei nem illeszkednek megfelelően egymáshoz (McManus és mtsai., 2012).

A toxémiás terhesség

Az Rh egy vegyület a vérben, amelynek alkotóelemét egy domináns gén határozza meg. Akiknél megvan ez a gén, azokat Rh pozitívoknak nevezzük. Az embereknek mindegy egyötöde nem rendelkezik domináns génnel, hanem két recesszív gént örököl és Rh negatív lesz.

Ha Rh negatív az anya és az apa Rh pozitív a magzat is Rh pozitív. Ilyenkor fennáll a veszélye annak, hogy a magzati keringésből néhány vörösvértest bejut az anya keringési rendszerébe, arra kényszerítve az anya immunrendszerét, hogy az idegen anyag elleni védekezésül ellenanyagot termeljen, amely megmarad az anya vérében.

Az anya ismételt terhessége és további szülések esetén az előző gyermekre adott válaszként termelődött antitestek bejutnak az új magzat keringésébe, és elpusztítják a gyermek vörösvértestjeit. Ennek következménye születési rendellenességek és a baba halála lehet. Az első gyermeket többnyire nem fenyegeti veszély, de minden további terhesség esetén növekszik a gyermek károsodásának lehetősége. A veszélyt fokozhatják az esetleges abortuszok. Az anya kaphat szülés után anti-Rh-szérumot, ami megakadályozza a következő gyermek károsodását.

Az Apgar skála az újszülöttek felmérését teszi lehetővé. A skálát 1952-ben Virginia Apgar dolgozta ki. A skála az újszülött által tapasztalt prenatális asphyxia (oxigén hiányos állapot) fokának meghatározására szolgál.

A skála alkalmazója az újszülöttet 5 terület mentén méri fel:

- Szívritmus
- Bőrszín

- Reflex
- Légzés
- Izomtónus

Az újszülött valamennyi területen 0,1,2 pontot érhet el. A skálát a születést követően 1min., 5min., 10min. veszik fel.

3. táblázat. Az Apgár érték kiszámításának kritériumai

Terület	Pontozás	1 min.	5 min.	10min.
Szívműködés	– Nincs 0			
	– < 100/min. 1			
	– > 100/min. 2			
Légzés	– Nincs 0			
	– Szabálytalan 1			
	– Jól sír 2			
Izomtónus	– Petyhüdt 0			
	– Enyhe flexió 1			
	– Aktív mozgás 2			
Reflexek	– Nincs 0			
	– Arcfintor 1			
	– Köhög 2			
Bőr szín	– Sápadt 0			
	– Test rózsás, de a végtagok sápadtak 1			
	– Rózsás 2			
Összpontszám				

A kapott eredmények értékelése:

- 0-3 pontig – újraélesztés
- 4-7 pontig - közepesen súlyos asphyxiás állapot (koraszülöttek max. pont szintén 7)
- 8-9 pontig - enyhe asphyxiás állapot
- 10 pont - problémamentes szülés

Gyógyszerek

A veleszületett rendellenességek 1%-át gyógyszerek okozzák. A gyógyszerek teratogén hatására a hatvanas évek elején figyeltek fel a talido-

mid tragédia kapcsán. A terhesség első három hónapjában előforduló rosszullétekre Contengan tablettát írtak fel. Ennek eredménye számos torz újszülött lett.

Az antikonciensek jelenlegi ismereteink szerint a terhességre nézve nincsenek káros hatással. Ez azonban csak akkor érvényes, ha a kívánt terhesség előtt a fogamzásgátló szedését abbahagyják. Ha a fogamzás a nő hormonszabályozásának rendeződése előtt jön létre, akkor rendellenes beágyazódás és ebből következően pedig fejlődési zavarok várhatóak.

A gyermekek fejlődő idegrendszerére az antikonvulzív gyógyszerek, valamint az antibiotikumok hathatnak károsan.

Balesetek

Egy baleset közvetlen következménye igen sokféle lehet: nyomás, zúzdás, rázkódás, törés, vérzés stb.

Valamennyi sérüléstípus gyógyulhat, de belőlük szervi károsodás maradhat vissza, amely speciális igényt vonhat maga után.

Ebből a szempontból legjelentősebbek azok a sérülések, amelyek a koponyát érik, illetve azok, amelyek hiányokat és deformításokat vonhatnak maguk után.

Gazdasági és szociális rizikó-tényezők

Társadalmunkban számos olyan gyermek él, akiknél a család gazdasági és szociális tényezőinek alacsony szintje miatt nagy az esély a tanulási, oktatási sikertelenségnek. Ezekben a szegény, marginális családokban nem biztosított megfelelően a gyermek érzelmi és intellektuális fejlődése, nagy számban fordulnak elő csonka családok, nagy a veszélye a gyermekek bántalmazásának, a tiltott szerek fogyasztásának, az érzelmi elhanyagolásnak, a nem megfelelő gondozásnak. A szülők alacsony iskolázottsági foka is jelentős rizikó-tényezőnek bizonyult (Camp és mtsai., 1998).

Mindezek a feltételek nagymértékben megnövelik annak valószínűségét, hogy a gyermek rosszul fog teljesíteni már az elemiben, és komoly problémái lesznek az alapvető ismeretek, írás, olvasás, számolás elsajátításában.

Az etiológiához köthető jellemzők a család jólétére is hatással vannak. Az etiológiai tényezők a tágabb kontextussal kölcsönhatásban értelmezhetőek. Pl. mennyi ideig tartott a diagnózis felállítása, mennyire biztos a diag-

nózis, szociális-gazdasági kontextus, a családi működés rendszere. Élethosszig tartó fejlődés, multidimenzionális és többirányú, nagymértékben plasztikus, többszörösen kontextusba ágyazott. A beavatkozásra adott válaszmodell: az utasítások érthetősége, támogató jellege, a formális tesztelést felváltja a specializált utasítások sora. Lényege a kategorizáció-mentes szolgáltatások biztosítása (Odom és mtsai, 2007).

Felhasznált szakirodalom

- Camp, B. W., Broman, S. H., Nichols, P. L., Leff, M. (1998). Maternal and neonatal risk factors for mental retardation: defining the at risk child. *Early Human Development*. 50, 159-173.
- Corman, H., & Chaikind, S (1998). The effect of low birthweight on school performance and behavior of school-aged children. In *Economics of Educational Review*, 17/3.
- Göllesz V. (1992). *Gyógypedagógiai kórtan*, Tankönyvkiadó, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.
- Kálmán Zs., & Könczei Gy. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris, Budapest.
- McManus, B. M., Carle, A. C., & Poehlmann, J. (2012). Effectiveness of Part C Early-Intervention Physical, Occupational, and Speech Therapy Services for Preterm or Low Birth Weight Infants in Wisconsin, United States. *Academic Pediatrics*, 12(2):96-103. doi: 10.1016/j.acap.2011.11.004.
- Méhes K. (1999). A koraszülött kérdés. *Egészség*, 113/6, 11-14.
- Odom, Horner, Snell, & Blacher. (2007). *Handbook of developmental disabilities*. Guilford Press.
- Papp Cs., & Tóth-Pál E. (2002). *Genetikai tanácsok gyermeket váró szülőknek*, Springer kiadó, Budapest.
- Pfeiffer, S. (2018). *Handbook of Giftedness in Children*. Switzerland: Springer.
- Ward, R. M., & Beachy, J, C (2003). Neonatal complications following preterm birth. *BJOG*, Vol. 110.

II. SÉRÜLÉSTÍPUSOK

1. Tartalomjegyzék

1. A mozgássérülés fogalma és a mozgássérültek ellátása
2. A látássérülés fogalma és a látássérültek ellátása
3. A hallássérülés fogalma és a hallássérültek ellátása
4. Az intellektuális képességszavar fogalma és ellátásuk
5. Az autizmus fogalma és autisták ellátása
6. A beszédzavarok fogalma és a logopédiai ellátás
7. Viselkedészavarok és viselkedésszabályozás az iskolában
8. Speciális tanulási zavarok fogalma
9. Speciális tanulási zavaros gyermekek az iskolában
10. A komplex és intenzív ellátást igénylő személyek gyógypedagógiai megközelítése

2. Célok

1. A főbb fogalmak meghatározása
2. A főbb megközelítési módok azonosítása és differenciálása
3. A főbb SNI kategóriák azonosítása és megértése annak, ahogyan ezek kihatnak az emberi fejlődésre
4. A team munka előnyeinek felismerése
5. Beavatkozási stratégiák kidolgozása, melyekkel az SNI személyek esélyegyenlősége biztosítható
6. A gyógypedagógiai munka etikai vonatkozásainak megismerése

„Az életben a hátrányos helyzet csak akkor hátrány, ha annak fogod fel.”

(kínai közmondás)

1. A mozgássérülés fogalma és a mozgássérültek ellátása

Kulcsfogalmak



Mozgáskorlátozottság, mozgásszervi megbetegedés, mozgás- szervrendszer, tartó és/vagy a mozgató szervrendszer, pszichoszomatikus fejlődés, interperszonális kapcsolat, életkori norma, szocializáció, személyiségfejlődés, összetett funkciók, információ-felvétel, társadalmi kommunikáció, alkalmazkodás, végtaghiány, amputáció, csonkfájdalom, fantomfájdalom, petyhüdt jellegű bénulás, myopáthia, spasztikus/athetotikus/ataxiás mozgás-rendellenességek, monoplégia, hemiplégia, diplégia, tetraplegia, személyi függetlenség, önellátás, szomatopedagógia, rehabilitáció/rehabilitáció, dysarthria, mozgásnevelés, konduktív nevelés, neurológiai rehabilitáció, elemi mozgásminták, DSGM, SMT, AMT, gyógyászati segédeszközök, ortézis, protézis, rehabilitációs eszközök, helyváltoztatást segítő eszközök, AAK

A mozgáskorlátozottság fogalma

A harmonikus, célszerű és energiatakarékos, azaz fiziológias mozgások létrejöttének feltétele a mozgás szervrendszerének strukturális (alaki, szerkezeti) és funkcionális (működésbeli) épsége. A mozgás- szervrendszer két részének – a tartó (a csont- és az ízületi rendszer) és a mozgató (az izom- és idegrendszer) – működése egymással szorosan összefügg. A mozgás- szervrendszer bármely részének a fejlődési rendellenessége, betegsége vagy sérülése megbonthatja ezt a funkcionális egységet, a többi rész szerkezetében és működésében is zavarokat okozhat. Ez a szerkezeti és/vagy működési zavar a mozgáskárosodás (Kullmann, 2000).

Mozgáskorlátozottságot azok az ún. mozgásszervi megbetegedések (átmeneti állapot, mely a gyógyítás eszközeivel megszüntethető) okoznak, amelyek irreverzibilis állapotváltozással járnak.

Gyógypedagógiai értelemben a tartó és/vagy a mozgató szervrendszer veleszületett vagy szerzett sérülése, károsodása és/vagy funkciózavara jelent mozgássérülést.

A mozgáskorlátozottság hatása a személyiségfejlődésre

A mozgáskorlátozottság, különösen a veleszületett vagy korai életkorban szerzett károsodások kihatnak a gyermek pszichoszomatikus fejlődésére, cselekvéses tapasztalatszerzésére, interperszonális kapcsolatainak alakulására. Befolyásolhatja az életkori normáknak megfelelő képességek kialakulását, fejlődését; megváltoztathatja a motoros tevékenységet. A tevékenykedés és mozgásképeség csökkenése következtében átalakulhat a külvilágról való információ, nehezítetté válhat a kommunikáció és a környezethez való alkalmazkodás.

A mozgató szervrendszer különböző eredetű sérülése vagy egyes részeinek hiánya miatt nem alakulnak ki vagy rendellenesen működnek bizonyos motoros alapfunkciók, funkcionális rendszerek, így a személy akadályozottá válik az életkorának megfelelő tevékenységekben. Mivel az információfelvétel motoros komponense hiányzik vagy rendellenesen működik, így megváltozik az információfelvétel is. A mozgás hiánya vagy akadályozottsága miatt a személy nem tud úgy hatni a környezetére, mint ép társai. Fokozottan függ a környezetében levő emberektől, ezért sérül a társadalmi kommunikáció, a szocializáció. Mindezek meghatározzák az eltérő személyiségfejlődést (Bernolák, 2000).

A mozgáskorlátozott személyeknél az alapvető motoros képességek fejlődését az inaktivitás és a társuló belgyógyászati betegségek is nehezítik. Nem hagyható figyelmen kívül a gyakori műtéti beavatkozások és a hosszadalmas kórházi kezelések okozta teljesítménycsökkenés sem. Mivel a tevékenykedés motoros alapja sérült, ezért megváltoznak a testi tevékenység formái, lehetőségei és akciók területe.

A mozgáskorlátozott gyermek személyiségfejlődésének alapvető jellemzője, hogy akadályozott az életkorának megfelelő tevékenységben. Megváltozhat a gyermek fejlődésének menete, szocializációs folyamata.

A megváltozott személyiségfejlődés jellemzői:

- Az összetett funkciók rendellenesek vagy hiányoznak – alapfunkciók: izomerő; összetett funkciók: egyensúlyozás; tanult funkciók: ülés;

- Az információ-felvétel sérül – helyhezkööttség, hiányzik az aktív ismeretszerzés;
- Nehezített a társadalmi kommunikáció - egyezményes jelek kivitelezése, beszédzavar;
- Alkalmazkodás és a környezetre való ráhatás lehetőségei és formái megváltoznak;
- Akadályozott szocializáció;
- Izoláltság.

A mozgáskorlátozottak osztályozásának szempontjai

Az alábbi tényezőket kell figyelembe vennünk:

- A károsodás súlyossága;
- A mozgási funkció és a motoros képesség-csökkenés mértéke;
- Az életkor;
- Intelligencia, képességek és egyéb fogyatékokosságok;
- A megelőzés hatékonysága;
- Szocializáció;
- Környezet;
- Az akadályozottság aktuális mértéke.

Gyógypedagógiai szempontú osztályozás

A gyógypedagógiai osztályozás alapja a kórformák fő tünete alapján történő rendezés, azon kórformák kerülnek egy csoportba, amelyek azonos vagy hasonló feladatot jelentenek a pedagógiai gyakorlatban.

A kialakult klinikai kép alapján tehát, a következő csoportok különíthetők el:

Végtaghiány okozta mozgáskorlátozottság: a felső vagy alsó végtagok veleszületett fejlődési rendellenességei, a különböző fajtájú összenövések, hiányok, és a szerzett végtaghiány.

Amputáció esetén a csonkfájdalom és a fantomfájdalom nagymértékben befolyásolja a személy közérzetét. Ez a két fájdalom nem tévesztendő össze a szokványos sebgyógyulási fájdalommal. Hosszú időn át fennmaradhatnak, kezeléssel szemben igen ellenállóak. A csonkban keletkező fájdalom igen erősek, rendszerint az idegek hegcsomóitól származnak. A fantomfájdalmat a már nem létező végtagban érzik.

Petyhüdt jellegű bénulást kiváltó kórformák: az érző és/vagy mozgató idegpályák sérülése, valamint a myopathiak (progresszív izomsorvadás).

A korai agykárosodás okozta mozgás-rendellenességek: a központi idegrendszer pre- és perinatális sérülése következtében létrejövő spasztikus (görcsös) mozgás-rendellenességek

- Kiterjedés alapján: monoplégia, hemiplégia, diplégia, tetraplégia;
- Motoros tünetek alapján: spasztikus, athetotikus (lassú, hullámzóan terjedő, féregszerű mozgás), ataxiás jellegű vagy kevert formájú mozgás-rendellenességek.

Egyéb típusú mozgás-rendellenességet kiváltó kórformák: az eddigi csoportokba nem sorolható mozgás-rendellenességek: például a gerincdeformitások és tartási rendellenességek: scoliosis, lordózis, kyphosis; a csípő, térd és bokaizület elváltozásai: dongaláb, bokasüllyedés, csípőficam.

A személyi függetlenség, a társadalmi beilleszkedés szerinti csoportosítás

Ez a legmodernebb osztályozása a sérüléseknek, hiszen ez az egyetlen osztályozás, mely nem a károsodásra összpontosít, hanem az igényelt támogatás mértéke alapján sorolja alcsoportokba a speciális igényű személyeket (Luckasson és mtsai, 1992).

Teljes ellátásra, gondozásra szorulóak, akik teljes mértékben a társadalom segítségére szorúlnak.

Részleges ellátásra azoknak van szükségük, akik megfelelő támogatással integrálhatóak.

Önellátóak azok, akiknek bizonyos technikai, gazdasági segítségre van szükségük ahhoz, hogy a társadalomba teljes mértékben beilleszkedjenek, dolgozzanak.

Teljesen önellátó, aki külön segítség nélkül, teljes mértékben képes a társadalomba beilleszkedni.

A szomatopedagógia meghatározása

A szomatopedagógiai folyamat a mozgáskorlátozottság és annak következményei okozta sajátos nevelhetőségi feltételek figyelembevételével, a fogyatékoság korrekciójára irányuló speciális gyógypedagógiai tevékenység.

A szomatopedagógia a szűkebb értelemben vett gyógypedagógia egyik szakága, a mozgáskorlátozott személyekkel foglalkozó gyógypedagógiai tevékenységek összessége. Elnevezése a „szóma” (test) és „pedagógia” (neveléstudomány) görög szavakból származik.

A szomatopedagógia célja

A mozgáskorlátozottak nevelése tervszerű, céltudatos pedagógiai tevékenység, amely a mozgáskorlátozottság okozta speciális nevelhetőségi feltételek figyelembevételével törekszik az esélyegyenlőség biztosítására, a teljes értékű felnőtté nevelésre.

Célja a mozgáskorlátozott személyek:

- Fejlesztése, nevelése, oktatása, gondozása, gyógypedagógiai feladatoknak ellátása;
- Az életkortól, sérüléstől, társadalmi környezettől függő optimális működés elérésének segítése;
- A hátrányos helyzet megszüntetése;
- A mozgáskorlátozottság kompenzálásával a társadalmi integráció előkészítése, segítése.

A szomatopedagógiai rehabilitációról

A rehabilitáció „a társadalmi tevékenységformák egyike, amely adott, a társadalomból különböző okokból kikerült emberek társadalomba való vissza- (be-) helyezésére irányul”.

A habilitáció/rehabilitáció összetett folyamat, életkor és sérülésspecifikus. Főbb területei (Benczúr, idézi Bernolák, 2000):

Mozgásnevelés: terápia, motoros képességek fejlesztése, napi tevékenységekre nevelés;

Kommunikáció-fejlesztés: beszédnevelés, augmentatív kommunikáció.

A kiejtés központi idegrendszeri zavara a dysarthria (teljes beszédképtelenség = anarthria), amelyhez az artikuláció nehézségein kívül a légzés, hangadás és különböző vegetatív tevékenységek zavara is hozzátartozik. Jellegzetessége az elmosódott, elkent artikuláció, hangkihagyás, néha orrhangzósság, préseltség. A hang gyakran elhalkul, rekedtes, néha abnormálisan magas vagy ordító. A beszéd csak nagy erőfeszítéssel lehetséges. Egyes hangokat egyáltalán nem tud artikulálni a sérült személy. Szabályos skandálás

vagy ritmustalanság jellemző a beszédtempóra, de hadarás vagy dadogás is megfigyelhető. Az organikus agykárosodásból származó dadogás a pszichogén dadogással ellentétben a spontán beszédnél, olvasásnál, suttogásnál is azonos erősségű. A beszéd melódiája is veszít természetességéből: monoton, kifejezéstelen lesz. Ezzel a beszéd kifejező funkciója is károsodik.

Megismerő tevékenység fejlesztése

A mozgássérült gyermek főleg önálló cselekvésben korlátozott, súlyosan károsodik a kisgyermekkor ismeretszerző tevékenysége, és ennek következtében az intelligencia fejlődése.

A mozgás olyan fontos életjelenség, hogy zavara minden esetben kihat a gyermeki egyéniség kialakulására. A kóros reflexek és reakciók kényszermozgásai és tartásai, a hypo- vagy hyperkinesis jelentősen gátolja az intelligens viselkedés szabályszerű és életkornak megfelelő kifejlődését.

Szociabilitás fejlesztése

A mozgásnevelés célja a mozgás-szervrendszer működésének optimális szintre emelése, a változó környezeti adottságokhoz való legmagasabb szintű mozgásos adaptáció kialakítása.

A szociális rehabilitáció magába foglalja mindazt a segítséget, ami arra irányul, hogy az akadályozott gyermek a megváltozott körülmények között társadalmilag aktív tudjon maradni, és a társadalmi együttélésre vonatkozó jogos igényeit ki tudja elégíteni.

Az iskolai integráció ebben fontos szerepet játszik.

A sikeres integrációhoz alapvető tárgyi, személyi, oktatási feltételeket kell biztosítani. Meg kell oldani a speciális tanulásszervezési tantárgyi problémákat.

Biztosítani kell az intézménybe való akadálymentes bejutást, az épületen belüli közlekedést. Fontos az egyéb tárgyi feltételek megléte (speciális WC, megfelelő szék és asztal, speciális füzetek stb.) is.

A mozgásnevelés terápia, melyet a szomatopedagógus végez.

A tanítás-tanulás során szükség lehet speciális eszközrendszer alkalmazására.

A sikeres integráció megvalósításához elengedhetetlen a fogadó pedagógusok felkészítése, továbbképzése, illetve folyamatos szupervíziója.

A konduktív nevelés

A konduktív nevelés vagy konduktív pedagógia elnevezést nem véletlenül találta ki Dr. Pető András, aki ennek a rendszernek a megalapítója volt.

A konduktív – rávezetést jelent, vagyis magyarra fordítva, a konduktív pedagógia, *rávezetési tanítást, nevelést* jelent. Az elnevezés hangsúlyozza tehát, hogy a tanulás aktívan történik.

A kondukció, rávezetés, ami egyrészt célképzéshez, másrészt megoldáshoz vezet, rávezeti az embert a belső szervezőmód kialakítására, az idegrendszer koordinációjára, vagyis a feladatmegoldásra.

A Pető-módszer vagy konduktív nevelés jól bevált híres hazai módszere gyermekek és felnőttek különböző eredetű mozgáskárosodásának kezelésére alakult ki. Utóbb mindinkább a gyermekkori idegrendszeri károsodás, a CP kezelésének módszerévé vált. A konduktív pedagógia hasznos eljárás az agyfejlődésükben károsodott gyermekek állapotának javítására, tanítására, elsősorban az életkoruknak megfelelő napi feladatokra való felkészítésre, ami nevelésüket gondozásukat, oktatásukat lényegesen könnyebbé teheti.

Alapgondolata, hogy speciális igényei ellenére a gyermek vagy felnőtt diszfunkciós idegrendszeri működése, mely a mozgássérülés okozója, átszerveződhet. Évtizedekre visszamenően bizonyítható, hogy a konduktív nevelés útján a súlyos mozgássérültek iskolai körülmények között képezhetőkké, a felnőttek pedig önellátásra és munkavégzésre is képessé válhatnak.

A konduktor olyan speciálisan képzett pedagógus, aki a nevelési folyamat minden pillanatában rávezeti a mozgássérültet az élet adta feladatok önálló megoldására, öntevékenységre készíti. A konduktor (gyógypedagógus) feladata a normál életrend kialakítása. Hangsúlyossá válik a kooperáció, az interperszonális kapcsolat. A tevékenységek során fontos a helyzetváltoztatás, a mozgásos játék, a spontaneitás. Időt kell biztosítani a tanulóknak a konkrét tapasztalatszerzésre, a próbálkozásra.

A konduktor szenvedélyes, humoros, mulattató, fantáziadús személy.

Csoportos tevékenység is van, mely a szülők által közvetített. A csoportok heterogének és a közös munkába egyéni módon és ritmusban kapcsolódnak be a gyerekek. A tanult feladatoknak be kell épülnie a gyermek és a család életvitelébe.

A konduktív pedagógia az embert tiszteli, szemléletének, aktivitásának, küzdeni tudásának, tanulási képességének, életrendszerének kialakításának programja. A kondukció útján a konduktor, nem közvetlenül a gyerek

funkcióit segíti, hanem a gyereket, aki a funkciókat építi. A tanító által nyújtott kondukció rávezeti a neveltet arra, hogy legyen célja, és lehetővé teszi az ember számára, hogy az ő direkt segítségével nélkül érje el a célt.

Pető András az addig biológiai tekintetű mozgáskárosodást elsőként fogta fel pedagógiai problémaként. A különböző funkciók koordinálása és integrálása a cél, mely egy speciálisan integrált, adott életkornak megfelelő nevelési folyamat és tanulásvezérlés, melynek alap gondolata, hogy "nincs reménytelen eset".

Neurorehabilitáció

A fejlődés-neurológia Magyarországon Prof. Dr. Katona Ferenc és munkacsoportja által kifejlesztett tudomány, mely az agy komplex fejlődésének ismeretében olyan módszert ad a gyakorló ideggyógyász kezébe, mellyel sikeresen felismerheti a kóros irányú idegrendszeri fejlődést, a neurorehabilitáció pedig a sikeres kezelés lehetősége.

A mozgás agyi szabályozása nem izmok, hanem izomcsoportok működése szerint szervezett, tehát „az agy nem ismer izmot, csak mozgást”. Ebből következik, hogy mozgásmintákra kell oktatni az agykárosodott gyereket. A nagyagykéreg elsősorban a mozgásindíték, a középagy a mozgásirányítás, az agytörzs az izomtónus-szabályozás központja (Katona, 2006).

Az elemi mozgásminták olyan sztereotip mozgássorok, amelyek kiváltására speciális ingerkörülmények, ingerhelyzetek szükségesek. Az elemi mozgások magukban foglalják a kúszástól a két lábon járásig tartó humán mozgásfejlődési folyamathoz szükséges mozgásokat. Ezek olyan testhelyzetekben válthatók ki, amelyben a koponyában lévő labirintus térbeli helyzete megváltozik (Berényi & Katona, 2015).

Az elemi mozgásmintákkal folytatott terápia hatása áttevődik az akaratlagos, spontán mozgásmintákba. Az elemi mozgásminták előrevetítik a későbbi humán-specifikus mozgások és testhelyzetek kialakulásának végleges mintázatait.

Csecsemőkorban a „korán” fogalmát többféleképpen értelmezhetjük. A fogalom tartalmának egyik jelentése a csecsemő életkorára, érettségi fokára utal és megfeleltethető valamely ismert fejlődési skála mutatóinak. Nemcsak a csecsemő agya érik, hanem ezzel együtt és elválaszthatatlanul az agyfejlődést károsító kórfolyamat is. Az agy érését nem lehet megállítani, ez

ép vagy kóros irányban szakadatlanul folyik. A tünetek az idő múlásával mindinkább kifejezetté válnak.

A családba integrálás a szociális interakció első és alapvető foka. Ettől kezdve a szülők, elsősorban az anya, mindent megtesznek a csecsemő fejlődése érdekében és a terápia sikeres megvalósulásának biztosításában. Az anya céltudatos aktivitása nagymértékben csökkenti a – gyakran semmiképpen sem kiküszöbölhető – bűntudatot, főleg, ha a terápia hatékony. Maga a terápia messzemenően elősegíti az anya-csecsemő kapcsolatot, rendszeres együttes időtöltést biztosít mindkettőjük számára.

Az eredményes kezelés erőt jelent a családtagok számára. Bátorítást ad a kezelés folytatására, a remény fokozza a család összetartását, egymás becsülését. A kezelés jórészt az anya munkája és az elért eredmények az anyát újra megerősítik a családnak utódot adó fontos szerepében, hiszen az utód az ő munkájának eredményeképpen remélhetőleg ép gyermek lesz.

Dévény Speciális Manuális Technika - Gimnasztika Módszer (DSGM)

Kidolgozója Dévény Anna, gyógytornász, ritmikus sportgimnasztika szakedző. 1992 óta hivatalosan is levédett módszer.

Új szemléletre épülő mozgásrehabilitációs rendszer, melynek két összetevője van:

Speciális manuális technika

Az izomrendszer kontraktúráinak oldásával elhárítja a mozgás mechanikai akadályait. Képes a rendellenes helyzetben rögzült izmokat fellazítani, optimális, fiziológias helyzethez szoktatni és stimulálni az idegrendszert.

A testhelyzet passzív feszített, mely a lehetséges maximális nyújtás állapotát jelenti.

Fogásmódok:

- Vágás (hosszanti);
- Tolás (kereszt);
- Körkörös.

Célja:

- A kontraktúrák leküzdése, fájdalomcsökkentés;
- Az izomzat természetellenes helyzeteinek normalizálása, a rossz mozgás okainak felderítésével;

- Az idegrendszer stimulálása;
- Az így előkészített izomrendszer alkalmassá válik az aktív munkára.

Alkalmazott művészi torna

A korrekció csak az ép mozgás mintájára történhet. A haladás tempója lassú. Minden mozgásformát tudatosan kidolgoz, figyelembe veszi, hogy ugyanazt a mozgást különböző helyzetekből indítva is meg lehet valósítani. A fejleszthetőséget nem köti feltételekhez.

Nagy jelentőséget tulajdonít a törzsnek, hiszen anélkül a végtagok sem működnek megfelelően. Aktív izomerő, koordináció, állóképesség és mozgásképesség a fejlesztés a cél.

A személyi függetlenséget biztosító technikai segédeszközök

Mozgásszervi károsodásnál a gyógyítás folyamán vagy az önálló életvitel elősegítésre nagyon gyakran kerülnek alkalmazásra az ún. technikai segédeszközök. Ezek nagyon sokfélék és különböző céllal kerülhetnek felhasználásra.

Lehetnek gyógyászati vagy rehabilitációs eszközök.

A *gyógyászati segédeszközök*: testközeliak. Ezek feladata a rögzítés, tehermentesítés, támasztás, korrekció és működéspótlás.

Típusai:

Ortézisek

Minden olyan segédeszköz, amelyet a nem csonkolt testrészre rendelnek. Alapvető feladatuk a bénult testrész támasztása, tehermentesítése, kóros mozgások megakadályozása, deformálódott, torz testrészek megtámasztása és korrekciója.

4. Táblázat: Ortézisek osztályozása

Végtag	Eszköz
Felsővégtag	Csuklószorító A csukló rögzítése fokozott igénybevétele esetén Támasztó és rögzítő tokok és készülékek Csukló-, váll-, könyök ízületeinek támasztása és rögzítése
Alsóvégtag	Járógép az alsó végtag támasztására, rögzítésére szolgál, kiesett izom-

Végtag	Eszköz
	működést pótolja, megakadályozza a deformitások, kontraktúrák kialakulását, fokozódását alkalmazás: bénulások (petyhüdt, ritkán spasztikus) <i>Lúdtalpbetét</i> Lúdtalp korrekciója <i>Ortopéd cipő</i> Láb deformitások korrekciója, rövidülés pótlása Alkalmazás: bénulások esetén a járógéphez csatolva, a láb fejlődési rendellenességei, deformitásai esetén
Törzs	<i>Fűző</i> Nyújtó, tartó, rögzítő hatás és korrekció Alkalmazás: has, hátizmok bénulása, csigolya-megbetegedések, gerinc deformitások és megbetegedések

Protézisek

Ide tartoznak az amputált, csonka végtagra készített eszközök. Feladatuk a hiányzó testrész kozmetikai jellegű pótlása, a funkcionális hiány pótlása. Készülhetnek az alsó és felső végtagra is.

Az alsó végtagra készített protézisek segítségével megvalósítható a helyváltoztatási képesség kialakítása, begyakorlása.

A felső végtag részleges vagy teljes hiánya megváltoztatja, korlátot szab a manipulációnak, tárgyak használatának, a fogásnak és testápolásnak.

A műkéz használata pontos vizuális ellenőrzést kíván, nem érez, technikai korlátjai folytán csak bizonyos tevékenységek elvégzésére alkalmas. Éppen ezért a műkéz használatát technikai adottságai mellett, számos egyéni tényező befolyásolja. Alapvető fontosságú a műkéz beépítése a testsémába és annak elfogadása.

A *rehabilitációs eszközök* testtávoliak. Elősegítik a helyzet és helyváltoztatást, a mindennapi tevékenységet, a kommunikációt, a munkavégzést vagy az oktatást.

Botok, mankók, járókeretek

A járás könnyítésére szolgálnak. Javítanak a járásbiztonságon, fokozzák a tehermentesítést, koordinációt és az egyensúlyt.

Kerekesszék

Akik a fentebb felsorolt eszközökkel nem képesek közlekedni, kerekesszéket használnak. Akinél lehetséges az állást, járást kell szorgalmaznunk. Figyelnünk kell arra, hogy a mozgást megszeressék, örömeiket leljék benne. Ha a mozgás kudarcélményekkel társul, féltékenység alakulhat ki.

A súlyos mozgássérültek számára a kerekesszék használata teszi lehetővé az önellátást, az önállóságot. Ezen önállóság feltétele az akadálymentes környezet.

Önellátás és kommunikáció segédeszközei

Az önellátáson szűk értelemben a mindennapi élettel kapcsolatos tevékenységeket értjük, mint pl. az öltözködés, étkezés, evőeszközök használata, WC használat stb.

Az önellátást segítő eszközök osztályozása a megsegített hiányzó funkció szerint:

- Fogás, tartás – pántok, hevederek, adaptált ollók, csipeszek stb.
- Csavarás, fordítás – adaptált fordító karok
- Elérés, nyúlás – hosszabbított nyelvű eszközök
- Két kéz együttes használata – csúszásgátlók, öltöztetés segítő eszközök

Ide tartozhatnak a sérült ellátásában segítséget nyújtó, a mindennapi élet élhetőségét könnyebbé tevő eszközök is.

A központi idegrendszer sérülései következtében a mozgáskorlátozottsághoz gyakran a kommunikáció különböző mértékű károsodása is csatlakozik. A fellépő zavarok érinthetik a beszédmegértést, képzést vagy mindkettőt egyaránt.

A kommunikáció általában verbálisan valósul meg, mely lényegében a nyelv használatát, a beszédet jelenti. A metakommunikáció kiegészíti a beszédet, színesíti azt. Az egyértelmű kommunikáció kongruens, vagyis a verbális közlés és a metakommunikáció között teljes összhang van (Hoffmann, 1999).

Amennyiben a beszéd motoros összetevőinek sérülése olyan súlyos, hogy az érthető beszédprodukciónak lehetetlenné vagy kismértékben teszi lehetővé, kiegészítő kommunikációs eszközök állnak a rászoruló rendelkezésére. Ezekre a technikákra jellemző, hogy a kommunikáció nem a megszokott módon valósul meg, és hogy a közlés módja valamilyen eszközzel segített.

A latin eredetű „augmentatív” szó igei formájában azt jelenti, hogy hozzátenni, kiegészíteni, kibővíteni, gazdagítani. Így az augmentatív kommunikáció önmagában kettős üzenetet rejt: az egyik az, hogy mindenkinek, a kommunikációs képességeiben legsúlyosabban sérült embereknek is vannak kommunikációs eszközei, a másik pedig, hogy azok elégtelenségük miatt kiegészítésre szorulnak. Tehát az augmentatív kommunikáció mindig a legszélesebb értelemben vett üzenetközvetítést, a meglévőkre építő és azok mellett létező új, kibővített és/vagy más, eltérő kommunikációs csatornák megnyitását jelenti.

Az augmentatív és alternatív kommunikáció (AAK) a modern gyógypedagógia és rehabilitáció elengedhetetlen részeként, a sérült emberi kommunikáció okozta súlyos érzelmi, szociális és intellektuális hátrányok kiküszöbölését, de legalábbis csökkenését szolgálja. A kommunikációs képességek károsodása rendszerint valamilyen fizikai ok következtében alakul ki.

Az AAK szépen példázza az inter- és multidiszciplinaritás eszméjét: műveléséhez szükségesek mindazok az ismeretek, amelyekkel a kommunikáció, a nyelvészet, benne a pszicho-és neurolingvisztika, a medicina, a gyógypedagógia, a szociálpszichológia és nem utolsósorban a számítástechnika szolgálhat.

A kifejezés vágya ősi jelenség, és nem kötődik a verbális készségekhez.

A kommunikációjában korlátozott egyén kifejezőmódja, használja bár a legmodernebb technikát, mindig lényegesen lassúbb a normál átlagnál, és a kommunikációs folyamatoknak ez a lelassult volta igen előnytelenül befolyásolja mind a közlési, mind pedig a meghallgatási vágyat. Az előbbi azért adja fel, mert belefárad a fizikai és szellemi erőlködésbe, hogy kifejezze és megértesse magát, az utóbbi pedig azért, mert elfogy a türelme, az ideje, az adott személyre fordítható érzelmi energiája. A sebességnövelés technikái között mai napig előkelő helyen szerepelnek a közlendő nyelvtani megfogalmazását gyorsító elemek.

Az AAK használatának további hátrányai a következők:

- természetes modellek hiánya: az augmentált kommunikátor nem rendelkezik hasonló módon kommunikáló szerepmodellekkel, nem követheti ösztönösen mások kommunikációs stratégiáit, nem lesheti el az augmentált kommunikációt hatékonyra tévő szociális ügyességet;
- spontán interiorizálás helyett tanulási folyamat szükséges. Az ép gyermek nem tudatosan tanulja meg a nyelvet, a mozgást, az emberek

közti forgolódás tudományát, az augmentált kommunikációra szorulóknak mindezt kemény, fáradságos munkával meg kell tanulnia. Éppen annyi energiájába kerül, mint amikor a neurotipikus gyermek nyelvórákra jár vagy zongorázni tanul;

- a verbalitás – nonverbalitás sajátos keveredése: az ép partner mindig kommunikációs anyanyelvén, azaz beszéd útján kommunikál az AAK használóval, aki a közölteket a saját beszédpercepciójának megfelelően értelmezi. Tehát a verbalitás egyértelműen adott. Ugyanakkor a szóhasználásnál nagyobb jelentőséget nyernek az alkalmazott hagyományos vagy attól eltérő nonverbális jelzések (mozdulat, hang, jelzés) továbbá az AAK elemei (pl. kép vagy jelkép);
- többszörös asszimetria a partnerhelyzetben: hazugság lenne azt állítani, hogy attól, hogy egy halmozottan sérült, beszédképtelen ember AAK-t kezd el használni, automatikusan egyenrangú partnerre válik. Mindig is ritkábbak lesznek a spontán kezdeményezései a kommunikáció témájának, időtartamának, körülményeinek stb. irányítására, meghatározására, befolyásolására irányuló törekvései, kevesebb lesz az ismeretanyaga, szűkösebb az eszköztára, nagyobb a minden irányú kiszolgáltatottsága;
- jelértelmezés: két ép partner között gyakorlatilag soha nincs szükség a használni kívánt kód egyeztetésére, nehézség legfeljebb eltérő anyanyelvű személyek vagy szakmai zsargon használata esetében lehet szükség. Amíg a standard verbális csatornák jól használhatók, AAK használat esetén sincs probléma: mivel a megmutatott vagy kihangsúlyozott kép/jelkép kötelezően az írott szóval társul, ez sem jelenthet nehézséget. Ha azonban a használó maga alakítja ki az üzenet továbbításra szolgáló jeleket, akkor egyeztetés szükséges. Ezek a jelek ugyanis eltérhetnek a társadalmilag ismert értelmezési módozatoktól, mégis van rá lehetőség, hogy tekintettel a sajátos kommunikációs helyzetre, azok mégis a szokásostól eltérő jelentésre tegyenek szert;
- időfaktor: a magyar nyelvben az átlagos közlési sebesség 60 szó/perc, angolban ez lényegesen gyorsabb: 150 és 250 közé esik. Az AAK használók esetében a szóközlés sebessége ritkán haladja meg a 2 – 8 szó/percet. Az augmentált kommunikáció tehát ép ember számára

szinte elviselhetetlenül lassú. A lassúság az állandó kommunikációs rövidzárlat rémével fenyeget, amit a beszélő partner folyamatos, önmagával folytatott dialógusokkal próbál megelőzni, illetve kiküszöbölni, tovább mélyítve az amúgy is fennálló aszimmetriát.

Az utóbbi évek legizgalmasabb próbálkozásai közé tartoznak az ún. VR (virtual reality) és VAR (virtual altered reality) rendszerek, amelyek valós élmények átélését teszik lehetővé számítógéppel szimulált körülmények között. Ezek, megfelelő adaptálással, különös hatékonysággal használhatók olyan emberek részére, akik sérültségük természete miatt nem szerezhettek meg bizonyos tapasztalatokat, élményeket. Nemcsak az ismeretanyag bővítése az eredmény, hanem tartalmas, nagy motiváló erővel bíró kommunikációs lehetőségeket is teremtenek ezek az új eszközök.

„Aggódok, hogy az eszközre fordított óriási figyelem mellett egyre kevesebb jut a gyerekekre...” (McNaughton, 1999 – személyes közlés).

A nyelv olyannyira összefügg az emberi léttel, hogy például Afrikában sok helyen az újszülött csecsemő egy „kuntu” - dolog, és csak amikor beszélni kezd válik belőle „mantu” - személy. Hihetetlen, szinte máig felfoghatatlan a gyermeknek az a képessége, ahogy élete első két-három éve alatt a nyelv, e hihetetlenül bonyolult rendszer mesterévé válik. Semmiképpen nem tudhatja, hogy milyen nyelvi szerkezetet használ és miért, holott az ötéves gyermek közel olyan hatékonysággal beszél és érti az anyanyelvét, mint a szülei.

A nyelvi kompetenciának nem egyetlen megnyilvánulási formája a beszéd.

A gesztus és jelnyelvek térhódítása a „totális kommunikáció” filozófiáját is tükrözte (ma inkább komplex kommunikációról beszélünk), amely szerint a kommunikációjában károsodott ember részére minden lehetséges csatornát fel kell ajánlani, hogy egyrészt maga választhassa ki a számára legmegfelelőbbet, másrészt a multimodalitás révén, bármely élethelyzetre megfelelő kifejezési mód álljon a rendelkezésre, a mindennapos kommunikáció szolgálatában.

A testtartás, testnyelv, proxémia stb. jelzések kommunikációs megnyilvánulásokként való értelmezése ráirányította a figyelmet a beszéden kívüli kommunikáció súlyára. Ehhez kapcsolódik az ültetés-pozicionálás problémáinak felismerése. Ahhoz ugyanis, hogy valaki kommunikációs helyzetbe kerülhessen, képes legyen szemkontaktust teremteni a partnerével, olvasni nonverbális jelzéseit, miközben erőfeszítés nélkül megmutathatja a saját

kommunikációs tábláján sorakozó üzeneteket, esetleg váltakozva figyeli a számítógép kapcsolóját, monitorát és partnere arcát, megfelelő testhelyzetbe kell kerülnie. E testhelyzet nem lehet megerőltető, kényelmetlen vagy fájdalmas, hisz akkor elvonja a figyelmét a kommunikációról, ugyanakkor ezen ideális testhelyzetet gyakran nagyon nehéz megtalálni, és speciális eszközök nélkül szinte lehetetlen megvalósítani.

A kommunikáció minden egyén alapvető joga.

Az AAK oktatás akkor hatásos, ha jó oktató, motivált, értelmes növényekkel és aktívan kooperáló, ambiciózus környezettel (befogadó, érzékeny, toleráns) dolgozhat.

Az AAK - használó rendkívüli módon függ a partnerétől, csak annak tökéletes együttműködése vezet sikeres kommunikációhoz. Gyakran a beszélő partner tervezi meg a rendszert, ő határozza meg a szókincset, ő biztosítja az elérhetőség, hozzáférhetőség feltételeit, ő adja az instrukciókat a használatához, és tőle függ, hogyan értelmezi az üzenetet.

Minden kommunikációs aktusunkkal változást próbálunk előidézni a partnernél. Amikor kommunikálunk, magunkat is megmutatjuk, mint egy bizonyos társadalmi csoport tagját, kifejezzük saját egyéniségünket is, a világ közösségéhez való egyéni hozzájárulásunkként.

Célunk tehát kettős: egyrészt a gyermekeknél felébreszteni a kommunikáció iránti vágyat, meggyőzni, hogy van értelme, ha kommunikál, eszközöket biztosítani a kommunikációhoz, fejleszteni a használatához szükséges készségeket, tartalmat biztosítani a kommunikációhoz, összehozni hasonló módon kommunikálókkal, fejleszteni a szociális készségeket, alkalmat nyújtani e készségek gyakorlásához, valamint folyamatosan motiválni arra, hogy kedve legyen kommunikálni. Másrészt a családot is meg kell ismernünk, meg kell értenünk a család helyzetét, meg kell ismernünk a gyermek családon belüli helyzetét, a család működését. Fel kell hívnunk a család figyelmét a kommunikáció jelentőségére, meg kell tanítanunk a kommunikációfejlesztés alap-egységét, eszközöket kell nyújtani azoknak az otthoni gyakorlatba való ültetéséhez. Nagy segítséget jelent a család számára, ha összehozzuk a hasonló családokat, alkalmat teremtenünk a szociális együttlétre, folyamatosan motiváljuk arra, hogy legyen türelmük és erejük legalább annyi figyelmet szentelni a gyerek kommunikációjának, mint egyéb készségei fejlesztésének.

Az augmentatív kommunikáció körébe sorolható minden olyan eszköz, technika, amely a beszéd-től eltérő eszközön alapul, és a beszéd kiegészítésére vagy pótlására alkalmazható. Felhasználói körébe tartoznak mindazok, akiknek sérülése következtében a beszéd egyáltalán nem alakult ki, vagy alig érthető (a központi idegrendszer veleszületett sérülései, progresszív megbetegedések, a beszédprodukción átmenetileg elvesztők). Ezen technikák körébe tartoznak mindazok a jelek, jelzések, amelyek kommunikációs kódként elfogadottak. Ide soroljuk a (Hoffmann, 1999) piktoqramokat – fekete-fehér sziluett képekből összeállított kommunikációs rendszer-, szóképeket, betűtáblákat és a Bliss nyelvet. Ez a nyelv egy rendszer, ami olyan grafikus jelekből áll, amelyben a jelkép grafikai képe és a jelentése között logikus kapcsolat van. Minden jelkép egy szónak felel meg, és a kettő együtt van megjelenítve. A gyermek a jelképre mutatóval közli gondolatait.

Az elektronikai eszközök fejlődése, a csúcstechnológia felhasználása lehetővé tette a súlyosan sérültek hatékony kommunikálásának megvalósítását. Ezeknek a számítógépeknek az előnye, hogy egyértelművé válik általa a beszéd-téma, megszűnik a partnertől való függőség, nincs helyhez kötve a kommunikáció (telefon, csoport) stb., hátrányuk, hogy gyakran igen költségesek, szállításuk, szervizelésük, kezelésük megtanulása időigényes.

Bizonyított, hogy semmilyen nonverbális eszköz vagy módszer kommunikációs célú használata nem csökkenti a beszéd kialakulásának lehetőségét, sőt, bármely AAK módszer használata kifejezetten serkentette a természetes beszédprodukción. Nem is szólva arról, hogy az augmentatív kommunikációs eszközök használatának nehézsége maga is erősítheti a beszédre való motiváltságot. A szintetikus beszédhang pedig a maga azonnalóságával és következetes állandóságával is serkentheti a beszédutánpótlást és magát a beszédprodukción is. Az AAK amellett, hogy olyan kommunikációs formát biztosít, amely elméletileg is jelentősen közelebb áll a normális folyamatokhoz, mint a sérülés természetéből adódó, károsodott formák, értelem-szerűen növeli a társadalmi elfogadottságot. Nem utolsósorban pedig lehetővé teszi az emberi méltóság megőrzését és az önrendelkezéshez való jog gyakorlását is.

Az AAK felajánlása tehát a rászorulóknak részére, a megfelelő módon és formában, egyaránt jelent szakmai és emberi jogi kötelezettséget és kihívást. Megismerve az AAK lehetőségeit és korlátait, minden bizonnyal tudunk

tenni valamit azok érdekében, akiktől a sors megtagadta vagy elvette egyik legnagyobb kincsünket, az emberi beszédet.

Felhasznált szakirodalom

- Benczúr M. (szerk) (2001). Szomatopedagógia szemelvények a mozgáskorlátozott személyek gyógypedagógiai rehabilitációjából BGGyTF, Budapest.
- Benczúr M. (szerk) (2001). Szomatopedagógia. BGGYTF. Budapest.
- Berényi M., & Katona F. (2015). Korai idegrendszeri károsodások: korai diagnosztika, prognózis és terápia. *Gyermeknevelés*.3./2.,93–103.
- Gordosné Szabó A. (2004). Gyógyító pedagógia. Medicina kiadó, Budapest 13, 26 fejezet.
- Illyés S. (2000). Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE, Budapest.
- Kálmán Zs. (2007). Humbug vagy hatékony módszer? Kommunikációelméleti megfontolások az augmentatív kommunikációról *Gyógypedagógiai Szemle*, 1 szám, XXXV évf.
- Kálmán Zs. (2001). Augmentatív és alternatív kommunikációs füzetek III, Bliss alapítvány, Budapest.
- Katona F. (2006). Klinikai fejlődésneurológia. Medicina, Budapest.
- Kullmann L. (2000). A mozgáskárosodás in Illyés S (szerk.). Gyógypedagógiai alapismeretek. ELTE BGGYTF. Budapest.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2002). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Ville, I., Crost, M., Ravaud, J. F., & Tetrafigap Group (2003). Disability and a sense of community belonging A study among tetraplegic spinal-cord-injured persons in France, *Social Science & Medicine*, Volume 56.

2. A látássérülés fogalma és a látássérültek ellátása

„Amint az észlelést felváltja a valódi látás, a szeretet nem vesz fel többé álláspontokat; mindennek, ami csak van, látja a veleszületett értékét és szerethetőségét.”

David R. Hawkins

Kulcsfogalmak



Látássérülés, vakok, aliglátók, gyengénlátók, fény-érzékelők, nagytárgylátók, ujjolvasók, tájékozódás, tárgyállandóság, testséma, szociális kompetencia, speciális „kis szoba”, megismerési folyamatok, játék, tanulás, optikai eszközök, tan és munkaeszközök, elektronikus olvasókészülék, Braille rendszer, számítógép, taktilis segédeszközök

Gyermekekcorunkban talán mindnyájan játszottunk „vakot”. Kipróbáltuk: meddig sikerül csukva tartani a szemünket. Ilyenkor megváltozott a világ. A teret kitöltő bútorok hol tájékozódást segítő támpontokká, hol fájdalmat okozó élekké és sarkokká váltak.

Izgalmas és vidám játék volt a szembekötösd is. Milyen nehéz volt valakit felismerni, amíg hangot nem adott. A vakokra gondolva mindez eszünkbe juthat. De felnőttként kétségtelennek tartjuk, hogy vaknak lenni egyáltalán nem érdekesség, izgalom vagy vidámság.

A látássérülés fogalma

Az ember a külvilágról szerzett információk túlnyomó többségét (90%) vizuális úton érzékeli. Az ember látása olyan biológiai és élettani funkció, amely meghatározott anatómiai struktúráknak a működéséhez kötött, rendkívül bonyolult fizikai, biokémiai és pszichikai történések eredménye.

A látássérülés a látószerv olyan károsodása, amely súlyos kihatással van az egyén mindennapi tevékenységére, és a sikeres alkalmazkodáshoz optikai és egyéb segédeszközökre van szüksége (Laemers & Walthes, 1999).

A látássérülés a látási analizátor valamely részének organikus vagy funkcionális elváltozása betegség vagy sérülés következtében.

Látássérültnek tekinthető az a személy, akinek a jobbik szemén maximális korrekcióval mérhető látásélessége az ép látás 30%-a vagy annál kevesebb, illetve látótérszűkülete 20°.

Súlyossága alapján elkülönítjük a vakok és aliglátók, illetve a gyengénlátók csoportját.

Az emberi személyiség és az idegrendszer azonban sokkal szélesebb alkalmazkodásra képes, mint amennyit ma a kizárólag biológiai struktúrához kötődő tudományok magyarázni tudnának. A gyógypedagógia a látáskárosodás hátrányainak csökkentésére éppen ezeket a lehetőségeket igyekszik megtalálni, és maximálisan kihasználni.

A látássérült gyermekek oktatás szempontú csoportosítása

A klasszikus felosztás szerint két alapvetően eltérő nevelési kategória létezik: vakok és gyengénlátók.

Az abszolút vakság a fényérzékelés teljes hiányát jelenti.

Az aliglátók három csoportra oszthatóak: fényérzékelők (vakos technikával oktathatóak, de a tájékozódásban felhasználják látásmaradványukat is), nagytárgylátók (Braille-olvasók, látásmaradványukat jól felhasználják a mindennapokban) és ujjolvasók (nagy látásmaradvánnyal rendelkeznek, oktatásukban más érzékszervekre is támaszkodni kell). Az aliglátók közül kevesen sajátítják el a síkírást és olvasást.

A gyengénlátás a látókép csökkenését jelenti. A gyengénlátók látóképe az ép látáshoz viszonyítva 4-40%. Oktatásukban a látás marad a vezető csatorna, a látás maximális kihasználására kell törekedni.

A súlyos látássérülés (vakság és aliglátás) hatása a korai fejlődésre

A külvilághoz való hatékony alkalmazkodásban alapvető szerepe van a látás útján szerzett információknak. A látássérülés, keletkezési idejének és súlyosságának függvényében, eltérő fokban nyomja rá bélyegét az egész személyiség fejlődésére. Veleszületett vakság esetén az odafordulás, nyúlás, szem-kéz koordináció, ülés, állás, járás, beszéd, térbeli tájékozódás kialakulása és fejlődése elmarad az ép látású gyermekhez viszonyítva. Rá kell ébreszteni a vak gyermeket a személyközi kapcsolatok és kölcsönhatások lehetőségeire is. Fontos, hogy az anya ügyeljen arra, hogy érzelmei ne csak látható módon nyilvánuljanak meg, hanem hang útján is és a gyermek által érzékelhető mozdulatok nyelvén is. Ha a gyermek ráébred, hogy a környezet

válaszol az ő megnyilvánulásaira, figyelni fog ezekre a válaszokra, és fokozatosan megtanulja értelmezni őket – akár a látó gyermek a látható metakognitív jeleket.

Adelson és Fraiberg (1975) a vak csecsemők mozgásfejlődésének sajátos aspektusaira hívták fel a figyelmet. Mindazok a spontán mozgásminták (fej fordítása háton fekve, a kéz kaszáló mozdulatai stb.) megjelenése nem tér el az ép látású csecsemőhöz viszonyítva. Azonban azok a mozgások, amelyek létrejöttéhez vizuális ingerek szükségesek (kezek nézegetése, tárgyak ütögetése, megfogása és elengedése, hason fekvésben a fej fordulásai) több hónapos késéssel jelennek meg az ép látású csecsemőhöz viszonyítva. A statikus mozgásformák (ülés megtartása) időben kialakulnak. Például a 4 hónapos vak csecsemő is képes fejét megtartani üléskor, azonban nem fogja környezetét aktívan (fejének forgatása által) felfedezni.

A vak csecsemők ritkán fordulnak a hangforrás felé. Egyrészt mivel a látás hiányában nem tudják lokalizálni a hang forrását, másrészt azt sem tudják megállapítani, hogy a hang forrása egy tárgy vagy egy személy. Számukra a hang és annak forrása közötti kapcsolat még nem létezik. Ennek a kapcsolatnak a felismerése kb. 9 hónapos kor körül alakul ki, lehetővé téve a hang irányába történő odafordulást és nyúlást.

Habár sokan úgy gondolják, hogy a „kéz a vak szeme”, Fraiberg felhívja a figyelmet arra, hogy a nem látó csecsemő kezei is „vakká válhatnak”. A korai fejlesztésben nem részesült vakon született csecsemők megfigyelése bizonyítja ennek a veszélynek a meglétét. Ezek a csecsemők nem tudják hatékonyan koordinálni kézmozgásaikat, nem képesek felfedezni kezük segítségével a környezetüket.

A vak és fényérzékeny csecsemők életük első 9 hónapjában csak a testükkel érintkező tárgyakat fogják meg, a tárgyak által keltett hangok irányába nem nyúlnak. Ez a jelenség azzal magyarázható, hogy a két kéz koordinált mozgásának kialakulásában a vizuális kontroll kulcsfontosságú. A látássérültek esetében a hangforrás fele fordulás, illetve az önálló helyválttatás megjelenése a tárgyfogalom kialakulásának a függvénye.

A 16 hetes látó csecsemő számára kezeinek, ujjainak felfedezése óriási élményt jelent. Játsszik ujjával, kezeit szeme előtt mozgatja, ez a látvány anynyira „szórakoztatja”, hogy újra és újra megismétli, ezáltal alakulnak ki az első koordinált kézmozgások.

A látássérült csecsemő kezeit tipikusan az újszülöttekre jellemző pozícióban tartja. A két kéz nagyon ritkán érintkezik egymással, és ez a taktilis stimulus nem elegendő ahhoz, hogy a mozgás megismétlésére ösztönözze.

Megfigyelhető, hogy 4 hónapos nem látó csecsemőt hasra fordítva passzívan megmarad ebben a kényelmetlen pozícióban, fejét nem emeli fel, mint a látó csecsemő. Vagyis a fej felemelése nem reflexszerű, hanem aktív, kereső tevékenység eredménye. Nem látó csecsemők esetében gyakran csak 10-11 hónapos korban jelenik meg ez a reakció.

Fraiberg korai fejlesztésben részült tanítványa közül egyetlen egy sem kezdett el kúszni és mászni mindaddig, amíg nem tanultak meg a hangforrás irányába orientálódni. Az önálló mozgás megjelenésének késése nagymértékben hátráltatja a térismeret kialakulását.

A mozgásfejlődéssel szoros kapcsolatban áll a testkép, a testtudat és a testséma kialakulása, amely a vizuális kontroll hiányában sajátos módon fejlődik. Saját testének, testrészeinek elhelyezkedését a térben és a térben elhelyezkedő tárgyak között az épen maradt érzékelési módok integrálásával tudja megtapasztalni. A térérzékelésben döntő jelentőséget kap a haptikus (motoros-taktilis) és auditív érzékelés, vagyis a tér felfedezése és a téri fogalmak megismerése aktív, mozgásos tapasztalatokra épül.

A szociális kompetencia kialakulását és fejlődését az első két életévben az anya-gyermek kapcsolat határozza meg. A csecsemő jelzéseire adott megfelelő szülői válasz növeli a biztonságérzetet és a szociális kompetenciát, a csecsemő megtanulja, hogy aktívan befolyásolhatja környezetét. Az anya számára nehéz a vak csecsemő jelzéseit értelmezni, megítélni azt, hogy akarja-e vagy sem, hogy tovább foglalkozzanak vele. Ezen inkoherens szituációknak a sorozata bizonytalanná teszi mind a gyermeket, mind pedig a gondozóját. Mivel környezete nem tudja megfelelő módon igényeit kielégíteni, elveszíti kezdeményező kedvét, és szüleivel való kapcsolatát egy sajátos függőségi viszony jellemzi. Fraiberg leírja, hogy a vak gyermek szegényes mimikája, a szemkontaktus hiánya, az „érdeklődés nélkülség” benyomását kelti.

A csecsemőkorban észlelt látássérülés későbbi hatása függ: a gyermek személyiségének alakulásától, a környezettől, a korai fejlesztéstől és a látásneveléstől is.

Csecsemőkorban a gyógypedagógiai fejlesztés központjában a mozgásfejlesztés áll. A vak kisgyermekeknél gyakran tapasztalható mozgásos félelem és a passzivitás nem kedvez a térismeret fejlődésének. Ugyanakkor a biztonságos helyváltoztató mozgáshoz a térérzékelés fejlődése elengedhetetlen. Ennek az ördögi körnek a megszakítása nagyon fontos, de igen nehéz feladat, kialakulásának megakadályozása a különböző korai fejlesztő technikákkal sokkal nagyobb eséllyel lehetséges.

A térbeli ismeretek megalapozása érdekében Lilli Nielsen (1994) gyógypedagógus-pszichológus egy speciális „kis szobának” nevezett berendezést hozott létre. A kísérleti környezet egy 30×30×60 cm-es doboz. Rezonáló alapja van, a falait furnérlemezek alkotják, melyeket különböző anyagokkal borítottak be (négyzethálósan kifeszített madzag, műfű, párhuzamosan elhelyezett hengerek). A mennyezeten mágnesek tartják a „felszerelést” (hímzőrámában kifeszített zsírpapír, két tányér egy üveggyönggyel összefűzve, egy köteg fényes papírcsík, egy műanyag doboz, egy felfújt lufi két babszemmel, két fém teáskanal, egy fémcseggő, két összekötött kínai csengő, egy kulcskarika, egy gumi szappanalátét, két kis doboz golyóval, egy műanyag pohár, zsinag gyöngyökkel és karikákkal).

A kontrollkörnyezet a „kis szobához” hasonló szerkezet, falak és mennyezet nélküli keret.

Kísérleti személyei vakon született, 5-19 hónapos csecsemők voltak.

A keretben minden csecsemő az első 20 percben bemutatta minden tudományát, és a következő periódusokban nem tapasztaltak fejlődést.

A „kis szobában” jelentős fejlődést tapasztaltak. A speciális környezet tehát segítheti a vakon született csecsemők térismeret-fejlődését.

A súlyos fokban látássérültek sajátosságai

Különbséget kell tennünk azok között, akik vakon születtek vagy a korai gyermekkorban veszítették el látásukat, és azok között, akik később vakultak meg. A látás elvesztésének időpontja és az esetleges látásmaradvány foka jelentősen befolyásolja a teljesítőképességet és a lelki fejlődést.

A tapasztalatok alapján a látáshiány hatásai közül a legjelentősebbek a következők:

- Beszűkült észlelési lehetőség;
- Állandó tapogatni kényszerülés;

- Mozgás és cselekvéskorlátozottság;
- A környezettől való fokozott függés;
- Belső feszültség, kisebbségi érzés, az esztétikai élmények tömegétől való elesés.

A beszéd az a funkció, melyet a látássérülés a legkisebb mértékben befolyásol. A vak kisgyermek számára a legfontosabb kommunikációs csatornákat a testkontaktus és a beszéd jelentik. A beszédfejlődésben alaki szempontból nincs különbség a látó és vak gyermek között, sőt gyakran a látássérült társalgási stílusa felnőttesebb. Az egyes fogalmak tartalmi háttere azonban nem mindig felel meg a valóságnak.

A vakok képességeit elég nehéz meghatározni. Kevés megfelelően adaptált eszköz létezik. Ilyen például a Bielefeldi megfigyelési skála (BOS Blind - Bielefeld Observation Scales for Blind Infants and Preschoolers) (Brambring, 2006), melyet Németországban használnak, Magyarországon egyelőre kísérleti jellegű. Ez a vizsgálati eljárás nagyon sokrétű, mert nem csak a korai fejlődést lehet vele vizsgálni, hanem kísérő jellegű lehet egy későbbi fejlesztésnél is (Prónay és Szabó, 2007).

Megismerési folyamataik nagyrészt a halláson és tapintáson alapulnak. A hangok tájékoztatják őket a körülöttük lévő változásokról, azonban nemcsak információkat, hanem érzelmeket, esztétikai élményeket is közvetítenek. A tárgyak megismerése elsősorban tapintás útján történik és az egyes részekből szukcesszíven építi fel a tárgy egészét. A tárgyak megismerésekor gyakran keresnek olyan tapintással érzékelhető különleges jegyet, amely alapján a későbbiek során is biztosan felismerik azt.

A vak kisgyerekek mozgásigénye nem különbözik látó társaiétól, azonban ennek jelei nem mindig egyértelműek. Ennek oka a látás hiányában fellépő gátoltság, félelem, melyet a nem megfelelő környezetben tapasztalt sok kudarc okoz. A vak kisgyerekek számára a strukturált környezet a megfelelő. A tárgyaknak állandó helyet kell biztosítanunk.

A játék a gyermekeknél a tanulás legfontosabb formája, az érzelmek és indulatok kifejezésének eszköze, amely lehetőséget teremt a közösségi kapcsolatok kialakulására, a szociális képességek fejlődésére és a szerepek gyakorlására. A vak kisgyermek számára a játéktevékenység irányítást, a megfelelő eszközök biztosítását és az utánpótlási lehetőség megteremtését igényli. A szerepjátékok elsajátításában szoruló leginkább segítségre.

Felnőtt korban abban hinni, hogy a vakság csak kellemetlen incidens az életben, kellemes érzés lehet, de a továbblépéshez és a kibontakozáshoz szükséges lelki egyensúlyt éppúgy nem adhatja meg ez a hit, mint ahogy egy kábítószer sem nyújt valódi életörömet. A lelki egyensúly eléréséhez – mint sokszor a testi egészséghez is – nem kábulatra és csillapítószerre van szükség, hanem fájdalmas műtetre. Ez a fájdalmas műtét ebben az esetben a vakság összes hátrányának és terhének felismerése és elfogadása. A vak embernek azonosulnia kell a vakságot tartalmazó önmagával, hogy megbékéljen másokkal és az élettel. Lehetőségeit a vakság tényét is beleszámítva kell mérlegelnie és a teljesebb, a valódi örömeket tartalmazó életért önmagát vaknak elfogadva kell megküzdenie.

A gyengénlátás jelei

Csecsemő és kisgyermekkor

Külső jelek (Pajor, 2010): feltűnően kicsi vagy túlságosan nagy szemgolyó, szokatlanul kis szemrés, szemhéjcsüngés, rendellenes szemállás, kancsalság (a két szem együttmozgásának zavara, melynek oka a két szem eltérő fénytörése), a pupilla helyének, színének, nagyságának eltérései. A szemmel kapcsolatos szokatlan jelenségek észlelése esetén azonnal szakorvoshoz kell fordulni.

Gyakoribb azonban, hogy a gyermek viselkedése hívja fel figyelmünket a látássérülésre. Például: színes tárgyak iránt közömbös, az apró tárgyakat figyelmen kívül hagyja, nehezen követi a mozgó tárgyakat, sajátos ferde fejtartással szemléli a tárgyakat.

A gyengénlátó gyermek mozgása kortársaihoz képest megkésett, feltűnően ügyetlen. Nem válaszol megfelelő mozgásos reakcióval a felé irányuló kezdeményezésekre. A pontatlanul látó, a tér mélységeit és távolságait bizonytalanul megítélő gyermek mozgása bátortalan, túlzottan óvatos. Továbbá jellemző lehet a kapaszkodás fokozott igénye, a tétovaság, a tétlen üldögélés is.

A gyermek játékának megfigyeléséből is következtethetünk a látássérülésre. Például: csak a hangot adó játékokat kedveli, vagy csak a nagyformatumú játékokkal tud tartósan foglalkozni.

A látássérült gyermekek gyakran feltűnően önállótlanok az önkiszolgálásban, öltözködésben és étkezésben.

Óvodáskor

Mozgásos játékokban ügyetlen, kedvetlen. Rosszul utánozza a cselekvéseket. Nem érdeklődik a képek, képeskönyvek iránt. Az ábrázolt dolgok felismerésének képtelensége vagy nagyfokú bizonytalanság jellemzi. Nem kapcsolódik be a csoportos játékokba. Rajzaiban nem törekszik formautánzásra.

A sorozatos kudarc félénkké, zárkózottá teheti a gyermeket, vagy pedig feltűnő agresszivitást válthat ki. A közösségből kirekesztett vagy önként távolmaradó gyermek egyre inkább magányossá válik, egyre erősödhet a közösségtől való félelme.

Iskoláskor

A gyermek tanulás közben gyakran dörzsöli a szemét, hunyorgat, figyelmetlen. A tábláról pontatlanul másol, lopva a mellette ülő gyermek munkáját figyeli. A távoli tárgyak megfigyelése esetén testtartása túl feszes. A megfigyelt tárgyat vagy túl közel vagy túlságosan távol tartja.

A szemhasználatot igénylő feladatokban gyorsan fárad, nincs feladat-tartása, érdektelen. Gátlásosság, félénkség akár vegetatív neurózisig (hasfájás, izzadás stb.) fokozódó tünetek jellemezhetik.

A látássérültek által használt segédeszközök

Gyengénlátók

Optikai segédeszközök

Az optikai eszközök vagy a szem képalkotási képességét javítják (szemüveg) vagy pedig a tárgy látható képét változtatják meg (nagyító, távcső).

A szemüveg rendelése és ellenőrzése minden esetben szakorvos feladata. A szemüvegkeret kiválasztását elsősorban technikai szempontok határozzák meg. A szemüveg viselését, gondozását is meg kell tanulni.

A kontaktlencse a szem fénytörési hibájának javítására szolgáló korszerű eszköz. Közvetlenül a szemgolyóra, a szaruhártya felszínére helyezik el, ezért inkább protézisnek tekinthető, mint a szemüveg egyik válfajának. Viselését csak abban az életkorban érdemes elkezdni, amikor már az illető önmaga tudja kezelni.

A távcsőszemüveg az aliglátók által használt különleges optikai eszköz. Nagy fényerejű, torzításmentes lencserendszerből áll; tulajdonképpen változtatható gyújtótávolságú teleobjektív, amely közel hozza a képet. Közele beállítása folyamatos olvasáshoz előnyös, és pótolhatatlan azok számára, akik az íráshoz is nagyítót használnak, mivel így szabaddá válik a kezük.

Nagyítót az olvasáshoz használnak a látássérültek. Akinek kétszemes látása van, annak rendszeres használatra csak kétszemes nagyítót szabad adni, mert ha egyik szemét tartósan nem foglalkoztatja, akkor tompalátóvá válik és elvész a két szem együttes látóképessége.

Taneszközök, munkaeszközök

Speciális tanulópap ajánlott, melynek magassága a gyermek testméreteihez állítható, az asztal lapja több fokozatban emelhető, így kiküszöböli a görnyedést. A fali tábla legyen matt és sötét.

Betűk, számok esetében legfontosabb szempont minden feladathelyzetben a láthatóság. A betűtanításnál a teljes síkbeliségből ki kell lépni, a látási benyomást más érzékleti modalitásokkal is meg kell erősíteni. A betűk, számok nagyítása esetén csak aránytartó nagyításra gondolhatunk.

A tankönyvek esetében a láthatóságot a betű méretén kívül a papír alapszíne és a nyomdafesték közötti szín és világosságkontraszt is befolyásolja. Legjobb a matt fehér papíron a fekete betű. Az olvasáshoz használható az asztalra állítható könyvvállvány, illetve az olvasási készségfejlesztés kezdeti szakaszában, amikor a sorkövető szemmozgás még nehézkes, a sormutató.

Az írásfüzet alapszíne halvány sárga, zöld vonalazással, melybe a látássérültek nagyobb betűkkel írhatnak. Olyan íróeszközt kell használniuk, melynek nyoma erőteljes, vastag és jól látható. Fontos szempont az íróeszköz súrlódó érintkezése a papírral, mert az írásmozgás szabályozhatóvá válik általa.

Elektronikus segédeszközök

A számítógépek megjelenése előtt használták az elektronikus olvasókészüléket, mely lényegében egy felvevő kamerával összekapcsolt monitor. Segítségével bármilyen nyomtatott szöveg tetszőlegesen nagyítható. A nagyító-másológép a tanár számára nagy segítséget jelentett a szemléltető eszközök készítésében. Az írásvetítő előnye volt, hogy a tanulók az ábrát nemcsak kész formában, hanem létrejöttének folyamatában figyelhetik meg. Ezzel a technikával kiegészítendő feladatokat is lehetett adni a gyermekeknek.

Ezeket az eszközöket felváltották a számítógépek, tabletek, melyek ugyanezeket a feladatokat is ellátva sokkal szélesebb lehetőségeket biztosítanak, főleg, ha a speciális programcsomagokat is használjuk.

Vakok

Taneszközök, munkaeszközök

A vakok oktatásának alapja a Louis Braille által megalkotott és róla elnevezett pontírás. Ez egy tapintható pontrendszer, az ún. Braille-ábécé segítségével történik. A hat pontból álló rendszerben az egyes betűk ezen pontok kombinációi. A dominó logikai alapjára építette fel az ábécét, logikus sorrendben felépített egyedi ponthalmaz felel meg egy adott betűnek vagy írásjelnek.

A Braille féle kódznak előnye, hogy aránylag könnyen lehet írni, egyszerűen használható olvasás- és írásrendszerként, és a technika fejlődésének köszönhetően könnyen konvertálható is (Méhes, 1993). A 63 lehetséges kombináció nem csak az ábécé betűinek a kivitelezésére ad lehetőséget, hanem arra is, hogy egy egész szót jelölő pontkonfigurációt is létre lehessen hozni.

Az olvasástanítás módszere csakis az analitikus-szintetikus módszer lehet, mivel a vak kisgyerek ujjbegyével egyidőben csak egy betűt tud észlelni. Magát az olvasást úgy kivitelezik a vak személyek, hogy egyik ujjuknak hegyével tapogatják le a kidomborodó pontrendszert. A betűről betűre olvasás jóval időigényesebb folyamat, mint a globális szóképp olvasás (Kovács, 2000). Nolan és Kederis rámutat arra, hogy míg a látó személyek olvasáskor egy egész szóra vagy esetleg többre is fixálni tudnak, a vakok betűolvasók maradnak. A technológia fejlődése egyre hozzáférhetőbbé teszi a Braille olvasást és a gyakorló olvasók egyre inkább képessé válnak több karakter egyidejű azonosítására, mely az olvasás sebességét is növeli.

A zenének, a matematikának és a különböző tudományoknak is megvannak a saját Braille kódrendszerei.

A pontírógép gyorsítja, könnyebbé teszi az írást.

A matematikai műveletek elsajátításához abakuszt használnak.

Taktilis segédeszközök

Ide soroljuk a pontírást és dombornyomós könyveket. Az OPTACON a síkírást átalakító, tapinthatóvá tevő készülék. Segítségével valamenynyí írott mű hozzáférhetővé válik a látássérültek számára.

Elektronikus segédeszközök

A számítógép megoldja a látássérültek olvasási problémáit, lehetővé teszi továbbtanulásukat. Speciális adapterekkel a vakok számára is könnyen használhatóvá válik.

Ide sorolható a hangoskönyvtár is.

Az EyeMusic sensory-substitution device (Abboud és mtsai, 2013) egy olyan eszköz vakok számára, mely a hallásalapú kompenzációra épül. Az auditív információ segíthet megoldani a vizuális problémahelyzeteket. A szenzoros helyettesítés egy nagy lehetőség lehet a vakok problémamegoldásának fejlesztésében.

Tájékozódást, mobilitást segítő eszközök

Botok, forgalmi védőjelzések, humán vezető, vakvezető kutya. Az orientációt és mobilitást segítő eszközöket kombinált formában is alkalmazhatják az erre rászorulóok.

Botok – lehetnek támasztó- illetve tapogatóbotok. Anyagi minőségüket tekintve készülhetnek műanyagból, üvegszálból, fémből (alumínium), fából. Lehetnek merevek, illetve összecuskhatóak. A botokkal szemben támasztott alapvető követelmények: jó vibrációs vezetői tulajdonságok, időt álló, könnyű, vonzó, olcsó. Az alkalmazott botok hosszúsága függ: a használója magasságától, lépés hosszától, reakció idejétől. A bot használatának elsajátítása tanulás eredménye, ezért kezdetben rövid, fából készült botokat használnak. Ezek a botok használójuk számára korlátozott mennyiségű információt szolgáltatnak a környezetről és védelmet biztosítanak rövidségük következtében. Bot használat előnyei: hatékony alkalmazásuk esetén biztos információt szolgáltatnak a környezetben fellelhető tárgyakról és a járási felület minőségéről, könnyűek, aránylag olcsók és gondozásuk nem igényel különösebb erőfeszítést, használójuk könnyen azonosítható. Bot használatának hátrányai: nem biztosítja a felső test védelmét, erős szélben használatuk problémás.

Vakvezető kutya – a vakvezető kutyák kiképzéséről már a XVIII. századból maradtak ránk információk. Európában az első iskolát Németországban nyitották, az első világháborús megvakult veteránok megsegítésére. Habár az alapos kiképzésben részesült kutyák nagymértékben biztonságos közlekedést tesznek lehetővé, mégis a vakok alig 2% használja a közlekedés során a kutyákat. Ennek magyarázata többértű: a látássérültek nagyrésze kitűnően

tudja felhasználni látásmaradványát a közlekedésben, az idős vagy mozgáskorlátozott látássérültek nem tudják követni a kutya járási sebességét (4-5 km/óra), a kutya gondozása nagy figyelmet és felelősséget igényel (16 éves kor előtt nem is ajánlják használatukat), kiképzésük elég drága, illetve a használó más tájékozódási eszközöket részesít inkább előnyben. Hátrányuk továbbá, hogy a kutya nehezen „szállítható” tömegközlekedési eszközökön, gyakran a járókelők inkább a kutyával törődnek, mint a gazdájával. Előnyük, hogy biztonságos közlekedést tesznek lehetővé, mivel segítségük révén a fizikai akadályok kikerülhetőek, kivédik az esetleges fizikai sérüléseket, gyors haladást tesznek lehetővé, elősegítik a szociális interakciók létrejöttét.

Humán kísérő vagy vezető – ez a technika is kiegészíthető egyéb tájékozódást segítő eszközzel. A látássérültnek kell eldöntenie, hogy ő karol-e belénk vagy fordítva. Humán kísérő nagyon biztonságos és hatékony közlekedést tesz lehetővé, a vezető állandóan informálhatja a látássérültet a környezetről. Hátránya, hogy sok vezető nincs tisztában a vezetés mikéntjével, kizárólagos használata inkább a függőség, mint függetlenség kialakulását eredményezi a közlekedésben.

Az ISaR projekt

A dortmundi egyetem 2001-ben létrehozott egy weboldalt, mára adatbázist, látássérült tanulókat integráló pedagógusok számára.

A weboldal jelenleg németül (teljes mértékben) és angolul részben olvasható. Készül a magyar fordítás is.

Felhasznált szakirodalom

- Abboud, S. Hanassy, S. Levy-Tzedek, S. Maidenbaum, & S. Amedi, A. (2013). EyeMusic: Introducing a “visual” colorful experience for the blind using auditory sensory substitution. *A. Restorative Neurology and Neuroscience*, DOI 10.3233/RNN-130338.
- Brambring, M. (2006). *Bielefeld Observation Scale for Blind Infants and Preschoolers (BOS-Blind) English Version*. BOS Blind. Edition Bentheim. Würzburg. Bielefeldi megfigyelési skála (Ford. Katona K., Tóth M.). Kézirat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet.
- Fishman, G. A. (2003) When your Eyes have a Wet Nose. *Survey of Ophthalmology*, Volume 48, nr. 4.

- Göllesz V. (szerk, 1996). *Gyógypedagógiai kórtan*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Illyés S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE, Budapest.
- Kovács K. (2000). Látássérült gyermek az óvodában és az iskolában. In Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF, Budapest.
- Nielsen L. (1994). *A vakon született csecsemők térismerete*. BGGYTF. Budapest.
- Pajor E. (2010). *Látássérülés. Bevezető ismeretek*. ELTE- BGGYFK, Budapest.
- Papp L.T. (2000). A látás károsodása. In Illyés S. (szerk.) *Gyógypedagógiai alapismeretek*. BGGYFK, Budapest.
- Prónay, B. & Szabó, A. (szerk., 2007). Látássérülés, funkcionális látás és adaptív kommunikáció. *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 3*. ELTE BGGYFK, Budapest.

3. A hallássérülés fogalma és a hallássérültek ellátása

Kulcsfogalmak



Telereceptor, halláskészség, vibráció, hang, Corti szerv, frekvencia, rezgési amplitudó, decibel, nagyot-halló, siketség, vezetékes, recepciós és percepciós hallászavar, hallásmérés, audiometria, hallásküszöb, fájdalomküszöb, hallásmező, beszéd-audiometria, reflex-audiometria, hallókészülék, cochleáris implantáció, preverbális társalgás szakaszai, beszédtanulási stratégiák, önmotivált gyakorlás, imitáció, modellezés, operáns kondicionálás, jelnyelv, daktil-nyelv (ujjábécé).

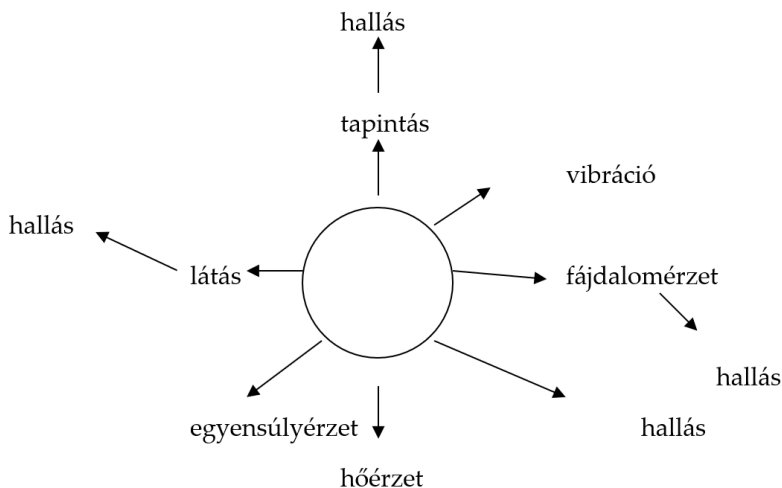
A hallássérülés fogalma

A hallószerv az ember egyik legfontosabb érzékszerve. Telereceptor, mely permanensen minden irányból közvetít. Előkészít a bekövetkező eseményekre, irányítja a vizuális észlelést, a magatartást, az érdeklődést. Kíváncsiságot vált ki és hangulatot közvetít. A kapcsolattartás legfőbb eszköze.

Bizonyított, hogy az emberi embrió 5 hónapos kortól rendelkezik bizonyos halláskészséggel. A hallás apparátusa 12 éves korban éri el a felnőttkorának megfelelő funkcionális érettséget.

Hangnak nevezünk minden mechanikus rugalmas hullámokban terjedő rezgést, mely hallásérzethez vezet. Az emberi fül 16 - 2000 rezgést képes felfogni másodpercenként. A rezgés a hallójáraton keresztül jut el a dobhártyához. Itt alakul át a légrezgés mechanikus rezgéssé. A belső fülben helyezkedik el a hallóreceptor, az úgynevezett Corti szerv, amely 16000 külső és belső érzékelő szőrsejtből áll.

A potenciális érzékelési lehetőségek sematikus ábrázolásával (6. ábra) egy adott pillanatban is bizonyítható a hallás jelentősége:



6. ábra. A potenciális érzékelési lehetőségek sematikus ábrázolása

A hang legfontosabb jellemzői a frekvencia és a rezgési amplitudó. Az előbbi a hang magasságát, az utóbbi pedig az erősségét határozza meg. A hangintenzitás egysége a Bel, ennek tizedrésze a decibel (dB).

A Corti szervben a hang összetevőire bomlik, azaz más-más érzékelő szőrsejtek reagálnak a különböző frekvenciájú rezgésekre. A belső szőrsejtek szintjén a rezgés ingerületté alakul át, ezt veszik át az idegrostok és vezetik tovább különböző összetevőire bontva számtalan ingerületként az agyközpont fele. Az hallóközpont szintetizálja, tudatosítja, azonosítja, raktározza és felidézi a hangot.

A hallás rendkívül összetett folyamata bármely ponton megszakítást szenvedhet. A hallássérülés elnevezés gyűjtőfogalom, a halláskárosodás minden fokát és típusát ide soroljuk.

A hallássérültek osztályozása

Súlyosság szerint a nagyothallók három fő csoportját különböztetjük meg. Az *enyhe nagyothallók* csoportját, akiknél a beszédritmus, hangsúly, hanglejtés, dallam sérült, beszédhibások. A *középsúlyos nagyothallók* megkésett beszédfejlődésűek, beszédük agrammatikus, elnyelik a szavak végét, hangokat torzítnak vagy kihagynak. A *súlyos nagyothallók*, akik a beszéd terén súlyos problémákkal küzdenek, beszédük legtöbbször nem érthető. A *siketség* a hangérzékelés teljes hiányát jelenti.

A hallásvesztesség mennyiségi szempontból való elemzése során a hallásvesztesség decibelben kifejezett mértékét veszik figyelembe. Méri a hallásküszöböt, vagyis azt a minimális hangerőt, melyet a vizsgálati személy még hall.

Hoffmann és Mezeiné Isépy (2006) súlyosság szerint a következő kategóriákat különíti el:

- 27-40 dB – csekély veszteség: a halk vagy távoli beszéd megértésében okozhat problémákat;
- 41-55 dB – enyhe veszteség: közelről még érthető a társalgó beszéd, de ha az halk és a beszélő szája nem látható, a beszédnek csak 50%-a következtethető, a szókincs beszűkülhet, fellephetnek beszédhibák, szükség van a szájrólolvasásra;
- 56-70 dB – közepes veszteség: csak a hangos társalgás érthető, a csoportos beszélgetés nehezített, a beszédérthetőség gyengébb, valószínű az expresszív és receptív beszédzavar, a szókincs korlátozott;
- 71-90 dB – súlyos veszteség: az erős hangok kb. 40 cm-ről hallhatók, a környezeti zajok felismerése lehetséges, a beszédhangok egy része differenciálható, a beszéd torzul, ha korai életszakaszban jelentkezik, akkor a beszédfejlődés spontán nem indul meg;
- 91 dB vagy nagyobb hallásvesztesség – nagyon súlyos veszteség: egyes erős hangok hallhatók, inkább vibráció, mint hang érzékelhető, elsődleges a vizuális kommunikáció, a beszéd és nyelvfejlődés elmarad, torzul.

A nagyothallás fokának megítélésében szerepet játszik még a számításba vehető frekvenciák jelenléte vagy hiánya.

Aszerint, hogy a károsodás a hallószerv mely területén jön létre szintén három hallászavar-típust különíthetünk el. Ezek a vezetékes, receptiós és percepciós hallászavar típusok. A vezetékes hallászavar esetében küszöbemelkedés figyelhető meg. Az ingerek egy része nem jut el a receptorsejtekhez. A receptiós (vagy idegi eredetű) nagyothallás esetében az ingerületképződés vagy tovavezetés sérül. A percepciós (vagy centrális) hallászavar a feldolgozó központban lokalizálható, a hallássérült képtelen értelmezni a hallottakat, bár az ingerület eljut a beszédközpontba. Ez utóbbi csoportba tartozik a dysphasiás siketség, melynek jellemzői: beszédmotorikai nehézségek,

beszédészlelési nehézségek, gyenge szóemlékezet, a verbális szimbólumok szóbeli és írásbeli integrációjának nehezítettsége.

A nyelvelsajátítás szempontjából két csoportot különböztetünk meg. 5 éves kor alatt hallássérült személy, még a nyelvelsajátítás előtt veszítette el a hallását. Ezt prelingvális hallássérülésnek nevezzük. A nagyobb gyermekek és felnőttek esetében pedig a hallássérülés a nyelvelsajátítás utáni, jelentős beszédmaradvány segíti a rehabilitációt, ezt a típust posztlinguális hallássérülésnek hívjuk (Rosan, 2015).

A hallásmérés

A hallásvizsgálat csak zajmentes környezetben valósítható meg.

Célja, hogy kimutassa vagy kizárja a halláscsökkentést, tisztázza jellegét és mértékét.

Megkülönböztetünk szűrő és diagnosztikus jellegű vizsgálatokat.

A *szűrővizsgálatok* 90%-os szenzitivitással és specificitással rendelkeznek (10 esetből egyet nem fedeznek fel). A szűrés csak az első lépés a hallássérülés felderítésében. Ez egy egyszerű, gyors módszer, mely egy bizonyos életkorú populáció felmérésére készült. Célja azon esetek megjelölése, melyek speciális orvosi és pedagógiai odafigyelést igényelnek.

A *diagnosztikus vizsgálatokat* audiométerrel végzik. Megkülönböztetünk tiszta hang és beszéd- audiometriás vizsgálatokat.

Az audiometria segítségével a hallás állapotáról kvalitatív és kvantitatív eredményeket kapunk. Az audiométer egy pontosan kalibrált hanggenerátor, amely az éppen hallhatótól a fájdalomküszöbig változtatható hangerővel képes különféle frekvenciájú tiszta hangok előállítására.

A hallásküszöb értéke az a legkisebb hangerő, mely zajmentes, abszolút csendes környezeti feltételek mellett egyes frekvenciáknál a hallásmezőben hallásérzetet vált ki.

A hallásküszöb meghatározása a Camera Silentában zajlik. Az éppen érzékelhető hangerő megállapítására két lehetséges utat követhetünk: a még nem hallott hangot 10 decibelenként erősítjük, vagy a hallott hangot 10 decibelenként csökkentjük.

A fájdalomküszöb az a legnagyobb hangerő, mely még nem okoz fájdalmat vagy szédülést.

A hallásmező a küszöbgörbe és a fájdalomgörbe közti orsó alakú terület.

A *beszéd-audiometria* a beszéd-hallásküszöböt, a szavak észlelésének képességét, a beszédértés szintjét vizsgálja. A beszédhallás küszöbe a legkisebb erősségű beszéd, melynél 50%-os érthetőség érhető el. A szöveg minta egytagú szavakból és többtagú számnevekből áll, a hangzók előfordulási gyakorisága megegyezik a magyar nyelv hangzómegosztásával.

A korai diagnózis

Csecsemő és kisgyermekkorban más típusú vizsgálatok végezhetőek.

Latham és Haggard vizsgálata is bizonyította, hogy a szülők megfigyelései biztosan jelzik a hallássérülés jelenlétét (Scarinci és mtsai, 2018). A szülők a következő szempontokat veszik figyelembe: a hangokkal kapcsolatos reakciók elmaradása, a beszédfejlődés elmaradása, elhúzóódó pöszeség, hallási figyelmetlenség.

Hanghatásra újszülött és csecsemőkorban reflexes mozgások váltódnak ki, amelyek a *reflexaudiometria* alapját képezik. A mindennapi vizsgálatban a BERA (Brain Evoked Response Audiometry) terjedt el, mely hangingerre az agykéregben kiváltott bioelektromos válaszokat regisztrálja.

A kisgyermekkorban alkalmazható *szubjektív vizsgálatok* közül fontos a figyelem elvonására alapuló vizsgálat, melyet Ewing & Ewing dolgozott ki. Azon az elven alapul, hogy a hat hónaposnál idősebbek az újdonságot jelentő hangforrás lokalizálása érdekében a hangforrás fele fordulnak.

A tesztet egy csendes szobában két vizsgáló személy végzi. Az egyik a gyermek látóterén kívül marad és a hangjelzést adja. A másik pedig ellenőrzi a gyermek figyelmét és rögzíti a reakcióit. „Átmenő” teljesítményt a fej 90°-os elfordítása jelent.

18 hónapos kortól ezt a vizsgálatot kiegészítik a hallási diszkriminációs képesség (McCormick, 1994) mérésével. Ennek legegyszerűbb változata, amikor a gyermeknek négy tárgy közül fixálnia kell azt, amelyiknek a nevét hallotta.

A hallókészülékkel való ellátás

A diagnózis felállítása és a hallókészülékkel való ellátás kifejezetten a szakorvos feladata.

A diagnózis felállítása után fontos, hogy a gyerek minél hamarabb megfelelő készüléket kapjon, és azt egész nap viselje.

A készülék elfogadása csak akkor következhet be, ha viselése kényelmes, ha az erősítés mértéke megfelelő, és ha az illeszték a hallójáratot jól zárja.

A hallókészülék egy elemekkel működtetett szerkezet, ami felerősíti, és oly módon változtatja meg a hangokat, hogy az a lehető legjobban segítse a kommunikációt. A hang a mikrofonon keresztül jut be a készülékbe, ahol a hanghullámok elektromos jelekké alakulnak át. Az ugyancsak a készülékben található parányi erősítő felerősíti a bemenő jelek erősségét, majd továbbítja a hangot a hangszórón át a hallójáratba.

A hallókészülék legelterjedtebb típusa a fülmögötti készülék, melyet egy rövid csövecske köt össze a fülbe helyezett olívával. Az oliva vezeti a felerősített hangot a hallójáratba.

Vannak csoportos készülékek is, melyeket speciális osztályban lehet használni. Egyetlen erősítőhöz több fejhallgató, illetve mikrofon csatlakoztatható. Így a gyermekek képesek hallani saját és egymás hangját is, a környezeti zaj pedig minimálisra csökken.

Az infravörös rendszerű hallókészüléket az integrált hallássérültek használják. Hátránya, hogy csak a tanár hangját hallja tisztán.

A cochleáris implantáció akkor ajánlott, ha a hallássérülés oka a belsőfül szőrsejtjeinek elpusztulása. Ez műtéti beavatkozást feltételez, az elpusztult szőrsejtek helyére elektródákat helyeznek. A cochleáris implantáció segítségével a hallóideg közvetlenül ingerelhető.

Lényege a következő: a mikrofon által felvett hangot a beszédprocesszor digitális jellé alakítja. A csigába ültetett elektródák vezetik tovább a hangot. Az eredetihez hasonló hangélményhez juttatva ezáltal a halláskárosodott személyt.

A készüléket kiegészítheti a segítő kutya, akit arra tanítanak, hogy jelezze a különböző hangingereket és azok forrását. Erre alkalmas lehet kistestű kutya is (Jalongo, 2018).

A hallássérülés hatása a beszédre

A beszédre való igény minden gyermeknél egyformán adott. A csecsemők eleinte passzívan kommunikálnak: sírásukra a környezet válaszol. Később nonverbális nyelvet használnak.

A legtöbb hallássérültnek ebben az időben még nincs hallókészüléke. A hallás útján szerzett információjuk a „majdnem minden”-től a „semmi”-

ig változik. A kommunikáció azonban zavartalan anya és gyermeke között. Kölcsönösen elsajátítják egymás jelzéseit.

Mavilya kutatásaiból az derül ki, hogy a hallók és hallássérültek között az első 20 hétben nincsenek különbségek. A hallássérültek ugyanúgy adnak hangot, később azonban a hangadás nem megy át gagyogásba. A 41. hétre a hangadás visszafejlődik, ritmustalanabb, egysíkúbb, laposabb lesz. A gyermek fokozatosan elcsendesedik.

A különbség tehát a tudatos kommunikáció kezdetekor jelentkezik, mivel a hangadás nem jelent a hallássérült számára örömforrást.

Tait és Wood megfigyelések alapján leírja a hallássérült kisgyermekek társalgásához vezető preverbális szakaszokat:

– **Kapcsolat nélkül**

A gyermeket nem érdekli, hogy megszólították. Ide-oda nézelődik, véletlenszerűen vokalizál. A felnőtt segíthet, ha a gyermek tekintetét követve beszél a látott tárgyról, ha interakciós és metakommunikációs eszközöket használ.

– **Kapcsolattal**

A gyermek nézni kezdi a tárgyat, részben figyel a felnőttre. A felnőttnek „itt és most” összefüggést kell biztosítani. Be kell vezetnie az utánzó játékokat.

– **Strukturált figyelem**

Megérti a jelentést vagy a szándékot a társas kapcsolatokban, gyorsan szerepet cserél, adekvát időpontban vokalizál. A felnőttnek biztosítani kell a kölcsönösséget és a megfelelő választ a gyermek kommunikációs törekvéseire.

– **Strukturált vokalizáció**

A gyermek vokalizációja tagoltabbá válik. Figyel a hangadásra. Úgy segíthetünk, ha hagyjuk a gyermeket kezdeményezni, biztosítunk elég időt a válaszadásra. Érzékeltezzük saját hangjának hatását másokra és ő is tudatosítsa a felnőtt hangját.

– **Az önállóság és kezdeményezés növekedése**

A nyelvet már az interakció kezdeményezésére és fenntartására használja. Kérdez, fantáziál, információt közöl. Olyan facilitáló stratégiák alkalmazhatóak, mint a körülírás, bővítés és magyarázat, megerősítés, kötetlen beszélgetés.

A hallássérülteknek nehézségeik vannak az információk megszerzésében, gyakran érzik frusztrálnak magukat, mivel félreértik őket, nagyon sok

bátorításra van szükségük, hogy ne adják fel kommunikációs próbálkozásait. Szükség van önbizalmuk növelésére, hogy úgy jók, és úgy fogadjuk el őket, amilyenek, és nemcsak úgy, amilyenek lehetnének.

A hallássérültek a beszéd dekódolásakor nagymértékben a szájrólolvasásra támaszkodnak. Minél nagyobb a hallásvesztés, ez a tanult képesség annál fontosabbá válik. A túlartikulálás, a lassú beszéd, a takarás rontja a beszédérthetőséget. Fontos, hogy készek legyünk megismételni, kiegészíteni mondanivalónkat és attitűdünkkel is bíztassuk a hallássérültet arra, hogy próbálja meg kitalálni azt, amit nem értett pontosan.

Az óvodában speciális pedagógiai feladat az aktív nyelvhasználat építése. A szókincs gyorsütemű fejlesztésére van szükség ahhoz, hogy a gyermekek nyelvi reakciói eléggé flexibilisek legyenek.

A hallássérültek esetében a társalgási veszteség lényegesen kisebb, mint a hallóknál, az expresszív szókincs sokkal közelebb van a receptívhez.

A normál beszédfejlődésben is meglevő beszédtanulási stratégiáknak messzemenően érvényesülniük kell a hallássérültek beszédfejlesztésében is:

- önmotivált gyakorlás: a hangélmény újabb hangadásra ösztönzi;
- imitáció: kölcsönös utánzásról van szó anya és gyermeke között;
- modellezés: a felnőtt kommentálja, kiegészíti a gyermeki közlést;
- operáns kondicionálás: a megerősítés növeli a hangadás ismétlésének lehetőségét.

A tanár feladata, hogy mindig kissé a tanulók szókincse előtt járjon. Az új szavakat mindig szituációhoz, témához kötve tanítsa.

Hallássérült gyermekeknél figyelembe kell vennünk, hogy az anyanyelvük a jelnyelv. Nyelv-elsajátítást támogató módszerek (Guerrero-Garcia és mtsai., 2017):

- Logogenia: Bruna Radelli dologzta ki, egyéni beavatkozás, ezért hátránya, hogy nincs kooperáció, mely a kritikai gondolkodást fejleszti
- Fitzgerald Key: Edith Fitzgerald dolgozta ki, nyelvi és nyelvtani szabályok tanítására.

A jelnyelv

A jelnyelv használatának kérdése heves vita tárgya a szakemberek és a felnőtt hallássérültek körében.

A jelbeszéd makromozgással (nagymozgással) fejezi ki a valóságot, tehát a vizualitásra alapozva fejleszti a nonverbális gondolkodást, és tölti be kommunikációs, gondolathordozó és gondolkodás-fejlesztő szerepét.

Van egy természetes jelnyelv, mely azokat a jeleket foglalja magába, melyeket a hallássérült gyermek egyénileg használ a családban szükségletei kifejezésére. Miután a gyermek megtanulja a jelbeszédet elhagyja a természetes jeleket.

A hallássérült szülők gyermekeinél (a hallássérültek 8%-a) már egy éves kor körül kialakul a jelbeszéd ugyanúgy, mint a normál hallású gyermeknél a hangos beszéd. Kimutatható az is, hogy ezeknél a gyermekeknél hamarabb jelenik meg a műveleti gondolkodás, mint azoknál a hallássérülteknél, akik a jelnyelvet csak az intézetbe kerülésük után sajátították el.

A jelnyelv önálló szónyelv, szimbólumrendszer, mely saját törvényeire, struktúrájára és kifejezési módjára támaszkodik. Metakommunikatív eszközökkel valósul meg. A jelentések nagyvonalú alkalmazása jellemzi. Szűkebb szókinccsel rendelkezik, mint a beszélt nyelv. Poliszemantikus, vagyis egy jelnek több jelentése is lehet.

Nem határolódnak el a gyűjtőfogalmak és az őket alkotó egyedi fogalmak. Egyszerűsített, kevésbé differenciált grammatika jellemzi. Időigényesebb, mint a beszélt nyelv. Nincs ritmusa és grafikus változata. Jobban terheli az emlékezetet.

A jelnyelv kezdetben egyértelműen pozitív hatású. Későbbi szerepe azonban vitatott. Egyesek szerint az anyanyelvként elsajátított jelnyelv segíti a hangos beszéd megtanulását, mások szerint pedig akadályozza, és lefelé húzza a gondolkodást.

Amennyiben a gyermek gesztusai rendszeres megerősítést nyernek, vagyis az anya az első gesztusra azonnal a kívánság teljesítésével reagál, akkor a gyermekben kialakul a tudat, hogy ezen az úton képes befolyásolni környezetét. Ha viszont verbális megnyilvánulásait erősítik, akkor fokozatosan tudatosítja, hogy ez a hatékony út.

A legújabb kutatások értelmében nem feltétlenül egyetlen út a célravezető. Mindig a fejlesztésre kerülő gyermek egyéni sajátosságai határozzák meg, hogy az orális vagy a manuális utat választjuk a nyelvtanításban. Esetleg a kettő kombinációja, a totális kommunikáció bizonyul megfelelőnek.

A daktil-nyelv (ujjábécé) egy jelrendszer. Az ABC minden betűjének megfelel egy jel. A daktil nyelv könnyen elsajátítható, flexibilis, hiszen minden leírható szó megjeleníthető vele. Főleg a tulajdonnevek és a specifikus jellel nem rendelkező szavak esetében használják. Hátránya, hogy még jobban lassítja a kommunikációt, nincs egy nemzetközileg használt változata és precíz kézmozgást igényel.

Felhasznált szakirodalom

- Csányi Y. (1995) (szerk.). *A hallássérült gyermek korai fejlesztése*. BGGYTF, Budapest.
- Farkas M., & Perlusz A. (2000). A hallássérült gyermekek óvodai és iskolai nevelése és oktatása. in Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest
- Guerrero-Garcia, J., González-Calleros, J., Muñoz-Arteaga, J., & Collazos, C. (2017). *HCI for Children with Disabilities*. Springer International Publishing AG.
- Hoffmann J., & Mezeiné Isépy M. (2006). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Come-nius Kft, Pécs.
- Jalongo, M. (2018). *Children, dogs and Education*. Springer.
- Lenarz, T. (1999). Sensorineural hearing loss in children *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, Volume 49, Supplement 1.
- Moore, B., CJ., (2003). Speech processing for the hearing – impaired: successes, failures, and implications for speech mechanisms. *Speech Communication*, volume 41, pages 81-91. [https://doi.org/10.1016/S0167-6393\(02\)00095-X](https://doi.org/10.1016/S0167-6393(02)00095-X).
- Pataki L. (2000). Hallássérülés – hallási fogyatékoság. in Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest.
- Rosan, A. (2015). *Psihopedagogie speciala*. Iasi: Polirom.
- Scarinci N, Erbası E, Moore E, Ching TYC, Marnane V. (2018). The parents' perspective of the early diagnostic period of their child with hearing loss: information and support. *Int J Audiol.*, 57(sup2): S3-S14. doi: 10.1080/14992027.2017.1301683.

4. Az intellektuális képességzavar

Kulcsfogalmak



AADD (American Association for Developmental Disabilities), intellektuális teljesítmény, adaptív viselkedés, adaptív képességek, kommunikáció (szimbolikus és nem szimbolikus), önkiszolgálás (öltözés, evés, tisztálkodás stb.), önálló háztartásvezetés (otthoni napi feladatok, szomszédokkal való kapcsolat, tájékozottság), szociális képességek (megfelelő kapcsolatok), önirányítás, önmegvalósítás (döntés, választás képessége, tevékenységek kezdeményezése és befejezése, szükség esetén segítségkérés), egészség és biztonság (betegségek felismerése, kezeltetése, diéta betartása, elsősegélynyújtás stb.), tanulási képesség (kognitív képesség, memória, írás, olvasás, önálló élethez szükséges alapvető ismeretek), enyhe intellektuális képességzavar, közepesúlyos intellektuális fejlődési zavar, legsúlyosabb intellektuális képességzavar, organikus intellektuális képességzavar, familiáris intellektuális képességzavar és nem meghatározható intellektuális képességzavar, szenzomotoros fejlődés, defekt-orientált modell, fejlődésorientált modell, dinamikus személyiség-centrikus modell, ökológiai modell, fokozott görcskésztség, távollét (absence) epilepszia, generalizált roham, fokális epilepszia, West szindróma vagy infantilis spazmus, BNS roham, Lennox-Gastaut tünetcsoport, ál-intellektuális fejlődési zavar

Az intellektuális képességzavar fogalma

Az intellektuális képességzavar AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) meghatározása (2021) a következő:

Az intellektuális képességzavar olyan kóros funkcionális állapot, amely az egyén működésének jelentős korlátozásában áll. Jellemző rá, hogy az intellektuális teljesítmény az átlagosnál sokkal alacsonyabb szintű, melyhez két vagy több adaptív viselkedést eredményező képesség korlátozása társul. Az intellektuális képességzavar kialakulása 22 éves kor előtti.

Az adaptív képességek a következő 10 területen nyilvánulhatnak meg:

1. kommunikáció (szimbolikus és nem szimbolikus)
2. önkiszolgálás (öltözés, evés, tisztálkodás stb.)

3. önálló háztartásvezetés (otthoni napi feladatok, szomszédokkal való kapcsolat, tájékozottság)
4. szociális képességek (megfelelő kapcsolatok)
5. a közösség/társadalom nyújtotta lehetőségek kihasználása (kirándulás, bevásárlás, szolgáltatások igénybevétele, közlekedési eszközök használata, megfelelő viselkedés közösségben)
6. önirányítás, önmegvalósítás (döntés, választás képessége, tevékenységek kezdeményezése és befejezése, szükség esetén segítségkérés)
7. egészség és biztonság (betegségek felismerése, kezeltetés, diéta betartása, elsősegélynyújtás stb.)
8. tanulási képesség (kognitív képesség, memória, írás, olvasás, önálló élethez szükséges alapvető ismeretek)
9. pihenés, szabadidő eltöltése
10. munka (rendszeresség, eredményesség, hibák korrigálása)

A DSM-5-TR (2022) három kritériumot fogalmaz meg az intelligencia fejlődési zavar meghatározásánál. Az első, az *intellektuális működés zavara*: érvelés, problémamegoldás, tervezés, elvont gondolkodás, belátás, döntés, iskolai tanulás, tapasztalati tanulás, melyet a klinikai értékelés és az intelligencia-teszt eredménye is alátámaszt. Ugyancsak ide tartozik a verbális megértés, a munkamemória, a számolási képesség, és a kognitív hatékonyság zavara.

Fontos, hogy az egyénileg és anyanyelven alkalmazott intelligencia-teszt legyen pszichometriásan valid, átfogó, az adott kultúrkörben adekvát, az adott populációra standardizált. Az intellektuális képességzavar diagnózishoz az elmaradás legalább 2SD (70-es IQ).

A társuló zavarok (kommunikáció, nyelvi zavar, érzékszervi vagy motoros probléma) befolyásolják az eredményt.

Az átfogó teszt eredményei alapján megállapíthatóak az erősségek és a hiányosságok, így a fejlesztés célirányosabb.

A második, az *adaptív képességek zavara*, mely gátolja az egyén önállóságát. Egy vagy több területet is érinthet: kommunikáció, szociális részvétel, önálló élet (család, iskola, munka, közösség).

Megfelelő, folyamatos segítség nélkül az adaptív funkciók deficitje korlátozza a mindennapi tevékenységeket, tehát az érintett területeken szükség van a folyamatos támogatásra.

A harmadik, hogy az intellektuális és adaptív *funkciók deficitje már a fejlődési periódusban jelentkezik.*

A megjelenés időszaka függ az okoktól és a súlyossági foktól. A motoros, nyelvi és szociális elmaradás már az első két életévben megjelenhet, de az enyhe intellektuális képességzavar lehet, hogy csak az iskolai tanulás kezdetekor jelenik meg tünetként.

Az első életévekben szerzett intellektuális képességzavart okozhatja agyhártya-, agyvelőgyulladás vagy súlyos fejsérülés.

Gyakorisága: 1%, a súlyos intellektuális képességzavar 6: 1000.

Az intellektuális képességzavar egész életen át fennmarad, de a súlyossága vagy a tünetei változhatnak.

Az intellektuális képességzavar osztályozása

Az IQ övezetek szerint a BNO10-ben az AADD a következő szinteket különíti el:

5. táblázat. *Az intellektuális képességzavar súlyossága*

F70 enyhe intellektuális képességzavar	50-55 és 70 közötti IQ
F71 közép súlyos intellektuális képességzavar	35-40 és 50-55 közötti IQ
F72 súlyos intellektuális képességzavar	20-25 és 35-40 közötti IQ
F73 nagyon súlyos intellektuális képességzavar	20-25-nél kisebb IQ

Az enyhe intellektuális képességzavart a laikus gyakran nem veszi észre. Tünetei gyakran iskoláskorig rejtve maradhatnak. Konkrét gondolkodásuk elérheti az átlagot. A kombinatív-asszociatív, elvont gondolkodás akadályozott, lassúbb. Kommunikációjuk tartalmilag szegényes, nincs kialakult absztrakt fogalomrendszerük. Bár életvezetésükben segítségre szorulnak, jól beilleszkednek a közösségbe, jól kooperálnak, képesek a munkavállalásra. Párválasztásra is alkalmasak.

A közép súlyos intellektuális képességzavar esetében felfigyelhetünk mozgáskoordinációjuk hiányos voltára, a finommotorika sérülésére. Gondolkodásuk konkrét, absztrahálásra képtelenek. Képzeleik fogalmakká szerveződ-

hetnek, de ezek gyakran tévesek. Viszonylásaikat érzelmeik irányítják. Állandó felügyeletet és gondozást igényelnek, bár megtaníthatóak az önkiszolgálásra és az elemi szintű munkavégzésre.

A legsúlyosabb intellektuális képességzavar tényét bárki észreveheti. Általában súlyos testi deformitások (vízfej, madárfej, diszharmonikus arcberendezés, aránytalan végtagok) jellemzik, melyek az életkorral súlyosbodnak. Mozgásfejlődésük nagyon megkésett, egy két év mire felülnek és hosszú évek munkája, mire járni kezdenek. A kommunikáció minimális vagy ki sem alakul. Artikulátlan hangokkal alapvető szükségleteiket jelzik. Állandó ápolásra szorulnak, teljesen önállótlanok. Fejlesztésük középpontjában az elemi önkiszolgálási készség kialakítása áll.

6. táblázat: Az intellektuális képességzavar jellemzői a DSM V (2013) szerint

Fok	Kognitív terület	Szociális terület	Gyakorlati terület
Enyhe	Az óvodás gyermekeknél talán nincs olyan nyilvánvaló különbség. A tanulási képességek eltérő fejlődésmentete az iskolás korúak és felnőttek körében már nyilvánvaló. Az olvasás, írás, matematika, az idő észlelése, pénzkezelés területén segítségre van szükségük ahhoz, hogy megfeleljenek az elvárásoknak. A felnőtteknél az elvont gondolkodás, a végrehajtó műveletek (tervezés, stratégia kidolgozása, kognitív rugalmasság) és a rövidtávú memória, valamint a képességek gyakorlati alkalmazása (pl.: olvasás, pénzkezelés) érintettek.	Eltér az ép fejlődésmentettől, éretlen a szociális interakciókban. Például, lehet, hogy nehézséget okoz pontosan észlelni a társaik szociális célzásait/utasításait. A kommunikációban, társalgásban és a nyelvben sokkal konkrétabbak vagy éretlenebbek a valós életkoruknál. Nehézséget okozhat az érzelmek szabályozása és a koruknak megfelelő viselkedés. A szociális helyzetmegértésük korlátozott, a társadalom megítélése szerint korukhoz képest éretlenek és az a veszély fenyegeti a személyeket, hogy a hiszékenyséjük miatt manipulálni fogják őket.	A személynek életkorához mérten el kell tudnia látni magát. Az egyéneknek szükségük van segítségre (támogatásra) az összetett napi feladatok elvégzésében. Felnőttkorban a támogatás kiterjed a következőkre: háztartás, gyermekgondozás megszervezése, tápláló élelem elkészítése, banki ügyek intézése és pénzzel való gazdálkodás. Szórakozásaik terén a döntésben segítségre szorulnak. A nyílt munkaerőpiacon is megállják a helyüket, ha munkakörük nem igényel elméleti tudást.
Középsúlyos	Minden fejlesztés ellenére is, érezhetően elmaradnak a fejlődésben. Az alapképességek és a beszéd lassabban alakulnak ki. Az iskoláskorú gyerekeknél az olvasás folyamata, az írás, a matematika, az idő és pénzfogalom megértése lassan fejlődik. A felnőtteknél a kognitív képességek	A személy feltűnően eltér ép társaitól a szociális és kommunikációs viselkedésben. A beszélt nyelv általában egy elsődleges eszköz a szociális kommunikációban, de ez sokkal kevésbé összetett, mint a társaiké. A társas kapcsolatokban nyilvánvaló a családhoz és barátokhoz való kötődés, az egyénnek lehetnek sikeres	Szüksége van egy személyre, aki gondoskodik az etetéséről, öltözködéséről, a higiénijáról és sok időt igényel, hogy önállósodjon, ha meg is tanulja az önellátást, bizonyos elemekre figyelmeztetni kell. Részt vehet a háztartási munkában. Lehetséges önálló munkavállalása, viszont

Fok	Kognitív terület	Szociális terület	Gyakorlati terület
	alapfokúak, és szükségük van támogatásra úgy a munkában, mint a magánéletben.	baráti kapcsolatai, és néha romantikus kapcsolata is kialakulhatnak a felnőttkorban. Ugyanakkor nem érzékeli vagy értelmezi pontosan a társadalmi jeleket. A társadalmi ítéloképesség és döntéshozatali képesség korlátozott lehet, így a gondviselőnek segítenie kell az egyént a döntéshozatalban. Az ép fejlődésű társakkal való barátságokat befolyásolhatja a kommunikációs és szociális határok. A sikeres munkahelyi beilleszkedéshez jelentős szociális és kommunikációs támogatásra van szükségük.	elengedhetetlen a munkatársak, felügyelők támogatása, illetve segítséget igényelhet a munkaköri bonyodalmak, szociális elvárások, elősegítő felelősségek, mint például be tervezés, közlekedés, egészségügyi szolgáltatások és pénzügyek kezelésében. Jelen lehetnek a viselkedéssel, alkalmazkodási problémák melyek szociális problémát okoznak.
Súlyos	A személy általában nem érti meg az írott szöveget vagy a matematikai alapfogalmakat, mint például: mennyiség, idő, pénz. A gondviselők egy életen át az ezzel kapcsolatos problémáik megoldásában segítenek és nyújtanak támogatást.	A beszélt nyelv meglehetősen korlátozott. Főképp a szókincs és a nyelvtan érintett. Az itt és most, a hétköznapi események állnak a beszéd és a kommunikáció középpontjában. A nyelvet társadalmi kommunikációra használják, ami több mint kifejezés. Megértik az egyszerű beszédet és testbeszédet, gesztusokat. Örömforrást és segítséget jelenthet a családtagokkal- és másokkal való kapcsolat. Augmentatív eszközök is használhatóak a sikeres kommunikáció megvalósításához	Minden tevékenységben támaszt igényel Felügyeletre szorul Jólétére vonatkozó döntésekben is útmutatást igényel. Felnőtt korban támogatással képes az önellátásra, munkavégzésre és a szabadidős tevékenységekben is részt tud venni. Képességfejlesztése lassú és hosszú folyamat.

Fok	Kognitív terület	Szociális terület	Gyakorlati terület
Igen súlyos	Fizikai képességeik kevésbé érintettek, a szimbólumokat nem értik. Nehézséget jelent az öngondoskodás, a munka és a szabadidő. Bizonyos térvizuális képességek, mint például a fizikai jellemzők alapján történő összeállítás és válogatás, megtanulhatóak.	A szimbolikus kommunikáció, a beszéd vagy gesztus megértése nagyon korlátozott. Néhány egyszerű utasítás vagy gesztus, esetleg az ismétlődő helyzetek felismerésére korlátozódik. Az egyén nonverbálisan kifejezi a saját vágyait és érzelmeit. Kapcsolatai a jól ismert családtagokkal és más ismerősökkel megfelelőek, kezdeményez és reagál a szociális interakciókra.	Másoktól függ a mindennapos fizikai ellátás területén is. Részt vehet bizonyos házimunkák elvégzésében, mint például megteríteni az asztalt. Egyszerű részmunkákat el-sajátíthat. A többiek támogatásával részt vehet szabadidős tevékenységekben is. Előfordulhat fizikai és ér-zékszervi károsodás, ami gyakran gátolhatja a részvételt.

Ziegler (1984) által közölt meghatározás az intellektuális képességszavar két-csoportos megközelítéséből származik. Egy alternatív definícióját próbálja megadni az intellektuális képességszavarnak, és az intellektuális működést, valamint az etiológiát használja klasszifikációs kritériumként.

A Ziegler és mtsai. által közölt klasszifikációs rendszer szerint akkor beszélünk az intellektuális képességszavarról, ha az intellektuális működés szintje jelentősen eltér az átlagtól. A meghatározás nem veszi figyelembe az adaptív viselkedést. Az IKZ háttérében meghúzódó etiológia alapján három csoportba sorolható: organikus, familiáris, egyik csoportba sem sorolható. Az egyik csoportba azok tartoznak, akiknél az alacsony intelligenciát az öröklődés és a környezeti tényezők határozzák meg, a másik csoportba pedig azok, akiknél fizikai károsodás is kimutatható. Ziegler 70-es (2SD) határt állapított meg. Ha valakinek az IQ-ja 70-nél kisebb az etiológia alapján besorolható valamelyik csoportba: organikus, familiáris és nem meghatározható. Szerintük sokkal többen helyezkednek el az 50 IQ érték alatt, mint amit az elméleti számítások szerint elvárnánk. Ziegler-ék ezt azzal magyarázzák, hogy valójában az intelligenciának két különböző eloszlása létezik: egyrészt azoké, akiknek intellektuális szintje környezeti és örökletes tényezők interakciójának az eredménye, másrészt azoké, akiknek intellektuális apparátusa fizikailag sérült.

A familiáris kifejezés arra utal, hogy az adott családban a gyermekszám rendszerint magas, az értelmi szint ritkán van 50 IQ alatt, és több hasonló alacsony intelligenciájú személy van a családban. Ebben az esetben nincs organikus sérülés. A vizsgált személy esetében sincs organikus sérülésre utaló jel. Míg az organikus kifejezés arra utal, hogy az adott családban a vizsgált személy és a család többi tagjának intelligencia szintje között nagy a különbség, illetve az IQ gyakran 50-es érték alatt van. Ebben az esetben organikus sérülésről beszélünk.

Az intellektuális képességszavar jellemzői

Ismert tény, hogy az intellektuális képességszavar nem egy egységes kórkép, hanem egy gyűjtőfogalom, az átlagtól lényegesen alacsonyabb intellektuális működést nevezik így.

A fejlődés korai szakaszában már érzékelhető az alapvető jellemző: a meglassúbbodott fejlődési ütem. A neurotipikus csecsemő mozgékony, nyitott a külső ingerek befogadására, külső segítség nélkül is reagál, kíváncsi. A

nehezen induló, lassú fejlődés összefügg az alacsony pszichés aktivitációs szinttel (nincs valódi érdeklődés, nem motivált a kísérletezésre). A környezetből jövő ingereket kevésbé tudják spontán felhasználni.

Kutatások szerint az IKZ tanulók is ugyanazokon a szakaszokon át haladnak, mint neurotipikus társaik, azonban náluk egyes szakaszok tovább tartanak, valamint nem jutnak el a formális műveletek szakaszáig (Tóth, 2007).

A szenzomotoros fejlődés nagyon megkésett. Kihagynak, vagy csak kevésbé gyakorolnak be mozgásfejlődési fázisokat. Motoros ügyetlenségük ugyanolyan biztosan meglévő jelenség, mint arckifejezésük tompasága, üressége. Gyakoriak a tartáshibák: laza, görnyedt vagy ellenkezőleg merev, görcsös tartás. Nagymozgásaik darabosak, esetlenek, nehézkesek. Mozdulások rendellenességeik közül a legfeltűnőbbek a mozdulatos sztereotípiák, például a szálemelés és a jaktálás. Hasonló mozgások a neurotipikus árvaházi gyermekeknél is előfordulnak, de náluk inkább ritmusos öningerlésről van szó, míg az IKZ esetében ezek a mozgások ritmustalanok, gyakran autoagresszívek.

Az IKZ személyek körében a térbeli memória kapacitása mérsékeltebb (Alevriadou, 2010). Térben bizonytalanul tájékozódnak, a téri relációkat bizonytalanul ismerik fel és határozzák meg. Az egyszerűbb téri helyzeteket, mint például a föl, le, előre, hátra stb., gesztusokkal kísért utasításokkal viszonylag gyorsan megértik, megtanulják és végre is hajtják, azonban önállóan reprodukálni majd csak jóval később tudják. A mozgásnak rendkívül nagy szerepe van a téri irányok megtanításában, valamint tudatosításában. Mindig a saját test a viszonyítási pont, mert általa különböző téri relációk értelmet nyernek (Szabó, 2006).

A kommunikáció, a beszéd fejlődése sajátos úton halad. Környezetükre adott reakcióik halványabbak, kifejezéstelenebbek. Alig kezdeményeznek kapcsolatot. Az észlelés pontatlansága miatt a szó és a jelenség közti kapcsolatot nehezen ragadják meg. Mindezek miatt nagyon későn tanulnak meg beszélni.

A beszédhiba, a lassú beszédfejlődés, a késői beszédindulás éppúgy együttjár az intellektuális képességzavarral, mint a koordináció fejletlensége. A beszédzavar egyben súlyosbítja az intellektuális képességzavart, mivel megnehezíti a kommunikációt a környezettel.

A neuropszichológiai kutatások (Djuric-Zdravkovic és mtsai., 2010) azt mutatják, hogy a figyelem-zavarok jelentős tényezői a kognitív fejlődési

rendellenességeknek. Figyelmük önkéntelen, spontán, kevésbé tartós, könnyen elterelhető, valamint hullámzó és szétszórt. Hiányzik a figyelem megosztására való képesség (Szabó, 2006). És itt is, mint minden más területen, az állapot súlyosságával párhuzamosan romlik a figyelmi teljesítményük is (Hatos, 2008).

A megismerő funkciók késleltetettsége a szenzoros és motoros hiányok következtében jelentősebb. Engel-Yeger és mtsai. (2011) kutatása alapján elmondható, hogy szenzoros feldolgozási képességeik atipikusak. Az IKZ gyermekek leggyakoribb és intenzív rendellenességei: a perszeveráció és a hiányzó szinkronizálás.

Úgy tűnik, hogy a Piaget által leírt gondolkodási szintek közül ezek a gyermekek maximum a konkrét belátás szintjét érhetik el.

A tanulás, a tanultak megőrzése és feldolgozása terén nagy inter- és intraindividuális különbségek vannak. El tudják sajátítani az egyszerű elemi és alapvető ismereteket. Tanulásuk folyamatát az alacsony transzfer és generalizálási képesség, a figyelem ingadozása, az alacsonyfokú terhelhetőség és lassú tanulási tempó jellemzi. Folyamatos stimulálásra van szükségük. Azonban nehezebben tudnak egyszerre nagyobb mennyiségű kognitív információt kezelni (Heward, 2014).

Szociális fejlődésükben az én tudata megkésett, hiányosan alakul ki. Magatartásuk szabályozásában a vágyak, ösztönök és indulati elemek dominálnak. Az intellektuális kontroll csökkenése lehetővé teszi az affektív tényezők előtérbe jutását.

Sajnos a környezet lebecsülő, elhárító reakciói is közrejátszanak ebben. Minél többet vehetnek részt a mindennapok eseményeiben, minél inkább értékeli környezetük azt a csekély teljesítményt, amit nyújtani képesek, minél jobban alkalmazkodik hozzájuk és szükségleteikhez, annál inkább alakul normális éntudatuk.

Az intellektuális képességzavar különböző megközelítésmódjai

A defekt-orientált modell a tanulási kudarcok okát egyedül a gyermekben kereste, a személyiség negatív jellemzőivel kötötte össze.

A fejlődésorientált modellben vagy a dinamikus személyiség-centrikus modellben az a felfogás érvényesül, hogy az intellektuális képességzavar

az ember életében elsősorban a szociális területeken jelentkező akadályozottság, megváltoztatható és befolyásolható. A figyelem középpontjába az a kérdés kerül, hogy „mit tud a gyermek, sajátos fejlődésmenetében hogyan lehet segítően beavatkozni?”.

Az intellektuális fejlődési zavar kontextusában az ellátásban tapasztalható, az emberi méltóságot és az esélyegyenlőséget sértő, állapotokra válaszul jelent meg az egyre erősödő normalizációs mozgalom.

Az ökológiai gondolkodás kizorítja a sérülésnek, mint egyéni problémának a szemléletét. Goll írja: „Ma már nem a fogyatékos magában áll a figyelem középpontjában, inkább a fogyatékos ember szerepe a mi világunkban.”.

A legkomplexebb, és minden befolyásoló tényezőt figyelembe vevő modell a bio-pszicho-szociális megközelítés, melyre a WHO új modellje épül.

Az epilepsziával társuló intellektuális képességzavar

Az érzékelés tudatosulása, a mozgás, a szellemi és a vegetatív történések az agy különböző részeinek működésével kapcsolatosak. Bizonyos körülmények között ez a működés rohamszerűen, azaz hirtelen és átmenetileg megváltozhat amiatt, hogy egyszerre nagy mennyiségű idegsejt kerül ingerületbe vagy gátlás alá. Jellemző, hogy a változás hirtelen kezdődik és hirtelen meg is szűnik. Többszörre néhány percig vagy néhány másodpercig tart. Ezeket az átmeneti, agyi eredetű változásokat nevezzük epilepsziás rohamnak.

Száz emberből tíznek fokozott a görcskészsége. A fokozott görcskészség korfüggő, az első 3-5 év a legkritikusabb, majd a felnőttkor fele haladva fokozatosan csökken. Epilepsziáról akkor beszélünk, ha a rohamok krónikusan ismétlődnek, többszörre ugyanolyan formában, sztereotip módon és általában felismerhető kiváltó tényezők nélkül.

A kórkép kialakulásában két tényező játszik szerepet: az öröklött hajlam (fokozott görcskészség) és az agyat károsító hatások, például: az anyagcsere-betegségek (ilyen az örökletes fenilketonuria is, amelyben a fenilalanin-mentes diéta képes megelőzni az agyi károsodást); a magzati életben létrejövő agyi fejlődési rendellenességek gyakran okoznak epilepsziát; a szülés közben az oxigénhiány a leggyakoribb agyat károsító és epilepsziát okozó tényező; epilepsziához vezethet újszülöttkorban a koponyaúri vérzés is; a gennyes agyhártyagyulladás is igen komoly veszélyforrás újszülöttkorban; az agyvelőgyulladás maradványaként bármely életkorban megjelenhet az epilepszia;

fontos tényező a későbbi életkorban a fejsérülés; indulhat epilepszia elhúzódozó lázgörcs után is; egy másik kiváltó tényező lehet az agydaganat is.

Az epilepsziás rohamok csoportosítása:

A roham megjelenése szerint lehet:

- Generalizált: mindkét féltéke bevonódik
- Fokális: göcos, jól meghatározható agyi területről indul a roham

A kiváltó ok szerint lehet:

- *Idiopátiás roham*: a gyermekkor bizonyos szakaszában léphet fel, az érintett gyermek neurotipikus, és családi halmozódás figyelhető meg. Az érintett gyermekeknél nem mutatható ki idegrendszeri eltérés, értelmi képességeik átlagosak. A rohamok serdülőkorra többnyire megszűnnek.
- *Távollét (absence) epilepszia*

Ez a típusú roham a beteg tudatának pillanatnyi teljes vagy részleges kiesésével jellemezhető. A gyermek hirtelen megszakítja tevékenységét, me-rev, kifejezéstelen tekintettel néz előre vagy lefelé. Naponta akár 100 is előfordulhat.

A *nagyroham* a laikusok által epilepsziának tartott rosszullét. A beteg eszméletlen, ha azonban másokon látja sokkoló hatású is lehet.

Tüneti epilepsziák – forrásuk különböző súlyosságú agykárosodás

Generalizált epilepszia – az egész agyat érinti, egyidejűleg intellektuális fejlődési zavar is, ha az alapbetegségben sikerül javulást elérni, akkor a rohamok is csökkenhetnek.

Fokális epilepszia – a generalizált rohammal ellentétben, fokális epilepszia esetén a roham az agy egy meghatározott pontjáról vagy területéről indul ki.

A tünetek attól függnek, hogy melyik a károsodott agyi terület. A károsodás mértéke és helye is hatással van rá. A gyógyszeres kezelésre általában rosszul reagálnak.

West syndroma vagy infantilis spasmus

A BNS roham a Blitz villanás, Nick bólintás és Salaam arab köszöntési mód szavak rövidítése. A leggyakoribb rohamjelenség ugyanis az, hogy a baba feje egy pillanatra előrebukik, karja és lába pedig behajlik. A mozgássor

emlékeztet az arab köszöntésre. Ez az epilepsziaféleség legtöbbször súlyosan sérült babákat érint. Előfordul az is, hogy megelőzően egészséges babákon indul és nem tudjuk az okát. A rohamok jelentkezése után hamar megváltozik a kicsi magatartása. Érdektelenné válik, környezetét nem figyeli, játékért nem nyúl. Fejlődése megakad, teljesítménye romlik. Jellemző a gyógyszer-rezisztencia (hormonkezelés). A gyakran panaszkodt alvászavar nem mindig a kezelés, hanem inkább a betegség velejárója. Többféle rohamtípus fordul elő.

Lennox- Gastaut tünetcsoport

A rohamok rövid ideig tartó izomgörcsök formájában jelentkeznek. A tudatállapotot általában absence jellemzi. Gyakran a nem gyógyuló West-szindróma alakul át ebbe a típusba.

Gyógyszer-rezisztens, gyakori rohamokkal. Ha egészséges, jól fejlődő gyermekeken indul, akkor is nagyon hamar elbutulást okoz.

Komplex részleges rohamok

Általában agydaganat okozza. A tudatállapot megváltozik, a gyermek kórosan érzékel és kórosan reagál. A rohamot aura előzi meg. Gyógyszer-rezisztens, de műtéti kezelése szóba jöhet.

Vizsgálati módszerek

EEG – agyi elektroencefalográfia (eljárás) és elektroencefalogram (az agy elektromos tevékenységéről kapott görbe). Veszélytelen és fájdalommentes vizsgálat.

Ultrahang – csak akkor, ha a kutacs nyitott – agykárosodás vagy fejlődési rendellenesség esetén.

CT – MR (mágneses magrezonancia) – tüneti epilepszia esetén indokolt.

Epilepsziás gyermek az óvodában és iskolában

Az előzőekből kiderült, hogy az epilepsziások többsége jó értelmi képességű és gyógyszert szedve teljes gyógyulásuk előtt sem jelentkeznek rohamaik. Semmi okunk tehát, hogy kizárjuk őket a neurotipikus gyermekek közösségéből. A pedagógusoknak tudniuk kell a betegségről és alapvető ismeretekre kell szert tenniük róla, tudniuk kell azt is, hogy roham alatt mit kell tenniük. A gyermek a betegség kezdetén, gyógyszerbeállításkor gyakran

álmos, fáradt, nehezen koncentrálni. Általában azonban helyes, ha ugyanolyan mércével mérik, mint a többiek.

Testedzésre, harmonikus mozgás kialakítására az epilepsziás gyermeknek is szüksége van. A mérsékelt testi megerőltetés nem vált ki rohamot. Absence-epilepsziát előhívhat mély levegővétel, de érdekes módon nem hívja elő az izommunkához társuló egészséges lihegés. A tanárnak ismernie kell a helyzetet, el kell kerülnie a balesetveszélyes helyzeteket. A gyógyszerek rontják a mozgás összerendezettségét. A részvétel gesztus a gyermek részéről, amit méltányolni kell.

Híres epilepsziások: Nagy Sándor, Caius Iulius Caesar, Napóleon, Dosztojevszkij, Vincent van Gogh, Georg Friedrich Handel (zeneszerző), Hermann Ludwig von Helmholtz (természettudós), Szókratész, Blaise Pascal, Gustavé Flaubert (író).

Az álintellektuális képességzavar

Olyan gyermekekre vonatkozik, akik intellektuális képességzavarral élőknek tűnnek, de valójában nem ez áll fenn náluk, hanem csak intellektuális fejlődésükben – általában külső okok miatt – elmaradtak.

Ez az állapot reverzibilis, megfelelő környezetben a lemaradás behozható.

Oka a nem megfelelő környezetben keresendő. A család lehet szociálisan hátrányos helyzetű (elhanyagoltság, rossz példaadás) vagy pedig (sokkal ritkábban) túlzott követelményeket támasztó vagy túlvédő értelmiségi család.

Általában a család kulturális szintje alacsony. A gyermek ingerszegény (egyhangú, kevés ingert nyújtó, modellekben szegény) környezetben nő fel, mely behatárolja értelmi fejlődését. Nevelési szempontból a minimumot nyújtja számukra. A szülők nem válaszolnak vagy félrevezető magyarázatot adnak a gyermek kérdéseire. Az ilyen gyermek már óvodáskorban lemarad társaitól, érdeklődési köre szűk, hiányos ismereteit nem tudja később az iskolában sem hasznosítani, ezért sikertelen. Adottságait nem tudja kibontakoztatni. A család sem serkenti a gyermeket értelmi tevékenységekre. Gátolják, kigúnyolják ilyen irányú érdeklődését. Lassúsága miatt gyakran nevetés tárgyává válhat. Lassúsága elővigyázatosságot is takarhat, nem fogadja el az elhamarkodott általánosítást, nem fogadja el mások modelljeit. Sokkal

több időt vesz igénybe egy-egy feladat sikeres megoldása, ezért egyre gyakrabban elbátortalanodik. Kommunikációban többet ért meg, mint amennyit ki tud fejezni. Rövid, nyelvtanilag helytelen mondatokat használ, szaggatott, dadogásra emlékeztető a beszéde.

A későn diagnosztizált, intellektuális képességzavarosnak bélyegzett gyerekek tanult tehetetlenek. Az önértékelés attól is függ, hogy mit gondol arról, hogyan tud megbirkózni a nehézségekkel (Burden, 2008).

Intellektuális képességzavarral az iskolában

Éppúgy, mint minden gyermekben, a sérült gyermekben is számtalan lehetőség, tehetség és képesség van, amelyeket fel kell fedezni és fejleszteni kell. A gyermekkel való együttélés olyan, mint egy ismeretlen országban való utazás: minden kanyar, minden nehezen megmászható hegycsúcs mögött új lehetőségek kerülnek napfényre.

Hunt és mtsai. (1994) mérték az IEP (egyéni fejlesztési program) hatékonyságát. A közép súlyos intellektuális képességzavarral élő gyermekek inkluzív oktatásban, kooperációs csoportokban tanultak. A curriculum elsődleges célja az SNI-s tanulók esetében is az olyan alapképességek fejlesztése, amelyekre később a bonyolultabb képességek támaszkodhatnak: nyelvi fejlesztés, iskolai tanulási képességek, szociális interakciós képességek stb.

A differenciálás és a személyreszabott oktatás lényege: a tanulók egyéni sajátosságaihoz igazodó fejlesztés és/vagy a tanulók egyéni sajátosságainak megfelelő önvezérelt fejlődés körülményeinek biztosítása a nevelési gyakorlatban (Nádasi, 2003).

Azt tapasztalták, hogy a közép súlyos IKZ tanulók elérték az IEP által megszabott célokat és a neurotipikus tanulók is elérték a saját programjuk céljait (Schuster és mtsai., 2001).

Az utasításokat úgy kell megterveznünk, hogy az IKZ személyek számára maximális lehetőséget biztosítsunk ezek megválaszolására és az oktatási folyamatban való részvételre az oktatás teljes ideje alatt (Polloway & Patton, 1997). Mivel nehézségeik vannak az elsajátított képességek általánosításában szükséges a szociális képességtréning, a közösségben történő tanítás, védett munkahelyre való elhelyezés vagy részidős munka az iskola befejezése előtt, majd utánkövetés.

A napi élet gyakorlati részleteinek megszervezésénél, a jelen kívánalmai mellett mindig érdemes gondolni a jövőre is. Mit szeretnénk elérni az adott gyermeknél, mi az, ami máris elvárható tőle. Mire törekednénk vele kapcsolatban, milyennek szeretnénk látni öt, tíz év múlva. Hogy az öt, tíz év alatt valóban elérjük a kívánt eredményeket, mérhetetlen nagy munkát kell befektetni. Nemcsak az a fontos, hogy a gyermek igyekvő partnerként dolgozza végig az éveket, hanem az is, hogy aki ezt a munkát végzi vele, az se fáradjon el idő előtt, és maradjon energiája az örömeire is (Kálmán, 1994).

A jó szervezés, az önállóságra serkentő nevelés, az egyszerűsítést lehetővé tevő, gyakorlati ötletek azok az apró részletek, amelyek gondos kidolgozása a leghatékonyabban segít megvívni a mindennapok csatáit. Bőkezűen kell mérni a dicséretet, ha a gyermek a várt együttműködést tanúsítja. Nem árt emlékeztetni arra sem, hogy az adott dolognak minden tiltakozás ellenére meg kell történnie, ma is, mint minden nap. A következetesség hatásos, hiszen, ha egyik nap enged a szülő, a másik nap nem, csak azt éri el, hogy mindennap hosszabb ideig kísérletezik a gyermek.

Felhasznált szakirodalom

- Alevriadou, A. (2010). Spatial location of movement by children with intellectual disabilities: Automatically encoded or not?. *Proocedia Social and Behavioral Sciences* 2, 4707-4711.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5TR.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Burden, Å. (2008). Is Dyslexia Necessarily Associated with Negative Feelings of Self-worth? A review and implications for future research. *Dyslexia*, 14(3), 188-196. doi:10.1002/dys.371
- Djuric-Zdravkovic, A., Japundza-Milisavljevic, & M., Macesic-Petrovic, D. (2010). Attention in children with intellectual disabilities. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5, 1601-1606.
- Engel-Yeger, B., Hardal-Nasser, R., & Gal, E. (2011). Sensory processing dysfuntions as expressed among children with different severities of intellectual developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities* 32, 1770-1775.

- Farkasné Gönczi R. (szerk., 2008). *Önismeret, realitás, önérvényesítés, közösségi érdekképviselet*. ÉFOÉSZ, Budapest.
- Goodman, J. F. (2003) *Does retardation means dump?* University of Pennsylvania.
- Hatos Gy. (1996). *Az értelmi akadályozottsággal élő emberek: nevelésük, életük*. BGGYFT. Budapest.
- Heward, W. L. (2014). Characteristics of Children with Mental Retardation. *Excerpt from Exceptional Children An Introduction to Special Education*. 145-148.
- Kálmán Zs. (1994). *Bánatkő*, Bliss Alapítvány, Keraban könyvkiadó, Budapest.
- Nádasi M. (2003). A differenciált fejlesztés alapjai in Hunyadi Györgyné (szerk.). *Differenciált fejlesztés – kooperatív tanulás*. ELTE, TOFK, Budapest.
- Polloway, E. & Patton, J. R. (1997). Mental Retardation and Learning Disabilities: Conceptual and Applied Issues. *Journal of Learning Disabilities*, 30/3, 297-308.
- Schuster, J.W., Hemmeter, M.L., & Ault, M.J. (2001). Instruction of Students with Moderate and Severe Disabilities in Elementary Classrooms. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 329-341.
- Szabó B. (2006). *Inkluzív nevelés. Ajánlások értelmileg akadályozott gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez. – Szövegértés- szövegalkotás*. sulINova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest.
- Tóth L. (2007). *Pszichológia a tanításban*. Pedellus Tankönyvkiadó, Debrecen.

5. Az autizmus fogalma és az autizmus spektrum zavar kezelése

Kulcsfogalmak



Pervazív fejlődési zavar, autizmus, Rett-szindróma, gyermekkori dezintegratív zavar, Asperger szindróma, atípusos pervazív fejlődési zavar, szociális interakció, verbális és nem verbális kommunikáció, tevékenységek, echolália, „idiot savant”, sztereotípiák, izolált típus, passzív típus, bizarr típus, theory of mind, centrális koherencia – elmélet, végrehajtó működések zavara, TEACCH, PECS, ABA, zeneterápia

A pervazív fejlődési zavar kifejezés az állapotoknak azt a nagyobb csoportját írja le, melybe az autizmus is tartozik – másképp megfogalmazva, az autizmus a pervazív fejlődési zavar egy fajtája. Ezen az osztályon belül hivatalosan több zavart is ismerünk: autizmus spektrum zavar (amit hívnak autisztikus zavarnak, kisgyermekkori autizmusnak vagy infantilis autizmusnak is), Rett-szindróma, gyermekkori dezintegratív zavar, Asperger-szindróma és végül a máshová nem sorolt pervazív fejlődési zavar, amit atípusos pervazív fejlődési zavarnak vagy atípusos autizmusnak is szoktak nevezni (Volkmar & Wiesner, 2009).

Az autizmus fogalmát először Eugen Bleuler svájci pszichiáter használta 1910-ben (Thielking & Terjesen, 2017).

A skizofrénia kísérő jelenségeiként írta le az autista visszahúzódást, kontaktus-elhárítást és a realitásérzék zavarát.

Két kutató (Leo Kanner és Hans Asperger, 1943) egymástól függetlenül ragadta meg a szociális, illetve társas viselkedés súlyos zavarát. Ezeket a nem beszélő, saját belső világukba zárkózott gyermekeket nevezték el autistáknak. Az autizmus vagy autisztikus kifejezés a görög „autos” (ön maga) szóból származik, utalva az autizmussal élő emberek jellemző sajátosságára: az önmagukba fordultságra.

Az autista gyermek problémájának lényege a szociális-kognitív és kommunikációs készségek fejlődésének zavara, amely a személyiség fejlődésének egészét áthatja és általában fogyatékos állapothoz vezet (Balázs, 2000).

A Kanner által leírt jellemzők a következők: az állandósághoz való rögzetés ragaszkodás, más személyek figyelmen kívül hagyása, befelé fordulás, echolália, vagy a beszéd teljes hiánya, repetitív viselkedés, bizonyos ingerek iránti nagyfokú fogékonyság (Lord & Rutter, 1996). Különböző formáit egységes kórképként, *autizmus spektrumzavarként*, illetve *pervazív fejlődési zavarok* csoportjaként definiálja a modern szakirodalom. Genetikusan erősen meghatározott, a családokban halmozódik. Gyakoriságát (amelyet kezdetben 2-4 tizezreléknek gondoltak) jelenleg 0,5%-ra becsüljük a teljes populációban, de a gyakoriság látszólag (egyes szerzők szerint valóban) növekszik. A családtagokkal együtt ez a lakosság 1-1,5%-os közvetlen és közvetett érintettségét jelenti.

Minden 100 típusosan autizmussal élő gyermekből kb. 5 válik önálló felnőtté, 25-30 jelentős fejlődést mutat, de támaszt, ellenőrzést igényel, a többiek súlyosan fogyatékosak és ellátásra szorulnak.

A hagyományos felfogással szemben az autizmust nem betegségnek, nem elmebetegségnek (pszichózis) tartjuk, hanem a fejlődés olyan zavarának, amely minőségében és mennyiségében is eltér a neurotipikus fejlődéstől, és az esetek többségében atípusos állapothoz, leggyakrabban komplex ellátást igénylő SNI-hez vezet. Ennek megfelelően orvosi értelemben nem gyógyítható. A várható élettartamot az autizmus nem befolyásolja. Az esetleg jelentős mértékű fejlődés mellett az alapvető probléma az egész életen át fennáll, és döntő hatással van a szociális beilleszkedésre és életminőségre, a képességeknek megfelelő színvonalú életvezetés elérésére. Ez utóbbi az önellátás, pl. a szobatisztaság kialakításától a megszerzett egyetemi diploma ritkán sikeres gyakorlati felhasználásáig terjedhet.

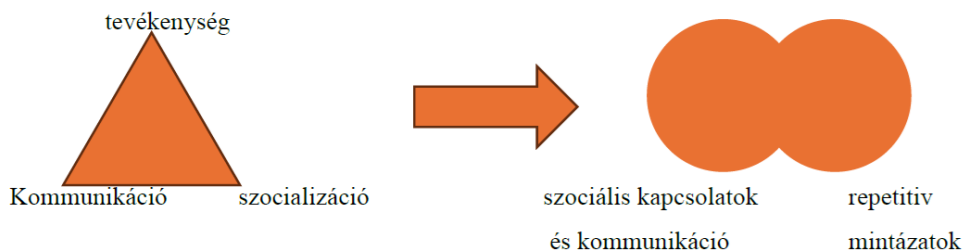
Az **autizmus diagnózis**a a viselkedésen alapszik (London, 2002).

Az autizmus spektrum zavar, másként ASD, a neurológiai fejlődési zavarok egyike, amelyeket a szociális, viselkedési és kommunikációs hiányosságok jellemeznek (Safwi, 2023). Szociális interakció, valamint a viselkedés, érdeklődés és tevékenységek korlátozott és ismétlődő mintázatai jellemzik. A "spektrum" kifejezést azért használják, mert az ASD tüneteinek bemutatásában és súlyosságában, valamint az ASD-vel rendelkező egyének készségeiben és funkcionálási szintjében heterogenitás figyelhető meg (American Psychiatric Association, 2013). Az autista gyerekek kerülnek a szemkontaktust, nehéz felkelteni a figyelmüket és megnyugtatni őket. Ezt a fejlődési zavart általában

az életünk során az első három évben diagnosztizálnak, ismernek fel. Az autizmust jelentős közegészségügyi aggodalomként emlegetik, ugyanakkor nincsenek válaszok annak növekvő arányára. Az Autizmus és Fejlődési Zavarok Megfigyelési Hálózat (ADDM) legfrissebb adatai szerint 2020-ban a 8 éves gyermekek közül minden 36-ból egy mutatott autizmus jeleket. Tehát a társadalom 2,8%-nál diagnosztizáltak autizmust (Safwi, 2023).

Az autizmus valószínűleg veleszületett állapot, de értékelhető tüneteket csak másfél éves kor után találunk, mert ekkor jelennének meg a normális fejlődés során az érintett és jelenlegi módszereinkkel már vizsgálható funkciók. A kommunikáció, a társas interakciók, a kötődés és a játéktevékenység súlyos zavarai jellemzik őket. Viselkedérepertoárjuk szegényes és repetitív, komplex fejlődési zavarnak tekinthető, ahogy a fentiek is reprezentálják.

A korábbi felfogás szerint az autizmusra utaló tünetek három viselkedéses területhez sorolhatók 1. a reciprok szociális interakciók 2. a reciprok kommunikáció minőségi eltéréseihez, valamint 3. a szűk körű, sztereotip, repetitív érdeklődés, aktivitás, viselkedés területéhez. Az autizmus viselkedéses képét leíró kutatások eredményeinek bővülése vezetett az autisztikus triász újraértelmezéséhez: a DSM-5 már az *autisztikus diád* fogalmat használja ami a 1. tartós deficit a szociális kommunikációban és szociális interakciókban, valamint 2. szűk körű repetitív mintázatok a viselkedésben, érdeklődésben, aktivitásban – mentén tárgyalja a tüneti képet.



7. ábra. Az autizmus diagnózisának komponenseinek változásai

Sajnos ezeknek a gyerekeknek a diagnosztizálása csak 3 éves koruk körül történik meg, mert a szülők nagyon ritkán veszik észre a korai jeleket és csak akkor kezdenek ráébredni, hogy valami nincs rendben, amikor a gyerekek még mindig nem kezdett el beszélni (Shirian & Dera, 2015).

Az autizmus spektrum zavar gyakorisága 5:10 000, az érintettek többsége fiú (Csépe, 2005). Genetikai tényezők jelentősek, az autista gyermekek testvéreinél előfordulása 50-szer gyakoribb, mint az általános populációban, az ikerkutatások szerint pedig a monoizigóta ikrek nagy (36, ill. 96%) konkordanciájával szemben a dizigóták csekély (0-36%) aránya áll fenn (Füredi, 2007).

Klinikai jellemzők

Szociális izoláció

A gyermek megfelelő érzelmi fogékonysága a család számára a leglényegesebb érzés. Az autista csecsemő nem szeret ölben lenni. Később képtelen az arckifejezések utánzására, a mutató kézmozdulat követésére. Nem képes figyelembe venni, hogy mások mit gondolnak, ezért az emberi cselekedetek nehezen érthetőek számukra. Az autista nem kíváncsi a környezetére, nem akar tanulni belőle, ezért nem utánoz, hanem kizár. Mivel nem tudja elkülöníteni a lényeges és lényegtelen információkat és nem képes általánosítani, ezért az információk elárasztják és képtelen feldolgozni azokat (Morgan, 2017).

Kommunikáció

Az autista gyermekek felénél sem alakul ki a funkcionális beszéd. Hiányzik a párbeszédszerű gagyogás. A beszélő autisták esetében gyakori az echolália (a beszéd papagájszerű visszhangzása), amikor pontosan megismétlik azt, amit hallottak. Késleltetett echoláliáról beszélünk akkor, amikor a gyermek csak napok múltán ismétli el a hallottakat. Az echolália fennmaradásának oka, hogy az autista gyermek nem képes felfogni a „kommunikáció mélyebb, szándékos megjelenéseit” (Frith, 1991).

A legtöbb autista nem képes felismerni a testbeszédet, a mimikát, nem tudja kitalálni mire gondolhat a másik ember a különböző helyzetekben.

A kommunikáció és nyelvhasználatra jellemző továbbá az is, hogy a beszédfejlődés késik vagy egyenlőtlen, de előfordul a beszéd teljes hiánya is, nincs metakommunikációs kísérlet, kérdést, kérést figyelmen kívül hagy, elvont fogalmat, rokon értelmű szót nem ért, szó szerint ért mindent, megjelenhetnek halandzsa szövegek, hangsúly, hangmagasság, intonáció zavara

furcsa, gépies, (monoton hanglejtés), helytelen személyrag és névmás használata (Ébner és mtsai., 2002).

A receptív kommunikáció sokszor sérültebb lehet, mint az expresszív. A szavakat sokszor sajátos jelentéssel használja, a metakognícióra vonatkozó szavakat ritkán emlegeti (Prelock & Hutchins, 2018).

Minden bizonyíték arra mutat, hogy ha a gyermeket megtanítták a kommunikációra, bármilyen birtokában lévő rendszer segítségével, nagyobb az esélye a beszéd kialakulásának és értelmes használatának (Jordan, 2007).

Értelmi képességek és különleges adottságok

Kanner még úgy vélte, hogy az autisták intellektusa ép, a mai kutatók (Lord-Rutter, 1996) alapján azonban elmondható, hogy 70%-uk intellektuálisan is érintett.

Előfordul azonban, hogy egyetlen területen kiemelkedő teljesímenyűek. Az ilyen személyeket „idiot savant”-nak nevezik. Leggyakrabban a zene, rajz, számolás, mechanikus emlékezet vagy térbeli képességek terén tűnnek ki. Például olyan hangszeren játszik, amelyet soha nem tanítottak neki vagy bonyolult dallamokat játszik le egyszeri hallás után. Egy másik kiemelkedő képesség a naptári kalkuláció, ez a képesség azt jelenti, hogy bármilyen dátumról képesek megmondani, hogy a hét melyik napjára esik. Ezeket a kiemelkedő képességeket azonban nem tudja hasznosítani.

Az autisták abnormális módon dolgozzák fel az információkat, az átlagosnál kevesebb figyelmet fordítanak az átfogó struktúrára, viszont nagyobb figyelmet szentelnek a szerkezet kis elemeinek (Frith, 1991).

Gondolkodásuk legfontosabb jellemzője, hogy képekben gondolkodnak, vagyis hamarabb jut eszükbe egy tárgy képe, mint a megnevezése. Így, ha biztosan azt akarjuk, hogy megértse, amit közölni akarunk vele, az a legjobb, ha megmutatjuk neki képen, videón, mit is várunk tőle.

Az autizmussal kapcsolatos számos kérdésben mai felfogásunk azonos a klasszikus nézetekkel, számos kérdésben azonban élesen különbözik tőlük. Egyértelmű, hogy az autizmus a viselkedés jellegzetes tüneteivel leírható szindróma, amely különböző, agyi diszfunkciót okozó tényezők hatására jöhet létre. Jelenlegi tudásunk alapján alcsoportokat egyértelműen elkülöníteni nem lehetséges.

Viselkedés

Az autizmussal és más pervazív fejlődési zavarral élő gyermekek étkezési szokásai szokatlanok lehetnek. Vannak, akik egyértelműen megfogalmazzák mely ételeket szeretik és melyeket nem. Bizonyos esetekben ezek a szokások megakadályozzák a gyermeket abban, hogy megfelelő módon étkezzon. Vannak olyan gyerekek is, akik bizonyos állagú, ízű vagy szagú ételekre különösen érzékenyek. Megint mások csak meghatározott fajta ételeket fogyasztanak (pl. lágú és pépes ennivalókat). Mások nem hajlandók új ételeket kipróbálni, vagy egy-egy adott hőmérsékletű ételt utasítanak vissza. Vannak esetek, amikor a gyermek kizárólag ugyanazt az ételt hajlandó enni újra és újra.

Ezek a gyermekek egyszerű repetitív jellegű cselekvésekkel vagy sztereotípiákkal foglalják el magukat, és ez a magatartás még uralkodóbbá válhat stressz idején. Minél mélyebb a társult tanulási nehézség, annál valószínűbb a sztereotip és öningerlő viselkedés, ami még jellemzőbb társult szenzoros sérülések esetén. A játékok közül számos öningerlőként jellemezhető.

Csoportosítás

A klinikai kép igen sokféle lehet, az autizmus súlyossága, az értelmi színvonal, az egyéb képességek, illetve fogyatékosságok és a gyermek személyisége függvényében. A klasszikus típusok (Kanner-sz., Asperger-sz.) helyett, a gyakorlati szempontok szerint Lorna Wing a következő fenomenológiai csoportokat írta le (megjegyezve, hogy a gyermekek fejlődésük során típust válthatnak, tehát nincs szó mereven különálló diagnosztikus entitásokról):

- *Izolált típus:* szociális környezetről nem vesz tudomást, kapcsolatot nem tűr, szemkontaktust nem vesz föl, nem beszél, vagy csak sztereotip módon, funkcionális cél nélkül. Tartását, mozgását, aktivitását is bizarrériák, szimpla, főleg mechanikus sztereotípiák jellemzik. Számos komplex és intenzív ellátást igénylő személy, intellektuális képességzavaros gyermek tartozik ebbe a csoportba. Prognózisa a legrosszabb.
- *Passzív típus:* viszonylag jó értelmi képességű, inkább a feltűnő passzivitás, mint a bizarr viselkedés jellemzi, szociálisan nem

kezdeményező, de közeledést eltűr, ezért a fejlesztés esélyei ennél a csoportnál a jobbabbak.

- *Bizarr típus:* viszonylag jó verbalitás és értelem, esetleg a normálisat is meghaladó mennyiségű szociális kezdeményezés jellemzi ezt a csoportot. Kapcsolataik nélkülözik a kölcsönösséget, a partner személyiségének figyelembevételét, felületesek. Közeledéseik gyakran inad-
ekvátak, sztereotip jellegűek, pl. tartalmukban (azonos, vagy azonos témakörű kérdések sztereotip özőne, személyi adatokról, közlekedésről stb.).

A hagyományos felfogással, amely az autizmust rendkívül súlyos és rendkívül ritka elmebetegségnek tartotta, szemben áll az a felismerés, hogy az autizmus súlyos és enyhébb formái, illetve a teljes és a részleges – atípusos képek egy spektrumon helyezkednek el, és az átmeneti, nehezen diagnosztizálható eseteken át a normalitás övezetébe olvadnak. Az enyhébb esetek diagnózisa igen fontos, mert az érintettek a súlyosakhoz hasonló jellegű segítségre szorulnak.

Az autizmus pszichológiai modelljei

1. „Tudatteória” (Theory of Mind, TOM) elmélet: az autista személy korlátozottan képes vagy nem képes arra, hogy saját, illetve más emberek mentális állapotait (gondolatait, vágyait, szándékait) megértse, és így azokról gondolkodni tudjon (Ward, 2006).
2. Centrális koherencia – elmélet: a kívülről érkező információtömeget az autista személy nem képes vagy nem a megfelelő szinten képes egységes egészként szemlélni, benne folyamatosan rendszert, szabályt, egységes magyarázatot keresni, ami a világ megértéséhez elengedhetetlenül szükséges. E szerint a gondolat szerint az autizmussal élőknek általában nehézségeik vannak azzal, hogy a „tágabb” képet meglássák (Happé és mtsai., 2001) Ez az elmélet jól értelmezhető azoknál az érintetteknek, akik egy területen tehetségesek, de nagyon komoly hiányosságai vannak más területeken.
3. Végrehajtó működések zavara: a végrehajtó működések hiányosságait hangsúlyozza. A végrehajtó működések kifejezés alatt gyakorlatilag a készségeknek és képességeknek azt a teljes tárházát értik, ami

a tervezéshez és szervezéshez szükséges. E szerint a megközelítés szerint az autizmus a következőkkel hozható összefüggésbe: nehézségek a változások feldolgozásával kapcsolatosan és a repetitív viselkedésre és az ismételtetésre (perszeveráció) való hajlam, valamint problémák a tervezési és probléma megoldási készségekkel, melyeknek oka a rendszerezett gondolkodásnak és a visszajelzésekhez való folyamatos igazodásnak a hiánya.

Gyógypedagógiai fejlesztés

Az egész ébren töltött idő, különösen a természetes élethelyzetek kihasználhatóak a fejlesztésre, mégpedig intenzív, jól strukturált és a meglévő töredékkészségek használatát is elváró, egyéni módon motiváló, speciálisan a gyermek szükségleteihez igazodó módon.

Mivel az autizmus egy láthatatlan állapot, ezért ők és a családjuk is erősebben stigmatizálódnak, mint a látható sérüléssel élők (Siller & Morgan, 2018), ezért a fejlesztés során hangsúlyt kell fektetnünk a kirekesztés megelőzésére is.

Az egyik legkidolgozottabb, ma világszerte alkalmazott egységes speciális pedagógiai-pszichológiai oktatási keretrendszer a TEACCH-program (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children), amelyet ki kell egészíteni intenzív kognitív fejlesztésre alkalmas gyógypedagógiai módszerekkel.

A kommunikáció kialakításához a legeredményesebb módszer a PECS (Picture Exchange Communication System - képcserés kommunikációs rendszer). A módszer lényege, hogy van egy dosszié, amiben kézzel kiemelhető képek sorakoznak a gyerek által fogyasztott ételekről, italokról, az általa használt ruhadarabokról, a játékaikról, a meséiről, a színekről, a számokról stb. Gyakorlatilag egy képes szószedet. A szakember megtanítja a használatát. Például, ha kérni szeretne valamit, akkor kirakja a kérek jelet és a víz jelet és felolvassa: kérek vizet. Léteznek már tableten és okostelefonon is működő PECS alkalmazások, amelyek fel is olvassák a képeket, de az első időkben a kézzel fogható változat lesz az eredményesebb.

A viselkedésterápia az operáns kondicionáláson alapszik. Elsődleges célja megállapítani, hogy mivel jutalmazható, illetve mivel hívható elő az adott gyermeknél a kívánt viselkedés. Az ABA (Applied Behavior Analysis)

alkalmazott viselkedéselemzés a viselkedésterápiák közé sorolható (Kelemen, 2010). A módszer alapjait a '60-as években megkezdett kutatásai alapján Lovaas fektette le. Gyermekközpontú, a pozitív megerősítésre alapoz, ami a tanulás egyik legfontosabb tényezője. A terápia célja egyrészt a készségfejlesztés (beszéd, kommunikáció, játékkészség, kognitív képességek, önellátás, motorikus készségek stb.), a helyes viselkedés elősegítése, másrészt az adott helyzetben nem megfelelő viselkedés leépítése. A helyes viselkedés kezdetben segítséggel valósul meg, így kevés lehetőség van a hibázásra; ez segíti a terápia pozitív hangulatának fenntartását. A rossz válaszokat a jutalom elmaradása követi. Jutalomként törekedni kell az életkornak megfelelő, szociális megerősítők (pl. dicséret) használatára.

A zeneterápia, kiegészítő terápiaként, a kommunikáció erősítésére is használható. Egyes autisták könnyebben megértik az éneket, mint a beszédet. Ugyanakkor nyugtató hatása is van. A testfunkciókat (szívverés, agyhullámok, perisztaltika, ürités stb.) számos különböző ritmus jellemzi. A ritmus ily módon életünk szerves része. Az autista gyermekek számára a ritmus az állandóság egyik „kapaszkodója”. Jellemző rájuk, hogy valamely állandó ritmusra ringatják magukat. A zeneterápia előnye, hogy képes a ritmus ősből pszichológiai szintjén kommunikálni. Segítségével olyan terapeutakliens kapcsolat alakítható ki, ami a verbális nyelvhasználat révén gyakran nem valósítható meg. A zene, a dallam és harmónia révén segíti a psziché komplexebb fejlődését. Rimland megállapítása szerint a zenei érdeklődés és képesség csaknem általános az autizmus spektrumzavaros gyermekek esetében. Igen fontos a zene variálhatósága. Az autizmus spektrumzavaros gyermek a zene variációi révén biztonságos módon tapasztalja meg a változásokat. Számos tanulmány számol be arról, hogy azok a gyerekek, akik nem reagálnak megfelelően a verbális megnyilvánulásokra, képesek reagálni zeneire (Kollár, 2012).

Az oktatási intézményekben biztosítani kell a szükségleteknek megfelelő ellátást. Ismernünk kell a gyermek erősségeit és gyengeségeit, melyre alapozható a differenciált tanításszervezés. Gondosan mérlegelni kell, hogy milyen feladatba és hogyan vonható be, milyen szerepet képes vállalni és milyen tanulási környezetre van szüksége. A kiszámíthatóság jelenti a gyermeknek az érzelmi biztonságot. Célszerű lehet a fokozatos beszoktatás alkalmazása. Fontos a foglalkozások közötti szünetek, a csoport számára struktúratlan időszakok kitöltésének megtervezése, mivel alapvető probléma a

szabadidő eltöltése, saját tevékenységük megtervezése, megszervezése, a társakhoz való viszonyulás, a velük való együttműködés.

A nemzetközi tapasztalatok és gyakorlat szerint érdemes tudatosan úgynevezett kortárs segítőket „kiképezni” és bevonni a gyermek minden napjaiba. A kortárs segítők vállalhatják, hogy az előre megbeszélt konkrét, egyszerű helyzetekben rendszeresen segítik társukat. Ezek a gyerekek rengeteget segíthetnek a beilleszkedésben: vállalhatják, hogy tevékenységváltáskor figyelnek társukra vagy az öltözőben együtt öltöznek vele, bevonják a közös játékokba, konfliktus esetén szólnak egy felnőttnek stb. Természetesen a segítségadás módját, lehetőségét és szükségességét egyénenként kell megtervezni.

A szociális történetek az ASD gyermekek számára a változásokat értetővé teszik, megmutatják az emberek reakcióját adott szociális helyzetben, meg lehet beszélni egy adott viselkedés következményeit (Heward, 2013).

Autizmus spektrum zavarra képzett segítő kutyák: megakadályozzák az elkószálást, az önbántalmazó viselkedést, csökkentik a gondozók stressz-szintjét, facilitálják a kommunikációt és felelősségre tanítanak (Jalongo, 2018).

„Az autizmus ellen vívott harc emberfeletti, de ha senki sem bízik benne, hogy meg tudjuk mászni a hegyet, akkor valószínűleg még csak fontolóra sem vesszük soha, és a segédeszközökre sem vetünk egy pillantást sem. Az én filozófiám az, hogy nem mindenki jó hegymászó, de helyes felkészítéssel mindenki képes pár lépéssel többet megtenni annál, mint ha nem is létezne a feladat. [...] Mindezeket én belülről élem meg, egy olyan „nem autisztikus” világ kellős közepén, amely a problémáimat csak kívülről képes vizsgálni és leírni.” (Donna Williams, 1996).

Felhasznált szakirodalom

- Balázs A. (2000). Az autista gyermekek az óvodában és az iskolában in Illyés S (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest.
- Csépe V. (2005) *Kognitív fejlődés – Neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Ébner Gy., Kanyik Cs., László Zs., Szilágyiné E. E., & Vikár A. (2002). *Az autizmusról és az autizmus ellátásának jelenlegi helyzetéről hazánkban*. Szociális és Családügyi Minisztérium, Autisták Érdekvédelmi Egyesülete.

- Frith U. (1991). *Autizmus. A rejtély nyomában*. Kapocs. Budapest.
- Füredi J., Németh A., & Tariska P., (2007). *A pszichiátria rövidített kézikönyve*, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Heward, W. (2013). *Exceptional children. An introduction to special education*. USA: Pearson.
- Jalongo, M. (2018). *Children, dogs and Education*. Springer.
- Jordan., R. (2007) *Autizmus társult értelmi sérüléssel*. Kapocs kiadó, Budapest.
- Kelemen É. (2010). ABA: a leghosszabb út is egyetlen lépéssel kezdődik. *Esőember*, 4 szám.
- Kollár J. (2012). Zeneterápia és autizmus. *Lege Artis Medicinae*. 22, 8-9, 544-549.
- London (2002). Counting progress in the diagnosis of autism, in *Excepcional Parent*, 11.
- Lord C., & Rutter M. (1996). *Autizmus és pervazív fejlődési zavarok*. Kapocs. Budapest.
- Morgan, P. (2017). *Child Protection and Parents with Learning Disability*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Peeters T. (1997). *Az elmélettől a gyakorlatig*. Kapocs. Budapest.
- Prelock, P., & Hutchins, T. (2018). *Clinical Guide to Assessment and Treatment of Communication Disorders*. Springer.
- Shirian A. S., & Dera, A. H. (2015) *Descriptive characteristics of children with autism at Autism Treatment Center, KSA in Psychology & Behavior* 151, 604-608.
- Siller, M., & Morgan, L. (2018). *Handbook of Parent- Implemented Interventions for Very Young Children with Autism*. Cham, Switzerland: Springer.
- Thielking, M., & Terjesen, M. (2017). *Handbook of Australian School Psychology*. Springer.
- Volkmar, F.R., Chawarska, & K., Klin, A. (2005) Autism in Infancy and Early Childhood. *Annual Review of Psychology* 56:12.1-12.22.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:1, 135-170.

- Volkmar, R. F., & Wiesner, A. (2009) *A practical guide to autism – What every parent, family member, and teacher needs to know*. Jhon Wiley & Sons. Inc.
- Ward, J. (2006). The student's guide to cognitive neuroscience. New York: *Psychology Press*. 326-328.

6. A beszédzavarok fogalma és a logopédiai ellátás

Kulcsfogalmak



Kommunikáció, beszédzavar, beszédprodukción, beszédmegértés, afázia, diszfázia, beszédészlelés, szövegértési zavar, artikulációs zavar, orrhangzós beszéd, agrammatizmus, ritmuszavarok, dadogás, bradilália, hadarás, szelektív mutizmus, pöszeség, disarhtria, afónia, diszfónia, fonaszténia, alexia – diszlexia, agráfia – diszgráfia, akalkulia – diszkalkulia, többszörös (polimorf) beszédzavar, megkésett beszédfejlődés, mozgásfejlés, légzésgyakorlat, hallásfejlesztés, hallásdifferenciálás, a hangfejlesztés indirekt módszere, a hangfejlesztés direkt módszere, a származtatás módszere, az új hang rögzítése, automatizálása, motoros differenciálás

Kommunikáció alatt rendszerint a rendszerek közötti információkövetítést értjük. Az emberi társadalomban interperszonális-szociális kommunikációról van szó, mely a szociális interakció eszköze. Ebben az összefüggésben az információ alatt a kijelentést, a hírt, az adatot értjük, mely csökkenti vagy elhárítja a befogadó bizonytalanságát, mely az információ befogadása előtt fennállt. Az információ befogadása ennek percepciójából, dekódolásából, elraktározásából, következetes elrendezéséből és adekvát felhasználásából áll. A sérülteknél ez az információs körfolyamat szenzorikus vagy kognitív akadályoztatásból, de motorikus és érzelmi-akarat hiányosságok miatt is megrekedtek vagy részlegesen sérültek lehetnek. A kommunikáció a jelentések közvetítésében rejlik (Vasek, 2003).

Ahhoz, hogy egy gyerek jól kommunikálhasson, először is megfelelő jeleket kell közvetítsen, hogy pontosan megértsék őt. Vagyis világosan kell beszéljen, meg kell értenie a testbeszédet, megfelelő módon ki kell tudja mutatni érzéseit, vagyis pontosan ki kell tudja magát fejezni. Nemcsak a saját maga, hanem a mások üzeneteit is mindig pontosan kellene tudja értékelni. Némelyik gyereknek szerencséje van, hiszen szülei fejlett szociális készségű emberek, így ők könnyen elleshetik, adaptálhatják, továbbfejleszthetik e viselkedési mintákat. Más gyermekek, meglehet, hogy nem ennyire szerencsések, melynek okai (Csóti, 2006) lehetnek:

- szüleik nem rendelkeznek fejlett kommunikációs készségekkel és ezt a hiányosságot adják tovább gyerekeiknek;
- meglehet, hogy a szülők fejlett társas készségűek, azonban a gyerek nem figyelte meg a viselkedésüket, így nem tudta azt elsajátítani;
- a szülők mások jelenlétében, társaságban zavarban vannak, így nem nyújtanak pozitív viselkedési mintát;
- a gyermek bizonyos egyéni problémák, fogvatékosságok miatt nem tudja elsajátítani a kommunikációs készségeket.

Minél bonyolultabban szervezett egy folyamat, annál nagyobb a valószínűsége a meghibásodásnak.

A kommunikációs zavarokat tágan értelmezzük: beszéd, nyelvtan, megértés, szemantika és pragmatika. A tanárok hozzájárulhatnak a kommunikáció fejlesztéséhez. Különbséget kell tennünk megkésett fejlődés és zavar között. A megkésett fejlődés azt jelenti, hogy a viselkedés a kisebb gyermekektől elvártnak megfelelő. A beszédzavar mennyiségileg és minőségileg is különböző, eltér az elvárttól (Farrel, 2008).

A kommunikációs problémák átfogó megnevezése a beszédben való akadályozottság. A beszédakadályozottság tünetei megnyilvánulhatnak a hangadás, a beszéd és nyelvi fejlődés, a beszédfolyamatosság, az olvasás, írás, helyesírás teljesítményeiben, valamint a már kialakult beszéd-, nyelvi produkció változásaiban. A beszédhibák megelőzésével és javításával a logopédia foglalkozik.

A mai álláspont szerint a logopédia az az *interdiszciplináris* tudományág, amely a beszédhibák *megelőzésével* és *javításával* kapcsolatos pszichológiai, szociológiai és orvosi vonatkozású sajátosságokat tanulmányozza (Gutu, 1975).

Olyan komplex tudományról van tehát szó, amely a beszédhibák kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával és korrekciójával foglalkozik.

Feladatai:

A beszéd fejlődésének és a beszédzavarok kialakulásának tanulmányozása stb.

A logopédiai diagnosztika fejlesztése (hitelesség, pontosság), hatékonyabb, megbízhatóbb vizsgálati eljárások kidolgozásával.

A megelőzés és hatékony felvilágosító munka megszervezése a szülők, pedagógusok és gyermekorvosok körében.

A kialakult beszédhibák lehető legkorábbi kijavítása, és a személyiséget érintő másodlagos sérülések (deadaptáció, tanulási nehézségek, krónikus szorongás stb.) megelőzése a beszédhibás személy komplex ellátásával.

A beszédben való akadályozottság súlyosság szerinti osztályozása

A beszéd és nyelvi teljesítmények súlyos zavarai, amelyeknek háttérben elsősorban biológiai/organikus, funkcionális okok húzódnak, változatos tüneti kép mellett a beszédfigyatekosságok körébe sorolódnak.

A beszéd két nagy folyamatának, a beszédprodukciónak és a beszédmegértésnek a zavarai érinthetnek egy-egy részfolyamatot, kiterjedhetnek az egyik mechanizmusra teljes egészében vagy megjelenhetnek a beszéd valamennyi folyamatában.

A beszédzavar elsősorban a beszédszervi központ fejlődési és működési akadályozottsága folytán jön létre, egyidejűleg érintve a kommunikációs teljesítmények több területét, a hangzó kifejező beszédet és a nyelvi működést is, tehát a fonológiai, morfológiai, szintaktikai és szemantikai szerveződést.

A beszéd és nyelvi fejlődési hátrány létrejöttéért elsősorban a gyermek fejlődését akadályozó vagy kedvezőtlenül alakító külső környezeti és pszichés okok a felelősek. Akár pozitív akár negatív irányú az optimumtól való eltérés, a szélsőségek egyaránt kedvezőtlen feltételnek tekinthetők.

Külön csoportot alkotnak azok a gyermekek, akik a beszédtanulás korai szakaszában idegen nyelvi környezetben nevelkednek vagy egyidejűleg több nyelvet elsajátítására kényszerülnek.

A beszéd és nyelvi fejlődés zavarai

A „fázia” szó magyarul „beszélést”, a „diszfázia” pedig „nem beszélést” jelent. Az emberben genetikailag kódolt az anyanyelv elsajátítás megindulása és fejlődése. Ha a normális kezdethez képest a kisgyermek beszédfejlődése késik, akkor fejlődéses diszfáziáról vagy megkésett beszédfejlődésről beszélünk.

A *diszfáziás* gyermeknél ép hallás, ép intelligencia és valamilyen mértékben működő beszédmegértés mellett hiányzik az életkornak megfelelő szintű beszédprodukció. Az ép értelmi folyamatokra a beszédértés, valamint a komplex gondolatokat közlő gesztusok sorozata utal.

A *beszédészlelés* akusztikai, fonetikai vagy fonológiai szintű zavara háttással van a pontos artikulációra, a szókincs alakulására és a grammatikai struktúrák felismerésére. A beszédészlelési folyamatok zavarai az információ mennyiségének is lényeges szerepe van.

A *beszédmegértés* zavarai: mondat és szövegértési zavar.

A mondatmegértési nehézség és bizonytalanság az anyanyelv grammatikai és szintaktikai struktúráinak, valamint szemantikai egységeinek nem megfelelő elsajátítására utal. A mondatértési zavar következményei:

- feladatértési nehézség,
- szabályok, definíciók megértésének zavara,
- szövegen belüli mondatértési zavar, mely az egész szöveg megértését nehezíti,
- tanulási nehézség.

A szövegértési zavar súlyosabb akkor, ha a gyermek az összefüggések felismerésében téved, mint akkor, amikor a részletek megértése zavart.

A szövegértési zavar következtében sérül a gyermek beszédprodukciója, a kognitív szint, olvasásértési nehézségei lehetnek, tanulási és pszichés zavarok alakulhatnak ki.

A beszédprodukció zavarai:

- *hangképzési zavarok*: az anyanyelv beszédhangjainak helytelen kiejtését (kihagyás, felcserélés, torzítás) *artikulációs zavar*nak, pöszeségnek nevezzük;
- *orrhangzós beszéd*: a tiszta hangképzést biztosító anatómiai szerkezet eltérései következtében a beszédhang elveszti csengését és jellegzetesen dünyögővé válik. Sok esetben a beszéd nehezen érthető;
- *agrammatizmus*: a kívánt nyelvi formák, szintaktikai szerkezetek létrehozásának kóros folyamatait jelenti;
- *a beszéd folyamat zavarai*: dadogás, hadarás.

A folyamatos beszédet akadályozó jellegzetes megakadás, a hangadás görcse, amely egyidejűleg a légzést és a test egészét érinti. A dadogás két típusa közül az egyikben a beszélő a szavak első hangját vagy szótagját ismétli, a másikkban nem tudja elkezdni a szó kiejtését vagy görcsösen megnyújtja az első beszédhangot. A dadogó eleinte zavartalanul kommunikál, majd tudatosítja, hogy ő másképp beszél, mint társai, ez elkezd zavarni,

ezért igyekszik elkerülni a hangos közléseket, végül kialakul a beszédfélelem, melyet állandó szorongás kísér.

A hadarás nem egyszerűen gyors vagy felgyorsult beszéd, hanem elhamarkodott beszédfolyamat. Jellemző a hangok és szótagok részleges képzése vagy elnyelése, kihagyása, torzítása, a szavak sajátos „csonkolása”. A beszéd ritmusa rendszertelenül változik, a dallam monoton. A hadaró rövid időre képes változtatni beszédprodukciója sebességén. Társalgás során frusztrációk sorozatát éli át, ezek a helyzetek viszont nem zavarják annyira, mint a dadogókat. Szívesen és sokat beszél.

A kialakult beszéd zavarai

Az elektív mutizmus

A gyermek bizonyos helyzetekben nem szólal meg. A legsúlyosabb esetekben a gyermek csak a szűk családdal tartja a kapcsolatot, az enyhébb esetekben is a gyermek dönti el, hogy kit von be kommunikációs körébe. A probléma megoldása logopédiai, pszichológiai feladat.

Az *afázia* az agy meghatározott területeinek sérülése nyomán jön létre. A magasabb kognitív tevékenység zavara a nyelv és a beszéd területén. Sokrétű és összetett jelenség. A sérülés helyétől és kiterjedésétől függően a hangos beszéd vagy a beszédmegértés teljesítményei károsodnak inkább.

A beszédhibák osztályozása

Gutu (1975) egy átfogó, több szempontot (anatómiai-működési szempont, a sérült lingvisztikai struktúra, a beszédhiba megjelenésének időpontja, pszichológiai szempont) figyelembe vevő logopédiai osztályozást dolgozott ki. Ez a következő beszédhiba kategóriákat különíti el:

I. Kiejtési zavarok

- *Pöszesség (Diszlália)* (artikulációs zavarok, amelyek a hangok torzított ejtésében, kihagyásában vagy felcserélésében nyilvánulnak meg)
 - » Magánhangzók (ajakállás, nyelv függőleges és vízszintes mozgása szerint)
 - » Mássalhangzók (hangszalagok, lágy szájpad, képzés helye, képzés módja)
 - » Motoros és szenzoros
 - » Etiológia: Organikus és funkcionális, pszicho-szociális

- » Teljes vagy részleges
- » Akusztikus tünet szerint: torzítás, kihagyás, helyettesítés
- » Tudatosság: szenzoros, kondicionált, motoros
- » Kb. 4 éves korig élettani
- *Orrhangzósság* (a pöszeség egyik sajátos formája)
- *Disarhtria* (legtöbbször súlyos beszédhiba, amely az idegpályák sérülése következtében jön létre).

II. Ritmuszavarok:

- Hadarás
- Lassú, vontatott beszéd (bradilália)
- Dadogás
- Szelektív mutizmus

III. Hangképzési zavarok:

- *Afónia – diszfónia* (hangszalag-működési rendellenességek)
- *Fonaszténia* (a hangszalagok túlerőltetése, szakmai ártalom okozza)

IV. Az írott beszéd zavarai:

- *Alexia – diszlexia* (olvasási nehézségekben megnyilvánuló részképesség zavar)
- *Agráfia – diszgráfia* (írási, helyesírási rendellenességekben megnyilvánuló részképesség zavar)
- *Akalkulia – diszkalkulia* (számolási nehézségekben megnyilvánuló részképesség zavar)

V. Általános, többszörös (polimorf) beszédzavarok:

- *Megkésett beszédfejlődés – Fejlődési diszfázia* (időszakos, enyhébb vagy súlyosabb beszédfejlődési elmaradás)
- *Afázia* (részleges vagy teljes beszédképesség vesztes)

Logopédiai beavatkozás

A pöszeség terápiájának négy szakasza van:

1. Előkészítő szakasz:

- a. Mozgásfejlesztés, ami általános mozgáskoordinációt fejlesztő gyakorlatokat, légzésgyakorlatokat és a beszédszervek (nyelv, ajkak, lágyszájpad, hangszalagok) ügyesítését szolgáló gyakorlatokat foglal

magába. Különböző mozgásos játékok, fúvó és légző gyakorlatok, hangutánzó és tükör előtti mozgásgyakorlatok használatosak.

- b. Hallásfejlesztés, ami főleg a hallásdifferenciálásra vonatkozik. Hangokhoz kapcsolható képek, valamint tükör segítségével, progresszíven (izolált hangoktól indulva a szótagokban, majd szavakban és mondatokban) alakítható ki a hangok egymástól való megkülönböztetése, a helyes és helytelen artikuláció akusztikus felismerése.

2. A helyes artikuláció kialakítása

- a. Indirekt módszer főleg a kisebb gyermekeknél (4 – 4,5 éveseknél) alkalmazandó. Hangutánzókra, szituációs és szerepjátékokra, bábozásra támaszkodik. Bizonyos hangkapcsolódások favorizálhatják egyes hangok könnyebb kiejtését (pl. a J hang elősegítheti a SZ, Z, C ejtését, „EJSZE, ÁJSZÁ” stb.). Az R hang esetében a hangutánzás helytelen (uvuláris) ejtést eredményezhet.
- b. A direkt módszert nagyobb gyermekeknél alkalmazzák. A beszéd-szervek pontos beállítását jelenti, ami kicsiknél túlzottan megerőltető és fáradtságot, valamint a beszéd-szervek izmainak túlgörcsösségét okozhatja.

Tükör előtt végzendő akkor, amikor már megfelelő a beszéd-szervek mozgáskoordinációja és a hallási differenciáló képesség.

A hangképző szervek egyéni sajátosságainak függvényében történik, minél több érzékszerv bevonásával és a homogén gátlás (interferencia) lehetőségének kiküszöbölésével.

Először a jól látható, zöngétlen hangok javítását végezzük, de esetenként, az egyéni sajátosságok figyelembevételével a hatékonyabb terápia érdekében ez a sorrend megváltoztatható (pl. ha a gyermek könnyebben artikulálja a Z hangot, akkor ennek a kijavítása megelőzi a SZ hangét)

Hatékony, de alapos logopédiai tudást, tapasztalatot igénylő eljárás a származtatásos artikuláció. Bizonyos hangok helyes kiejtésének apró módosításai felhasználhatóak a kívánt hangok kialakítására.

DT – R TJ – TYDJ – GY	É – Ő	I-Ü
TS – CS	TSZ- C	

3. Az új hang rögzítése

Az új hang rögzítése először szótagokban történik, fokozatosan, a könnyebben ejthető kombinációktól a nehezebbekig (pl. a SZ hangot előbb az I, É, Á hangokhoz kapcsoljuk, az Ó, Ú-val történő kapcsolásokat a végére hagyva). Általában előbb a „direkt” kapcsolások ajánlatosak (elől az új hang, utána a magánhangzó, pl. SZI), de vannak gyermekek, akiknél az indirekt szótagok (pl. ISZ) könnyebben artikulálódnak. A hangkapcsolások első fázisában ajánlatos a magánhangzó és az új hang közé szünetet ékelni (pl. SZ.....szünet....Í, É, Á..stb.). A középső pozíciójú szótagok (pl. I...szünet...SZI, majd ISZI) ejtése után a rögzítés szavakban folytatódik, az előbbieken ismertetett alapelvek szerint (új hang szó elején, végén, közepén, mássalhangzós kombinációkban).

A helyesen ejtett szavakat mondatokba foglaljuk, amelyeket a gyermek előbb utánmondással, majd képek alapján önállóan fogalmaz meg. Ebben a fázisban átmeneti regressziók lehetségesek. Fontos a gyakorlatok változatossága, játékos jellege.

Az új hang automatizálása

Az automatizálás egyik kötelező alszakasza HANGCSERE diagnózisakor az új hang artikulációs (kiejtésbeli) differenciálása a régi helytelenül képzett vagy felcserélt hangtól.

Előbb szótagokban, majd szavakban (paronimák), és végül mondatokban valósítandó meg (pl. SZI-SI, SZÁR-SÁR).

A megfelelő automatizálás feltétele a következetesség, a fokozatosság és a változatosság. Utánmondást, tárgyképek megnevezését, mondókákat, speciálisan kiválasztott versikéket, szabad mondatalkotást, fogalmazásokat, önálló beszédet lehet használni.

Egy terápiás ülés alkalmával a terápiás szakaszok közül több is előfordulhat, pl. előkészítő gyakorlatokat végzünk a R hanggal kapcsolatosan, rögzíthetjük a S hangot és automatizálhatjuk az Ó hangot. Lényeges, hogy a kialakítandó hangok ne interferáljanak egymással, hátráltatva a terápiás folyamatot.

Akár mesekönyv, akár ismeretterjesztő, a szöveg nélküli könyv nagyszerűen bevezet a könyvek élvezetébe, fejleszti a beszédet, az írott nyelvet,

szókincset és a kritikai gondolkodást. Arra készíti a gyermeket, hogy nézetés közben maga alkossa meg a történetet, és miután szöveg nincsen benne, az értelmezés mindig helyes lesz. Az, hogy ő irányíthatja a történetet hozzájárul az önbizalom növeléséhez. Megbeszélhetjük mit éreznek a szereplők. Olvassunk minden nap (lehet, hogy egyszerre 20 perc hosszú idő a kicsi gyermek számára, de ezt az időt lehet tíz vagy akár ötperces szakaszokra bontani) (Notbohm & Zysk, 2016). A gyerekek a párbeszéd alapján tanulnak, megtanulnak érvelni, vitázni, fejlődnek interperszonális és elemző képességeik (Court, 2017).

Felhasznált szakirodalom

- Bittera Tiborné, & Juhász Á. (1999). *A megkésett beszédfejlődés terápiája*. Tankönyvkiadó Bp.
- Court, J. (2017). *Reading by Right*. USA: Facet Publishing.
- Csóti M. (2006). *A gyermek társas készségeinek fejlesztése*, Pro Die Kiadó, Debrecen.
- Farrel, M. (2008). *Educating Special Children*. Routledge: Taylor & Francis Inc.
- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.
- Gutu M., (1975). *Logopedia I*. U.B.B. Curs.
- Kovács E., szerk. (1990). *Logopédiai jegyzet*, Tankönyvkiadó, Budapest.
- Notbohm, E., & Zysk, V. (2016). *Ezeregy nagyszerű ötlet autizmussal élő vagy Asperger-szindrómás gyerekek neveléséhez és tanításához*. Budapest: Akadémiai kiadó.
- Salné Lengyel M. (szerk.) (2004). *Logopédia*, Sulinova, Pilisborosjenő.
- Torda Á. (2000). Beszédhibás gyermekek az óvodában és az iskolában. in Illyés S. (szerk.). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest.
- Vasek, S. (2003). *A speciális pedagógia alapjai*. Sapientia, Bratislava.

7. Viselkedészavarok és viselkedésszabályozás az iskolában. Az ADHD diagnózisa és kezelése

Kulcsfogalmak



Viselkedészavar, beilleszkedés, agresszivitás, érzelmi zavarok, kötődés, hiperaktivitás, túlmozgás, impulzivitás, figyelemzavar, önkontroll, végrehajtó funkciók, munkamemória, önirányított beszéd, érzelmi, motivációs és arousal szint, rekonstrukció, gyógyszeres kezelés, kognitív viselkedésmódosítás, szenzoros integrációs terápia, alkalmazkodóképesség, taktilis háritás, taktilis ingerkeresés, autogén tréning

A viselkedészavar olyan speciális gyűjtőfogalom, mely mindazon viselkedésbeli módozatokat magába foglalja, melyek a normatív mércétől jelentős mértékben térnek el.

Azok a gyermekek, akiknek szocializációja sérül, azaz a közösségbe való beilleszkedésüket valamely tényező akadályozza, konfliktusba kerülhetnek az intézményi szabályrendszerrel, társas viszonyaikban zavarok mutatkozhatnak. Ha ezek mértéke meghaladja a pedagógus, a gyerektársak, illetve a más szülők által tolerálható szintet, a gyermek problémássá válik a rendszer számára. Olyan fejlődésmenet indulhat el, melynek során rögzül és elmélyül konfliktusa környezetével, mely személyiségfejlődését negatívan befolyásolja.

A pedagógusok számára elsősorban a támadó, agresszív típusú viselkedészavarok jelentenek nehézséget. Jellemző megnyilvánulásai: dührohak, szófogadatlanúság, túlzott aktivitás, agresszivitás, dac, kötelességmulasztás, egocentrizmus, a hagyományos elutasítása.

Napjainkban az iskola érdeklődésének középpontjában a teljesítmény áll. Ezért a pedagógusok kevésbé foglalkoznak a visszahúzó viselkedéssel. Mivel a féltékenység, barátságtalanság, álmodozás, visszahúzó, bizalmatlanság sem a tekintélyt, sem az oktatás megvalósítását nyíltan nem fenyegeti, gyakran észrevétlen marad.

Glaser véleménye az, hogy iskoláink szelektív környezetet nyújtanak a gyermekeknek. Az eredményesség alapján nem a gyermek képességeitől

függ, hanem attól, hogy mennyire képes alkalmazkodni az oktatási módszerekhez és szervezeti formákhoz. A fokozott teljesítménykényszer és az iskolai motiváció nem megfelelő alakulása miatt emelkedhet a magatartási problémák száma. Az adaptív iskola változatos nevelési-oktatási feltételeket kínálva lehetővé teszi a különböző képességek kibontakoztatását. A teljesítmény, a siker a tanulók képességeinek függvénye.

A gyermekkori és a felnőttkori rendellenességeket általában úgy tekintik, mint eltérés a normáltól, viszont nagyon nehéz meghatározni azt, hogy mit tekinthetünk normálnak, hiszen függ az adott társadalomtól és kultúrától. Fontos szempont az időfaktor és nem hagyható figyelmen kívül az sem, hogy minden eset egyedi megközelítést igényel.

A pszichológiai zavarok hagyományosan viselkedési, kognitív, érzelmi és testi tünetekben nyilvánulnak meg, a leggyakrabban az alábbiak három kiemelkedő jellemzővel társítják (Mash & Wolfe, 2009).

Ranschburg (2012) szerint a diagnosztikai gyakorlatban általában a következő kritériumok egyedi, esetekre igazított kombinációit alkalmazzák: társadalmi normák, a magatartás gyakorisága, a betegségtudat, hiányos alkalmazkodás, ideálistól kisebb vagy nagyobb mértékbe eltérés.

A két leginkább használt diagnosztikai iránymutató a DSM (Mentális rendellenességek kórmeghatározó és statisztikai kézikönyve) és a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása), melyek a fenti elvekre épülve kategóriarendszereket építenek föl a különböző mentális zavarok egységes diagnosztizálásának céljából, amelyek mellé diagnosztikai kritériumokat, tüneteket rendelnek, melyek segítik a szakembereket az egységes diagnózis föllállításában.

A magatartászavar kifejezés gyűjtőfogalom és viszonyfogalom is egyben. Gyűjtőfogalom, mivel azokat a viselkedésbeli eltéréseket tartalmazza, amelyek bármely irányban eltérnek a normától. A normától való eltérés meghatározása azonban változó. A norma meghatározása eltérő lehet földrajzi területenként, különböző időszakokban, illetve a viselkedészavar megítélése egy adott szituációban is függ a felnőtt ember toleranciájától, intoleranciájától is. A viselkedészavarokat emiatt nem lehet objektíven meghatározni, a különböző definíciók különböző nézőpontokat és értelmezéseket tükröznek (Volentics, 2000).

Az érzelmi- és viselkedészavarok (Emotional and Behavioral Difficulties, EBD) kifejezést a szakirodalom gyűjtőfogalomként használja az érzelmi

zavarok (emotional disorders, ED) és a viselkedészavarok (behavioral disorders, BD) tüneteggyüttesre egyaránt, hiszen a hangulatbeli változások és a cselekvésbeli változások nagyon gyakran együtt jelennek meg.

Viselkedés-zavarok és életkori sajátosságok

A gyereket körülvevő környezet gondoskodásával nem csupán az újszülött túlélésének valószínűségét növeli, és nemcsak a fejlődési folyamatokat katalizálja, de nélkülözhetetlen ahhoz is, hogy a gyermek megismerje a kultúráját és a társadalmi együttélés szabályait (Solymosi, 2004).

A korai anya-gyermek kapcsolat személyiségfejlődést meghatározó jellemzőivel foglalkozik Mahler, Kernberg és Bowlby. Míg Mahler az individualizáció-szeparáció kérdését állítja elmélete gyújtópontjába, Kernberg az én-, és a tárgyképzet szeparációjának kérdésével, a korai éntelődést vizsgálja, addig Bowlby kötődés elmélete az anya és gyermek közötti célorientált, biológiailag megalapozott homeosztatis viselkedéses rendszerrel foglalkozik, melynek zavart működése során kialakuló másodlagos kötődési rendszer, és a kialakuló belső munkamód kóros pályára állíthatja a személyiségfejlődést. A gyermekkorban elszenvedett bántalmak egész életre szóló, alapvető sérüléseket eredményezhetnek. Felismerésükkel, megelőzésükkel, megfelelő kezelésükkel felnőttkori, más köntösben való megjelenésük kivédhető (Lázár és mtsai., 2009).

A korai életszakaszban leggyakrabban előforduló tünetek (Cziegler, 2009): pszichomotoros fejlődés lelassulása, verbális fejlődésben zavarok, dadogás, étvágytalanság, válogatás, szokáskialakítás során jelentkező nevelési problémák, szobatisztaság, étkezési, elalvási nehézségek, dac, közösségbe beilleszkedés problémái, szeparációs szorongás.

Óvodáskorban a kortársi kapcsolatok kialakítása, a közösségbe tartozás a fontos. Ebben az időszakban erősödnek fel a gyermekkori félelmek is, mivel a gyermeknek egyre több tudása van a világról, azonban azt is megéli, hogy kevés az eszköze a megküzdéshez. A jellemző zavarok az ürítési funkciókhoz, a viselkedésgátláshoz, szorongáshoz, és az impulzusok, érzelmi helyzetek leereagálásához kötődnek (Harmatiné Olajos és mtsai., 2014).

Fontos, hogy a nevelő segítsen abban, hogy a gyermek szívesen látott-nak és biztonságban érezze magát (Fleer & Oers, 2018). a gyermek viselkedésében is utánozza a felnőttet, hogy bízzon a világban. Az óvoda felkészít

a világra, az iskolára, a későbbi életre. Az elrendezés segít a közösségben való szocializációban. A szociálisan megfelelő stratégiákat bátorítják, de az elgondolás szerint ebben az időszakban nincs szükség formális oktatásra. Az óvoda szerepe nem az információ-nyújtás, hanem egy speciális minőségi légkör és helyzet biztosítása, melyben a gyermek játszik és kivirágzik. Tehát, nem egy adott képességcsomagot kell kialakítani, hanem a gyermek személyes fejlődéséhez kell biztosítani a feltételeket.

Az iskoláskor időszakában a gyerek élettere folyamatosan tágul, változatos cselekvéseket végez, mely új helyzetek megoldására ösztönzi, saját viselkedésének kontrollja erősödik, a szociális és kognitív képességek terén új kihívásokkal találja szembe magát (Cole & Cole, 2006).

Azok a gyermekek, akik valamilyen szinten nem tudják teljesíteni megfelelőképpen az iskolai elvárásokat, megbélyegezetté válnak.

Prepubertás korban jellemző lehet a fantáziálás, a figyelmetlenség, melyek iskolai panaszokhoz vezetnek (Bernáth & Solymosi, 1997).

Mivel jellemzővé válik a kortárscsoporthoz való átfordulás, ezért ekkor kezdődik el a bandákhoz való tartozás időszaka, amelynek meghatározott szerepe van a gyermek fejlődésmenetében, itt sajátíthatja el az együttélési formákat, a tradíciókat, az egyénre szabott szerepeket, itt érzi teljes értékűnek magát, mivel itt nem nehezedik rá a felnőttek gondoskodása. Ez ugyanakkor versenyhelyzet elé is állítja őt, mivel ki kell harcolnia kortársaitól a hatáskörét, elismerésüket, tekintélyt, jelentőséget, meg kell szereznie vonzalmukat, itt jelenik meg először a mások iránt érzett kötelességtudat is. Itt tud először véleményével és egyéniségével hatni a kortársközösségre (Csóti, 2006).

A serdülőnek sok konfliktusa van a felnőttekkel, amely a szabadságának határait irányul, mivel sok helyzetben szabadnak érzi magát azért, mert a felnőttektől olyan visszajelzéseket kap bizonyos esetekben, amelyekből ezt szűri le, azonban anyagilag és pszichésen is még mindig a felnőttektől függ (Kollár & Szabó, 2004). A serdülőkort egy változási fokozatnak is tekinthetjük a gyerekkor és a felnőttkor között (Nicolson & Ayers, 2004).

Hatékonyan alkalmazható EBD esetén a Mystery Motivator (Heward, 2013) 7 lépéses programja:

1. Határozd meg a kívánt viselkedés kritériumait
2. Alkosd meg a jutalmak zsákját
3. Válogasd ki a Meglepetés jutalmakat

4. Készíts kérdőjeles borítékot, amibe lezársz egy Meglepetés kártyát
5. Legyen egy eljárás, amely felfedi a diákok számára, hogy a Meglepetés kártya elérhető (tárcsa, térkép)
6. A program ismertetése
7. A program értékelése, átnézése, javítása



ADHD-s gyermekek az iskolában

Izgó-mozgó minden iránt érdeklődő kisgyerek. Az osztályban nehezen kezelhető. Felugrál a padból, kinéz az ablakon, készségesen letörli a táblát, majd eszébe jut, hogy vizet kellene hoznia. Mindenhez odaszalad, bebújik a pad alá, állandóan kérdez. Mindig történik vele vagy körülötte valami. A szülők végül szakemberhez fordulnak. A diagnózis ADHD (a DSM IV kritériumai alapján).

A hiperaktivitás két alapvető eleme a *túlmozgás* és az *impulzivitás*. A túlmozgás sokszor nem egyszerűen azt jelenti, hogy a gyerek másoknál többet mozog, hanem azt, hogy rendezetlenül, nem a megfelelő időben, helyen és módon mozog. Az impulzivitás azt jelenti, hogy a gyerek nem tudja megfékezni magát, az impulzusok vezérlik. Előbb cselekszik, és utána (esetleg) gondolkodik. Ezen jellemzők miatt lényegében folyamatos veszélyben vannak a hiperaktív gyerekek és a körülöttük lévők is.

Az iskolák egyre gyakrabban szembesülnek az ADHD jelenséggel. Gyakorisága Shelley-Tremblay és Rosen (1996) adatai alapján 5-6%, a

legújabb kutatások alapján pedig növekvő tendencia figyelhető meg. Az iskolás gyermekek körében a gyakoriság 8-10% és ezek 80%-a felnőttkorban is fennmarad (Nahlik, 2004).

Elsőként Heinrich Hoffman (1845), egy német orvos írta le az ADHD jelenségét. Szerinte ezek a gyermekek pajkosak, jókedvűek és fegyelmezetlenek.

Az ADHD diagnosztizálása

Az ADHD meghatározása prototipikus. Strukturális fogalmakat használva, a prototipikus látásmód a példaadást, a fogalom kiterjesztett meghatározását hangsúlyozza. A fogalom kiterjesztett meghatározása azt jelenti, hogy a fogalom alkotóelemeit felsorolják. A példát adó meghatározás egy speciális típusú kiterjesztett meghatározás, melyben a fogalom legkiemelkedőbb, általában ideális reprezentációját jegyzik le.

A példaadó meghatározások hibája, hogy nem írják le a fogalom határait. Honnan tudhatjuk meg, hogy egy új példa a fogalomkörbe tartozik-e vagy sem? A fogalom határainak meghatározásához kiterjesztő meghatározásra van szükségünk. A kiterjesztő meghatározás úgy határozza meg a fogalmakat, hogy felsorolja azokat a jellemvonásokat, melyekkel a fogalomnak rendelkeznie kell ahhoz, hogy az adott kategóriába tartozhasson (Lyon és mtsai., 1993).

A DSM V kritériumai alapján állítható fel a végső diagnózis. Nem a viselkedés önmagában, hanem ennek a gyakorisága patológiás. A tüneteknek legkevesebb 6 hónapig fenn kell állniuk.

Az önkontroll – vagy egy eseményre az eredeti motoros (esetleg emocionális) válasz gátlása vagy elhalasztása – bármely teljesítmény kritikus alapja. Ahogy a gyerekek nőnek, elsajátítják a mentális tevékenységhez szükséges képességeket, melyek a végrehajtó funkció néven ismertek. Ezek segítik abban, hogy ellenálljanak a figyelemelvonó ingereknek, felidézzék a célokat és lépéseket tegyenek az elérésük érdekében. Ahhoz, hogy a játék vagy munka során elérjenek egy célt az embereknek például észben kell tartaniuk céljaikat (utólagos előrelátásukat kell használniuk), buzdítaniuk kell önmagukat abban, amit a cél elérése érdekében tenniük kell (előre megfontolt szándék alkalmazása), meg kell fékezniük érzelmeik és motiválniuk kell önmagukat. Ha a személy nem tudja legátolni a zavaró gondolatokat és impulzusokat, akkor ezek a funkciók nem fognak sikeresen működni.

A korai években a végrehajtó funkciók külső irányítással működnek: a gyerekek hangosan beszélgethetnek önmagukkal, míg egy feladatra emlékeznek, vagy megoldanak valamilyen problémát. Ahogy a gyerekek nőnek internalizálják ezeket a végrehajtó funkciókat, így a környezetük nem ismeri meg gondolataikat. Az ADHD gyerekek ezzel ellentétben nem képesek az önuralomra, nem képesek gátolni a végrehajtó funkciók nyilvános jellegét.

A végrehajtó funkciók négy mentális tevékenységcsoportba sorolhatók. Az egyik a munkamemória, melynek az a szerepe, hogy az információkat észben tartsuk mindaddig míg az adott feladaton dolgozunk, még akkor is, ha az eredeti inger, mely az információt szolgáltatta már nincs jelen. Az ilyen emlékezés kulcsfontosságú a pontos és célvezérelt viselkedésben: ez adja meg az előrelátás, megfontolt szándék, előkészület és mások új komplex viselkedésének utánzási képessége jelentését. Mindezek zavartak az ADHD emberek esetén.

Az önirányított beszéd internalizációja egy másik végrehajtó funkció. Hat éves kor előtt a legtöbb gyermek gyakran beszél hangosan önmagával, emlékeztetve önmagukat arra, hogyan teljesítsenek egy feladatot, vagy miközben megpróbálnak megbirkózni egy problémával. Például: „Hova tettem azt a könyvet? Ó, hát otthagytam az asztal alatt.” Az elemi iskolában ez az önmagában való hangos beszéd átalakul alig hallható mormolássá és általában 10 éves korig eltűnik (lásd Berk, 1994). Az internalizált, önirányított beszéd (belső beszéd) lehetővé teszi az önmagunkra való reflektálást, az önmagunknak való kérdésfeltevés használatát, mint a problémamegoldás egyik formáját és metaszabályok felépítését, mindezt gyorsan, mások segítségével nélkül. Laura E. Berk és munkatársai (Illinois Állami Egyetem) megállapították, hogy a belső beszéd kialakulása késik az ADHD fiúknál.

A harmadik végrehajtó funkció az érzelmi, motivációs és arousal szint kontrollja. Ez a kontroll úgy segíti a személyt a cél elérésében, hogy nem engedi a személyt a zavaró emocionális reakciók felé fordulni, hanem a helyzetnek megfelelő érzelmi és motivációs háttérrel biztosít. Azok, akik képesek megfékezni azonnali vágyaikat szociálisan sokkal elfogadhatóbb módon képesek viselkedni.

Az utolsó végrehajtó funkció, a rekonstrukció. Két különálló folyamat egyesít: a megfigyelt viselkedések elemekre bontását és ezeknek az elemeknek újszerű kombinációját. Az új tevékenységekben az elemek olyan

kombinációját használjuk fel, melyre nem volt előzetes tapasztalatunk. A rekonstrukciós képesség biztosítja az ember cselekvéseinek folytonosságát, rugalmasságát és kreatív jellegét. Biztosítja az egyén számára azt a lehetőséget, hogy eljussanak a célig anélkül, hogy az ehhez szükséges lépéseket kívülről tudnák. Ahogy a gyerekek nőnek egyre hosszabb intervallumokban képesek tervezni, egyre bonyolultabb viselkedéskombinációkat alkalmaznak céljaik elérése érdekében. A kutatások azt bizonyítják, hogy az ADHD gyerekek kevésbé képesek a rekonstrukcióra, mint a többiek.

Megnyilvánulása különböző életkorokban

A tünetek nagyon korán jelentkeznek.

Már csecsemőkorban gyakran panaszkodik a szülő arról, hogy gyermeke sokat sír, nem lehet megnyugtatni. Nehezen alakul ki a napi ritmusa, rosszul alszik, étkezési problémái lehetnek. Mozgásfejlődésükből gyakran kimarad a kúszás, mászás periódusa.

Kisgyermekként magas aktivitási szint és az óvatosság hiánya jellemzi őket. Hamar megunnak bármilyen tevékenységet, sokszor úgy tűnik, tevékenysége céltalan. Ha valami nem úgy történik, ahogyan szeretnék, dührohamot kapnak.

Kisiskoláskorban feltűnő az aktivitás kifejezetten romboló jellege. Nem szeretik az olyan játékokat, melyek stratégia kidolgozását igénylik. Az impulzív viselkedés gyakran veszélyessé válhat, hiszen a gyermek nem gondol a következményekre. Általában nem követik az utasításokat, nem képesek önálló feladatvégzésre. Nem képesek betartani az iskolai szabályokat.

Ezek a gyerekek másképp látják a világot, mint mi. Az információ felvételének és tárolásának összevisszasága egyben eredetiséget is jelent. Szeretnek dolgozni, szívesen teljesítenek feladatokat, segítőkészek. Szeretnek ajándékozni. Vidámak, barátságosak, figyelmesek és kedvesek.

Kamaszkorra a nagymotoros területeken a hiperaktivitás jelentős csökkenése figyelhető meg. Sokkal elviselhetőbb formát ölt (sport vagy a kis izmok mozgatása). Impulzivitásuk, figyelemzavaruk továbbra is fennmarad. Nem érzik az idő múlását. Általában nem képesek komoly munkába kezdeni, és ez állandósítja a rossz tanulmányi előmenetelt. Ha azonban megfelelő hobbit találnak, akkor nagyon kitartóak, alaposak, gyakran rendkívül sikeresek és tehetségesek.

A tünetek felnőttkorban is megfigyelhetőek. Általában olyan munkát választanak, amely fizikai aktivitást igényel. Gyakran váltogatják lakóhelyüket, munkahelyüket. Munka közben gyakran szünetet tartanak, hogy képesek legyenek figyelemzavarukkal megbirkózni.

Az ADHD gyógyszeres kezelése

Bradley (Neuhauss, 1999) amfetaminnal kezelte egy hiperaktív gyermek fejfájását, és meglepve tapasztalta, hogy viselkedése szignifikánsan javult. Ez a felfedezés további kutatásokat eredményezett, melyek megerősítették, hogy a hiperaktivitás bizonyos pszichoaktív szerekkel. A hiperaktivitás gyógyszerrel való kezeléséről szóló korai jelentéseket követően a gyógyszerhasználat, különösen a stimuláló hatású metilphenidát készítményeké gyorsan elterjedt.

1970-re az iskolai beilleszkedési zavaros gyerekek gyógyszeres kezelése annyira általánossá vált, hogy az emberek felfigyeltek a jelenségre, és az újságokban juttatták kifejezésre aggodalmaikat. Az eredmények meggyőzőek voltak a gyógyszerek hatékonyságát illetően, de felhívták ugyanakkor a figyelmet a pontos differenciáldiagnózis fontosságára, mely során el kell különíteni a hiperkinetikus viselkedést a hasonló viselkedési szimptomákkal járó állapotoktól, és a környezeti stressz okozta viselkedészavartól. A következő években a hiperaktív gyerekek gyógyszeres kezelésének gyakorisága tovább nőtt. Egyes kutatók (Franz, 1998) aggodalmaikat is kifejezésre juttatták, mert ugyanekkor növekedett azon gyerekek stimulánsokkal való kezelése is, akik a figyelemzavar hiperaktivitás nélküli szindrómát mutatták, és elsősorban a tanulás terén voltak nehézségeik. Felhívták a figyelmet arra a tényre, melyet széleskörű kutatások támasztanak alá, hogy „a stimulánsokkal való kezelés önmagában nem jelent hosszútávú teljesítményjavulást is, még akkor sem, ha ezek a gyógyszerek javítják a figyelmet, a jegyeket és a tanulók által befejezett iskolai feladatok számát.” (Eisert & Eisert, 1991).

A legelterjedtebben alkalmazott gyógyszer a Ritalin. Hatás 20-30 percen belül érezhető, de csak 5-6 óráig tart. A gyermekek iskolai teljesítménye a gyógyszer hatására javulhat, képesekké válnak befejezni egy feladatot, kivárni a sorukat, vagyis adaptívabb viselkedés jellemzi őket. A gyermekek 10-30%-a azonban nem reagál kedvezően a gyógyszerekre, sőt, teljesítményük romlik.

Az ADHD nem gyógyszeres kezelése

A legtöbb ADHD gyermeknek tanulási nehézségei és iskolai teljesítmény zavarai is vannak. A gyógyszeres kezelésen kívül, vagy azzal ötvözve nevelési beavatkozásokat is alkalmazhatunk: pl. problémamegoldási stratégiák oktatása, önmegfigyelés, önértékelés, önirányítás. A *viselkedésterápia*, a kognitív viselkedésmódosítás a zavaró viselkedés gyakoriságát csökkenti, és javíthatja a gyermekek teljesítményét is (Shimabukuro, 1999).

Milyen helyzetben teljesítenek jól az ADHD-s gyerekek? (László, 2000)

- kétszemélyes helyzetben
- amikor a partner határozott és elfogadó
- ahol kevés és egyértelmű a szabály
- ha számukra új és érdekes a környezet
- amikor egyszerű dolgot kérnek tőlük, és az utasítás világos
- azokban a tevékenységekben, amelyek rutinná váltak
- amikor munka közben gyakori és azonnali megerősítést kapnak és a problémát is azonnal visszajelzik a számukra
- ha kevés kritikát és sok biztatást kapnak

Az ADHD óvodáskorban hatékonyan kezelhető *szenzoros integrációs terápiával* (Szvetkó, Varga, 1995).

Az integráció az agy alkalmazkodóképességének javításához szükséges. A környezetből származó információ megszerveződik és értelmezésre kerül. Ha az érzékelések jól rendezett és integrált módon folynak, akkor az agy fel tudja használni őket arra, hogy észleléseket, viselkedést és tanulást produkáljon.

Az ADHD-s gyermekek esetében a szenzoros integrációs terápia által célzott képességek szinte mindegyikében zavarok mutatkoznak.

Az ADHD egyik legszembetűnőbb tünete a taktilis háritás és a taktilis ingerkeresés váltakozása. A cél az, hogy a gyermek minél hosszabb ideig legyen képes bennmaradni egy helyzetben, el kell juttatnunk őt a végső ingerfeldolgozásig.

A gyermek környezetében állandóan korlátokba ütközik, ezért fontos eleinte nagyobb szabadságot biztosítani számára, annak érdekében, hogy megélhesse, elfogadják olyannak, amilyen. A vestibuláris-motoros aktivitás fokozatosan irányíthatóvá válik, lassan be lehet vezetni játékszabályokat,

utasításokat. Fejleszteniünk kell a taktilis majd a vizuális észlelést is. A cselekvések verbalizálásával az impulzivitása csökkenni fog. Minden tevékenységet elcsendesedéssel fejezünk be, ennek hiányában túlmozgásossá, illetve dezorganizálttá válhat a gyermek.

Az *autogén tréning* az iskolai mentálhigiéné egyik alaptechnikája. Ennek segítségével és rendszeres gyakorlással elérhető a belső megnyugvás, a gyermek jobb önkontrollra tesz szert.

Mivel a hiperaktív gyermekeknél hiányzik a technika elsajátításához szükséges attitűd, ezért szükség van egy hosszabb előkészítő szakaszra. A várt eredmények: a szorongás csökkenése, az önbizalom, a kreativitás, az önkontroll javulása, harmónia és az interperszonális kapcsolatok normalizálása.

Az ADHD kombinált terápiája

A kísérlet 6 hónapig tartott, heti kétszeri egyéni vagy kiscsoportos foglalkozásokat tartalmazott. A nem gyógyszeres kezelési módokat próbáltam ötvözni.

Olyan ADHD-s gyermekek vettek részt benne, akik abban a tanévben kerültek speciális integrált osztályba, és eddig nem részesültek semmilyen specifikus kezelésben.

Használt módszerek

A *játék* a gyermek életeleme, motivációs szerepe van.

Az *utánzás* nagyon fontos a relaxáció tanulásakor a felnőtt viselkedési modellje.

A *rajz* nonverbális élményfeldolgozás.

Hipotézisek

A specifikus kezelés hatására a résztvevő ADHD-s gyermekek gyakrabban fognak adekvátan viselkedni.

Javulni fog a figyelemkoncentráció, a szelektív és a disztributív figyelem.

Mindezek következtében javulni fog az iskolai teljesítményük.

Eredmények

A hat hónapos beavatkozás igazolta a feltételezéseket.

Felhasznált szakirodalom

- APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bernáth L. & Solymosi K. (1997). Fejlődésléktan olvasókönyv. Budapest: Tertia Kiadó.
- Cole, M. & Cole, S. R. (2006). Fejlődésléktan, második átdolgozott kiadás. Budapest: Osiris Kiadó.
- Csóti M. (2006). Gyermekkori szorongás, iskolafóbia, pánikrohamok. Budapest: Pro Die Kiadó.
- Eisert, M. & Eisert, H (1991). Koncentrációs zavarok. BGGYTF, Budapest
- Fleer, M., & Oers, B. (2018). International Handbook of Early Childhood Education. Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Franz, S. (1998). A hiperaktív gyermek. Trivium, Budapest
- Harmatiné Olajos T., Pataky N., & K. Nagy E. (2014). A kétszeresen kivételes tanulók tehetséggondozása. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége. Géniuszt Könyvek 30. MATEHETSZ.
- Heward, W. (2013). Exceptional children. An introduction to special education. USA: Pearson.
- Kollár N. K. & Szabó É. (2004) Pszichológia pedagógusoknak. Budapest: Osiris Kiadó.
- László Zs. (2000). FI-MO-TA gyerekek. Jupo, Kistarcsa
- Lázár I., Léder R. & Pikó B. (2009) Fejlődésléktan; gyermekkori és serdülőkori pszichoszomatikus és magatartási zavarok. In Kopp M., Berghammer R. (Szerk.) Orvosi Pszichológia (második, átdolgozott kiadás) (pp. 145-187). Budapest: Medicina.
- Lyon, G. R., Kavanagh, J. F., & Krasnegor, N. A. (1993). Better understanding learning disabilities. The Maple Press Co. York, Pennsylvania, USA.
- Mash, E. J. & Wolfe, D. A. (2009). Abnormal Child Psychology. 4th Edition. Belmont, CA: Wadsworth, CengageLearning.
- Nahlik, J. (2004). Issues in Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents. Clinical Pediatrics. Glen Head. Vol. 43.

- Neuhauss, C. (1999). Hiper és hipoaktivitás, figyelemzavar. Kairosz, Martonvásár.
- Ranschburg J. (2012). Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban. Budapest: Saxum Kiadó.
- Shelley-Tremblay, J. F & Rosen, L. A. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: An evolutionary perspective. *Journal of Genetic Psychology*, Vol 157, p. 443-454.
- Shimabukuro, S. M., Prater, M. A., Jenkins, A. & Edelen-Smith, P. (1999). The effects of self-monitoring of academic performance on students with learning disabilities and ADD/ADHD. *Education & Treatment of Children*, Vol. 22, p. 397-415.
- Solymosi K. (2004). Fejlődés és szocializáció. In Kollár K., Szabó É. (Szerk.) *Pszichológia pedagógusoknak* (pp 29-46). Budapest: Osiris Kiadó.
- Szvetkó A., & Varga I. (1995). Szenzoros integrációs terápiák. Oktatási segédanyag. Kézirat.
- Volentics, A. (2000). Nehezen nevelhető, inadaptált gyermekek a közoktatás és a gyermekvédelem intézményeiben. In Illyés S. (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. (pp. 601-629). Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, Budapest.

8. Speciális tanulási zavarok fogalma

Kulcsfogalmak



Speciális tanulási zavar, beszédértés, beszédprodukción, olvasás, írás, fonematikai hallás, helyesírás, matematikai képességek, észlelés, MCD, diszlexia, megkésett beszédfejlődés, heterogén zavar-csoport, vizuális diszlexia, diszgráfia, vizuális követés, vizuális szekvencia, auditív diszlexia, fonematikai analízis - szintézis, disnomia, NLD, neuropszichológiai elmélet, percepció és perceptuomotoros elméletek, részképességek, szenzoros integráció, percepció elmélet, pszicholingvisztikai elméletek, behaviorista elméletek, fonológiai modell, fonológiai tudatosság, fonológiai olvasási zavar (PRD), grafomotoros funkciók, motoros tervezés (praxis), motoros kivitelezés, propriokinetikus (reafferens) feedback

A tanulási sikeresség az egyéni adottságok, képességek, a kitartás, motiváció, és az időtényező, valamint az oktatás minőségének függvénye.

A tanulási zavar meghatározásai

A speciális tanulási zavar (STZ) esetén egy vagy több pszichés alapfolyamat zavart, melyek tünetei a beszélt vagy írott nyelv területén mutatkoznak, zavart a figyelem, beszédértés és beszédprodukción, olvasás, írás, fonematikai hallás, helyesírás vagy matematikai képességek. Ide tartoznak az észlelési zavarok, agysérülések, MCD, diszlexia, megkésett beszédfejlődés. Nem tartoznak ide a látás, hallás és mozgássérülésből eredő tanulási zavarok, az intellektuális képességzavar, az érzelmi zavarok, a környezeti, kulturális vagy gazdasági hátrányos helyzet (U.S. Office of Education, 1977).

A STZ egy olyan általános fogalom, mely heterogén zavar-csoportra vonatkozik. Tünetei a beszédmegértés, olvasás, írás, érvelés vagy matematikai képességek jelentős zavarában nyilvánulnak meg. Ezek a zavarok az egyén belső tulajdonságaiból erednek, feltételezhetően a központi idegrendszer diszfunkciójából és élethosszigan fennmaradhatnak. Az önszabályozó viselkedés, a szociális percepció és a szociális interakció zavarai jelen lehetnek a tanulási zavar mellett, de önmagukban nem jelentenek tanulási zavart. Habár a tanulási zavar előfordulhat más SNI állapotokkal vagy külső hatásokkal együtt is

(mint a kulturális különbségek, nem megfelelő vagy nem elégséges útmutatás), de nem ezeknek az állapotoknak vagy hatásoknak közvetlen eredménye (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1988).

A tanulási zavarok kutatásakor négy elméletcsoportot lehet elkülöníteni, attól függően, hogy a kutatók a szindróma mely aspektusát hangsúlyozzák.

A neuropszichológiai elméletek képviselik a tanulási zavar első, széleskörben elfogadott elméletét. Ezekben a megközelítésekben a probléma oka az agy kisebb nagyobb károsodása.

A tanulási zavarokkal küzdő gyerekeknél azonban ritkán található kimutatható agyi organikus károsodás, ezért egyre inkább a tanulási rendellenességeket az agy működésbeli rendellenességeivel hozták összefüggésbe, a pszichogén tényezők hangsúlyozásával pedig a gyógypedagógiai, pszichológiai beavatkozás szükségességét hangsúlyozzák (Gerebenné, 1996).

A percepció és perceptuomotoros elméletek a részképességek gyengeségét tekintik a tanulási zavar okának. Ayres (1979) a szenzoros integrációs zavart tekinti elsődlegesnek, Brigitte Sindelar a részképességek megfelelő működését és együttműködését tartja kulcsfontosságúnak. Az elsősorban Frostig nevéhez fűződő percepció elméletek az észlelési zavarokkal foglalkoznak.

A pszicholingvisztikai elméletek a tanulási és viselkedésbeli problémákat a pszicholingvisztikai folyamatok rendellenességeire vezetik vissza. Ennek értelmében a tanulási zavar a nyelvi hátrányok megszüntetésével csökkenthető (Gyarmati, 1998).

A behaviorista elméletek a tanulási zavarokat viselkedésbeli rendellenességnek tekintik, és nem foglalkoznak a háttértényezőkkel. A korrekció legmegfelelőbb eszközét a viselkedésterápiában látják.

A diszlexia

Ugye találkoztunk már olyan emberrel, aki nem tudott tájékozódni az utcán? Vagy aki képtelen fontos dátumokat megjegyezni? Valamennyiünk élményei között szerepel egy olyan tantárgy, ahol reszketve ültünk az órán, mert képtelenek voltunk megérteni egyes részeit az anyagnak, vagy már harmadikban elvesztettük a fonalat, azóta mintha kínaiul beszélne a tanár. Mindannyiunknak vannak tehát problémái. Képzeljük el, hogyan érezhet egy kisdiák, akinek már az első osztály is döcögve megy, semmi nem sikerül, nem tud megfelelni a tanító néni és a szülők követelményeinek, a betűk

ijesztő hieroglifiként merednek rá az olvasókönyv lapjairól. Gondoljuk csak el, milyen óriási követelmény egy kis elsőtől, aki azelőtt csak játszott, hogy pár hónap alatt sajátítson el ennyi új anyagot. Mert nemcsak 44 betűt kell megtanulnia. 44 nyomtatott kisbetű, 44 nyomtatott nagybetű, 44 írott kisbetű, 44 írott nagybetű megtanulása vár rá. Az összesen 176 addig ismeretlen jel! És akkor az összeolvasásról és a számokról még nem is beszéltünk. A mi kultúránkban pedig nagy jelentősége van az olvasásnak. Így jutunk a legtöbb információhoz. Aki ennek nincs birtokában, mindenképpen hátrányos helyzetbe kerül. Senki nem tekinthető azonban a képességei alapján kisebb értékű embernek. Minden ember egyformán értékes, egyedi és utánozhatatlan.

A diszlexia gyűjtőfogalom, az egyes részképességek olyan zavara, amelyek változatos összetételben vezethetnek ugyanahhoz a problémához, a súlyos olvasási zavarhoz. Meixner Ildikó szerint a diszlexia viszonyfogalom, a gyermekkel szembeni jogos elvárások és az eredmények közötti diszharmónia. A neuropszichológiai megközelítés az intelligencia és az olvasás elsajátításának eltérését emeli ki.

Diszlexiás az, akinek az olvasás-írásban elért teljesítményei lényegesen elmaradnak adottságai, illetve a tanulásra és gyakorlásra fordított idő alapján elvárható szinttől.

Sally E. Shaywitz és munkatársai szerint az olvasási képesség normális eloszlású, és a diszlexia ennek a kontinuumnak az alsó tartománya. A diszlexiásként diagnosztizált gyerekek száma pedig attól függ, hogy hol húzzuk meg a határt.

Margaret Snowling diszlexiáról írt könyve (2019) sorra veszi azokat a vonatkozó tudáselemeket, amelyek nem csak a gyógypedagógusoknak, fejlesztőpedagógusoknak lehetnek hasznosak, hanem az összes integrációban tanítópedagógusnak. Az olvasás elsajátításához a hallott szavak belső fonológiai szerkezetéhez való tudatos hozzáférés szükséges, hiszen az ortográfiát ezzel a fonológiával kell asszociatív kapcsolatba hozni. Diszlexiában éppen a fonológiai feldolgozó egységnek a zavara miatt nem lehetséges az írott szavak fonológiai összetevőkre való felbontása. A fonológiai tudatosságon belül két lényeges szintet kell megkülönböztetnünk. A tudatosság fonéma-műveleti szintje, azaz a szavak hangokra bontása az olvasás fejlődésének következménye. A szótag- műveleti szint, azaz a szótagok kezdőhangra és rímre (magánhangzó és az azt követő mássalhangzók) tördelése azonban a nyelvi fejlődéssel kialakuló természetes kategória és egyben az olvasási képesség előjelezése is.

McDougall és munkatársai adatai alapján elmondható, hogy diszlexiásoknál a rövid távú emlékezet különösen a beszédhangokra gyenge. Az értelmetlen szavak ismétlése a fonológiai munkamemória elterjedten használt mérési módszere. A diszlexiások teljesítménye nagyon gyenge.

Az írott nyelv elsajátításának egyik előfeltétele a szeriális észlelés. A szófelismerés is csak akkor következik be, ha a gyermek képessé válik az elhangzott szavakat alkotó hangokat az elhangzás egymásutániségának megfelelően észlelni, felismerni. A transzformációs észlelés fokozatosan alakul ki, a gyermek képessé válik a beszédhangokat valamely vizuálisan észlelhető jelenségre.

A fonológiai olvasási zavarral (PRD) küzdő gyermekek fő iskolai problémája az olvasásban a folyékony szó azonosítási képesség zavarában mutatkozik meg. Különös nehézségekkel küzdenek az „ábécé elv” alkalmazása terén, nem tudják felhasználni a graféma - fonéma azonosságot az ismeretlen szavak olvasásakor. Gyakran képtelenek a teljes alfabetizáló olvasási képesség elérésére. A következetes gyakorlással képesek elsajátítani egy hasznos, ismert szavakból álló szókincset, melynek szavait egészként ismerik fel, de ezen szavak olvasási sebessége továbbra is sérült marad.

Burney (2015) megkísérelte megmagyarázni az olvasási zavarokat. Az első kérdés az volt, hogy „Mi szükséges ahhoz, hogy a gyermek olvasson egy nyelvet, de nem szükséges annak megértésében, illetve a beszédben?”. Válaszuk az volt, hogy a gyermeknek uralnia kell a „betűrend” elvét. Az olvasás Burney szerint többtényezős folyamat a szófelismerés mellé szükséges a megértés, a fluencia és a motiváció is.

Kimutatták, hogy a PRD gyerekek esetében finom zavarok észlelhetőek a beszédészlelés, a beszédprodukció és a megnevezés terén. Nagyon szoros elméleti kapcsolat van a fonológiai feldolgozási zavar és a korai olvasási kudarc között. A feldolgozási nehézségek a nyelv adott fonológiai struktúráira korlátozódtak, az intelligencia tehát majdnem normálisan fejlődik. A nyelv szemantikai vetületének feldolgozása érintetlen, és minden nonverbális jelzés feldolgozása relatívan normális lehet a PRD gyerekek esetében.

A PRD-s gyerekek agyi diszfunkciói a szürkeállományhoz és nem a fehérállományhoz kötöttek.

A PRD-vel kapcsolódó agyi rendellenességek elsődleges etiológiai tényezője valószínűleg a genetikailag öröklöttség. Jól bizonyítható, hogy a fonológiai feldolgozási folyamat képessége nagymértékben öröklött.

A diszgráfia

Diszgrafiának nevezzük az olyan írászavart, amely az írás grafomotoros jellemzőinek zavarában és/vagy a fonológiai-nyelvi jellemzők zavarában nyilvánul meg.

Sok tanuló azért teljesít alul és veszti el ijesztő mértékben motiváltságát, mivel nem tud lépést tartani az egyre növekvő mennyiségű írásbeli feladat követelményeivel.

Hat írásos eredményt befolyásoló tényező van: a kézírás olvashatósága, az írás gyakorisága, az írott nyelv, az írás kivitelezése, ennek mechanizmusai és a helyesírás. Tehát a gyermek írásának fejlődésbeli adekvátságát mérő bármely eljárásának magába kell foglalnia ennek a hat produktív elemnek a pontos leírását és mérését.

Az írás motoros elemei vagy a grafomotoros funkciók a következők: a motoros tervezés (praxis), a motoros kivitelezés, a folyamatos feedback (visszacsatolás) és a szabályozás. A hatékony írásos kivitelezéshez szükséges az, hogy majdnem szimultán idézzük fel ezeket a szerkezeteket és motoros sorozatokat. A gyenge szem-kéz koordináció, a gyenge vizuo-motoros integráció és az ujjmozgások elkülönítésének gyengesége hibássá teheti a grafomotricitás gördülékenységét is.

Az írás alatt szükséges a folyamatos propriokinetikus (reafferens) feedback, tehát az írószer helyzetét folyamatosan követni lehet, és így folyamatos mozgása megfelelően vezérelt. Az ujjagnóziás diákoknak a visszajelző rendszere zavart, ezért az írásban jelentős nehézségeik lehetnek. Az agnózia görög eredetű szó, mely tudás vagy ismeret nélkülít jelent. Az észlelési rendszer specifikus zavara; tárgyak, szimbólumok, hangok felismerésének zavara, képtelensége. Az ujjagnóziás személy nem ismeri fel az ujjait és nem tudja azokat egymástól megkülönböztetni.

A kisgyermekeknél a vizuális téri feldolgozás és a téri rendezés képessége szintén fontos az írás folyamatában. A percepciók zavarok megfigyelhetőek néhány diszgrafiás gyereknél is. O'Hare és Brown egy olyan gyermekcsoportot írtak le, akik „vizuális-percepció diszgrafiával” voltak jellemezhetőek. Ezeknek a gyerekeknek az írásuk olvashatatlan, a téri elrendezés következetlen, vonalaik pedig girbegurbák voltak.

A diszkalkulia

A számolási képesség veleszületett adottság.

A játéktevékenység számos formája a számolási képességet alapozza meg. Ha óvodás korban nem tapasztaljuk ezeknek a megnyilvánulását, akkor a gyermek diszkalkulia szempontjából veszélyeztetett.

A számolási képesség szimbolikus tevékenység, mely három részre tagolódik:

1. percepció, információt felvevő rendszerek
2. mentális reprezentációk és mentális műveletek
3. verbális és grafomotoros kimenet

A diszkalkulia a matematikai fogalmak, műveletek és technikák elsajátításában és alkalmazásában megjelenő tanulási nehézség.

Fő megjelenési formái: fejlődési vagy gyermekkori diszkalkulia és szerzett diszkalkulia.

A számtani hibák származhatnak az akusztikus, vizuális elemzés és feldolgozás zavarából, a speciális matematikai mentális reprezentációk hiányos vagy hibás működéséből, valamint a verbális és grafomotoros kivitelezés diszfunkciójából.

A hibákat a következőképpen lehet osztályozni:

- A nyelvi nehézségekkel összefüggő hibák különösen a fogalmak kialakításakor, a matematikai szókincs fejlesztésekor, a logikai állítások gyakorlásakor mutatkoznak meg. Ezek a gyermekek a beszédértés hiányosságai miatt nem értik a matematikai feladatokat.
- Az absztrakt gondolkodási folyamatok gyengesége nehezíti a konkrét tárgyi szemléltetéstől az elvont matematikai fogalmakra való áttérést. Különösen nehézé válik a szabályok megértése és alkalmazása. Az elvonatkoztatási gyengeséggel függenek össze az alapműveletek megtanulásának nehézségei is.
- A számok értelmezésének hibái, a gyenge tájékozódás a számrendszerben azt jelzi, hogy az elemi számfogalmak nem alakultak ki. Az egyenlőségi és az egyenlőtlenségi reláció sem érthető a gyerek számára, ha számfogalmai bizonytalanok vagy hiányoznak.
- A szimbolikus jelek használatának nehézségei a különböző matematikai jelek tanulásakor mutatkoznak meg. Az ilyen jellegű hibák nagyon gyakoriak.

Felhasznált szakirodalom

- Alexander-Passe, N. (2017). *The successful Dyslexic Dyslexic*. Rotterdam, Netherland: Sense Publishers.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles, Western Psychological Services.
- Burney D. (2015). *Applied Interventions for Reading and Writing*. USA: Cognella Academic Publishing.
- Cohen Kadosh, R., & Dowker, A. (2015). *The Oxford Handbook of Numerical Cognition*. Oxford University Press.
- Cocker, J., Jennings, A., Farley-Ripple, E., & MacArthur, C. (2018). The Type of Writing Instruction and Practice Matters : The Direct and Indirect Effects of Writing Instruction and Student Practice on Reading Achievement,. *Journal of Educational Psychology*, 110(4), 502–517. doi:10.1037/edu0000232
- Gerebenné Várbiro K. (1996). A tanulási zavar jelenségekörének gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése. In: Szászeczky P. (szerk.). *Önmagában véve senkisémet... Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományai köréből*. Budapest, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.
- Gyarmathy É. (1998). A tanulási zavarok szindróma a szakirodalomban, *Új Pedagógiai Szemle*, 48/10, 59-68.
- Illyés S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE, Budapest.
- Orbán R (2020). A betű(té)ve(szt)tő: tanulási zavar kisiskoláskorban Kotta I (szerk.). *Fészkelődők*. Presa Universitara Clujana, Cluj.
- Selikowitz M. (1996). *Diszlexia és egyéb tanulási nehézségek*. Budapest.
- Snowling, M. J. (2019). *Dyslexia. A very short introduction*. Oxford University Press, Oxford.
- Torda Á. (1992). *Szemelvények a tanulási zavarok köréből*. Budapest.

9. Speciális tanulási zavaros gyermekek az iskolában

Kulcsfogalmak



Értő olvasás, **szóolvasás**, fonéma-graféma megfeleltetés, analógia, predikció, automatikus szó-olvasás, stroop feladatok, vizuális jelzőingerek, komplexitás elve, Strukturált Kognitív Modifikabilitás elmélet (SCM), FIE, pszichomotricitás, Globális módszer (Szóképes módszer), Szintetikus módszer, Intenzív kombinált módszer (Önálló tankönyvvel rendelkező módszer), Pálcika módszer, Nyelvi- irodalmi- kommunikációs program, Zsolnai József nyelvi és kommunikációs programja- NYIK, Heurisztikus programozású, analitikus- szintetikus olvasástanítási módszer, Meixner módszer

A legtöbb első osztályos gyermek úgy tűnik könnyedén és viszonylag gyorsan elsajátítja az olvasás képességét. A felsőbb osztályokban azonban kiderülnek a folyékony olvasáshoz, valamint a szövegértéshez köthető nehézségek, zavarok.

A kezdő olvasó betűz. Az értő olvasás akkor kezdődik, amikor az olvasó már el tudja olvasni viszonylag gyorsan a különálló szavakat és ezeknek jelentést tulajdonít.

A *szóolvasás* többféle módon is történhet. Amikor ismeretlen szavakat olvasunk, akkor fonológiaiilag újrakódoljuk (1) azokat: ez lehet fonéma-graféma megfeleltetés, de használhatunk nagyobb egységeket is pl. szótagokat a szó felépítéséhez. Egy másik lehetséges mód az analógia (Goswami) – hasonló hangzású szavak (2) illetve a predikció – a kontextus alapján kitaláljuk az ismeretlen szavakat (3), emlékezetből, első ránézésre olvasás (4) – ismerős szavak esetén. Az automatikus szó-olvasás vizsgálata stroop feladatokkal valósítható meg (Ehri, 2005).

1. szakasz: a gyerek rájön, hogy a nyomtatott szöveg jelent valamit, például reklámok, feliratok esetében, azonban, ha az illető szöveg más kontextusban szerepel, akkor már nem értik meg a jelentést.
2. szakasz: a vizuális jelzőingerekre való támaszkodás jellemzi. A gyerek kezdi a szót a kontextus nélkül, vizuális ingerei alapján azonosítani. Ezt

a szakaszt egyes szerzők szóképes olvasásnak nevezik, mivel a szó globális képére támaszkodik. Olvasáskor a szó képét társítani kell a kiejtéssel és a jelentéssel. Ez a módszer több szempontból sem hatékony: túlterheli a memóriát, mivel egyre több szóképet kell megjegyezni, ugyanakkor, ahogy nő a szóképek száma, úgy romlik azok megkülönböztetése. Azt is meg kell említenünk, hogy szóképolvasás segítségével csak az olyan szavakat tudjuk kiolvasni, amelyekkel már találkoztunk, új szavak esetében csődöt mond. Sok gyengébb értelmi képességgel rendelkező gyermek megragad ezen a szinten.

3. szakasz: fonológiai jelzőingerek használata: a szavak betűihez a megfelelő beszédhangok társítása. Ahhoz, hogy egy gyerek elérjen ebbe a szakaszba, ismernie kell az abc-t, meg kell hallja az egyes hangokat a szavakban és társítania kell a betűalakot a kiejtéssel.
4. szakasz: automatikussá válik az olvasás.

Az olvasás technikája jelenti az olvasás alapszintjét, erre épül a szövegértő olvasás. Az olvasás legfontosabb jellemzője a megértés. Ha a megértés elmarad, akkor valójában nem is történt olvasás. Ennek következtében az olvasáskészség fejlesztése során nagy hangsúlyt kell fektetni a szövegértés fejlesztésére is (Gledura és mtsai., 1991).

A fejlesztő programok *alapelve*: nem „rátanítás” (2 sor helyett, két oldal pálcika), hanem az érési folyamatok támogatása, a megfelelő pszichikai funkciók kibontakozását, átstrukturálódását elősegítő foglalkozások rendszerét jelenti.

A készségalkítás nem direkt úton történik, hanem *indirekt* megközelítésben: a normál fejlődési fázisok ismeretében az iskolapszichológus és gyermek, a kevésbé fejlett funkciók esetében, az előző fázisokhoz visszatérve újra bejárja az illető funkció működtetésére alkalmas utakat, lehetőségeket. Ezért a leggyakrabban az óvodáskorú gyermek tevékenységi köréből ragadjuk ki a megfelelő eljárást, vagy még előbből (kúszás-mászás, ajakgyakorlatok, játékoság).

A komplexitás elvének biztosítása a többirányú ráhatást jelenti, megfelelő célzott területek szem előtt tartása mellett.

A FIE (Feuerstein Instrumental Enrichment, Feuerstein, 2009) alapelve, hogy minden ember aktívan tud tanulni és fejlődni. A fejlesztésben is az ak-

tív megközelítést kell alkalmaznunk, nem fogadhatjuk el a jelenlegi funkcionális szintet és nem várhatjuk a fejlődés természetes fokozatait sem. A Strukturált Kognitív Modifikabilitás elméletével (SCM) összhangban, a fizikai, idegi, kognitív és szociális szféra fejlődésébe való beavatkozás (ütemezését és tartalmát) lehetőségeit tekintjük át, melyek elengedhetetlenek a fejlesztés, a megelőzés vagy az akceleráció megvalósításában. A FIE nemcsak egy olyan program, amely elősegíti az egyéni fejlődési és akcelerációs potenciált, hanem biztosítja, a későbbi fejlődést is. Ha világos jelek utalnak a veszélyeztetett fejlődésmenetre, akkor meg kell előznünk a problémák kialakulását. A normális/megfelelő fejlődésmenetű gyermekek ingerlése sokkal hatékonyabb és magasabb funkcionális szinten történhet, így erősíthetjük fejlődésüket.

Az óvodás és kisiskoláskorban a figyelem fejlesztésével együtt az észlelés fejlesztése jelenti az első lépést az aktív megfigyeléshez, az egyik fontos feltételt a tárgyak, tulajdonságok megismeréséhez, megéléséhez. Ezáltal tudják a hasonló vagy különböző jegyeket felismerni. Különösen fontos a megkülönböztető észlelési funkció fejlesztése. Az észlelés-érzékelés színvonalát tudatosan emelhetjük a megfigyelésre neveléssel. A megfigyelést az észlelés szándékolt és tervszerű formájaként, magasabb szintjeként értelmezzük. Kialakítása hosszú és következetes pedagógiai munkát igényel.

A pszichomotricitás egy komplex funkció, mely pszichés és motoros elemeket ötvözve meghatározza és szabályozza az egyén viselkedését, a különböző inger-helyzetekre megfelelő, adekvát választ adva. A pszichomotricitás a külvilághoz való alkalmazkodás egyik típusa. Fejlődése minőségi ugrásokon keresztül történik. A változások folyamatosan mennek végbe, nem észlelhetőek a kis időintervallumokban.

A matematikában fontos, hogy a gyermek merjen önállóan is próbálkozni, önállóan alkalmazni a tanultakat; ehhez bátorság, saját képességeiben való bizalom kell. A próbálkozásokhoz a hibázás is hozzátartozik. A hibákból nagyon sokat lehet tanulni. Ha azonban ezek miatt kinevetik őt, akkor a hibázástól való félelem, a nevetségessé válás miatti szociális szorongás akadály lesz a tanulásnak. Sok gyereknél ilyen okok is hozzájárulnak ahhoz, hogy a terápia fontos eleme lesz a szociális kompetencia és a magabiztosság gyakorlása. Nem elég tehát a szemléletesség, a hosszú gyakorlási idő, kell a bátorság és önbizalom is. Ha a tanár és az osztály a hibázást és a helytelen

választ szégyellnivalónak ítéli, akkor akár másodlagos számolási gyengeség is kialakulhat.

Az ideális tanulási terápia elemei:

- a. egyénileg alkalmazkodnak a tanuló szükségleteihez;
- b. az adott gyermek tanulási tempójához és elért szintjéhez igazodnak;
- c. támogatják az aktuálisan elvégzendő feladatokban;
- d. lehetővé teszik számára, hogy sikeresen vegyen részt az osztály munkájában.

Olvasástanítási módszerek

Globális módszer (Szóképes módszer)

Ovide Decroly (1871- 1932) brüsszeli orvos és pszichológus dolgozta ki. Egyik legfontosabb megállapítása az volt, hogy az ismeretek megszerzésében nem szabad a gyermekeket a felnőttek által kitalált, ésszerű út követésére kényszeríteni. Meg kell figyelniük, hogyan ismeri meg a gyermek a világot, és a tanulási- tanítási folyamatban végig lehet őket kísérni az önálló felfedezés útján. A módszer azon alapul, hogy a gyermek először a szó egészét figyeli meg, amiből korábbi tapasztalatait felhasználva következtet a szó jelentésére, így az olvasás kezdő szakaszában sikerhez jut. A szóképtanulás a négy-öt évesek aktív szókincsére épít. Kezdetből a jelentésre összpontosít. Nem olvastat szótagolva. Késlelteti az írást, csak akkor kezdenek el írni, ha megtanulnak: olvasni. Miközben olvasni tanulnak, írás előkészítés van.

A módszer hátránya, hogy nem tanítja eléggé tudatosan a szavak szerkezetét, és emiatt a gyermek később helyesírási gondokkal küszködhet, olvasáskor is könnyen bocsátkozik találgatásokba, így pontatlan lesz az olvasása.

Szintetikus módszer

Az egyes betűk megtanulásával halad a szó, szöveg olvasásához. Az egyes betűkhöz kapcsolja az általuk kifejezett beszédhangokat, majd néhány betű megtanítása után párhuzamosan megkezdik az összeolvasást is.

Előnye, hogy a gyermek viszonylag kevés betű ismeretében elsajátítja az összeolvasás mechanikáját, és képes olvasni. Nagy gondot fordítanak hangkapcsolásra, betűkapcsolásra, az összeolvasásra.

Hátránya, hogy a gyermekeknek meg kell tanulnia három tevékenységet: az összeolvasást, a folyamatos olvasást és az értelemfelfogást. Lassú tempóban dolgoznak, kezdetben nem fordítanak kellő figyelmet a jelentésre, így később alakul ki a szövegértő olvasás.

Intenzív kombinált módszer (Önálló tankönyvvel rendelkező módszer)

Olyan olvasástanítási módszer, amelyben a hangoztatásnak és az öszszetevésnek kiemelt szerepe van.

A betűket csoportosítva tanítják, egy-egy betűkészlet begyakorlására többször is visszatérnek. A gyermekek a megtanult betűk szintetizálásával állítják elő a szavakat, melyeket azután, mint alakzatok sokszor ismételve rögzítenek. Egyszerre hat betű van egy csoportban.

Alapja az analízis-szintézis művelete. Figyelembe veszi a homogén gátlást. Szorgalmazza a hangoztatást, de nem szótagoltat.

A betűtanulást semmi elő-program nem előzi meg, azonnal olvastat.

Pálcika módszer

Teljes nevén „vonalelemekből építkező kreatív betűtanulási módszer”, amelyben kiemelt szerepe van a cselekvésnek, a pálcikákkal való manipulálásnak.

Kezdetben olyan alapszavakat tanulnak a gyermekek, amelyeket egyenes vonalakból álló betűk alkotnak, így ezeket pálcikákból ki tudják rakni. Az így sorra vett szóképeket olvassák, betűnkét elemzik, majd leírják.

Nyelvi- irodalmi- kommunikációs program

A programban az olvasás tanítása olyan képességfejlesztés, amely az első osztályban kezdődik, és az általános iskolai tanulmányok során folyamatosan tart.

Az első szakaszban az olvasás megtanítása, a másodikban az olvasás tempójának és pontosságának fokozása, a harmadikban a hangos és néma olvasás gyakoroltatása a cél.

„Vésike” betűépítő

Sike Valéria logopédus és fejlesztő pedagógus fejlesztette ki a programot, a tanulási nehézségekkel küzdők számára. A program, a diszlexia prevencióban és a fejlesztésben hasznosnak bizonyult, segítséget nyújt.

Játékos módszer.

Segít az összeolvasás technikájának elsajátításába, az olvasáshoz szükséges szemmozgások begyakorlásában, és gyakoroltatja a kifejezőkészséget.

Zsolnai József nyelvi és kommunikációs programja- NYIK

Párhuzamosan alkalmazza a szintetikus és a globális módszert. Párhuzamosan tanulnak szóképeket és betűket. A szó és a betű az első egység.

Az írás és az olvasástanítás párhuzamosan történik. Egyszerre tanítják az írott és nyomtatott, kis és nagybetűket, kettő-hét betűből álló betűcsoportokban.

Az olvasástanulás első szakaszát a kis- és nagybetűk tanítása jelenti.

A szóképek és a toldalékok segítségével képesek egyszerű szövegek hangos és néma olvasására.

Heurisztikus programozású, analitikus-szintetikus olvasástanítási módszer

A program kidolgozója Tolnai Gyuláné (1991). Nincs előkészítő szakasz. Első lépésként a magánhangzókat tanulják, amelyek időtartamának érzékelését a munkamozgások kísérik. Ugyanígy veszik sorra a mássalhangzókat, mindaddig, amíg minden betűt, szótagot, szót és mondatot segítség nélkül el nem tudnak olvasni.

Programfal -a módszer szerves része- segíti az önállóságot, a kreativitást, és egyben élvezetessé teszi az olvasástanulást.

Meixner módszer (Analitikus-szintetikus módszer)

A módszer általános elvei:

- Figyelembe veszi a magyar nyelv sajátosságait;
- Lehetőség van figyelembe venni a képességek sajátos architektúráját;
- Kellő időt ad az olvasás beérésére.

Szótagoló, alapja a hangoztatás és fonémahallás fejlesztésére épülő betűtanítás, azaz a hármasszociáció minél tökéletesebb kialakítása. Olyan betűtanítási sorrendet alkalmaz, amely kiküszöböli a homogén gátlást.

Minden tanítási szakasz végén elemezzük az iskolai teljesítményt, a tanár felbecsüli a diák képességeit. Nemcsak a diák választ kell értékelni, hanem látnunk kell azt is, hogyan jutott el a megoldáshoz, fel kell tárnunk probléma-megoldási stratégiáját is. Minden külön segítségadást le kell jegyezni. A tanár feladata a képességek hierarchikus felépítése minden fejlesztési területen. Erre a képesség- hierarchiára folyamatosan lehet építkezni, támpontként szolgál a fejlesztési munkában.

Felhasznált szakirodalom

- Albert Nagy E., Becze T. (2006). *Ügyesdj! Verbum*, Kolozsvár.
- Aydeniz, M., Cihak, D. F., Graham, Sh. C. & Retinger, L. (2012). Using Inquiry-Based Instruction for Teaching Science to Students with Learning Disabilities. *International Journal of Special Education*, 27/2, 189-206.
- Collins, J., & Madigan, T. (2017). Bringing Together Reading and Writing : An Experimental Study of Writing. *Reading Research Quartely*, 52(3), 311–333. doi:10.1002/rrq.175
- Csabay K. (1993). *Lexi*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Demeter Gáborné (2007). *Módszertani útmutató*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Ehri, L. C. (2005). Learning to Read Words: Theory, Findings, and Issues. *Scientific Studies of Reading*, 9(2), 167–188.
- Fazekasné Fenyvesi M. (2000). A beszédhanghallás *Gyógypedagógiai szemle* 3 szám.
- Feuerstein, R., Feuerstein, R. S., Falik, L. H. (2009). *Feuerstein Instrumental Enrichment Basic program*. International Center for the Enhancement of Learning Potential, Jerusalem, Israel.
- Fischer R. (2000). *Tanítsuk gyermekeinket gondolkodni – játékokkal*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- Geary, D. C. (2000). From Infancy to Adulthood: the Development of Numerical Abilities. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9/II, 11-16.
- Gledura L., Kadosa L., Kovács J., & Nagy J. J. (szerk.), Szabó J., & Válik L. (1991). *Így tanítunk a 2. osztályban. Magyar nyelv és irodalom*. Tankönyvkiadó, Budapest.

- Gordosné Szabó A. (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.
- Gósy M. (1998). *A beszédészlelési és beszédmegértési folyamat zavarai és terápiája*, BGGyTF, Budapest.
- Huba J. (1995). *Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában*, ELTE – BGGYTF, Bp.
- Juhász Á., Bittera T.-né, *Képanyag a megkésett/akadályozott beszéd- és nyelvi fejlesztéshez*. Logopédia kiadó, Budapest.
- Kocsis L., & Rosta K. (1993). *Ez volnék én?* Logopédiai kiadó, Budapest.
- Koster, M., Bouwer, R., & van den Bergh, H. (2017). Professional development of teachers in the implementation of a strategy-focused writing intervention program for elementary students. *Contemporary Educational Psychology*, 49, 1–20. doi:10.1016/j.cedpsych.2016.10.002.
- Kovács Gy., Bakosi É. (2007). *Játékpedagógiai ismeretek*, Center-Print, Debrecen.
- Lerner, J. W. (1976). *Children with learning disabilities: theories, diagnosis, teaching strategies*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Nagyné Réz I. (1996). *Téri tájékozódás*. BGGyTF, Budapest.
- Orban R. (2023). Tanulási zavarra való veszélyeztettség: sajátos képességprofil és információfeldolgozás. *Mocorgók. Érdekeségek az óvodáskor pszichológiájából*, ISBN volum: 978-606-37-1817-5, Editura Presa Universitara Clujana, Editor: Kotta Ibolya, pp. 139-148.
- Orban R. (2023). Interaktív meseolvasás: az olvasóvá nevelés rögzös útja. *Mocorgók. Érdekeségek az óvodáskor pszichológiájából*, ISBN volum: 978-606-37-1817-5, Editura Presa Universitara Clujana, Editor: Kotta Ibolya, pp. 245-254.
- Porkolábné Balogh K. (1992). *Kudarccal az iskolában*. Alex- Typo, Budapest.
- Szentiványi T. (2000). *A kreativitás fejlesztése játsszással és játékok segítségével*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
- Valett R. E. (1996). *A tanulási zavarok terápiája*. BGGyTF, Budapest.
- Varga I. (2005). *Speciális didaktika*. APC-Stúdió, Szeged.
- Weyhreter H. (2001). *Figyeld oda jobban! A koncentrációs képesség zavarai és a fejlesztés lehetőségei*. Deák Kiadó, Pápa.

10. A komplex és intenzív ellátást igénylő személyek ellátása

Kulcsfogalmak



Halmazottan sérült ember, nevelhetőség, siketvak, komplex és intenzív támogatást igénylő (KITI) személyek, támogatási szükséglet, szociális-ökológiai megközelítés, életminőség, kommunikációs útlevel, személyre szabott oktatás, képességprofil, **bazális stimuláció**, szomatikus érzékelés, tapintásos-taktilis stimuláció, akusztikus-vibratorikus ingerlés, vesztibuláris ingerlés, szag és íz-stimuláció, vizuális stimuláció

Szemléletváltás a komplex és intenzív ellátást igénylő személyek nevelésében

„Sohasem szabad elfelejtenünk, hogy még akkor is megtalálhatjuk életünk értelmét, amikor reménytelen helyzetbe kerülünk, mikor olyan sorssal nézünk szembe, amelyen nem lehet változtatni.” (Frankl Viktor).

A komplex és intenzív ellátást igénylő emberek személyiségének fejlődése a biológiai és pszichés károsodások miatt jelentősen nehezítetté és akadályozottá válik. Az akadályozottság egész életük folyamán fennáll, vagyis mozgásképeségükben, kommunikációjukban, érzelmeikben, kognitív képességeikben, észlelésükben és szociális viselkedésükben – életkoruktól függetlenül – gyakran a fejlődés elemi szintjén állnak. Egész életükön át külső segítségre szorulnak. Nem különleges és elkülönítendő lények, hanem emberek, akiknek komplex, speciális, átfogó, kiegészítő fejlesztő-, támogató- és gondozó- eljárásokra, megsegítésre van szükségük, aminek során nem választható szét a hagyományos értelmű oktatás, fejlesztés, képzés, nevelés és terápia, hanem komplex egészlet alkotva valósul meg az ápolás- gondozás-terápia- nevelés- képzés. Képezhetőek és nevelhetőek még akkor is, ha ez adott esetben nem bizonyítható azonnal. Szűkebb és tágabb társadalmi környezetük eseményeiben, tevékenységeiben és történeteiben sokkal aktívabban vesznek részt, mint arra reakcióikból következtetni lehet.

A képezhetetlenség minősítés leküzdésében nemcsak etikai, jogi szempontok játszottak szerepet. Ezek talán hatástalanok maradnak, ha nem jönnek olyan kísérletező kedvű kutatók, akik az állapotot a belső lényegéből, az emberi fejlődés kezdeti állapotaiból és az azokra vonatkozó fiziológiai, pszichológiai törvényszerűségekből közelítve próbálták megragadni, hanem az egész emberből, annak létéből, és nem kiszakítottan, egyes ún. „tüneteket” célzó terápiák aspektusából. Így aztán sikerült eredményeket felmutatni, változtatni az állapot kemény negatív jellemzőin, előcsalni az örömet, a megnyugvást, a közreműködő készséget a gyermekből és a szülőnek, a környezetnek bizonyítani a megkezdett út folytatásának szükségességét.

Bármilyen nevelési vagy terápiás beavatkozás, a fejlődés elősegítésére irányuló eljárás az érintett személy esetében tanulási folyamatokat feltételez, hiszen a tapasztalatok megszerzését, ismeretek, képességek és készségek elsajátítását célozza meg.

A súlyos sérülés egyik jele, hogy a gyermek nem érdeklődik a játéktártyák iránt. Általában a szülők akkor figyelnek fel a sérülésre, amikor a gyermek hangadása nem fejlődik. Nem fedezi fel a hangadás örömét, nem figyel a hangokra, nem gagyog. Meg kell tanítanunk ezeket a gyermekeket játszani.

Orvosi, terápiás, pedagógiai, valamint elsősorban humánus törekvéseknek kell arra szolgálni, hogy a komplex és intenzív támaszt igénylő embereket olyan személyeknek tekintsük, akiknek lényegi beleszólási joguk van az életüket, testüket érintő döntésekbe. Ehhez meg kell tanulni az egyedi szükségleteit és igényeit figyelembe venni.

„Szeretni – elcsépezt szó.

Szeretni annyit jelent, mint igazán érdeklődni valaki iránt, figyelemmel fordulni felé. Tisztelni úgy, amilyen; sebeivel, sötétségével és szegénységével, de képességeivel és rejtett adományaival is.

Hinni benne, hogy képes növekedni, akarni, hogy előre haladjon. Boldogul remélni: 'Te nem vagy elveszett ember, tudsz növekedni, szép dolgokat csinálni – én bízom benned.' Örülni jelenlétének és szíve szépségének, akkor is, ha még nem látszik. Elfogadni, hogy mély és tartós kapcsolatot kössünk vele; gyöngeségei és sebezhetősége ellenére...

Igen gyakran csak akkor érdeklődöm valaki iránt, ha érzem, hogy tudok valami jót tenni vele és így az az érzésem lesz, hogy jóra való ember vagyok... Rajta keresztül önmagam szeretem.

Szeretni egészen mást jelent. Magamból eléggé kivetközni ahhoz, hogy szívem a másik szívének ritmusára tudjon dobogni, hogy az ő szenvedése az enyém legyen” (Jean Vanier).

Runswick-Cole és mtsai (2017)-ben összegyűjtötték a KITI személyekre jellemző lehetséges pozitív tulajdonságokat: képesek választani, jó a humor-érzékük, szemkontaktust tartanak, vannak akaratlagos viselkedéseik, követik az egyszerű utasításokat, izgalommal követnek mesét, beszámolót, jellemző az anticipáció vagy előrevetítés képessége, képesek figyelni, rosszkodni, nemet mondani, ugyanakkor támogatás nélkül is tudnak játszani, elszántak, csökkent a veszélyérzetük.

Akár azért, mert valóban több súlyosan sérült gyermek marad életben, akár azért, mert ezek a személyek egyre gyakrabban fordulnak a rehabilitációs szakemberekhez, megállapítható egy növekvő konfrontáció olyan csemmőkkel és kisgyermekkel, akik olyan súlyosan sérültnak tűnnek, hogy náluk a hagyományos kezelések kevés sikerrel járnak. Állandó ápolásra szorulnak, ami a családok, különösen az anya évekig tartó hatalmas fizikai és pszichikai megterhelése után egy szociális otthonban ér véget.

Megfigyelhető ugyanakkor egy általános nyitási tendencia. A törvény biztosítja jogukat az egyéni nevelésre és a család tehermentesítésére.

A siketvakság meghatározása, jellemzői

A komplex és intenzív ellátást igénylő személyek egyik speciális csoportja a siketvakoké. Ezek a személyek a következő területeken küzdenek nehézségekkel:

- Kommunikáció (szükséges AAK)
 - Mozgás (tónuszavar)
 - Szenzoros integráció (poliszenzoros szemléltetés)
 - Interakciók és feedback
 - Általánosítás, előrevetítés, anticipáció (fontos a rutin, az ismétlés, készségfejlesztés és a transzfer)
 - Sztereotip viselkedés jelenléte
 - Betegségek, melyek az általános fejlődést késleltetik
 - Önállóság nehezen alakul ki
 - Általában könnyen értelmi fogyatékosnak bélyegzik őket
- A siketvakság több szempont szerint osztályozható:

- A megjelenés időpontja szerint: veleszületett és szerzett (preverbális hallássérülés és később szerzett látássérülés, veleszületett látássérülés és később szerzett hallássérülés, mindkét sérülés serdülőkorban vagy később jelenik meg).
- A súlyosság szerint: vakság és nagyothallás, siketség és gyengénlátás, siketség és vakság
- A megjelenési mód szerint: hirtelen bekövetkező állapotváltás vagy progresszív sérülés, mely idővel egyre súlyosbodik
 - » A siketvakok sérültek mozgásfejlesztése (Farrel, 2008) azzal kezdődik, hogy elnyerjük a gyermek bizalmát és motiváljuk a mozgásra. Fontos számukra a tér mentális térképének kialakítása, a tapintás alapú megismerés. A tér vagy szintkülönbség jelzéséhez használhatunk függönyt vagy valamilyen tapintható textúrájú felületet. A bútorok maradjanak mindig azonos pozícióban és legyenek akadálymentes útvonalak, melyeket taktilis támpontok szegélyeznek. www.deafblindinternational.org

A komplex és intenzív támogatást igénylő (KITI) személyek ellátása

A KITI személy gondozását és az oktatásban való támogatását végző személy szakmai magatartására az jellemző, hogy a gyermek fizikai és pszichológiai jólétére irányítja a figyelmét, a bizalomépítésre, az empátiára, nyitott a megfigyelésre, valamint hajlandó a potenciál maximalizálására, fejlődésorientált; Integritás, segítőkészség, rugalmasság, érzékenység, kreativitás, türelem, együttműködés jellemzi; különböző perspektívákból látja a dolgokat, kommunikáció és problémamegoldás orientált.

Nagyon fontos a jó és egyenrangú kapcsolat a rokonokkal, valamint igen lényeges megosztani velük az információkat az egyén megfelelő gondozása és támogatása érdekében. A rokonokkal való együttműködéshez empátikus, kommunikatív, együttműködő és rugalmas hozzáállás szükséges. A szakember reflektál a cselekedeteire, kéri és használja a visszajelzéseket a kollégáktól és rokonoktól. Hozzájárul az elvégzett műveletek folyamatos értékeléséhez.

A *támogatási szükséglet* fogalma arra a feltételezésre alapszik, hogy az emberi funkciók az egyéni képességek és annak a környezetnek a kölcsönhatásának az eredménye, amelyben a személy él (Thompson et al., 2009). A személy támogatási szükséglete a saját képességeitől és a kontextustól függ.

Thompson et al. (2009: 135) írja: "A támogatási szükséglet egy pszichológiai fogalom, mely a támogatási mintázatra és intenzitásra vonatkozik. A személynek támogatásra van szüksége ahhoz, hogy a normatív humán működéshez kapcsolódó tevékenységekben részt vehessen". A támogatási szükséglet fogalma a személy és környezet közötti interakcióra fókuszál, kiemelve azt a szerepet, melyet az egyéni támogatás jelent az egyéni működésben (Schalock, Gardner & Bradley, 2007). A támogatási paradigmában a fő kérdés: milyen támogatás szükséges ahhoz, hogy a személy részt vehessen a közösség életében, értékes szociális szerepeket vállalhasson és megtapasztalja a megelégedettséget és a kiteljesedést (Thompson et al., 2002: 390).

A szociális-ökológiai megközelítés alapjai a *szervezeti politikához és gyakorlathoz* kapcsolódnak. Ezek a gyakorlatok elősegíthetik vagy korlátozhatják a támogató folyamatokat, melyek a humán funkciókat befolyásolják és az életminőségét is meghatározzák. A támogató rendszer meghatározása szerint a személyre szabott támogató stratégiák és erőforrások tervezett, integrált alkalmazását jelenti, amelyek az emberi teljesítmény sokrétű vonatkozásait körülölelik és különböző környezetekben is alkalmazhatóak (Schalock et al., 2010).

Minden komplex és intenzív támaszt igénylő gyermek számára a kommunikációs útleveél (Golbart, in Lebeer et al., 2017) kidolgozása ajánlott. Ez azt jelenti, hogy megragadjuk és megosztjuk azt a módot, ahogyan a gyermek kommunikál, mi az, amit szeret vagy utál, esetleg mit szeretne közölni. A kommunikációs útleveél elkészítése egy élvezetes együttműködés a szülők, tanárok és terapeuták között, és eredményeképpen mindannyian jobban megértik majd a gyermeket.

A KITI gyermekek oktatása és gondozása közötti kooperáció kihívásokkal telített a jelenlegi oktatási gyakorlatban. Habár nincs egyetlen jó megoldás még, az elmúlt években sokszor nyerhettünk bepillantást a rendszerbe. Ezek a kezdeményezések további után-követést igényelnek. Ami beválik, azt ki kell terjeszteni és tovább kell fejleszteni.

A KITI gyermekek, fiatalok nevelése és oktatása személyre szabott. Ahhoz, hogy az oktatás megfelelő legyen számukra elengedhetetlen a jó profil felállítása. Mit kérünk ezektől a tanulóktól, mit tudnak megoldani és mit nem? Milyen az érdeklődési körük? Milyen lehetőségeik és korlátaik vannak, amelyek az iskolai programot is befolyásolják? A megfelelő tartalom és a tanár maximális alkalmazkodása mellett, a kézikönyv leírja azokat a speciális eszközöket is, amelyek segítenek a profilozásban. Ezek az eszközök sem tudják azonban teljes mértékben figyelembe venni a KITI gyermekek lehetőségeit és korlátaikat. Szükséges a nevelés kontextusban a KITI gyermekről átfogó képet alkotni. A szükséges információk összegyűjthetők a szülőkkel és gondozókkal folytatott interjúkból és a megfigyelés adataiból. A dinamikus értékelés elégséges tevékenység-alapú információt nyújt a tanár számára. Ez akár több alkalom is lehet.

A bazális stimuláció

A halmozottan sérültek csoportja nagyon heterogén, az érintettek köre különböző életkorú lehet és különböző képességprofillal rendelkezhet. A halmozottan sérültek fejlesztésének egyik hatékony módszere *a bazális stimuláció*.

Anreas Fröhlich (1996) megfigyelte, hogy a gyermekek fejlettségi szintjüktől és a fejlesztés időtartamától függően a környezet felől érkező egyes ingerekkel szemben nagyobb érdeklődést tanúsítanak, mint más ingerekkel szemben.

A bazális stimuláció megkísérli, hogy valamennyi rendelkezésre álló receptorhoz a legegyszerűbb módon eljuttassa az ingereket. Az ingerlés módja a gyermek differenciáló képességéhez alkalmazkodik, és figyelembe veszi az ember fiziológiás fejlődését. Nem akar szűkebb értelemben „nevelni” vagy „képezni”, hanem meg akarja teremteni a feltételeket ahhoz, hogy a gyermek fel tudja fogni, fel tudja dolgozni személyes és anyagi környezetét.

Feltételezik, hogy a legsúlyosabban sérültek moduláris szinten (az érzékelés szintje) a leginkább megközelíthetőek. Organikusan ez azt jelenti, hogy speciális stimulációval szinaptikus kötéseket lehet provokálni.

Minden terület az átfogó szociális kommunikációba ágyazódik, csak ezen belül valósulhat meg a valódi érzékelés-észlelés.

Tekintsük át a bazális stimuláció szenzoros fejlesztésének szakaszait.

A szomatikus érzékelés

Az emberi test teljes felülete alkalmas az érzékelésre. A bőrön keresztül érzékelünk nyomást, fájdalmat, hideget, meleget, érintést és a saját mozgásunk által létrejövő feszülés megváltozását. A gyermeknek meg kell tanulni, hogy testfelületét érzékszervként használja, motorosan reagáljon, ingereket lokalizáljon. Ezen a területen szerzett tapasztalatok lesznek a testséma és mozgáskoordináció fejlődésének előfeltételei.

A tapintásos-taktilis stimuláción keresztül a gyermek megtanulja kezét fogásra használni, mely egyben az első kezelési séma is.

Az akusztikus - vibratorikus ingerlés segítségével a gyermek megtanulhatja, hogy azoknak a jelenségeknek is van jelentésük, melyek bár testileg érzékelhetők, ugyanakkor nem megfoghatók. A gyermeknek érzékelnie kell a rezgést. A hallható hangok számára kellemes kapcsolatot jelentenek, ezt a jelentést elsősorban a gondozó hangja hordozza. A gyermekkel való intenzív, gyengéd, egyenletes hangszínű beszélgetés minden munkahelyzetben feltétlenül szükséges.

A testközeli és egységes érzékelés rendkívül korai területét a vesztibuláris ingerlés alkotja. A hintáztatás, ringatás hatására a gyermek megtanulja érzékelné a gyorsulást, kialakul a megfelelő izomtónus, a fej térbeli orientációja, testét nemcsak egy fekvési felületen érzékeli. A jól integrált (szervezett) vesztibuláris ingerek a vizuális, taktilis, propioceptív tapasztalatok mozgással történő asszociációjában nyújtanak segítséget.

A szag- és íz-stimulációval a gyermek megtanulja az ízeket és illatokat meghatározott helyhez és személyhez kötni. Az evés tanulás szempontjából jelentős.

A vizuális stimuláció fontos, mivel ezek a gyermekek gyakran látássérültnékné tűnnek, bár szemük ép. Az egyszerű struktúrájú ingereken keresztül a gyermek megtanul fixálni, a szem konvergenciáját akaratlagosan aktiválni, a szemek együttmozgását és a fej beállítását kialakítani.

Fontos a gyermek biztonságérzetét és kapcsolatigényét is kielégítenünk, mivel ezek hiányában félelem generálódik benne, mely gátolja a természetes kutató-magatartást, és megzavarja az anya-gyerek kapcsolatot.

A gyakorlás tehát soha nem sztereotip ismétlés. Ha a gyermek már nem mutatja a kezdeti érdeklődést, feltételezhetjük, hogy megelégedte az ingerlést, hozzászokás figyelhető meg, vagy pozitív esetben magasabban

szervezett, differenciáltabb magatartás jelenik meg, vagyis fejlődés tapasztalható.

A gyermek, a fejlesztés hatására, aktívabban, differenciáltabban fogja érzékelni környezetét, intenzívebb kapcsolatba fog tudni kerülni vele.

Felhasznált szakirodalom

Buntinx, W.H.E, & Schalock, R. (2010), Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (4): 283–294.

Farrel, M. (2008). *Educating Special Children*. Routledge: Taylor& Francis Inc.

Gordosné Szabó A (2004). *Gyógyító pedagógia*. Medicina kiadó, Budapest.

Illyés S. (2000). *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE, Budapest.

Lebeer, J., Candeias, A., Batiz, E., Orban, R., Rodocanachi, M (eds) (2023), Enability. Enabling Quality of Life in Young People with Multiple Disabilities and Complex and Intense Support Needs: Concepts & good practices, Editura: Garant.

Márkus E. (1999). *Értelmileg akadályozott és súlyosan-halmozottan sérült emberek rehabilitációs foglalkozásának alapjai*. BGGYTF, Budapest.

Márkus M. (1996). *Halmozott sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése fejlesztése*. BGGYTF, Budapest.

Ogawa K., K. Kanemoto, Y. Ishii, M. Koyama, Y. Shirasaka, J. Kawasaki & S. Yamasaki (2001) Long-term follow-up study of Lennox–Gastaut syndrome in patients with severe motor and intellectual disabilities: with special reference to the problem of dysphagia, *Seizure*, Volume 10, Issue 3.

Orban R., Batiz E., (ford., 2017). *A tevékenység és részvétel biztosítása. A komplex és intenzív támogatást igénylő fiatalok ellátása* (Jo Lebeer, Mia, Nijland, Luisa Gracio, Beno Schraepen ed.), Enablin+Project / Helix Kiadó, Antwerp & Varna.

Runswick-Cole, K., Liddiard, K., & Curran, T. (2017). *The Palgrave Handbook of Disabled Children's Childhood Studies*. Springer.



ISBN: 978-606-37-2872-3