

MONOGRAPHIAE COMAROMIENSES 14.



Strédl Terézia

# Inkluzív pedagógia

avagy a gyógypedagógiáról másképp

UNIVERZITA J. SELYEHO – SELYE JÁNOS EGYETEM



## Inkluzív pedagógia

## Monographiae Comaromienses

### 14.

Szerkesztőbizottság

Gyepes Róbert

Liszka József (elnök)

H. Nagy Péter

Pilecky Marcell

Vajda Barnabás

**Strédl Terézia**

**Inkluzív pedagógia  
avagy a gyógypedagógiáról másképp**

Selye János Egyetem Tanárképző Kara  
Komárom, 2013

Lektoráľa

Doc. Dr. K. Németh Mária, CSc.

Doc. PaedDr. Majzlanová Katarína, PhD.

Mgr. Hefty Angéla, PhD.



Realizované s finančnou podporou Úradu vlády SR – program Kultúra národnostných menšín  
2013

© PaedDr. Strédl Terézia, PhD, 2013

© Selye János Egyetem, Komárom, 2013

**ISBN 978-80-8122-089-0**

# TARTALOM

<b>Bevezetés</b> .....	<b>7</b>
<b>I. Gyógypedagógia fogalmak</b> .....	<b>10</b>
I.1. Gyógypedagógiai történeti áttekintés .....	10
I.2. A gyógypedagógia meghatározása .....	17
I.3. Gyógypedagógia – speciális pedagógia .....	25
<b>II. A speciális pedagógia területei</b> .....	<b>29</b>
II.1. Értelmileg akadályozottak pedagógiája .....	29
II.2. Kommunikációs zavarral küszködők pedagógiája .....	32
II.3. Látásukban akadályozottak pedagógiája .....	35
II.4. Hallásukban akadályozottak pedagógiája .....	40
II.5. Mozgásukban akadályozottak, betegek és legyengültek pedagógiája .....	44
II.6. Halmozottan akadályozottak pedagógiája .....	46
II.7. Kivételes tehetségűek pedagógiája .....	50
<b>III. Tanulási zavarok</b> .....	<b>56</b>
III.1. Részképességzavar .....	62
III.1.1. Diszlexia .....	69
III.1.2. Diszgráfia .....	74
III.1.3. Diszkalkulia .....	77
III.1.4. Diszpraxia, diszmúzia, diszpinxia .....	80
<b>IV. Magatartászavarok</b> .....	<b>86</b>
IV.1. Viselkedés- és magatartászavarok .....	86
IV.2. Krízisidőszakok: dackorszak, serdülőkor .....	91
<b>V. Szociálisan hátrányos helyzetűek</b> .....	<b>97</b>
V.1. Szegénység .....	99
V.2. Roma kisebbség .....	101
<b>VI. Integráció, inklúzió, egyéni fejlesztési (edukációs) terv</b> .....	<b>106</b>
VI.1. Az integráció feltételei .....	109
VI.2. Egyéni fejlesztési (tanulási) terv .....	115

<b>VII. Segítő terápiák</b> .....	<b>121</b>
VII.1. Drámaterápia .....	123
VII.1.1. Szocioterápia .....	125
VII.1.2. Bábterápia .....	125
VII.2. Játékkerápia .....	126
VII.3. Muzikoterápia .....	127
VII.4. Arteterápia .....	128
VII.5. Biblioterápia .....	130
<b>Befejezés</b> .....	<b>132</b>
<b>Irodalom</b> .....	<b>133</b>
<b>Kétnyelvű szakszótár</b> .....	<b>144</b>

# BEVEZETÉS

Platón idejében vezették be az olvasás általános gyakorlatát, és Platón óva figyelmeztetett, hogy mi lesz az ember emlékezetével, ha nem a szájhagyományra, hanem az írott szóra fog hagyatkozni. Platón intelme óta már eltelt sok évszázad a maga sajátos gyakorlatával, hozadékával, és tapasztaljuk, hogy az emberi civilizáció – főleg az utóbbi ötven év vívmányaival – lényegesen meghatározza, befolyásolja, sok esetben torzítja az emberi gondolkodást, az életvitelt, az információfeldolgozást stb. Kezdődött a televízióval, amely megnövelte az ember által s az adott időn belül befogadható és feldolgozható információ mennyiségét. A virtuális világ csupán elmélyítette a képpel való információfelvételt és kizárta az élő kapcsolatokat, az alkotó csoportban folyó problémamegoldást. Az orvostudomány fejlődése és határainak bővítése az élet megvédésére és megtartására tett hatása vitathatatlan. Azonban látjuk, hogy ez nem mindig arányos igyekezet az életminőség megteremtésével.

A személyiségformálás és lehetőségei a ma iskoláiban a pedagógust egész más kihívások elé állítják, mint az *uniformizált tömegoktatásban* volt. Igényesebbé vált az élet, igényesebb feladatok elé állítják az iskolákat is. A differenciált oktatás jobban rámutat az egyén lehetőségeire, másságára, és az általános pedagógiai ismeretek mellett egyre nagyobb igénnyel fordul a „segítő pedagógia”, a gyógypedagógia ismérvei felé. Gyakran megtapasztaljuk a reformpedagógiai törekvések előnyét, de azzal a ténnyel is szembesülünk, hogy a személyközpontúság elve nem a kellő gyermekismeret mellett valósul meg. Szintén honossá vált az integráció és az inklúzió szinonimaként való használata, pedig a pedagógiai gyakorlatban nem azonos a két fogalom. Míg az *integráció* alatt valójában a passzív tolerancián alapuló befogadást értjük, vagyis az adott pedagógiai helyzethez való alkalmazkodást, addig az *inklúzió*<sup>1</sup> már jelzi a magasabb szintű aktív elfogadást, ami az egymás gazdagítására épülő személyiségformálást, pedagógiai kölcsönhatást jelenti.

Hazánkban minden hatodik életévét betöltő gyermek tankötelessé válik. A gyakorlatban látjuk, hogy az iskolakötelesség egyáltalán nem azonos az iskolalkalmassággal. A fejlődés sajátosságai – lassulása, gyorsulása, kilengése, visszafogottsága, bizarrsága – minden gyermek számára más indulási helyzetet alakítanak ki, és különböző lehetőségeket teremtenek az oktatásban. H. Gardner (*Atkinson,*

---

1 inklúzió: elfogadás (hu.wikipedia.org/wiki/Inklúzió. 2013.08.17.)



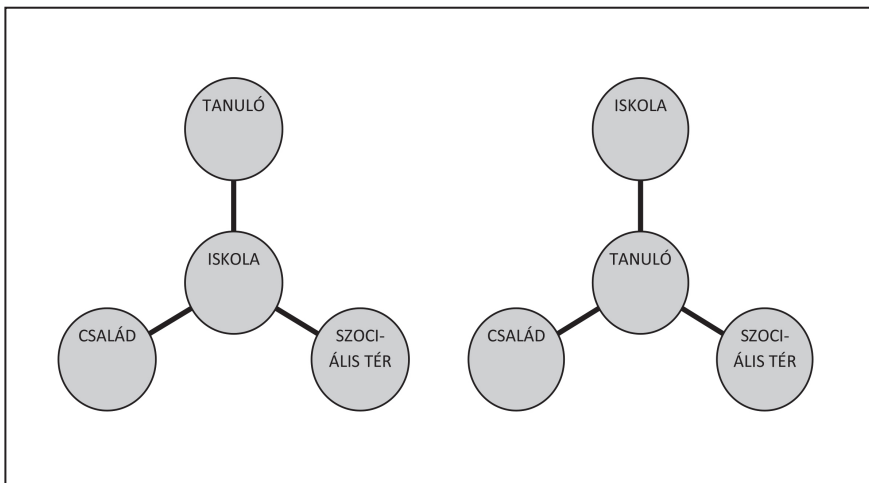
Hilgard 2005. 463) rámutatott a többbretű intelligenciaelméletében, hogy az intelligencia többtényezős. A tehetséges tanulók másságukkal ugyanolyan sajátos odafigyelést igényelnek, mint azok a társaik, akik a tanulásban akadályozottak, illetve az információfelvételük korlátozott (érzékszervi akadályozottság), avagy a figyelmük, emlékezetük zavara nem engedi feldolgozni a tanulnivalókat.

Mivel a magyarországi szakmai ismeretek mind a szakkönyvek, mind a továbbképzések által jelen vannak a honi pedagógiában, továbbá a hazai szakismeretek, jogszabályok sokszor pontatlan fordítása, értelmezése nem ad eligazítást alkalmazójának, ezért a módszertani ismeretek egyértelmű kétnyelvű ismertetését is fontosnak tartjuk.

Az iskola központi szerepére utal az a tény is, hogy az iskolát tartjuk a leghatékonyabb prevenció térnek, mivel mindenki direkt vagy indirekt módon kapcsolatban van vele. A pedagógia fontossága nemcsak az információátadásnál jelentős, hanem legalább olyan szerepe van a személyiségformálásnál is. Mindezt kortárs csoportban teszi, ahol további ráhatások érik a szereplőit, hiszen minden gyermek más, egyedi élettörténettel, eredeti viselkedésmintázattal stb. érkezik. A pedagógus nem ítélkezhet a tünet alapján, hanem ok-okozati elemzést kell végeznie minden egyes esetben, hiszen a mai bonyolult történések minden egyes résztvevőjénél egész más láncolatot képezhetnek. Ezek ismeretére szükség van az érző és segítő pedagógusnak. Ez nemcsak a gyógypedagógiai alapinformációk elsajátítását igényli, hanem ezt a küldetését a pedagógiai terápia segítségével gyakorolhatja. A pedagógiai terápia tartalmi összetevőit a következőképp fogalmazzuk meg:

- segítő pedagógia (*egymás javára gondolkodni*),
- segítő iskola (*egymást segíteni*),
- segítő pedagógus (*itt vagyok, segíték: ha nem tudok segíteni, segítséget hívok*).

Az inklúzió minőségi különbségét nemcsak a segítő iskola, a pedagógiai terápia, hanem azon célcsoportok iránti fogékonyság is jellemzi, amelyeknek résztvevői már az iskolapadokban ülnek, így többek között gondolunk a szociálisan halmozottan hátrányos tanulókra is.

1. ábra: integráció – inklúzió (passzív – aktív tolerancia)<sup>2</sup>

Célunk nemcsak a gyógypedagógia és a speciális pedagógia hagyományos szemléletét összefoglalni, a két ország szemszögéből hasonló elemzést végezni, hanem bővíteni hatásmechanizmusát, mindezt a célcsoportok számával, más pedagógiai eszközhasználatával, valamint azzal a szemléletváltással, amely a tanulóra fókuszál, lehetőségeinek, érvényesülésének, társadalmi elfogadásának kivitelezésével, az egész életére kiható edukációs folyamatban. Megpróbáljuk más, humánusabb fogalmak használatát bevezetni, amelyek már részben alkalmazottak, részben általunk javasoltak. Mindezek összességében próbálkozunk az inkluzív pedagógia meghatározásával, amely szaturálja a modern pedagógiai szemlélet elméleti és gyakorlati kivitelezését a gyógy(speciális)pedagógia témakörében.

2 Kusý, M. – Stredlová, T.: *Tolerancia* (2003) c. kézikönyvében használt meghatározásnál az aktív toleranciát az egymás gazdagítására létrehozott kölcsönhatással magyarázzuk, amely alatt a társadalmi elfogadást, az inklúziót értjük.

# I. GYÓGYPEDAGÓGIAI FOGALMAK

## I.1. Gyógypedagógiai történeti áttekintés

Az akadályozottak (fogyatékosok) megítélése, a róluk alkotott kép a történelmi visszatekintés tükrében különböző. Némely kultúrában találkozhatunk pozitív megítéléssel (*udvari bohócok*), de általában a közösség szempontjából rossz előjelnek tartották jelenlétüket (*boszorkányok*). A testi akadályozottsággal (fogyatékkal) születő csecsemőket a legtöbb ókori kultúra kíméletlenül elpusztította (*Spárta*), így utalva életképtelenségükre. Az akadályozottsággal (fogyatékosokkal) kapcsolatos társadalmi attitűdök jelentős pozitív irányú változásáról csak a kereszténység megjelenésétől kezdve beszélhetünk (*segítő hozzáállás*).

A másság, az akadályozottság elfogadását, a környezet hozzáállását, a kapcsolatrendszert és folyamatának alakulását a társadalomban három fő időszakban határozhatjuk meg (Borza B. 2012):

- I. *represszív attitűd*: az abnormalitás elfogadása szégyen, a fogyatékossgot halállal büntették. Az elnyomó hozzáállást fokozatosan felváltotta az elkülönítés (szegregáció).
- II. *karitatív attitűd*: sajnálattal közelített a fogyatékos személyekhez, hiszen őket ápolni kell és törődni velük, így kiszolgáltatottá váltak, szubmisszívek. Megjelentek az első intézmények, amelyek befogadták őket.
- III. *humán attitűd*: az emberi méltóság elismerése, a kölcsönös tisztelet megadása, a pozitív tulajdonságok fejlesztésének biztosítása. A tanácsadók megalakulása, a tanácsadás alkalmazása.

A gyógypedagógia, a speciális pedagógia önálló, komplex tudomány, amelynek területei, ágai közül elsőként az akadályozott (fogyatékos) személyek nevelésének gyakorlata, majd elmélete indult fejlődésnek. Ennek intézményes kezdetei a felvilágosodás idejére nyúlnak vissza. Pestalozzi H. J. a XVIII–XIX. században Európa-szerte otthonokat alapított siketnéma, vak, értelmi akadályozottsággal élő gyermekeknek. 1861-től használatos a gyógypedagógia (Heilpädagogik) megnevezés. Hanselmann H. a *Grundlagen und Grundsätze der Heilpädagogik (A gyógypedagógia alapjai és elvei)* című művében 1925-ben egyértelműen elkülönítette a gyógypedagógiát az orvostudománytól és kiemelte pedagógiai jellegét. A magyarországi gyógypedagógia tudományos megalapozói a XX. század elején (Ransch-

burg P., Vértes O. J., Éltes M., Szondi L.) a multidiszciplinaritás jegyében végezték empirikus kutatómunkájukat. M. Montessori orvosként figyelmeztet a fejlesztésre, középpontba állítva a gyermeket. Alapelve: „Segíts, hogy egyedül csinálhassam!” M. Sovák még az orvosi vonal követője volt, azonban a fejlesztést szorosan a környezeti tényezőkkel ötvözve értelmezte, megfogalmazván a defektivitás fogalmát, ami azt jelentette, hogy az akadályozottság (fogyatékoság) mértéke mindig a környezet által jelzett mértékben jelenik meg. Szlovákiában a speciális pedagógia tudományos alapozói közül Gaňo V., Predmerský Vl. nevét említenénk.

A gyógypedagógiai intézmények a 19. és 20. század fordulóján jöttek létre, Szlovákiában a húszas években. A harmincas években Mauer J. pedagógus a pedopatológiát a hibás gyermekek elméleti tudományaként értelmezte, majd bevezette a javító pedagógia (nápravná pedagogika) fogalmát, amely a nevelésükről szólt. A speciális pedagógia fogalmát Gaňo V. honosította meg Szlovákiában. Annak ellenére, hogy Budapesten tanult, a gyógypedagógia fogalmát párhuzamosan használta a speciális pedagógiával. Ez a terminus technicus Szlovákiában nem honosodott meg, illetve jelentése később más tartalommal bírt. A speciális pedagógiát a sérült gyermekek oktatásának-nevelésének tudományaként dolgozta ki; a testi hibásokat, az érzékszervi hiányosságúakat és az értelmileg, erkölcsileg hanyatlottakat sorolta ide.

Az 1950-es években az önállósuló tudományágra átható befolyást kezdett gyakorolni az orosz-szovjet defektológia és annak biológiai alapját képező pavlovi nervizmus. A defektológia megnevezése innét eredt. Gaňo V. (1960) később a speciális pedagógia és a defektológia rendszerét különválasztotta és a következőképp osztályozta (ötvenes évek):

1. *a defektológia rendszere*: ortopédia, logopédia, oftalmopédia, pszichopédia,
2. *a speciális pedagógia rendszere*: testi hibások és betegek, siketek, nagyothalók és beszédzavarral küszködők, vakok és gyengénlátók, értelmileg elmaradtak és nehezen nevelhetők speciális pedagógiája.

A hatvanas évek képviselői, így Edelsberger L., Pajdlhauser A. és Štejgerle L. defektológiai speciális pedagógiaként nevezték meg e két rendszer egészét. Itt jelenik meg először a pедиás fogalomrendszer: *pszichopédia* (mentálisan, értelmileg elmaradtak, nehezen nevelhetők), *logopédia* (hallás- és beszédzavarral küszködők), *tiflopédia* (látászavarral küszködők), *szomatopédia* (testi hibások és betegek).

Sovák M. (1986) professzor a defektivitás alapján rendszerezte a speciális pedagógiát: pszichopédia, etopédia, logopédia, tiflopédia, szomatopédia megnevezésekkel.

Edelsberger L. és Kábele F. (1998) professzorok a beszédhibásoktól leválasztották és külön csoportba sorolták a hallásukban akadályozottakat (*szurdopédia*), és megjelent a halmozottan fogyatékosok pedagógiája is. A kilencvenes évektől nem a pédia fogalomrendszere vonul tovább, hanem felcseréli a pedagógia megnevezés. További pontosításokra kerül sor, és J. Brtka professzor idesorolja már a kivételes tehetségű egyéneket is, akik számára a törvény értelmében külön osztályok alakulnak. (Revue LP. 1999)

A közép-európai térségben a *gyógypedagógiai intézményhálózat* kiépítése erőteljes lett. Megkezdődött az egyes akadályozottsági (fogyatékosági) típusok definiálása, a gyógypedagógusok képzése (Bárcki Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Budapest, Inštitút liečebnej a špeciálnej pedagogiky Bratislava, 1968, ezt megelőzte Praha, Olomouc egyetemei által biztosított képzés 1965–1967-től).

A fogyatékoság mint szakkifejezés eredetéről számos hiedelem maradt fenn az utókorra. A *fogyatékoságtudományt* mint diszciplínát azzal a céllal fejlesztették ki, hogy az akadályozottság jelenségét kibogozza a mítoszoknak, az ideológiáknak és a stigmáknak a hálójából. E modell szerint a fogyatékoság nem személyes, hanem társadalmi probléma. Ezért a problémák megértéséhez nem visz közelebb, ha az akadályozott emberek korlátaira fókuszálunk, ha nem vesszük figyelembe azt a tényt, hogy ezek a korlátok a társadalommal való kapcsolat minősége segítségével/elutasításával jönnek létre. Ez a modell szemben áll az orvosi modellel, ahol maga az akadályozottság (fogyatékoság) áll a középpontban. A fogyatékos emberek szerint sokkal inkább a társadalmi hozzáállás teszi őket fogyatékosá, erre utal az akadályozottság szakkifejezés is (lásd Sovák M. defektivitását).<sup>3</sup> A modell legfontosabb eredménye, hogy nem csupán erős kritikával fogadja az impairment (*egészségkárosodás, zdravotné obmedzenie*), a disability (*fogyatéék, postihnutie*) és a handicap (*akadályozott, znevýhodnený*) háromoldalú közismert distinkciót, hanem radikálisan át is értelmezi azt. Míg a károsodások (*poškodenie*) bármilyen okból bekövetkező szervi szinten (a pszichológiai, fiziológiai vagy anatómiai rendszer hiányaiban vagy a normálistól való eltéréseiben) jelentkező zavarok, addig a fogyatékoság (*postihnutie*) a károsodások azon hatásait tükrözi, amelyek az egyén funkcionális (működési) teljesítménye vagy tevékenysége kapcsán jelentkeznek. (Könczei Gy. 2009)

---

3 Szeretnénk bevezetni és általánosan használni az akadályozottság fogalmát, mivel humánusabb és pontosabban határozza meg az érintett fél állapotát – a szövegben mégis használt „fogyatékos” szakkifejezés az idézett szakirodalom szöveghű használatát jelzi.

A gyógypedagógiai (speciális) nevelést igénylő emberek meghatározása országonként, kultúrák szerint, valamint koronként is változott. Az intézményes gyógypedagógiai nevelés kezdetén az iskoláztatás szempontjai határozták meg a gyógypedagógiai nevelést igénylő tanköteles akadályozott gyermekek lehetőségeit. A XX. század második felétől életkori szempontból kitágul a kör, miután a gyógypedagógiai nevelés iskolától független formái – pl. a korai fejlesztés és a fiatalok, a felnőttek életét segítő pedagógiai kísérés gyakorlata – is kialakulnak. Az iskoláztatás szempontjából a gyógypedagógiai nevelést igénylők köre összefüggésben van azzal, hogy tud-e az iskola alkalmazkodni a gyermekek eltérő képességeihez, teljesítményéhez, viselkedéséhez, kielégíti-e a speciális nevelési szükségleteiket, vagy elkülönített (szegregált) iskolarendszerbe irányítja őket. Az egyes országok különféleképpen alakították ki gyógypedagógiai iskolahálózatukat, s általában aszerint határozták meg a speciális nevelés szükségességét, hogy milyen iskoláik voltak. Ezt nevezzük *rendszerorientált kategorizálásnak*, amely során nem a gyermekek szükségleteihez keresik a pedagógiai megoldást, hanem a meglévő iskolarendszerbe sorolják, illetve abból rekesztik ki a gyermekeket. Ez a rendszer gyógypedagógiaileg képezhető (*vzdelávateľnosť*) és képezhetetlen (*nevzdelávateľnosť*) kategóriákat különített el. A gyógypedagógiai nevelés kialakulásának kezdetén, a XIX. században a gyógypedagógiai nevelést igénylő embereket az orvosi, klinikai modellt követve fogyatékoságok, betegségformák és ezek súlyossági kategóriái szerint osztályozták. Éles határt feltételeztek az ép és nem ép, a normális és az abnormális állapot között. A többségi iskola csak az ép, az átlagos gyermekek oktatására vállalkozott. A gyógypedagógiai nevelést legitimáló érvek között a többségi iskola tehermentesítése szerepelt.<sup>4</sup> Kezdetben a fogyatékoságok súlyosabb formáit mutató gyermekek (siket, vak, intellektuális fogyatékosággal, testi és mozgásfogyatékosággal élő emberek) számára létesültek speciális intézmények, majd a XX. század során kiépültek az enyhébb fogyatékosággal élő (nagyothalló, gyengénlátó; tanulási, beilleszkedési zavart mutató; beszédhibás, olvasási és helyesírási elégtelenséget mutató, szociálisan, érzelmileg rosszul beilleszkedő, inadaptált stb.) gyermekek iskolái, speciális osztályai. A gyógypedagógiai nevelés nemcsak szegregált iskolákban vált hozzáférhetővé, hanem kiegészítő speciális segítség, gyógypedagógiai szakszolgáltatás formájában a többségi általános iskolákban is. A többi gyermektől való elkülönítést

---

4 Fogyatékoságtudományi fogalomtár: Bárnczi e-oktatási portál. Eoktatás.barczi.hu/extra/tudasbazis/digitkonyv/01.pdf. (2012.10.15.)

ma már nem ítélik előnyösnek, sőt inkább a szegregáció hátrányai nyertek bizonyítást, így a „képezhetetlen” (*nevzdelávateľný*) fogalom kiiktatódott az oktatási törvényekből.

A gyógypedagógia elméletének és gyakorlatának aktuális témáit napjainkban Mesterházi Zs. fogalmazta meg (2001):<sup>5</sup>

- a. az akadályozottság (fogyatékoságok) individuális kialakulási, változási folyamatainak és a terápiás hatásoknak a vizsgálata a korai fejlesztéstől az öregkorig;
- b. a prevenció különböző formáinak és szintjeinek kidolgozása, illetve alkalmazása (gazdasági, szociális, egészségügyi, oktatási stb. területen);
- c. a káros ökológiai, környezeti hatások és a gyermeki fejlődés összefüggésének feltárása;
- d. a modern technológiák, elektronikai eszközök alkalmazásának bővítése az akadályozott személyek élethelyzetének megsegítésére;
- e. az előítéletek csökkentése, a nevelési és társadalmi integráció gazdasági, kulturális, képzési stb. feltételeinek széles körű megismertetése;
- f. új, komplex segítőtechnikák beiktatása;
- g. a szenvedélybetegségek, a személyközi kapcsolatok sérüléseinek terápiás segítése;
- h. tudásszintetizáló és elméletképző munkák.

Az ötvenes évek végén nálunk a *defektológia* fogalom volt használatos. Az egyén, aki nem teljesített a normán belül, defektes volt. Ma már ezek pejoratív megnevezések, nem helytállóak. Ma már ugyanígy nem használjuk a nehezen nevelhetőséget (*ťažkovyochovávateľnosť*), az oktatásból kirekesztettet (*nevzdelávateľný*), a szocializáció utilitását (*társadalmi védettség*) és inferioritását (*társadalmi ráutaltság*) sem. Az értelmi fogyatékoság helyett ajánlatos az *értelmi akadályozott egyén* kifejezést használni. Az integrált oktatásban használatos a *tanulási akadályozottság* fogalmának a használata is, ami hazánkban az enyhe értelmi akadályozottsággal integrált tanulókat jelöli a többségi iskolákban.

5 További gondolatok részletesebben: Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és ... - Sulinet.[www.sulinet.hu/tanar/kompetenciateruletek/.../foiskolai\\_tanulmanykotet.pdf](http://www.sulinet.hu/tanar/kompetenciateruletek/.../foiskolai_tanulmanykotet.pdf). 2012.10.15.

Az egységes terminológia használatát nehezítette az egyes országok eltérő hagyománya. Az 1960-as évektől a nemzetközi szervezetek (WHO, UNESCO) kezdeményezték a fogalmak egyértelmű meghatározását. A WHO (in Mesterházi Zs. 2001) rehabilitációs célú meghatározása a következő: „A sérülés, a károsodás az emberi test mentális és fizikai felépítésének vagy funkciójának zavara, a pszichikai, a fiziológiai funkciók vagy az anatómiai szerkezet végleges vagy ideiglenes elvesztése. Mindez felléphet szövetben, szervben, végtagban, funkcionális rendszerben, ill. a test bármely mechanizmusában. A sérülés, a károsodás (impairment, zdravotné znevýhodnenie) a szervezet biológiai szféráját érinti. A fogyatékoság, a zavar (disability, postihnutie) a funkcionális képességeknek vagy aktivitásoknak a károsodásból származó csökkenése vagy elvesztése; a hagyományosan elvárható emberi magatartás, ill. funkciók hiányossága, amely az egyén pszichológiai működését érinti. Az akadályozottság, korlátozottság (handicap, obmedzenie) a sérülésből vagy a fogyatékoságból származó hátrány, amely korlátozza vagy megakadályozza az egyén kortól, nemtől, társadalmi tényezőktől függő szerepeinek betöltését, és így az egyén szociális szférájára vonatkozik.”

Külföldön az 1960–1970-es, nálunk az 1990-es évektől kezdve jelentős fordulat következett be a speciális nevelést igénylő személyek meghatározásában. A hangsúly az akadályozottságok, a sérülések, a fogyatékoságok diagnosztizálása helyett az illető speciális nevelési, oktatási, fejlesztési, rehabilitációs szükségleteire helyeződött át. A változó kifejezések mögött megváltozott gondolkodás húzódik meg. A szakkifejezések mindegyike gyűjtőfogalom, amelyen belül sokféle alcsoport meghatározása lehetséges. Fontos, hogy a fogalmak ne legyenek stigmatizálóak. Az orvosi modellt követő kategorizálások elsősorban az akadályozottságok, a betegségformák kóroka, tüneti képe, keletkezési ideje, súlyossági szintje, prognózisa és az esetleges társuló fogyatékoságok, vagyis halmozott akadályozottságok szerint csoportosítanak. Így alakultak ki – nyilvántartási, statisztikai céllal és a nemzetközi összehasonlítást szolgálóan – a betegségek diagnosztikus osztályozási rendszerei és a típustanok, amelyek a gyógy(speciális)pedagógiára is erősen hatottak. A jellegzetesen gyermekkorban kezdődő pszichés zavarokra ma legáltalánosabban használt gyűjtőfogalom a „fejlődési zavar” (*developmental disability, vývinová porucha*). Az UNESCO statisztikái tágran értelmezve a tanköteles gyermekek 10–15%-át sorolják a speciális nevelési szükségletűek közé, míg a többségi iskolákban külön szakértői vélemény alapján kiegészítő speciális fejlesztésben részesülő gyermekek számát



pl. az angliai oktatási rendszer 3%-ra teszi. A gyógypedagógiai iskolarendszerbe utalt gyermekek száma az egyes országokban 1–2%-tól 6–8%-ig terjed. (Lányiné Á. 2004)

Az akadályozottsággal (fogyatékossgal) élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény (2006) nem definiálja a fogyatékossg fogalmát. A fogyatékossg fogalma helyett a fogyatékossgal élő személy meghatározását hangsúlyozza. A fogyatékossg csak a konkrét személy, az ő károsodása és annak különféle akadályokkal való kölcsönhatásának összefüggésében értelmezhető. A preambulum egyrészt leszögezi, hogy a fogyatékossg nem állandó, változtathatatlan állapotot jelez, hanem (térben és időben) változót. Továbbá megnevezi az akadályok főbb típusait (attitűdbeli és környezeti akadályok).

A *gyógy(speciális)pedagógiai tevékenység* a rehabilitációs tevékenységnek az a része, amely az akadályozottak komplex rehabilitációjában a pedagógiai feladatokat oldja meg. Elősegíti a társadalmi beilleszkedést, előkészíti az érvényesülést. A rehabilitációra szoruló emberekkel kapcsolatos negatív diszkrimináció rossz hatással van az akadályozott ember lelkiállapotára, és károsan befolyásolja a rehabilitációs folyamatot. A szemléletváltás a mai pedagógiai gyakorlat számára nagyon fontos. Erőteljesen befolyásolják ezt a folyamatot a reformpedagógiai irányzatok, amelyek a személyt és a teljes személyiségformálást, fejlesztést, képzést helyezik a központba. Az utóbbi évtizedek humanizációs folyamatának köszönhető a paradigmaváltás a pedagógiában is, amely jelzi, hogy – a saját lehetőségeihez mérten – minden sajátos nevelési igényű <sup>6</sup> gyermek oktatható és fejleszhető. Főleg a gyermek nevelése szempontjából fontos megjegyeznünk, hogy mindenkiben annyira alakul ki a betegségtudat, amilyen mértékben ezt a környezete sugallja!

---

6 SNI – sajátos nevelési igény: Magyarországon használt fogalom. ŠVVP – speciálne výchovno-vzdelávacie potreby v. ŠEP: speciálne edukacné potreby használatos Szlovákiában – megajánljuk az SEP rövidítést, ami alatt sajátos edukációs szükségletet értünk.

## I.2. A gyógypedagógia meghatározása

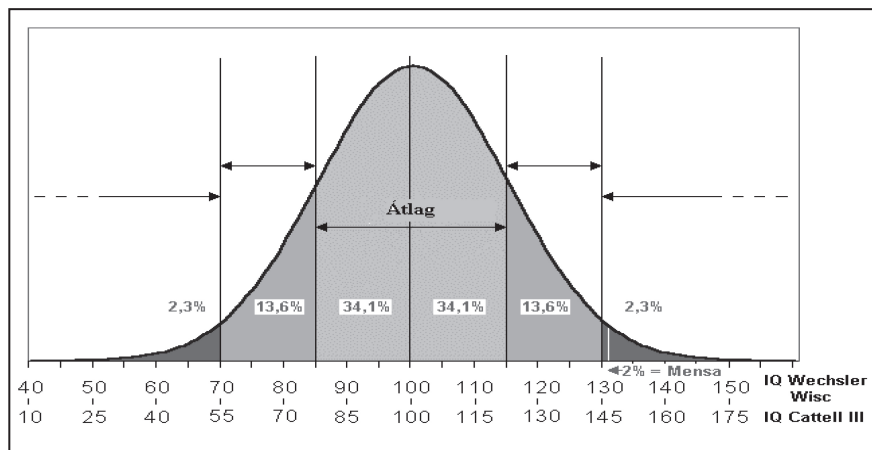
A gyógypedagógia és a speciális pedagógia meghatározása szűkebb és tágabb értelm(ezés)ében különböző, így eszköztárában, megoldási formájában, kivitelezésében, intézményesítésében; azonban azonosságot mutat a célcsoport megfogalmazásában – minden olyan egyén oktató-nevelő szükségleteit biztosítja, aki nem képes a többségi pedagógiai gyakorlat szerint haladni, fejlesztésre, speciális pedagógiai eszköztárra, gyógypedagógiai szakszerűsége van szüksége.

A gyógypedagógia a rehabilitáció egyik formája: az akadályozottsággal (fogyatékossgal) élők személyiségfejlesztésére (nevelésére, oktatására) irányuló speciális pedagógiai tevékenység. Gyógypedagógiai ellátást igényelnek azok a személyek, akikre jellemző, hogy a bio-pszicho-szociális károsító tényezők következtében a fejlődésmenetük, személyiségszerkezetük eltér a normálistól, a személyiségfejlesztésük a pedagógia eszközrendszerével optimálisan nem oldható meg, és a fejlesztés lehetőségei legalább individuálisan, egyéni fejlesztéssel még adottak. (Gordosné Sz. A. 2004)

A gyermek fejlődését különböző genetikai okok, biológiai károsodások, a környezeti hatásokkal összefüggő lelki ártalmak megzavarhatják és akadályozhatják, amelyek a bekövetkezés időpontjától és az okok természetétől függően különböző mértékű fejlődési eltérésekhez vezetnek. Az ún. eltérő fejlődés az érintett gyermek számára azt jelenti, hogy nehezebb testi/lelki/szociális feltételek közepette megy végbe a fejlődési folyamat, aminek következtében individuális mássága sajátos elvárásokat, speciális – gondozási, egészségügyi, nevelési stb. – szükségleteket támaszt a környezettel szemben. Az egyes csoportok tovább osztályozhatóak a sérülés, a fogyatékossg, valamint az akadályozottság állapotának súlyossága és a nevelés (terápia) rehabilitáció által történő befolyásolhatósága szempontjából. (Mesterházi Zs. 1998) A gyógypedagógiai nevelés folyamatát a fogyatékossg (sérülés, akadályozottság, fejlődési zavar), a speciális szükségletek felismerése és diagnosztizálása indítja el. (Gereben F.-né 2008)

A gyógypedagógia a teljes populációt tekintve a Gauss-görbe bal oldali értékeire tér ki (70 IQ alatt), a speciális pedagógia pedig a jobb oldali értékeknél is meghatározza a sajátos nevelési igényt (130 IQ felett). A populáció 95%-a középen helyezkedik el, a bal oldali 2,5%-ával foglalkozik a *gyógypedagógia*, míg mindkét oldal 2,5%-ával, tehát 5%-kal a *speciális pedagógia*. (Vašek Št. 1991)

2. ábra: Az intelligenciahányados görbéje (www1)



Az Egészségügyi Világszervezet (WHO 1980) egységesítő törekvéseit kifejező két fontos dokumentumban is tükröződik a változások lényege. 1980-ban biológiai háttérű sérülésből (*impairment, zdravotné obmedzenie*) mint okból vezették le a pszichológiai természetű képességzavart, fogyatékoságot (*disability, postihnutie*), amely következményként szociális akadályozottságot (*handicap, znevýhodnenie*) von maga után. A WHO 1997-es állásfoglalása már nemcsak egyéni tulajdonságként értelmezi az akadályozottságot (fogyatékoságot), hanem rámutat arra, hogy annak keletkezésében és a súlyossági fok megnyilvánulásában az érintett személy tevékenységének, társadalmi részvételének, a tágabb társadalmi környezet pozitív vagy negatív hatásainak is meghatározó, fontos szerepe van. Ezek a tényezők egymással szoros kölcsönhatásban állnak.

A *gyógypedagógiai pszichológia (patopsychológia)* a pszichológia alkalmazott ága, amely a különböző sérüléssel, fogyatékosággal, akadályozottsággal élő személyek (gyermekek és felnőttek) személyiségének megismerésével, a nehezített szocializációs út és az eltérő kognitív fejlődés feltárásával, nevelésük, fejlesztésük, terápiájuk és társadalmi beilleszkedésük feltételeinek pszichológiai segítségével foglalkozik. (Illyés Gy.-né 1978)

Az orvostudomány a fogyatékoságot definiálta. Az egész ember bio-pszichoszociális összefüggéseit integráló szemlélet az akadályozott ember szükségleteiből indul ki. Míg az első az *akadályozottságra orientált diagnosztika*, addig az integráló szemlélet *fejlesztésorientált*. Az akadályozott képességek „létárba vételén” kívül

az érintett személy épen maradt képességei, személyiségében meglévő erősségei, környezetében fellelhető szocializációs tartalékai, erőforrásai és az esetleges visszahúzó erők számbavétele is fontos tényezők.<sup>7</sup> A pedagógia szempontjából a fejlesztés a cél, a fejlesztés megvalósítása a diagnosztika utáni prognózis felvázolása alapján valósul meg.

A *szupportív (segítő) tanácsadói hálózat* (Magyarországon a tanulási képességet vizsgáló szakértői bizottságok, Szlovákiában a gyógypedagógiai tanácsadórendszer)<sup>8</sup> létrejöttével mindenütt lehetségessé vált az intézményesített vizsgálat, a diagnosztika, a sajátos nevelési igényű személyek oktatási lehetőségeinek feltérképezése, biztosítása, a gyermek, a szülő és az iskola közötti szakmai párbeszéd, vagyis az a társadalmi szaturáció, amely biztosítja minden polgárának a személyre szabott legmegfelelőbb képzést.

Minden normától való eltérés befolyásolja a személy egyéni és szociális fejlődését. Ez függ az eltérés fokától (könnyű, közepsúlyos, súlyos), fajtájától (érzékszervi, mentális, testi, egyéb) és szociális környezetétől, amelyben él. Minden akadályozottság befolyásolja az egyén fejlődésének biológiai-pszichológiai-szociális kölcsönhatását, amely individuális eltéréseket jelent, és szigorúan egyéni elbírálást, értékelést, diagnosztizálást igényel. Az akadályozottság az egész személyiséget befolyásolja. Megjelenésével az egész család életére kihat, ezért szükséges a tanácsadást az egész családra fókuszálni. Fontos az akadályozottság korai felismerése és a család folyamatos, megfelelő informálása. A család a problémát több fázisban dolgozza fel, azonban ezek időtartamát nem lehet meghatározni (Polcz A. 2001):<sup>9</sup>

1. *Sokk-fázis*: ijedtség, elbizonytalanodás, hárítás, érzelmi reakciók – mindez függ az akadályozottság mértékétől, illetve a szülők személyiségétől. Fontos a szülők valós tájékoztatása, felvilágosítása, a probléma pozitív értelmezése, és biztosítani kell őket a segítségről, tanácsadásról.

---

7 Gyógypedagógiai pszichológia. [www.xa.yimg.com/kq/groups/21143770/.../name/esti\\_gyp\\_pszich\\_dg.rtf](http://www.xa.yimg.com/kq/groups/21143770/.../name/esti_gyp_pszich_dg.rtf). 2013.07.15.

8 *CŠPP – centrum špeciálnopedagogického poradenstva*: hatáskörébe az akadályozottság, a tanulási zavar megjelenésének minden formája tartozik. *CPPaP – centrum pedagogicko-psychologických služieb a prevencie*: hatáskörébe a kivételes tehetségű tanulók, a tanulási zavarral és a viselkedési zavarakkal küszködő tanulók tartoznak. Meg kell említenünk, hogy a tanácsadói szolgálat úgy működik, mint az egészségügyben is, hogy érvényesül a szabad szakemberválasztás.

9 Selye a stresszor hatására bekövetkező testi reakciók összességét általános adaptációs (alkalmazkodási) szindrómának nevezte (ÁASz). Ez három részből áll: riasztási reakció, ellenállási fázis, kimerülési fázis.

2. *Reaktív fázis*: megjelenik a büntudat, kölcsönös vádaskodás, a kérdés, hogy mi lesz tovább; szakember segítsége nélkül házassági krízis állhat be (főleg a férfiak adják fel, és kilépnek a házasságból).
3. *Alkalmazkodási fázis*: racionális értelmezés, kiútkeresés, információgyűjtés, szükséges a reális, őszinte prognózis felállítása, mindez szakember segítségével.
4. *Reorientációs fázis*: a család cselekszik, hasonló problémával élő családokkal veszi fel a kapcsolatot, információt cserélnek, tapasztalatokat osztanak meg, közösségeket, alapítványokat hoznak létre (Down-Dada Szolgálat, Rett Alapítvány, Carissimi stb.). Nem szabad megfélemlíteni a testvérekről sem, akik különbözőképp élik meg a helyzetet, mint a szülők, sok esetben az elhanyagoltság érzése vesz rajtuk erőt, hiszen a szülők csak a másik testvérre figyelnek...

Az egyén fejlődése spontán érési folyamat, amelynek tempóját a fejlődési kor és az életkor harmóniája – diszharmóniája határozza meg. A fejlődés tempója különböző lehet, így optimális, gyors, lassú, visszafogott, megrekedt, diszproporcionális, bizarr. A speciális pedagógia számára a fejlődési akadályozottságokat a következő típusokra osztjuk fel:

- *megrekedt fejlődés*: a patogén tényezők megakadályozzák valamelyik szerv rendes kifejlődését vagy működését (veleszületett vakság, siketség, végtagkorcsosulás);
- *visszafogott fejlődés*: bizonyos szerv vagy működése születésétől fogva visszatarthatja, és nem éri el a normális fejlődési szintet (az értelmi akadályozottság némely formája, veleszületett nagyothallás, gyengénlátás, testi elváltozások, veleszületett érzelmi zavarok);
- *kései fejlődés*: behozható, reverzibilis, ha időben szakmai (orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai) intervenció történik; szociális okokra is visszavezethető: kései beszédfejlődés, pszichomotoros késés;
- *megszakadt fejlődés*: valamely szerv működésének lelassulását vagy megszüntetését jelzi (demenció, agyi diszfunkciók, bénulások)
- *bizarr fejlődés*: anomáliás eltérésekre utal, ahol a fejlődés nem az adott irányt követi (deviációk, negatív tulajdonságok).<sup>10</sup>

---

10 Bordás–Forró–Németh–Strédl: *Pszichológiai jegyzetek*. Komárom: SJE 2006, 75. o.

Az egyén pszichomotoros tempója, ha felgyorsul (akcelerál), korához képest előbb tanul meg járni, beszélni, olvasni, írni stb. Ha ez a tempó lassúbb (retardált), az életkorhoz viszonyított pszichomotoros képességek késnek, lemaradnak. Ezeknek a képességeknek, készségeknek a pótlása vagy hiánya attól függ, hogy *visszafordítható – reverzibilis* (fejlesztéssel pótolható, behozható), avagy *visszafordíthatatlan – irreverzibilis* (fejlesztéssel új készségek kialakítására van szükség) fejlődési rendellenességek lépnek fel.

A gyakorlatból tudjuk, hogy az óvodáskorban egy-másfél éves pszichomotoros késés a beiskolázás halasztásával, rendszeres óvodai látogatással, foglalkozásokkal, fejlesztéssel pótolható. Ebben a fejlődési szakaszban nem lemaradásról, hanem késésről beszélünk.

A statisztikai átlag reprezentálja a *normalitás* megjelenítését. A normalitáson mindig egy sáv, övezet és jellemzői (átlagos, szabályszerű, megszokott) értendők. Ettől a statisztikai átlagtól való eltérések jelölik az *abnormalitást*. Az abnormalitás szabálytalan, az átlagostól eltérő, viszonylagos és változó érték. Az eltérés a szervi (szomatikus) vagy funkciós (kognitív, motorikus, kommunikációs, érzelmi-szociális) akadályozottságot jelenti.

A szakjelentésekben gyakran találkozunk a szimptóma, szindróma, szimptomatológia etiológia kifejezésekkel, amelyek jelentését pontosítjuk:

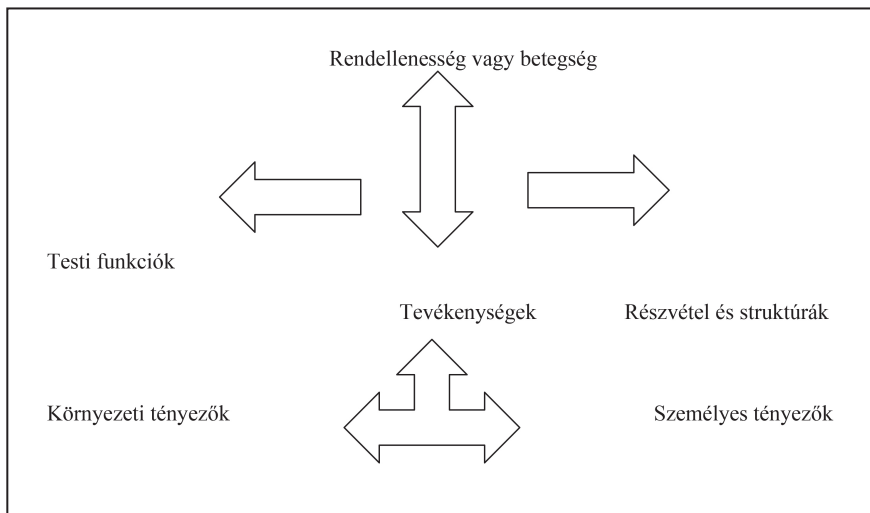
*szimptóma* – tünet, a betegség jele, *szindróma* – tünetegyüttes, egy adott betegség összes testi, lelki jelensége, elváltozása, *szimptomatológia* – tünettan, a betegség leírása, *etiológia* – kóroktan.<sup>11</sup>

A *patogén (kóros) tényezők* okozzák az abnormalitást, s ezek a fejlődés minden szakaszában jelentkezhetnek (pre-, peri-, posztnatális), és fejlődési rendellenességet okozhatnak. Az akadályozottság lehet irreparabilis (élethosszig tartó, állandó), vagy reparabilis (a fejlődésben normális vagy normaközeli állapotba kerülő).

---

11 A pedagógiai gyakorlatban a tanulót kísérő leleteket, szakvéleményeket mindig az osztály-főnök tartja magánál a tanuló személyes adataival együtt. Kötelessége együttműködni a többi szaktanárral, akiket informál. A gyógy(speciális)pedagógussal együtt kidolgozza a tanuló egyéni fejlesztési (tanulási) tervét, amit a pedagógusok alkalmaznak a tanuló iskolai sikerességének biztosításához.

3. ábra. Az FNO alkotóelemei kölcsönhatásainak jelenlegi megfogalmazása  
Kóros egészségi állapot (FNO 2003)



Az *akadályozottság* (obmedzenie) speciális pedagógiai jelenség, amelynek hordozója az akadályozott személy. Az akadályozottságot az irreparabilis patogén tényezők összessége okozza, majd az egyén kompenzációs lehetőségei, illetve motívációja határozza meg a minőségét. Relatív állandó állapotról van szó a kognitív, kommunikációs, motoros és érzelmi-akarati területen, amely szignifikáns nehézségeket (zavart) okoz a tanulásban és a szociális viselkedésben. Ez az anomális fejlődés következménye, és nehézségeket okoz a jelenségek, folyamatok szimbolikus transzformációjánál, feldolgozásánál, raktározásánál, felidézésénél és különböző műveletek elvégzésénél, mozgásos kivitelezésénél a mobilitásban, szociális interakcióban és önellátásban.<sup>12</sup>

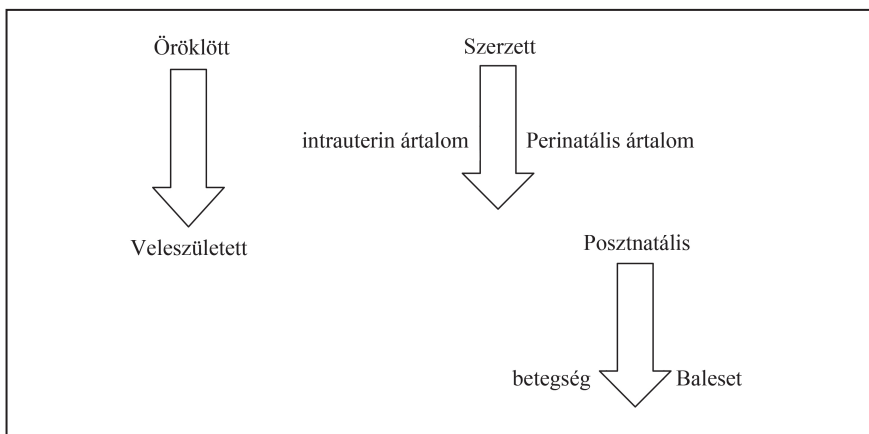
A *zavart* (porucha) a reparabilis patogén tényezők működése, az egyén kompenzációs lehetőségei és motívációja határozza meg.

A betegségnek az egészség, a fogyatékosnak az ép az alternatívája. A WHO-nak a prevenció és rehabilitáció szervezéséhez ajánlott funkcionális felosztása alapján a *károsodás* pszichológiai, élettani vagy anatómiai veszteséget vagy rendellenességet

12 Bagdy-Túry: *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja*. Budapest 2005. [www.pszichoerdek.hu](http://www.pszichoerdek.hu)

jelent, amely lehet időszakos vagy állandó. A *fogyatékos* a szenzoros, motoros vagy mentális képességek részleges vagy teljes hiányát jelenti, amely szintén lehet átmeneti vagy végleges. A *rokkantság* a kor, nem és szociális szerep szerint elvárható élettevékenységek tartós akadályozottsága. A gyógypedagógus számára e fogalmak ötvözöten, egymásba szorosan kapcsolódva lesznek értelmezhetőek. (Göllesz V. 1998, 14–16)

4. ábra: Fogyatékoságok kialakulásának módozatai (Göllesz V. 1998)



Kollárová E. (2004) szerint az egyes akadályozottságok tünetei ideiglenesen vagy hosszabb időre befolyásolják a pedagógiai tevékenységet, amely különböző mértékben igényli a tartalmi, módszertani és szervezési változások szükségességét. Ezek modifikációját a szimptómák súlyossága, illetve halmozottsága határozza meg.

A gyógypedagógiai ellátást igénylők százalékarányát Vašek Št. (1991) ismerteti a mellékelt ábrán:

5. ábra: Előfordulás gyakorisága

100% populáció:	100% egészségében akadályozottak:
95,76% – ép populáció	70,13% – értelmileg akadályozott
4,24% – akadályozottak	29,87% – egyéb módon akadályozott



A szakirodalomban leggyakrabban használt fogalmak értelmezése  
(www.inclusion-europe.org):

- értelmileg akadályozott egyén (osoba s mentálnym postihnutím, osoba s duševnou zaostalostou, person with mental disability), szellemileg akadályozott egyén (osoba s intelektovým postihnutím, person with intellectual disability),
- fejlődésében akadályozott egyén (osoba s vývinovým postihnutím, person with developmental disability),
- *tanulási zavarral küszködő egyén (osoba s poruchou učenia sa, learning disability).*

A WHO (MKCH – FNO) 10. revíziója szerint használatos kategóriák:

F7 – értelmi akadályozottság

F8 – lelki fejlődés zavarai

F9 – viselkedés- és érzelmezavarok

Az akadályozottságok besorolása és osztályozása kétféleképp valósul meg: az első a domináns akadályozottság fajtája szerint, a második a súlyossági fokot veszi figyelembe. A fő csoportok elkülönítése a vezető szimptomák szerint történik, amelyek meghatározzák, hogy az egyén milyen oktatási intézményt fog látogatni, illetve milyen munkafolyamatra képes.

A fő csoportok:

- értelmi akadályozottság (oligofrénia, demencia),
- érzékszervi akadályozottságok (látás: vakság, gyengénlátók; hallás: siketség, megsiketülés, hallásmaradványok, nagyothallás; beszédben akadályozottak: némaság, beszédneurózis, beszédvesztés, szervi beszédzavarok, kiejtési zavarok),
- mozgásakadályozottság, betegek, legyengültek (bénulások, balesetek, fejlődési akadályozottságok, krónikus betegségek, amelyek lokomóciós akadályozottsággal bírnak, szívrendellenességek, allergiás, légzőszervi betegségek, csontozat eltérései),
- értelmileg sérültek (magatartászavarral küszködők),
- halmozottan akadályozottak (siketvakok, mentális vakság, mentális siketnémaság, értelmi és testi akadályozottságok).

Az egyes akadályozottságokat nem lehet szétválasztani, egymásra kölcsönhatással vannak, kombinálódnak és egyéni sajátosságos halmozott hatások érvényesülnek.<sup>13</sup>

13 www.statpedu.sk: Výchova a vzdelávanie detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením. 2013.07.15

### I.3. Gyógypedagógia – speciális pedagógia

A pedagógiai gyakorlat hazánkban a gyógypedagógia és a speciális pedagógia fogalmát azonosan értelmezi és használja. Feladatunknak tartjuk összevetni a két országban meghonosodott meghatározásokat, rámutatni a különböző értelmezésekre és az azonosságokra, amelyek erősítik egymást, egyértelműsítik a jelentésüket a szakma számára.

A gyógypedagógia ma használatos definícióját Gordosné Sz. A. (2004) fogalmazta meg:

*A gyógypedagógia* a sérült ember neveléstudománya. Feladata kiegyenlíteni a meglévő és meg nem szüntethető fogyatékossgot, ezért a gyógypedagógia részben a gyógyító nevelés tudománya (pedagógiai értelemben). Az épektől eltérő eljárásokkal valósítja meg a fejlesztést. Szlovákiában Vašek Št. (1991) határozta meg a speciális pedagógia definícióját:

*Speciális pedagógiának* nevezzük a pedagógiai tudományok rendszerének azt a tudományát,<sup>14</sup> amely olyan gyermekek nevelésével és tanításával foglalkozik, akik értelmileg, érzelmileg, testileg akadályozottak, beszédkézségszavar jellemzi őket, vagy más speciális képesség hiányában tanulási és magatartászavarral küszködnek. Ide soroljuk még a különleges képességekkel rendelkező tanulókat is. A gyógypedagógiát nem tartja önálló tudománynak, és a gyógypedagógia sem tartja önálló tudománynak a speciális pedagógiát. A speciális pedagógia sokkal tágabb, mint a magyarországi gyógypedagógia. A speciális pedagógia a normalitás jobb- és baloldali bipoláris értékeit is figyelembe veszi, azaz a populáció  $\pm$  kb. 5%-át. Ezek

---

14 Vzdéľavacie programy pre deti a žiakov so zdravotným znevýhodnením (ZZ) sú súčasťou štátneho vzdéľavacieho programu (VP):

VP pre deti a žiakov s mentálnym postihnutím

VP pre deti a žiakov so sluchovým postihnutím

VP pre deti a žiakov so zrakovým postihnutím

VP pre deti a žiakov s telesným postihnutím

VP pre deti a žiakov s narušenou komunikačnou schopnosťou

VP pre deti a žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami

VP pre deti a žiakov chorých a zdravotne oslabených

VP pre deti a žiakov hluchoslepých

VP pre žiakov s vývinovými poruchami učenia

VP pre žiakov s poruchami aktivity a pozornosti

VP pre deti a žiakov s viacnásobným postihnutím

VP pre žiakov s poruchami správania

az egyének külön segítséget igényelnek, vagyis az edukációban sajátos nevelési igényűek (špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby – ŠVVP, újabban használt fogalom: špeciálne edukačné potreby – ŠEP).

A *speciális pedagógia feladata a speciális pedagógiai jelenségek* (pl. akadályozottság, sajátos nevelési igény, fejlődési zavarok stb.) és a *speciális pedagógiai folyamatok* (pl. korrekció, reedukáció, kompenzáció, rehabilitáció) közötti kölcsönhatás (interakció) megértése, segítése, megoldása. Főleg az akadályozott gyermekek és fiatalok nevelésével, oktatásával foglalkozik (értelmi, érzékszervi, beszéd-, szomatikus, szociális... akadályozottság, zavar, eltérés). A speciális nevelési igényt az akadályozottság vagy zavar foka határozza meg. Az oktatásban fontos szerepe van a tantárgyak speciális módszertánának.

A *speciális pedagógia tárgya* az akadályozottak, különböző zavarokkal küszködők, hátrányos helyzetűek vagy más sajátos nevelési igényűek nevelése-oktatása (edukációja), törvényszerűségeiknek kutatása etiológiai, szimptomatológiai, korrekciós, edukációs módszerek és a reedukáció szempontjából, továbbá az akadályozottság, zavar vagy más specifikus adottság elfogadására helyezi a hangsúlyt. A sajátos nevelés célja nevelni, oktatni azokat az akadályozottakat, sajátos nevelési szükségletűeket, akiknek segítségre van szükségük ahhoz, hogy az akadályozottságukat elfogadják, megtanuljanak vele élni, képesek legyenek az önfejlesztésre, és – lehetőségeikhez képest – teljes értékű életet éljenek.

A speciális pedagógia rendszere a speciális nevelési-oktatási (edukáció) szükséglet fajtája és foka szerint (Szlovákia):

1. értelmileg akadályozottak pedagógiája
2. kommunikációs zavarral küszködők pedagógiája
3. látásukban akadályozottak pedagógiája
4. hallásukban akadályozottak pedagógiája
5. mozgásukban akadályozottak, betegek és legyengültek pedagógiája
6. halmozottan akadályozottak pedagógiája
7. kivételes tehetségűek pedagógiája
8. tanulási zavarral küszködők pedagógiája
9. pszichoszociális zavarral küszködők pedagógiája

A pedagógiai gyakorlat a *sajátos nevelési-oktatási szükségletű gyermekek* (ŠVVP – speciálne výchovno-vzdelávacie potreby) megnevezést használja, a legújabb nemzetközi kifejezés: speciális edukációs szükséglet (a *továbbiakban ezt fogjuk használni*).<sup>15</sup> A külföldi gyakorlatban leggyakoribb kifejezések: *handicapped, hátrányos, kivételes, fogyatékos, akadályozott, korlátozott, alkalmazkodásképtelen, rendellenes (anomális) gyermekek*. A mai gyakorlat számára javasolt megnevezések: akadályozott és sajátos edukációs szükségletű (specifické edukčné potreby) gyermek/tanuló. Prevendárová J. (1998) – hasonlóan az angol meghatározáshoz (exceptional persons) – idesorolja a kivételes tehetségű gyermekeket is.

A speciális edukációs szükségletű gyermek számára a testi és/vagy érzékszervi, lelki akadályozottság, kommunikációs, tanulási, magatartási vagy figyelemzavar, edukációs (nevelési, tanulási) és autoedukációs problémákat okoz. A pedagógus (edukátor)<sup>16</sup> részéről specifikus segítséget igényelnek, módszertani-tartalmi változtatásokat, amelyekhez sok esetben pedagógiai asszisztens (asistent pedagóga)<sup>17</sup> szükséges. (Janoško P. 2009)

Hazánkban (SR) a *gyógypedagógia (liečebná pedagogika)* azoknak a nevelésével, oktatásával, diagnosztizálásával és terápiájával foglalkozik, akik olyan meghatározó nehézségekkel (nevelési, szociális, egészségügyi, más) küzdenek, hogy nem tudnak korukhoz és képességeikhez mérten érvényesülni az életben. A gyakorlatban azokat a kompetenciákat fejleszti, amelyek segítik az egyént az önmegvalósításában. Ehhez különböző terápiákat használ, pl. művészeti terápiák, pszichomotoros, dráma-, biblio-, munka-, játék-, család- és más terápiákat alkalmaz.<sup>18</sup> Az egyén egyediségéből és az adott szociokulturális lehetőségeiből indul ki, a problémák sokszínűségét kortól függetlenül felvállalja. Segíti az egyént a kompetenciafejlesztésben, tájékozódásban, döntéshozatalban, kapcsolatteremtésben, elfogadásban és értékalakításban. A segítség különböző gyakorlatokon és programokon keresztül terápiás céllal valósul meg, fejlesztő, kreatív, önmegvalósító és önellátó tevékenységgel.

---

15 nemzetközi használat, amely egyértelműsíti a sajátos nevelési szükségletet (SNI, ŠVVP, SZP)

16 nemzetközi használat (a pedagógus alatt minden iskolai szinten oktató, nevelő szakembert ért)

17 asistent učiteľa: POP na šk. rok 2013/2014, odsek 1.6.13, bod 6., 7.

18 terápiák megnevezései hazánkban: művészeti terápiák – arteterápia, muzikoterápia – zeneterápia, munkaterápia – ergoterápia

A *speciális pedagógia* a sajátos edukációs szükségletű tanulók oktatásával, nevelésével foglalkozik, míg a (szinonimaként használt) *gyógypedagógia* a nevelésükre, különböző terápiák segítségével személyiségformálásukra helyezi a hangsúlyt. A pedagógiai gyakorlatban e két szakmai ráhatás találkozik, hiszen az intézményekben jelen vannak a speciális és a gyógypedagógusok is.

## II. A SPECIÁLIS PEDAGÓGIA TERÜLETEI

### II.1. Értelmileg akadályozottak pedagógiája

Ha az akadályozottsági típusok sokféleségének mennyiségi mutatóját figyeljük, akkor látjuk, hogy a leggyakrabban az értelmi akadályozottság fordul elő a sajátos nevelési igényűeknél mind a társadalomban, mind a közoktatásban. Az érintettek háromnegyed részét teszik ki. (Vašek Št. 1991) Edukációs szükségleteiket<sup>19</sup> a speciális alapiskolák (volt kiegészítő iskolák: osobitné školy/speciálne záchradné školy) biztosítják, illetve az utóbbi időben az integrációk száma megnövekedett, így teremtve esélyt – főleg az enyhe értelmi akadályozottak számára – a többségi iskolákban való tanulásra. Az integrált enyhe értelmi akadályozottak csoportját *tanulásban akadályozottaknak* nevezzük. Integrálva, egyéni tanterv szerint oktatva, speciális tankönyveket és taneszközöket használva jelen vannak az alapiskolák évfolyamaiban.<sup>20</sup> A sajátos edukációs szükségleteiket a többségi iskola teljes mértékben figyelembe veszi: speciális tankönyveket, az egyéni tantervet és – ha szükség van rá – pedagógiai asszisztenciát biztosít, illetve részleges integrációt alkalmaz ott, ahol nincs szükség a sajátos pedagógiai megközelítésre (pl. zeneoktatásnál).

Az értelmi akadályozottság meghatározása:

- *orvosi*: diffúz agyi sérülés,
- *pszichológiai*: az értelmi képesség akadályozottsága, csökkenése, az intelligenciahányados (IQ) 70 alatti értéke,
- *speciális (gyógy)pedagógiai szempontból*: a nevelő-oktató folyamat meghatározására szorítkozik az akadályozottság minősége, fajtája és foka alapján.

A tanulási folyamat alapja az információk átadása és fogadása, feldolgozása és megtartása. Az értelmi akadályozott képességei elégtelenek az információk ismeretűvé való transzformálásánál, szimbolikus váltásánál, elraktározásuknál, felhasználásuknál. Ezért sajátos edukációs szükségletűek. Szemléltetést, lassúbb haladást és fokozott gyakorlást igényelnek az edukáció folyamatában. *Minden esetben (speciális) tankönyvek, tanterv szerint haladnak, a lehetőség igényéhez mérten redukált tananyag elsajátításával.*

---

19 speciális edukációs szükségletek: sajátos nevelési igény

20 POP na šk. rok 2013/2014 odsek: 2.4.

Az értelmi akadályozottságnál a központi idegrendszer sérül, ez korlátozza az értelmi képességeket. Az akadályozottságnak különböző fokozatai vannak, ezeket pszichológiai kivizsgálással az intelligenciahányados (IQ) meghatározásával mutatják ki (WHO):

1. F.70 – enyhe értelmi akadályozottság v. tanulási akadályozottság: IQ 70–50
2. F.71 – közép súlyos akadályozottság: IQ 35–49
3. F.72 – súlyos akadályozottság: IQ 20–34
4. nagyon súlyos értelmi akadályozottság: IQ 19 és alatta

*Az értelmi akadályozottság átmeneti fokozatai:*

- más értelmi akadályozottság: a gyermek értelmi képességei korlátozottak, nem tudni, hogy ezt a központi idegrendszer sérülése okozza vagy más fejlődési zavar;
- nem specifikált értelmi akadályozottság: a központi idegrendszer sérült, az akadályozottság azonban nem sorolható be az adott négy fokozatba.

*Az értelmi akadályozottság fajtái:*

### **1. organikus (szervi) értelmi akadályozottság:**

- meghatározó az a fejlődési szakasz, amikor létrejött a sérülés;
- oligofrénia – fogamzástól kétéves korig (perinatális, posztnatális fejlődési szakasz) vagy génmutáció;
- demenció – kétéves korig a fejlődés normális, majd megreked, regresszió (alacsonyabb fejlődési szintre való visszaesés) áll be;
- születés körüli eltérések, agyhártyagyulladás.

Etiológiai szempontból endogén (genetikus, öröklődő, más), exogén (biológiai, kémiai, fizikális, más) és szociális (ártalmas környezet) tényezők az okozók.

*Az akadályozottság okai:* fertőzés, intoxikáció, trauma, fizikális tényezők, agyi betegségek, ismeretlen perinatális hatások, terhességi problémák, kromoszomális abnormitások, pszichiátriai indikációk, környezeti tényezők.

A világon a populációban a szervi értelmi akadályozottság mértéke 3–4%. Eből 80% az enyhe, majd a fennmaradó 20% a többi értelmi akadályozottságot teszi ki. (Št. Vašek 1991)

## 2. környezeti ártalmakra visszavezethető értelmi akadályozottság:

- a szociális környezet az értelmi képesség fejlődését az IQ meghatározásánál majd 20 ponttal befolyásolhatja (pozitívan és negatívan is) (Ruisel 2003)
- a gyermek számára az ingerszegény környezetet fel kell cserélni ingergazdagra, ahol a fejlődés biztosítva van, a lemaradás, a késés behozható.

*Az értelmi akadályozottság típusai:*

- *eretikus típus:* az idegrendszer aktív fázisai vannak túlsúlyban, a reakció nem felel meg az akciónak, pl. hiperaktív gyermekek, akik 10–15 percnél tovább képtelenek dolgozni, itt a szabályok meghatározása nagyon fontos;
- *apatikus típus:* problémát okoz a gyermek aktivizálása, munkáltatása, a tanulási folyamatban való megtartása – ha többségi iskolába jár, egyéni tanterv szerint oktatható;
- *kevert típus:* bizonyos napszakokban, váratlanul hangulatváltásai vannak, amelyek befolyásolják a tevékenységét, jellemző rá az impulzivitás.

A hagyományos iskola oktatási programja A típusú, míg a speciális iskoláké lehet A, B vagy C típusú<sup>21</sup> – mindezt az akadályozottság foka, illetve az akadályozott tanuló lehetőségei határozzák meg. Az edukáció szempontjából a belépő és kilépő információkat, és azok különbségeit figyeljük. Nem lehet a folyamatot befolyásolni, hanem lehetőség van az információk belépésének korrekciójára (pl. lépésről lépésre módszerrel, fokozott szemléltetéssel, cselekedtetéssel, mindezt a tananyag redukálásával, a lényeg kiemelésével).

*A variáns* – a többségi iskolákban az írásra való előkészítés egy hónap, míg a speciális iskolában három hónap. Az összes betű megismerésére egy év van, míg a speciális iskolában a 3. évfolyam végén kerül erre sor.

*B variáns* – ennek alapján oktatják a középsúlyos értelmi akadályozottakat. Az oktatás lényegesen redukált, nincsenek évfolyamokra bontva, hanem folyamatos készségfejlesztés folyik.

*C variáns* – egyéni oktatás, főleg a halmozottan akadályozottak esetében alkalmazták.

---

21 A, B, C variánsok módszertana: [www.statpedu.sk](http://www.statpedu.sk)



A speciális iskolák egyik fajtája a készségfejlesztő iskola (praktická škola), ahol az egyéni oktatás mellett kiscsoportos foglalkozásokon az alapvető készségek elsajátítása, az életre való felkészülés, fokozatos önállósodás, az adott életminőség biztosítása, megtartása történik. A gyermekek kb. 10–15%-a számára hatékonyabb a speciális iskolai felkészítés, mivel a sajátos edukációs szükségletek kielégítése csupán módosított iskolai intézményekben, taneszközökkel és szakképesített speciális (gyógy)pedagógusokkal valósulhat meg. A komplex rehabilitációs gondoskodást az értelmi akadályozottak intézményei végzik.

## II.2. Kommunikációs zavarral küszködők pedagógiája

A beszédzavarok problémaköre soktényezős, összetett terület. A logopédia a kommunikációs zavarral küszködő egyének edukációjával és prevenciójával foglalkozik, tanulmányozza az okokat, folyamatát, a környezeti hatásokat, kölcsönhatásokat stb. Az edukáció szempontjából három célcsoportja van: nem akadályozott egyének kommunikációs zavarai (pl. dadogósok az alapiskolában), kommunikációs zavarral küszködők (pl. értelmileg akadályozottak pöszesége) és az egészséges egyének prevenciója (beszédstimuláció, élettani beszédzavarok). Tárnya a kommunikációs zavarral küszködők edukációja, korrekciója és rehabilitációja, vagyis komplex ellátása, valamint a fő hangsúlyt a megelőzésre helyezi.

A beszédzavarok megjelenését a gyermek ötéves koráig a szakma óvatosan kezeli. A Nemzetközi Egészségügyi Világszervezet (WHO) 20%-ot említ ötéves korig, majd e kor felett 20 éves korig 5–10%-ot.

Szlovákiában a szakemberképzésnél a *kommunikációs zavarral küszködők pedagógiája* és a *klinikai logopédia* (beszédhibás egyének terápiája) különvált, mivel nem minden gyermeknek vannak sajátos edukációs szükségletei, illetve a felnőttkorban is gyakran szükséges a logopédiai ellátás (pl. agyvérzés utáni beszédzavar). Az élettani pöszeségnél elég ambuláns kezelésekre, szakrendelésre járni, így is behozható a különbség, amely a beiskolázáskor jellemzi a gyermek beszédét. Lechta V. (2002) szerint akkor beszélhetünk a kommunikációs készségek zavaráról, ha a beszéd egy vagy több szintje közös negatív hatással (interferencia) van a kommunikációra; így ez lehet a beszédnek a fonetikai-fonológiai, szintaktikai, morfológiai, lexikális, expresszív vagy receptív területe.

Pszichológiai szempontból a kommunikációs zavarral küszködő gyermek az, akinél a kommunikáció expresszív (kifejezőképesség) vagy receptív (befogadóképesség) területén a beszédzavar valamelyik felsorolt formája jelen van: *nem*

*hallható, nem érthető, kellemetlen hangzású, vizuálisan kellemetlen a beszéd; a teljesítmény, a folyamatosság akadályozott, nem a megszokott ritmusú; lingvisztikailag hiányos, korhoz, fejlődéshez viszonyítva nem megfelelő; önmagával való beszélgetés jellemző; a beszéd és a dialógus szabályainak ignorálása; a verbális beszéd motivációjának hiánya; zavaró paralingvális jelek (intonáció, szünetek, hangmagasság); zavaró extralingvális jelek (gesztikuláció, poszturika, proxemika; szimptomatikus beszédzavarok (a meglévő szindróma mellett: pl. értelmileg akadályozottak beszéde).*

Az akadályozottságok, zavarok, tünetek egységesítését szolgálja a nemzetközi regiszter (MKCH, FNO), amely a logopédia területén a következő diagnózisjelöléseket használja:

- F 80–F 89: beszédzavarok, F 84–autizmus, F 94–elektív mutizmus, F 98.5–dadogás,
- F 98.6–hadarás (az utóbbi kettőt a nem specifikus magatartás- és érzelemzavarok közé sorolták, kizárva az eddig fenntartott beszédneurózis okozatot, és így szimptomatikus beszédzavarként jegyzik).

*A leggyakrabban használt fogalmak pontos meghatározását közöljük:*

*kommunikáció* – társadalmi kapcsolatfelvétel, *beszéd* – intrapszichikus folyamat, a kognitív megismeréssel, főleg a gondolkodással függ össze, *beszélgetés* – a legbonyolultabb szenzomotorikus emberi tevékenység, *megértés* – megismerő tevékenység, amely az értelem és a hallási percepcióval függ össze.

A logopédia területén a leggyakrabban használt osztályozás Lechta V. (2002) nevéhez fűződik, és mi is ezt ismertetjük. A beszéd- és a kommunikációs zavarokat 3 csoportba oszthatjuk:

1. *organikus (szervi)*: a beszéd motorikus és hallási központjainak idegrendszeri zavarai, beszédszervek zavarai,
2. *működési (funkcionális)*: szenzorikus-verbális depriváció, bilingvizmus, nem megfelelő nyelvi minta (hatéves korig korrigálható),
3. *pszichogén*: lelki traumák, szociokulturális tényezők, pszichoszociális folyamatok megélése (figyelem, érzékelés, észlelés, emlékezet, motiváció, pszichomotorika – mind közvetlenül összefüggnek a verbális kognitív folyamatokkal, és minden személyiség ezt másképp éli meg).

*A beszédzavarok felosztása:*

- kiejtési – 10 éves korig a legtöbb;
- fonációs – rhinolália, hangzási zavarok;
- a beszéd ritmusának, tempójának zavara – dadogás (balbuties), hadarás (tumultus sermonis);
- beszédzavarok – a hallás akadályozottsága miatt kialakuló zavarok;
- beszédzavarok – afázia, megkésett beszédfejlődés.

*A beszédzavarok hagyományos osztályozása:*

- a beszédfejlődés zavarai: alália, diszfázia;
- beszédneurózis: dadogás, hadarás;
- hallás utáni beszédzavarok: sziszegő hangok rossz ejtése, agrammatizmus jelenléte;
- a beszédközpont zavarai okozta hibák: afázia, dizartria;
- artikulációs szervek akadályozottsága: palatolália; orrhangzás;
- hangkiejtési zavarok: diszlália.

*A kiejtés (diszlália) zavarainak felosztása:*

1. funkcionális: motoros, szenzorikus;
2. organikus: labiális, dentális, lingvális, palatális, nazális.

*A kommunikációs zavarok fajtái:*

- zavart beszédfejlődés: a beszédelsajátítás zavara – kései, korlátozott, megszakított. Lechta V. (2002) háromféle beszédképtelenséget különböztet meg: élettani, késleltetett élettani és fejlődési alália;
- diszlália – artikulációs zavar: az egyes hangzók helytelen artikulációja és kiejtése;
- rhinolália – a hanghordozás zavara, fokozott nazalitás (orrhangzós beszéd);
- hadarás: a beszédtempó zavara;
- afázia (beszédképtelenség): központi beszédmegértési és beszédprodukciós zavar;
- dizartria: a kiejtés súlyos zavara, amely a megértést nehezíti;

- mutizmus, elektív mutizmus: némaság, kommunikációs érdektelenség neurotikus v. pszichikai alapon;
- dadogás (balbuties): a beszéd folyamat zavara tonikus (nehéz szókezdés), klonikus (szótagismétlés) vagy tono-klonikus görcsökkel, a beszédképző szervek komplex zavara.

A beszéd- és kommunikációs zavarok megelőzésében jelentős feladat hárul az óvodára, ahol a beszédfejlődés élettani menetét biztosítani kell. Idetartozik a helyes beszédminta, egyéni beszédfejlődési odafigyelés, spontán és irányított beszélgetés stb. A logopédia számára fontos a prevenció, vagyis a kommunikációs zavarok megelőzése. Mivel a zavarok megelőzéséről beszélünk, ezért a logopédia nem használja az akadályozottság fogalmát, ugyanis reverzibilis állapotot tételez fel. (A logopédiai rendelők az egészségügy hatáskörébe tartoznak.)

### II.3. Látásukban akadályozottak pedagógiája

A látásukban akadályozottak pedagógiája (régén: tiflopédia) a speciális (gyógy)pedagógia rendszerében, edukációjuk elméletével és gyakorlatával foglalkozik. Esetükben a vizuális ingerek fogadása korlátozott, hiányos vagy hiányzik. Négy kategóriába osztjuk őket:

- a. vakok,
- b. aliglátók (fényérzékelők, nagy tárgylátók, ujjolvasók),
- c. gyengénlátók,
- d. tompalátók, kancsalok.

Idetartoznak a színvakok is, illetve a refrakciós hibák (rövid-, távollátás, asztigmatizmus).

A befogad(hat)ó információk mértékét és minőségét a látáscsökkenés foka és típusa határozza meg. A nevelésük során három szempontot kell figyelembe venni: a látás fokát, az életkort, amikor a látásváltozás bekövetkezett és az okot.

*A vakok két csoportra oszthatók:* teljesen vakok és gyakorlati vakok.<sup>22</sup> Külön speciális iskola fogadja őket, és már a családban elkezdődik a rehabilitációjuk. Edukációjuk speciális tanszerekkel és segédeszközökkel történik. Az olvasásra és az írásra domborított betűket használnak, ezt nevezzük Braille-írásnak, amely

---

22 gyakorlati vakok – fényérzékeléssel, látásmaradvánnyal bírnak

a legelterjedtebb a világon. Az elektronika-számítástechnika nyomtatott információrobbanást jelentett a vakok számára, így a pontírást olvasók száma mind kevesebb. A tapintási vagy a hallási ingerek veszik át a kompenzációt.<sup>23</sup>

A látószervek anatómiai felépítése már a születéskor kifejlődik, az élettani (fiziológiai) fejlődésük fokozatos. Hatéves korig az alapfunkciók kifejlődnek, hatéves kor után már teljes értékű a binokuláris látás, fixációs reflexek, a szem szintetikus-analitikus látása, differenciáló képessége. A látásban akadályozottaknak speciális edukációs szükségleteik vannak, mivel problémáik jelentkeznek a mozgásban, a térorientációban, az írott kommunikációban, az önellátásban és az élet több más területén is. Mindezt a látásakadályozottság minősége, foka határozza meg.

A látás az ingerfelvétel 80%-át biztosítja (vizuális ingerek). A látásvesztést az oftalmológus határozza meg, és az egyén iskolai besorolása figyelembe veszi ezt, mivel meghatározza a látás terhelhetőségének tényét.

*Pedagógiai-pszichológiai kritérium szerinti felosztás:* adaptabilitás, szociabilitás, az akadályozottság ideje, szervi akadályozottság, működési zavar, időpont: 9–12 éves életkor előtt vagy után. (Németh O. 2012)

Azt, hogy kinek mennyi a látásmaradványa, a látásélesség vagy vízus mutatja meg. Ez a retina felbontóképességét kifejező mérőszám, amely a látásérülés fokát a teljes látás százalékában vagy tört formájában adja meg. Ezt az adatot a sajtós nevelési igényű tanuló szakértői véleménye is tartalmazza. A vízus jele nagy V betű, amely után két sorban találhatóak a két szem látásélességét jelző számok: felül a jobb, alul a bal szemre vonatkozóan. Például így:

V	0,25
	0,1

Ez azt jelenti, hogy a jobb szemem 25%-os, a bal szemem pedig 10%-os a látásmaradvány. Látásában akadályozott az a tanuló, akinek látásmaradványa két szemem, korrekcióval – a teljes látáshoz viszonyítottan (amelyet 100% - nak tekintünk) – 33% alatti, illetve látótere 10 fokos vagy annál alacsonyabb.

23 a vakok információszerzésének lehetőségei - MEK: [mek.oszk.hu/01200/01224/html/](http://mek.oszk.hu/01200/01224/html/). 2013.10.15.

## Leggyakoribb látási akadályozottságok:

1.) *Refrakciós szemzavarok*: rövidlátás (myopia), távollátás (hypermetropia), asztigmatizmus

A szem alkalmazkodási képessége a korai időszakban nagyobb, ezért gyakran az iskolába lépés után jelentkezik, amikor a szem terhelése megnő. Így a látás homályossá válhat, nem elég éles, a szem nem pontokból érzékeli az ábrát, hanem csíkcocskákból.

2.) *Binokuláris zavarok*: leggyakoribb látászavar, a szem működési egyensúlya a jobb és bal szem között helytelenül működik. Ebbe a csoportba tartoznak a monokuláris (a szemek látótere és mozgása független egymástól) és az egy szemmel látók (anofthalmia – a szem veleszületett hiánya) is. Ők általános iskolai ellátást kapnak, specializált klinikán rövid tréningen vesznek részt, ahol felkészítik őket a speciális edukációs szükségletre.

Tompalátás (amliopia) reparabilis működési zavar, amely a szem különböző látási képességére utal. Az egyén az erősebben látó szemét helyezi előnybe, így elnyomva a másik szem működését. A kancsalság (strabizmus) nem egy látótengelyen biztosítja a látást, ezzel torzítva az eredményt, kettős képi látás (diplopia) lép fel, rontva a látási érzékelést. A divergens strabizmusnál a szemtengely szétnyílik, míg a konvergensenél összetét, ez lehet vertikális vagy horizontális. A kancsalság lehet konstans (állandó), periodikus (néhány szituációban jelentkező) és alternáló (minden szem más irányt követ).

Ha a térlátás sérült, akkor nem jön létre a háromdimenzionális képlátás, nem érzékelhető a mélység. Az ilyen akadályozottság a távolságok torzított észlelését, a téri elrendezés, irány és a mozgás torzulását okozza, illetve az érintettek rosszul érzékelik a saját mozgásukat is. A helytelen térlátás szűkíti a látószöget és csőltást okozhat.

3.) *Gyengénlátás*: a gyengénlátás szervi zavar, heterogén háttérrel, amely nehezíti a differenciálást. Először tompalátásként kezelik. A gyengénlátás osztályozása a távoli vízus alapján történik:

- távoli vízus felső határa:  $5/20 = 25\%$ ,
- távoli vízus alsó határa:  $3/50 - 1/50 = 6-2\%$ .

A gyengénlátóknak ügyelniük kell a gyors mozdulatokra, fontos a megvilágítás (általában 250 lux, míg a gyengénlátóknál 500 lux intenzitás; az albínóknál<sup>24</sup> a megvilágítást tompítani kell – helyi megvilágítás szükséges). A betűk nagysága fontos – legyenek közép nagyságúak, mint amilyenek az ábécéskönyvekben vannak (14–18 pontosak), és erőteljesebb vonalhúzást igényelnek. Az általános iskolai tankönyveket használják, korrekció a szemüveg, illetve a nagyítóüveg.

4.) *Aliglátók*: Látásmaradványokkal rendelkező egyéneknek speciális iskolai ellátásra van szükségük. A látás max. a szem előtti tárgyakat különbözteti meg, pl. a szem előtt látja, hány ujjja van, míg a kinyújtott kézen már nem.

5.) *Vakok*: vaknak számít az az egyén, akinek központi látásélessége korrekció után  $6/60 = 10\%$  norma és kevesebb. Speciális edukációs szükségletűek, Braille-írással tudnak csak megtanulni írni, olvasni, gyógypedagógiai, tiflopedagógiai ellátást igényelnek.

*A következőkben felsorolunk néhány olyan akadályozottságot, amelyek speciális pedagógiai ellátást igényelnek:*

abláció – szaruhártyaleválás, achromázió – színvaktság, oftalmia – szemvesztés, anopia – látásképtelenség, asztigmatizmus – szemtengelyferdülés (a fénysugarak anomális törése) diplopia – kettős látás, strabizmus – kancsalság, ampliopia – tompalátás.

A vakok információfeldolgozása a hallás és a tapintás útján jön létre. Az írást a Braille-pontírás biztosítja különböző tiflografikus technikák segítségével. A részleges látók esetében az optikai technika segítségével a látás erősítése történik – felnagyított és erősített grafémák és képek alakjában – egyéni szükséglet szerint. Ügyelni kell a pszichohigiénére, vagyis a szem fáradékonyására is. A tompalátók és kancsalok esetében párhuzamosan a binokuláris látási zavar korrekciója történik. A látászavarral küszködő tanulók edukációjában segít Németh O. (2012) módszertani könyve.

24 Az *albinizmus* (latin *albus*: „fehér” szóból) a színanyag képződésének veleszületett zavara, mely csökkent vagy hiányzó pigmentációban nyilvánul meg. A melanin nevű festékanyag hiánya előfordulhat a bőrben, a szőrzetben és a szemben egyszerre (okulokután albínó) vagy külön-külön. Az albínók bőre tejfehér, hajuk fehér, szemük pedig pirosas, gyakran jár együtt a szem különböző elváltozásaival (nisztagma, asztigmatizmus). Bizonyos esetekben az írisz és az ideghártya pigmentációja hiányzik, más esetekben a pigmenthiány csak a bőrben (Vituligo) és a hajban lép fel. Mindkét forma gyakran a látásélesség csökkenésével jár. (wikipédia 2013.07.15.)





## II.4. Hallásukban akadályozottak pedagógiája

Hallásában akadályozott az a személy, akinél a halláscsatorna csökkent vagy blokkoló működése megakadályozza a verbális beszéd befogadását, feldolgozását, értelmezését, valamint agyi feldolgozását. Ez az akadályozottság kihat az edukációra, az egyén egész életminőségére. Speciális edukációra van szükségük azoknak, akik a kompenzáció ellenére is érvényesülésüket hátráltató komoly megértési, kommunikációs és gondolkodásbeli problémákkal küzdenek. A halláskárosodást decibellekben fejezzük ki, ez a hallóinger intenzitását jelöli.

A hallási akadályozottság oka szervi eredetű, a hallószerv valamelyik része károsodik. Lehet öröklött (gyakori családi előfordulás, rokonházasság), veleszületett (terhesség alatti vírusos megbetegedések következménye, a fül deformitásai) és szerzett (baleset, betegség következménye).

*A hallássérülés típusai:* siketség, nagyothallás, illetve a kettő közötti „átmeneti sáv” a hallásmaradvány. Ezek a hallássérülések mindegyike lehet szerzett vagy öröklött. Ma a hallássérültek mindegyike jól vagy rosszul, de kommunikál. *Felosztásuk:*

- *Hallásmaradványok* – veleszületett vagy szerzett hallásvesztés.
- *Siketség* – hallásvesztés, ami a beszédfejlődés alatt vagy után azonosítható be.
- *Nagyothallás* – veleszületett vagy szerzett részleges hallásvesztés.

Az emberi hallásérzékelés meghatározott magasság- és hangerőtartományok közötti levegőrezgéseket képes felfogni. A hangmagasság a rezgésszámtól függ, mértékegysége a hertz (jele: Hz), a hangerősség mértékegysége a decibel (dB). A még éppen meghallott hangoknak az érzékelése mutatja a hallásküszöböt. Az emberi fül a 20 – 20 000 Hz közötti magasságú hangokat képes érzékelni. Jó hallás esetén 0 – 10 decibel közötti a hallásküszöb. A hallássérülteknél ez 30 – 100 vagy még nagyobb, akár 110 – 115 decibel között is lehet. A beszédhangok a 300 és 4000 Hz közötti tartományban találhatóak.

A hallásukban akadályozottak csoportjait súlyosság szerint differenciálják: nagyothallókra és siketekre. Teljes siketség ritkán fordul elő. A kategorizálás alapja a különböző frekvenciákon mért átlagos hallásvesztés. Eszerint: 25 – 40 dB hallásvesztés – enyhe, 40 – 60 dB hallásvesztés – közepes, 60 – 90 dB hallásvesztés – súlyos nagyothallás, 90 – 110 dB hallásvesztés – a siketiséggel határos átmeneti sávba tartozik, és 110 dB feletti hallásvesztés siketiséget jelent.<sup>25</sup>

25 OFI: Sajátos nevelési igény: a látássérülés, a hallássérülés, a mozgáskorlátozottság, az autizmus, a beszéd fogyatékoság, az értelmi fogyatékoság: Ami a kategóriák mögött van. [www.ofi.hu](http://www.ofi.hu) Tudástár >2013

A hallásukban akadályozottak pedagógiájának célja az optimális kommunikációs rendszer kiépítése. Az átlagos gyermekpopulációnak kb. 1 %-a hallásában súlyosan akadályozott, cca. 3–4% a nagyothalló.<sup>26</sup>

Az edukációs szükségletekről komoly szakmai vita folyik. Egyes pedagógiai irányzatok a jelnyelven való oktatást támogatják, amelynek során bizonyos tantárgyakban jelnyelven sajátítják el a tananyagot. A másik irányzat szerint egyértelműen a hangzó nyelven kell oktatni. Később az oktatás egyértelműen az orális beszéd fejlesztésére helyezte a hangsúlyt, így segítve a halló közösséggel való kommunikációt. Majdnem százéves tapasztalatok azt mutatják, hogy a természetes kommunikációs nyelv a jelnyelv, a szakemberek egy része szerint a jelnyelv elsajátítása után kerüljön sor a hangzó nyelv elsajátítására. Minden ország nyelvi közege más, így a jelnyelve is saját jellegzetességekkel bír.

A hallásukban akadályozottak iskolájában általános iskolai tankönyveket használnak, de szurdopedagógiai módszertant alkalmaznak. Az integrált képzés a kölcsönös kommunikációs szint megteremtésével érvényesíthető, ami az érintett számára a többségi társadalomtól elvárt nyelvi közeg. A hallási akadályozottság szervi eredetű; veleszületett vagy szerzett. A hallási akadályozottság bekövetkeztének ideje döntő jelentőségű: a beszédfejlődés előtt, közben, után, az iskolába lépés előtt (5–6 éves kor körül). Ha a beszédfejlődés előtt jelenik meg az akadályozottság, akkor *prelingvális*, ha pedig utána, akkor *posztingvális* hallási akadályozottságról beszélünk. Ha a gyermek már elsajátította a hangzó nyelvet, továbbra is támaszkodhat rá. A hallási akadályozottságot a hallószerv perifériás vagy központi idegrendszeri sérülése, zavara okozza. Meghatározza a hallás befogadási, feldolgozási akadályozottságát, megszabja a hallás lehetőségeit (magas, mély tónusok, kombinált feldolgozási nehézségek – legsúlyosabb akadályozottság).

A hallási akadályozottság fokozatai:

- könnyű: 27 – 40 dB (enyhe sérülés),
- közepes: 41–55 dB (nagyothallás – kompenzáció nélkül),
- közepsúlyos: 56 – 70 dB,
- súlyos: 71–90 dB,
- nagyon súlyos: több mint 91 dB veszteség (siketség).

---

26 Rosta Katalin (ed.). www.gyogypedagogiai szemle.hu. 2012. XL. Jubileumi szám. ISSN 0133-1108. 2013

A hallásvesztés következményei:

- *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 követhető, a szókincs beszűkülhet, felléphetnek beszédhibák, szükség van a szájról olvasásra.
- *56–70 dB közepes veszteség*, csak a hangos társalgás érthető, a csoportos beszélgetés nehezített. A beszédérthetőség gyengébb, valószínű az expresszív ugyanúgy, mint a receptív beszédzavar, valamint a korlátozott szókincs.
- *71–90 dB súlyos veszteség*, az erős hangok kb. 40 cm távolságból hallhatók, a környezeti zajok felismerése lehetséges, a magánhangzók és mássalhangzók egy része differenciálható, a beszéd és a nyelv valószínűleg torzul. Ha a veszteség az első életévig jelentkezik, a beszédfejlődés spontán módon nem indul meg.
- *91 dB vagy több hallásvesztés* már igen súlyos, egyes erős hangok hallhatóak, az elsődleges kommunikáció, a beszéd- és a nyelvfejlődés valószínűleg sérült. A spontán beszédfejlődés elmaradhat.

*A hallási akadályozottság kompenzációjára a következő segítségek vannak:* támogató kompenzációs segédeszközök (készülékek), szájról olvasás, daktil- vagy ujjábécé, írott, orális beszéd.

A siketek által használt jelnyelvnek önálló szókincse, „hangtana”, mondattana, alaktana van. Az egyes jelek szavakat, fogalmakat, gondolatokat jelentenek. A daktiljel hangot, betűt (ujjak) jelez. Fontos a kognitív fejlesztés, a kompenzációs segédeszközök alkalmazása és az emocionális-akaratú tulajdonságok erősítése.

*A kommunikációs rendszereket a hallási akadályozottság foka szerint alkalmazzák:* optikus rendszer (kommunikáció mimika és gesztikuláció segítségével, jelnyelv, ujjábécé, szájról olvasás, orális beszéd), optikai, akusztikus rendszerek (hallókészülékek, erősítők stb.), vibrációs rendszer.

Hazánkban 1995-től a jelnyelv hivatalos kommunikációs nyelvnek számít. A köztintzmények szükség szerint tolmácsot alkalmaznak. A hallásukban akadályozottak számára speciális bentlakásos iskolák működnek.

7. ábra: Daktil-ábécé (magyarjelnyelv.eoldal.hu)<sup>27</sup>

27 A **fonomimikai ábécé** a magyar siket közösségek egyik ábécéje a daktil mellett. A fonomimikai ábécét használva tanítják a gyógypedagógusok a siketeket a beszédhangok helyes elsajátítására. A siketek egy része a daktilt részesíti előnyben, mások inkább a fonomimikát használják. Fontos szabály, hogy a két ábécét nem szabad egyazon szóban keverni. Magyarországon a daktil nem túl népszerű, legtöbbször csak a tulajdonneveknél alkalmazzák, és ilyenkor is csak a kezdőbetűt jelelik és kísérik artikulációval. A fonomimika az olvasás tanításának a 20. század elején kialakult módja. Hangokra épül, amelyekhez jelek társulnak. E jeleket alkalmazva szavakat is összekapcsolhatunk. [www.hallatlan.hu/hu/jelek/abc\\_fonomimikai.html](http://www.hallatlan.hu/hu/jelek/abc_fonomimikai.html).2013

## II.5. Mozgásukban akadályozottak, betegek és legyengültek pedagógiája

A mozgásukban akadályozottak, betegek és legyengültek pedagógiája az érintettek edukációs szükségleteit biztosítja. Idetartoznak: a mozgáskorlátozottak, a központi idegrendszeri betegségek következtében kialakult motoros akadályozottságok, valamint az egészségükben akadályozottak (diabetes, kardio-vaszkuláris betegségek, asztma stb.). A szomatikus integritás akadályozottságának három fő csoportja van:

- a. *mozgásukban akadályozottak*: a rehabilitáció a mozgáskorlátozottság akadálymentesítését, a külső testi eltérést és ennek elfogadását célozza meg,
- b. *betegek*: egészségi állapotuk nem engedi meg az iskolátogatást, ezért kórházakban, gyógyintézetekben ágyban fekvve részesülnek oktatásban,
- c. *egységükben akadályozottak*: gyógyintézetekben, szanatóriumokban vannak utókezelésen.

A testi akadályozottak nagy csoportját alkotják az *agyi sérült gyermekek* (ICP – infantilis cerebralis paresis, DMO – detská mozgóvá obrna). Ez az agy korai fejlődési zavara, és az agyműködés különböző területeit és a mozgást érinti. A kiváltó okok sokfélék lehetnek: szpasztikus és renyhe izomzat – különböző végtagi kombinációban, amely a mozgás lehetőségét meghatározza. Az egyik alcsoportját képezik a kisagyi bénulások, amikor nem beszélhetünk testi bénulásos akadályozottságról, hanem feltűnő mozgásos ügyetlenség jelentkezik. Ez változik az idegrendszer és a gyermek fejlődésével. A testi akadályozottsággal együtt gyakran előfordul a kommunikációs zavar is, ezért az edukációban fontos szerepet kap a kommunikációs készségek fejlesztése. Az ágyhoz kötött beteg gyermekek edukációjának mértékét – az egészségi állapotot figyelembe véve – a kezelőorvos szabja meg (általában a heveny tünet lecsengése után, kb. két-három hét után).

Az értelmi képességek csökkenése a központi idegrendszer sérülésének következménye, ezt hívjuk mentális retardációnak (értelmi fogyatékos, oligofrénia, tanulási akadályozottság – duševná zaostalost), ha mozgásszervi akadályozottsággal társul, akkor halmozott akadályozottságról beszélünk. Vannak testi akadályozott (*szomatogén tényezők*) vagy beteg gyermekek (*tartós hospitalizáció*). Az egészségileg legyengült, különböző szanatóriumokban, gyógyintézetekben tartózkodó gyermekek is a mozgásukban akadályozott pedagógia célcsoportját képezik.

Kollárová E. (2004) a mozgáskorlátozottságot így osztotta fel:

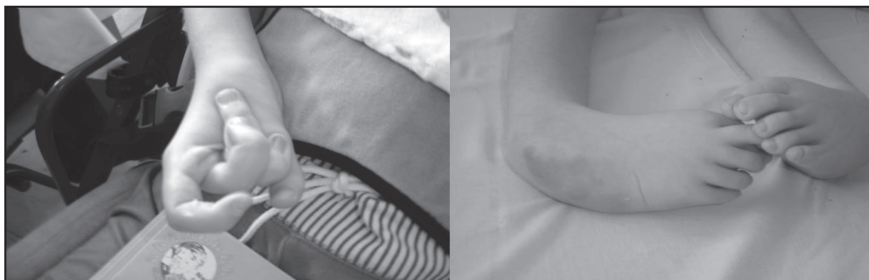
- *elsődleges*: a mozgást biztosító szervek akadályozottsága esetén (fejlődési rendellenesség, betegség, baleset következtében),
- *másodlagos*: nem a mozgásszervek sérültek, hanem más betegség miatt korlátozott a mozgás.

A *leggyakoribb mozgáskorlátozottságok*: mozgásképtelenség, járászavar, egyensúlyzavar, fokozott önkéntelen mozgás és más. Testi akadályozottsághoz tartoznak az anomális végtag fejlődési zavarai, gerincdeformitások, makrocefália, mikrocefália, gerincsérvek stb.

A rehabilitációs módszerek közül megemlíthetjük a Bobath- és a Vojta-módszert, a hidro- és a termoterápiát, a masszázsokat, az orofaciális (száj és környezete) stimulációt stb. Magyarországon jelen van a konduktív pedagógia, amely dr. Pető András nevéhez fűződik. Az 1940-es években hozta létre a központi idegrendszeri károsodás következtében mozgássérült személyek helyreállítását célzó konduktív pedagógiai rendszert, amelyet az általa vezetett intézet alkalmazott először. Követője, a rendszer továbbfejlesztője és a főiskolai képzés vezetője dr. Hári M. volt. A konduktív nevelési rendszer lehetőséget ad a személyiség sokoldalú kibontakoztatására, ugyanakkor lehetővé teszi a társakkal, csoportban történő együttműködést is, előkészíti a valódi integrációra. Alapgondolata, hogy a központi idegrendszer a károsodások ellenére is rendelkezik tartalékokkal, új kapcsolatok kiépítésének lehetőségével, amelyek a tanulási-tanítási folyamat megfelelő vezérlésével mozgósíthatók. A konduktív latin eredetű kifejezés; jelentése rávezetés. A tanulókat az egyes mozgásfolyamatok elvégzésére tanítják, úgymond rávezetik a beteget, csak annyi segítséget nyújtva, amennyi szükséges egy mozgás vagy mozdulatsor elvégzéséhez. ([www.peto.hu](http://www.peto.hu))

A beteg gyermekek közé soroljuk azokat, akiknél a szervezet egyensúlya vagy a szervezet és a környezet közötti egyensúly hosszú távon akadályozott, és egészségügyi ellátásra szorulnak. A *leggyakoribb gyermekbetegségek* közé tartoznak: a felső légúti betegségek, vérrendellenességek, metabolikus zavarok, fertőző betegségek. A beteg gyermek egészségi állapotára való tekintettel nem oktatható átlagos iskolai intézményben. Egészségileg legyengült az, aki gyógykezelésre szorul, hosszabb-rövidebb ideig gyógyintézetben tartózkodik. Az edukációt az akadályozottság mértéke szabja meg. Komplex ellátásukat a szomatopédiai intézmények látják el.

8. ábra: A végtagok rendellenes működése – Rett sz. (Stredl T. 2006)



## II.6. Halmazottan akadályozottak pedagógiája

A *halmazott akadályozottságot* a multifaktoriális, -kauzális és -szimptomatológiai összhatás okozza, amely a különböző akadályozottságok, zavarok kölcsönhatásának az eredménye. Kölcsönhatásuk és átfedésük következtében ún. szinergikus hatás jön létre, amely a meglévő akadályozottságok és zavarok összeadott értékéből különbözően új minőségű akadályozottságot eredményez. (Vašek Št. 1999) Az edukáció módját mindig az egyén akadályozottságának fajtája, foka, típusa és lehetőségei szabják meg, egyéni differenciáció nélkül nem lehet megfelelő edukációs környezetet biztosítani. (Vančová A. 1999)

A halmazott akadályozottság legtöbbször az értelmi és más akadályozottság vagy zavar átfedését jelenti. Elsődleges gyógy(speciális)pedagógiai feladat a kommunikációs lehetőségek, másodlagosan a szocializációs lehetőségek megteremtése. A gyakorlatban az akadályozottságot gyakran a domináns akadályozottság szerint sorolják be, és másodlagos akadályozottságként értelmezik a további tünetet vagy tünetegyüttest. Ezért a *halmazottan akadályozottak pedagógiája* a gyakorlatban háttérterületet jelent, szinte minden más terület is foglalkozik vele. A hatékony speciális pedagógiai beavatkozás azt jelenti, hogy minél jobban feltárja az egyén aktuális és potenciális lehetőségeit az edukáció szempontjából.

Milyen tünetek és tünetegyüttesek kombinációjáról lehet szó?

- súlyos értelmi akadályozottság, ellátásra szorulnak,
- egyéni bánásmódot igényelnek speciális ingerek biztosításával,
- érzéseiket, szükségleteiket verbálisan nem tudják kifejezni, vagy sajtáságos viselkedéssel jelzik (autoagresszió, autisztikus jegyek stb.),

- fejlesztésüket az értelmi akadályozottság mellett más testi akadályozottság, agysérülések vagy betegségek (epilepszia) gátolják. Gyakran megfigyelhetőek a hospitalizmus<sup>28</sup> jelei is. (Hatos Gy. 1999)

A domináns akadályozottság alapján a hagyományos felosztás a következő:

1. vak-siketnémaság,
2. értelmi és testi akadályozottság,
3. értelmi akadályozottság hallási akadályozottsággal,
4. értelmi akadályozottság és betegség,
5. értelmi és látási akadályozottság,
6. értelmi akadályozottság súlyos magatartászavarral,
7. érzékszervi és testi akadályozottság
8. beszédzavar érzékszervi, testi és értelmi akadályozottság krónikus betegséggel

Az edukáció szempontjából hatékony a domináns akadályozottság szerinti beiskolázás, mivel a tanulást késleltető/akadályozó tényezőket kell elsősorban figyelembe venni ahhoz, hogy kognitív fejlesztést, célirányos tanulási folyamatot tudjunk biztosítani.

Leggyakoribb formái:

- értelmi akadályozottság és szenzorikus vagy testi akadályozottság,
- magatartászavarok és más akadályozottság vagy zavar,
- vak-siketek.

Kommunikációjuk gyakran csak az alternatív és augmentatív kommunikáció segítségével lehetséges. Edukációjuk általában – egyéni oktatási lehetőséggel megtámogatva – a speciális iskolák speciális osztályaiban és a készségfejlesztő iskolákban (praktická škola) történik.

---

28 A hospitalizmus vagy hospitalizáció tágabb értelemben olyan magatartászavar, mely hosszabb intézeti (kórház, nevelőotthon, szociális otthon, intézet stb.) tartózkodásra vezethető vissza. Minden hospitalizációs ártalom, testi-lelki károsodás kimutatható a hosszabb ideig intézeti körülmények között élő gyermekek és felnőttek esetében egyaránt. (wikipédia 2013)



Mikor arról beszélünk, hogy gyakori esetben a domináns tünetegyüttes szerint van behatárolva az akadályozottság felismerése, beszélünk kell a *ritka betegségekről* is, amelyek hétezer különböző formában jelennek meg és mind a kutatás, mind a szakellátás számára komoly kihívást jelentenek. A ritka betegségek Európában 2000 betegből egy, vagyis egymillió lakosból ötszáz beteget tartanak nyilván. (EU 25 tagállam – 459 millió lakos / 30 millió beteg) Nagyon ritka betegségek, ezért elszigeteltek, sebezhetőek, kiszolgáltatottak, nincsenek regisztrálva, sokszínűek ([www.eurodis.com](http://www.eurodis.com)):

- 80% genetikai okokra vezethető vissza
- a domináns, feltűnőbb tünet lefedi az eredeti betegséget, pl. autizmus (Rett, Angelman...)
- nincs megfelelő diagnózis
- információhiány jellemzi
- a tudományos ismeretek hiányosak
- társadalmi következményei súlyosak
- a megfelelő egészségügyi ellátás hiányos
- igazságtalanságokkal találkozhatnak az érintettek a gondoskodásban
- az oktatásban gyakran rejtve maradnak, a tünetek másodlagosan vannak értékelve

Az *Angelman-szindrómát* először három-hét éves kor között ismerik fel, amikor megjelennek a kiséző tünetek, mint az etetési problémák, motoros nehézségek, beszédproblémák, figyelemproblémák, hiperaktivitás, súlyos tanulási nehézségek. A magaviseletet érzelmesség jellemzi, gyakran hangos nevetéssel kísérve. Az arcon grimaszok jelennek meg, amelyek a boldogságot tükrözik. Ingerlékenyek, a figyelmük szórt. Komplex ellátást igényelnek, mivel szinte minden területet fejleszteni, támogatni kell.

Ha különbséget vonunk a két ritka tünetegyüttes között, vagyis az *Angelman-és Rett- szindróma* között, látjuk, hogy sok hasonlóságot találhatunk. A népnyelv gyakran néma angyaloknak hívja őket, mivel az arc emocionalitása, az okos szemek szinte beszélnek. A legnagyobb hasonlóság a beszéd kiesése és az emocionalitás fennmaradása. Ha a különbségeket figyeljük, akkor látjuk, hogy az Angelman-szindrómás egyéneknél a felső végtagok, vagyis a kezek használata megmarad, ezzel segítve életminőségüket. A Rett-szindrómát a „mosómasa” effektus kíséri, vagyis a kezek morzsolása, állandó sztereotip ismétlődő mozgása. Ezzel az önellátás hiányzik, a minőségi életviteli különbség adott.

## MKCH10. F84.2 Rett-szindróma

A szociális fejlődés és a játszás az első két-három évben megreked, azonban a szociális éréklődés megmarad. A legjellemzőbb a kéz használatának és a manipulációs készségeknek az elvesztése. Ezt kíséri a beszéd részleges vagy egész elmaradása. Feltűnő a kezek sztereotip mozgása, a vállak és az ajak mellkasi közelítése, a kezek nyálazása, a társasági szabályok elvesztése. Jellemző a szociális mosoly, a tekintettartás, azonban kapcsolatfelvétel nélkül – ami később kialakulhat. Gyakori a későbbi sztereotip mozdulatok, érdeklődések kialakulása. A fiúk elvetélnék már a magzati korban. Habár a mai tudomány szintjén már jegyzik – a magas mortalitás ellenére – a fiúk születését is. A lányoknál egynél a 10 000 lány újszülöttből jelentkezik a Rett-szindróma, ami a MECP2 gén mutációja az X kromoszómán. Ez a „tükörgén” több ritka betegségnél beazonosítható – szinte olyan, mintha a tünetegyüttes attól függne, melyik része „csorbul”. Jellemző a korai természetes fejlődés kb. egy-két éves korig (9 hó – 30 hó között). Az általunk megvizsgált 27 esetről átlagban a 18. hónap körül figyelte meg először a szülő a rendellenességet. Ilyenek voltak a fejlődés stagnálása, az addig szerzett készségek elvesztése (kiesett a kanál a gyermek kezéből). *Legjellemzőbb tünetek:* a beszédképesség és a kezek használatának elvesztése, tenyértördelés, tapsolás, szájba vevése. A járás bizonytalanná válik, megjelenik a spiccelés, széles lábtartás – kb. 50% akadályozott járó marad. (Stredl T. Rett Foundation Slovakia. 2004) Későbbi kísérő tünetek a légzési nehézségek – hiperventiláció, légzésvisszatartás, levegőnyelés, az epilepszia, izomtónus növekedése. Általában szociális otthont látogatnak és egyéni gyógy(speciális)pedagógiai ellátást kapnak.

## II.7. Kivételes tehetségek pedagógiája (tehetséggondozás)

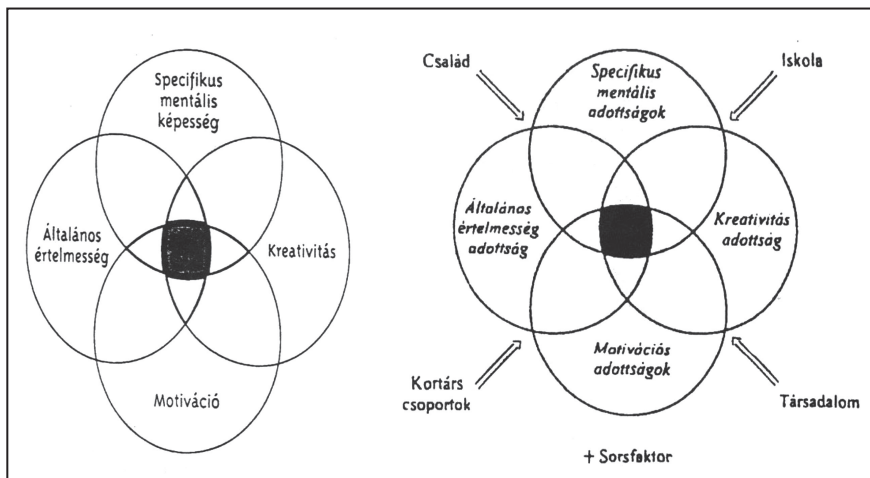
A tehetség az általános értelmi képesség vagy pszichomotoros képességek valamelyik területének magas szintű gyakorlását jelenti. Soktényezős jelenség, amelyet zsenialitásnak vagy magas fokú tehetségnek nevezünk. A speciális pedagógia a tehetségeket a sajátos nevelési igényűekhez sorolja, mivel az edukációban egyénre szabott fejlesztő módszereket igényelnek a tehetség megtartására, fejlesztésére.

*A tehetség meghatározó tényezői:* képességek, öröklődés, környezet, nevelés. E tényezők kölcsönhatásai egymást erősítően, vagy egymást gátolva határozzák meg az egyén fejlődésének, fejlesztésének lehetőségeit. A tehetséget és a talentumot megkülönböztetjük (Czeizel E. 2013):

- *Tehetség* – kiemelt képességek különböző területen.
- *Talentum* – veleszületett diszpozíciók az egyes tevékenységek megvalósításához.

A tehetség területeinek meghatározása a következő: értelmi képességek, művésztípus, mozgásos tehetség, technikai típus, kiemelkedő szervezőképesség. Az adott területen az egyén gyors, minőségi alkotómunkát végez, és ez nem helyettesíthető nevelési hatással.

9. ábra: A tehetség négy összetevőjének viszonya. (Czeizel E. 2013)



A kivételes társadalmi teljesítmény akkor várható, ha ez a négy képesség átfedi egymást, tehát egybeesik. Az adottságok és a külső hatások kölcsönhatását érzékelteti a  $4x2+1$  faktoros táalentum modell.

A kivételes tehetségűek edukációja sokáig nem volt része a speciális pedagógiának, annak ellenére, hogy módosított oktatási folyamatot igényeltek. Nemzetközi szinten több speciális pedagógiai rendszer felvállalja ezt a területet. Nálunk elsőként Brtka J. már 1976-ban idesorolta a kivételes tehetségűek pedagógiáját is. Laznibátová J. (2001) nevéhez fűződnek az első kezdeményezések 1993-tól, és javaslatára külön iskolák vagy iskolán belüli osztályok jöttek létre.<sup>29</sup> 1998-ban alapította a kivételes tehetségűek iskoláját a fővárosban, amely az első osztálytól az érettségiig fogadja a kivételes tehetségűeket. Meghatározta a kivételes tehetség jeleit, amelyek alapján beazonosíthatóak a gyerekek:

- a gyermek teljes értékű és jelentésű szavakat használ már egyéves kora előtt
- nagyon korán lesz színfelismerő és megnevezi a színeket,
- nagyon aktív,
- nagyon kíváncsi mindenre,
- már kisóvodás-korban érdeklik a számok és a betűk,
- már óvodáskorban korának nem megfelelő kérdéseket tesz fel, problémák érdeklik,
- óvodáskorban tanul meg írni, olvasni és irodalmat tanulmányoz,
- érdeklődési területén még a felnőtteket is megelőzi a tudásban,
- kitűnő emlékezete van, gyakran első hallásra tanul.

A tehetséggondozás a következő formákban valósul meg:

- szegregált vagy integrált iskolában,
- iskolán kívüli intézményekben,
- családban.

---

<sup>29</sup> a módszertani irányelveket a gyermekpszichológiai kutatóintézet gesztorálja (Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Bratislava): [www.vudpap.sk](http://www.vudpap.sk)

Magyarországon a tehetséget az iskolába való bekerüléskor a képességtöbblet alapján, az úgynevezett „szegregáló” tehetséggondozó modell alapján fejlesztik, illetve szakköri foglalkozásokat javasolnak a tehetség további fejlesztésére. A modell lehetséges előnyei és hátrányai (www3):

+	-
erősebb, motiváló gyerekközösség	az erős mezőnyben eltűnő kiválóságérzés
gyors haladási tempó	felzárkóztatásra, korrekcióra kevesebb lehetőség
tantárgyi területen megjelenő többlettudás	a fokozott tantárgyi terhelés miatti stressz és „beszűkülés”

Azok az iskolák, ahol a tehetség nem a beiskolázás feltétele, de mégis megvan az eszközök, az akarat, és a szakértelem ahhoz, hogy a tehetségeket azonosítsák és segítsék, „integráló” tehetséggondozást végeznek. Az ilyen intézményekben magasabb szintű differenciációval, órarend- és csoportbontással, valamint speciális pedagógiai technikákkal lehet eredményeket elérni. A modell lehetséges előnyei és hátrányai:

- a tehetséges gyerekek természetes közösségek tagjai / az, hogy a tehetségekre jutó idő, energia, és szakértelem, a pedagógus szakmai érzékenységtől függ

Az iskolai tehetséggondozás eszköze még a *léptetés* és a *gyorsítás*, amely során a gyerekeket globálisan, vagy csak egyes tantárgyakban az életkoruknál magasabb, a gyermek tudásszintjének és intellektuális szükségleteinek legjobban megfelelő osztályba járatják, vagy egy évben több évnnyi tananyagot tanítanak meg a gyerekeknek. A *léptetésről* a gyermek képességei, szükségletei, szociális és érzelmi érettsége, valamint a célosztály ismeretében egyedileg kell az iskolának és a szülőnek döntenie. A részleges, csak egyes tantárgyakra korlátozódó léptetés az ezt felvállaló iskolákat gyakori órarendváltásra kényszeríti, ezért ezt csak kevés iskola ültette át a gyakorlatba. Előnyök és hátrányok:

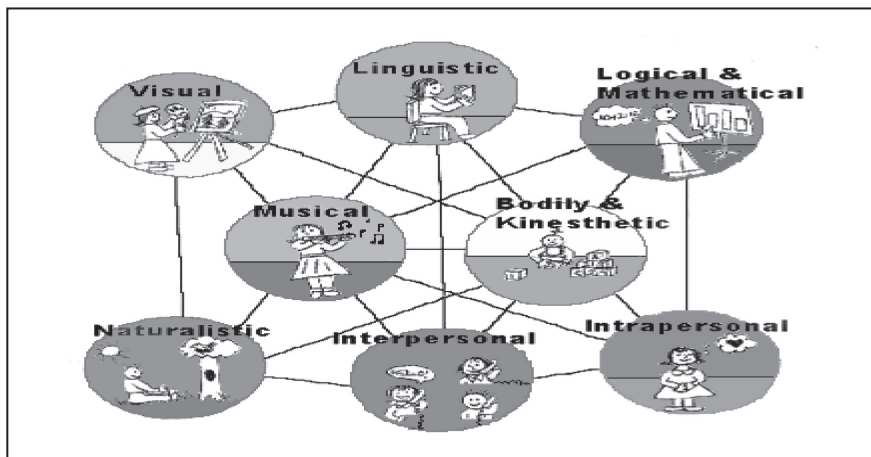
- a gyermek különösebb differenciálás nélkül is a neki megfelelő tananyaghoz jut
- fizikailag, érzelmileg, szociálisan fejlettebb gyerekek közé kerül

Az *oktatási program speciális fejlesztőprogramokat* tartalmaz a kivételes tehetségű tanulók fejlesztésére:

- a. *Akcelerációs programok*: lehetővé teszik a tehetséges tanuló egyéni teljesítményi szintjének megtámogatását azzal, hogy korábban kezdi a beiskolázást, átugorja az egyes évfolyamokat, az adott tantárgyból a felsőbb évfolyamot látogatja stb.
- b. *Egyéni programok*: egyéni fejlesztési tervek szerint halad a tanuló egy adott tárgyból vagy többnek a kombinációjából (közvetlen integráció).
- c. *Preventív programok*: a beilleszkedési zavarokkal küszködő tanulók számára.
- d. *Kiegyenlítő programok*: azok számára, akiknél a tehetség csak egy területen jelentkezik; ezzel nem adott az általános személyiségfejlődés, ezért fejlesztésre van szükség.

Hazánkban léteznek külön iskolák, kihelyezett osztályok, amelyek tehetséggondozással foglalkoznak. Ennek ellenére felmerül a kérdés, hogy a szegregált edukáció mennyire képes biztosítani a kivételes tehetségűek életre való felkészítését, komplex fejlesztését. Az iskolai tehetséggondozás minden esetben azt a célt tűzi ki maga elé, hogy az iskolába járó tehetséges gyermekek tehetségét ismerve és arra odafigyelve alakítja pedagógiai munkáját. Az iskolai tehetséggondozás leggyakrabban tantárgyakra fókuszál. Hatékonyságukat, eredményességüket a tehetséggondozó iskolák leggyakrabban a tehetséges tanulók tanulmányi teljesítménye – a különböző iskolákba, egyetemekre történő felvételi arányuk és a tantárgyi tanulmányi versenyeken elért sikereik – alapján mérik.

10. ábra: Többrétű intelligencia (Gardneri modell)



A többrétű intelligencia típusai:

1. *Nyelvi intelligencia:* Jól kommunikál, olvas, beszél róla, szereti a szavakkal való játékokat, szeret fogalmazni, általában jó az idegen nyelvekben.
2. *Logikai-matematikai intelligencia:* Az egyén képes jól bánni az adatokkal: gyűjti, rendszerezi, analizálja, értelmezi őket, következtetéseket von le ezekből és jövőre szóló következtetéseket, összefüggéseket, kapcsolatokat talál.
3. *Testi-mozgásos intelligencia:* Cselekvés által tanul, szeret megérinteni tárgyakat. Jók a motorikus képességei. Szereti kitalálni, hogyan működnek a dolgok. Élvezi a termen kívüli tevékenységeket. Szereti a testet, kezét igénylő játékokat. Szeret sportolni, aktív.
4. *Vizuális-térbeli intelligencia:* Jó a kirakós játékokban, élvezi a geometriát az iskolában. El tudja képzelni a hallottakat, megjegyez színeket és formákat. Jó a tájékozódásban, térképolvasásban. Szereti a képeket, képes könyveket, vizuális dolgokat.
5. *Zenei intelligencia:* Jó ritmusérzéssel rendelkezik. Eltérő hangokat meg tud különböztetni, gyakran énekel, tapsol, dúdol, füttyöl. Gyakran jár egy dal/zenei részlet a fejében.
6. *Társas intelligencia:* Empatikus, érzékeny mások érzéseire, extrovertált, élvezi a társas eseményeket, szeret új emberekkel találkozni. Kooperatív a csoportban.

7. *Önismereti intelligencia*: Képes reálisan értékelni saját tevékenységét. Jó a koncentrációs képessége. Önállóan is képes jól és hatékonyan dolgozni. Rövid/hosszú távú célokat tűz ki. Szüksége van „csendre”, egyedül eltöltött időre. Szereti beosztani az idejét. Gyakran von le önmagára vonatkozó következtetéseket.
8. *Természeti intelligencia*: Aggódik a természet, a Föld jövőjéért. Zavarja a személtelés, környezetszennyezés. Szeret a természetről tanulni, élvezi a kertészkedést. Szereti a táborokat, hegymászást, sétát stb. Szereti a tantermen kívüli feladatokat, élvezi a tanulmányi kirándulásokat.

Gardner H. (in Atkinson, Hilgard 2005. 463) többbretű intelligenciaelmélete segíti a pedagógust a pedagógiai folyamatban felismerni és fejleszteni a tanuló kivételes képességét. A kivételes képesség független tényezőként jelenik meg az általános kognitív teljesítménytől, a logikai-matematikai képességektől (pl. zenei vagy tánc-tehetségek a tanulási akadályozottaknál).



### III. TANULÁSI ZAVAROK

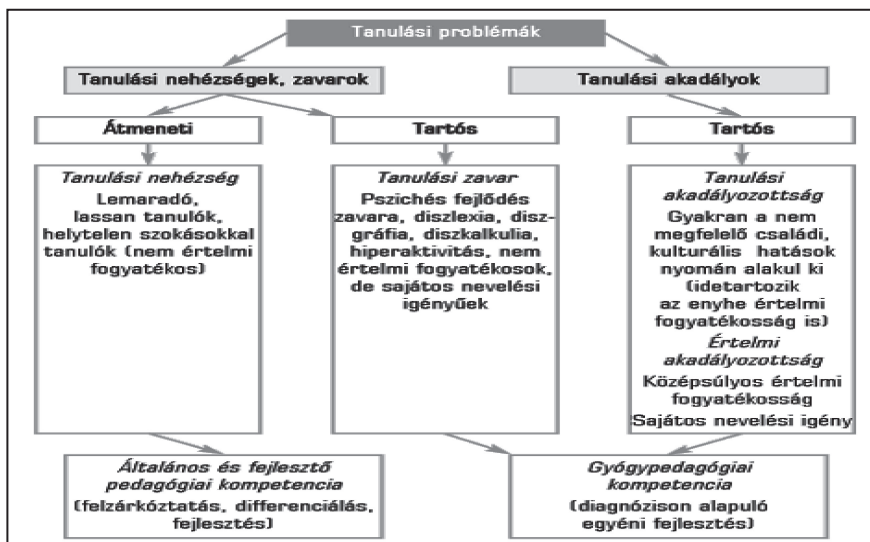
Szlovákiában a tanulási zavarral küszködők pedagógiája a legfiatalabb szakágat képezi. Azokról a tanulókról van szó, akiknek gondjuk van a beszéd elsajátításával és használatával, az írott és a beszélt szöveg megértésével, a grafikai, matematikai és zenei jelképek használatával. Ezekben az esetekben nemcsak a szenzorikus, szomatikus vagy értelmi akadályozottság, hanem a szociális, környezeti tényezők, vagy esetleges helytelen oktatási módszerek is jelen vannak.

*Az iskolai teljesítmény a következő területeken lehet hiányos:* a beszéd észlelése és értése, olvasás- és írástechnika, nyelvtani, számolási szabályok, matematikai műveletek stb. A nehézségeket a figyelem-, emlékezet-, a motoros és percepciók zavarok, továbbá a gondolkodás és a beszéd zavara okozhatják. Kiváltó okként a minimális agyi diszfunkciók (LMD, MCP) szerepelnek örökletes és neurofiziológiai tényezők alapján. *A szakirodalom a tanulási zavarok következő fajtáit határozza meg:* olvasási zavar – diszlexia (dyslexia), írászavar – diszgráfia (dysgrafia), a helyesírás elsajátításának zavara – diszortográfia (dysorthografia), számolási zavar – diszkalkulia (dyskalkulia), zenei képességek zavara – diszmúzia (dysmusia), a beszédfejlődés zavara – diszfázia (dysfasia), mozgásos diszkoordináció – diszpraxia (dyspraxia).

A tanulási zavarral küszködő tanulók pedagógiája azokkal a részképességzavarokkal foglalkozik, amelyek a tanulóknak tanulási problémákat okoznak, a tanulási esélyeiket csökkentik, illetve eredményességüket rontják. A tanulási zavarok nagyon különböző fajtájú és fokú zavarok csoportját alkotják. A felosztásuk, megnevezésük is színes paletta, ezért először Englbrecht A. (1996) felosztását említenénk, aki a **tanulási korlátokat** három csoportra osztja:

1. tanulási nehézségek,
2. tanulási zavarok,
3. tanulási akadályozottságok.

A következő ábra a tanulási problémák fajtáit, valamint a megelőző, fejlesztő vagy felzárkóztató programban résztvevő szakemberek kompetenciáját foglalja össze.

11. ábra: A tanulási problémák fajtái (Farkasné K. Zs. 2013)<sup>30</sup>

Az utóbbi évtizedben számos vizsgálat hívta fel a figyelmet a kora gyermekkori fejlesztés jelentőségére. Az alapkészségek fejlődése, amely a kezdő szakaszt jellemzi, rendkívül fontos fázisa minden gyermek fejlődésének. A kezdő írás-, olvasás- és számolási készségének fejlődése és fejlettsége joggal tekinthető determináns (meghatározó) tényezőnek a gyermek teljes életének alakulásában. Több kutatás (PISA, OECD) is azt igazolja, hogy az általános iskola kezdő szakasza kulcsfontosságú a tanulók későbbi tanulmányi teljesítményére nézve, és meghatározó nagyobb távlatban, az élethosszig tartó tanulás kontextusában is. (Csapó B. 2005) A későbbi eredményességet is nagymértékben befolyásolhatja, ha fejleszteni tudjuk az elemi alapkészségeket. A folyamatos készségfelméréssel válhat csak igazán lehetővé a megfelelően irányított készségfejlesztés, mindaddig, amíg az adott készség el nem éri a már említett optimális szintet. A készségek fejlettségi szintjét rendkívül átfogóan vizsgálja és szemlélteti a 2004-ben kiadott DIFER-programcsomag (*Diagnosztikus Fejlesztésvizsgáló Rendszer*) tesztrendszere. Az óvodai és az iskolai

30 Farkasné Kristóf Zsuzsanna: Lehetőségek a tanulási problémák korai felismerésében és megelőzésében c. tanulmánya alapján: [www.epa.oszk.hu/00000/.../2006-06-mu-Farkasne-Lehetosegek.html](http://www.epa.oszk.hu/00000/.../2006-06-mu-Farkasne-Lehetosegek.html). 2013.10.15.

fejlesztés között összefüggés van. A kora gyermekkori fejlesztés döntően kihat a későbbi, iskolai teljesítményre. Az óvodai fejlesztésnek összhangban kell(ene) lennie az iskolai elvárásokkal és fordítva, a későbbi iskolai követelményeket a korábbi, óvodai fejlesztésre támaszkodva kellene megfogalmazni. A jó iskolakezdés hosszú távon jelent hatékonyságot a gyermekek számára a tanulói magatartás (kognitív, szociális, emocionális, motorikus készségek, képességek) elsajátításában. Ha az ISCED 0 óvodai programra bontjuk le a fejlesztési területeket, akkor látjuk, hogy három területről van szó:

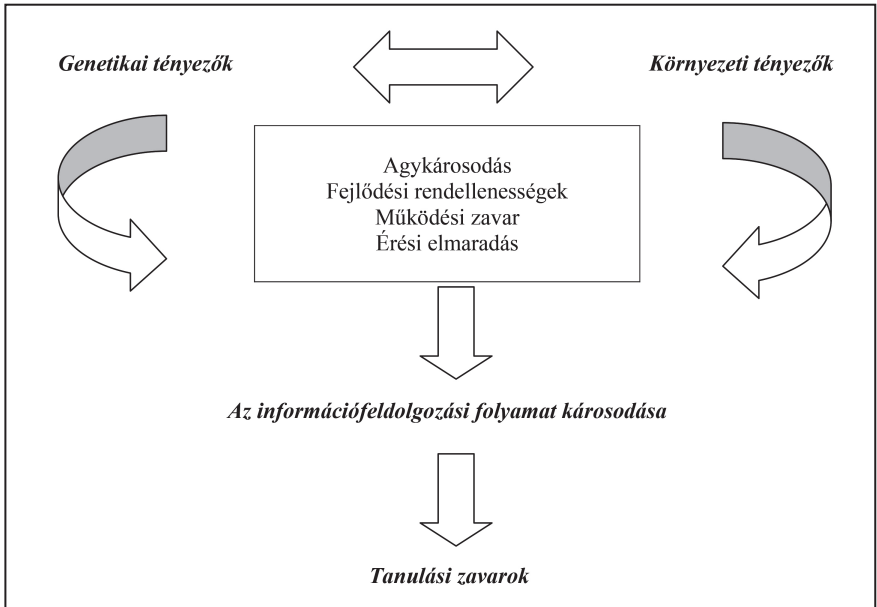
1. kognitív (kognitívna),
2. szenzomotoros (szenzomotorická),
3. emocionális-szociális terület (emocionálno-sociálna oblast).

Vannak szakemberek, akik ezt a korai időszakot *kritikus periódusnak* nevezik, hiszen a gyermekek az otthonitól nagymértékben eltérő közegben találják magukat. Ezt az átmenetet könnyíti az óvodai látogatás, az óvodai programok előkészítő szerepe és fejlesztési lehetősége. Ezért helyeződik akkora hangsúly erre a korai időszakra, ezért döntő jelentőségű a későbbi tanulmányokra, a tanulók fejlődésére nézve.

A tanulási zavaroknál többféle kifejezés használatos: tanulási zavarok, rendellenességek és nehézségek (learning disability, learning disorder, learning difficulty – vývinové poruchy učenia). A tanulási nehézségek mint kategória viszonylag újkeletű. Englbrecht A. (1996) nem tartja gyógypedagógiai problémának, hanem a pedagógusi kompetencián belül hagyja. A tanulási zavar a rendellenességek heterogén csoportjára vonatkozik. Ezek a zavarok a központi idegrendszer diszfunkciójának, illetve annak következményének tekinthetők. A korai fejlődés késleltetett voltában, illetve az egyes területeken mutatkozó nehézségekben jelennek meg, mint a figyelem, emlékezet, gondolkodás, koordináltság, beszéd, olvasás, írás, betűfelismerés, számolás, szociális kompetencia és emocionális érettség. A Gyarmathy É. (2013) tanulmányában idézett szerzőpáros, Kirk és Bateman meghatározásában a tanulási zavar „*a beszéd-, olvasási, írási, számolási folyamatokban vagy más iskolai tantárgyakban olyan elmaradás, rendellenesség vagy megkésett fejlődés, amelyet lehetséges agyi diszfunkció és/vagy emocionális vagy viselkedési zavar által okozott pszichológiai hátrány eredményez. Nem értelmi fogyatékoság, érzékszervi hiányosság, kulturális vagy oktatási tényezők okozzák*”. A meghatározás hangsúlyozza a tanulási zavarnak az iskolával kapcsolatos viselkedésben való megjelenését és akadályozott pszichológiai folyamatokkal való kapcsolatát. Ez a leírás

lényegében minden további definíció alapja maradt. A tanulási zavarokhoz vezető események láncreakció-szerű egymásba kapcsolódását és egymásra hatását az alábbi ábra szemlélteti:

12. ábra: A tanulási zavarokhoz vezető események láncreakciója (Selikowitz M. 1997, 42.)



A genetikai és a környezeti tényezők együttesen előidézh(et)ik az agy károsodását, a fejlődési rendellenességeket, a tanulási funkcióknál működési zavar állhat be, valamint érési elmaradás is előfordulhat. Mindezek az állapotok hozzájárulnak az információ feldolgozási folyamatának károsodásához, amely végül valamilyen tanulási zavarban jut kifejezésre. A tanulási zavarok kutatásában négy fő irányvonal rajzolódik ki annak alapján, hogy a kutatók a szindróma mely aspektusára koncentrálnak. (Gyarmathy É. 1998)

1. *Neuropszichológiai elméletek* – ezekben a megközelítésekben a probléma oka az agy kisebb-nagyobb károsodása. A tanulási zavarokkal küzdő gyermekek és az agysérülést szenvedett betegek tünetei közötti hasonlóságon alapul az az elképzelés, hogy a zavarok hátterében minimális szervi eredetű sérülés állhat, amely eléggé enyhe ahhoz, hogy nem vezet általános mentális retardációhoz, hanem csupán szelektív következményekkel jár. A tanulá-

si zavarokkal küzdő gyermekeknél azonban ritkán található kimutatható agyi organikus károsodás, ezért egyre inkább a tanulási rendellenességeket az agy működésbeli rendellenességeivel hozták összefüggésbe.

2. *Percepció és perceptuo-motoros elméletek* – a perceptuo-motoros funkciók elégtelen integrációjának következménye a tanulásban mutatkozó zavar. Az észlelési és mozgási rendszerek összehangolt működése hiányzik, a vizuális folyamatok nem tudnak jól strukturált mintákat nyújtani a motoros tevékenység számára.
3. *Pszicholingvisztikai elméletek* – a tanulási és viselkedésbeli problémákat a pszicholingvisztikai folyamatok rendellenességeire vezetik vissza. Az optimálisan fejlődő gyermeket a gondolkodás eszközeként használt nyelv különbözteti meg a lelassult fejlődésűtől. Az egyébként normális intelligenciával rendelkező gyermek artikulációs nehézségei jelezhetik a későbbi problémát (nem használja a nyelvet szimbolikus folyamatként).
4. *Behaviorista elméletek* – a tanulási zavarokat viselkedésbeli rendellenességnek tekintik, és nem foglalkoznak a háttértényezőkkel. A korrekció legmegfelelőbb eszközét a viselkedésterápiában látják.

A tanulási zavarokkal kapcsolatban állandóan felmerül a kérdés, hogy tényleges agyi károsodás és/vagy funkciózavar okozza-e. Az első átfogó tanulmányok, amelyek a tanulási zavar ok-okozati összefüggéseit vizsgálták, a kora gyermekkori agyi károsodásokkal hozták összefüggésbe a problémát. Egyes kutatók kimutatták, hogy az organikus sérülés következtében akadályozott az észlelés, a gondolkodás és a viselkedés egyes területe. Angol kutatások nyomán megszületett a minimális agyi diszfunkció, az *MCD (LMD)* fogalma. Már nem az agyi károsodás, hanem a funkciózavar kerül előtérbe, s ez több dimenzió mentén is lényeges (gyermek, szülő, szakember).

Egyes elméletek az *MCD*-t „a kora gyermekkori agykárosodás körébe tartozó részjelenségeknek” tekintik. (Grebenné Sz. A. 2007) A következő területeken jelentkeznek problémák: figyelem, motorium (mozgásosság), percepció, emlékezet, gondolkodás, emocionalitás, továbbá ide sorolhatók a specifikus tanulási zavarok, *ADD*, *ADHD* (attentional deficits/hyperactivity disorders, figyelemzavar és hiperaktivitás figyelemzavarral) is. A gyermekeknél tapasztalható tanulási zavarok tüneteinek széles skálán mozognak (olvasás, matematika, megértés, írás, beszélt nyelv vagy érvelési képességek). A tanulási zavarok elsődleges jellemzője, hogy jelentős különbség mutatkozik a gyermek teljesítménye és általános intelligenciája között. *A tanulási zavarok általában a következő öt területet érintik: beszélt nyelv, írott*

nyelv, számtan, érvelés, gondolkodás és az emlékezet. A tanulási zavarok kialakulását, felfedezését általában az iskolához (annak kezdő szakaszához) kötik, azonban már az óvodáskorban felfigyelhet a környezet a gyermek hiányosságaira. A megfigyelések alapján következtetni lehet a hiányos képességekre (Gyarmathy É. 1998):

1. rendezetlen, bizonytalan mozgás (egyensúly-, térorientációs és testséma-problémák);
2. kialakulatlan lateralitás (testséma- és térorientációs zavar);
3. a gyermek nem tudja követni a mozgásokra vonatkozó utasításokat, még akkor sem, ha bemutatják neki (testséma-, térorientációs zavar, elmaradás a nagymozgások terén);
4. figyelmetlenség (belső rendezetlenség, az egymásutániség felfogásának nehézsége, elterelhetőség, összefüggésben lehet az egyensúlyrendszer gyengeségével);
5. rossz ceruzafogás (testsémazavar, finommozgási nehézségek);
6. kusza rajzok, elmaradott rajzsztint, a rajzolás elutasítása (térorientációs zavarok, a finommozgás fejletlensége);
7. artikulációs problémák (beszédhang-megkülönböztetési nehézségek, sorbarendezi problémák).

A tanulási zavaroknál lényeges az idejében való felismerés és a különböző programok, modellek segítségével történő azonnali terápia. A foglalkozás magában foglalja az odafigyelést, a zavar és a probléma felismerését, értelmezését, a megoldáskeresést, a gyakorlati prevenciót (alkalmazást), a kimenet és az eredmények értékelését, valamint azok felülvizsgálatát (esetlegesen újabb beavatkozások tervezését). Itt az is fontos, hogy a beavatkozásokra adott megfelelő válaszokat meghatározzuk, kijelöljük az elvárásokat. Vagyis szükséges a gyermek, a pedagógus, a speciális (gyógy)pedagógus, a szülő számára is az állapotfelmérés (hol tart az adott pillanatban a gyermek fejlődése, mi a kiindulópont) és az optimális szint (hova kell eljutnia egy-egy készsénél, mi a cél) meghatározása.

### III.1. Részképességzavar

Tanulási részképességzavarnak nevezzük azt a problémát, amikor egy – egyébként ép intellektusú – gyermeknek nehézségei adódnak az olvasás, írás vagy számolás elsajátítása során. A részképességzavar különböző okokra vezethető vissza. Lehet örökletes, okozhatja anyagcserezavar, kisebb idegrendszeri sérülés, a lateralitás kialakulatlansága (nem egyértelmű, hogy a gyermek jobb- vagy balkezes), észlelési nehézségek. A tanulási részképességzavaros gyermeknél nem az intellektus vagy az érzékszervek sérültek, hanem a közöttük lévő kapcsolat, az ingerületek – amit és ahogyan lát, hall – másképp jutnak el ahhoz az agyi központhoz, ahol az információk feldolgozása történik. Ennek megértése, és annak elfogadása, hogy a hibákért nem a gyermek a felelős, fontos a hatékony segítség és a gyermek egészséges személyiségfejlődése szempontjából is. Szorosan a tanuláshoz köthető részképességzavarok: a diszlexia, diszgráfia és diszkalkulia. (Csapó M. 2012)

A WHO (MKCH, FNO) a kisgyermek- és gyermekkori részképességzavarokat az F80–F89 alá sorolta be, és a központi idegrendszer *érési és fejlődési ütemétől függő funkciók zavarát* jelenti. A zavarok alapvetően meghatározzák a képességek és készségek kialakulását. Az érés és fejlődés késése, sajátos torzulása a lelki fejlődéshez szükséges készségek **különböző súlyosságú** zavarainak kialakulásához vezet. Attól függően, hogy a fejlődési probléma milyen funkcionális területeket érint, sajátos (specifikus), illetve átható (pervazív) fejlődési zavarokról beszélünk. A részképességzavar a gyermekpopuláció 8–10%-át érinti. (Füredi J., Németh A., Tariska P.2001) A pedagógiai gyakorlatban ez az arány magasabb – sok esetben a 30%-os – arányt is eléri, ahogy a saját méréseink is mutatják. Ilyenkor az esetek többségében pszeidotünetekkel állunk szemben, amikor nem a differenciált diagnosztikával állapítják meg a tanulási problémát, hanem a tünet alapján. Ugyanis a háttérben egész más okok is lehetnek, amelyek másodlagosan hasonló tüneteket produkálnak, pl. a pedagógus sokkal gyorsabb tempót diktál annál, amire a tanuló képes, így nem rögződik vagy részben tárolódik el az ismeretanyag – nem beszélhetünk folyamatos ismeretszerzésről. Pl. a csehországi szakmai közeg már nyíltan beszél a „*tantervfüggő gyermekekről*”, ahol a tanterv elvárásai nincsenek összhangban a tanulók tanulási lehetőségeivel. Így nem győzik elsajátítani a tananyagot, vagy pótolni a betegség miatt kihagyott anyagrészt. Áltünetek jelentkeznek, amelyek szimulálják a valódi tüneteket. Ezekre oda kell figyelni, differenciálással, egyéni foglalkozás keretén belül helyrehozhatóak. A pedagógiai diagnózis felállításának

feltétele, hogy a vizsgált készség az életkor és az adott évfolyam szerint várható teljesítménytől legalább két fokozatnyi eltérést mutasson a két vagy több főtantárgy között – pl. az anyanyelv és a matematika között.

A lelki fejlődés sajátos zavarait a beszélt nyelv, az iskolai feladatok teljesítéséhez szükséges képességek, valamint a mozgás területén elszigetelten vagy egymással társulva találhatjuk. A beszéd fejlődési zavarai gyakran megelőzik az iskolai képességek zavarainak jelentkezését, vagy a mozgás sajátos fejlődési zavarát a diszlexia vagy egyéb tanulási zavar váltja fel. A beszédindulás késése, a fonetikai észlelés, a beszédértés nehézségei óvodáskorban gyakran előrevetítik az iskoláskorban jelentkező tanulási problémákat. A fejlődészavar enyhülése a gyermek utólagos érési folyamataként, kompenzációként értékelhető, illetve magyarázatként szolgálhat rá a gyakorlás, pótlólagos tanulás szerepe/hatása. A tanulási zavarnál a teljesítmények egyértelműen alatta maradnak az intelligenciakor alapján elvárhatónak. (Szabó Á.-né 2008)

*Olvasás- és helyesírási zavar:* az olvasási jártasság megtanulásának problémája, amely rendszerint együtt jár a helyesírási zavarral. Az olvasás szélsőségesen hibás, akadozó, lassú, vagy szökellő, gyors. A hangos olvasásban kihagyások, ferdtételek, betű- és szópótlékok fordulnak elő. A helyesírás során a szavak analízise, betűkre bontása és a betűk szintézise, szavakká való összeállítása nem, vagy rendkívül nehezen sikerül. A helyesírási nehézségek általában akkor is fennmaradnak, amikor az olvasásfejlődés normalizálódik. Kb. 6%-ban jellemzők az expresszív és receptív beszédfejlődés zavarai, és 10%-ban a vizuomotoros érzékelés nehézségei.

*Másodlagosan a tanulási teljesítmény zavarai* (hiányzó teljesítménymotiváció), emocionális zavarok (félelem az iskolai kudarcoktól, depresszió), hiperaktív tünetek, pszichoszomatikus panaszok (fej-, hasfájás) alakulhatnak ki. A zavarokat az első-második iskolai évben diagnosztizálják, a magas intelligenciájú gyermekeknel a harmadik-negyedik évben. Gyakorisága 2–8%, fiúknál 2–3-szor olyan gyakori, mint a lányoknál. Családi halmozódás figyelhető meg. Kórtana genetikus diszpozíció, koragyermekkori agyi funkciózavarok. A neuropszichológiai magyarázat a központi idegrendszer információfeldolgozási zavaraihoz kapcsolódik. Ide tartoznak: az agyi fejlődési rendellenességek, a funkcionális féltekei aszimmetria zavarai, az intra- és interhemiszfériális információfeldolgozás diszfunkciói, a látószerv diszfunkciói, a figyelemzavarok, a szekvenciális ingerfeldolgozás vagy az emlékezeti teljesítmény anomáliái, a beszédinformáció feldolgozásának és az előzetes vizuális információ hasznosításának zavarai.



A diagnosztikánál döntő az olvasás és a helyesírás kudarca. A diagnózishoz standardizált olvasási és helyesírási tesztek, intelligenciadiagnosztika, orvosi vizsgálat, egyéb részteljesítmény-gyengeség diagnosztikája (beszédfejlődés, motorikus fejlődés, koncentráció, hangzódizkrimináció) és anamnézis szükségesek. Kizáró kritérium az olvasási és helyesírási gyengeség szerény általános adottságokkal, általános tanulási gyengeséggel; olvasási és helyesírási gyengeség neurológiai betegségekben (afázia, alexia, agráfia, cerebrális paresis), csökkent hallás és látás; olvasási, helyesírási gyengeség elsődlegesen pszichiátriai megbetegedésnél, elsődleges vagy másodlagos tanulási teljesítményzavarral; olvasási-helyesírási gyengeség deprivációnál: hiányos olvasás- és helyesírás-oktatás, analfabetizmus.

*Izolált helyesírási zavar:* kizárja, hogy az olvasási folyamatok zavara fordult volna elő. Ritkán fordul elő, nehéz diagnosztizálni.

*Számolási zavar:* alapvető számolási készségek elsajátításának nehézsége. Az olvasási és helyesírási teljesítmény a normál zónában lehet. A gyermeknek nehézségei vannak a szorzótábla megtanulásában, nehezen bánt a számolási folyamat szimbólumaival, rosszul érti a matematikai kifejezéseket, nem érti az egyszerű számolási műveleteket, és a térbeli számolásokat elégtelenül építi fel. Az előfordulási gyakoriság 2% alatt van.

A differenciáldiagnosztika során ki kell zárni a látás- és hallászavarokat, a neurológiai megbetegedéseket és az elsődleges pszichiátriai megbetegedéseket. A tünetek megjelenési formái:

- *a beszédkészség zavarai* (matematikai terminusok, folyamatok, tételek gyenge megértése és megnevezése, nehézségek a szöveges feladatok matematikai egyenletbe való foglalásában);
- *az érzékelőképesség zavarai* (numerikus vagy aritmetikai jelek rossz felismerése, megértése, elégtelen képesség dolgokat meghatározott csoportokhoz hozzárendelni);
- *zavarok a figyelem fejlődésében* (probléma számok másolásában, megtartásában összeadási és kivonási feladatoknál, a számjegyek helyes figyelembevételében);
- *matematikai képességek zavara* (nehézségek a matematikai lépések sorrendjének figyelembevételében, a szorzótábla megtanulásában).

*A motoros funkciók fejlődési zavarai:* fő jellegzetesség a motoros koordináció fejlődésének korlátozottsága, amely nem magyarázható csökkent intelligenciával vagy neurológiai zavarokkal. A finom és a durva motorika fejlődése

késik: a gyermek késve tanulja meg a futást, ugrást, lépcsőnjarást, csomókötést, ki- és begombolást, labda eldobását, elkapását. Korlátozott lehet a rajzolási készség és a grafomotorika. Fejlődésneurológiai éretlenségi jelek – együttmozgások – fordulhatnak elő. Megjelenésének időszaka 5–11. életév (kb. 6%). (Csákvári J. - Süvegesné R. M. 2011)

A neurológiai vizsgálat a gyermeket tünetmentesnek mutathatja. A teszteljárásokban a test feletti uralmat, finommotoros ügyességet, egyensúlyozási képességet, reakciókészséget, ugráserőt, gyorsaságot, a mozgás pontosságát, a szem-kéz, szem-láb koordinációt vizsgálják. Differenciáldiagnosztikailag a specifikus neurológiai nehézségeket, értelmi akadályozottságot, figyelem- és hiperaktivitás-zavart és a súlyos fejlődési zavarokat kell kizárni. Feltételezhető a genetikai hajlam és a motoros koordináció koragyermekkorban szerzett cerebrális diszfunkciója. Kezelése egyéni eljárás, amelynek része a szülői tanácsadás, az óvoda és az iskola bevonása a gyermek izolálódásának elkerülésére, gyakorlások, kezelés és gyógypedagógiai módszerek – pl. a foglalkoztatásterápia, pszichomotorika, gyógypedagógia és magatartásterápia technikáival. Pszichomotoros kezelés alatt a test egyensúlyozását, a durva motoros készségeket, az ujjügyességet, testtudatfejlesztést és a jobb és bal oldal megkülönböztetését gyakoroltatják.

## Az alapkészségek fejlődése/fejlesztése

A képességek fejlődése és fejlesztése az iskola kezdő szakaszában az oktatás leglényegesebb feladatai közé tartozik. Molnár Gy. és Csapó B. (2003) a képességek fejlődésének három sajátosságát emeli ki (ezeket a mai oktatási rendszer csak részben veszi figyelembe). Az egyik ilyen sajátosság, hogy a készségek, képességek *fejlődése időben elhúzódozó folyamat*. Egy-egy készség, képesség kialakulásához hónapokra, de inkább évekre van szükség, néhány általános képesség fejlődési folyamata pedig akár több évtizedre is kiterjedhet. A fejlődési folyamatok időigényét, a képesség-fejlődés folyamatjellegét az oktatás egyre jobban figyelembe veszi, habár egy-egy képesség fejlesztésével (például olvasás, számolási készségek) gyakran nem kellően hosszú ideig foglalkozik az iskola. A fejlődés másik sajátossága, hogy *a gyermekek között jelentős fejlettségbeli különbségek vannak*. Ez azt jelenti, hogy az azonos évfolyamba járó gyermekek között érettségüket, az egyes képességeik fejlettségét tekintve nem egységes és messze nem homogén az osztályközösség. Az iskolának ez igazi gyenge pontja, hiszen a különbségekkel többnyire nem tud mit kezdeni. Habár ismerik a különbségeket – a szakemberek megfigyelései igen részletesek –, alig működnek olyan mechanizmusok, módszerek, eljárások, amelyek a kezelésükre szolgálnak vagy a kiegyenlítődést segítenék. A fejlődés harmadik sajátossága

továbbá az, hogy a gyermekek közötti különbségek sokfélék lehetnek. Ez a felismerés nem eléggé vált a pedagógiai gondolkodás részévé. Egyrészt az egyes pszichológiai tulajdonságok tekintetében ezek a különbségek más-más módon alakulhatnak, másrészt a különbségek mértéke is változhat. Az a tendencia is megfigyelhető, hogy a különbségek észrevétele, felfedezése csak névleg van jelen az iskolai mindennapokban, vagyis csak arra szolgálnak, hogy a tanulók besorolhatóvá váljanak valamilyen kategóriába.

Több vizsgálat is rámutatott arra, hogy milyen fontos a korai fejlesztés a későbbi iskolai teljesítményre nézve. A vizsgálatok (PISA, IEA, PIRLS, TIMSS) eredményei arra is rámutattak, hogy a gyermekeknél nagy fejlődésbeli lemaradások vannak az alapképességek és -készségek működtetésében. A kritikus alapkészségek fejlesztésére kell odafigyelni. Ez azoknak a készségeknek a rendszere és fejlődési folyamata, amelyek elengedhetetlenül szükséges alapkészségnek számítanak az iskolai munka, valamint a munkavállalás során. A tudatos fejlesztés megkönnyíti az óvodából iskolába való „zökkenőmentes” átmenetet. Léteznek olyan általános kritikus készségek, amelyek az iskolai nevelés alapvető feladatát képezik (mint például olvasás, számolás), és minden speciális kompetenciának, képességnek megvannak a speciális kritikus készségei, amelyek elsajátítása nélkül nem működhetnek. (Nagy J. 2000) Első lépésben meghatározott hat kritikus készség (amelyek a beiskolázás szempontjából váltak fontossá) a következő:

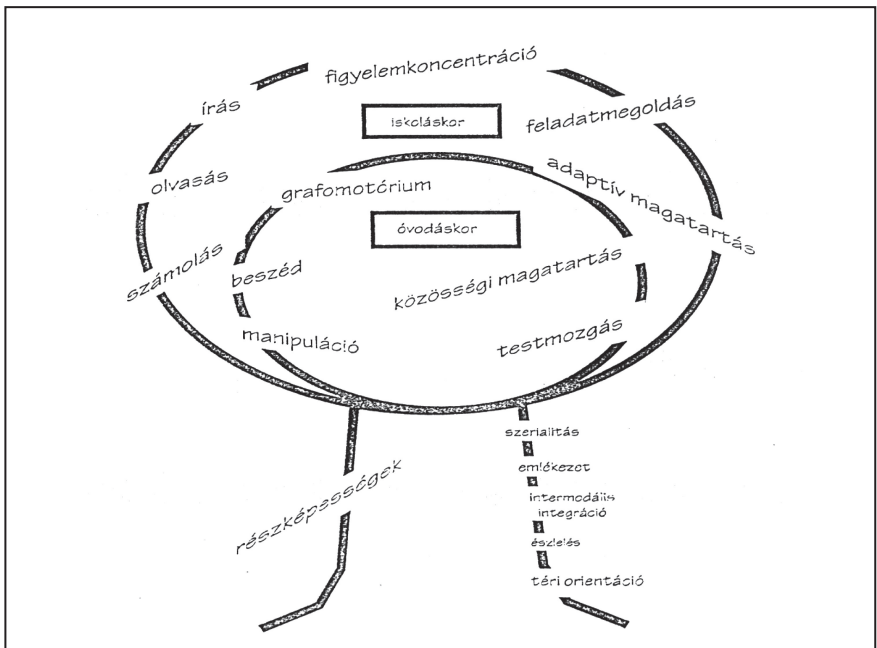
(1) beszédhanghallás	(2) olvasási készség és képesség	(3) számolási készség
4) mértékváltási készség	(5) tapasztalati következtetés	(6) összefüggés-megértés

A készségfejlesztéshez szükséges meghatározni az optimális szintet, amelyet el szeretnénk érni, valamint a fejlesztés módját, módszerét, vagyis a mérőeszközt, amellyel megállapítható, hogy milyen szinten vannak a gyermekek, milyen téren szorulnak fejlesztésre. Az alapkészségek mindegyikére (mint a készségek fejlődésére általában) jellemző, hogy kialakulásuk, fejlődésük többéves folyamat eredménye. A megkésztett fejlődés egy-egy gyermeknél nem egyenlő az értelmi fejlődés elmaradásával. (Zentai G. 2005) Az iskola első napjaiban a tanulás, a fejlődés alapköveinek számít az olvasási és számolási készségek fejlődése/fejlesztése.

A részképességek azok a bazális alapképességek, melyek lehetővé teszik a magasabb rendű kognitív funkciók működését. Ilyen magasabb rendű működés pl. a gondolkodás, a beszéd, az olvasás, az írás és számos más folyamat. Ezekhez a fo-

lyamatokhoz tehát elengedhetetlen, hogy az alapfunkciók megfelelően, összhangban működjenek. Előfordul azonban, hogy különböző okok következtében egyes bazális képességek hiányoznak (teljes vagy részleges funkció kiesés), illetve eltérően, rendellenesen működnek. Mindezek a tanulásban és a magatartásban nehézségekhez vezethetnek. (Sindelar B. 1994) A vizsgálóeljárás feladata meghatározni a következő területeket: vizuális differenciálás, vizuális diszkrimináció, verbális-akusztikus differenciálás, verbális-akusztikus diszkrimináció, intermodális integráció, vizuális-szeriális emlékezet, verbális-akusztikus emlékezet, intermodális-szeriális emlékezet, beszédmotorika, vizuomotoros koordináció, vizuális figyelem, akusztikus figyelem, testséma és téri orientáció. A fejlődéslélektani és kognitív pszichológiai elméletekre épülő Sindelar-program komplex módszer. Kognitív terápia, amely funkcionális gyakorlási helyzetek sorozatából áll. A fejlesztés az ismeretszerzés legfontosabb területeire terjed ki: figyelem, észlelés, intermodális kódolás, emlékezet, szeriális, téri orientáció. A kognitív képességprofil nagyfokú egyenlenségét jól illusztrálja az eredmények értékelésére szolgáló fadiagram B. Sindelar (1994) alapján:

13. ábra: Részképességek Sindelar-féle fadiagramja

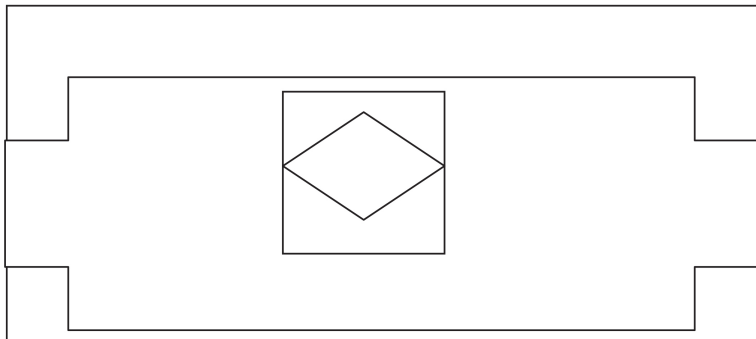


Egy-egy olyan hétköznapi, egyszerűnek tűnő, automatikus készség, mint az írás vagy az olvasás mögött számtalan összetett agyi, idegrendszeri mechanizmus tökéletesen összehangolt együttműködése szükséges. Ezeket az elemi funkciókat nevezzük részképességeknek, azok zavarát pedig részképességzavarnak. A részképességzavart leggyakrabban a tanulási zavarok egyik alcsoportjaként említik, amely az észlelés, mozgás, nyelv, emlékezet, figyelem, gondolkodás folyamatainak hiányos működése, agyi funkciók hibás működése következtében lép fel. A részképességzavarokat a következőképpen osztályozhatjuk attól függően, hogy hol jelentkeznek (Csapó M. 2012): iskolai teljesítményzavarok, diszlexia (olvasási zavar), diszgráfia (írászavar), diszkalkulia (számolási zavar), nyelvi és emlékezetzavarok, megkésett beszédfejlődés, fejlődési diszfázia (a beszéd elsajátításának nehézsége), a pöszeség és dadogás egyes formái (a tanulás megtorpanásával, eredménytelenségével alakulhatnak ki), szociális viselkedési zavarok, figyelemzavar, hiperaktivitás.

László Z.-né (2006) szerint a következőképpen rendszerezhetők a részképességzavarok:

1. a kognitív funkciók zavarai: a percepció zavarai (egyensúly-, auditív, vizuális, taktilis-kinesztetikus rendszer zavarai), a figyelem zavarai, emlékezeti problémák, a gondolkodás zavarai;
2. a motorium zavarai: a nagymozgások, a finommotorika, a cselekvés irányításának zavarai, hiperaktivitás;
3. a tanuláshoz kötődő zavarok: diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia.

14. ábra: Olvasóablak



A fent ábrázolt olvasóablakot segédeszközként használhatják a diszlexiások. Otthon is el lehet készíteni: keményebb anyagot (papír, műanyag fólia) készítünk elő, majd kivágunk egy 10 x 5 cm-es téglalapot. A téglalap közepén, majd a jobb és bal oldalán is kb. 1,5 x 1 cm nagyságú ablakocskát vágunk. A segédeszköz sorvezetőként is használható. A szemmozgás helyes irányát fixálja, segít a kettős olvasás eltávolításában. Minden gyermeknél egyénileg kell kitapasztalni, hogy melyik mozgási módozat a hatékony. Középpütt csak az olvasott szót látja, a bal oldali rés eltakarja a következő szavakat, míg a jobb oldali ablak segíti előre látni és olvasni a szót, letakarván a már olvasott szövegrészt. Sok esetben a szótagolós olvasás is segíti a gyermek folyékony olvasását.

Ha odafigyelünk, és nagyobb súlyt helyezünk a korai vizsgálatokra, akkor valóban megállapíthatók a fejlettségi szintek, és időben megkezdhető a tanulók célirányos fejlesztése. Ha az „előrejelzés” megtörtént, nincs más teendője a pedagógusnak, mint úgy alakítani a gyakorlati oktató-nevelő munkát, hogy az teljes mértékben megfeleljen a gyermeknek.

### III.1.1. Diszlexia

Az olvasás (*literacy*) az egyén olyan irányú érdeklődése, attitűdje és képessége, melynek révén a kommunikációs eszközöket megfelelő szinten képes felhasználni az információ-hozzáférés, -felhasználás, -integrálás és -elbírálás céljából (OECD). Az UNESCO az olvasást (*literacy*) az emberi jog, az önérvényesítés, a társadalmi és egyéni fejlődés eszközeként definiálja, és a tanulási lehetőségeket az írásbeliségtől teszi függővé. Az olvasás az egyénnek az a képessége, amely segítségével végre tudja hajtani a mindennapi életben használt olvasási, írás- és beszédbeli, valamint a nyelvvel kapcsolatos más tevékenységeket. Az olvasás tanulásával és elsajátításával kapcsolatos szakirodalomban széleskörűen elfogadott Downing és Leong szakaszolása. Eszerint a gyermekek szófelismerésének (amely az olvasás készségszintű elsajátításának alapja) kialakulásában három fő stádiumot lehet megkülönböztetni (Czachesz E. 2001):

1. Az első szakaszban a gyermek értelmileg feldolgozza, felfedezi, hogy mire való az olvasás. Ugyanekkor szerzi meg szükséges ismereteit a beszédről és annak szabályszerűségeiről. Ez a tudás az olvasás kognitív előfeltétele.
2. A következő, gyakorló fázisban a dekódolás, szófelismerés műveleteinek a megtanulása és többszöri ismétlése, képességgé fejlesztése folyik.

3. A szófelismerés megfelelő gyakorlás után automatikussá válik, ettől kezdve a figyelem már nem a dekódolásra összpontosítódik.

A hagyományos megközelítés szerint csak akkor kellett vagy lehetett segíteni az olvasási készség elsajátítását, ha a gyermek már elért egy bizonyos szintet a fejlődésben; illetve fejlesztése csakis külön programok keretein belül lehetséges és semmiképpen sem a rendes iskolai program részeként. Ma már nem számít újdonságnak az a tény, hogy a jó olvasási készség elsajátításához szükséges alapok, kognitív és nyelvi készségek már az iskolakezdéskor megvannak, és így a szükséges fejlesztéseket is az iskolában kell és lehet véghezvinni. Nemcsak magára az olvasás tevékenységére, hanem annak mechanizmusára, összetevőire kell nagyobb hangsúlyt helyezni. Az olvasás mint képesség pszichikus rendszert alkot, s rutinokból, készségekből, valamint ismeretekből tevődik össze. Nagy J. (2004) már említett tanulmányában az olvasásképeség hatfajta rutinból tevődik össze: beszédhang-felismerő, beszédhang-kiemelő, hangszófelismerő, betűfelismerő, betűkapcsoló és betűszó-felismerő rutin. (Tarkó K. 1999) Ezek a *dekódolás* (amely az olvasás technikai része), valamint a *szövegértés*. A fonématudatosság és az ábécé betűinek ismerete bírnak a legnagyobb jóslóerővel az olvasási képesség szintjének megítélésekor. Az első osztály végén nagymértékben ezek az összetevők határozzák meg a tanulók olvasási teljesítményét. Az olvasás alapvető, komplex folyamat, készség szintjén való elsajátítása alapos odafigyelést és körültekintést igényel. Az olvasási készség kialakítása, megléte vitathatatlanul lényeges része a kisgyermek életének, amely természetesen kihat egész további boldogulására. Ezért fontos, hogy mindenféle problémát, zavart, akadályt komolyan vegyünk és kezeljünk, amely hátráltatja a normális, folyamatos készségalkulást.

*Diszlexiának* vagy specifikus olvasási zavarnak nevezi azt a tünetet a szakirodalom, amely az olvasásban fellépő problémákkal kapcsolatos. Ha ismert agyi sérülés okozza, szerzett (*acquired, získaná*) diszlexiaként azonosítják, szemben azzal az esettel, amikor neurológiai elváltozásoknak nincs nyomuk, és az egyén valószínűleg kisebb, meghatározhatatlan idegrendszeri abnormalitással született, amely olvasási zavarokat okoz. Ebben az esetben a fejlődési (*developmental, v ývinová*) diszlexia meghatározást használják. A diszlexia gyűjtőfogalom. Pedagógiai megközelítés szerint akkor beszélünk diszlexiáról, ha ellentmondás alakul ki a gyermek iskolai teljesítménye és a feltételezett intellektuális képességei között. A diszlexia jellemzői: az analízis-szintézis logikai műveletének gyengesége, érzékelési, emlékezési zavarok, akusztikus és beszédmotoros képességek zavara, optikus és akusztikus alakforma-tagolás nehézsége, térbeli tájékozódás zavara, a két agyfélteke szimmetriája (nem alakul ki a domináns agyfélteke). Vannak a diszlexiának olyan elemei,

amelyekben nincs teljes megegyezés. Ilyen például az értelem zavara (a diszlexiás gyermek nem értelmi fogyatékos, viszont fordított esetben megjelenhet a diszlexia). A látás zavara, auditív funkciózavar, valamint a dominanciazavar ok-okozati összefüggései is vitatottak a diszlexia kialakulásában.

A *The AVKO Dyslexia & Spelling Research Foundation* ([www.avko.org](http://www.avko.org)) szerint a diszlexia általános jellegzetességeit a következőképpen lehet csoportosítani: a családban előfordulnak olvasási problémák; a férfiaknál nagyobb százalékban jelentkezik (a férfiak-nők aránya 8:1); átlagos vagy átlagon felül IQ, nem rendkívüli a magas szintű matematikai jártasság; nem élvezik az olvasást mint tevékenységet; nehézségek jelentkeznek a betűk és szavak megfordításában; a koordinációban és a jobb/bal dominancia kialakulásában jelentkező fejlődési nehézségek; a nyelvi szimbólumok felismeréséhez, értelmezéséhez szükséges vizuális memória szegényessége; a hallásban jelentkező nehézségek, amelyek gondot okoznak a szókezesésben, a folyékony olvasásban, a szövegértésben vagy a következtetésekben; nehézségek jelentkeznek a hallottból a látott információkba való átvitelben, és fordítva. Ha a diszlexia tüneteit vizsgáljuk, akkor három nagy területen mutatkoznak problémák, lemaradások:

15. ábra: A diszlexia tünetei (Molnár Gy. - Csapó B. 2003)

<p>Olvasásban megnyilvánuló tünetek (legnagyobb csoport):</p>	<p>a. betűtévesztések (tévesztés vizuális hasonlóság alapján: f-t, n-h; tévesztés fonetikai hasonlóság alapján: g-k, p-t; tévesztés vizuális és akusztikai hasonlóság alapján: b-d, m-n; rövidlátáson alapuló tévesztés: é-ó, á-ő);</p> <p>b. betűkihagyások (szó olvasása közben, ha például mássalhangzó-torlódásról van szó, pl. foltban);</p> <p>c. szótagkihagyás, szótagbetoldás (súlyos diszlexiára utal);</p> <p>d. reverzió (megfordítás; jobb-bal irányú reverzió: b-d, p-q; felülről lefelé irányuló reverzió: t-f, u-n; a betűsorrend megfordítása: el-le, lát-tál);</p> <p>e. rossz kombináció; elővételezések;</p> <p>f. „szóroncsok” (összetett szavaknál – kabátzseb helyett gapáfsed);</p> <p>g. ismétlések;</p>
---	---



Beszéd területén megnyilvánuló tünetek:	<p>a. nyelvileg fejletlen;</p> <p>b. későn indult meg a beszéd;</p> <p>c. nehezen utánoznak szokatlan nyelvmozdulatokat; sok köztük a pösze (a pöszék 22%-a diszlexiás);</p> <p>d. szegényes a szókincsük;</p> <p>e. a ritkábban használt szavak</p>
Magatartásban megnyilvánuló tünetek:	<p>a. dekoncentráltak;</p> <p>b. fáradékonyak;</p> <p>c. változó a teljesítményük.</p>

A magatartásban megnyilvánuló tünetek elsődleges és másodlagos zavarként jelentkeznek. Az elsődlegesek a gyermekek adottságaiból következnek, a másodlagosak éppen az olvasásban megélt kudarcokból. A fejlesztésre különböző programok, tréningek, lehetőségek állnak rendelkezésre. A gyermek szempontjából optimális, ha a pedagógus képzését szerez valamelyik fejlesztésből, és lehetőség van rá, hogy ezt beépítse az oktatás folyamatába. A differenciált pedagógiai hatás egyik feltétele az egyéni bánásmód biztosítása. Az olvasás-írás-számolás vizsgálata esetén csak akkor diagnosztizálhatunk diszlexiát, diszgráfiát, diszkalkuliát, ha előzőleg tisztáztuk az intelligencia struktúráját – természetesen – a részképesség-gyengeségek fel-táráásával. Ép intellektus mellett vezető tünetnek a beszéd fogyatékoságot, beszéd-zavart, nyelvi zavarból eredő olvasás-, írás- és számolási zavart tekintjük elsődleges problémának, illetve diszlexia – diszgráfia – diszkalkuliának.

## Korai felismerés: diszlexiaprevenció

Öt-hat éves, ép intellektusú óvodások közül szinte teljes biztonsággal ki lehet szűrni azokat a gyermekeket, akiknél teljesítményzavar várható az olvasás, írás vagy számolás terén. A prevenciót a készségfejlesztés biztosítja. Fontos figyelembe vennünk az alapvető funkciók érésének késését, és ezek célzott korrekcióját. A készségfejlesztés feladatai a következő témák köré csoportosíthatók (Juhász G. D. 2010):

1. *A beszéd alaki és tartalmi fejlesztésével javítjuk a beszédhibákat, bővítjük a szókincset. Gyakoroltatjuk az időrendiség, egymásutániség helyes visszaadását. Verseket, meséket tanítunk, ezáltal gyakoroljuk a grammatikailag helyes mondatalkotást.*

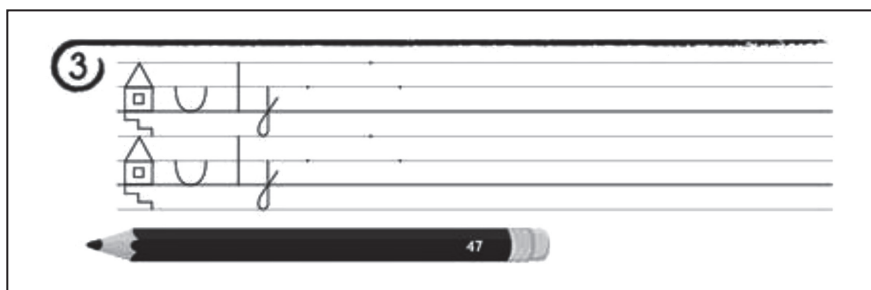
2. *Térbeli tájékozódás fejlesztése orientációs gyakorlatokkal.* Célunk a betűk vízszintes, függőleges kiterjedésének és helyes alakfelismerésének előkészítése. Ennek érdekében: a bal-jobb, fent-lent irányok megtanítása, és a balról jobbra való haladási irány követése a szem és a kéz mozgásának összekapcsolásával. Ne felejtjük el összekötni a relációs szókinccs tudatosításával a megértés szintjén! Alsó, felső, középső, első, utolsó, előtt, mögött stb. Tájékozódás térben, saját testen, síkban és hármás vonalközben.
3. *Hallási figyelem fejlesztése:* tudatosítjuk a hangok kihallásának egymásutánosságát, a hangok helyének sorrendjét a szóban. Képes legyen a hosszú és a rövid hangokat időtartam szerint, valamint a zöngés és zöngétlen hangzókat egymástól megkülönböztetni.
4. *Látásészlelés fejlesztése:* megfigyeltetjük a tárgyak lényeges ismertetőjegyeit: kerek, ferde, gömbölyű stb. Megbeszéljük a részek egymáshoz való viszonyát: hasonlóságok, különbözőségek észrevétele. Mindezeket megfogalmaztatjuk, verbalizáljuk.
5. *Ritmusrészék fejlesztése:* ritmusminták visszaadása, hallás útján a szavak szótaghatárait pontosan érzékeltetjük, ezáltal előkészítjük a szótagolást.
6. *Grafomotoros készség fejlesztése* során játékos vonalvezetési gyakorlatokkal összehangoljuk a szem- és kézmozgás koordinációját.
7. *A figyelem fejlesztésével* növeljük a koncentrálóképeséget, fejlesztjük a verbális, a vizuális és az auditív emlékezetet.

## Az olvasás (diszlexia) vizsgálata

*Általános szempontok:* tanulási szokások – mióta vannak tanulási problémái? A vizsgálat alatt tanúsított magatartás megfigyelése (pótcselekvések, tremor, tik, kézizzadás stb.). Az olvasási teljesítmény idejét másodperccel, a hibák számát hibaponttal jelöljük. (Megjegyzés: a stoppert lehetőleg ne helyezzük az asztalra a vizsgált személy elé!) Kisiskolásoknál a szöveges résznél néma olvasásra adjunk lehetőséget (belső olvasás), ha hangos olvasásra nem képes. Pontos instrukciókat, célkitűzéseket adjunk. Bátorítással folyamatosan motiváljunk. Pl. első osztályosoknál (félévkor): „Melyik betűt tanultad már?” A mondatok elolvasatásakor szóbeli válasz is elegendő. Második osztálytól célkitűzés a szöveg olvastatása előtt: „Figyeld meg, hogy miről szól a történet!” Előbb verbálisan fogalmazza meg a felolvasott kérdésekre a választ, és csak utána tölts ki írásban a szöveg után következő kérdéseket. A második osztály végétől és a harmadik osztály elejétől már összefüggően, önállóan mondják el az olvasott szöveg tartalmát, természetesen az előzetesen megadott

instrukció alapján. Az olvasás vizsgálatánál jelöljük a hangadás tónusát (halk-hangos), betűtévészteket, reverziókat, hangátvetéseket, kihagyásokat, betoldásokat, szóvégi lehangyásokat, komfabulálást (mellébeszélés; mást olvas, találgat), nevekre való emlékezést, a technikai kivitelezés és tartalom megfigyelése közötti összefüggéseket, szövegemlékezetet. Az olvasás vizsgálata a Meixner-olvasólapok betűsorainak, szótagoszlopainak, szavainak olvastatása után (harmadik osztály év elejétől) kiegészülhetnek rövid mesék, felső tagozattól történetek olvastatásával is. Az ilyen esetekben is először mindig szóbeli megfogalmazás útján győződjünk meg a szövegértésről, majd csak a kérdések néma elolvastatása után kérjünk írásban választ.

16. ábra: A szerialitás fejlesztése (www4)



### III.1.2. Diszgráfia

A kézírás és a rajzolás komplex motorikus „viselkedésmódok”, amelyekben nyelvi, pszichomotoros és biomechanikus folyamatok szorosan együttműködnek az érzési, fejlődési és tanulási folyamatokkal. (Csapó M. 2012) A diszgráfia is a tanulási zavarok egyik formája. Gyakran társul a diszlexiával. Tünetei megnyilvánulnak az íráskészség gyengeségében, valamint a helyesírási hibákban. A diszgráfias gyermek írásképe rendezetlen, a betűk formája szálkás, szögletes, rendezetlen, szinte olvashatatlan. A hasonló betűket összekeveri (*b-d*, *b-p*). A vonalvezetésben egymáshoz hasonló betűket összetéveszti (*v-u*, *a-o*, *b-h*), ugyanazt a számára nehezebben leírható betűt különbözőképpen alakítja. Szavakat értelmetlenül egybe- vagy különír, elhagy vagy betold szótagokat, a mondatokat félbehagyja. Nem ismeri fel a rövid és hosszú mással- (*l-ll*, *sz-ssz*), illetve magánhangzók (*o-ó*, *i-í*) közötti különbségeket, így helyesírása is gyenge. A másolás jobban megy neki, nem tudja leírni az elhangzottakat, mert nem emlékszik a betűk alakjára. Egy-egy betűt hibátlanul ír le,

de az összekötéssel már nehézségei vannak. Térbeli tájékozódási zavara miatt problémát jelent számára a szöveg elhelyezése a papíron: sorai rendezetlenek, kifutnak a füzetből, a betűk nagysága változó. Sokszor nem tudja követni a füzet vonalait, hol alá, hol fölé csúszik a ceruza. A szavak egymás közötti távolsága változó. Néha majdnem összeérnek a szavak, máskor viszont nagy távolság van közöttük. A sorok időnként fölfelé haladnak, vagy éppen lefelé, az egész sor hullámszerű. Görcsös, sok esetben hibás a ceruzafogás. A diszgráfias rányomja az írószert a papírra. Gyakran feleslegesen felkapkodja a ceruzát. Másoláskor betűnként, jobb esetben 2–3 betűnként írja le a szöveget. Írástempója ilyenkor még lassúbb, mivel hol a másolandó szöveget, hol a füzetét nézi. Diktáláskor gondolkodnia kell a hallott betű formáján, nem mindig tudja az adott hangot azonosítani annak írott képével, nehezen idézi fel annak a betűnek az alakját, amelyet le kell írnia. Mivel lassan dolgozik, lemarad. A szavak végét elhagyja, belőlük betűk, szótagok maradnak ki; a mondat egy része is hiányozhat. Máskor viszont a leírandó szóba az előzőekben hallott szótagokat illeszti be, megfordítja a szótagokat (*levág-elvág*). A mondatokat, tulajdonneveket kis kezdőbetűvel kezdi. Mind a mondatrészek között, mind a mondatok végén elmarad a központozás. A nyelvtani műveletek megértése, megjegyzése, alkalmazása is problémát jelenthet. Mivel kevés a sikerélménye, idegesen kezd az íráshoz, ez további hibák oka lehet. A diszgráfias gyermek az órán legtöbbször már nem ír, kilátástalannak tartja, hogy lépést tartson a többiekkel. A házi feladatot – ha elég sok idő áll a rendelkezésére – szépen elkészíti. Ha kevésbé kitartó, egyszerűen „el-felejt” megcsinálni, vagy mást kér meg rá.

A diszgráfia különböző „mintázatait” arra használják, hogy megfogalmazzák az írás folyamatának főbb vonásait. A diszlexiához hasonlóan a diszgrafiánál is megkülönböztethető a *fonológiai* (szavakat le tudnak írni, de álszavakat, tagadószavakat, alkalmi betűsorokat nem) és *felszíni* diszgrafiát (álszavakat, nem-szavakat és szabályosan betűzött szavakat igen, de szabálytalanul betűzött szavakat nem tudnak leírni). Ez a kettősség tulajdonképpen az írás irányának kettősségére utal.

A diszgrafiával kapcsolatban általában felmerül az a kérdés, hogy tartós pszichomotoros deficitről és/vagy átmeneti fejlődésbeli lemaradásról van szó. A szegényes kézírás elsődlegesen nem a motoros folyamatok hibás működéséből vagy a teljes betű hibás írásából következik; inkább abból, hogy a térbeli kényszernek (az írás térben, papíron való elhelyezése) nehezen tudnak engedelmessé válni, és írásukból hiányzik az állandóság. Több egyszerű probléma is felmerülhet, amelyet közvetlenül nem a diszgrafiához szoktak kötni, viszont gyakran összekapcsolhatók

vele. Ilyen például a stressz. A diszgráfias gyermekek gyakran határtalan frusztrációként élik meg az írást; a kisebbek akár sírhatnak is, vagy visszautasíthatják az írással kapcsolatos feladatokat. Ez a fajta frusztráció nagyfokú stresszt okozhat.

## Írás (diszgráfia) vizsgálata

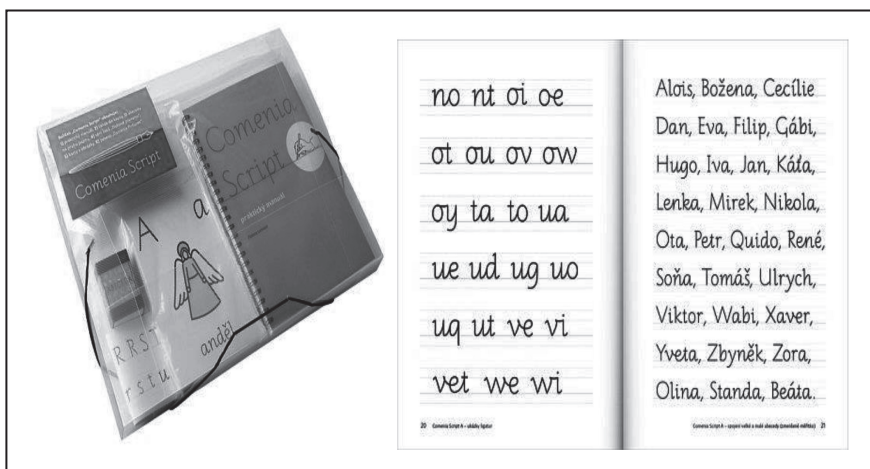
*Általános szempontok:* Az írás technikai jellemzőinek megfigyelése, rögzítése: kézhasználat, ceruzafogás, vonalvezetés nyomatéka, lendületessége, íráskép olvashatósága, betűkötés dinamikusa, betűk-szavak tagolása, képes-e az írott vonalvezetésre, kapcsolásra vagy csak nagybetűket tud vázolni. Az írás tartalmi szempontok szerinti megfigyelése, rögzítése: betűtévésztesek, -kihagyások, -betoldások, zöngés-zöngétlen mássalhangzók cseréje, rövid-hosszú hangzók jelölésének differenciálása, szótagcserék, szövégek leghagyása (hallás?), tagolási problémák; egybeírás-különírás, helyesírási hibák jellemzői (lehetséges, hogy helyesírási gyengeséggel állunk szemben – diszortográfia). (Juhászné G. D. 2010)

*Vizsgálati lehetőségek:* 1. osztályosoknál: szavak, tőmondatok diktálása. 2. osztályosoknál: rövid mondatok diktálása kétszeri ismétléssel, maximum 3 tagú szavak másolása szótagolva. 2–3. osztálytól: kis történet diktálása mondatonként kétszer elismételve („A varjú az ágon ült...”, „Két kacsa totyog...”) Szótagoló másolás megfigyelése 3–4. osztályosoknál: diktálás: („Két kacsa totyog...”, „Sütött a pék...” stb.) Szótagoló másolás megfigyelése *felső tagozatosoknál:* „A katonák tűzzel-vasal...” diktálás után. Grammatikai felmérőlapok kitöltése (nyelvtani elemzések). Önálló írásproduktum: rövid fogalmazás, spontán írás (pl. életrajzból, kedvenc időtöltésről vagy továbbtanulási szándékról stb.) Felhasználhatók továbbá a Logopédiai vizsgálatok kézikönyvéből a Diszlexia vizsgálatok címszó alatt található vizsgáló anyagok. A nyelvi zavarokból eredő diszlexiások-diszgráfiasok pedagógiai-pszichológiai vizsgálatát célszerű, ha szakorvosok (neurológus, fül-orr-gégész, szemész) vizsgálatával is kiegészítjük.<sup>31</sup>

---

31 [www.fejlesztok.hu/.../293-pedagogiai-es-logopediai-vizsgalatok.html](http://www.fejlesztok.hu/.../293-pedagogiai-es-logopediai-vizsgalatok.html) -2010.08.16.

17. ábra: Új típusú írásoktatás (www.comeniascript.cz)



Csehországban a diszgráfias gyermekek számára kísérleti szinten új típusú írásoktatást (hasonlít a nyomtatott betűkre) készítettek elő, amely 2010 szeptemberétől lépett érvénybe. Azt a célt követik, hogy az írott és a nyomtatott betűk közötti különbséget csökkentsék, mivel ez biztosabb betűfelismerést, -alkalmazást biztosít a tanuló számára.

### III.1.3. Diszkalkulia

A számolási készség, valamint a vele kapcsolatos nehézségek részletezése előtt fontos lenne tisztázni, vagy legalább megközelítőleg körülhatárolni a számolással kapcsolatos meghatározásokat. „A számolási képesség magába foglalja a megfelelő matematikai tudás, képességek és tapasztalatok használatát, amikor erre a mindennapi életben szükség van.” – Department of Education and the Arts, Australia. Az Angliában elfogadott számolási képesség definíciója: „A számolási képesség olyan képesség, amely által képesek vagyunk számbeli információk feldolgozására, továbbítására, a velük való kommunikálásra különböző összefüggésekben.” „A számolás képessége magában foglalja a számokkal és mérésekkel kapcsolatos magabiztosságot és képességet. Ehhez szükséges a számok rendszerének, a számolási készség repertoárjának megértése, valamint hogy a gyermek hajlandó és képes legyen számokkal kapcsolatos problémákat különböző összefüggésekben megoldani.” – Department of Education and Employment, United Kingdom. (www5)

A számlálás, számolási készség kulturálisan közvetített formális rendszer, amely első lépés a mennyiségi megítélések felé; tulajdonképpen ez egy mérési rendszer egy csoport, készlet mennyiségi összetételének meghatározásához. (Csapó M. 2012)

## Az alapkészségek fejlődése az iskola kezdő szakaszában

Több kutatásból is kiderül, hogy ez a fajta mennyiségi megítélés már igen korai életkorban megjelenik, és a gyermek úgy is használja ezt a tudást, mint egy tömeg (csoportosulás) meghatározásához szükséges eszközt. Ez az ismeret magában foglalja a számnevek tudását (hogy egy szám egy tárgyat takar), a számnevek sorrendjét, viszont a tárgyak számlálás közbeni elrendezését már nem. Egy finn tanulmányból kitűnik, hogy az iskolai matematikai eredményességnek van néhány előzménye, amely „megjósolhatja” a későbbi matematikai teljesítményt. Egyik ilyen előzmény a *számolási készség* (számlálás és a számok sorrendje) kialakulása, elsajátítása. Azért tartják jelentősnek a számolási készséget, mert magában foglalja a matematikával kapcsolatos információk automatikussá vált használatát, ezáltal a figyelem egészen más, bonyolultabb problémák, folyamatok megoldására irányulhat. Ezért kell a matematikából rosszul teljesítőknél, lemaradottaknál a számolási készség elsajátítási szintjét felmérni, mert valószínű, hogy a nagyobb problémák az elemi számolási készség nem megfelelő fejlettségéből adódnak. (Csapó M. 2012)

Habár a gyermekek ismerik és használják a számlálás alapelveit, egy halmaz mennyiségi megítélésekor egy bizonyos életkori szakaszban a számolási tudásuk nincs összhangban a mennyiségi (számok nélküli) kifejezőképességgel. A számfogalom kialakulására, fejlesztésére a következő életszakaszban kerül sor. Ha egy egyébként jó képességű, intelligens gyermeknek váratlanul komoly nehézségei támadnak a számolás megtanulásával és használatával, akkor bizonyosan az adott funkció zavaráról van szó (amelynek többféle háttérokka lehet). A legfeltűnőbb jel, hogy a gyermek csak nagy nehézségek árán, átmenetileg képes figyelni a számokra, betűkre. A diszkalkuliás gyermek nehezen ismeri fel a szimbólumokat – a számokat és a matematikai jeleket –, és nehezen azonosítja őket tartalmilag. Problémája van a sorozatok és szabályok alkotásával, a térbeli és síkbeli viszonyok érzékelésével. Amíg erősen koncentrálni, képes jól megoldani a feladatot, de figyelme hamar fárad, és egyre több hibát követ el. Egy újabb példa esetén nem tud új megoldást találni, az előzőt ismétli. Többjegyű számoknál könnyen eltéveszti a számok sorrendjét (*134 helyett 143-at ír*). A számokat fordítva írja le (*23 helyett 32-t*), a műveleti jele-

ket rosszul ismeri fel ( $12 : 4 = 16$ ). Számemlékezete kis terjedelmű: az egymás után sorolt számokból keveset tud visszaidézni. A számokat kiragadva környezetükből – más méret, más szín, szaggatott vonalvezetés – nehezen, vagy nem ismeri fel.

Márkus Attila (1998) a neuropszichológia szemszögéből vizsgálta a számolási zavarokat. Ebből a megközelítésből kétfajta diszkalkuliát említ. Az egyik a *fejlődési diszkalkulia*, amely a gyermekkori számolási zavarokat okozza, a másik pedig a *szertett diszkalkulia*, amely a már meglévő számolási tudást károsítja valamilyen agykárosodás következtében. A fejlődési diszkalkulia lehetséges okai között említhetők: részképességzavar, agyi károsodás (fejlődési rendellenesség), betegség (pl. epilepszia), genetikai eredet, gyermekkori fejlődészavarok. Szabó Ottília (1991) diszkalkuliával kapcsolatos írásában azt tárgyalja, hogy a számok pszichológiai struktúrája bonyolult és szoros kapcsolatban áll a beszéddel, a téri percepcióval. Az irányítórendszerekben bárhol fellépő zavar esetén, a gyermek fejlődése már eltérést mutat. Ezért, ha kellő időben nem kap segítséget, iskolába kerülve képtelen lesz a tanulócsoporthba beilleszkedni, és eredményesen fejlődni. A gyakori képességkiesés mellé éretlen személyiségjegyek is társulnak.

### **A súlyos számolási zavar iskoláskori tipikus tünetei<sup>32</sup>**

Gyakran visszatérő, azonos jellegű *számolási hibák* az alábbi területeken:

- az alapműveleteknél a tíz átlépése,
- a maradék megtartása,
- az irányok figyelembevétele kivonáskor,
- többjegyű szorzóval való szorzáskor a részletszorzatok helyének megállapítása;
- szimbólumok, jelek használata (fizikai, kémiai jelek is),
- soralkotások, növekvő és csökkenő sorok írása és olvasása.

*Fogalmi hiányosságok* a következőkben:

- szorzás, osztás,
- törtszám értelmezése, tizedes törtek írása, olvasása,
- síkidom és test közötti különbség

---

32 Diszlexiás Gyerekekért Tolnában Egyesülete:

[hidas.helyinfo.hu/domain7/files/.../5982BD05EC8921FA.doc](https://hidas.helyinfo.hu/domain7/files/.../5982BD05EC8921FA.doc)



## A matematikai készség felmérése

Iskolásoknál a diszkalkulia – az intelligenciaszint tisztázása mellett – szakmódszertani ismeret nélkül nem diagnosztizálható! Logopédus ilyen ismeretekkel ritkán rendelkezik, ezért ő egy jelzett tünetegyüttesként – egységben – mérheti csak fel a tanulót. Így pl. a matematikai készségek, képességek felmérése: globális mennyiségfelismerés, egyesével, kettesével, hármasával, négyesével felfelé majd visszafelé történő mechanikus számlálás, a tízes átlépése, helyi értékes írásmód (leírás, olvasás, értelmezés), műveleti eljárások: szóbeli (+, -, x, :, /), írásbeli (műveleti algoritmusok ismerete, eljárások), mértékegységek átváltása (tömeg, hosszúság, űrtartalom). Egyszerű (egy lépésben megoldható) feladatok szöveges értelmezése, (kettő vagy több lépésben megoldható) feladatok szöveges értelmezése. Következtethetünk a dominancia lassúbb ütemű kialakulására, a készségek alacsonyabb szintű működésére utaló téri tájékozottság gyengeségére, a helyi viszonyok rossz értelmezésére is. A készségek gyengeségét jelzi továbbá a fogalomalkotás, a szimbólumok felismerésének nehezítettsége, a figyelem és az emlékezet terjedelmének korlátozottsága. Amennyiben a gondolkodási stratégiák nem megfelelően működnek, az analízist-szintézist igénylő műveletek elvégzése akadályozott. (Juhászné G. D. 2010)

### III.1.4. Diszpraxia, diszpinxia, diszmúzia

A jellemző specifikus tanulási zavarok mint a diszlexia, diszgráfia és a diszkalkulia mellett a pedagógiai gyakorlatban találkozunk a ritkább és az érvényesülés szempontjából nem olyan lényeges tünetekkel is. Ilyenek a diszpraxia, a diszpinxia és a diszmúzia. Felismerésük a pedagógus részéről fontos, hogy segíthessen és megfelelő értékelést tudjon alkalmazni az oktatás folyamatában.

#### Diszpraxia

A diszpraxia a megszerzett mozgásos tapasztalat hiányos felhasználása, a célirányos mozgások, gesztusok tanult komplex mozgásfolyamatok tervezésének és kivitelezésének (enyhébb fokú) zavara. Súlyosabb megjelenési formája az apraxia, a szenzoros integráció zavarainak egyfajta megnyilvánulása. Ép mozgásrendszerre ellenére a diszpraxiás gyermek (vagy felnőtt) mozgásrepertoárja szűk, gyakran éri kisebb-nagyobb baleset, mozgásos játéka, tevékenysége fantáziátlan, testsémája fejletlen, viselkedése önállótlan. A diszpraxia gyakran jár együtt diszgráfiával,

diszkalkuliával, és iskolai teljesítmény- és viselkedészavarok forrása. Formái változatosak, az egyes testrészek (arc, kéz, nyelv) és tevékenységek (öltözködés, térbeli tájékozódás) zavaraiiban nyilvánulhat meg, az egyén számára a mindennapi élethelyzetekben fokozott feszültséget okoz.

**Ideomotoros diszpraxia:** „Ügyetlen gyermek”-szindróma: a mozgások kiválasztásának, elrendezésének zavarai (csúnya, torz írás, vágás, helytelen eszközhasználat).

**Ideátoros diszpraxia:** Komplex cselekvéssorok (háztartási gépek kezelése, mosakodás) végrehajtásának nehézsége.<sup>33</sup>

A diszpraxia a motoros funkciók zavarai, ahol a mozgásos koordináció sérült. A zavar nem függ össze az agyi bénulással (ICP, DMO), sem az értelmi akadályozottsággal. Neurofiziológiai éretlenség, amelyet általában a problémás születéskori gondok okoznak. A gyermeknek gondot okoz a koordináció, elsajátítás, tervezés és a mozgásos tevékenység. Nehezen sajátít el új mozgásokat, a testnevelésben lassú, érdektelen. Labdajátékoknál, gimnasztikánál, egyensúlygyakorlatoknál feltűnő a zavar. Nem tartja a ritmust, nem koordinálja a mozgását a többiekkel. A diszpraxia általában a diszgráfia, diszpinxia és a beszéd artikulációs zavarának alapját képezi.

A diszpraxia a motórium fejlődési zavarai, a mindennapi mozgásos tevékenységek, manuális feladatok, testgyakorlatok és a sport területén. A zavar a mozgásos sztereotípiák kialakításának, rögzítésének és ismétlésének folyamatát érinti. A specifikus fejlődési zavarok közé sorolható, általános mozgásos rendezetlenséget jelent. Meghatározása különböző, vannak, akik nonverbális tanulási zavaroknak vagy motoros diszgnóziaként jegyzik. Az egyik kísérő tünete a szociális kapcsolatok téves észlelése; az érintett szociális viselkedése nem felel meg a környezete elvárásának. Az óvodáskorban a mozgásos játékoknak központi szerep jut, és az ügyetlenkedő gyermeket gyakran kiközösítik a csoportban.

Az ilyen gyermekeknek akadályozott és korlátozott nagymozgásos és finommozgásos fejlődésük van, koordinációs zavarokkal. Problémák merülnek fel a játékfogással, a játszásnál, az önálló tevékenységeknél, a házimunkában. Az iskolában a testnevelésórán, a gyakorlati foglalkozásokon komoly nehézségeik vannak, a mozgásos zavar az írást és a rajzolást is befolyásolja. A statisztika azt mutatja, hogy minden 12. gyermeknek nehézségei vannak, a fiúknál háromszor gyakoribb a tünet, mint a lányoknál. Megbízhatóan hétéves életkor után lehet beszélni a diszpraxiáról, amikor már elkülöníthető a fejlődési koordinációs zavartól.

---

33 Gereben Ferencné: [www.kislexikon.hu/diszpraxia.html](http://www.kislexikon.hu/diszpraxia.html)

A diszpraxiás gyermek jellemzői (Tomková E. 2010):

- nagymozgások zavara: egy lábon állás, labdarúgás, lépcsőjárás – főleg lefelé, nem váltja a lábát;
- finommozgások zavara: markolás problémái, nem képes a ceruzát tartani, fogni, az írás, rajzolás rendetlen – nem tartja a sorokat, vonalvezetése hibás, a nyírással gondjai vannak;
- bilaterális integráció: a test két felének integrációs zavara, problémát jelent számára az egyik testfél mozgásainak a követése;
- laterális: a nem meghatározott laterális gyakori;
- vizuális differenciáció zavara: különböző alakú tárgyakat nem tud megkülönböztetni, gyenge a mélység meghatározása;
- auditív differenciáció zavara: nem képes a felesleges zajok leválasztására, úgy érzi, hogy a zaj bombázza őt;
- kineztészis (testtudat) zavara: nem tudatosítja, hogy háromdimenziós, nem képes a térben elhelyezni magát;
- propiocepció zavara: nem tud tájékozódni saját testén, mi hol van, mit csinál az egyes testrész (kinyújtott, behajlított stb.);
- az idő és a távolság zavara: főleg azoknál, akik nem másztak négy lábon, és nincs „kitapintva” a tér körülöttük
- nem szeretnek bizonyos ételeket, fészülést, körömnírást, fogmosást, nem szeret kapcsolatba kerülni adott tárgyakkal
- könnyű takaró helyett a vastag paplant választja – szereti a testére ható nyomást alvászavar: nyugtalan, rossz alvó;
- szociális készségek zavara: a szabályokat képtelen megtanulni, ezért elutasítják, nem érti a gesztusokat, hangsúlyozást, mimikát – kevés barátja van, negatív érzéseket kelt;
- a beszédfejlődés ép, a szókincs jó, a nyelvhasználat rideg, érzéketlen, szociálisan helytelen és nem hatékony – a megértő olvasásnál alacsony értéket ér el, az olvasás gyorsasága normális;
- nem érti a szójátékot, viccet, nincs humorérzéke, nem érti a metaforákat;
- komoly térorientációs zavarai vannak – bolyong a lakhelyén, az iskola épületében, nem érti a geometriát, gondok vannak a testnevelésen és a rajzban;
- nincs ritmusérzéke.

A diszpraxiás gyermekek fáradékonyabbak társaiknál. A már elsajátított műveletet pár nappal később nem tudják. Kritikus időszakuk a 7–15. év között van, nem kapnak megértést, segítséget, így gyakran dühkitörésekkel reagálnak sikertelenségükre. Nem tanulnak meg kerékpározni, és felnőttkorban problémáik lehetnek a jogosítvány megszerzésével (távolságot bemérni, integrálni a pedált, tükröt, kormányt egyszerre, a gyors bal-jobb meghatározás zavara áll fenn). A diagnózis felállítása interdiszciplináris – osztályfőnök, gyógypedagógus, pediáter, neurológus, pszichológus. A segítség az önbizalom kialakítása, a koordinációs zavarok enyhítése.

A diagnózist a nagy- és finommozgások tesztelésével lehet felállítani. A nagy-mozgásnál a statikus és dinamikus koordinációt, a felső és alsó végtagok találkozási pontosságát, kölcsönös koordinációját (teniszlabda, spiccelés stb.) figyeljük. A finommotorika rajzolásos, manuális tevékenykedésből áll. Terápiája a mozgás és testsémafejlesztés, Ayres-módszer, támasznyújtás a mindennapi tevékenységben. A sportra való irányítás is javasolt, nem a versengés szempontjából, hanem a motoros készségek elsajátításáért.

## Diszpinxia

A diszpinxia a rajzolás zavarát jelenti. A rajzkészség ismerete és szintjének felmérése segít a diszgráfia megelőzésében. Feltételezi a ceruza- vagy ecsetfogás ügyetlenségét, használatának zavarát. Rajzolás közben a gyermek nehezen irányítja a kezét a vonalvezetésnél, -vezetésnél, az alakzat váltásánál, a körberajzolásnál, a kontúrok megrajzolásánál stb. A vonalvezetés görcsös, bizonytalan. A sorokat, a színezett felületet nem tartja be. Súlyosabb zavar, amikor a gyermek nem képes megrajzolni az adott feladatot (házat, fát, autót, embert), vagy másolni egy adott rajzot. A rajzkészség alacsony szinten van, néha bizarr, és szemlélteti a térbeni orientációjának zavarát. Vizuális és/vagy motoros terület sérülése okozza a zavart.

A másolásos rajz, körberajzolás (az egyszerű ábráktól a bonyolultabbakig) alapján lehet diagnosztizálni a zavart. Kört, keresztet, háromszöget, csillagot rajzol; előtte van a minta, amely szerint rajzol, és ellenőrizheti azt. Ha nem képes a másolásra, akkor a fejletlen terület meghatározása a fontos. Megkérdezhetjük tőle, hogy a rajza hasonlít-e a mintára. Ha ezt kommentálni tudja, akkor a motoros funkciók zavaráról van szó. Ha nem képes a megkülönböztetésre, akkor a vizuális percepció zavarát tételezzük fel.

A fejlesztés két területe a finommotorika (gyöngyfűzés, puzzle, lego, ujj-játékok, diótörés, sózás, morzsázás, gyúrás, koppintás stb.) és a vizuális észlelés (lent-fent, elől-hátul, egyforma-különböző stb.).

## Dizsmúzia

A zenei képességek zavara a diszmúzia. A zavar receptív (tónusok, melódiák, hangszerek hangzása megkülönböztetésének képtelensége, zenei „siketség”), expreszív („hamis” éneklés – a hangzás nem követi a tónusokat, melódiát, dallamot), motoros (vokális: az éneklés képtelensége, instrumentális: a hangszerek használatának nehézségei). Megkülönböztetünk lexikus (nem tudja olvasni a kottát) és grafikus (nem tudja írni a kottát) diszmúziát. Nem beszélünk diszmúziáról, amikor a gyermek éneklő hangon beszél. Ilyenkor (pl. versmondásnál) a beszéd intonációs és ritmuszavaráról, vagyis *diszpropozídiáról* van szó. A diagnosztikához a zenei képességek tesztjét használják, amely segíti a zeneiskolások kiválogatását is. Terápiájával a szakemberek nem foglalkoznak, mivel továbbra is megmarad az egyénben a zenehallgatás élménye. Az iskolában a zeneórákon az érdeklődés, igyekezet és a zenei ismeretek számítanak. Az éneklés nem feltétel, így a pedagógus ezt áthidalhatja más ösztönző tevékenységgel. (Copíková L. 2010)

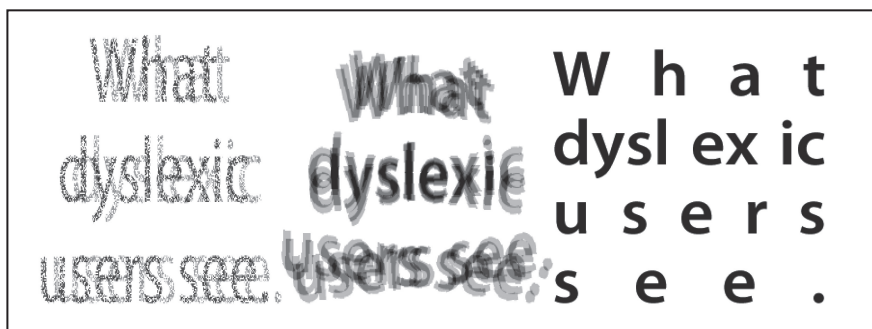
A speciális pedagógiai (gyógypedagógiai) intervenció feladata elsősorban a differenciális diagnosztika, majd a megállapított zavar korrekciójának meghatározása, megvalósítása. A tanulási zavar diagnosztizálása interdiszciplináris, kizáró, illetve megtámogató részdiagnózisokból áll össze. Miután a szenoros és az értelmi akadályozottságot kizárták, a tünetcsoportok és a tanulási folyamat értékelése alapján kell meghatározni a részképesség-területek zavarait. A korrekciós programokat – a zavarok alapján – személyre szólóan állítják össze. Némely programot egyénileg, kis csoportban is lehet alkalmazni.<sup>34</sup>

34 [www.statpedu.sk](http://www.statpedu.sk): VP pre žiakov s vývinovými poruchami učenia:

Špecifická výchova a vzdelávanie žiakov s vývinovými poruchami učenia (VPU) v strednej škole (Doplnok k Vzdelávaciemu programu pre žiakov s vývinovými poruchami učenia - ISCED 3)

Rámcový učebný plán pre špeciálne triedy pre žiakov s vývinovými poruchami učenia v ZŠ ISCED1 a ISCED 2

18. ábra: Torzítások a képernyőn – ahogy a diszlektikus látja. [www.elet.sk](http://www.elet.sk) › O ELET › ELET Newsletter. 2013.10.15.



## IV. MAGATARTÁSZAVAROK

Sindelar B. (2004) az egyik előadásában azzal sokkolta hallgatóit, hogy Ausztriában nincsenek magatartászavaros egyének. Csupán azért tudta ezt kijelenteni, mert őket kivételes magatartásúaknak, illetve egyedi viselkedésűeknek nevezik. Szerintük címkézéssel ér fel, ha magatartászavarral küszködőknek minősítjük őket, kizárva a korrekció lehetőségét. Ez egy olyan szemléletváltásra utal, amelyre szükség van a szakmában.

### IV.1. Viselkedés- és magatartászavarok

*A pszichoszociális zavarral küszködők pedagógiája* (magatartászavarral küszködők pedagógiája – etopédia, pszichopedagógika) a speciális pedagógiának azon ága, amely a magatartászavaros egyének edukációjával, reedukációjával, nevelési rehabilitációjával foglalkozik. Olyan magatartásformáról van szó, ahol az egyén tudatosan vagy akaratlanul megsérti a szociális, erkölcsi, jogi szabályokat és normákat (a kihágásoktól az agresszivitásig). A környezetükkel szemben adaptációs és interakciós zavarai vannak. Pszichoszociális zavaron a lelki és szociális élet integritás-zavarát értjük, az egyén a normalitás övezetéből kilóg, és tudatosan vagy akaratlanul sérti a szabályokat. Labáth Vl. (2001) magatartászavaron a maladaptív<sup>35</sup> viselkedési formák széles palettáját érti, a jelentéktelen kihágásoktól a támadó agresszivitáson keresztül egészen a bűncselekményig. A Nemzetközi Egészségügyi Szervezet (WHO) definíciója azonos az előbbivel, továbbá jellemzi: a magatartászavarok ismételten, hosszantartóan jelentkeznek az egyénnél, ellentmondanak az adott korban lévő egyén viselkedésével szemben támasztott társadalmi elvárásoknak.

---

35 A maladaptív viselkedés olyan viselkedés, amelyből az egyénnek kára származik (drog, túlzott alkohol, cigaretta, erőszakosság, kortársak bántalmazása, ahol ő a bántalmazó, állandó szabálysértő stb.), ami nem segít abban, hogy a környezet által elfogadható kereteken belül (adaptív módon) viselkedjen/fejlődjön. Young: enyhébb karakter-problémák, személyiségzavarok, szétziláló affektív-vonások ([www.gyakorikerdesek.hu](http://www.gyakorikerdesek.hu) › *Egészség* › *Mentális egészség*). 2013.07.15.  
Vlado Labáth: Poruchy správania a tvorivost. <http://referaty.atlas.sk>. 2013.07.15.

A magatartászavarok jellemzése:

1. A viselkedése feltűnő, nem megfelelő, bizarr – környezete gyakran lelki zavarként értékeli.
2. A viselkedése ellenálló, elutasító, nem együttműködő, szófogadatlan, ami kapcsolati zavart jelez a szülő és a gyermek vagy a nevelő és a gyermek között.
3. A viselkedése elfogadhatatlan, rossz, az adott normarendszer elvárásaival ellentétes.

További felosztásuk (Majzlanová K. 1998):

- a) magatartászavarok a fegyelmi kihágásoktól kezdve a komoly társadalmellenes megnyilvánulásokig,
- b) nevelési problémák, emocionális zavarok, problémás magatartás.

*A szerző (1998) további jellemzőket is ismertet:*

1. az általános viselkedéstől való eltérés,
2. a negatív viselkedési formák túlzott jelenléte,
3. a gyakoriság mellett az eltúlzott, intenzív megjelenési formák.

A viselkedés megjelenési formái lehetnek:

- a) extraperszonális: agresszív, negativisztikus, hiperaktív, maladjusztált,
- b) intraperszonális: neurotikus, emocionális zavar, szociális inkompetencia.

A magatartászavarok okai endogén és exogén tényezőkre vezethetők vissza (Kábele F. - Edelsberger L. 1989):

- *Endogén tényezők* – hereditárius (örökletes), központi idegrendszer zavarai, diszfunkciók, lelki problémák,
- *Exogén tényezők* – kóros környezet, nevelési elhanyagoltság, negatív viselkedési minták.

A magatartászavarok súlyossága szerinti felosztása a következő:

- a) disszociális viselkedés: társadalmi szempontból nem veszélyes, de normát sértő – ellenállás, dac, szófogadatlanság vagy más, neurózis okozta eltérések – tikek, kényszeres viselkedés, szorongás, fóbák;



- b) aszociális viselkedés: iskolakerülés, toxikománia, játékszenvedély, kisebb lopások;
- c) antiszociális viselkedés: legsúlyosabb magatartászavarok – delikvencia, kriminalitás.

A zavarokat emocionális, szociális és pszichoszociális területen figyeljük (Kábele F. - Edelsberger L. 1998):

1. *Emocionális (érzelmi) zavarok*: tartós, kóros tünetek az érzelmi életben. Nem az érzelmeket érinti, hanem az emocionalitás területének zavarát, amely az érzelmek nem megfelelő intenzitását, tartósságát, szociális inadvátságát okozza. Tartós hiányérzetet vált ki az egyénből, más problémákkal is kísérve.
2. *Szociális zavar*: az egyén nem tartja be/megsérti a kötelező szabályokat, előírásokat, egyezségeket, amelyek meghatározzák társadalmi létezését. Jele, hogy nincs harmóniában a környezetével. A személyiség szerkezete sérül, nevelési, emocionális zavar és szociális elszigetelődés lép fel.
3. *Pszichoszociális zavar*: az egyén pszichikai, biológiai és szociális kölcsönhatású viselkedésére utal. Az erkölcsi és jogi normák megsértéséről van szó.

A szakirodalom alapján további felosztást is találunk:

*Nevelési zavar* – azoknak a zavaroknak a csoportja, amelyek helytelen nevelési vezetés, módszerek következtében alakulnak ki. Ilyenek a nevelési elhanyagoltság és a kóros nevelési elvárás (ambiciózus, túlvédő, autoritatív attitűd).

*Disszociális viselkedés* – nevelői (szülői) ráhatással korrigálható (panaszkodás, kinevetés, dacosság).

*Aszociális viselkedés* – az egyén önmagára nézve ártalmas, nem a társadalomra (autisztikus tünetek, mutizmus, negativizmus).

*Antiszociális viselkedés* – sérti a törvényességet (lopás, rablás, vandalizmus, testi bántalmazás). Típusai:

1. *Családi körre korlátozódó*: lopás, rongálás.
2. *Kortárs csoportba be nem illeszkedők*: kötekedés, durvaság, indulatkitörések, engedetlenség.
3. *Nyílt oppozíciós zavar*: ellenséges, provokatív viselkedés szülőkkal, tanárokkal szemben. Haragtartók, sértődékenyek, de nem destruktívak, nem agresszívek.

Kezelés: világos, átlátható szabályok, család-, csoportterápia, egyéni tanulási program.

A szakirodalom a következő megnevezéseket is használja:

- maladjustált viselkedés – helytelen vagy rossz környezeti alkalmazkodás a személyiség szerkezet zavarai miatt, lelki egyensúlyzavarok önmagával és környezetével szemben;
- deviáns viselkedés – a normától való olyan mértékű különbség, amely már a társadalom által elfogadott normán kívül esik.

Több esetben is találkozunk a viselkedés és a magatartás fogalmának megkülönböztetésével, azonban gyakran szinonimaként értelmezik őket (Schmidbauer W. 2007):

*Viselkedés* (behavior, správanie): gyűjtőfogalom az élő szervezetek összes megfigyelhető, megállapítható vagy mérhető aktivitására. (Schmidbauer W. 2007, 237)

*Magatartás*: viselkedés, az emberi személyiségvonások fő megjelenési formája, a lelki megnyilvánulások kifejeződése. (Schmidbauer W. 2007, 145)

*Magatartászavarok* (behavior disorder, poruchy správania): diagnosztikus kategória, olyan magatartásformák, amelyek tüneteit a társadalom helyteleníti. (Schmidbauer W. 2007, 146)

**Tünetei:** ADD/ADHD<sup>36</sup>

ADD – figyelemzavar (attention deficit disorder, porucha pozornosti).

ADHD – figyelemzavar és hiperaktivitás (Attention deficit hyperactivity disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou):

- régebbi megnevezései: MCP, LMD, LDE,
- a gyermekpopulációban 6%, a fiúk és lányok aránya 5:1,
- pontos keletkezése ismeretlen, elsődlegesen azonban *nem a helytelen nevelés és szociális hatás váltja ki, enyhe agyi diszfunkcióhoz köthető.*

---

36 [www.statpedu.sk](http://www.statpedu.sk): VP pre žiakov s poruchami aktivity a pozornosti

Rámcový obsah vzdelávania voliteľného predmetu Terapeutické a korektívne cvičenia pre primárne a nižšie sekundárne vzdelávanie ISCED 1, ISCED 2, pre žiakov s poruchou aktivity a pozornosti

Rámcový obsah vzdelávania voliteľného predmetu Čítanie a písanie hrou pre žiakov s poruchou aktivity a pozornosti ISCED1, ISCED2

Rámcový obsah vzdelávania voliteľného predmetu Pohybová výchova pre žiakov s poruchou aktivity a pozornosti ISCED1, ISCED2

**Figyelemzavar** – az összpontosítás hiánya, figyelmetlenség, a kitartás hiánya: figyelmetlenség az iskolában, szociális helyzetekben, helytelen cselekedetek, szervezatlenség, gondatlanság, megfontolatlanság, szétszórtság, megbízhatatlanság. Gyakran cserélgetik a játékokat, tevékenységüket, nem fejezik be, amit elkezdtek. Problémájuk van a játékszabályok betartásával. A külső megfigyelő számára úgy tűnhet, hogy lélekben nincsenek jelen, nem hallgatnak, nem figyelnek, nem reagálnak. Figyelmük hamar elterelhető, távoli hangok, zörejek is elvonják.

**Hiperaktivitás** – túlzott és nem kontrollált aktivitás: állandó nyugtalanság, nem tud megülni egy helyben, elszaladgálás, a széken nyugtalanul ül, átmászik, felugrik a tárgyakra stb. Nem tud csendben játszani, nehezeére esik a csend, kényszeresen mindig foglalatostkodik valamivel, sokat beszél. Felnőttkorban is megmarad a belső nyugtalanság érzése.

**Impulzív viselkedés** – Meggondolatlanság, figyelemfelkeltés (helytelen megjegyzések, közbeszólások), türelmetlenség, ingerlékenység, nincs türelmük kivárni a sorukat, túlkiabálják a többieket, szavukba vágnak, bohóckodnak, nem hallják az intelmeket, balesetveszélyesen viselkednek (megfogják a forró tárgyakat, nekimennek valakinek/valaminek stb). Felnőttkorban az autóvezetésnél figyelmetlenek, későn fékeznek, gyorsan hajtanak be az útkereszteződésbe stb. Az emberi kapcsolataik is hullámzóak.

**A kognitív funkciók zavarai** – A figyelemzavart gyakran kíséri motorikus nyugtalanság is. Nincs időérzékük, az időbeliség gondot okoz számukra, képtelenek viselkedésüket megítélni, szelektálni az ingereket, az adott helyzetben szükséges megfelelő információt kiválasztani, sérült a bejövő információk analízis-szintézise. Motivációs szintjük alacsony, nem kitartóak, mindennemű frusztrációt, elodázást nehezen élnek meg, gyenge az önuralmuk. Tájékozódási, verbális zavar és a munkaemlékezet zavara is fennállhat.

**Percepció-motoros zavarok** – Hiperaktivitás és a relaxáció hiánya, hirtelen mozgásos reakciók, nem koordinált, pontatlan, diszkrét neurológiai eltérések: mozgásos koordináció, szimmetria, jobb-bal orientáció, taktilis diszkrimináció, ügyetlenség, vizuomotoros koordinációs zavar.

**Szociális maladaptáció (maladajustáció)** – Nem adekvát kontroll, familiáris viselkedés, kortársakhoz nem képes alkalmazkodni, betartani a szabályokat, akceptálni a környezet elvárásait, extrém hangulatváltások, az elismerés iránti fokozott vágy, altruizmus és empátia hiánya.

A szakma 20–40%-ra becsüli a hiperkinetikus gyermekek értelmi képességek által nem befolyásolt problémáit (pl. az olvasásban, írásban, számolásban). (Pokorná V. 2001) A reedukáció és a korrekció az egyén önszabályozási készségeinek kialakításából és erősítéséből áll:

- a pozitív viselkedési minták erősítése,
- megfelelő viselkedési sztereotípiák kialakítása,
- az akarat cselekvés erősítése,
- a problémamegoldás segítése,
- az agresszív tényezők semlegesítése.

A gyógypedagógiai eszköztár, a különböző terápiák alkalmazása sokat segít. Az enyhébb magatartási zavarok ambuláns módon kezelhetőek, míg az aszociális vagy antiszociális viselkedés reedukációs folyamatot feltételez diagnosztikai központokban vagy reedukációs intézetekben.

## IV.2. Krízisidőszakok: dackorszak, serdülőkor

A fejlődési krízisek olyan, viszonylag hosszabb időszakok, amelyek az élet más szakaszaihoz viszonyítva gyorsabban jelennek meg, a fejlődéssel törvényszerűen járó változások. Tipikus példája a serdülőkori válság. A fejlődési szakaszoknál két olyan időszakot különböztetünk meg, ahol a személyiségfejlődés önállósodása, autonóm szerveződése, a kortárs csoportok jelentősége lép be az egyén életébe. Ez a dackorszak és a serdülőkor. Azért tartottuk fontosnak e két fejlődési időszakot jellemezni, mivel veszélyeket rejtnek magukban, és fontosak a magatartászavarok megelőzése szempontjából.

### Dackorszak

*Dackorszaknak* az 1. és a 3. év közötti időszakot nevezzük. Ezeket az éveket a váratlanul előtörő heves érzelmi megnyilvánulások jellemzik, és a belőlük keletkezett konfliktusok nemcsak a szülőknek megterhelők, hanem a gyermeknek is.

*Dacnak* nevezzük a mások állításaival szemben képviselt vélemény különösen heves affektussal történő kinyilvánulását. Behatóbb vizsgálatok kimutatták, hogy a tipikus dacreakciók, mint például a toporzékolás, ordítozás, földön fetrengés egyáltalán nem tekinthetők általános jelenségnek, hanem bizonyos családi helyzetek által kiváltott gyermeki válaszok. Gyakran a gyermek tervezett cselekvésének meghiúsulása váltja ki őket, például a függetlenségre vagy önállóságra való törekvés

megakadályozása, továbbá az engedélyezett és a próbacselekvések közti, vagyis a kitűzött cél és a korlátozott lehetőségek közti súlyos konfliktusok. A dackorszak azokban a családokban jelentkezik problémaként, ahol a gyermek kívánságait figyelmen kívül hagyják, viszont megadják magukat a drámai dackitöréseknek, így azonban ezek tovább erősödnek és gyakoriságuk várhatóan nőni fog. 2–3 éves korban jelentkezik az első periódus. A gyermek ekkor kerül először összeütközésbe a külvilággal, és alkati adottságaitól függően a tilalomjelzések hatására vagy lázad, vagy egykedvűen tudomásul veszi őket. A lázadás dührohamokban és dacban nyilvánulhat meg. Az első dackorszaknak az óvodai beilleszkedés vet véget. Legjobb, ha a szülő és a nevelő nem méltatja különleges figyelemre a dacos gyermeket, hanem türelemmel hagyja, hogy a testvérek és az óvodatársak körében kinője dacosságát és megtanuljon beilleszkedni a közösségbe. A jól irányított óvodai gyermekközösségben ugyanis az otthon még oly szeszélyes, dacos és zsarnok „egyke” is simulékony szolgálatkész kis emberré válik. A korlátok, a szülők és nevelők erőszaka miatt elszenvedett „igazságtalanságok” védekező állásba szorítják a gyermeket, fokozzák és megerősítik dackézségét, viszont a megértés, a segítőkészség gyorsítja a társadalmi beilleszkedést. A gyermek második dackorszaka 9–11 éves korban jelentkezik, mely az előkamaszkor kezdetére esik.

A szülők egyik legfontosabb célja, hogy segítsék gyermekeiket leválni magukról, támogassák őket az önálló emberré válásban, hogy egy nap majd szüleik nélkül is képesek legyenek boldogulni. Ez a törekvés családonként változó, van ahol előbb, van, ahol később gondolják a szülők, hogy most már igazán „önálló lehetne ez a gyermek”. Az időponttól függetlenül azonban mindenképpen fontos, hogy ne saját képmásunkat lássuk benne, hanem egyedi kis lényt, akinek bizony sokszor teljesen más ízlése, érzése, vágyai, álmai vannak. Hogyan segítsük az önállóvá válásban? A legjobb megoldás: ha önálló cselekvést engedünk neki, hagyjuk, hogy megküzdjön saját problémájával és tanuljon a hibáiból. Ugyanis, ha belegondolunk, már az ún. dackorszak hisztije is arról szólnak, hogy önállóan szeretne tenni-venni, mi pedig ezt korlátozzuk, és ebből van a probléma. Bizonyos dolgokban gyermekünk egyértelműen függ tőlünk, nagyon sok mindent meg kell mondanunk, mutatnunk neki és el kell végeznünk helyette. Viszont éppen ez a függő helyzet válthat ki belőle ellenséges érzéseket, mivel az állandó függés miatt tehetetlennek érzi magát, dühös, frusztrált lesz és neheztelni fog ránk. Az önállóság támogatása fontos nevelői feladat: Hagyjuk őt döntést hozni. A választási lehetőségek mind a döntéshozatalt segítik. Mutassunk tiszteletet erőfeszítéseit iránt. Ne tegyünk fel túl sok kérdést. Ne siessük el a válaszáért. Minden gyermek életében van olyan időszak, amikor

a miértekre keresi a választ. Ha feltesz egy kérdést, akkor engedjük meg neki, hogy először maga keresgélje a választ. Bátorítsuk az otthonunkon kívüli eszközök és források használatában. Ne vegyük el a reményt. Ahelyett, hogy eleve csalódásra készítjük fel, engedjük, hogy kipróbáljon és tapasztaljon dolgokat. Azzal, hogy megpróbáljuk megóvni a csalódástól, sokszor a reménytől, az álmodozástól és bizonyos esetekben az álmai elérésétől is megfoszthatjuk őt.

## Serdülőkor

A kamasz (puberta) egy második születés. Lelki értelemben születik meg a kamasz. Önállósulnia kell. Kialakul saját személyisége – beszédmód, fizikai kinézet. A kamaszkort megelőző 10 év meghatározza a serdülőkor menetét, már létrejött egy olyan szülő-gyermek, nevelő-tanuló kapcsolat, amely meghatározza helyét a környezetében. (Vekerdy T. 2003)

Néha hihetetlen teljesítményre képes, máskor hanyag, lusta. Hangulatában hasonlóan hullámzó. A szélsőségeket nehéz megélni, ezért fél. Sok idegi alapú betegség ekkor kezdődik.

A kamaszkori lustaság fiziológiai, élettani állapot. Oka, hogy a változás nagyon fáradékonnyá teheti. A lélektani krízisek nagyon sok kérdést vetnek fel, amelyekre válaszolnia kell. A válaszok megtalálásához idő kell. A merengés nagyon fontos, mert a belső történéseket ebben az állapotban éli meg – befelé figyel. Kamaszkorban gyakori a zene iránti fokozott érdeklődés.

A kamasznak nagy szellemi kapacitása van, megnövekszik a tanulási képesség, de a sok egyéb feladat elviheti ettől, mivel jellemző rá a szélsőségesség. Az igazi nagy olvasások korszaka kezdődhet ebben az időszakban. Izgatja a pályaválasztás. Ki és mit választ? A szülő befolyása vagy saját érdeklődése alapján. Ha nem saját döntéséből választ, hosszú távon rányomja a bélyegét az életére. Napjainkban tapasztalható, hogy nem akarnak felnőni a kamaszok. Különböző ok-okozati tényezőre vezethetjük vissza, pl. egyre kevesebb követendő példát látnak maguk körül. Kitolódik a kamaszkor/serdülőkor vége, kb. 12–18 éves korig tart, de nem korhoz köthető. Először megtapasztalja az önszerelmet – ki vagyok én, magamat szeretném jónak, szépnek látni..., később jön az idealizált szerelem (mindenkibe), végül az egyetlennek szóló következik. A biológiai érés egyre korábban valósul meg, a szellemi kitolódik. A biológiai érettség és a testi szerelem hamarabb jön el, mint a lelki fejlődés. (Kulcsár É. 2005)

A serdülőkor (adoleszcencia) a lelki érés szempontjából alszakaszokra bontható: kamaszkor előtti (prepubertás, szl: predpuberta) időszak, kamaszkor (pubertás, puberta), serdülőkor (adoleszcencia, tinédzser kor, obdobie dospievania).

A fejlődés megértéséhez ismerni kell a megelőző kor történéseit. A serdülőkor nyitánya hormonális jellegű: lányoknál az első menstruáció, fiúknál az első ejakuláció. Átalakul az idegrendszer. A kamaszkor (pubertás) egy szűk értelemben vett biológiai fejlődési szakasz, míg a serdülőkor a pszichoszexuális érési folyamatra is utal.

*A serdülőkor három fontos feladata (Vikár Gy. 1980):*

1. Érzelmileg függetlenedni kell a szülőtől, tudni kell a családon kívül is kapcsolatot építeni. A serdülő érzelmi szabadságot akar. Nagy erőpróba, hogy tud-e a családon kívül is bízni valakiben.
2. Azonosulni kell a nemi szereppel. Integrálni tudja az elvárásokat saját lényébe.
3. Fel kell vállalnia a szerepét a felnőtt társadalomban. Döntések vállalása, jogi felelősség.

Az identitás megszületése, önismeret fejlesztése úgy, hogy saját személyisége helyesen fejlődjön. Eközben eltávolodik a szülőtől. Nagyon komolyan tud venni egy-egy tanári visszajelzést. A kamaszkor a szerepkísérlet kora is. A kamasznak el kell döntenie, hogy jólnevelt vagy rátarti lesz-e... Elképzeli, kipróbálja a többit is. A késői serdülőkor jellemzője az identitás kialakulása, az énkép rendeződése. Emellett idetartozik a saját szerep meghatározása – hely a társadalomban, pályaválasztás.

*M. Laufer (in Kulcsár É. 2005) a fejlődési problémák tüneteit gyűjtötte össze:*

1. A serdülő ragaszkodik a mintákhoz, nem törekszik önállóságra. 2. Viselkedése túl merev. 3. Szociális kapcsolatai nem segítik elő a felnőtté válást – kisebb gyermekek társaságát keresi. 4. Szülei még mindig meghatározó szerepet játszanak az életében. 5. Nem képes az eseményekkel kapcsolatos reális érzéseit jelezni. 6. Nem tudja elkülöníteni más emberek róla alkotott képét és a valóságot. 7. A jövőhöz való viszony: félt, nem lát perspektívát maga előtt.

Amíg változik, ezek a tünetek nem veszések, csak akkor, ha a tünetek közül szélsőséges állapotban egy vagy több megmerevedik. Tanulmányi eredménye hirtelen romlik: a tanulási képesség megtartása jó jel. Ha viszont nem megy, akkor a realitással való kapcsolat sérül. Kiközösítik a kortársak.

**További gyakori tünetek jelentkezhetnek:**

*Teljesítménygátlás:* Lehet kóros állapot jele is, de rejtett dac is. Lehet túlzott szülői elvárás vagy kényszerpálya (látszólag nem tiltakozik, mégis ellenáll).

*Szociális gátlás:* Kapcsolatteremtési nehézségek. Nem képes megszólalni. Elégedetlen önmagával és alulértékeli képességeit. De lehet ellenkező hatású is – túlkompenzált, hangos...

*Neurotikus tünetek:* Ideges rosszulletek. Fejfájás, szédülés, hányás. Ezeknek belső konfliktus, szorongás lehet az oka. A jólnevelt gyermekekre jellemző, hogy feszültséget élnek át.

*Autoritáskrizis:* A hatalommal szembeni ellenállás, szembenállás a felnőtt világgal. Idetartozik a kirívó öltözködés, törvények megszegése, lázadás. Ha túl erős, akkor antiszociálissá válik. Idetartozik a drog élvezete is.

*Drog:* A serdülőkornak sok olyan jellemzője van, amely előtérbe helyezi a drogfogyasztást: gyászézés, könnyűség/problémamentesség utáni vágy, lázadás, identitásprobléma, csoporthoz tartozás igénye, kapcsolatépítési kényszer, a család ellenére tenni. Veszélyes, mert nem valódi problémamegoldást jelent, de menekülési iránynak látszik. Évek óta drogorientált társadalomban élünk: kávé, cigaretta, alkohol és más.

*Öngyilkosság:* A serdülő korosztály nagyon veszélyeztetett. Ennek oka a depresszió. A következő tünetei lehetnek: a szeretett személy elvesztése, betegség, önbizalomvesztés, magatartásváltozás, a külső megjelenés megváltozása, hangulati nyomottság, étvágy- és alvászavar, az iskolai teljesítmény hirtelen romlása, agresszivitás, csavargás, deviancia, önsértések. Az öngyilkosság veszélyének a felismerése (Ringel triász): 1. magába zárkózik 2. mindenért saját magát okolja 3. kijelentéseiben utal arra, hogy az életnek nincs értelme, neki már úgymint mindegy... A környezet támogatása abban nyilvánul meg, hogy felfigyelünk a változásokra, visszatükrözzük neki, meghallgatjuk, érdeklődünk, segítséget kínálunk fel. A serdülőkoron végighúzódhat ez az életérzés. Komolyan kell venni a legenyhébb kísérletet is, mert ez egyfajta segítségkérés. Valójában nem akarnak meghalni, de a lényeg az, hogy nem tudnak úgy tovább élni, ahogy eddig. Változtatni akar, de nem tudja, hogyan. Ha az első kísérletet nem vesszük komolyan, akkor egyre súlyosabb kísérletek következnek. A megelőzés lehetőség olyan tevékenység megteremtésére, amely megszünteti az üresség, a „felesleges vagyok, senkinek sem kellemes” érzését (szakkör, barátok, kapcsolat).



*Ennek az életszakasznak a lezárása az ifjúkor.* Az önálló életvezetés kialakításáig benne van a kamasz. A serdülőkorral kinő bizonyos viselkedési szokásokat, de közben néhány tünet/tünetegyüttes rögződhet. A kamaszkor sok tekintetben rombol, de építés a feladata.

***A magatartászavar és a tehetség*** Zelina M. (1994) a tehetséget négy meghatározásban fogalmazta meg:

(a) mindenki tehetséges, (b) a tehetség minden tevékenységben jelentkezhet, (c) fejleszthető funkció, (d) igényes tevékenység, amely elvezet az új, értékes felfedezéshez. Labáth Vl. (2013) hivatkozik azokra a kutatásokra, amelyek bizonyították, hogy a tehetséges egyén tulajdonságai sok esetben ellentmondóak, személyisége szorongó, félelemmel teli és nem minden esetben van pozitív énképe. Sok esetben rámutattak az alkotó személyiség szociális maladjusztációjára. A tehetséges személyiség önállóbb, nonkomfort, érzékeny, bátor, kitartó, extrém, impulzív, indulatos, játékos, humoros, fantáziadús. Czeizel E. (1996) is figyelmeztet arra, hogy a „*kivételes tehetség ne legyen hátrány*”, rámutatva a gyakori konfliktusokra viselkedésükben, amelyek különböző betegségek okai is lehetnek. A pedagógiai gyakorlatban fokozott odafigyelést igényelnek a magatartászavar és a tehetség közötti ok-okozati összefüggések helyes értelmezése és a tanuló támogatása, terápiás segítése.

## V. SZOCIÁLISAN HÁTRÁNYOS HELYZETŰEK

A szociálisan halmozottan hátrányos helyzetű tanulók felzárkóztatása szintén a speciális pedagógia tárgykörébe tartozik, hiszen ennél a célcsoportnál sokkal gyakoribb a sajátos edukációs szükséglet. A szociálisan hátrányos helyzetű, alacsony ingerfelvételt biztosító környezetben nevelt gyermekek beiskolázásánál az esélyegyenlőség gyakran csak két éves halasztással (az óvodai halasztás után a nulladik évfolyamban folytatódó fejlesztéssel) biztosítható. Kövérová S. (1993) kutatásaiból azt a következtetést vonta le, hogy a roma gyermekek nyolcéves korukban lesznek iskolaérettek, ezért fontos a nulladik, vagyis a felzárkóztató évfolyam fejlesztési lehetőségeit kihasználni! Sok esetben közülük kerülnek ki a nem szocializálódott, magatartászavaros, motiválatlan diákok, akik számára az iskolai starthelyzet optimális megválasztása más lehetőségeket biztosított volna. A szociálisan halmozottan hátrányos és a szegény gyermekek közötti különbség a gyakorlatban lényeges, ezért a két csoportot szétválasztottuk. Melyek a hátrányos iskolai indíttatás jellemzői?

Az ország népességének egy része a létminimum alatt él, bizonyos százalékuk mélyszegénységben. A szegény családokban kevés a jövedelem élelemre, ruhára, iskolára, és szűkösek az erőforrások a mindennapok megéléséhez. (Csoba J. 2009) A gyermek számára a család, illetve a szülő által megteremtett fizikai, intellektuális és érzelmi közeg az a világ, amely közvetíti a külvilág információit, erőforrásait, és saját szűrőjén továbbítja azt. A szülők rendelkezésére álló erőforrások alapvetően meghatározzák a gyermeket körülvevő világot. Az alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, jövedelmi szegénység összefüggései, egymást erősítő folyamatai (hatásai) széles körben ismertek. Azok a családok, amelyek kevés erőforrással rendelkeznek (alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség, alacsony jövedelmi-fogyasztási szint), gyermekeik számára is csak egy szűkített létet tudnak biztosítani. Az „induló” hátrányos társadalmi helyzet meghatározza a gyermekek iskolai teljesítményét és jövőbeni lehetőségeit.

A WHO meghatározása szerint a hátrányosság az egyén normális működésének megvonását vagy csökkentését jelenti. A szociokulturális hátrány (handicap, sociálne znevýhodnenie) a tapasztalatszerzés különböző hiányosságát, esetenként elégtelen voltát jelenti (oka lehet más kultúrához, etnikumhoz való tartozás, szociális elhanyagoltság). Az iskola és a családok között a specifikus szociokulturális tényezők területén nagy különbségek vannak. A gyermek számára a beiskolázás fokozott terhet jelent az elvárásokban, viselkedésben, nyelvben, szokásokban,

szabályokban stb., vagyis az iskolában olyan környezettel találkozik, amelyhez eddig nem volt szokva, nem sajátította el szokásait, szabályait, vagy nem ismer-te kommunikációs sajátosságait. Ezek a tényezők nehezítik az iskolai adaptációját, megakadályozzák érvényesülését. A PISA nemzetközi monitoring értékelése rámu-tatott arra, hogy Szlovákia 22,3%-os eredménnyel – Magyarországgal (27%), Bel-giummal (24%), Németországgal (22,8%) és Törökországgal (22,3%) együtt – azon öt ország közé tartozik, ahol a gyermek teljesítményére legnagyobb hatással a szo-ciokulturális háttér van. Ez azt jelenti, hogy két tanuló, különböző szociokulturális háttérrel azonos iskolában különböző képességeket, készségeket sajátít el. Az iskola nem képes a belépő különbségeket kiegyenlíteni, és a teljesítménybeli különbségek megmaradnak a 15. életévük betöltése után is. (Kosová B. 2008) A felmérés továb-bá rámutatott arra is, hogy szoros az összefüggés az anya iskolai végzettsége (be-fejezett vagy nem befejezett általános iskolai végzettség) és gyermekének alacsony iskolai eredményessége között. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy feltehetően a gyermek eredményessége függ attól, hogy az anya képes-e, vagy nem képes se-gíteni a tanulásban. Hiányzik az iskola kompenzációs funkciója. A hátrányos hát-teret az óvodai nevelés akkor képes kompenzálni, ha legalább egy évig látogatta a gyermek az intézményt. (PISA SK 2006) A nemzetközi monitoring más olyan különbségekre is fényt derített, amelyek tovább mélyítik a szociális hátrányosságot. A családból hozott hátrányos helyzetet befolyásolja az adott iskola szociális státu-sa is, mivel Szlovákia, Csehország és Magyarország is azok közé az országok közé tartoznak, ahol a legnagyobb különbséget mérték a legjobb és a leggyengébb isko-lák között. Ez feltételezi, hogy két azonos háttérű és képességű tanuló különböző iskolában különböző eredményeket ér el. Pl. az olvasási kompetencia leggyengébb eredményeit azokban az iskolákban mérték, ahol a település lakosainak száma nem éri el a 1500-at; arányuk Szlovákiában 33,3% (PISA SK 2006).

A hátrányos helyzetű tanulókról való gondoskodás feltételezi a tanulási folya-mat individualizációját, az egyéni tanterv kidolgozását, a differenciálás alkalmazá-sát. A kognitív feltételek mellett gondolni kell a szociokulturális terület által oko-zott lemaradás felzárkóztatására is (pl. szegregált családi környezet, otthoni tanulás hiánya, kooperáció tapasztalati hiánya stb.). Az egyéni különbségek figyelembevé-tele és kompenzálása akkor valósítható meg, ha az egyéni tanulási folyamat nem az emlékezeti tudásra épít, hanem a kulcskompetenciákra. Feltétele, hogy a pedagó-gus képes legyen tanulóit objektíven differenciálni, felmérni a sajátos szükségletei-ket és egyéni bánásmódot alkalmazni.

## V.1. Szegénység

A szegény gyermekekkel való foglalkozás ügye olyan fontossá vált az OECD-tag-országokban, hogy az oktatás minőségét leíró indikátorok közé bekerült a szegény rétegek iskoláztatása is. 1989-ben az *Európai Bizottság* a Közösség 12 országában megvizsgálta az ott nyilvántartott 38 millió szegény ember – köztük a szegénynek tartott körülmények között élő gyermekek – problémáit, főleg a szegénységi szinten és az ez alatt élő munkanélküli, emigráns és migráns családok jellegzetességeit, és kiterjesztette a felmérést Kelet-Európa országaira is. Akkor – európai mércével mérve – a Csehszlovákiában élő gyermekek 8%-a, a Magyarországon élők 12%-a, a lengyelországiaknak pedig a 23%-a tartozott a szegénynek tekinthető hányadba. 1994-ben – akkor már az Európai Unió országaiban – 52 millió, a szegénységi szint alatt élő embert regisztráltak. (Mihály I. 2003)

Bár a szegény gyermekek többsége különböző okokból szegény családokban él, magas azoknak a száma is, akik ma is család nélkül, részben vagy teljesen az utcán élnek. Az utcán élő gyermekek problémáit még mindig nem sikerült megoldani, sőt ez a létszám várhatóan növekedni fog. Az okokat pedig – amelyek e riasztó prognózis magyarázatául szolgálhatnak – a sok országban meglévő, illetve fokozódó szegénység és munkanélküliség jelenségei mellett az illegális *menekültek* nem csökkenő számában, valamint a *lakáshiány* miatt nehéz helyzetbe kerülő családok növekvő arányában jelölték meg a szakértők, hozzátéve még azt is, hogy sajnos a szülők egy része ezután is képtelen lesz gyermekeinek az ellátására; ez az oka az utcára került gyermekcsoportok folyamatos utánpótlásának. Az oktatásuk során nehézségeik vannak – ha egyáltalán eljutnak az iskolába – az intézményeknek, a pedagógusoknak. A gyermekszegénység egyik legsúlyosabb következménye ugyanis éppen az, hogy – megfelelő iskolázottság híján – a gyermekeket olyan *kognitív, szociális és egészségügyi* hátrányok is sújtják, amelyek miatt felnőttként is elkerülhetetlenül szegénynek lesznek. A szegény gyermek ugyanis legtöbbször *nem jár* iskolába, így nincs módja elsajátítani sem a legfontosabb *ismereteket*, sem pedig a társadalmi beilleszkedéshez szükséges alapvető *viselkedési mintákat*. Egyes kutatók a *szegénységben eltöltött idő* hosszának is meghatározó jelentőséget tulajdonítanak; véleményük szerint, ha a gyermek hét évnél kevesebb ideig él szegénységben, az még nem jelent komoly mértékben negatív befolyást a személyiségfejlődésére; hét évnél hosszabb idő azonban többségüknek már visszafordíthatatlan károsodásokat okozhat. Rengeteg pedagógiai probléma adódik a szegény gyermekek körül akkor is, ha egyébként *járnak iskolába*. Az ő iskolába járásuk ugyanis legtöbbször

a megfelelő körülmények között élő társaikénál sokkal rövidebb időszakot fog át. Nemcsak az anyagiak szabhatnak gátat a rendszeres iskolalátogatásnak, hanem gyakorta szerepet játszik ebben a mulasztásban a szülőknek és a környezetnek az intézménnyel szembeni *negatív attitűdje* is; körükben statisztikailag is kimutathatóan magasabb a lemorzsolódási arány. Azt is megállapították, hogy az ő esetükben az oktatás hagyományos modelljével aligha lehet igazi eredményeket elérni; ha pedig a pedagógusok mégis azzal próbálkoznak, eleve sikertelenségre, kudarcra számíthatnak. Más minőségű tanároknak – és más módszerekkel – kell a szegény gyermekekkel foglalkozniuk, és speciális, támogató jellegű szolgáltatásokat is be kell építeni a velük való foglalkozás programjaiba – mutatnak rá a szakemberek. Oda kell figyelniük a *szülőkkel való kapcsolattartás fontosságára*; a szülők megnyerése nélkül ugyanis nehéz – vagy teljesen lehetetlen – elérniük azt, hogy munkába kényszerítés helyett iskolába járassák a gyermekeket, hogy egy számukra kevésbé körvonalazható jövő érdekében lemondjanak az általuk *itt és most* megszerezhető jövedelemről. A *kommunikációs* problémák befolyásolják a *nagyon alacsony szintű olvasási készségeket* (a gyermekek, akik otthon más nyelven beszélnek egymással, mint amilyen az oktatás nyelve – itt nemcsak az idegen nyelvi közegre gondolunk, hanem az alkalmazott családon belüli és regionális kommunikációs különbségekre, pl. tájszólás és az abból adódó fonetikus írás/olvasás). Ezt a helyzetet külön nyelvi programok beiktatása nélkül egyszerűen kezelni sem lehet. A megoldásokat a következő területek erősítése nélkül nehéz megtalálni: az *iskoláskor előtti nevelés* következetes expanziója (predprimárne vzdélanie), a kötelező iskolába járást előíró évek mennyisége, az oktatásból a munka világába való *átmenet* intézményrendszerének megfelelő kiépítése. Az EU országokban az iskola előtti nevelés intézményeinek munkáját szabályozó pedagógiai dokumentumok egyre kevésbé használják a mi *óvodánknak* megfelelő jelölést. Ennek az időszaknak a kapcsán ugyanis az utóbbi években az érintettek szívesebben beszélnek általában az *iskola előtti nevelésről*, és ez a fogalomhasználat pontosabban jelzi az intézményrendszer egyéb jellegzetességeit is. (Mihály I. 2003)

## V.2. Roma kisebbség

Gyakorlati tapasztalatokat a roma kisebbség oktatásával kapcsolatban azok a projektek szolgáltatnak, amelyek már megvalósultak, kiértékeltek őket, és az eredmények a pedagógiai gyakorlat számára hasznosak. Ezért mi is ilyen kutatásokon, felméréseken és értékeléseken keresztül közelítjük meg a témát. A következő fejezetben Balatoni Tamásné (2009) helyi hátránykompenzáló és fejlesztő programját használjuk fel, amely hátrányos helyzetű tanulók iskolai kudarcainak csökkentésére irányuló iskolai stratégiák kidolgozására és alkalmazására épül. Iskolájukban a roma és nem roma szülők iskolai végzettségének összevetésekor jelentős különbség volt tapasztalható. Míg a nem roma szülők 4%-a nem végezte el a nyolc általánost, a roma szülők esetében ez a szám majdnem hétszerezes volt, 27%. Hasonló eltérést mutattak ki a szakmunkásképzőt végzett szülőknél is: roma szülők – 12%, nem roma szülők – 42%. A roma szülők körében egyetlen érettségizettet sem találtak. A nem roma szülők aránya is elenyésző, mindössze 13%. A szülők munkaerőpiaci helyzetét vizsgálva lehangoló volt a kép, közel 70%-uknak nem volt munkahelye. A roma és nem roma szülők helyzete között nem volt számottevő különbség.

A körzetben élő családok jelentős része családi pótlékból, szociális támogatásokból élt, messze a létminimum alatt. A tanulók 80%-a élt szegény, többgyermekes családban. Mivel a szülők tömegesen kiszorultak a munka világából, alig akad a tanulók környezetében pozitív minta a becsületes, tisztességes munkavégzésre. Ilyen körülmények között sem a család, sem a közvetlen társadalmi környezet nem motívál.

Az értelmiségi hagyományokkal nem rendelkező, munkanélküli szülők nagy részére nem jellemző a tudás, a tanulás értéként történő megjelenése. A gyermeki életutakat figyelve szembevetendő *az óvodából az iskolába való átmenet problémája*. Gyakran előfordult, hogy a gyermekek fizikálisan és intellektuálisan érettek, de személyiségfejlődésükben, szociális fejlettségükben nem érték el a beiskolázáshoz szükséges *fejlettségi szintet*. Ennek következtében *iskolai szocializációjuk, tanulás-hoz való viszonyuk, teljesítményük nem megfelelően alakult, képességeikhez mérten alulteljesítenek*. A tanulási és beilleszkedési nehézségek, iskolai kudarcok háttérében nemegyszer a zaklatott családi háttér okozta pszichés zavarok húzódnak meg.

Az általános iskolai lemorzsolódás tekintetében javulás tapasztalható, míg tíz évvel ezelőtt tanévenként 4–5, napjainkban 1–2 tanuló nem fejezi be 16 éves koráig tanulmányait. A kimaradások okai között a korai anyaság és az évvesszésekkel adódó túlkorosság szerepelt. A középiskolába történő beiskolázás 100%-os, azonban

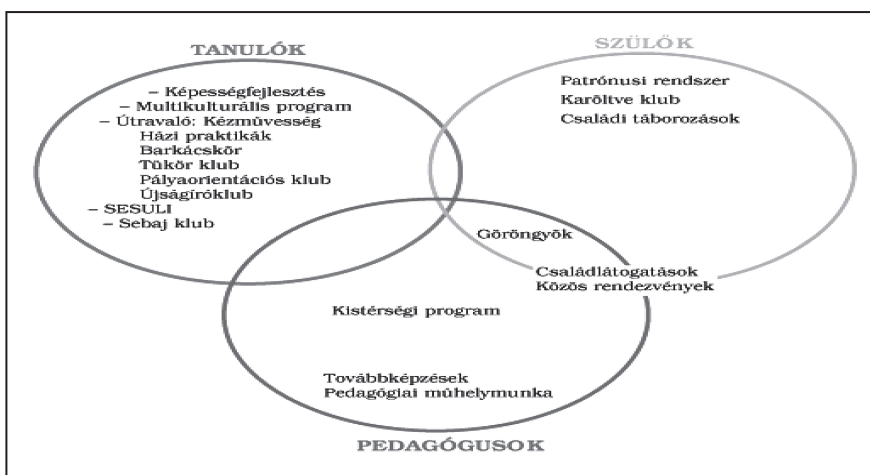
a lemorzsolódás még mindig jellemző. A továbbtanulás kezdetén az általános iskola védett környezetéből kikerülve, a deviáns kortárscsoportok hatására, valamint a szülői odafigyelés hiányában nemegyszer iskolakerülővé váltak. Mivel a szülők nem rendelkeznek értelmiségi hagyományokkal, nagyon könnyen beleegyeznek abba, hogy gyermekeik otthagyják a választott középiskolát. Halmozottan jelentkeznek a nyelvi hátrányból fakadó tanulási problémák. Az iskolába kerülő kisgyermek számára idegen az iskolában használt nyelv, a tankönyvek utasításai. Olyan kifejezésekkel, utasításokkal találkozik, amelyeket előtte sosem hallott a családban. Ezekkel a nyelvi szocializációs eltérésekkel feltétlenül számolnia kell az iskolának. Az *eltérő családi szocializáció* a másik olyan tényező, amelyet a gyermekek nevelésében feltétlenül figyelembe kell venni. A roma családokban más a szokás és az értékrend, jellemző a korai családi szocializáció, mindez kihat a gyermekek személyiségének fejlődésére. Az *iskolaérettséggel* kapcsolatban gyakran tapasztaljuk, hogy a kisgyermek fizikailag, intellektuálisan érett, személyiségfejlődésében, szociális fejlettségében azonban nem éri el a beiskolázáshoz szükséges fejlettségi szintet. Az ő iskolai szocializációjukra, teljesítményükre nagy gondot kell fordítani. Gyakori a körükben a részképességzavar, a magatartásbeli, beilleszkedési és pszichés zavarok; korai feltárásuk és kezelésük elengedhetetlen. Nagyon fontos mindezért az *iskola és a család* közti kommunikáció kiépítése, a családok iskolát, tanulást támogató magatartásának kialakítása, a szülők mind szélesebb körének bevonása az iskola mindennapjaiba, programjaiba.

Az iskola konkrét célkitűzései:

- Az általános iskola sikeres befejezése.
- A továbbtanuláshoz szükséges alapkompenciák megszerzése.
- Az adott szociokulturális környezeti feltételekhez, valamint az egyén képességeihez igazodó pedagógiai fejlesztő munka elősegítése.
- Mentálhigiénés támogatás az érintett célcsoportoknak az életfeladataikkal való megküzdéshez, kapcsolati és egyéni erőforrásaik mobilizálásához.
- A másság elfogadtatása, tudatos vállalásának erősítése.
- A személyi higiénia iránti igény és szokások kialakítása.
- Tanulást támogató, a tudást értéként elfogadó, a gyermekek jövőjéért felelősséget érző szülői szemlélet kialakításának segítése.
- A szociális hátrányok enyhítését segítő tevékenységek biztosítása.

- A környezet, a körülmények változásaihoz alkalmazkodni tudó, felelősségteljes, az életben rájuk váró kihívásokkal szembeszállni tudó, olyan tisztességes emberek nevelése, akik felnőttként családjuk boldogulását és boldogságát tűzik ki célul, és ezért tenni is képesek.

19. ábra: Komplex helyi hátránykompenzáló és fejlesztő program (Balatoni T.-né 2003):



A szerző szerint, ha a különböző kutatási adatokból leszűrjük a roma kisebbség szociális hátrányosságának legmeghatározóbb jellemzőit, akkor a következő rangsort kapjuk:

- szülők alacsony iskolai végzettsége,
- a szülők kiestek a társadalmi munkamegosztás formális kötelekeiből,
- anyagi szűkösség,
- több gyermek eltartásáról gondoskodnak,
- szegregált területeken élnek,
- a gyermekek otthoni tanulásának feltételei nincsenek biztosítva,
- térbeli és funkcionális zsúfoltság (a lakások nagyon szűkösek),
- hiányosan ellátott gyermekek (az otthon, a lakás is korlátokat szab az alapvető tevékenységeknél),
- az iskolai érdemjegyek a többségnél gyengéek.



Portik Milan (2003) értekezésében a eltérő iskolai esélyekkel kapcsolatban a következő feltételeket említi:

- a) *A szomatikus érettség feltételei:* A roma gyermekek fejlődési mutatói (testsúly, magasság, mellkasi térfogat) nem azonosak a többségi paraméterekkel, ezért más viszonyítási alpra van szükség. Pl. iskolába lépéskor mind a fiúk, mind a lányok testsúlya – amely pediátriai szempontból az iskolaérettség egyik mutatója – mélyen az átlag alatt van. Az alsó tagozatos tanulók szomatikus fejlettsége szintén lemaradást mutat. Figyelmeztet a roma gyermekek korai serdülésére, amely – összehasonlítva többségi társaikkal – fél-egy évvel felgyorsul.
- b) *Kognitív feltételek:* Gyakori a képességek fejletlensége, a fejlesztés hiánya, a kommunikációs készségek gyengesége, a tapasztalatszerzés terén mutatkozó lemaradás. Ezt fokozza az előkészítés elmaradása, az óvoda hiánya és a szülői érdektelenség.
- c) *Kommunikációs feltételek:* Nyelvi deficit mérhető a szókinccs, aktív beszéd, kifejezőkészség területén, fogalmi meghatározásoknál.
- d) *A családi környezet feltételei:* a legmeghatározóbb exogén formatív tényező a család, amely nem ösztönző, determinálja a gyermek fejlődését, így az iskolaalkalmasságát is (értelmi, érzelmi, szociális téren).

A tanulás az eredményes iskolai teljesítmény feltételeihez tartozik. Szükséges, hogy a gyermeket otthon is iskolás hangulat vegye körül, rendelkezzen a tanuláshoz szükséges alapvető eszközökkel, egy olyan hellyel, legalább egy asztalsarokkal, ahol leckét írhat, egy zuggal, ahol tanulhat, olvashat, játszhat, valamint olyan tárgyakkal, amelyek hiánya elkülöníti a többi hasonló korú gyermektől. A magas munkanélküliség, a zárt közösségek, a kommunikáció mássága, a tanulás elvitatása, a segítség hiánya mind negatív, visszafogó tényező. A helyzet megoldására a következőket javasolja: iskolára való rendszeres, többéves egész napos felkészítés, előkészítő évfolyamok – lehetőség szerint az édesanyákkal együtt, az iskolában pedagógiai asszisztensi állás kialakítása (a roma közösségből), a szülők részvétele a pedagógiai folyamatban, integrációs központok kialakítása az iskolán kívüli tevékenységekre.

A hátrányos helyzetű tanulók oktatásához, neveléséhez egyénre szabott pedagógiai módszerekre, az átlagosnál magasabb szintű pedagógiai, pszichológiai kultúrára van szükség. A pedagógusoknak nemcsak a tantárgyi ismeretek átadása, a tanulók felzárkóztatása a feladatuk, hiszen a komoly szociokulturális hátránnyal iskolába kerülő gyermekeket segíteni kell mindazoknak az ismereteknek, tudásnak

az elsajátításában, amelynek megszerzésére a családi körülményeik miatt egyáltalán nincs vagy csak korlátozottan van lehetőségük. A hátrányos helyzetű, nehéz körülmények között élő gyermekek hatékony oktatásához, neveléséhez jól felkészült, az átlagosnál több szociológiai, pszichológiai ismerettel, empátiás képességgel rendelkező pedagógusra van szükség. Az iskola ilyen esetben kérvényezheti<sup>37</sup> az iskolaotthonos modellt, továbbá igényelheti a pedagógiai asszisztens részvételét, és ezek a megoldások segítik, hiszen az otthoni felkészülés kritikus, így az iskolában valósul(hat) meg.

---

37 ŠPŮ – Állami Pedagógiai Intézet, ahol kérvényezni kell az iskolaotthonos modell kialakítását

## VI. INTEGRÁCIÓ, INKLÚZIÓ, EGYÉNI FEJLESZTÉSI (EDUKÁCIÓS) TERV

Az ENSZ által deklarált gyermekjogi charta tartalmazza az akadályozott gyermekről való sajátos edukációs szükséglet biztosítását. Ezt az integráció valósítja meg, eredeti jelentésében: egységesülés, vagyis azonos esélynyújtás mindenkinek.<sup>38</sup> Az utóbbi időben az inklúzió fogalma is használatos, amely magasabb fokú elfogadást jelent, a partnerség biztosítását, a „másság gazdagít” megteremtését. *Az inklúzió szintén érzékenyen reagál a pedagógiai folyamatban jelentkező új jelenségekre, így a szociális hátrányosságra, a szegénységre stb., vagyis az eddigi speciális pedagógiai jelenségeket, mint eddigi érdeklődésének tárgyát, kibővíti, felvállalja.*

Az iskolai integráció dinamikus fejlesztő folyamat, ebben a közegben azonos esélyeket kapnak a kisebbségi és többségi tanulók, és így biztosított a kölcsönös alkalmazkodás az oktatásban. A 245/2008-as oktatási törvény az iskolai integrációt, vagyis a sajátos edukációs szükségletű tanulók integrációját szabályozza az alap- és középiskolában. Integráltnak számít az a tanuló, akit a gyógypedagógiai vagy pedagógiai és pszichológiai tanácsadó központ diagnosztizált, javaslatot tett, azt az érintett felek aláírták és dokumentációban rögzítették. Ha az adott intézmény javaslatában kitér a fokozott egyéni bánásmódra,<sup>39</sup> bizonyos tanulási problémák elfogadására, ez nem jelent integrációt, hanem bizonyos módosításokat a tanítási-tanulási folyamatban.

Az együttnevelés megvalósulását segítő tényezőket az *Európai Ügynökség a Sajátos Nevelési Igényű Tanulók Oktatásának Fejlesztéséért* (Vargáné M. L. 2008) tapasztalatai alapján fogalmazta meg. Ezek a tapasztalatok a helyi viszonyok figyelembevételével nélkül nem hasznosíthatóak, azonban hivatkozási alapot nyújtanak az együttnevelés gyakorlatának fejlesztését szolgáló stratégiák meghatározásához. Öt tényezőt azonosítottak, amelyek hozzájárulnak az együttnevelés megvalósulásához:

---

38 Az egyéni integráció a honi módszertani utasításokban legújabb megfogalmazása: začlenenie ([www.statpedu.sk](http://www.statpedu.sk))

39 Lásd a zárójelentés megfogalmazását: odporúča sa zvýšenie individuálny prístup vo vzdelávaní a postup podľa metodických pokynov pre deti a žiakov so zdravotným znevýhodnením v. žiak je so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami

- *kooperatív tanulás*: a kortárs segítése a tanulók értelmi és érzelmi fejlesztésének hatásos eszköze, melyből minden tanuló sokat profitál;

- *kooperatív tanítás*: együttműködés kollégákkal és iskolán kívüli szakemberekkel; együttműködésen alapuló problémamegoldás: eredményes eszköz a sajátos nevelési igényű tanulók esetében;

- *heterogén csoportok kialakítása és a differenciálás gyakoribb alkalmazása*: egyénre szabott célok, alternatív tanulási utak, egyéni sajátosságokhoz illeszkedő feladatok;

- *hatékony oktatás*: a fenti módszereket ötvöző rendszer, „amelyben az oktatás mérésre, értékelésre, magas követelményekre, közvetlen utasításokra és visszajelzésre épül”;

- *személyre szabott tanterv*: megvalósításához az egyéni fejlesztési terv nyújthat segítséget. Az egyéni fejlesztési tervnek illeszkednie kell az általános tantervhez, a *pedagógus számára előnyt jelent*, mert segíti a napi felkészülését, könnyebb a differenciált feladatok válogatása, valamennyi gyermek képességeinek fejlesztését beépítheti a tanórába, tudatossá teszi a napi tervezést, nem az ismeretközlésre koncentrál, hanem a képesség fejlesztésére fókuszál, rugalmas szemléletet alakít ki a pedagógusban, együttműködésre, együttgondolkodásra készíteti a pedagógust a gyermekkel, a szülővel, a társpedagógusokkal, a gyógy(speciális)pedagógussal, növeli a fejlesztési folyamat szabályozásának képességét, alkotómunkára ösztönöz, rávezet a szakirodalomban való folyamatos elmélyülésre, nagyfokú módszertani szabadságot ad, növeli az elfogadás képességét, a pedagógus motiváltabbá válik a tanításban.

*A tanuló számára előnyt jelent*, mivel az egyéni fejlesztési terv a gyermek egész személyiségére hat, az ismeretek összekapcsolódnak, tehát segítik a tantárgyi koncentrációt, a pedagógusok a sérülésspecifikus területeket fejlesztik, miközben globálisan tekintenek rá, tehetséggondozásra is alkalmas, a tanuló érdekeltté válik a terv megvalósulásában, növeli az egyéni felelősségét, a sikerorientált tanulás hatására kifejleszhető és fenntartható a gyermekben a tanulás iránti motiváltság, kialakul a „biztonságérzete”, mert látja és tapasztalja a törődést, növeli a sajátos nevelési igényű gyermekek felzárkózási, beilleszkedési, szocializációs esélyeit.

Az egyéni tanterv kidolgozásánál figyelembe vesszük a gyermek/tanuló megismerésének szintjeit, ezek:

ismeretek	képességek	személyiség jellemzői	környezeti tényezők	fiziológiai tényezők
-----------	------------	-----------------------	---------------------	----------------------

A tananyagban való előrehaladás feltétele, hogy a tanuló birtokában legyen a továbblépéshez szükséges alapvető tudásanyag. Minden tananyag előzetes ismeretekre épít, így az új tudás is alapját képezi a következőnek. Ezért a pedagógus rendszeresen méri, értékeli a tanuló eredményes haladását. A napi ellenőrzésben a tanári fejlesztő értékelés mellett jellemzően megjelenik az önellenőrzés, önértékelés is.

Az értékelés funkciója szerint háromféle lehet:

- helyzetfeltáró (diagnosztizáló),
- tanulást fejlesztő (formatív),
- lezáró, minősítő (szummatív).

A pedagógus értékelő munkája akkor tekinthető differenciáltnak és szakszerűnek, ha célja a tanulás segítése, és változatosan alkalmazza az értékelési módokat. A diagnosztikus vizsgálat feltárja a tanulási problémákat, így befolyásolja a pedagógiai munkát. Az értékelés elsődleges célja a tanítási-tanulási folyamatban nem a minősítés, az osztályozás, hanem annak kiderítése, hogy mit tud a tanuló, mit kell még fejleszteni ahhoz, hogy eredményes munkát végezhesünk. Akkor érvényesülhet igazán az értékelés fejlesztő hatása, ha a tanuló még a tanulási folyamatban megerősítést kap, hogy tudása megfelelő, vagy pedig időről időre jelzik neki, hogy hol, miben vannak még hiányosságai. Az ilyen értékelési folyamat figyelembe veszi az egyéni sajátosságokat. Lényege, hogy nem végállapotot jelöl, nem minősít, hanem a tanulónak és a pedagógusnak egyaránt jelzi, hol tart a tanuló. Fejleszt, megerősít, korrigál. Alkalmazása az együttnevelés során különösen hangsúlyossá válik. (Vargáné M. L. 2008)

A mai iskola köteles biztosítani tanulóinak azokat az edukációs lehetőségeket, amelyek segítik személyiségének teljes mértékű kibontakoztatását, az életre való felkészítését. Ezek a szükségletek nem azonos meghatározásokat, lehetőségeket jelentenek a pedagógusnak. A differenciálpedagógia a tanuló lehetőségeiből indul ki, vagyis hozzá mérten szabja meg azokat a pedagógiai hatásokat, amelyek fejlesztik, biztosítják érvényesülését. A sajátos edukációs szükségletű tanulók nem minden esetben kapnak/kapnának lehetőséget a helyi oktatásra, ezért lehetőségük van az egyéni (individuális) integrációra, amelyet a közoktatási törvény pontosan meghatároz. Azok a tanulók, akik különböző sajátosságaik miatt nem tudják tartani

a tempót társaikkal, integrálhatóak. Ha az iskolában több ilyen tanuló van, és főleg akkor, ha homogén tanulási akadályozottságokkal, zavarokkal küszködnek, lehetőség van a speciális osztály kialakítására is.<sup>40</sup>

## VI.1. Az integráció feltételei

Az integráció feltételei biztosítottak törvényi, személyi és pedagógiai szinten. Formái lehetnek részleges, csoportos, egyéni. Három síkon valósítható meg:

- a) *integrált oktatás* – a tanuló lakhely szerinti általános iskolai integrálása és egyéni tanterv szerinti oktatása;
- b) *részleges integráció* – a tanuló speciális osztályban történő oktatása az általános iskola (alapiskola) keretein belül;
- c) *szegregált oktatás* – a tanulók akadályozottságuk szerinti speciális iskolai hálózatot látogatnak.

A középsúlyos és súlyos akadályozott egyének esetében a nevelés három formáját határozzák meg:

- *lokális*: Az akadályozott gyermek az iskolán belül külön osztályban, külön pedagógussal, sok esetben asszisztens segítségével tanul. A többi tanulóval nem, vagy korlátozottan találkozik.
- *szociális*: az edukáció elkülönített osztályban zajlik, de a gyermek rendszeresen találkozik társaival (szünetekben, sportpályán, étteremben, iskolán kívüli tevékenységénél stb.)
- *funkcionális*: az akadályozott gyermek a többségi osztályt látogatja, azonos tanterv szerint halad, egyéni tanulási tervvel, egyéni bánásmóddal. Kivételt képeznek a tanulásban, értelmileg akadályozott tanulók, akik a speciális iskola tantervei és tankönyvei szerint tanulnak, vagy redukált oktatásban részesülnek.<sup>41</sup>

---

40 Školský zákon č. 245/ 2008: Školská integrácia (začlenenie) žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach ZŠ (Interný metodický materiál ŠŠI). [www.ksunr.sk/](http://www.ksunr.sk/)

41 POP: Pedagógicko-organizačné pokyny pre školský rok 2013/2014 – olvashatjuk, hogy az enyhe értelmi akadályozott tanuló is a többségi tanterv szerint halad az igénye szerinti redukációval, részt vehet az idegen nyelvű órákon is. Mivel ez egy új, az inklúziót elősegítő intézkedés, gyakorlati alkalmazásánál a matematikai órák továbbra is igénylik a speciális alapiskolai tanterv alkalmazását, mert nem elég a tananyag redukciója.

A szegregált nevelésben részesülők homogén osztályt látogatnak, igény szerint kialakított osztályban, környezetben, nagyobb az összetartozás érzése, gyakoribb a sikerélmény, a komplex rehabilitáció biztosított (segédeszközök, relaxációs helyiség, fejlesztő testnevelés stb.). Gyógy(speciális)pedagógusok vezetésével, szakszerűbb pedagógiai hozzáállással folyik a pedagógiai tevékenység. A gyakorlatban általában a két rendszer kombinációjával, átfedésével, kiegészítésével találkozunk.

A gyermek optimális fejlődése szempontjából a természetes otthoni közeg a legalkalmasabb. Ezt befolyásolja az akadályozottság fajtája, foka és a családi háttér lehetőségei is. A gyakorlatban figyelembe kell vennünk a fogadó iskola belső és külső feltételeit, a szakmai és humánus felkészültségét is. Az egyéni integráció előnyeit és hátrányait objektíven kell értékelni, mindezt a szülő, az iskola, a szakember jelenlétében, a gyermek javát szolgálva. Több esetben a tanuló speciális általános iskolai elhelyezése hatékonyabb a helyi többségi iskolai integráció mellett. Találkozunk alternatív megoldásokkal is, ilyen az *iskolalátogatás alóli felmentés* (oslobodenie od dochádzky do školy): a *tanuló individuális tanterv szerinti oktatása*, ebben az esetben a tanuló heti 2–4 tanóra jár be az iskolába (szükség szerint a pedagógus látogatja) konzultálni, majd negyedévenként vizsgázik a tananyagból. Mindez az iskola – szülő – tanuló közötti megegyezés, pontosítás alapján történik, a gyógy(speciális)pedagógus hatékony közreműködésével. Általában orvosi javaslatra kerül rá sor (baleset utáni állapot, krónikus megbetegedések, mozgásszervi akadályozottság stb.), amelyről igazolást hoz az érintett. Az iskola a negyedéves értékelő konferenciáin az ún. redukált oktatást is választhatja, amikor a tanuló csupán (általában) az első 3–4 tanóra jár be, a többi órát megállapodás szerint pótolja. Ez a megoldás többnyire a magatartászavarral küszködő tanulók esetében ajánlatos, mivel a fáradtság fokozhatja a tüneteket. Mindig a pedagógus mérlegeli a helyi lehetőségeket, a tanuló szükségleteit, és javaslatot tesz a megfelelő helyen (igazgató, gyógypedagógiai v. pedagógiai és pszichológiai tanácsadó központ, gyermekvédelem – kurátor). A módosításokhoz szükség van a szülő beleegyezésére. Mivel a szülő különböző okokból gyakran meghíúsítja a gyermek számára ajánlott optimális megoldást, együtt kell vele működni – meghívni az oktatásra, hogy meggyőződhessen a problémákról, felvázolni a lehetséges prognózist korrekcióval és korrekció nélkül, a szakember (tanácsadó) segítségét kérni, illetve a törvény lehetőséget ad más megoldásokra is. A kültér akadálymentesítésén és a speciális taneszközök beszerzésén kívül az iskola feladata szakembert biztosítani és együttműködni a speciális intézményekkel. A segítő háttér az iskolai gyógy(speciális)pedagógus, a pedagógiai asszisztens, a tanácsadók és az integrációs központok képezik. A lehetőségek megvalósítását mindig az integrált tanuló szükséglete és a helyi érdekeltég kölcsönhatása határozza meg.

A család szerepe fontos, a szülő beegyezése feltétele az integrációnak. Kötelessége biztosítani az iskolával való együttműködést, a közlekedést, az anyagi és erkölcsi háttérrel és a támogatást gyermekének.

Az integrált tanuló az a sajátos edukációs szükségletű tanuló, akit a gyógy- (speciális)pedagógiai diagnózis felállítása után, a kivizsgálás javaslata alapján vetnek fel az általános vagy középiskolába. A fejlődési, tanulási vagy magatartási zavarral küszködő vagy a kiemelkedő tehetségű tanuló a pedagógiai és pszichológiai tanácsadó központ javaslata alapján integrálható. Csupán azok a tanulók számítanak integráltaknak, akik egyéni edukációs terv szerint haladnak. Pl. az a mozgásában akadályozott tanuló, akit felmentettek a testnevelés alól, a többi tárgyból azonban együtt halad a társaival, nincs szüksége megváltozott pedagógiai módszerekre, nem számít individuálisan integráltaknak. Az integrációt a közoktatási törvény szabályozza.<sup>42</sup>

Az iskolai integráció formái:

- a) *Speciális osztályban való integráció:* az általános vagy középiskolában az integrált tanulók külön osztályt látogatnak. Az oktatás bizonyos része a többségi tanulókkal közösen zajlik, általában a nevelési tárgyak, azonban az alapozó tárgyak gyógy(speciális)pedagógus vezetésével történik csoportosan.
- b) *Egyéni (individuális) integráció:* a sajátos nevelési szükségletű tanuló együtt halad társaival egyéni edukációs program alapján, amely az akadályozottságnak vagy zavarnak megfelelően a tanterv és a nevelési eszközök módosítását tartalmazza a tanuló felzárkóztatása érdekében.

A sajátos nevelési igényű tanulót a következő javaslatok alapján lehet integrálni:

- a) *Pszichológiai kivizsgálás:* felméri az általános és speciális értelmi képességeket, a kognitív folyamatok szintjét, a szociális-erotív fejlődést, a kommunikációs képességeket, a személyiségi tulajdonságokat és a pszicho- és grafomotoros sajátosságokat, ezt követően pedig a szakember olyan javaslatokat tesz, amelyek segítik a tanulót tanulásában.
- b) *Gyógypedagógiai (speciális pedagógiai) szakvélemény:* meghatározza az akadályozottság/zavar formáját, felméri súlyosságát, az edukációs szükségleteket; a szakvélemény tartalmazza a javasolt pedagógiai eljárásokat, az edu-

---

42. zákon č. 29/1984 Zb. v znení zákona č. 365/2004 Z. z.



káció szervezési változtatásait, az egyéni pedagógiai és speciális pedagógiai támogatás formáit, tartalmát, az értékelés sajátosságait, kompenzációs eszközökre vonatkozó javaslatot és a lelet érvényességének hosszát.

- c) *Orvosi lelet.*
- d) *A tanácsadó központ javaslata.*
- e) *A szülő kérvénye.*

A tanuló individuális integrációjáról a határozatot az iskola igazgatója állítja ki a felsorolt feltételek mellett:

- a szülő írásos kérvénye,
- a tanácsadó központ írásos javaslata,
- a tanuló diagnózisának és prognózisának alapos mérlegelése,
- az oktató pedagógusokkal való megbeszélés után,
- a pedagógusi értekezlet jegyzőkönyve alapján,
- szakképzett oktató és tárgyi feltételek biztosítása mellett.

Ha a tanuló az adott tanévben válik sajátos edukációs szükségletűvé, az igazgató elkészíti, összegyűjti a szakdokumentációt, de már nem állít ki határozatot a felvételéről – az eredeti érvényben marad az adott iskolaévben. Ha a tanulót speciális osztályba sorolják, akkor úgy kell eljárni, mint a speciális iskolába való besorolásnál.<sup>43</sup>

Az iskola feladata:

- az osztályfőnök egyéni edukációs programot dolgoz ki a tanulót oktató pedagógusok, illetve az iskola vagy a tanácsadó speciális pedagógusa közreműködésével,
- az egyéni edukációs program<sup>44</sup> (IVP) mellett egyéni oktatási terv készül azokból a tantárgyakból, amelyekre vonatkozik az integráció,

43 § 14 ods.(2) vyhlášky MŠMŠ SR č. 212/1991 Zb. + Metodické pokyny k výchove a vzdelávaníu žiakov s vývinovými poruchami učenia v základných a stredných školách. Schválené MŠ SR dňa 31.8.2004, rozhodnutím č. CD-2004-12 003/23597-1:095).

Megjegyzés: *A régebben használt nyomtatvány „Návrh na zaradenie- preradenie dieťaťa do špeciálnej školy a špeciálnej materskej školy” (ŠEVT 49 282 0), felváltotta a most érvényben lévő „Návrh na prijatie žiaka so špeciálnymi výchovno – vzdelávacími potrebami do špeciálnej školy, do špeciálnej materskej školy, do materskej školy, do základnej školy a do strednej školy“ (ŠEVT 49 282 0). A felvételtől szóló nyomtatvány a 2006-os évtől van érvényben a megadott szám alatt.*

44 IVP – individuálny vzdelávací plán

- az egyénileg integrált tanulónak legalább egy tantárgyból kidolgozott egyéni oktatási tervének kell lennie,
- az egyéni oktatási tervet a szülővel ismertetni kell.

Az individuálisan integrált tanuló dokumentációjáért az osztályfőnök és az igazgató a felelős.

Az iskola speciális osztályt a következő feltételekkel nyithat:

- gyógy(speciális)pedagógiai és pszichológiai diagnosztika;
- a tanácsadó írásos javaslata;
- szakképesített pedagógus;
- a tanulók felvételére vonatkozó határozat;
- megfelelő külső feltételek.

Az egyéni integrációhoz pedagógiai asszisztens is alkalmazható, aki segíti a sajátos edukációs szükségletű tanulók iskolalátogatását és tanulását.

Az integrált tanuló edukációjának feltételei:

- iskolai speciális pedagógus alkalmazása vagy a tanácsadó gyógypedagógussal való intenzív együttműködés,
- a tárgyi feltételek biztosítása (diktafon, speciális tankönyvek, kompenzációs taneszközök stb.),
- az oktatás szervezési sajátosságai: hosszabb tanulási, számonkérési idő, differenciált bánásmód, a speciális pedagógus vagy asszisztens jelenléte az oktatás alatt, az írott szöveg redukciója, egyéni értékelés, szakszerű pedagógiai megközelítés stb.,
- a sajátos szükségletű normál értelmi képességű tanuló az alapiskola tantervi normái és tankönyvei szerint halad,
- a tanulásban akadályozott tanulók (értelmileg akadályozottak) az alapiskolák tankönyvei, tantervei szerint halad(hat)nak redukált követelményrendszerrel, valamint ajánlott a speciális iskolai tanterv ismerete, főleg matematikából,
- a pedagógus tájékoztatja a tanulót, és szükség szerint az osztály többi tanulóját is, a sajátos egyéni tanterv módosításairól.

A sajátos edukációs szükségletű tanulók folyamatos és záró értékelésére módszertani útmutatók léteznek az egyes akadályozottságok, zavarok szerint.<sup>45</sup>

Javasolt az *írásos értékelés* is, amely önálló nyomtatványra kerül, és a pedagógiai tanács dönt róla, hogy alkalmazzák-e a sajátos edukációs szükségletű tanulónál, akinél érdemben más értékelés nem valósítható meg. Az írásos értékelést az adott tantárgyat oktató pedagógus készíti el. A tanuló bizonyítványára megjegyzés kerül, hogy az adott tananyagot integrált formában végezte. A tanuló felsőbb évfolyamba léphet akkor is, ha az adott tanév tananyagát nem sajátította el, de teljesítette az egyéni tanterv programját. Kivételesen ismétélhet is, ha függetlenül az akadályozottságától más körülmények nem engedték teljesíteni az egyéni tantervet, illetve az ismétléssel biztosított a felzárkóztatása. Az alapiskolát végzett individuálisan integrált tanulók számára a középiskolai írásbeli felvételit szóbeli is helyettesítheti. Szintén az érettségi vizsgáknál az integrált diákok kedvezményes feltételek mellett érettségiznek.<sup>46</sup>

---

45 *Metodické pokyny na hodnotenie a klasifikáciu žiakov so špeciálno-pedagogickými potrebami v bežných základných školách. Schválilo MŠ SR rozhodnutím č. 6164/96 – 153 zo dňa 12.12.1996 (1.1.1997)*

*Metodické pokyny na slovné hodnotenie a klasifikáciu žiakov osobitných škôl a žiakov špeciálnych tried pre mentálne postihnutých žiakov v základných školách. Schválilo MŠ SR pod č. 126/2000 – 44 zo dňa 17.3.2000 (1.9.2000)*

*Metodické pokyny na hodnotenie a klasifikáciu žiakov s vývinovými poruchami učenia v základných a stredných školách.*

*Schválilo MŠ SR dňa 31.8.2004, rozhodnutím č. CD-2004- 12003/23597 – 1:095 (2.9.2004)*

*Metodický pokyn na hodnotenie a klasifikáciu žiakov s autizmom. Schválené MŠ SR dňa 10.11.2004 pod č. CD- 2004 – 15173/30667 -1: 095 (15.11.2004)*

46 NÚCEM: [www.nucem.sk/sk/infoportal](http://www.nucem.sk/sk/infoportal)

## VI.2. Egyéni fejlesztési (tanulási) terv

Az előző fejezetben az integrált tanulókkal kapcsolatban két fogalommal ismerkedtünk meg: *egyéni tanulási program* (fejlesztési, tanulási program – IVP: individuáltny vzdělávací program) és az *egyéni tanulási terv* (individuáltny vzdělávací plán).

- Az egyéni tanulási program (IVP) az integrált tanuló dokumentációjának kötelező része, amely feltünteti, hogy a tanuló akadályozottsága hogyan befolyásolja a tanulást, tantervi változásokat, tanítási sajátosságokat, tárgyi feltételeket, segédeszközöket, speciális tankönyveket és személyi segítséget javasol.
- Ha a tanulónak egyes tantárgyaknál fokozott egyéni tanítási-tanulási sajátosságai vannak, akkor az osztályfőnök a tantárgyat oktató pedagógussal és a gyógy(speciális)pedagógussal együtt egyéni tanulási tervet dolgoz ki. Ez a tanterv tartalmi módosítását érinti, a tantervi előírásokból indul ki, lépésről lépésre megfogalmazva az adott tantárgy követelményeit az egyéni oktatási tervben. Egyéni tantervet akkor kell kidolgozni, ha a tanuló bizonyos tantárgyakból nem az előírt tanterv szerint halad, vagy más módosítást igényel.
- Az egyéni tanulási tervet az osztályfőnök, az oktató tanár, a gyógy(speciális)pedagógus, az iskolapszichológus, a nevelési tanácsadó közösen dolgozza ki. A felnőttkort elért tanuló szintén részt vesz a kidolgozásban.
- Az egyéni tanulási programot az iskolakezdekor, max. egy hónappal az iskolalátogatás megkezdése után kell kidolgozni. Az osztályfőnök értékelést készít, és ez alapján dolgozza ki a következő programot.
- Az individuális tanulási program kidolgozása a szakdokumentáció alapján történik.
- Az egyéni tanulási program a konkrét célok, módszertani eljárások és lépések kidolgozása mellett lehetőséget nyújt más pedagógus jelenlétére is.<sup>47</sup>
- Az egyéni tanulási programot a tanév során lehet módosítani, kiegészíteni.
- Javasolt az egyéni tanulási programot az érintettekkel aláírni.
- Szakirodalmat is igénybe lehet venni (lásd a jegyzékben).

---

47 Útmutatóul szolgálhat a zárójelben megadott mintaterv (*Výchovno-vzdělávací program žiaka so špeciálnymi výchovno-vzdělávacími potrebami na základnej škole, schválený MŠ SR rozhodnutím č. 317/97-153 s platnosťou od 1. 9. 1997*).

Az individuális tanulási program szerkezeti és tartalmi formáját határozat szabályozza.<sup>48</sup>

### **Egyéni edukációs (fejlesztési) terv az óvodában (minta):**

*Feladatok:* kompenzáció, felzárkóztatás, az akadályozottság leküzdésére irányuló fejlesztések lehetőségei:

- a nagymozgás,
- finommotorika,
- kommunikáció,
- az észlelés és a gondolkodás területén,
- a viselkedésben.

Jelentősége:

- Motiváló hozzáállás, sikerélmény elérése és biztosítása.
- A pedagógus számára segítség, hogy a gyermek egyéni adottságai, nem pedig a tanterv előírásai alapján teljesíthet, illetve a gyermek visszajelzéseit figyelembe véve módosíthatja a követelményeket.
- Intenzív együttműködést biztosít a szülőkkel.
- A gyermek az egyéni fejlesztés segítségével saját felelősségét tudatosíthatja a feladatok teljesítésekor.

Feltételei:

- a) A komplex diagnózis figyelembe vétele (orvos, pszichológus, gyógy-(speciális)pedagógus állapotmérése és javaslatai).
- b) Egyéni képességekre, készségekre épít, az aktuális állapot a mérvadó.
- c) A megvalósítható felzárkóztatást, fejlesztést, reedukációt tartja szem előtt.
- d) A gyermek erős oldalaira, adottságaira, érdeklődésére épít, pozitív megerősítéseket ad, az érdeklődés fenntartása fontos feltétel.
- e) Változtatható, az igényesség csökkenthető, az alacsony elvárás növelhető, a gyermek szükségleteire épül.
- f) Figyelembe veszi az érintettek állásfoglalását, véleményét: szakember, szülő, pedagógusok.

---

48 MŠ SR pod č. 260/1999-44 s účinnosťou od 1.9.1999

Egyéni edukációs terv kidolgozása ajánlott a gyermeknél, aki:

- a) évet halasztó óvodás,
- b) értelmileg akadályozott,
- c) agyi sérült (ICP/DMO),
- d) testi akadályozott,
- e) érzékszervi akadályozott,
- f) hátrányos helyzetű,
- g) kommunikációs zavarral vagy
- h) magatartászavarral küszködő.

Az iskolakezdés halasztása esetén pl. a gyermek finommotorikus fejlesztésére kerülhet sor – 10 hónapon keresztül, havi egyszeri alkalmazással (gyakori hiányosság):

- *szeptember*: csomagolópapírra való festés, majd a megrajzolt gyümölcsök körbeszakítása, a maradék papírból galacsinok készítése, ezek befestése különböző gyümölcsök színeire, falevelek színeire, lombhullás imitálása;
- *október*: olló használata, függönyrojtok nyírása, ragasztása, tépése; a nagy csomagolópapírt felragasztjuk a falra, és a gyermek tetszés szerint rajzol rá krétával, pasztellal;
- *november*: az újságpapír csücskeinek lenyírása, tépése addig, amíg van a papírból, így papírhóhegyet nyír össze, majd a papírt lyukaszgathatja, mintha a kiscsibe magokat szedegetne össze a papírról, a kezek lazítása céljából repülőgépet utánoz;
- *december*: előrajzolt vonal mentén nyírás, majd alakzatok forma szerinti nyírása, osztályozása, az alakzatok tulajdonságainak felismerése: rövidebb-hosszabb, keskenyebb-szélesebb, egyenes-görbe stb., a különbözőségek/hasonlóságok keresése;
- *január*: bonyolultabb alakzatok nyírása, pl. ház..., majd a homorú és domború alakzatok rajzolása nagy ívben csomagolópapíron (madár repül, hinta lendül...);
- *február*: előrajzolt geometriai alakzatok nyírása, ebből összerakni házat, fát, embert stb., hullámvonalak rajzolása nagy ívben balról jobbra (hullámsík a tenger);

- *március*: geometriai alakzatok nyírása, festése, ragasztása – képek összeállítása (ház, fa, állat), gyurmából gyümölcsök készítése, végül körök rajzolása (süti a pogácsát..., csiga-biga...);
- *április*: füzetbe rajzolás – babot, borsót, karikákat, pontokat, álló, fekvő, ferde vonalakat;
- *május*: kockajáték, geometriai alakzatok rajzolása füzetbe, megkülönböztetés (négyzet, téglalap, ovális – kör) stb., végül gyufaszáלבól építés;
- *június*: kifestő, vonaltartással ismétlődő alakzatok rajzolása, gyöngyfüzés;

### Iskolai egyéni fejlesztési (edukációs) program (minta)

A tanuló adatai.

1. A szakkivizsgálások jelentései (pl. diszlexia).
2. Hosszú- (az olvasás, írás elsajátítása) és rövidtávú célok (a tanult betűk differenciálása) megfogalmazása
3. Módszerek, segédeszközök (A betűk körberajzolása, színezése, vonalmentes füzet használata, az írott és nyomtatott betűk társítása, a kihagyott betűk pótlása, stb. A gyermeket nem osztályozzuk, hanem elért eredményeit értékeljük: az elolvasott szavak, leírt helyes szótagok, hibák száma alapján, a többi tárgyból a tanulók olvassák fel a feladatokat számára. Szóbeli értékelést kap.).
4. Motivációs feltételek (dicséret, füzet a helyesen elolvasott szavak számának meghatározásával, egyéni értékelés).
5. Eredményesség értékelése: negyedévenként, együttműködve a szakemberrel, egyénre szabott módszer alapján.

### Javaslatok a hiperaktív tanuló (ADHD) egyéni tanulási tervéhez:

1. Egyedül ülni, vagy egy nyugodt társsal.
2. A padon és körülötte rend legyen (társa segítségével) – ne legyen, ami a figyelmét eltereli!
3. Az utasításokat feléje fordulva megismételni.
4. Folyamatosan figyelni a munkafolyamatot, irányítani, ellenőrizni – cél, hogy elvégezze az adott tevékenységet.

5. Dicsérni, ösztönözni őt, tolerálni a nyugtalanságát.
6. Mozgásigényét támogatni – szemetet kivinni, összeszedni a füzeteket, letörölni a táblát.
7. Megfelelő viselkedést megdicsérni, biztatni, hogy majd ő is kap lehetőséget, hogy beszéljen.
8. Fokozatosan rávezetni, hogy kívárja sorát – késleltetni a szükségletét (lépésről lépésre);
9. Ösztökélni, visszajelzésekkel irányítani: „Jól csinálod!”, „Mindjárt kész lesz.”, „Ez most helyes.”, stb.
10. Rávezetni a munka és a pihenés megkülönböztetésére: ha ezt befejezed, majd pihenhetsz egy kicsit..., beiktatni rövid szüneteket az óra alatt is, rászoktatni az utasítások meghallására, betartására (mindig ugyanazokat az utasításokat használjuk!).
11. A tevékenységek gyakoribb cseréje – mozgás, írásbeli, szóbeli munka váltokozása.
12. Az értékelés az első 3 tanórán legyen, utána a fáradékonyság rontja eredményességét.
13. Az írásbeli munkánál mellette állni, figyelni, ezzel segíteni összpontosítását.
14. Ösztönzően értékelni, pozitív kicsengéssel.
15. Következetesen közbeavatkozni, ha a környezetét zavarja – utasítani („Gyere ide!”, „Tedd le!”, „Számold ki!”), de nem minősíteni („Megint mit csinálsz?”, „Ne tedd!”, „Miért nem írsz?” stb.).
16. Fokozott nyugtalanság esetében „nyugalmi hét” beiktatása (főleg 2-3 hónap után), amikor kevesebb vagy nincs házi feladat, a 4. óra után hazamehet stb. A fokozott nyugtalanság számára fokozott terhelést jelent.
17. A szülővel való állandó együttműködés – az elvárások, szabályok megbeszélése, azonos követelményrendszer felállítása.
18. Rendszeres napirend bevezetése és betartása – az alvás betartása, a mozgás biztosítása.
19. A nevelő bizonytalansága, tanácstalansága fokozza a gyermek nyugtalanságát – erre fel kell készülni!
20. Az ajándékozás kiiktatása, a kivételezés megszüntetése (ne ígérjünk jutalmat azért, amit be kell tartania).



21. Fokozatosan tudatosíttatni vele a csoportot, a szociális érzékenységet, korrigálni egocentrizmusát.
22. A foglalkozásnál minél több érzékszerv bekapcsolása – lássa, fogja, hallja, készítse!
23. Rövidebb intervallumokban dolgozni – 15/20 perc, majd szünetet beiktatni.
24. A korrekció lassú folyamat, kitartani a következetesség mellett!

Minden egyéni tanulási terv (individuális edukációs program, individuális edukációs terv – individuálny vzdelávací program, individuálny vzdelávací plán) kidolgozásánál a tanuló sajátos edukációs szükségleteit, tanulási sajátosságait, környezetének kölcsönhatásait, lehetőségeit kell figyelembe venni. Az akadályozottság/zavar azonos sajátosságokat feltételezhet, de a tanuló emocionális, szociális érettsége egyéni sajátosságokat hoz létre, ezeket pedig figyelembe kell venni.<sup>49</sup>

---

49 [www.statpedu.sk](http://www.statpedu.sk); zákon č. 29/1984 Zb. v znení zákona č. 365/2004 Z. z. MŠ SR pod č. 260/1999-44 s účinnosťou od 1.9.1999).

## VII. SEGÍTŐ TERÁPIÁK

Az iskola nevelő-oktató (edukációs) feladatot lát el. Eddig az iskolában fellépő korlátokról beszéltünk, amelyek kihatnak a gyermek teljesítményére és személyiségfejlődésére. Szakmai körökben már törekvések vannak a pedagógiai terápia fogalmi és tartalmi bevezetésére, amely eddig kisebb-nagyobb sikerrel jár. A terápia fogalmát eddig az orvostudomány használta, azonban a pedagógia is átvette feladatait a tanulás folyamatában a hiányok kompenzálására és a gyermek fejlődésének támogatására, vagyis a fejlesztésére. A gyermek érzelmeire és élményvilágára hatni annyit jelent, mint harmonizálni idegrendszerét, és ezzel segíteni őt a különböző helyzetek és hátrányok leküzdésében. A pedagógiai terápia a pedagógiai eszköztár segítségével és a szakmailag felkészült pedagógus segítségével az oktatási folyamatban alkalmazható. (Strédl T. 2012) Az oktatás reformálása, a nevelési problémák számának növekedése szinte megköveteli az alkalmazását nemcsak a speciális iskolai intézményekben, hanem a közoktatás minden szintjén. Ehhez a pedagógusi továbbképzéseken egyre több ilyen irányú lehetőséget kap a pedagógus.

A gyógy(speciális)pedagógiában a pedagógiai eszközökkel megvalósuló gyógyító hatékonyság gondolata igen szoros összefüggést mutat a pszichológiában alkalmazott pszichoterápiás eljárásokkal, melyeknek lényege szintén a kiegyenlítés, javítás/javulás, vagyis pszichológiai eszközökkel történő gyógyítás. (Tasnádi Á. 2008) *Általánosan megfogalmazva a pszichoterápia minden olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás és kommunikáció révén próbál változást létrehozni az élmények átélésének és feldolgozásának módjában, valamint a magatartásban.* (Buda B. 2001) A terápia főleg az individualizációnak, a személyes igény kielégítésének eszközeként jelent meg és működik ma is. A *mentálhigiénés* törekvések az iskola világában nemcsak a gyermekek lelki problémáinak megelőzésére és kezelésére irányulnak, hanem általában a testi és lelki egészségpromócióra, beleértve a pedagógusok egészségmegőrzésének fejlesztését is. (Buda B. 1994)

A terápiás tevékenység lényege, hogy a gyermek egy rejtett, belső problémáját szimbolikus formában megjeleníti a terápia fantáziaterében, és ily módon valóságosként kezeljük. A játék nyomán kibontakozik egy szimbólumrendszer, amely a terápiát egyedi, együttes és kreatív folyamattá formálja. A terápia során különböző játékeszközöket, bábokat, maszkokat, ruha- és egyéb kellékeket, segédeszközöket vehetünk igénybe. Kerüljük a szóbeli értelmezést. Így az érzelmek, élmények további feldolgozását a festés, rajzolás, gyurmázás, mintázás, éneklés, muzsikálás stb. művészeti tevékenységek segítik. Megemlíjtük az állatasszisztált terápiákat is,

mint a hipo (ló)- vagy cannis(kutya)terápiát. Állatasszisztált foglalkozásnak nevezük azokat a programokat, melyek során egy vagy több állat társaságában egyéni vagy csoportos látogatás történik. A foglalkozás elsődleges célja, hogy mindenki jól érezze magát, ennek érdekében a konkrét program és időtartam a pillanatnyi igényeknek megfelelően változtatható. Ilyen lehet például egy logopédus vezetésével zajló beszédfejlesztő program, ahol a kutya a gyakorlás és feladatmegoldás során jelenlétével motivál, illetve enyhíti a szorongást. (www6)

A terápiás folyamat a gyermek és a terapeuta között kialakuló elfogadó, szeretetkapcsolatban végbemenő fejlődési-nevelési folyamat. A módszer hatását a terapeuta (fejlesztő) személyisége erősíti. Meghatározza a szükséges fejlesztési területeket, a terápia felépítését, és a gyermek személyiségének megfelelően vezeti végig őt a fejlődés folyamán (Alapozó Terápiák Alapítvány küldetésnyilatkozata). Látjuk, hogy a pedagógiai terápia indirekt javítja a tanulási folyamatot, segíti a tanulót és az összehatás hatékonyabb tanulási közeget alakít ki. A pedagógus kompetenciája meghatározó ebben a folyamatban, feltételezi segítő affinitását, saját élményű tapasztalatát és szakszerűségét. Számára ez a pedagógiai attitűd lehetőséget ad az interdiszciplináris felhasználásra, alkalmazásának modifikációjára és így, többek között, az iskolai klíma javítására is.

A művészetterápia gyűjtőfogalom és Buda B. (2013) szerint a *művészetten át történő kommunikáció* lett a művészetterápia alapja. A művészetterápia összehangolja a művészet kifejező eszközeit és a terápiás hatótényezőkkal. A művészet eszközeivel kifejezett élmény, vagy az átélt élmény lehet az elemzés, megértés tárgya, vagy maga a terápia. A Magyar Művészet- és Szocioterápiás Közösségi Egyesület meghatározása (www7) alapján négy művészetterápiás megközelítés lehetséges (modifikálva az edukációs folyamatra):

**I. aktív (cselekvő résztvevő) művészetterápia**, ahol a terápiás folyamaton belül az adott művészeti technikával fejezi ki, illetve jeleníti meg az élményeit a tanuló (pl. természetismeret-órán a hétvégi séták élményeit jeleníti meg, vagy a fogalmazás kötődik valamilyen családi eseményhez, a kisebb-nagyobb fogalmakat saját önkifejezési módján illusztrálja stb.).

**II. a befogadó (receptív, élményfeldolgozó) művészetterápia**, ahol kész műalkotások által a kliensben keltett pszichés hatások átélése, megértése, feldolgozása történik (zenehallgatás után megrajzolják érzéseiket, exkurzió tárgyát megfogalmazzák vagy eljátszák, egy tanóra hangulatát lerajzolják stb.).

Mind az aktív, mind a befogadó művészetterápia, további két terápiás megközelítésre épülhet:

**A - alkotásközpontú** (szublimációs) megközelítése azt jelenti, hogy adott művészeti önkifejezés és az alkotás folyamata hordozza a terápiás hatást, így az alkotás létrejöttével zárul a terápiás folyamat (rajz, ének, pantomim, tükrözés, bábjáték).

**B - az alkotást eszközként alkalmazó művészetterápiában** az alkotás a terapeuta és a tanuló kommunikációjának az alapja, akkor az elkészült alkotáshoz kötődik egy megbeszélés, értelmezés, alkotáshoz kötött jelentéstulajdonítás, amely így a szabad asszociáción keresztül „feldolgozása” az adott művészi kifejezésnek és a benne megjelenő lelki tartalmaknak.

Az edukációs folyamatban gyakran kombinálódnak a különböző irányzatok, formák, megközelítések, így egymást kiegészítve egy komplex személyiségépítés, csapatépítés folyamatát lezárva.

## VII.1. Drámaterápia

A drámaterápia a szerepjátékokra épít, bővíti az egyén kifejezési eszköztárát, ezen keresztül könnyebben érti meg környezetét és értik meg őt. A terápia fejleszti kifejezőképességét, alkotóképességét, empátiáját, fantáziáját. Segít önmaga megértésében térben, helyzetben, kapcsolataiban, így viselkedését jobban képes kontrollálni. Olyan módszer, amely a színház különböző játékformáit használja fel – pszichodráma, szociodráma, bábszínház, szerepjátékok, pantomim. (Valenta M. 2001)

A terápiás folyamatot a következő lépések jellemzik (Buda B. 2001):

1. *Verbalizáció*: mindenkinek szüksége van valakivel megosztani a problémáját és már az önkifejezés folyamatában „felülnézetből” megérti és elrendezi az összefüggéseket, továbbá visszajelzést kap a hallgatótól, ami segíti.
2. *Feszültségvezetés*: a probléma megosztásánál a beszélőnek lehetősége van újraélni a problémát, ezzel levezetni a feszültségét, haragját vagy szorongását.
3. *Intimitás érzése*: kölcsönös pozitív kapcsolat biztonságot nyújt, megértést biztosít, nyugtatóan hat, önbizalmat növel.
4. *Insight*: „felfedezi”, tudatosítja, megérti problémáját a terápiás folyamat alatt, ami viselkedésében változást vagy szemléletváltást hozhat.
5. *Énkép változás*: rájön a viselkedés és a tünet közötti összefüggésre, ami változást vált ki, önállóságát növeli.

6. *Személyiségváltozás*: mindig részlegesen történik, új viselkedési formák jelentkeznek, integrálódik a személyiség.

Yalom (1995) a terápia hatékonysága érdekében a következőket javasolja:

1. csoporttagság (a probléma azonossága erősítő)
2. érzelmi támogatás (akceptáció, kohézió, reménykeltés)
3. altruizmus (segítés)
4. önismeret (önfeltárás, erős érzelmi megnyilvánulás)
5. Levezetés (katarzió, erős érzelmi átélés)
6. Visszajelzés (konfrontáció, interakció)
7. Rálátás (a zavar működésének megértése)
8. Korrektív érzelmi tapasztalat (a csoport mint „család”)
9. Új viselkedési forma gyakorlása (imitáció)
10. Új információk és szociális készségek elsajátítása („nézői terápia” – mások viselkedésének, élményeinek megfigyelése, tanulási folyamat)

A gyermekek a szerepjátékokon keresztül hatékonyabbak problémáik feldolgozásában, megoldásában. Különböző élethelyzetek eljátszása segíti őket megértésükben, felkészíti őket a megoldásukra. A drámaterápiának a művészet segítségével személyiségfejlesztő, feszültségoldó, kapcsolatteremtő, képességfejlesztő, kommunikációs készséget támogató, tapasztalatszerző hatása van, így kompenzációs feladata jelentős. Segít résztvevőjének az önmegvalósításában, teret adva érvényesülésére, kiiktatva a rivalizációt vagy más helytelen figyelemfelkeltő magatartást. Lehetőséget ad a gyermeknek a szerepcserére, segítségével beleéli magát a másik érzésvilágába, más szempontból közelíti a világhoz, s mindezt csoportban is történhet. A drámajátékokat lehet csoportban, kettesben és egyedül alkalmazni. A szerep egy játék, amelyben kifejezhetik gondolataikat, érzéseiket, vágyaikat, és közben felfedezik önmagukat. A szerep lehetőséget ad eljátszani mást és közben megmaradni önmagunknak.

A drámaterápia alkalmazása a pedagógiai folyamatban más, mint a drámapedagógiáé, ami a legelterjedtebb pedagógiai módszer és a célja mindig didaktikai (a tanulók tudásában és személyiségfejlődésében bekövetkezett tervezett változások, amelyek a tanítási-tanulási folyamat eredményeképpen valósulnak meg). A drámapedagógia művészetpedagógiai és reformpedagógiai irányzat, amely a

dráma és a színház eszközeit sajátos módon használja a nevelésben. Dramatikus játékokkal segíti a valóság átélését, a személyiség fejlődését, társadalmi problémák végiggondolását és megértését, az alkotás szabadságával való megismerkedést, s ezen keresztül a csoport és az egyén fejlődését. Látjuk, hogy az átjárhatóság adott a két lehetőség között, mégis a terápiás folyamat kiegészítő módszerként van jelen az edukációban.

### VII.1.1. Szocioterápia

A szociális problémák összetettsége és sokfélesége szükségessé tette olyan terápiás lehetőség keresését, amely segíti a csapattépítést, a csoportkonfliktusok megoldását stb. A szocioterápia megelőző és terápiás eljárás, amely a szociális jelenségekkel és kapcsolatokkal foglalkozik. Feltárja azokat a nyílt és látens értékeket, erkölcsi rendet és normákat, amelyekkel a résztvevők nem értenek egyet. Segíti a csoportot a közös cél elérésében, őszintén megnevezi az egyéni szükségleteket, a közös érdeket, igyekszik ezeket kielégíteni úgy, hogy a közösségi és az egyéni érdek adekvat beteljesüljön. A kapcsolatokra épít, ezek működőképességére, s mindezt az egyéni szükségletek kielégítése mellett. Mindenütt, ahol a közösségi kapcsolatháló nem működik, javasolt a szocioterápiás foglalkozás (pl. osztályfőnök – osztály konfliktus).<sup>50</sup> A csoportdinamika mérésére alkalmas módszer a szociometria, majd a szociogramok megrajzolása, így feltérképezve, pl. az osztály kapcsolathálóját.<sup>51</sup> Minden osztályfőnök számára fontos ismerni osztályának nyílt és rejtett kapcsolatrendszerét, így biztosítva az együttműködést és megelőzni a rivalizációt.

### VII.1.2. Bábterápia

A mai gyermek információinak zömét vizuális ingerekből kapja. A bábok vizuális élménye, alkalmazása lehetőséget ad a személyiségfejlesztésre, -formálásra, a feltöltődésre, mindezt a játékon keresztül terápiás céllal. A bábterápia a gyógypedagógiában fontos szerepet tölt be a különböző problémák esetében, pl. alvászavar, iskolai vagy családi probléma, válás stb. A nevelés feladatrendszerének célirányos követésében a bábok használata nagyon jó eszköz. Óvakodni kell azonban a túlzott alkalmazásától.

---

50 Inštitút psychoterapie a socioterapie, Bratislava

51 A szociometria alkalmazásának szakirodalmá megtalálható Mérei Ferenc: *Közösségek rejtett hálózata*. Budapest: Osiris. 2001

A nevelés szinte minden területén igénybe vehető: az iskolai tananyag feldolgozásánál, a történetek eljátszásánál. Erős emocionális hatása van a bábszínháznak, így a főhőssel való azonosulás lehetővé teszi az általa közvetített viselkedés, elvárások, normák elsajátítását. Dialógusban a gyermek verbális készségén, az új szavak ismeretén, használatán keresztül szókincse gyarapszik, kommunikációs készségtára szélesedik, kiejtése javul stb. A szöveg tanulása emlékezetét, az ének a muzikalitását fejleszti. A gyermekirodalom, a mesevilág sok olyan lehetőséget rejt magában, amely jól felhasználható. A bábkészítés is fejlesztő hatással van a gyermekekre, s közben szépérzékét, kézügyességét fejleszti. Felhasználási lehetőségei az óvodában, majd az alsó és a felső tagozaton szakkörben javasolt.

## VII.2. Játékterápia

A játék a gyermek kifejezőeszköze, életszüksége. Serkenti szenzomotoros és szociális fejlődését. Rajta keresztül folyamatában fejezi ki belső világát, gondolkodását, tapasztalatait, vágyait, problémáit, vagyis fontos diagnosztikai adattár nevelője számára.

A játékterápia főleg a magatartászavarral küszködő gyermekeknél alkalmazott. A kornak megfelelő játéformát választunk, amellyel különböző helyzeteket gyakorolunk vele úgy, hogy a fiktív megoldást később a sajátjaként élje át és képes legyen azt alkalmazni. A játszás megfigyelése is szolgál információval, főleg azok esetében, akik nem akarnak vagy tudnak kommunikálni. A játék örömforrás, amely minden esetben gazdagítja a személyiséget, és belső erőket mobilizál, feltölt, lelkileg relaxál (segíti a betegségek leküzdését is).

A játékterápia a segítség formája, ahol az interperszonális folyamatban intrapszichikus változások történnek, vagyis a terapeuta külső hatásával a gyermekben belső változásokat hoz létre a játékon keresztül. Ez a játék lehet spontán és irányított, fontos a terápiás cél követése. A játékterápia gyűjtőfogalom. Azokat a módszereket foglalja magában, amelyeknek a fikció a sajátjuk: ahol az eredeti minta és az eljátszott esemény, történés között lényegi hasonlóság van, mégis sajátos, egyéni élmény, tapasztalat érhető tetten benne. A gyermekekkel végzett terápiák nagy részét a játékterápia csoportjába sorolhatjuk. A kisebbekkel ugyanis nem végezhető a hagyományos értelemben vett „beszélgetős” gyógyító tevékenység. A terapeuta szemléletének igazodnia kell a gyermek világvilágához, gondolkodási sajátosságaihoz. A gyermekek igazi nyelve a játék. A játékban megjelenítik az őket foglalkoztató problémákat, mindennapi történéseket. Igazi cselekvés és mégis

csak olyan, mintha megtörténne, így kevésbé félelmetes, és egy kicsit más is, mint a valóság. Nem csak a gyógyításban fontos a játék! Ahhoz, hogy egy gyermek egészségesen fejlődjön, könnyebben vegye a mindennapi akadályokat, elengedhetetlen, hogy elmélyülten tudjon játszani. A híres gyermekterapeuta, D. Winnicott szerint az egészséges gyermek egyik ismérve, hogy tud játszani. Sajnos a kisgyermek mai környezete, életstílusa nem kedvez a fejlett játékra való képesség kialakulásának, mely nagy fantáziát, képzelőerőt igényel. Nagyon fontos lenne, hogy a szülők gyakran játsszanak gyermekükkel, hiszen a spontán játék csodálatos képessége egy fajta immunizációt jelent a lelki problémák kialakulására. Minél nagyobb teret hagyunk a gyermeki fantáziának, a játék annál élvezetesebb. A közös élmény segíti a jó anya-gyermek kapcsolat megszilárdulását, és mintát ad arra a gyermeknek, hogyan játsszon majd másokkal vagy akár egyedül is. Csoportformáló, együvé tartozást erősítő szerepe van minden gyermek számára kortól, nemtől, egészségi állapottól függetlenül. Az egészségükben akadályozott gyermek számára a játék egy olyan játéktér kialakítását feltételezi, amelyben számára megvalósulhat az a világ, amit még nem ismer, nem tapasztalt vagy tapasztalhat meg.

### VII.3. Muzikoterápia

A zeneterápia (muzikoterápia) a zene segítségével éri el gyógyító hatását. Hatást gyakorol a testi, lelki, emocionális, szociális problémákra mind az egészséges, mind pedig az akadályozott, különböző zavarokkal élők, veszélyeztetett egyéneknél. A zene hat az érzékszervekre, az érzelmekre, amelyek a mozgást és a kapcsolatteremtést ösztönzik. Ha a gyermek beszélni tud az élményéről, akkor a megismerését is fejleszti.

A muzikoterápia a gyermekeknél célrendszerében alkalmazkodik a gyermek problémájához. A zene kellemes érzéseket kelt, a ritmus fejleszti a mozgást, az éneklés új kommunikációs lehetőségeket nyújt. Pl. jó hatással van a dadogásra, figyelemzavarra, érzelmi problémákra. A zene a ritmusával, harmóniájával, melódiájával hat. Az alapritmus, a szív dobogása jelen van a gyermek egész életében, születésétől kezdve. Bennünk van a légzés ritmusa, az izomműködés szorítása-lazulása stb. Ami a beszédben a jelentés, az a zenében a melódia – magassága, ereje, tónusai, színezete, szünetek, mind-mind elárulják használójának lelki állapotát. A harmónia a zene eszköze a melódia hangulatának kifejezésére – vidám, tragikus, hősi, ünnepélyes, nyugodt... A zene gyógyít. A gyógyítás már a pedagógiai hatás



része. A zene, a szó, a hangszer, a zenemű nemcsak hatással van, hanem hallgatójának aktív részvételével is számít, így hozzájárul személyiségének fejlesztéséhez, gyógyulásához.

A muzikoterápia pedagógiai felhasználásának meghatározó egyénisége volt Kodály Zoltán, aki egyben megfogalmazta a zene személyiségfejlesztő szerepét.

A gyermek elsődleges lehetősége a saját testének használata, amellyel reagál a zenére: tapsol, dobol, kopog, lábával üti a ritmust, kíséri kiolvasóval, mondókéval, énekkel, vagy hangszert használ, hallgat. A hangszer a motoros koordinációt javítja, a koncentrációt, a felelősségérzetet erősíti, visszafogja az impulzív megnyilvánulásokat stb.

A zenés-mozgásos csoportjátékok felhasználása segíti a közös munkát, egymásra hangolja a résztvevőit, saját maga önkontrollt gyakorol, figyelmét összpontosítja, élvezi és örül a játéknak. A zenének van aktivizációs és lazító (relaxációs) hatása is, felhasználásánál figyelembe kell venni, hogy mindig a cél határozza meg a kiválasztást. Pl. a hiperaktív gyermek a zenehallgatás közben elfáradhat, firkálni kezd, ezt hagyni kell. Ellazítja őt a zene, a finommotorika spontán bekapcsolódik, így a kéz-szem koordinációt gyakorolja. (www8)

## VII.4. Arteterápia

Az arteterápia gazdag kifejezési eszköz, a rajz, a festészet, a gyurmázás stb. mind a képzőművészeti eszközökkel való gyógyítást, személyiségformálást, rekreációs foglalkozást jelenti. Különböző vizuális, tapintási, esztétikai, emocionális élményt nyújt. Sok diagnosztikai információt közöl, pl. az emberalak ábrázolása. Az arteterápia a művészeti lehetőségeket gyógyítási céllal használja. Főleg az alkotással és a reflexiókkal dolgozik a művészeti folyamat alatt és a végeredménynél. Az elsődleges cél nem egy műalkotás létrejötte, hanem az önkifejezés, az alkotóképesség, kommunikáció megvalósítása az alkotás alatt, és ezzel segíti a gyógyulás folyamatát. Egy új fogalom van keletkezében, ez az artefiletika. Míg az arteterápia a gyógyításhoz köthető, addig az artefiletika a pedagógiához. Pedagógiai diszciplína, és az arteterápiához hasonló módszereket alkalmaz a nevelésben, a személyiségfejlesztésben és a megelőzésben. A spontenitást és az élményszerűséget támogatja az alkotásban. Felhasználja a személyes és csoportos reflexiók kultiváló hatását. (Stiburek M. 2000)

Felhasználási lehetőségei:

- a. *specifikus tanulási zavarral küszködő tanulók*: az aktuális problémára reflektál, pl. alulteljesítés az iskolában, figyelemzavar, kisebbségi érzések, érzelmi depriváció vagy magatartászavar – a csoportfoglalkozás célja az önbizalom növelése, a tanulás támogatása, a motiváció fenntartása és az önkontroll fejlesztése,
- b. *érzékszervi vagy mozgásukban akadályozott tanulók*: a finommotorika rehabilitációja, a másodlagos akadályozottság mint a kisebbségi komplexus eliminálása kreatív tevékenységgel,
- c. *értelmileg akadályozottak*: az agyféltekék korlátozott működésének kompenzációja művészeti tevékenységgel, amely az alkotást fejleszti, és lehetőséget nyújt az élet más területén sikert elérni, alkotómunkát végezni,
- d. *autista gyermekek*: főleg agyaggal dolgoznak, így a tapintási szenzibilizáció (érzékenység) fejlesztése és az emóciók reflexiójára van lehetőség. Náluk a képzőművészeti megjelenítés a verbális kommunikáció kompenzálása.

Campbell J. (1998) a képzőművészeti alkalmazásnál különbséget tesz a szabadidős/iskolai és a terápiás csoport között:

1. *szabadidős/iskolai csoport*: tevékenységorientált, a képzőművészeti technikák és készségek gyakorlása, esztétikai értékelés, az önkifejezést az előző két meghatározás limitálja, a csoport vezetőjének pedagógusi szerepe van,
2. *terápiás csoport*: a képzőművészeti megjelenítés a fejlődést támogatja, a technikák és a készségek kevésbé fontosak, a spontán önkifejezés kerül előtérbe, a végeredmény megbeszélése ugyanolyan fontos, mint maga az alkotás, a munkák nincsenek minőségileg értékelve, mindegyik elfogadott; a terápia hármasszövegében jön létre a mű, az alkotó és a terapeuta között, a csoportvezető tapasztalatával, elképzeléseivel segíti a résztvevőket a terápiás folyamatban.

## VII.5. Biblioterápia

Terápiás módszer, amely irodalmi szöveggel dolgozik. Ehhez irodalmi műveket és saját alkotásokat (poetoterápia) használ. A könyvekben megtalálhatjuk minden korosztály problémáit, konfliktusait. A kisgyermeknél a közös olvasás bizalomgerjesztő, biztonságot nyújtó tevékenység. A fiataloknál, felnőtteknél beszélgetésre, tapasztalatcserére, új információk elsajátítására, értékrend-vizonyításra/viszonyulásra ad lehetőséget. A biblioterápiát mint támogató módszert alkalmazzák, vagy mint terápiás intervenciót. Olvasója a könyvben keresi problémáira a megoldást, az érzelmi feszültség levezetését vagy a feltöltődést. A helyesen megválasztott irodalmi mű gyógyítóan, személyiségfejlesztően hat olvasójára. A közös olvasás élménye csak elmélyíti terápiás hatását. Főleg az introvertált, zárkózott személyiségnél, a racionális gyermekeknél ajánlott. Stresszoldó, feszültséglevezető hatása van.

Más terápiás módszerekkel is lehet ötvözni, pl. jól kiegészíti az arteterápia vagy drámaterápia. Az olvasás körülményei is segítők lehetnek, pl. egy pohár tea mellett, a szünetben egy kártyacsata stb. Az élményolvasás áthidalhatja azt az állapotot, hogy a tanulók nem szeretnek olvasni. Sokat segít a szövegértésben, az olvasási készségeket fejleszti. Interaktív módszer, igyekszik az átélésre hatni, a mű hőseivel azonosul, elképzelteti érzéseit, ruháját, kedvenc ételét, majd a kalandot osztja meg kis olvasóival. Szimulálja azt a környezetet, ahol a mű játszódik.

A pszichoterápia a pszichológus kompetenciaterülete, míg a terápia a segítő szakmák gyakorlóinak lehetősége, megfelelő szakképzés után. A pedagógiai gyakorlat igényli a segítség erősítését és segítőjének terápiás hozzáállását. Mivel a terápia sokszínűsége adott, így minden pedagógus személyiségének és szakképzettségének megfelelően megtalál(hat)ja azt az irányzatot, amit elsajátíthat, alkalmazhat és így nemcsak tanítványainak segít, hanem önmaga kiteljesedését is biztosít(hat)ja az egész életen át tartó tanulás folyamatában.

A sajátos edukációs szükségletű tanulóknál nagyon hatékony felhasználási lehetősége van a pedagógiai terápia különböző megvalósulási formáinak. Elsődleges feltétel a tanulók irányában az elfogadás, a kommunikáció megteremtése és a pozitív énkép alakulása. (Pajdlhauserová E., Majzlanová K. 2011) A szerzők szerint a magatartászavarral küszködő gyermekek számára alkalmazhatóak a mozgásos aktivitások, pantomim, rögtönző játékok. A szorongó gyermekek számára a bábok fontos eszközzé válnak a megfigyelésnél és az önkiteljesedésnél is. A látásukban akadályozott gyermekeknél a verbalizáció köre épül a foglalkozás, dialógussal kezdünk, majd fokozatosan belakjuk a teret, amely ismert számukra

és tudják az elrendezését. A hallásukban akadályozott tanulók a testbeszéddel való kifejezés mellett megismerkedhetnek a különböző hangszerekkel, alkalmazásukkal, ritmizálással stb. A mozgásukban akadályozottak számára fontos a relaxáció, a verbális és nem verbális közlések kongruenciája, az ismeretlen színterek megjelenítése stb. A tanulásban akadályozott tanulóknál figyelembe kell venni a sztereotíp, ismétlődő gyakorlatokat, amelyeket szívesen végeznek. A tehetséges tanulók esetében a fantáziavilág széles lehetőséget ad az önkitaljesedésre, egyben gyakorolják az együttműködést, élvezik a közös cselekvést.

Az alkotás öröme, a közös alkotás megélése csapatépítő, személyiségfejlesztő minden egyes résztvevője számára, s egyben korrekciós lehetőséget is nyújt olyan esetekben, ahol erre szükség van. A terápiás folyamat feltételezi a pedagógus előképzettségét, felkészültségét.

## BEFEJEZÉS

A pedagógiai gyakorlat számára szükségszerű a differenciálás, az innovatív pedagógiai eljárások megismerése és főleg a segítő pedagógia lehetőségeinek alkalmazása. Könyvünkben az elméleti áttekintés mellett igyekeztünk egy gyakorlati útmutatót adni a probléma felismeréséhez, beazonosításához, és egyben a segítséghez is.

Az első két részben megismerkedhettünk a gyógypedagógia és a speciális pedagógiai különböző és azonos céljainak meghatározásával, alkalmazási területével. A mai iskola leggyakrabban a tanulási és a magatartási zavarokkal találkozódik, ezért a következő két részben ezt a területet önálló fejezetben dolgoztuk ki. A szociálisan halmozott hátrányosság befolyásolja a tanulók iskolai sikerességét, ezért az ötödik fejezetben a szegénység tényezőit, valamint a roma kisebbségi oktatás feltételeit is említjük. A differenciálás egyik feltétele a tanulók sajátos nevelési igényének, az ún. speciális edukációs szükségletének felismerése, diagnosztizálása, fejlesztése és az egyéni integráció alkalmazása az iskolai tanulás mindennapjaiban. Az integráció és az inklúzió fogalma mellett a pedagógus megismerkedik annak törvényi hátterével is.

A pedagógia segítő szakma. Ha így értelmezzük, akkor a pedagógus a pedagógiai folyamat segítője. Ezért tartottuk fontosnak az utolsó fejezetben a pedagógiai terápia és annak válfajainak ismertetését.

Az inklúzió minőségi szemléletváltást igényel a pedagógustól, szintén feltételezi a rászorult csoportok sajátos igényeinek felismerését. Igyekeztünk kezdeményező szerepet vállalni a speciális pedagógia hazai magyar nyelvű ismertetésében, mivel fontosnak tartjuk minden pedagógus, pedagógusjelölt, érintett szakember számára. Területét kibővítettük azokkal a célcsoportokkal, akiknél más speciális pedagógiai eszközök, módszerek szükségesek. A mai segítő pedagógia, speciális és gyógypedagógia céljaival, a pedagógus küldetésének megváltozásával, szakterületének bővítésével, javasoljuk az egységesítő megnevezést, az *inkluzív pedagógiát*.

A könyv része egy kétnyelvű módszertani szakszótár, összeállítása a leggyakrabban használt szavakból áll, amelyeket olvashatunk a tanulók vizsgálati zárójelentéseiben, az integrált tanulók dokumentációjában és egyben a szlovák szakirodalom használatát is elősegíti.

# IRODALOM

ATKINSON, S. N. – HILGARD, E. S. 2005. *Pszichológia*. Budapest: Osiris.

ISBN 963 389 713 0

BAGDY Emőke (szerk.). 1999. *Mentálhigiéné*. Budapest: Animula.

ISBN 963 4081 71 1

BAGDY Emőke – TELKES József. 1995. *Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. ISBN 9631866939

BALATONI Tamásné. 2009. *Közös kincs*. A magyarmecskői Általános Iskola helyi hátrány kompenzáló és fejlesztő programja. [www.ofi.hu/tudastar/eselyt-teremto-iskolak/kozos-kincs](http://www.ofi.hu/tudastar/eselyt-teremto-iskolak/kozos-kincs). 2013.10.15.

BALOGH Éva. 1997. *Pszichológiai kislexikon*. Debrecen: Tóth Könyvkereskedés.

ISBN 963081950

BALOGH László. 2000. *Tanulási stratégiák és stílusok, a fejlesztés pszichológiai alapjai*. Debrecen: Debreceni Egyetem–Kossuth Egyetemi Kiadó.

BALOGH László – HERSKOVITS M. – TÓTH L. 1995. *Tehetség és képességek*.

Debrecen: KLTE.

BORDÁS Sándor – FORRÓ Zsuzsanna – NÉMETH Margit – STRÉDL Terézia.

2009. *Pszichológiai jegyzetek*. Komárom: SJE. ISBN 978 80 89234 85 1

BORZA Beáta (szerk.). 2012. „Beteg vagy egészségügy” *A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?* Az alapvető jogok biztosításának konferencia kiadványa. Budapest: Mondat Kft. ISBN 789 638917096.

BUDA Béla. 2001. *A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichológiában*. Budapest: OAI. ISBN 963 7307 22 2

BUDA Béla. 2004. *A pszichoterápia alapkérdései. Kapcsolat és kommunikáció a pszichológiában*. Akadémiai Kiadó : Budapest. ISBN 963058154X

BUDA Béla. 1994. *Mentálhigiéné*. Tanulmánygyűjtemény. Animula: Budapest.

ISBN 9638089555

BUDA Béla. 2013. in *17\_tevékenyseg\_kozpontu\_pedagogiak* - Scribd-

[www.scribd.com/doc/.../17-tevenyseg-kozpontu-pedagogiak](http://www.scribd.com/doc/.../17-tevenyseg-kozpontu-pedagogiak)

- CAMPBELL, Jean. 1998. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 8071782041
- COLE, M. – COLE, S. 2006. *Fejldéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó. ISBN 9633894733
- COPÍKOVÁ, Lucia. 2010. Špecifické (vývinové) poruchy učenia – *dyspinxia, dyspraxia a dysmúzia*. [www.sites.google.com/site/luciacopikova](http://www.sites.google.com/site/luciacopikova). 2010.10.15.
- CSABAY Katalin. 1992. *Foglalkozások a beszédjavító óvodai csoportokban és előkészítő osztályokban*. Budapest: Országos Közoktatási Intézet.
- CSABAY Katalin. 1992. A készségfejlesztés módszertani lépései a diszlexia-prevenációs foglalkozáson. *Fejlesztő Pedagógia* 1992/1–2. ISSN 0866-2495
- CSABAY Katalin. 1993. *Lexi*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. ISBN 963195028X
- CSÁKVÁRI Judit – SÜVEGESNÉ, Rudán Margit. 2011. *Inkluzív nevelés. Útmutató a pszichés fejlődés zavaraival küzdő gyermekek, tanulók együttneveléséhez*. Dokumentációs útmutató. sulíNova 2007. [www.sulinova.hu](http://www.sulinova.hu). 2011.08.17.
- CSAPÓ Benő. 2005. Komplex problémamegoldás a PISA 2003-ban. *Új Pedagógiai Szemle*. 2005/3. ISSN 1215-1807
- CSAPÓ Mónika. 2012. Az alapkészségek fejlődése az iskola kezdő szakaszában. *Iskolakultúra* 2012/1. ISSN 1789-5170. [www.iskolakultura.hu/index.php?option=com\\_content...2012](http://www.iskolakultura.hu/index.php?option=com_content...2012)
- CSATÁRI Árpádné. 1996. Gondolatok az újfajta fejlesztésről, eredményeiről, problémáiról. *Fejlesztő Pedagógia*. 1996/2–3. ISSN 0866-2495
- CSÁNYI Yvonne (szerk.). 1993. *Együttnevelés – Speciális igényű tanulók az iskolában*. Az integrált fejlesztés lehetőségei. Iskolafejlesztési Alapítvány és OKI Iskolafejlesztési Központ: Budapest /ALTERN füzetek 5./
- CSOBA Judit. 2009. *Peremhelyzetű társadalmi csoportok társadalmi és munkaerőpiaci integrációja*. Szociotéka DE: Debrecen. [hu.scribd.com/doc/116861108/szocioteka-konyv](http://hu.scribd.com/doc/116861108/szocioteka-konyv). 2013.10.15.
- CZACHESZ Erzsébet 2001. Ki tud olvasni? Nemzetközi összehasonlító olvasásvizsgálatok és magyar eredményeik. *Iskolakultúra* 2001/5. 21–30.
- CZEIZEL Endre. 1995. *Számadás a táalentomról*. Budapest: Corvina. ISBN 9631340716

- CZEIZEL Endre. 2013. *A művészi tehetség korai felismerése és fejlesztésének pedagógiai kérdései*.art.pte.hu/muveszetterapia/download/laczo/czeizel-kecskemet.rtf.2013.07.15.
- DENISON, Paul E. – DENISON, Gail E. 1991. 1992. *Észkapcsoló agytorna*. Budapest: Agykontroll Gmk.
- JANCSÓ Ágnes (ford.). 2003. *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*. (FNO) © World Health Organization: Budapest. ISBN 963 242 838 2
- JANOŠKO, Pavol. 2009. Osobnostné a profesijné kompetencie pedagóga v kontexte inkluzívnej edukácie. *Revue liečebnej pedagogiky*. III/5. ISSN 1337 5563
- JONES, Maggie. 2001. *Híperaktív gyermekek*. Budapest: Édesvíz Kiadó. ISBN 9635285264
- JUHÁSZNÉ Gáspár Dorottya. 2010. *Pedagógiai és logopédiai vizsgálatok*. fejlesztok.hu/.../293-pedagogiai-es-logopediai-vizsgalatok.html – 2010.10.15.
- EDELSBERGER, L. – KÁBELE, F. 1998. *Speciální pedagogika*. Praha: SPN. 1988. ISBN 14-664-88
- ENGLBRECHT, A. – WEIGERT, H. 1999. *Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? avagy Nem jelenthet akadályt a tanulási akadály!* Budapest: BGGYTF.
- FALUS Iván (szerk.). 2000. *Didaktika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. ISBN 963922818 4
- FARKASNÉ Kristóf Zsuzsanna: *Lehetőségek a tanulási problémák korai felismerésében és megelőzésében*. www.epa.oszk.hu/00000/.../2006-06-mu-Farkasne-Lehetosegek.html. 2013.10.15
- FAZEKASNÉ Fenyvesi Margit – NAGY, József. 2006. *A beszédhanghallás fejlesztése 4-8 éves életkorban*. Szeged: Mozaik Kiadó. ISBN 9789636974916
- KÖNCZEI György. 2009. *Fogyatékoságtudományi Fogalomtár*. ELTE BGGYK. [mek.oszk.hu/09400/09410/09410.pdf](http://mek.oszk.hu/09400/09410/09410.pdf)
- FNO. 2003. *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*. WHO 2003. [www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu\\_id=102&jid=30](http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=30).



- F. FÖLDI Rita. 2004. *Hiperaktivitás és tanulási zavarok*. Comenius Bt.: Pécs  
ISBN 963 8643277
- FÜREDI J. – NÉMETH A. – TARISKA P. 2001. *A pszichiátria magyar kézikönyve*.  
Budapest: Medicina.
- GAAL Éva – dr. PAPP Gabriella. 1994. *Előadási vázlatok az enyhén értelmi fo-  
gyatékosok iskolájának tantárgy-pedagógiai tanításához*. Budapest: Nemzeti Tan-  
könyvkiadó.
- GAŇO, Viliam. 1960. *Defektné deti*. Bratislava: SPN /Archív Univerzitetnej  
knižnice UK Bratislava/
- GERGER Jenő. 2005. *A gyógypedagógia pedagógiai-pszichológiai kérdéseiről*.  
SZTE JGYTFK. Szeged: APC Stúdió. ISBN 963 9135 72 0
- GEREBEN Ferencné. 2008. *Gyógypedagógia a változó világban. Gyógypedagógiai  
Szemle*. 2008/3. ISSN 0133-1108
- GEREBEN Ferencné. 2007. *A fejlődési diszfázia és diszlexia tünetegyüttesének  
szerepe*. Budapest: FGYFT OKA. /Szakszolgálati Füzetek/.  
ISBN 978-963-87487-1-3
- GOLNHOFER Erzsébet – NAHALKA István (szerk.). 2001. *A pedagógusok peda-  
gógiája*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- GÓSY Mária. 1994. *A beszédészlelés és a beszédmegértés fejlesztése óvodásoknak*.  
Budapest: NIKOL Gmk. ISBN 9638461744
- GYENEI Melinda – SZAUTER Jánosné. 1995. *A tanulási zavarok korrekciója kis-  
iskoláskorban*. Szolnok.
- GORDOSNÉ Szabó Anna (szerk.). 2004. *Gyógyító pedagógia*. Budapest: Medicina  
Könyvkiadó Rt. ISBN 9632427572
- GORDOSNÉ Szabó Anna. 1993. *Bevezetés a gyógypedagógiába*. Budapest: Nem-  
zeti Tankönyvkiadó.
- GORDOSNÉ Szabó Anna. 2004. *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek*.  
Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- GÖLLESZ Viktor (szerk.). 1998. *Gyógypedagógiai kórtan*. Budapest: Nemzeti Tan-  
könyvkiadó. ISBN 963 19 4247 3

- GYARMATHY Éva. 1998. Tanulási zavarok azonosítása és kezelése az óvodában és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*. 1998/11. ISSN 1215-1807
- GYARMATHY Éva. 1998. Tehetség és a tanulási zavarokkal küzdő kiemelkedő képességű gyerekek. *Magyar Pedagógia*. 1998/2. 135-153. ISSN 0025-0260
- GYARMATHY Éva. 2001a. *A tehetségről*. Miskolc: Arany János Tehetséggondozó Program Egyesülete.
- GYARMATHY Éva. 2001b. *Projektkönyv. Tehetséggondozó projektek készítése és használata*. Miskolc: Arany János Tehetséggondozó Program Egyesülete.
- GYARMATHY Éva. 2002. IQ és tehetség. (IQ and giftedness) In *IQ vita*. Budapest: Akadémiai Kiadó. 127–154. p. /*Pszichológiai Szemle Könyvtára 5./*
- Gyarmathy Éva. 2013. Tanulási zavarok szindróma a szakirodalomban. Országos Közoktatási Intézet. *Új Pedagógiai Szemle* 1998 október >[epa.oszk.hu/00000/00035/.../1998-10-lk-Gyarmathy-Tanulasi.html](http://epa.oszk.hu/00000/00035/.../1998-10-lk-Gyarmathy-Tanulasi.html). 2013.10.15.
- HATOS Gyula. 1996. *Emberek értelmi akadályozottsággal*. Budapest: BGGYFK.
- HATOS Gyula. 1999. Starostlivost a rozvoj tažko a viacnásobne postihnutých ľudí. in Vašek (ed.). *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia. ISBN 80 967180 4 5
- HORVÁTHOVÁ Kinga. 2009. Minőségpolitika a szlovákiai közoktatási rendszerben. *Új Pedagógiai Szemle*. 91–99. p.
- KÖVÉROVÁ, Stefánia. 1993. *Problémy sociológie výchovy*. Bratislava: PdF UK.
- KOSOVÁ, Beáta. 2008. Sociálna spravodlivosť a rodové rozdiely v slovenskej škole v zrkadle medzinárodného testovania PISA. *Pedagogická orientace* 2. 2008. r. 18. č. 2. 81–94. p. ISSN 12114669
- KOLLÁROVÁ, Ema. 2004. *Somatopédia pre vychovávateľov*. Bratislava: PdF UK. 2004. ISBN 8022315915
- KONCZ István. 2005. *Kamaszkapaszkodó*. Budapest: Urbis. ISBN 963 9291 77 3
- KULCSÁR Éva. *A serdülőkori fejlődés pszichológiai jellemzői*. Iskolapszichológia sorozat. Budapest: Argumentum. ISBN 9789634463450
- KUSÝ, Miroslav – STREDLOVÁ, Terezia. 2003. *Tolerancia*. Dunajská Streda: Lilium Aurum.

- LABÁTH, Vlado. 2001. *Riziková mládež*. Praha: Slon. ISBN 80 85850 66 4
- LABÁTH, Vlado. 2013. *Poruchy správania a tvorivosť*. <http://referaty.atlas.sk>. 2013.07.15.
- LAZNIBATHOVÁ, Jolana. 2001. *Nadané dieťa jeho vývin, vzdelávanie a podporovanie*. Bratislava: IRIS. ISBN 8088778238
- LECHTA, Viktor a kol. 2002. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Bratislava: Osveta. ISBN 808063100X
- LECHTA, Viktor a kol. 2002. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Bratislava: Osveta. ISBN 8080630925
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes. 2001. Gyógypedagógiai lexikon szócikke alapján. In MESTERHÁZI Zsuzsa (szerk.). 2001. *Gyógypedagógiai lexikon*. Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Kar.
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes. 1996. *Az értelmileg akadályozottak intézményes ellátási formáinak változása*. Budapest: BGGYTF.
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes. 1996. *Értelmi fogyatékosok pszichológiája*. Budapest: BGGYTF.
- LÁNYINÉ Engelmayer Ágnes. 1997. *Gyermeklélektan*. Budapest: Tankönyvkiadó
- LÁNYINÉ dr. Engelmayer Ágnes. 2004. Gyógypedagógia és terápia. In GORDOSNÉ Szabó Anna (szerk.). *Gyógyító pedagógia*. Budapest: Medicina. 71–85. p.
- LÁSZLÓ Zoltánné. 2006. *Ajánlások a pszichés fejlődés zavaraiival küzdő gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez*. Budapest: II. sulíNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht.
- ILLYÉS, Gyuláné. (ed.). 1978. *Speciálnpedagógická psychológia*. Bratislava: SPN.
- ILLYÉS Sándor (szerk.). 2000. *Gyógypedagógiai alapismeretek*. Budapest: BGGYTF.
- MAJZLANOVÁ, Katarína. 1998. *Poruchy správania u detí predškolského veku*. Bratislava: Humanitas . ISBN 80-967890-4-X
- MAJZLANOVÁ, Katarína. 1999. *Dramatoterapia*. Bratislava: Humanitas. ISBN 80 96805304
- MAJZLANOVÁ, Katarína. 2004. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. Bratislava: Iris. ISBN 80 89018653

- MÁRKUS Attila. 1998. Számolási zavarok a neuropszichológia szemszögéből. *Fejlesztő Pedagógia* 1998. 6. sz. 3–15. p. ISSN 0866-2495
- MEIXNER Ildikó. 1978. *Én is tudok olvasni. Olvasólapok dyslexiás gyermekek számára.* Budapest: Tankönyvkiadó
- MEIXNER Ildikó. 1992. *Én is tudok olvasni.* Budapest: Tankönyvkiadó.
- MESTERHÁZI Zsuzsa (szerk.). 2001. *Gyógypedagógiai lexikon.* Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola Kar.
- MESTERHÁZI Zsuzsa. 1998. *A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése.* Budapest: BGGYTF.
- MÉREI Ferenc – V. Binet Ágnes. 1993. *Gyermeklélektan.* Budapest: Gondolat Kiadó.
- MIHÁLY Ildikó. (szerk.). 2003. Szegény gyerekek. *Új Pedagógiai Szemle* \_ Budapest. 2003 február - EPA - [www.epa.hu](http://www.epa.hu). [epa.oszk.hu/00000/00035/.../2003-02-vt-Mihaly-Szegeny.htm](http://epa.oszk.hu/00000/00035/.../2003-02-vt-Mihaly-Szegeny.htm)
- MISKOLCZINÉ Radics K. 2006. *Az írásmozgás-koordináció fejlesztése 4–8 éves életkorban.*
- MOLNÁR Gy. – CSAPÓ B. 2003 A képességek fejlődésének logisztikus modellje. *Iskolakultúra.* 2003. 2. sz. 57–69. p.
- NAGY József – MISKOLCZINÉ, Radics K.: *DIFER – Az írásmozgás-koordináció fejlesztése 4–8 éves életkorban.* Budapest: Mozaik Kiadó. ISBN 963697490X
- NAGY József. 1980. *5–6 éves gyermekeink iskolakészültsége.* Budapest: Akadémiai Kiadó.
- NAGY József. 2000. *XXI. század és nevelés.* Budapest: Osiris Kiadó
- NAGY József – JÓZSA Krisztián – VIDAKOVICH Tibor – FAZEKASNÉ Fenyvesi Margit. 2004. *DIFER Programcsomag. Az elemi alapkészségek fejlődése 4–8 éves életkorban.* Szeged: Mozaik Kiadó.
- NAGY József. 2007. *Kompetenciaalapú kritériumorientált pedagógia.* Szeged: Mozaik Kiadó.
- NÉMETH Mária. 2005. *Szemelvények a magyar gyógypedagógia történetéből.* Pécs: Comenius Bt. ISBN: 963 217 462 3

- NÉMETH, Ondrej. 2012. *Špeciálnopedagogické poradenstvo*. Bratislava: Sapientia.
- OROSZLÁNY Péter. 1993. *Könyv a tanulásról*. Budapest: AKG Alapítvány Kiadó.
- PAJDLHAUSEROVÁ, MAJZLANOVÁ K. 2011. *Tvorivá dramatika v edukačnom procese*. Bratislava: UK. ISBN 978 80 223 3120 3
- PÁLHEGYI F. (szerk.). 2006. *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó. 93–121. p.
- PAPP Gabriella. 2004. *Tanulásban akadályozott gyermekek a többségi általános iskolában*. Pécs: Comenius Bt.
- PAULICZKY Nóra. 1994. Fejlesztő játékok autista gyermekek számára. *Fejlesztő Pedagógia* 1994/6.
- PINCZÉSNÉ dr. Palásthy Ildikó. 2003. *Tanulási zavarok, fejlesztő gyakorlatok*. Debrecen: Pedellus Tankönyvkiadó.
- PINCZÉSNÉ dr. Palásthy Ildikó. 2006. *Tanulási zavarok, fejlesztő gyakorlatok*. Budapest: Pedellus Tankönyvkiadó. ISBN 963 9396 59 1
- PINCZÉSNÉ dr. Palásthy Ildikó. 2013. *Tanulási zavarok, fejlesztő gyakorlatok*. [www.hu.scribd.com/.../Pinczesne-dr-Palasthy-Ildiko-Tanulasi-zavarok-fejleszt...](http://www.hu.scribd.com/.../Pinczesne-dr-Palasthy-Ildiko-Tanulasi-zavarok-fejleszt...)2013.07.15.
- PISA. 2006. [www.nucem.sk/sk/filemanager/.../narodna\\_sprava\\_pisa\\_2006-pdf](http://www.nucem.sk/sk/filemanager/.../narodna_sprava_pisa_2006-pdf). 2013. 10. 15.
- POLCZ Alaine. 2001. *Ideje a meghalásnak*. Budapest : Pont Kiadó. ISBN 9639312312
- POKORNÁ, Věra. 2001. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. Praha: Portál. ISBN10 80-7178-570-9
- PORKOLÁBNÉ dr. Balogh Katalin. 1992. *Kudarc nélkül az iskolában*. Budapest: Alex–typo.
- PORTÍK, Milan. 2003. *Determinanty edukácie rómskych žiakov*. Prešov: PF PU. ISBN 8080681554
- PREVENDÁROVÁ, Jitka. 1998. *Rodina s postihnutým dieťaťom.*: Nové Zámky / Dunajská Streda: Psychoprof. ISBN 8096714899, 978809671489
- RADVÁNYI Katalin (szerk). 1994. *Az értelmi akadályozottak kommunikációja I.* Szöveggyűjtemény Budapest: BGGYTF.

- RANSCHBURG Jenő (szerk). 1989. *Tehetséggondozás az iskolában*. Budapest: Tankönyvkiadó.
- REVUE LIEČEBNEJ PEDAGOGIKY. 2009. číslo 5, ročník III. ISSN 1337-5563
- RÉTHY Endréné. 2003. *Motiváció, tanulás, tanítás. Miért tanulunk jól vagy rosszul?* Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- ROSTA Katalin. 1992. A diszlexia-prevenációs terápia felhasználása az olvasás tanításában.  
*Fejlesztő Pedagógia* 1992/1–2. ISSN 0866-2495
- ROSTA Katalin (szerk.). 1996. *Taníts meg engem!* Fejlesztő program logopédiai óvodák számára. Budapest: Logopédiai Kiadó.
- ROZSÁNÉ Czigány Enikő. 2006. Sajátos nevelési igényű tanulók. Egyéni fejlesztési terv készítés, fejlesztés. *Fejlesztő Pedagógia* 2006/6. ISSN 0866-2495
- RUISEL, Imrich. 2003. *Inteligencia v rôznych kontextoch*. Ústav experimentálnej psychológie. Bratislava: SAV. ISBN 80 88910 15 3.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. 2007. *Pszichológiai lexikon*. Budapest: Holnap Kiadó. ISBN 978 963 346 7656 4
- STRÉDL Terézia. 2012. A pedagógiai terápia jelentősége. In *Zborník Medzinárodnej vedeckej konferencie*. Komárno: UJS. ISBN 978808122044-9. s. 778-786.
- SZABÓ Ákosné (szerk.). 2008. *Tanulmányok a tanulásban akadályozottak pedagógiája és a határtudományai köréből*. Budapest: EDUCATIO. ISSN 1789 2554. [www.sulinet.hu/tanar/kompetenciaterulek/.../foiskolai\\_tanulmanykotet.pdf](http://www.sulinet.hu/tanar/kompetenciaterulek/.../foiskolai_tanulmanykotet.pdf). 2013. 10. 15.
- SZABÓ Pál (szerk.). 1985. *Iskolás lesz a gyermekünk*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- SZABÓ Otília. 1991. Egy dyscalculiás gyermek fejlesztési esélyeiről- a terápia egy lehetséges útja. *Gyógypedagógiai Szemle* XIX. évf. 2. sz. 131–139. p.
- SELIKOWITZ, Mark. 1997. *Diszlexia*. Budapest: Medicina. ISBN 963 242 497 2
- SINDELAR, Brigitte. 1994. *Teilleistungsschwächen*. Wien: Eigenverl. B. Sindelar. ISBN 3900527458
- SOVÁK, Miloš. 1986. *Nárýs speciální pedagogiky*. Praha: SPN.

- STIBUREK, Martin. 2000. Arteterapie, artefletika - podoby, obsah, hranice, role, cíle. In *Současná arteterapie v České republice a v zahraničí*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta ve spolupráci s Českou arteterapeutickou asociací. 33–47. p.
- TARKÓ Klára. 1999. Az olvasás és a metakogníció kapcsolata iskoláskorban. *Magyar Pedagógia* 99. évf. 2. szám, 175–191. p.
- TASNÁDI Ágnes. 2008. *A pszichés fejlődés zavaraival küzdők nevelésében, oktatásában, fejlesztésében alkalmazott eljárások*. Budapest: NSZFI .
- TOMKOVÁ, Elena. 2010. *Keď je diéta príliš aktívne*. www.bedekezdravia.sk/?main=article&id=265 – 2010.08.17.
- TORDA Ágnes. 2000. *Figyelemfejlesztő program*. Budapest: Országos Közoktatási Intézet [online:] {<http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=oktatas-torda>
- URBÁNNÉ Varga Katalin. 2001. Zene és terápia. *Fejlesztő Pedagógia* 2001/2. ISSN 0866-2495
- VALENTA, Milan. 2001. *Dramatoterapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-586-5
- VANČOVÁ, Alica. 1999. Telesné a zdravotné postihnutia v kombinácii s inými postihnutiami. In VAŠEK, Štefan. (ed.). *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia. ISBN 80967180 45
- VARGÁNÉ Mező Lilla. 2008. *Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány Budapest*. 2008.\_www.fszk.hu/opi/tanulmányok.htm - 2010.09.10.
- VAŠEK, Štefan. (ed.). 1994. *Špeciálna pedagogika*. Terminologický a výkladový slovník. Bratislava: SPN. ISBN 80 0801217 X
- VAŠEK, Štefan. 2006. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia.
- VAŠEK, Štefan (ed.). *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia. ISBN 8096718045
- VEKERDY Tamás. 2013. *Kamaszkor körül*. Budapest: Holnap Kiadó. ISBN 978 9633467 947
- VIKÁR György. 1980. *Az ifjúkor v alságai*. Budapest: Gondolat Kiadó. ISBN 9632808460
- VIKÁR György. 1996. *Válság, túlélés, kreativitás*. Budapest: Balassi Kiadó.
- WHO. 1980. [whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf) International Classification of Impairments ... – libdoc.who.int

WHO. 1997. | The world health report 1997 – conquering suffering ...  
[www.who.int/whr/1997](http://www.who.int/whr/1997)

ZENTAI Gabriella. 2005. *Az elemi alapkészségek fejlettségének diagnosztizálása.*  
[http://www.bmkir.hu/bmhuman/felkep/976\\_15d8\\_48-93.pdf](http://www.bmkir.hu/bmhuman/felkep/976_15d8_48-93.pdf) . 2009. 09. 9.

ZSOLNAI A. – NAGY J. 2006. *A szocialitás fejlesztése 4–8 éves életkorban.*  
Szeged: Mozaik Kiadó.

YALOM, I. D. 1995. *A csoportpszichoterápia elmélete és gyakorlata.* Budapest:  
Animula. ISBN 963 86115 8 8

## Internetes források

### www1

1. ábra: Az intelligencia-hányados görbéje. <http://www.humanpower.hu> – 2010.07.25.

### www2

[www.education.bham.ac.uk](http://www.education.bham.ac.uk). [www.editss.saic.com](http://www.editss.saic.com). [www.geneastar.net](http://www.geneastar.net) . 2013. 10. 15.

### www3

Hogyan működik az iskolai tehetséggondozás? - Aranyelme. [www.aranyelme.hu/.../90-hogyan-mkoedik-az-iskolai-tehetseggondozas](http://www.aranyelme.hu/.../90-hogyan-mkoedik-az-iskolai-tehetseggondozas). 2013.10.15.

### www4

[www.diszlexia.extra.hu](http://www.diszlexia.extra.hu). 2013.10.15.

### www5

Kulcskompetenciák az egész áleten át tartó tanuláshoz. Európai Referenciakeret – Európa. [ec.europa.eu/dgs/education\\_culture/publ/pdf/.../keycomp\\_hu.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/.../keycomp_hu.pdf) . 2013.10.15.

### www6

[www.terra2000.hu/FAQ/html.2013](http://www.terra2000.hu/FAQ/html.2013)

### www7

MMSZKE szöveggy\_2003 - Scribd. [www.scribd.com/doc/35175612/MMSZKE-szoveggy-2003](http://www.scribd.com/doc/35175612/MMSZKE-szoveggy-2003). 2013.10.15.

### www8

Králová Eva: MUZIKOTERAPIA. [dsshrabiny.sk/userfiles/file/Muzikoterapia.pdf](http://dsshrabiny.sk/userfiles/file/Muzikoterapia.pdf). 2013.10.15.



# KÉTNYELVŰ SZAKSZÓTÁR

- akceleráció* – *akcelerácia*: amikor a fejlődési kor az életkorhoz képest felgyorsul
- abnormalitás* – *abnormalita*: eltérés, szokatlanság, rendszertelenség
- adaptabilitás* – *adaptabilita*: alkalmazkodás, általános emberi tulajdonság a környezethez
- alkalmazkodni
- adekvát* – *adekvátny*: megfelelő, általános
- afázia* – *afázia*: a beszédalkotás és – értés zavara
- affektivitás* – *afektivita*: az érzelmeken keresztül való reagálás
- agráfia* – *agrafia*: az írás elvesztése ép értelem és a kéz motoros készsége mellett
- agrammatizmus* – *agramatizmus*: a szó alkotásának, kapcsolásának, ragozásának képtelensége, a mondatalkotás hiánya
- akalkúlia* – *akalkúlia*: a számolás teljes képtelensége, a domináns hemiszféra sérülése
- akceleráció* – *akcelerácia*: az érés, a fejlődés felgyorsulása
- akusztikus* – *akusztický*: auditív, hallási, hangzási
- akút* – *akútny*: gyors lefolyású, hirtelen, halaszthatatlan
- alália* – *alália*: a beszéd képtelensége
- amnézia* – *amnézia*: az emlékezet kiesése, az emlékképek felidézésének zavara
- analízis* – *analýza*: elemzés, alkotóelemekre bontás
- anamnézis* – *anamnéza*: diagnosztikai eljárás, adatok és körülmények gyűjtése
- anomália* – *anomália*: a szabálytól való eltérés, kivételesség, szokatlanság
- antiszociális* – *antisociálny*: ellenséges, ártó viselkedés, a társadalmi normák megszegése
- anxie* – *anxieta (úzkost)*: szorongás
- apátia* – *apatia*: hanyatlás, a környezet iránti érzelmi érdeklődés hiánya
- asszertivitás* – *asertivita*: hatékony magatartás, egészséges önérvényesítés
- aszténiás* – *astenický*: törekeny, testileg gyengébb
- attitúd* – *atitúda (postoj)*: viszonyulás
- attribúció* – *atribúcia*: oktulajdonítás

- autizmus* – *autizmus*: szociális izoláltság, kapcsolatteremtés hiánya
- auditív percepció* – *auditívna percepcia*: hallásészlelés
- Asperger szindróma* – *Aspergerov syndrom*: részleges kapcsolatteremtési zavar, enyhébb fokú autizmus
- averzió* – *averzia*: undor
- balbuties* – *balbuties*: dadogás
- bilingvizmus* – *bilingvizmus*: kétnyelvűség
- bradipszichikus* – *bradypsichický*: lelassított gondolkodás
- deficites* – *deficitný*: hiányos
- demenció* – *demencia*: az értelmi képességek elvesztése, fokozatos elbutulás
- depisztázs* – *depistáž*: orientációs diagnosztikai módszer, a kivizsgálást igénylők megkeresése
- depresszió* – *depresia*: búskomorság, szomorú lelki állapot fáradékonysággal kísérve
- depriváció* – *deprivácia*: hiányvesztés, elégtelenség
- domináns* – *dominantný*: meghatározó, uralkodó
- determináció* – *determinácia*: a jelenség lényeges jegyeinek meghatározása, jellemzése
- deficites* – *deficit*: normától eltérő, még nem kóros eltérés
- deformitás* – *deformity*: szomatikus, testi eltérés
- deviáns* – *deviácia*: eltérés, az általánostól eltérő viselkedés
- diszartria* – *dyzatria*: artikulációs nehézség
- diszfunkció* – *dysfunkcia*: a természetes szervi és működési fejlődés zavara
- diszgnózia* – *dysgnózia*: a megismerő funkciók zavara, észlelési zavar
- diszgráfia* – *dysgrafia*: specifikus tanulási zavar – az írás zavara
- diszortográfia* – *dysortografia*: specifikus tanulási zavar – a nyelvtani törvényszerűségek alkalmazásának képtelensége, helytelen használata
- diszlexia* – *dyslexia*: specifikus tanulási zavar – az olvasás zavara
- diszkalkulia* – *dyskalkulia*: specifikus tanulási zavar – a matematikai készségek zavara
- diszpraxia* – *dyspraxia*: a mozgáskoordináció zavara, tájékozódási zavar
- diszlália* – *dyslalia*: selypesség
- edukáció* – *edukácia*: nevelési, oktatási, műveltségi aktivitások összessége
- enuresis* – *enuresis nocturna et diurna*: éjszakai és nappali bevizelés

*elektív mutizmus* – *elektívny mutizmus*: önkéntes némaság bizonyos személyekkel szemben

*echolália* – *echolalia*: a hallott szöveg kényszeres visszamondása, az értelmezés hiánya  
*eretikus* – *eretický*: ingerlékeny, nyugtalan

*etiológia* – *etiologia*: a zavarok, betegségek oktana

*extroverzió* – *extroverzia*: nyitottság

*fluktuált* – *fluktuující*: hullámzó, nem állandó

*fóbia* – *fobia*: beteges félelem

*frusztráció* – *frustrácia*: az életszükséglet kielégítésének gátolása

*grafomotorika* – *grafomotorika*: az írás készségének műveletegyüttese

*hereditás* – *heredita*: öröklés

*hiperkinetikus* – *hyperkinetický*: túlmozgásos, önkéntelen mozgások

*hipokinetikus* – *hypokinetický*: lassú, mozgáshiányos

*juveniális* – *juvenilný*: serdülő, fiatal

*introverzió* – *introverzia*: zárkózottság

*kognitív* – *kognitívny*: megismerő, észlelő, értékelő

*kompenzáció* – *kompenzácia*: a csökkentett szervi vagy működési aktivitás pótlása, kiegyenlítése

*korekció* – *korekcia*: az akadályozott szerv, működés, viselkedés javítása

*labilitás* – *labilita*: érzékenység, kilengő, bizonytalan

*mentális kor* – *mentálny vek*: fejlődési kor

*multifaktoriális* – *multifaktoriálny*: többtényezős

*negativizmus* – *negativizmus*: elutasítás, dacolás

*neurózis* – *neuróza*: idegrendszeri működési zavar (alkalmazkodási nehézségek)

*obszesszív* – *obsedantný*: kényszeres, megszállott

*organikus* – *organický*: szervi

*pavor nocturnus* – holdkóros

*percepció* – *percepčia*: az ingerek feldolgozását követően az érzéki leképezés kialakítása

*perszeveráció* – *perseverácia*: kényszeres állandó képzet

*piknikus* – *piknický*: kövér, kövérségre hajlamos

*praematuritas* – éretlenség, koraszülött

- percepció – percepcia (vnímanie):* észlelés
- prevenció – prevencia:* megelőzés, megelőző intézkedés
- prognózis – prognóza:* előrejelzés, jóslás
- pszeudo– pseudo (nepravá):* ál, hamis
- pszichomotoros – psychomotorika:* összmozgás, reakcióképesség
- reedukáció – reedukácia:* átnevelés, más pedagógiai eszközökkel fejlesztés
- regresszió – regresia:* hanyatlás
- rehabilitáció – rehabilitácia:* fizikai képességek helyreállítása
- reszocializáció – resocializácia:* rendellenes magatartású személy visszaillesztése
- reedukáció – reedukácia:* speciális pedagógiai fejlesztés
- retardáció – retardácia:* a fejlődés lassulása, akadályozottság
- rotacizmus – raccsolás*
- szekundér – sekundárny:* másodlagos
- szémantika – semantika:* szóértelmezés
- szenzomotorikus – senzomotorika:* az érzékszervek és a mozgás közös részvétele a készségek, képességek működésében
- igmatizmus – pöszeség:* gyermekkori selypesség
- szomatotípus – somatotyp:* az ember testi jellemzője
- spazmus – görcs, görcsölés*
- sztereotípiák – stereotypie:* beteges cselekvés, szóismétlés
- stressz – stres:* lelki teher
- szubmisszív - submisívny:* megadó, befolyásolható, behódoló
- tenzió – tenzia:* belső feszültség
- tik – tik:* kényszeres mozgásos ismétlés
- variabilitás – variabilita:* változékonyság
- veszélyeztetettség – ohrozenie:* hosszútávú, negatív tényezők (fizikai, biológiai, vegyi, lelki vagy szociális) hatása
- vizuomotoros koordináció – vizuomotorická koordinácia:* a látás-mozgás együttműködése
- vizuális – vizuálna percepcia:* látásészlelés



Univerzita J. Selyeho  
Pedagogická fakulta  
Bratislavská cesta 3322  
SK-945 01 Komárno  
www.selyeuni.sk

**Strédl Terézia**  
**Inkluzív pedagogia**

Sorozat: Monographiae Comaromienses 14.

Felelős szerkesztő: Liszka József

Olvasószerkesztő: Keserű József

Első kiadás

Borító és nyomdai előkészítés: Szabolcs Liszka – Cool Design, Komárno

Terjedelem: 8 szerzői ív

Nyomta: Tribun EU s.r.o., Brno

Példányszám: 200

Kiadta: Selye János Egyetem, Komárom, 2013

**Strédl Terézia**  
**Inkluzívna pedagogika**

Edícia: Monographiae Comaromienses 14.

Zodpovedný redaktor: József Liszka

Jazyková úprava: József Keserű

Prvé vydanie

Obal a tlačiarenská príprava: Szabolcs Liszka – Cool Design, Komárno

Rozsah: 8 AH

Tlač: Tribun EU s.r.o., Brno

Počet výtlačkov: 200

Vydal: Univerzita J. Selyeho, Komárno, 2013

**ISBN 978-80-8122-089-0**