

# Tartalomjegyzék

<b>Bevezető.....</b>	<b>0</b>
<b>1. A protokoll fogalma, célja, jelentősége, szerepe, alkalmazása.....</b>	<b>0</b>
1.1 A szűken értelmezett protokoll leírásának célja .....	0
1.2 A protokoll jelentősége.....	0
1.3 A protokoll szerepe .....	0
1.4 A protokoll alkalmazása .....	0
<b>2. A gyógypedagógiai–pszichológiai–orvosi szakértői vizsgálat célja .....</b>	<b>0</b>
<b>3. A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység fogalma és alapkövetelményei .....</b>	<b>0</b>
3.1 A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai komplex tevékenység fogalma .....	0
3.2 Kompetenciák.....	0
3.2.1 A gyógypedagógusi kompetencia.....	0
3.2.2 A pszichológusi kompetencia.....	0
3.2.3 Az orvosi kompetencia .....	0
3.3 A vizsgálatok irányultsága.....	0
3.3.1 Életciklusok.....	0
3.3.2 Idői dimenzió .....	0
3.4 A teljesítmény és a pszichikus funkciók kapcsolata.....	0
3.5 A vizsgálat megtervezése .....	0
3.6 A vizsgálatok körülményei, légköre és a vizsgálatvezető attitűdje.....	0
<b>4. A vizsgálat eszközrendszere – módszertani komplexitás .....</b>	<b>0</b>
4.1 A gyógypedagógia pszichodiagnosztikai módszerei .....	0
4.1.1 A kikérdezés.....	0
4.1.2 A megfigyelés .....	0
4.1.3 A próba/tesztmódszerek .....	0
4.2 A módszerek alkalmazásának általános követelményei.....	0
4.3 A módszerek kiválasztásának szempontjai.....	0
4.4 A vizsgálati minimum és a kiegészítő vizsgálatok .....	0
<b>5. A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat részterületei .....</b>	<b>0</b>
5.1 Panaszfeltárás (kérdés, kérés) .....	0
5.2 Jelen állapot .....	0
5.3 Anamnézis .....	0
5.4 A pszichés funkciók és képességek vizsgálata.....	0
5.4.1 Az átfogó mentális képesség (intelligencia) vizsgálata.....	0
5.4.2 A figyelem vizsgálata .....	0
5.4.3 Az észlelés vizsgálata .....	0

5.4.4 A tanulás és az emlékezet vizsgálata .....	0
5.4.5 A motoros jártasság vizsgálata .....	0
5.4.6 A beszéd és a nyelvi fejlettség vizsgálata.....	0
5.4.7 A viselkedés (magatartás) vizsgálata.....	0
5.4.8 A tanulási motiváció vizsgálata .....	0
5.5 Az alapvető iskolai teljesítmények vizsgálata .....	0
5.5.1 Az olvasás vizsgálata .....	0
5.5.2 Az írás, helyesírás vizsgálata .....	0
5.5.3 A számolási készség vizsgálata .....	0
5.5.4 Az általános tájékozottság vizsgálata.....	0
5.6 Pedagógiai vizsgálat korai életkorban, illetve az értelmi képességek alacsony szintjén .....	0
5.6.1 Korai diagnosztika.....	0
5.6.2 Súlyos fogyatékos, halmozott fogyatékos a részvétel súlyos akadályozottságával.....	0
<b>6. A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység feladatai értelmi fogyatékos, autizmus, illetve a megismerés és viselkedés tartós és súlyos rendellenességei eseteiben.....</b>	<b>0</b>
6.1 Az értelmi fogyatékos megállapítására irányuló gyógypedagógiai diagnosztikus tevékenység.....	0
6.1.1 Meghatározás .....	0
6.1.2 Oki háttér, etiológia .....	0
6.1.3 Társuló zavarok/megbetegedések.....	0
6.1.4 Az értelmi fogyatékos diagnózisának megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok .....	0
6.1.5 Irodalom.....	0
6.2 Az autizmuspektrum-zavar.....	0
6.2.1 Meghatározás (orvosi).....	0
6.2.2 Meghatározás (pedagógiai szempontú).....	0
6.2.3 Vizsgálati minimum életciklusonként. Alap- és a kiegészítő vizsgálatok. Kontrollvizsgálat.....	0
6.3 A megismerőfunkciók és a viselkedés tartós és súlyos rendellenességeinek megállapítására irányuló pszichodiagnosztikus tevékenység.....	0
6.3.1 A motoros jártasság zavarainak megállapítása (a diszpraxia).....	0
6.3.2 A figyelem és cselekvésszervezés zavara .....	0
6.4 Tanulási zavarok .....	0
6.4.1 Diszlexia.....	0
6.4.2 Diszgráfia .....	0
6.4.3 Diszkalkulia.....	0
6.4.4 Szelektív mutizmus .....	0
6.5 A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatok összesítő folyamatábrája .....	0

<b>7. A vizsgálati vélemény kialakítása</b> .....	0
7.1 A komplex (gyógypedagógiai–pszichológiai–orvosi) szakértői vélemény kialakításának általános szempontjai .....	0
7.1.1 A szakértői vélemény a jogszabályok szempontjából .....	0
7.1.2 A szakértői véleménykialakítás feltételei .....	0
7.1.3 A szakértői vélemény kialakításának menete .....	0
7.1.4 A tennivalók megállapítása (javaslattétel) .....	0
7.1.5 Megbeszélés a szülővel .....	0
7.1.6 A gyermek, a szülő és a szakember részére történő tanácsadás.....	0
7.1.7 Irodalom .....	0
7.2 A szakértői vélemény megírása .....	0
7.2.1 A komplex szakértői vélemény tartalmára vonatkozó további szempontok .....	0
7.2.2 A szakértői vélemény etikai és formai követelményei.....	0
7.2.3 Irodalom .....	0
<b>Mellékletek</b> .....	0
<b>Felhasznált és ajánlott irodalom</b> .....	0



## Bevezetés

A hátrányos helyzetű tanulók esélyegyenlőségének biztosítása az oktatási rendszerben című HEFOP 2004 2.1.1 B2 számú projekt 5/3. altémájaként, a sulíNova Közoktatásfejlesztési és Továbbképzési Közhasznú Társaság megbízásából került sor a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságokban (TKVSZRB) folyó szakértői vizsgálati munka protokolljának leírására. A sajátos nevelési igényű gyermekek és tanulók képzési bemenetének feltételrendszerében, a fejlődés mérföldköves nyomon követésében a szakértői és rehabilitációs bizottságok szerepe kiemelt jelentőségű. Ezért fontos, hogy a szakértői vizsgálatok menete, a vizsgálati eljárás, a kiadott szakértői vélemény tartalma országosan minél egységesebb legyen, koherenciát mutasson.

A protokollkészítés több szempontból is időszerűvé vált.

A korábbi és az utóbbi években a sajátos nevelési igényű gyermekeket érintő átfogó vizsgálatok, mint például az „Utolsó padból program”<sup>1</sup> vagy a szakértői bizottságok által beküldött éves statisztikai jelentések megyénként jelentős eltéréseket mutattak (Nagyné dr. Réz Ilona 1998, Illyés–Torda, 2001) a sajátos nevelési igényű gyermekek előfordulását illetően. A nagyfokú szóródás okait elemezve a térségi sajátosságokon, a vizsgált populáció összetételének sokféleségén és számos más szemponton túl nem volt figyelmen kívül hagyható a szakértői bizottsági megítélés nem egységes volta, a diagnosztikus munka során használt módszerek standardnélkülisége vagy elavult standardjainak kérdésköre sem.

Az utolsó átfogó jellegű útmutató, amely nem protokollként készült, de irányadóként szolgált a szakértői bizottságok jogelődje, az állandó áthelyezési bizottságok tevékenységében, 1978-ban jelent meg, és napjainkig is hasznos támpontot nyújt a gyógypedagógiai diagnosztikus munkához. Erre az útmutatóra támaszkodva, a tartalmát részben szűkítve, részben bővítve és megújítva, a projekt célkitűzéséhez igazodva készült el az olvasó által kézben tartott protokoll.

Tartalmát tekintve a kötet 7 fejezetre tagolódik, és magában foglalja a szakértői bizottsági munka során végzett gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai tevékenység fogalmát, alapkövetelményeit, a vizsgálatok eszközrendszerével kapcsolatos elvárásokat, a komplex gyógypedagógiai vizsgálat részterületeit, a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység azon feladatait, amelyek a bizottságok illetékességi köréhez tartoznak. Így megtalálható a protokollban az értelmi fogyatékos, az autizmus, a megismerőfunkciók és a viselkedés tartós és súlyos rendellenességeinek vizsgálati, valamint a véleménykialakítás és a szakértői vélemény megírásának követelményrendszere.<sup>2</sup>

A vizsgálati eljárások tekintetében az anyag tükrözi a hazai gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai módszerek eklektikusságát. Tartalmaz régi és új standardokon alapuló vizsgálati módszereket és olyanokat is, amelyek nem rendelkeznek standardokkal, de a gyógypedagógiai diagnosztikus gyakorlatban kisebb speciális mintákon kipróbált eljárások. Folyamatosan kellett szembesülni a szerzőknek azzal a ténnyel is, hogy a korszerű vizsgálati modellekhez kapcsolható próbamódszerek területén hiátusok tapasztalhatók, amelyek fokozatos felszámolása sürgető feladat.

A protokoll elkészítésében az ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai Szolgáltató Intézmény Gyakorló Országos Szakértői és Rehabilitációs munkatársi csoportja vett részt. Külön felkérésre az Autizmus című részt Vámos Éva a Gőbel János György Fejér Megyei Gyógypedagógiai Központ és Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság igazgatója készítette el.

<sup>1</sup> Utolsó Padból Program. Kutatási összefoglaló, 2004.

Az OM megbízásából 2002-ben induló országos felméréssel egybekötött, a nem fogyatékos gyermekek fogyatékos-sá minősítésének megakadályozásához kapcsolódó felülvizsgáló program.

<http://www.okm.gov.hu/letolt/users/matiscsaka/2004/03/utolsopadbol2.ppt>

<sup>2</sup> A szakirodalomban való pontos tájékozódást oly módon igyekeztük megkönnyíteni, hogy jegyzékét mind az egyes témakörökhöz kapcsolva, mind pedig a protokoll végén, összesítve is szerepeltetjük. (A szerk.)

A szerzők reménye, hogy az elkészült protokoll célkitűzésének megfelelően megalapozza az egységes rendszerben történő diagnosztikus gondolkodást, és egyúttal a változásokhoz alkalmazkodó dinamikus megújulás lehetőségét is, ezáltal hasznos eszköze lesz a bizottságokban folyó gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus munkának.

*A protokoll jelenlegi változata csak egy kezdeti irányadó, rendszerszemléletet nyújtó szakmai gyűjtemény, amely alapot képez a jövőbeni folyamatos és dinamikus bővítéshez, az újonnan megjelenő standardizált és jogtisztá mérőeljárások beillesztéséhez, használatához.*

Nagyné dr. Réz Ilona

## 1. A protokoll fogalma, célja, jelentősége, szerepe, alkalmazása

*Tágabb értelemben* a protokoll a szakértői bizottságban folyó pedagógiai szolgáltatási munka szakmai előírása, a jogszabályokban megfogalmazott feladatok ellátását biztosító tevékenységek „rutin” szabályozó rendszere.

Szakmai szempontból szűkítve a szolgáltatást a szakértői bizottsági „szolgáltatás” lényegét a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység jelenti.

*Szűkebb értelemben* a protokoll a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságban<sup>3</sup> folyó gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai munka során alkalmazott szakmai eljárások, folyamatlépések, módszerek gyűjteménye.

### 1.1 A SZŰKEN ÉRTELMEZETT PROTOKOLL LEÍRÁSÁNAK CÉLJA

- A tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságban folyó gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység alapkövetelményeinek körülhatárolása és megfogalmazása
- A fogyatékos és/vagy a megismerőfunkciók vagy a viselkedés tartós és súlyos fejlődési rendellenességével küzdő gyermekek/tanulók lehetőségeihez mértén széleskörű (komplex) és egységes szempontú megismerése/megítélése a különleges gondoskodás (gyógypedagógiai ellátás) tennivalóinak (fő irányvonalainak) meghatározása érdekében (lehetővé téve a jogszabályok szerint előírt többlet kedvezmények elnyerését számukra)

### 1.2 A PROTOKOLL JELENTŐSÉGE

- Segíti a módszerek hozzárendelését egy-egy problémához.
- Szabványosítja a diagnosztikus gondolkodás általános menetét, ezáltal jobban követhető, ellenőrizhető a vélemény kialakításának folyamata.
- Segítséget nyújt a terápiás, fejlesztő célok kijelölésében.

### 1.3 A PROTOKOLL SZEREPE

A protokoll a minőségbiztosítás szempontjából:

- elindítja a minőségbiztosítás körfolyamatát;
- megalapozza a minőségellenőrzést, jelzi a hibát, és beindítja korrigáló mechanizmusokat;
- a minimum standardokat továbbfejleszti.

A pszichodiagnosztikus folyamat szempontjából szervező, rendszerező, modelláló és segítő szerepe van.

A szakemberek szempontjából kiemelendő etikai normaadó szerepe.

### 1.4 A PROTOKOLL ALKALMAZÁSA

A protokollnak sok tekintetben „szigorúbbnak” kell lennie a tankönyveknél, hiszen olyan javaslatokat tartalmaz, amelyekről az eltérést a szakembereknek indokolni kell. Másrészt nem lehet túlságosan merev sem, hiszen a fentiekén túl az egyéni különbségek és akár az intraindividuális változások is igen nagymérvűek lehetnek: a fogyatékoságok/zavarok esetében sem ritka a tünetváltás, így a diagnózisok szükséges és indokolt megváltozása. Újabban pedig min-

<sup>3</sup> A segédlet nem általában a szakértői bizottságok, hanem kizárólag a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok diagnosztikus protokolljával foglalkozik.

dinkább előtérbe került a fogyatékoságok/zavarok igen gyakori, de korábban kevés figyelmet kapott halmozódása (tehát az a tény, hogy egyazon személynél egyidejűleg több zavar lehet jelen).

A protokoll szerves részét képezik a szervezeti kérdések. Ez a különleges gondoskodás területén kiemelkedő jelentőséggel bír, hiszen itt kizárólag egy megfelelően sokrétű, a szociális hálóval és a civil szervezetekkel fogaskerékszerűen illeszkedő ellátási rendszer képes optimális pedagógiai, rehabilitációs hatást kifejteni. Mivel a minőségirányítási és biztosítási kézikönyv (az ún. „Kapcsos könyv”) korábbi részeiben a szervezeti kérdéseket külön tárgyalja, ezért ezen fejezetben kizárólag a gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai protokoll jelenik meg.

A fogyatékoságok, a megismerőfunkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességei esetén az érintettek többségének ellátása a nevelés-oktatás intézményrendszerében különleges gondoskodás (gyógypedagógiai szakellátás) kereteiben történik. Ennek mikéntjéről, megvalósulásának formáiról, lehetőségéről a szülők, a családok, a különleges ellátásban nem érintett nevelési oktatási intézmények és azok szakemberei kevésbé tájékozottak. Elkerülhetetlen, hogy a sajátos nevelést igénylők megismerése témakörben a mainál sokkal nagyobb mértékben bővüljenek az általános ismeretek, elősegítve ezzel a megfelelő időben történő felismerésnek és a kezelés megkezdésének (azaz a másodlagos prevenció) érvényre jutását. Mindezeket túl az is igen nagy jelentőségű volna, ha a különleges gondozásban érintettek kapcsolatrendszere, együttműködése javulna (harmadlagos prevenció).

Egy jól körülhatárolt protokolláris rendszer közvetetten elősegíti a tájékoztatási munka javulását is.

A protokoll két részből, egy általános bevezetőből és a részletesebb, egy-egy sérülésspecifikus, feladatellátási célhoz kapcsolt szabályrendszer leírásából áll.

Az általános rész foglalja össze a komplex vizsgálóeljárás általános menetét.

A gyorsan fejlődő, változó világ igényeinek megfelelően az első változat megjelenésekor már látható, hogy a módszerek terén is gyors és jelentős további változások várhatók már a közeljövőben. Például 2007-ben új, átfogó intelligenciavizsgálat alkalmazása kerül bevezetésre. Az egyéb diagnosztikus és mérőeszközök bevezetése pedig folyamatos. A protokoll dinamikus fejlődésének fenntartáshoz szükséges, hogy a szakmai irányelvek, modellek, konszenzusok, diagnosztikus és terápiás útmutatók érvénye időben korlátozott legyen.

*Kiemelten fontos a protokoll meghatározott időintervallumonként történő felújítása, folyamatos bővítése és továbbfejlesztése.*

## Korlátok

Az egységes megismerés/megítélés és az ehhez kapcsolódó protokollkészítés számos korlátba ütközhet.

Az emberi viselkedés (közte a fogyatékos vagy különböző zavarokkal küzdő személyeké is) az élővilágban a legbonyolultabb rendszer, illetve folyamat. Az emberi viselkedés „mindenható” elmélete még ez idáig nem született meg. A fogyatékos, illetve a megismerőfunkciók vagy a viselkedés fejlődésének rendellenességével küzdő gyermekek/tanulók vizsgálata, a nevelési igények leírása ugyanilyen bonyolult feladat, amely alapos, sokoldalú megközelítést igényel. Az alaposság időigényes. Mindig szem előtt kell tartani azt, hogy minél alaposabb a megismerés, annál célirányosabb lehet a fejlesztő munka.

*A tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságban korlátozott idő áll a pszichodiagnosztikus munka elvégzésére. Az időt és az alaposságot összhangba kell hozni.*

Az ember karakterét az egyéni sajátosságok megszámlálhatatlan sokszínűsége jellemzi. A protokoll egy-egy átlagolt (absztrahált) tulajdonsághalmazhoz illeszkedő eszköztármodell, amelynek megfelelő egyén (gyermek/tanuló) a valóságban lehet, hogy nem is létezik. A protokoll iránymutatásait minden esetben a vizsgált személyre, gyermekre/tanulóra szükséges transzferálni.



A gyermeki megismerés dinamikus folyamat. Megismerni, fejleszteni, újra megismerni és továbbfejleszteni szakadatlan ellentmondások harcában jön létre<sup>4</sup>. A szakértői bizottsági diagnosztikus munka során egy-egy adott szituációban történik a vizsgált személy képességeinek feltárása. Ugyanakkor a fejlődés folyamatába látó szemlélet mindenkor adott.

*Fontos mindig látni azt, hogy a vizsgált személy honnan jött, merre tart, mit akarunk, merre tartson.*

*A protokoll tehát akkor segítheti eredményesen a szakértői bizottsági vizsgáló munkát, ha a felhasználók jól ismerik a szűkítések hatásait, megpróbálják a lehetőségekhez mérten minimalizálni azokat, de legfőképpen megtanulnak szabadon élni a rendelkezésre álló eszközökkel a meglévő keretek között.*

---

<sup>4</sup> Bakonyi László: Megismerni, fejleszteni, újra megismerni és továbbfejleszteni. In: Kósáné Ormai Vera – Porolábné dr. Balogh Katalin – Zánkay András: *Neveléslélektan. Szöveggyűjtemény*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1978. 829–839. o.

## 2. A gyógypedagógiai–pszichológiai–orvosi szakértői vizsgálat célja

A gyógypedagógiai–pszichológiai–orvosi szakértői vizsgálat a fogyatékos gyermek/felnőtt megismerésére irányuló tevékenység, amelynek során a fogyatékoság/zavar megállapítása történik. Ilyen értelemben beszélhetünk *populációspecifikus célról*.

A fogyatékoság/zavar körülhatárolása maga után vonja a megismert személy gyógypedagógiai intézményes megsegítési lehetőségének megállapítását is, azaz ilyen értelemben jelentkezik az ún. *iskoláztatási cél*.

A különleges gondozás megállapítása egyúttal a *gyógypedagógiai fejlesztő/terápiás beavatkozás meghatározását célzó* terápiás tevékenységre vonatkozó javaslatok kialakítását is jelenti, amelynek keretében az ellátás módjának, helyének, formájának, a kapcsolódó pedagógiai szakszolgáltatás mibenlétének meghatározása történik.

## 3. A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység fogalma és alapkövetelményei

### 3.1 A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHODIAGNOSZTIKAI KOMPLEX TEVÉKENYSÉG FOGALMA

A szakértői bizottsági vizsgáló tevékenység *elméleti alapját* a komplex gyógypedagógiai pszichológiai modell (Gereben, 2004) írja le:

„A komplex gyógypedagógiai pszichológiai modell abban fejeződik ki, hogy a teljesítmények, a képességek és funkciók, valamint az ezek működését meghatározó belső és külső feltételek figyelembevételével történik az adott probléma (fogyatékoság/zavar) teljes körű feltárása az itt következő, több szempontú megközelítés alapján:

- A pedagógiai szempontú megközelítés
  - a gyermek/tanuló, fiatal óvodai iskolai teljesítményeit, tudásszintjét, taníthatóságát, tantárgyi teljesítményeit, óvodai, iskolai, intézményes nevelésének, oktatásának feltételeit;
- a pszichológiai szempontú megközelítés
  - értelmességét, intelligenciáját, beszéd-, mozgás-, rajzképességét, egyéb kognitív funkcióit, magatartását, személyiségét, az életkorához viszonyított fejlettségi szintjét;
- a kóroki szempontú megközelítés
  - a probléma lehetséges biológiai és környezeti feltételeit, ezek kapcsolatát, a vizsgált személy egészségi állapotát, korának megfelelő testi-fizikai fejlettségét;
- a szociális megközelítés
  - az életmódot, a fejlődés feltételeit, az életkörülményeket, a személyi kapcsolatokat, a környezetre és a gyermek (fiatal vagy felnőtt) saját személyére gyakorolt hatását veszi figyelembe.

*A komplex pszichológiai modell az egyént nem betegnek, hanem a környezetével aktív kapcsolatban álló személynek tekinti, aki ha bizonyos kórformák (hallás-, látás-, mozgás-, beszéd-sérülés, központi idegrendszeri ártalom) hordozója is, képes a változtatásra és környezetének alakítására.*

A gyógypedagógiai diagnosztika a gyógypedagógia elméletéhez és gyakorlatához annak tudománnyá válása óta szorosan kapcsolódik, a szaktudományi ismeretek gyarapodásával az elmúlt évtizedekben a gyógypedagógia egyik önálló területévé vált.

A gyógypedagógiai diagnosztika azokra a kérdésekre keresi a választ, hogy:

- vajon mi az oka a gyermeki teljesítmények eltérésének, a fejlődés másságának;
- milyen sajátosságokat mutat a fogyatékosággal élő népesség;

- mit jelent a szellemi, szociális, emocionális és pszichikus fejlődés veszélyeztetettsége, a fogyatékoság okozta izoláció veszélye, a fejlődés-, teljesítmény-, a viselkedés zavarai;
- a fogyatékoság különböző formáit jellemző tünetek mögötti (biológiai, pszichológiai, pedagógiai) okokat hogyan lehet feltárni, továbbá ezek jellegét, mértékét, illetve összefüggéseit hogyan lehet megállapítani.

A megismerést megvalósító gyógypedagógiai diagnosztika is komplex vizsgálati modellel dolgozik.

A fogyatékoság/zavar feltárása többféle diagnosztikus eljárás segítségével történik: kikérdezés, megfigyelés, tesztvizsgálatok, fejlődési skálák, orvosi technikák stb.

A vélemény alakításában fontos szerepet kapnak a fejlesztési stratégiák, megoldási javaslatok, amelyek az élethelyzethez, az iskolaváltoztatás, a nevelési tanácsadás szemszögéből fogalmazódnak meg, és lehetővé teszik a fogyatékos/a megismerési funkciók és a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességével küzdő gyermekek, tanulók, fiatalok élethelyzetének módosítását, az akadályozottságból eredő hátrányok csökkentését, enyhítését, illetve azok megszüntetését.

„A gyógypedagógiai nevelés folyamatát a fogyatékos (sérült, fejlődésükben zavart) gyermekek, fiatalok, illetve nemegyszer a felnőttek esetében ugyanis a speciális szükségletek felismerése és diagnosztizálása indítja el.”<sup>5</sup>

A szakértői bizottsági munka szakmai teamje által háromféle vizsgálat biztosítja a fogyatékoságok és viselkedési zavarok; fejlődési (képességzavarok) megítélését. A vizsgálatban részt vevő szakértők szerepe egyenrangú. A véleménykialakítás a gyógypedagógus, a pszichológus és az orvos által feltárt adatok ütköztetéséből és szintetizálásából kialakított közös állásfoglalás.

## 3.2 KOMPETENCIÁK

### 3.2.1 A gyógypedagógusi kompetencia

A *gyógypedagógus kompetenciája* a fogyatékoság és a megismerőfunkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenessége (MFVFR) megállapítása során:

- A szakértői bizottság vezetése biztosítja a kapcsolattartást a különleges gondozást szervező, irányító, ellátó intézményekkel, szakemberekkel.
- Az anamnézis felvétele és ennek nevelési szempontú értelmezése
- Társuló fogyatékoságok felderítése
- A fejlesztési, nevelési-oktatási, terápiás esélyek megítélése
- Az esetleges gyermekvédelmi tennivalók jelzése
- Nevelési tanácsadás a szülőknek, tájékoztatás a fogyatékoság/a megismerőfunkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenessége esetén a prognózisról
- A gyógypedagógus/pedagógus vizsgálja a gyermek/tanuló/fiatal iskolai teljesítményeit és tudását;
- a taníthatóság, gyakorlékonyság mértékét;
- a segítségnyújtás típusát, felhasználásának mértékét.
- Vizsgálja a teljesítményt annak tükrében, hogy a gyermeket/tanulót/ifjút milyen iskolai pedagógiai kedvező/kedvezőtlen hatások érték.
- Vizsgálja a különleges gondozás szükségességét gyógypedagógiai vizsgálati eszközökkel (mozgás, rajz, beszéd, általános tájékozottság, szociális érettség stb.).
- Vizsgálja a kedvező fejlesztési/nevelési-oktatási/terápiás szintér, intézmény lehetőségét, majd kijelöli azt.
- Vizsgálja és megítéli a kompenzáció, korrekció, felzárkóztatás lehetőségeit.
- Részt vesz a végső vélemény megalkotásában, a szakértői vélemény megírásában, amelyet aláírással hitelesít.

<sup>5</sup> Gereben Ferencné dr.: Diagnosztika és gyógypedagógia. In: Gordosné Szabó Anna (szerk.): *Gyógyító Pedagógia. Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004. 87–105. o.

### 3.2.2 A pszichológusi kompetencia

*A pszichológus kompetenciája a fogyatékoság és a MFVFR megállapítása során:*

- A vizsgálat során gyűjtött adatok pszichológiai szempontú értelmezése
- A pszichológiai próbamódszerek alkalmazása
- A próbamódszerek minőségi értékelése
- A teljesítményprofilok értelmezése
- A teljesítmények mögött álló pszichés mechanizmusok megismerése
- A teszteredmények összehasonlítása: a különbségek és azonosságok értelmezése
- A pszichológus a gyermek/tanuló, fiatal megítélésekor arra törekszik, hogy optimális feltételek (kellő motiváció, bizalmi légkör, tárgyi körülmények) mellett derítse ki a teljesítménybeli maximumot és minimumot, valamint azt, hogy az aktuális teljesítmények hátterében milyen képességek, személyiségjegyek, illetve milyen teljesítményt befolyásoló egyéb körülmények állnak fenn.
- Részt vesz a végső vélemény megalkotásában, a szakértői vélemény megírásában, amelyet aláírással hitelesít.

*A pszichológus további illetékességei:*

- Javaslattétel pszichoterápiás kezelésre, családterápiára
- Kezdeményezze, segítse a pedagógus és a gyermek interakciójának optimális kialakítását.
- Nyújtson segítséget a gyermekkel, tanulóval kapcsolatban lévő pedagógusok számára az állapot pontos megértésében, a megfelelő attitűd kialakításában.
- A gyermek családi, iskolai szocializációs beilleszkedésének, partnerkapcsolatainak rendezéséhez pszichológiai alapokat adjon.

### 3.2.3 Az orvosi kompetencia

*Az orvos kompetenciája a fogyatékoság és az MFVFR megállapítása során:*

- A kóreredet megállapítása, a szomatikus és idegrendszeri állapot feltárása és jellemzése. Ennek érdekében az orvos
  - áttekinti a gyógypedagógus-pszichológus által felvett anamnézist és kiegészíti az orvosi szempontból szükséges (kóreredetre, a gyermek biológiai - környezeti fejlődési feltételeire utaló) információkkal;
  - tanulmányozza a korábban bekért/hozott orvosi vizsgálati dokumentumokat (pl. a gyermekkel kapcsolatos kórházi zárójelentéseket);
  - elvégzi az „alap” (a gyermek egészségi státuszával kapcsolatos) vizsgálatokat, illetve az „alap” neurológiai-pszichiátriai státusz leírásához szükséges vizsgálatot.
- Diagnózist állít fel, leírja az orvosi státuszt, véleményt, a BNO, DSM-IV szerint kódol.
- További vizsgálatot, szakvizsgálatot, esetleg további hosszantartó szakorvosi vizsgálatot javasol/kér:
  - Orvosi szempontú tanácsot ad, illetve orvosi terápiás eljárásokat javasol.
  - A hatáskörét meghaladó orvosi feladatok felmerülésekor javaslatot tesz megfelelő kiegészítő szakorvosi vizsgálatok elvégzésére.
  - A közvetlen hozzátartozóknak a gyermekkel kapcsolatos további teendőkről tájékoztatást nyújt.
  - Konzultál a gyógypedagógusokkal-pszichológusokkal a szakvélemény kialakításáról, az orvosi összefüggéseket megvilágítja.
  - Ellenőrzi a szakvéleménybe írt orvosi vonatkozásokat, és aláírással hitelesít.

### 3.3 A VIZSGÁLATOK IRÁNYULTSÁGA

A vizsgálatok irányultsága több szempont szerint csoportosítható.

#### 3.3.1 Életciklusok

Az életciklusok szempontjából a vizsgálatok az alábbiak szerint rendezhetők el:

1. táblázat A vizsgálatok elrendezése az életciklusok szempontjából

Irányultság	Legfontosabb jellemzők
Korai felismerés és gondozás	a) Relevanciája sérülésspecifikus, jellemzően 0–3 év között b) Az induló fejlesztés megalapozása, illetve a fejlődés nyomon követése c) Hangsúlyeltolódás a szülői szerep erősítése, előtérbe helyezése és a társszakmákkal való együttműködése irányába d) A diagnosztikus besorolás globálisabb megítélést jelent, a véleményalkotás és prognosztizálás terén fokozott óvatosság szükséges
Tanköteles kort megelőző, óvodáskorú gyermekek	a) Jellemzően 3–6 éves kor között b) Szociokulturális hátrányok és a (rész)képességproblémák szétválasztása, a terápia megalapozása a prevenció szemléletének jegyében c) Támpont a sérülésspecifikus terápia megtervezéséhez, az intézményes ellátás formájának és színterének kijelöléséhez, a szakemberek szerepének erősödése d) Differenciáltabb besorolás a (rész)képességproblémának megfelelően, a befolyásolás érdekében, a fejlesztésdiagnosztikai szempont előtérbe helyezésével
Tanköteles korba lépés (beiskolázás)	a) 6–8 éves kor között b) A beiskolázás és a terápia színterére és formájára vonatkozó javaslattevés c) Az iskolai beválás szempontjából lényeges képességek, készségek vizsgálata, az erősségek és gyengeségek feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal d) A beiskolázási életkori intervallum szigorítása mellett a javaslattevésben nagyobb rugalmasság (pl. nyújtott első osztály, logopédiai osztály)
A tankötelezettség teljesítésének szakasza	a) 6–18 év (SNI esetén + 2 év) b) A hosszú távú társadalmi beilleszkedés, beválás segítése, a reális pályaválasztás támogatása c) Az állapotváltozás nyomon követése, a beválást nehezítő /segítő jellemzők azonosítása, segítő stratégiák, megoldási javaslatok megfogalmazása az élethelyzet módosítására, a hátrányok enyhítésére d) A folyamatdiagnosztikai szempont előtérbe helyezése, illetve az újonnan jelentkező eseteknél az előzmények lehetőség szerinti feltárása

Jelmagyarázat: a: Időintervallum  
 b: Cél  
 c: Tartalom  
 d: Specifikum

### 3.3.2 Idői dimenzió

Az *idői dimenzió alapján* két fő típust különböztethetünk meg:

- a) Az aktuális állapot feltárására irányuló vizsgálat: célja az induló státusz meghatározása, emellett differenciáldiagnosztikai szempontokat is felvet.
- b) A fejlődést nyomon követő vizsgálat: a változás irányának és mértékének regisztrálása a kiindulási állapot relációjában, visszacsatolás a korábbi állapotmeghatározáshoz (a korábbi vélemény/javaslat módosításának lehetősége).

## 3.4 A TELJESÍTMÉNY ÉS A PSZICHIKUS FUNKCIÓK KAPCSOLATA

Az emberi viselkedés (az azt mozgató tanulási képességrendszer) *teljesítményeken* keresztül tárható fel. Egy gyermek/tanuló teljesítménye bonyolult, összetett, sokdimenziós változó, mint maga a személyiség. Az összetettség nemcsak a végeredményre vonatkozik, hanem a kialakulását meghatározó tényezőkre is.

*A tanulói teljesítményt befolyásoló tényezők*

Az 1. ábra a teljesség igénye nélkül vázlatos képet mutat – az iskoláskori években – a teljesítményt meghatározó tényezőkről.

Az ábra azonban számos – a látottakon kívüli – fontos tényezőt nem tud megmutatni. A tanulókat illetően például azt, hogy a korábbi tapasztalatok, tanulási képességek, tanulási szokások, módszerek és stratégiák, siker- és kudarcélmények, a pszichés állapotok, az erkölcsi és akarati tényezők, a tanulási fegyelem hogyan befolyásolják a teljesítményt. A tanárt illetően pedig, annak aktuális pszichés, mentálhigiénés állapotát, a pedagógiai műveltség gyarapításának igényét, a tanár nevelési stílusát és még sok egyéb befolyásoló tényezőt nem ábrázol.

A pedagógiai tényezők közül adós marad a tanítási stratégiák, az oktatási tevékenységek minőségének bemutatásával, ezen belül az értékelő eljárások milyenségével, az iskolai szervezeti tényezőkkel. De befolyásolhatják a tanulói teljesítményt az iskolai hagyományok, szociális és emocionális feltételek vagy az oktatás gazdasági feltételei is.

A társadalmi tényezők közül hiányzik az ábrából a szülőknek az iskolához való viszonya, a család ösztönző és segítő hatása a tanulásban, az iskolán kívüli tevékenységek hatása, a szülő-gyermek szociális kontaktusa, a szülő igény szintje, teljesítményelvárása, szankcionáló magatartása, az osztály összetétele, az egyes tanulók osztályon belül elfoglalt helyzete.

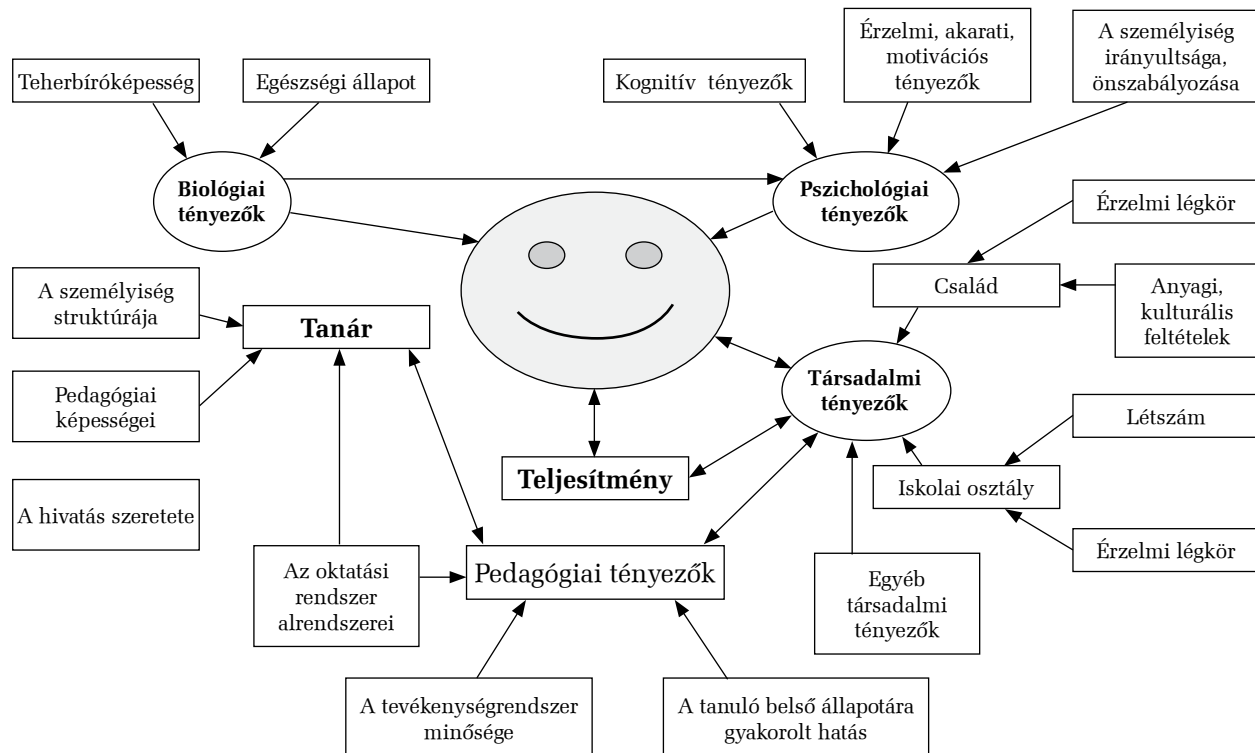
A felsoroltak is még számos további tényezőt rejtenek magukban. Kibontásukra azonban egy aktuális hiányállapot részletes feltárásakor van értelme, akkor, ha a már begyűjtött tények nem elegendők a teljesítmény mögött húzódó okok megállapítására.

A befolyásoló tényezők lehetnek kedvezők vagy kedvezőtlenek. A teljesítmény pedig folyamatos változásban van, változékonysága az összetettségével magyarázható.

Egy tartósabb időszakot átívelően vizsgálva a tanuló teljesítményét, következtethetünk a gyermek/tanuló fejlődési vonulatára, előmenetelére.

Az 1. ábra a teljesítmény oldaláról közelítve is megmutatja, hogy mi magyarázza a vizsgálatok komplexitásának követelményét.

## 1. ábra A tanulói teljesítményt befolyásoló tényezők



Lappints, 2002. (Kulcsár, 1982. nyomán)

A megismeréssel foglalkozó szakembereknek jól kell látniuk a véleményalkotó munka során, hogy milyen kapcsolatban van a vizsgálat során nyújtott teljesítmény a pszichológiai folyamatokkal. Illyés Sándor világosan mutatott rá a lényegi összefüggésekre tanulmányában<sup>6</sup>, amelyből fontos felidézni a következőket:

A gyermekre/tanulóra/fiatalra jellemző általános teljesítményszintről, valamint a vizsgálati helyzetben nyújtott teljesítményéről véleményt kell alkotni, és meg kell állapítani, hogy milyen viszonyban vannak az életben, otthon és az intézményes nevelés színterein nyújtott teljesítményekkel.

A viselkedés, teljesítmény leírása tudatosan vagy önkéntelenül a vizsgáló tapasztalatainak függvényében elvárásokhoz (normákhoz) való viszonyítással történik.

A fogyatékossgát okozó károsodások több teljesítményben is megmutatkoznak. A teljesítményelváltozások között tipikus együttjárások figyelhetők meg, jellegzetesen alakul a teljesítménystruktúra, amelyet a vizsgálónak tapasztalati úton is meg kell ismernie.

A rendellenes teljesítmények nemcsak ép teljesítményekkel, hanem egyes esetekben a fejlettségi szintet meghaladó kiugró teljesítményekkel is együtt járhatnak.

Az aktuális viselkedésben megnyilvánuló folyamatok közül kiemelten fontos a gyermek/tanuló motivációja, figyelmi szintje, érdeklődése, pszichikus munkabírása, ismeretei, készségei, szokásai és nem utolsósorban képességei.

Akarmelyik elváltozása rendellenes teljesítményt hozhat. Ha a vizsgálatvezető optimális szinten tartja a feladathelyzetet, akkor a teljesítményekből vissza lehet következtetni az ismeretekre és a képességekre.

A teljesítmények vizsgálatakor négy tényező kölcsönhatásait, együttjárásait kell elemezni: a korábbi nevelő hatásokét, az ismeretek és képességek szintjét, továbbá az életkori fejlettséget.

<sup>6</sup> Illyés Sándor: A teljesítmény és pszichológiai folyamatok kapcsolata. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Az áthelyezési vizsgálat I.* Oktatási Minisztérium. Budapest, 1978. 46–52. o.

### 3.5 A VIZSGÁLAT MEGTERVEZÉSE

A vizsgálat lefolytatására fel kell készülni. Ez azt jelenti, hogy a vizsgálatvezetőnek a vizsgálat megkezdése előtt már rendelkeznie kell olyan ismeretekkel, amelyek alapján tervezni, előkészülni tud. Forrásául szolgálhat egy olyan szülői felkérés, amelyben jól körvonalazódik a gyermekkel kapcsolatos problémakör, vagy egy olyan pedagógiai jellemzés, amelyben pregnánsan megfogalmazódik a gyermek tanulási, viselkedési, fejlődési problémája. Ezeknek az előzetes dokumentumoknak az alapos és célirányos elemzése, a gyermek életkorának ismerete már lényegi támpontokat nyújthat a vizsgálatot megalapozó gyógypedagógiai-pszichológiai szempontú kérdésfeltevésre. Például tanulási nehézséggel összefüggő panasz esetén fennállhat-e, és ha igen, milyen mértékben az MFVFR? Ehhez azonban ismerni kell a tanulást megalapozó pszichés funkciók hatásmechanizmusát, illetve patológiás szerveződés esetén a megváltozott hatásmechanizmust, majd azután a komplex gyógypedagógiai vizsgálatban alkalmazott adekvát diagnosztikus eszközrendszer segítségével, statisztikailag valószínűsített mutatók alapján nyílik lehetőség a megfogalmazott gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi diagnózis felállítására, azaz a gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi szempontú kérdés megválaszolására, az MFVFR megerősítésére vagy elvetésére.

A Mellékletek 1. ábráján a tanulást megalapozó pszichés funkciók hatásmechanizmusának modellje látható.

Kézenfekvő, hogy a vizsgálat megtervezéséhez nélkülözhetetlen a naprakész, jól mozgósítható szaktudás, valamint a vizsgálatához szükséges eszköztár mindenkor hozzáférhetőségének biztosítása is.

### 3.6 A VIZSGÁLATOK KÖRÜLMÉNYEI, LÉGKÖRE ÉS A VIZSGÁLATVEZETŐ ATTITÚDJE

A fogyatékoságok, rendellenességek megállapítását jelentősen befolyásolják a vizsgálat külső tárgyi körülményei és a vizsgálatot vezető által teremtett légkör. A kedvező körülmények a gyermek teljesítményeit is optimalizálhatják.

A kedvező légkör megteremtésének nélkülözhetetlen feltételei a következő tényezők:

- A vizsgálatra érkezőket fogadni kell.
- Megkülönböztetett figyelemmel, törődéssel kell a vizsgálaton részt vevőket kezelni.
- Nyugalmat és csendet szükséges biztosítani, törekedni kell a váratlan zavaró tényezők kiiktatására.
- A várakozási időt a minimálisra szükséges csökkenteni.
- A váróhelyiség legyen barátságos, szolgálja mind a gyermek, mind a felnőtt kényelmét.
- A váróhelyiség a fentiekén kívül képek, tablók, plakátok, hirdetőablak segítségével nyújtson tájékoztató információkat a szülők számára.
- A várakozó gyermekek számára játszótérpet, eszközöket is szükséges biztosítani.
- A vizsgálatok lefolytatása során a feszültségoldó, „bizalmi légkör” kialakítása alapvető feltétel.
- A szülőkhöz és a gyermekekhez segítő partnerként szükséges mindvégig viszonyulni. Fontos az őszinteség, az objektivitás, a tények érthető feltárása, a problémák megértő közlése és mindenkor a segítő szándék kinyilvánítása. (Lányiné, 1978).



## 4. A vizsgálat eszköztrendszere – módszertani komplexitás

### 4.1 A GYÓGYPEDAGÓGIA PSZICHODIAGNOSZTIKAI MÓDSZEREI

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika a pszichológiához és a pedagógiához hasonlóan fő módszertani eszközként a kikérdezést, a megfigyelést és a tesztmódszereket alkalmazza, legtöbbször kombinált formában.

#### 4.1.1 A kikérdezés

A kikérdezés verbális úton történő adatgyűjtés. Formája a beszélgetés, amely írásbeli rögzítésre, esetleg – a szülő beleegyezésével – hangrögzítésre kerül. Leggyakrabban a klinikai kikérdezés módszere a célravezető, amelynek lényege, hogy előre kidolgozott, tematikus egységekbe szervezett szempontrendszer (és előfeltevések) alapján, de rugalmasan kérdez a vizsgáló, és a kérdésekre adott válaszok figyelembevételével alakul a további kérdezés. A kikérdezés másik alkalmazott módszere a kérdőíves módszer, amely inkább egy-egy körülírt zavar tüneti feltérképezését segítheti, és mint kiegészítő módszer alkalmazható a megfigyelés, illetve a tesztmódszerek kiegészítéseképpen.

A szakértői vizsgálati során alkalmazott kikérdezési módszerek fő típusai:

- Panaszfeltárás
- A jelen állapot
- Anamnézis (heteroanamnézis)

A kikérdezés módszerének általános követelményei az alábbiakban összegezhetők:

- a) Lehetőség szerint a legközelebbi hozzátartozót kérdezzük ki elsőként. Ezen túlmenően célszerű a gyermeket jól ismerő, a gyermekkel más kapcsolatban álló (pl. nagyszülő, pedagógus) kikérdezése is.
- b) A vizsgálat megkezdését megelőzően szerezzük be a gyermek óvónője vagy osztályfőnöke és szaktanárai által írt pedagógiai jellemzéseket.
- c) Lehetőség szerint (főként iskoláskortól) az előzményekről magát a gyermeket is kérdezzük meg, bátorítsuk, hogy a helyzetre vonatkozóan fogalmazza meg saját álláspontját.
- d) Fontos a bizalmi, nyílt és őszinte légkör kialakítása, amelynek eleme a barátságos, tapintatos, biztató és elfogadó vizsgálatvezetői magatartás és az objektív tájékoztatás.
- e) Mindig kellő időt biztosítsunk a szülő számára a probléma exponálására.
- f) A szülőtől nyert információkat objektivitásra törekvő kritikai szemlélettel, de elfogadó attitűddel kezeljük.

A kikérdezés menete:

- A személyi adatok felvétele
- Panasz
- Jelen állapot („exploráció”)
- Anamnézis

#### 4.1.2 A megfigyelés

Hosszabb vagy rövidebb ideig tartó észlelés, amely lehetőséget ad az észlelt (megfigyelt) személy viselkedésének, tevékenységének, cselekvésének, beszédének, teljesítményeinek és ezek változásainak stb. előre meghatározott szempontrendszer szerinti leírására.

Jelentősége: természetes, közvetlen, egy időben zajlik a megfigyelt jelenséggel. A másfajta módszereket (pl. tesztvizsgálat) jól kiegészíti.

Hátránya: egy várt jelenség előbukkanása időigényes, sok adminisztrációval jár, a jelenségek mélyén lévő okokat többnyire nem ragadja meg.

A megfigyelés területei a komplex vizsgálati rendszerben

**a) Megjelenés**

- Testi fejlettség (testsúly, magasság)
- Testarányok, esetleges alkati anomáliák
- Gyógyászati segédeszközök
- Ruházat, ápoltság, külső megjelenés
- Az összbenyomás harmóniája

**b) Magatartás/viselkedés spontán és irányított helyzetben**

- Kontaktuskészség (nyitott, kezdeményező/gátolt, negativisztikus, agresszív)
- Beilleszkedés az új környezetbe, leválaszthatóság a szülőről
- Az érdeklődés iránya, figyelmi állapot (terelhetőség, rögzíthetőség), utánzókézség
- Terhelhetőség, fáradékonyság (mennyi ideig képes önállóan/irányítás mellett tevékenykedni)
- Kooperációs készség
- Irányított feladathelyzetbe való beilleszkedés
- Viselkedése feladathelyzetben és érzelmi reakció (feladattudat, feladattartás)
- Segítség, visszajelzés (dicséret, biztatás) iránti igény, ezek hatása a teljesítményre
- Érzelmi reakciók (pl. egykedvű, barátságos, agresszív)
- Gyakorlékonyság az egyes helyzetek között
- Fegyelmezés, megnyugtatás lehetősége
- Szokatlan magatartási formák, bizarrériák, inadekvát magatartási reakciók
- Vegetatív megnyilvánulások (elpirulás, sírás, nevetés), mimika, gesztus

**c) Beszéd**

- A beszéd grammatikai struktúrája
- Szókincs
- A tartalom adekvátsága
- A beszéd érthetősége, a használt jelzések egyértelműsége
- Beszéderítés
- Utánzókézség
- A beszédkésztetés szintje, közlési szándék, kommunikációs törekvés
- Feltűnő eltérések (pl. szokatlan szóhasználat)
- Artikuláció, hangszín, ritmus, tempó eltérései

**d) Mozgás**

- A mozgások megítélése: gyorsaság, erő, ügyesség, kitartás, pontosság, adekvátság, célirányosság, takarékoság, begyakorlottság
- A mozgás összképe, harmóniája
- Finommotorika, eszközhasználat, kezesség
- Nagymozgások: járás, futás, együttmozgások, koordináció, egyensúly, lépcsőn járás
- Kóros mozgásformák, aszimmetria

**e) Játék**

- Spontán játékválasztás személyre irányulóan: közös, társas, egyéni; mozgásos, ülő
- Spontán játékválasztás tárgyra, eszközre irányulóan: milyen játékot választ először, meddig játszik vele, mire cseréli föl, milyen szintű tevékenységet végez vele
- Csöndes/hangos tevékenység
- Az érzelmi reakciók, viselkedés változása a játék során (pl. felpörgeti, megnyugtatja, felbátorítja, oldja)
- Beilleszkedés a játzó közösségbe, szerepválasztás
- Kisebbekhez/idősebbekhez csatlakozik
- Saját ötletek, fantáziaelemek
- Kezdeményezés, alkalmazkodás
- A játékok rendeltetésszerű használata
- Együttjátás, irányítás iránti igény/elfogadás

### 4.1.3 A próba/tesztmódszerek

A *pszichológia tesztek* tudományos megalapozottsággal kidolgozott *próbahelyzetek*

- képességek;
- teljesítmények;
- tulajdonságok;
- (neuro)pszichológiai állapotok egzakt, gyors és egyértelmű észlelésére.

*Alapfeltevés:* a lényeges tulajdonságok és képességek *tartós jellemzők*, amelyek megfelelően elrendezett feltételek mellett *mérhetővé tehetők*.

A teszt egy pszichológiai konstruktum operacionalizált formája. A tesztfeladatok a mérni szándékozott pszichológiai jellemzők műveleti meghatározásai.

*A teszt módszer lényege:*

- Egy szigorúan strukturált helyzetben előre meghatározott tartalmú és sorrendű próbák (kérdések, feladatok) segítségével bizonyos számú „viselkedésminta” felvétele (műveleti szint)
- Egyértelmű kritériumrendszer alapján kvantitatív értékelés
- Az eredmény alapján *általánosított* következtetés, *előrejelzés* egy tágabb, közvetlenül nem megfigyelhető konstruktumra

A vizsgálati módszerek és a vizsgált területek sematikus összefoglalását a Mellékletek 2. ábrája mutatja.

## 4.2 A MÓDSZEREK ALKALMAZÁSÁNAK ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEI

A (gyógypedagógiai-) pszichológiai megismerés

- Céltudatos: szándékos, meghatározott céllal történik.
- Módszeres: meghatározott elvek és szempontok zajlik.
- Rendszeres: meghatározott logikai összefüggés szerint történik.
- Objektív: egyéni elfogultság nélküli, érdekmentes.
- Tudományos: szakmai felkészültség alapján ítélik.

## 4.3 A MÓDSZEREK KIVÁLASZTÁSÁNAK SZEMPONTJAI

A módszerválasztás függ a vizsgálat

- céljától, a kérdésfeltevéstől;
- a vizsgálati személy életkorától;
- az egyén funkcionális szintjétől, általános állapotától;
- fogyatékoság/zavar típusától;
- a szakember felkészültségétől, ismereteitől;
- az elérhető eszközöktől, a rendelkezésre álló személyi és környezeti feltételektől.

## 4.4 A VIZSGÁLATI MINIMUM ÉS A KIEGÉSZÍTŐ VIZSGÁLATOK

A vizsgálat megtervezése és az eszközök kiválasztása során – támaszkodva az előzetesen rendelkezésre álló anyagokra és adatokra – az alábbi szempontokat szükséges mérlegelnünk:

- Az eset egyértelműsége/bonyolultsága
- A rendelkezésre álló idő és eszközök
- A gyermek/tanuló és a vizsgálatvégző terhelhetősége, teherbírása
- Saját szakmai felkészültségünk, gyakorlatunk, diagnosztikus ismereteink

A vizsgálatok alapvázát képező ún. vizsgálati minimum (alapvizsgálatok) elemei a következők:

- Anamnézis
- Az értelmi/tanulási képességek vizsgálata
- Beszédvizsgálat
- Tájékozódás az iskolai tantárgyi ismeretekről, illetve az ezeket megalapozó képességekről
- A személyiség megfigyelése, jellemzése
- A mozgás megfigyelése
- Orvosi vizsgálat

Az alapvizsgálatokat az esettől függően kiegészíthetik:

- Másik IQ-tesztel/szubtesztekkel, kiegészítő tesztekkel végzett vizsgálatok
- Részletes személyiségvizsgálat
- Részletes mozgásvizsgálat
- Érzékszervi vizsgálatok (szűrőjellegű!)
- Részletes beszédvizsgálat
- Praktikus értelmesség, önállóság, szociális érettség vizsgálata

## 5. A komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat részterületei

### 5.1 PANASZFELTÁRÁS (KÉRDÉS, KÉRÉS)

*„Miért hozták (küldték)? Milyen problémákat észlelnek otthon, a közösségben?”*

Mindent pontosan, szó szerint szükséges lejegyezni, amit a hozzátartozó mond. A panaszokat igen aprólékosan ki kell kérdezni, az általános megállapítások szintjét túllépve. (Pl. ha a panasz: „nem beszél”; tisztázzuk: egyáltalán semmit, csak szavakban, szómondatokban, érti-e a beszédet, hogyan fejezi ki magát, milyen a hallása, stb.)

Tisztázni kell, milyen a vizsgálati személy általános fejlettsége, és milyen jó tulajdonságai vannak. Nagy vonalakban ugyan, de bizonyos összképet kell kapni a gyermekről/fiatalról. Fontos rákérdezni, hogy a szülőnek mi a kérdése, kérése, elvárása a vizsgálattal szemben.

### 5.2 JELEN ÁLLAPOT

A jelenlegi állapot kikérdezése fogyatékoság felmerülése esetén szintén a közvetlen hozzátartozótól történik.

Célja, hogy felderítse (explorálja) a vizsgálati személy minden olyan aktuális jellemzőjét, amely a tényleges vizsgálati szituációban nem lehet hozzáférhető egy független vizsgáló számára, illetve segíti a probléma pontosítását, megfogalmazását, összegzi a tüneti szinten megjelenő eltéréseket. Formája a klinikai kikérdezés.

Fő területei

a) A magatartás aktuális állapotának feltérképezésére szolgál legfontosabb kérdéskörök

- Kapcsolatteremtés
  - Tud-e a vizsgálati személlyel kapcsolatot teremteni?
  - Hogyan teremt kapcsolatot?
  - Milyen helyzetben?
  - Kivel?
  - Milyen gyakorisággal?
  - Egyéb (minden nem szokványos jelenség, konkrét példák leírása)
- Együttműködés
  - Tud-e együttműködni?
  - Hogyan?
  - Milyen helyzetben?
  - Kivel?
  - Egyéb
- Irányíthatóság
  - Irányítható-e?
  - Hogyan?
  - Milyen helyzetben?
  - Egyéb
- Feladathoz, feladathelyzethez való viszony
  - Bekapcsolható-e feladathelyzetbe?
  - Milyen feladathelyzetekbe?
  - Hogyan?
  - Milyen gyakorisággal?
  - Hogyan viselkedik a feladatvégzés során?
  - Egyéb
- Aktivitás
  - Koncentráció

- A figyelem tartóssága
- Figyelemterjedelem
- Figyelemmegosztás
- Élénkség
- Impulzivitás
- Egyéb
- Motiváció
  - Ösztönözhető-e?
  - Milyen helyzetekben?
  - Mivel?
  - Egyéb
- Önszabályozás
  - Kivárás
  - Kitartás
  - Önjutalmazás
  - Ellenállás
  - Megküzdés
  - Egyéb
- b) Az értelmi állapot leírására irányuló kérdések
  - A helyzetek megértése
  - Az érdeklődés
  - A praktikus tanulás
  - A házkörüli feladathelyzetekbe való bekapcsolódás, feladatvégzés
  - Kreativitás, találékonyság, fantázia
- c) A mozgás fejlettségének aktuális leírására irányuló kérdések
  - Testtartás, egyensúly, koordináció, izomtónus, erőnlét, gyorsaság, ügyesség, ritmus, tempó, mozgásigény, harmónia
  - A mozgások kivitelezése
    - Helyváltoztató mozgások: járás, futás szokványos helyzetekben
    - Nehezített körülmények közötti helyzetekben
    - Helyzetváltoztató mozgások
    - Finommozgások
    - Lateralitás, dominancia
    - Ügyességi, játékos mozgások
    - Eszközhasználat
    - Egyéb (eltérések, bizarrériák, segédeszközök)
- d) A beszéd aktuális állapotának megismerésére irányuló kérdések
  - Expresszív beszéd
    - Késztetés
    - Közlési igény
  - A kommunikáció (közlés) minősége: tartalma
    - A helyzetnek való megfelelés
    - Kérdezés
    - Fogalmak
    - Szókincs
    - Mondatfűzés, grammatika
  - Megértés
    - Szituációban, a nélkül
    - Szöveg
    - Mondat
    - Szóértés
  - Kiejtés, érthetőség
    - Hangsúly

- Hanglejtés
  - Beszédtagolás
  - Ritmus
- e) Az aktuális érzékszervi állapot kikérdezése
- Látás, hallás állapota
  - Egyéb (bizarrériák)
  - Segédeszközök
- f) Az önkiszolgálás aktuális állapotának kikérdezése
- Önellátás
    - Étkezés
    - Öltözködés
    - Tisztálkodás
  - Szükségletvégtetés
  - Az önelfoglaltság szervezése
  - Az önirányítás, önszabályozás mértéke
- g) A játéktevékenység aktuális állapotának kikérdezése
- Milyen típusú játékot játszik, milyen szinten
  - Kivel
  - Az eszközhasználat adekvátsága
  - Kitartás
  - Kreativitás
- h) A vizsgált személy jellemző aktuális szociális viszonyulásának kikérdezése
- Aszimmetrikus és szimmetrikus kapcsolatok rendszere
  - Kötődések
  - Alkalmazkodás a személyközi helyzetekben

### 5.3 ANAMNÉZIS

*Anamnézis* (kórelőzmény, előélet, „élettörténet”): az előéletből fény derülhet a kóroki tényezőkre, a probléma kialakulásának időpontjára, a fejlődésre, de önmagában nem alkalmas etiológiai szempontú diagnózis felállítására.

Kérdései az alábbi területekre irányulnak:

- a) *A fogamzás előtti és körüli időszak*: a szülők egészségi állapota; a terhességek száma, időrendje; testvérek
- b) *A terhesség*: az anya egészségi állapota (fertőző, lázas betegségek, krónikus állapotok, mérgezés, gyógyszeres kezelés, beavatkozás, hányás, vérzés, görcsös állapotok, vesebetegség, diabétesz, magas vérnyomás, Rh-inkompatibilitás)
- c) *A szülés*: lefolyás és körülmények, szükséges beavatkozások
- d) *Az újszülöttkori, csecsemőkori és kisgyermekkori fejlődés*
  - Születéskori adatok (súly, hossz, fejkörfogat, Apgar-érték)
  - Szopás, táplálkozás, alvás-ébrenlét
  - Görcsös állapotok, jelentősebb megbetegedések
  - Temperamentum
  - Testi gyarapodás
  - Figyelem, érdeklődés a külvilág irányába (fény, hang, mozgás)
  - A pszichomotoros fejlődés adatai (nyúlás, fogás, fejemelés, hasra fordulás, kúszás, mászás, ülés, állás, járás)
  - A beszédfejlődés adatai (első vokalizáció, gagyogás, szavak, mondatok, beszédértés)
  - Szobatisztaság, ágytisztaság (enurézis)
  - Étkezéssel és öltözködéssel önellátás
  - Érzelmi kötődés, szeparáció

- e) *Óvodás- és iskoláskor*
  - Testi, értelmi és érzelmi fejlődés
  - Intézményes nevelés, beilleszkedés a közösségbe
  - Kedvelt tevékenységek
- f) *Pubertáskor és ifjúkor*
  - Testi, érzelmi változások, nemi érés
  - Magatartás (visszahúzó, zárkózott, kritizáló, negativisztikus, szembehelyezkedő)
  - Kortárskapcsolatok, barátok
  - Érdeklődési kör, kedvelt szabadidős tevékenységek
  - Tervek, ambíciók
- g) *Családi adatok*: családfa, familiáris anamnézis
- h) *Szociális helyzet*: a vsz. közvetlen környezetének felderítése, anyagi, egészségi, erkölcsi, neveltetési feltételek
- i) *A fogyatékoság keletkezése, első években*: ki és mikor vette először észre, hogy „valami nincsen rendben”, hogy a gyerek „nem olyan, mint a többi”? Minden esetben begyűjtjük a korábbi zárójelentéseket, iratokat, iskolai bizonyítványokat, füzeteket, pedagógiai jellemzést.
- j) *Megelőző fejlesztések, terápiák* (ha voltak): felsorolásuk csecsemőkortól

## 5.4 A PSZICHÉS FUNKCIÓK ÉS KÉPESSÉGEK VIZSGÁLATA

### 5.4.1 Az átfogó mentális képesség (intelligencia) vizsgálata

A gyógypedagógiai pszichológia a pszichopatológiai alkalmazásból emelte át az intelligenciavizsgálatot diagnosztikai repertoárjába.

A pszichopatológiában az intellektuális színvonal megítélésének több célja lehetséges.

Amikor bizonyos funkciókiesések következményeit kell mérlegelni, az intelligencia tágabb jelenségcsoportot ölel fel: mint pl. az új helyzetekhez, új feladathelyzetekhez való alkalmazkodóképesség.

Körébe tartozik:

- az információfeldolgozó-képesség;
- a viselkedés mentális előkészítése/figyelemaktiváció, memória, szenzomotoros koordináció;
- a tapasztalatok megőrzése, sűrítése és felhasználása, amely az önálló életvezetés feltétele.

Ha az az alapkérdés, hogy „milyen az értelmi színvonal”, egyrészt – de nem elégséges mértékben – az intelligenciakvóciens (IQ) megállapítása adhat erre választ.

Ha az a válasz, hogy alacsony, akkor további diagnosztikus kérdések merülhetnek fel, például rögzült-e az alacsony mentális színvonal?

Ilyenkor jó korábbi mérésekhez viszonyítani, illetve megismételt vizsgálatokat végezni.

A vizsgálódás ezután megy tovább az intelligencia szerkezetének irányába.

Az újabb kérdés az lehet, hogy az alacsony mentális színvonal milyen struktúrát rejt magában. A verbális kvóciens (VQ) és nem verbális kvóciens (PQ) teljesítmények viszonya már eljuttat bizonyos, másfajta „kategorizálás” felé.

Általában az emberekre némi verbális fölény a jellemző (VQ>PQ)

Jelentősen alacsonyabb PQ esetén már sok kérdés irányában indulhat el a vizsgálódás.

Szakács Ferenc (1987) a következő „klinikailag releváns” tényezőket sorakoztatja fel a VIQ és PIQ különbségére vonatkozóan:

- Iskolai végzettség (Magasabb képzettségűek VIQ-ja relatíve nagyobb, az iskolázatlanoké, értelmi fogyatékosoké kisebb, PIQ-juk nagyobb.)
- A verbális vagy a motoros központ sérülése (Az előbbi esetben a VIQ jelentősen, a PIQ kevésbé, utóbbi esetben a PIQ nagymértékben, a VIQ nem vagy alig romlik.)
- Realitás distancia (Fokozott absztrakció esetén a VIQ nagyobb, a PIQ kisebb.)



- Pszichomotórium (Meglassúbbodás esetén a PIQ csökken.)
- Kontrollálhatóság (Szociopáták, impulzívok PIQ-ja magasabb, mint VIQ-juk.)
- Elfojtás (Főként hiszteroid neurózisok esetében gyakori a VIQ csökkenése.)

Viszonylag jó mechanikus emlékezeti funkció mellett nagyfokú rigiditás lehet a jellemző.

Az emlékezeti és koordinációs nehézségek utalhatnak mentális hanyatlásra, ezzel kapcsolatban további kérdés, hogy reverzibilis vagy irreverzibilis-e a változás.

Ha ép az intellektus, akkor gyakran merül fel, hogy a személy teljesítménye megfelel-e intellektuális állapotának.

Szakács (2000) számos pszichopatológiai karaktert különített el felnőttkorban a magyar Wechsler-féle intelligenciateszt (MAWI) alkalmazásával.

Pl. az ún. organikus profil az Általános ismeret, a Számszimbólum, az Összeillesztés, a Képrendezés, a Képkiegészítés és a Mozaik szubtesztben nyújtott gyenge teljesítményekben nyilvánul meg.

A téri gondolkodás zavarának jellemzője a Mozaik tesztben és a Szintézis próbában mutatott alacsony teljesítmény.

A klinikai pszichodiagnosztikai gyakorlat tehát kidolgozta az intelligenciavizsgálatok speciális értelmezési rendszerét, amelynek segítségével az intelligenciavizsgálatok is lehetővé teszik bizonyos diagnosztikus együttjárások és az azok segítségével értelmezett kórképek felismerését.

Mégis számos kifogás merült fel az intelligenciavizsgálatokkal szemben.

A legfőbb ellenérvek – a teljesség igénye nélkül – a következők:

- A statikusság
- Nem megfelelés a populáció számára
- Nem általánosítható az átlagértékek egy-egy adott közösség átlagára való számítása
- A kultúrafüggés
- A standardhiány
- Továbbá az, hogy az IQ szerinti szelekció az alapja a speciális iskolába történő bejutásnak, ugyanakkor a gyakorlat szerint azonos IQ-jú gyermekek az iskolában eltérő módon állják meg a helyüket.

A vizsgálatok kiválasztásánál, lebonyolításánál törekedni kell a fenti kifogások enyhítésére.

Melyek azok a pozitív tulajdonságok, amelyek miatt mégis használjuk, mégsem tudjuk az intelligenciateszteket nélkülözni?

A feladatmegoldások során megnyilvánuló értelmes cselekvés képezi az alapját az intelligenciamérésnek. Az intelligenciavizsgálat azért jó eszköze az értelmesség vizsgálatának, mert előre, erre a célra meghatározott feladatokon, feladatsorokon (standardok) keresztül vizsgálódik. Ezáltal hasonló helyzetekben és feladatokban nyújtott teljesítmények alapján válik összehasonlíthatóvá az egyén csoportjának átlagos teljesítményeivel.

Összefoglalva az előnyöket:

- Egzaktság, hitelesség (bemért, kipróbált próbasorozatok)
- Objektivitás
- Gyorsaság
- Eltérő módon, de a mentális funkciók legfontosabb területeit mozgó feladathelyzetek elé állítja a vizsgálati személyeket
- A vizsgált csoportok összehasonlításakor viszonyítási alapot képez.

A gyermekek értelmességének (értelmi szintjének) megítélése döntő jelentőségű a gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatok során. Az értelmi kapacitás központi magját képezi a fejleszthetőségnek, a tanulásnak, a környezetünkhöz való alkalmazkodásnak.

Az értelmesség megítélése különleges jelentőségű az értelmi fogyatékoság megállapításakor, mert ennek egyik fő ismérve az értelmesség csökkent volta. Fontos továbbá az értelmi fogyatékoság súlyosság szerinti megkülönböztetése esetén és a különféle tanulási zavarok differenciáldiagnosztikai vizsgálata esetén is.

A gyermek értelmességének megítéléséhez olyan cselekvéseket, tevékenységeket szükséges végezteni, amelyekben a lehető legnagyobb mértékben nyilvánul meg az értelmesség.

Az értelmesség gyakorlati vizsgálata során szükség van a gyakorlati probléma felismerésére és megfogalmazására. Ha a feladat nincs előre meghatározva, szükség van az információ megkeresésére. Több különböző megoldás lehetséges, mindennapos tapasztalatokba ágyazottak, illetve ezek ismervét igénylők, a megoldáshoz egyéni bevonódásra, motivációra van szükség. A praktikus intelligencia fontos formája a nem tudatos tudás.

A praktikus intelligencia viszonylag független az iskolai teljesítményektől, de ez nem jelent teljes kultúrafüggetlenséget, mert ilyen intelligenciavizsgáló eljárás nincs.

Az értelmesség megítélése történhet statikusan és dinamikusan.

A statikus és dinamikus vizsgálat különbsége: az utóbbi lehetővé teszi a tesztelő fokozatos és irányított visszajelzésének hatását, így rámutat a gyermek lappangó képességeire (Vigotszkij, 1978), közvetlen fejlődési zónájára, amelynek megismerése nélkülözhetetlen a gyógy/pedagógiai fejlesztés szempontjából.

Mindezeknek a szempontoknak – szükség szerint hol az egyiknek, hol a másiknak – képesek eleget tenni az intelligenciavizsgálatok.

Az intelligenciavizsgálatok alkalmazásakor is érvényes az az általános szabály, hogy a teljesítményeket mindig össze kell vetni a fejlődési adatokkal, a fejlődést meghatározó körülményekkel, a pedagógiai teljesítményekkel, az extraintellektuális képességekkel és a biológiai fejlettség szintjével.

A fogyatékosok értelmességének megítélésekor általánosan a következő szempontokra szükséges figyelni (Lányiné, 1974):

- Az intelligenciát nem szabad statikusan szemlélni.

Ha az átlagos képességektől akár pozitív, akár negatív arányban eltérő egyének fejlődését vizsgáljuk, nem érvényes az IQ-konstancia elve, ezért nem lehet egyetlen keresztmetszeti időpontban végzett vizsgálattal meghatározni a fogyatékos egyén intelligenciáját, hanem egész személyiségfejlődésükkel összefüggésben szükséges megismerni azt.

- Az egyes fogyatékosági kategóriák intelligenciájáról nem lehet csak általánosságban beszélni, mert az értelmesség a különböző életkorokban, a különböző súlyossági kategóriákban más és más jellegzetességeket mutat.
- A fogyatékosok intelligenciájának kérdését a gyógypedagógiai fejlesztés hatására kialakuló változások alapján is tanulmányozni kell.
- Ha épek és fogyatékosok intelligenciáját hasonlítjuk össze, akkor figyelni kell arra is, hogy a fogyatékos nem ép társaihoz, hanem az ugyanolyan rendellenességet mutatók csoportjának átlagteljesítményeihez kell viszonyítanunk.
- Mindig figyelembe kell venni az értelmesség megítélésekor azt, hogy a vizsgálatok egyenlő körülmények között történjenek és azt, hogy milyen fejlődési feltételek adottak az intelligens viselkedés kibontakozásához.
- Az intelligenciát nem lehet a személyiségtől elválasztva, izoláltan szemlélni, mert sok lehetőség van az egyoldalúan fejlett vagy sérült funkciók kompenzálására.
- Mindig szükséges keresni a képességek között a pozitív tulajdonságokat, hiszen a meglévő képességek realizálásának útja fogyatékoság esetén nehezített, a náluk megmutatkozó minden intellektuális teljesítménynek külön értéke van.

Milyen kérdésekre adhat választ az értelmesség pszichometriai megközelítése?

Szakmailag jó választ kaphatunk az értelmesség megállapítására vonatkozóan:

- ha komplex vizsgálati keretbe helyezve, az életút történéseivel és más vizsgálati eredményekkel összevetve értékeljük, és a globális IQ-érték mellett profilanalízist is készítünk;
- ha a reklaszifikációra, vagyis egy adott gyermek állapotváltozásának regisztrálására vagy felülvizsgálatára van szükség;
- ha egy IQ-érték az értelmi fogyatékos személy számára előnyt jelenthet például speciális szolgáltatásokhoz való hozzájutáskor;
- ha ellenőrizni kívánjuk a nem IQ-kritériumokkal kialakított pedagógiai szempontú vagy megfigyeléssel történt besorolással kialakított csoportokat egymással;
- egy terápiás vagy fejlesztési program hatásvizsgálatának céljára, ha az intelligencia-szint szempontjából homogén csoportokat kívánunk kialakítani.

Nem használható az IQ:

- mint egyetlen döntést megalapozó vizsgálati eredmény, semmilyen, az egyén életét befolyásoló esetben;
- ha a teszt, amelynek alapján az IQ-t számították, a középréteg normáit képviseli, az adott személy viszont hátrányos helyzetű, idegen kultúrában nevelkedett, etnikai kisebbséghez tartozik;
- verbális vagy verbális túlsúlyú intelligenciatesztből nyerve, ha a tesztet más anyanyelvű vagy specifikus nyelvi zavart mutató gyermekek képességének megítélésére használták fel;
- ha a teszt nem felel meg a tesztekkel támasztott mérései követelményeknek, standardjai hiányoznak vagy elavultak.

#### 5.4.1.1 A vizsgálati eljárások kiválasztása

A vizsgálati eljárás kiválasztásánál alapvető, hogy tudjuk, melyik eljárás milyen diagnosztikus célra használható.

A kiválasztást segítő számos tényező közül fontos az anamézisből, explorációból, az orvosi vizsgálat adataiból, a gyermek játékmódjából, önállóságának fejlettségéből megbecsülni intelligenciakorát, illetve azokat a részterületeket, amelyek elmaradást mutatnak, és ennek alapján kiválasztani azt az eljárást, ami korban és problémaérzékenységekben a legmegfelelőbb lehet. Ha egy eljárást nem lehet teljességében alkalmazni, akkor több eljárásból szükséges összeválogatni a legmegfelelőbb próbasorokat.

#### 5.4.1.2 Az intelligencia vizsgálatára alkalmas eljárások csoportosításának lehetőségei

- Életkori alkalmazhatóság
  - 3–14 éves korig alkalmazható a Budapesti Binet intelligenciavizsgálat
  - 3–16 éves korig a Snijders-Oomen nonverbális intelligenciateszt (SON)
  - 3–18 év korig a Hiskey–Nebraska tanulási képességvizsgálat (H-NTLA)
  - 5–6–11 éves korig a Színes Raven-teszt
  - 11 éves kortól a Progresszív Raven-teszt
  - 4 éves kortól a Cattell-féle intelligenciavizsgálat
  - 5 éves kortól a Woodcock–Johnson kognitív képességeket vizsgáló teszt nemzetközi változata (WJ-NK)
- A képességek megközelítése
  - Globális eljárás (pl. a Budapesti Binet – BB – intelligenciavizsgálat)
  - Részképességeket is elkülönítő eljárások (SON, MAWGYI-R, H-NTLA, WJ-NK stb.)
- Komplexitás
  - Összetett eljárások (SON, MAWGYI-R, H-NTLA, WJ-NK stb.)
  - Egyetlen homogén sorozatból álló vizsgálatok (pl. a Raven-féle eljárások)
- Az információs csatornák felhasználása
  - Verbális eljárások, illetve vegyesek (Budapesti Binet, MAWGYI-R, WJ-NK)
- Szerkesztési elv
  - Horizontális szerkezetű (pl. a Budapesti Binet vagy a Leiter-skála)
  - Longitudinális szerkezetű (SON, MAWGYI-R, H-NTLA, WJ-NK stb.)
- A tanult ismeretek jelentősége
  - Kultúrafüggő (BB; MAWGYI-R stb.)
  - Kultúrafüggetlen (H-NTLA, Raven-tesztek, SON, Columbia mentális érettségi skála – CMMS – stb.)
- A próbák technikája
  - Kötött (pl. a BB; a MAWGYI-R)
  - Kötetlen (pl. a H-NTLA)
- A végrehajtás módja

- Papír-ceruza tesztek (Goodenough-féle rajzvizsgálat vagy egyéb önkitöltős tesztek, mint pl. Cattel kultúrához igazságos nonverbális intelligenciatesztje)
- Manipulatív eszközöket igénylők (pl. BB; MAWGYI-R)
- Felismerésen alapuló feladatokat tartalmazók (pl. a Raven-tesztek)
- Vegyes végrehajtású (pl. a H-NTLA)
- Az eljárásban részt vevők száma
- Individuális (SON, MAWGYI-R, H-NTLA)
- Csoportos (Raven-tesztek, Cattel-féle teszt)
- A teljesítmények értékelése
- Számskálán elhelyezhetők (WJ-NK)
- Intervallumskálán elhelyezhetők (SON, MAWGYI-R, H-NTLA)
- A tesztfelvétel időigényessége (mindig egyénfüggő is)
- Kb. 20 perc (Színes Raven-teszt)
- Kb. 1-1½ óra (H-NTLA, WJ-NK, Budapesti Binet)
- Kb. 2 óra (MAWGYI-R)
- A teszt hitelessége
- Standardizált, érvényes standarddal rendelkező (MAWGYI-R, WJ-NK)
- Klinikailag kipróbált, kisebb mintán bemért, de nem standardizált (SON, BB, Raven, H-NTLA)

#### 5.4.1.3 A vizsgálatot végző attitűdjének követelményei az intelligenciavizsgálat során

- Intelligenciavizsgálatot kellő személyes kapcsolat kialakítása után szabad csak elkezdni, bizalmi légkört szükséges teremteni.
- A vizsgálat során figyelünk a gyermek tanulékonyására, de a felvétel közben nem tanítjuk, neveljük a gyermeket, csak feltételt teremtünk ahhoz, hogy a teljesítményének maximumát tudja nyújtani.
- A gyermek hibáját akkor javítjuk, ha ezt a standard teszthelyzet megengedi, illetve ha a javításból nyert tapasztalat emeli a további teljesítményt.
- A gyermek kudarcát sohasem tudatosítjuk.
- Különösen fontos a kudarcérzékeny gyermeket még sikertelenség esetén is dicsérni.
- A vizsgálat során alkalmazkodni kell a gyermek egyéniségéhez:
  - Agresszív gyermeket direkt nem korlátozunk.
  - Dekoncentrátság esetén érzelmi ráhatással fokozzuk a koncentrációt.
  - A feladatokat csak akkor exponáljuk, ha kellő koncentráció látszik a magatartásbeli megnyilvánulásokból.
  - Ügyelni kell a határozott idejű feladatokat végeztetésekor a maximális riportkészségre.
  - Ne várokoztassuk a vizsgálati személyt feleslegesen!
  - Iktassunk ki minden zavaró, figyelemelterelő mozzanatot a teszt felvételekor!

Végül az intelligenciavizsgálat során különös jelentősége van annak, hogy a gyermek viselkedését és teljesítményeit befolyásoló alapvető pszichológiai folyamatok közül a motiváció, a figyelmi és érdeklődési szint, a pszichikus munkabírás optimális legyen, mert csak ebben az esetben lehet az ismeretek, készségek, szokások és képességek szintjét megítélni (Illyés, 1970).

#### 5.4.1.4 Irodalom

Fodorné dr. Földi Rita: *Enyhe agysérülés következtében kialakult tanulási zavart okozó funkciózavarok differenciáldiagnosztikája. Neuropszichológiai eljárások.* Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.

Garai Dóra: *Organikus és neurotikus IQ-romlással együtt járó teljesítményzavarok differenciáldiagnosztikai feldolgozása két eset tükrében.* Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.

- Illyés Sándor: A teljesítmény és a pszichológiai folyamatok kapcsolata. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Áthelyezési vizsgálat I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1975.
- Klein Sándor: Munkapszichológia. Gondolat. Budapest, 1980.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: A fogyatékosok intelligenciájáról. In: Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai Pszichológia.* Akadémiai Kiadó. Budapest, 1970. 61–66. o.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: Intelligencia, IQ, értelmi fogyatékoság. Témaösszefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2002. LVII. 111–125. o.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Képességzavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában.* Akadémiai Kiadó. Budapest, 2004.
- Mérei Ferenc – Szakács Ferenc: *Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek.* Medicina. Budapest, 1974. 27–35, 83–87. o.
- Nagyné dr. Réz Ilona: Az intelligenciavizsgálatok helye és szerepe a korszerű gyógypedagógiai diagnosztikai eljárásokban. In: Földes Tamás (szerk.): *Soproni logopédiai napok. Diagnosztizálás, értékelés, minőségbiztosítás.* Soproni Szociális Foglalkoztató Nyomdája. Sopron, 1999. 138–145. o.
- Réz Ilona: Vizsgálatok a Columbia mentális érettségi skálával siket tanulókon. In: Dr. Pálhegyi Ferenc (szerk.): *Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola VII. évkönyve.* Budapest, 1974. 427–429. o.
- Szakács Ferenc: *Intelligenciadeficit típusok.* Akadémiai Kiadó. Budapest, 1987. 180. o.
- Vigotszkij, Lev Szemjonovics: *Mind in society: The development of higher psychological process.* Harvard University Press. Cambridge, 1978.

#### 5.4.2 A figyelem vizsgálata

A figyelem az ember egyik mentális képessége, a fokozott éberség és felfogóképesség állapota, amely révén a személy környezetének diffúz háttéréből egyes tárgyakat kiemel. A figyelem bizonyos minimális koncentrálttsága minden eredményes pszichomotoros és gondolkodási képesség feltétele. A figyelem érzékeny (éppen ezért nem minden esetben differenciáló erővel bíró) indikátora a rendellenességeknek.

A figyelem vizsgálata fontos feladat, mivel az szorosan összefonódik az egyes megismerési folyamatokkal. A figyelmi rendszer épsége éppen ezért kritikus jelentőségű a magasabb kognitív működések fejlődéséhez (N. Kollár és Szabó, 2004).

A figyelem pedagógiai szempontból legfontosabb aspektusai Eisert (1991) nyomán a következők:

- *Szelektív figyelem:* a szervezet csak bizonyos, a környezetből vagy önmagából származó, kiválasztott információkat érzékel és analizál (pl. a tanulótól elvárjuk, hogy órán a pedagógus utasításaira figyeljen, ne az utcai zajra).
- *Tartós figyelem és éberség:* bizonyos ingerek felvételének képessége rövid időre megnövekszik, vagy hosszabb ideig fennmarad (pl. feladattartás, a frusztráció és unalom ellenére hosszú időn keresztül végzett érdemi munka).
- *A figyelem intenzitása:* egy bizonyos információra fordított figyelem mértéke változhat attól a szinttől, amikor a figyelem egészen könnyen eltéríthető addig a szintig, amikor egy tevékenység teljesen igénybe veszi az embert.
- *A figyelem megosztása:* egyidejűleg két dologra fordított, alternáló figyelem (pl. jegyzetelés az előadás alatt, jól begyakorlott, automatizálódott, rutincselekvések esetén).

A figyelem több szempont mentén jellemezhető:

- *Kiindulópontja* szerint: *reaktív* (a környezet valamely tárgya váltja ki) vagy *aktív* (kiindulópontja a személyben van)
- *Keletkezése* alapján: belsőleg támadt, *spontán* kiváltódó vagy akarat hatásra keletkezett, *szándékos*
- *Jellege* szerint: *koncentráló* (összpontosított) vagy *disztributív* (szimultán több tárgyra irányuló)

A figyelem egyben egy több arcú, bizonyos polaritást rejtő funkció. A helyzetek között jelentős eltérés mutatkozik meg abban, hogy a hatékony működés, a magasabb szintű kognitív folyamatok megalapozásához ezek közül melyik kritikus. Ennek alapján:

- a koncentráció fejlettségét a figyelem *precizitása* tükrözi, a disztributivitást a *terjedelem* fejezi ki;
- a figyelem *éberségével* (felkelthetőség) a *stabilitás* állítható szembe;
- a figyelem lehet *kitartó* (nagy időbeli teljesítményt tesz lehetővé) vagy *rugalmas* (átállítható, terelhető).

Az életkor előrehaladtával a figyelem és a koncentráció javul: nő a feldolgozási kapacitás, a szelektivitás, a figyelem fenntartásának képessége. Ortner (1979) irodalmi áttekintése alapján az *aktív figyelem* átlagos időtartama az egyes életkorokban a következő:

- 5–7 éves korban max. 15 perc
- 7–10 éves korban max. 20 perc
- 10–12 éves korban max. 25 perc
- Prepubertás idején a koncentrációs képesség valamelyest csökken.
- 14 éves kortól kb. 30 perc

Feltűnő javulás tapasztalható a *tartós figyelmi teljesítményben* a 11–13 éves életkor körül: ekkor a lényeges és lényegtelen ingerek megkülönböztetésének képességében drámai emelkedés figyelhető meg. A figyelem kevésbé kalandozik el, meghosszabbodik az egy feladat mellett eltöltött idő. A koncentráció ezen fejlődési ugrása az agy (homloklebeny) érésével hozható összefüggésbe, amely a szándékos gátlófunkciókért felel. A megnövekedett koncentrációs képesség (a kontrollkomponens kellő értettsége) oda vezet, hogy a különböző reagálási lehetőségek mérlegelésre kerülnek (késleltetés képessége), és így a problémamegoldás javul.

A serdülők figyelmenek sajátosságai: az impulzivitás, gyengébb önkontroll, az érdeklődés szerepe a figyelmi teljesítményben, befelé forduló figyelem, nappali ábrándozás, a figyelemkoncentráció nehézségei.

A *figyelmi koncentráció és a fáradékonyság mérésére sokféle eljárást dolgoztak ki*, ezek közül a leggyakrabban használt és a gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálatok szempontjából releváns *feladattípusok* a következők (Bánlaky Éva nyomán):

- a) Áthúzásos tesztek (pl. Bourdon-, Piéron-, Brickenkamp-féle d2), amelyekből információt kaphatunk:
  - a vizuális diszkriminációban megnyilvánuló figyelemkoncentrációról;
  - a figyelemterheléssel járó munka mennyiségi teljesítményéről;
  - a figyelemkoncentráció ingadozásáról, a figyelemkontroll kihagyásáról (diszkrimináció elmarad/hibás);
  - a teljesítmény minőségéről az időegységenkénti váltások tükrében;
  - a monotóniatűréről.

Az eredmények értelmezése szempontjából, a megjelölendő szimbólumok exponálásának függvényében ezen a feladattípuson belül szükséges megkülönböztetni két altípust:

- Az egyik típusban (pl. Piéron-teszt) az áthúzendő jeleket tartalmazó mintát a vizsgálati személy mindvégig nézheti, így a megoldás nem igényel előzetes ismereteket, ugyanakkor a teljesítményt a tanulékonyági hatás (pl. előnyben lesz az, aki gyorsan megjegyzi a jelölendő elemeket), illetve bizonyos személyiségtényezők (pl. magabiztos személyek kevesebb összevetést végeznek) is befolyásolhatják.
  - A másik alcsoportba sorolt eljárások (pl. a Brickenkamp-féle d2) az ún. „minta nélküli áthúzásos tesztek”, amelyekben a tesztfázist az elemek megtanulására szolgáló, meghatározott időtartamú gyakorló fázis előzi meg.
- b) *Valamilyen folyamatos és ismételt mentális (számolási) műveletet kívánó eljárás* (pl. Pauli-teszt, Révész–Nagy figyelemvizsgálata, KLT), amelyek révén megítélhető:
    - a folyamatos mentális művelet révén megnyilvánuló figyelemkoncentráció;
    - a figyelemterheléssel járó munka mennyiségi teljesítménye;
    - a figyelemkoncentráció ingadozása, a figyelemkontroll kihagyása (számolás elmarad/hibás);

- a teljesítmény minősége az időegységenkénti váltások tükrében;
- a monotóniatűrés.
- c) *Szortírozási módszerek*, amelyekben az ismételt, folyamatos műveletet a vizuális diszkrimináció, majd ennek eredményeként a megadott szempontok, csoportok egyikébe történő besorolás jelenti (pl. KVT).
- d) *Hozzárendelő, egyeztető, ún. kódjeltesztek*, amelyek teljesítéséhez vizuális diszkrimináció, majd vizuális és mentális hozzárendelés szükséges (pl. Schulte-, Korrektor-teszt).  
A minőségi elemzéshez szükséges megfigyelés szempontjai ezekben:
  - A hibák elhelyezkedése (Pl. sort átugrik, a végén ront.)
  - Diszlexiás tanulók más stratégiát használhatnak (lassítja, növelheti a hibaszámot).
  - A tempó (végére ér-e az időkorláton belül) motivációs kérdéseket is felvet, ugyanakkor meglassult pszichomotoros működést is jelezhet (pl. általában nem jut el a feladatlap végéig).
  - A hibás elem megjelölése (elkövetési hiba, „commission”) impulzuskontroll-problémára utal.
  - A kihagyási hiba („omission”) inkább koncentrációs nehézséget jelez.
- e) *Disztributív (megosztott) figyelem mérésére szolgáló eljárások*, amelyek két vagy több mentális feladat egyidejű elvégzését várják el (pl. Ruth-, Sterzinger-teszt).  
A szelektív és fókuszált figyelem minőségét és az irreleváns ingerek gátlásának jellemzőit demonstrálja a Stroop-hatás, amelynek kísérleti helyzetében a vizsgálati személynek egy túltanult, prepotens választ (olvasás) kell legátolnia, miközben egy új ingerre (szín) kell figyelnie. A Stroop-teszt egyik legismertebb változata a Golden-féle verzió. [Racsmány (szerk.), 2007]  
Az objektív figyelemtesztek az alábbi szempontok mentén rendezhetők el:
  - Idői kötöttség szempontjából lehet gyorsasági („speed”), nívó („power”), illetve kombinált.
  - A kívánt választípus alapján verbális vagy nonverbális.
  - Lebonyolítás szempontjából egyéni vagy csoportos.

#### 5.4.2.1 A figyelemvizsgálatokkal kapcsolatos legfontosabb megfontolások

- a) A vizsgálatok felvételét megelőző feladatok
  - *A tesztelés optimális időzítése*: Célszerű a reggeli órákban, pihent állapotban, kezdő feladatként végezni. Az optimális időzítés megválasztásához támpontként szolgál az átlagos napi teljesítménygörbe ismerete (8.00 – 10.00 óra között megemelkedett teljesítőképességgel lehet számolni, a napi maximum 11 óra felé jelentkezik, 13.00 – 14.00 óra között van a teljesítményminimum).
  - *Megfelelő érzelmi-motivációs állapot kialakítása*: A feszültség fokozódása kedvezőtlenül hat a szándékos figyelemre.
  - *Az érzékszervi* (pl. látásélesség problémája) *vagy mozgásos nehezítettség* (pl. grafomotoros éretlenség) *előzetes tisztázása*.
  - *Az irányészlelés és az irányfogalmak ismeretének felmérése*.
- b) A vizsgálati eredmények értelmezéséhez kapcsolódó szempontok
  - Metrikus mutatók:
    - *Összteljesítmény* (N): mennyiségi mutató – a rendelkezésre álló idő alatt hány itemnél végezte el a vizsgálati személy az előírt műveletet (számolást, diszkriminációt, hozzárendelést);
    - *Teljesítményszázalék* (T%): minőségi mutató – a hibátlanul elvégzett műveletek összege hány százaléka az összteljesítménynek.

Ezen mutatók egymáshoz viszonyítása során a vizsgálati személyek négy jellegzetes kategóriába sorolhatók:

  - Magas N – Magas T% = gyors pszichés tempó, tartós és magas szintű figyelemkoncentráció.
  - Magas N – Alacsony T% = a vizsgálati személy időkényszer esetén az optimálisnál gyorsabb tempóban dolgozik.

- Alacsony N – Magas T% = a vizsgálati személy lassú tempóban, de alaposan dolgozik, szorongás, perfekcionizmus feltételezhető.
- Alacsony N – Alacsony T% = gyenge figyelemkoncentráció, lassú tempó, a tesztmegoldáshoz szükségesek alapkészségek (pl. fejszámolás) érintettségének gyanúját veti fel.
- Feladatanalízis:
  - Az ún. „kritikus pontok” vizsgálata: Ha a hibák a tesztidő kezdő szakaszában jelentkeznek, majd fokozatosan csökkennek, akkor ez a helyzethez való alkalmazkodás, a rátanulás jeleként értelmezendő. A befejező szakaszban halmozottan jelentkező hibák motivációs problémára, a monotóniatűrés csökkenésére, illetve kifáradásra utalnak.
  - A *tevékenység megszakítása* (pl. időjel, sorváltás) és a *hibák jelentkezése közötti összefüggés* vizsgálata a figyelem stabilitásáról/megzavarhatóságáról nyújt információt.
  - A *következetesen ismétlődő hibatípusok* a feladat félreértésére, illetve emlékezeti problémára utalhatnak.
  - *Lényeges a spontán korrekciók számbavétele*: Az elsietett döntés utólagos javítása kapkodásra, impulzivitásra, illetve fáradásra vagy bizonytalanságra utal.
  - *Informatívak a figyelemkoncentráció fenntartásának/fokozásának viselkedéses megnyilvánulásai* (pl. izomfeszülés, beszéd).

#### 5.4.2.2 Irodalom

Bánlaky Éva: *Figyelemvizsgálatok. Kézikönyv a Figyelemvizsgáló tesztkészlethez*. Pszichoteszt-szervíz (évszám nélkül)

Eisert, Margit – Eisert, Hans: *Koncentrációs zavarok*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Kézirat. Budapest, 1991.

N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó. Budapest, 2004.

Racsmány Mihály (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálati módszerei*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2007.

#### 5.4.3 Az észlelés vizsgálata

A fogyatékosságok, a megismerőfunkciók vagy a viselkedés fejlődésének tartós és súlyos rendellenességeinek megállapításakor gyakran kerül előtérbe az információfeldolgozás nem megfelelő volta, amelynek okai már a legegyszerűbb kognitív teljesítményekben, az észlelés szintjén tetten érhetők.

Az észlelés különböző területeit érintő vizsgálatok kezdetektől szerves részét képezik a gyógypedagógiai pszichológiai repertoárnak.

A vizuális és a hallási észlelés vizsgálatai a legelterjedtebbek, és zömében ezek kerültek be az átfogó mentális teljesítményeket vizsgáló eljárásokba is mint résztesztek. Bizonyos nehezebben vizsgálható észlelési területek pedig nem váltak a gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat részévé (bár bizonyos tünetek esetében lényeges lehet a taktilis és vestibuláris funkciók neuropszichológiai vizsgálati eredményeinek elemzése). A leggyakrabban használt eljárások az észlelést áttételesen, közvetítők segítségével tudják vizsgálni. Pl. a formamásolás, amely az észlelés szintjén a forma helyes kiemelését jelenti, a háttérből formakirakás vagy rajzolás segítségével valósul meg, tehát komplex tevékenység. Ha ilyen közvetítéssel valósul meg a vizsgálat, mindig a diagnosztika a mérlegelési lehetőség arra vonatkozóan, hogy az észlelés vagy a kivitelezés jelent-e gondot a vizsgált személy számára.

Az észlelési tevékenységeken belül az észlelési analízis, szintézis, a differenciálás, a diszkrimináció, a konstancia, az alak-háttér differenciálás, az észlelési rigiditás (perszeveráció), majd az integráció hibáival, illetve az észlelési idő meghosszabbodásának problémájával lehet a leggyakrabban találkozni.

Az észlelési deficiteket magyarázhatja korai agysérülés, agyi fejlődési rendellenesség, az agyi funkciók érésének lelassulása vagy az agyi integrítás nem megfelelő volta.



#### 5.4.3.1 A fogyatékoság, tanulási zavar hátterében meghúzódó diagnosztikus jelentőségű észlelési zavarok vizsgálati helyzetei

A forma-, ábra-, képazonosítás (egyeztetés), -felismerés vizsgálata természetes és nehezített helyzetekben lehetséges.

Nehezített helyzet a formák részekre bontott változatából a helyes forma felismerése. A sikertelenség az *elemi szintézis zavarát* mutatja, amely legkifejezettebben a forma szétesésénél állapítható meg.

Az *analízis zavara* esetén az érzékleti összkép tagolása nem megy végbe. Ennek vizsgálatára alkalmasak a figura-háttér feladatok, amelynek alapja, hogy a háttér jelentés nélküli; forma- vagy tárgyi jelentésük a tárgyfiguráknak van. A háttérválaszok adása az agysérülések legbiztosabb jelei.

Az analízist vizsgálhatjuk úgy is, hogy összetett figurákat kell önálló részegységekre, tárgyképekre vagy részfigurákra bontani. A feladatok végzésekor jól megfigyelhető, hogy a vizsgálati személy milyen distanciákat vesz észre. A *globális észlelés* legtöbbször általános mentális deficitre utal, az értelmi fogyatékos gyermek például a tárgyak, formák között az „összjelleges” megragadás miatt nem tud különbséget tenni.

Az észlelési integráció vizsgálatakor rövid expozíciós idő mellett egy időben több észlelési feladatot szükséges végrehajtani, pl. pontokból álló figura formáját, téri helyzetét és a figurát alkotó egységek számát reprodukálni. A hiba az észlelés hiányos vagy izolált formájában nyilvánul meg.

Több észlelési egység egymás utáni bemutatásakor a perszeverációs hatás érvényesülése az átállítódás, a rigiditás zavarának jelzéseként értelmezhető.

Az észlelés vizsgálatára alkalmazott eljárások a képességvizsgálatok, részképesség-vizsgálatok csoportjába tartoznak

#### 2. táblázat Az észlelés vizsgálatára alkalmazott eljárások

A vizsgálat részterülete	Eljárás	Életkori alkalmazhatóság
<b>Vizuális észlelés</b>		
Konstancia, figura-háttér differenciálás, téri irányok, téri viszonylagosság felismerése, differenciálása	Frostig-féle vizuális percepciók fejlettségi teszt (DVPT)	4–9 évig
Formák azonosítása, formák differenciálása, téri elhelyezés különbségeinek felismerése	Benton (BVRT) I. sorozat	10–
Képazonosítás, formakirakás, téri következtetés	H-NTLA	3–18
Mintafelismerés és -másolás	MAWGYI-R (Weschler-típusú tesztek) Mozaik próbája	6–16
Mintafelismerés és -másolás	SON Mozaik	3–16
Ábrafelismerés, ábrák közötti összefüggések felismerése	Bender A	4–6
Ábrafelismerés, ábrák közötti összefüggések felismerése, orientáció, szögek differenciálása, ábramásolás	Bender B	6–11
Komplex ábra összefüggéseinek felismerése	Rey I., II.	8–14–
Téri relációk felismerése	WJ-NK	5–
Formafelismerés és formák közötti összefüggések	Columbia mentális érettségi skála	4½–

Hallás	PREFER, DIFER	
Hangok magasságának, hosszúságának és ritmikájának felismerése, differenciálása	WJ-NK	5–
Hangok differenciálása szavakban, hangsorokban	Gósy-féle GOH WJ-NK Hangmintázatok–hang	4–8
Szó- és mondatfelismerés háttérzajban, dominancia	Dichotikus hallásvizsgálat	5–
Beszédészlelés	Gósy-féle GMP*	
Állathangok és szavak megkülönböztetése hallás után	Van Uden-féle hallási diszkriminációs teszt	3–5 5–

\* Az eljárás részletebben a beszédvizsgálati résznél

#### 5.4.3.2 Irodalom

Gósy Mária: GMP-diagnosztika. *A beszédészlelés és a beszédmegértés folyamatának vizsgálata*. NIKOL Gmk. Budapest, 1995. (Átdolgozott, bővített kiadás: 2006.)  
 Illyés Gyuláné: *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1978.  
 Kósáné Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990.  
 Nagy József: *PREFER Preventív fejlettséget vizsgáló rendszer*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1986. 76. o.  
 Nagy József – Józsa Krisztián – Fazekasné Fenyvesi Margit – Vidákovich Tibor: *DIFER Diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer*. Mozaik Kiadó. Szeged, 2004.  
 Van Uden, Antonius: *Diagnostic testing of deaf children: the syndrome of dyspraxia*. Swets & Zeitlinger. Lisse, 1983.

#### 5.4.4 A tanulás és az emlékezet vizsgálata

A magasabb rendű pszichikus alkalmazkodáshoz szükségünk van arra, hogy a közvetlen megismerés útján szerzett tapasztalatainkat – a visszatükröződés eredményeként keletkezett tudati képmásokat – rögzítsük és megőrizzük, s mindezeket részint az alaposabb, részint a további ismeretszerzés során felhasználjuk. Az emlékezet a tanulást megalapozó tapasztalatok rögzítése, amely valamilyen mentális változás formájában jelenik meg. Ismereteink nemcsak eredményei, hanem eszközei is az újabb megismerésnek. Az emlékezet és a tudás fejlődése kölcsönösen feltételezi egymást: a növekvő tudásstruktúra kihat a tanulási teljesítményre, ugyanakkor a tárolás jellemzői meghatározzák, hogy hogyan megy végbe a felejtés, és ez miképpen hat vissza az elraktározott tudásra.

Az emlékezet nem egységes rendszer. A hagyományosnak tekinthető ún. társas modellek szerint (pl. Atkinson és Shiffrin) két alrendszert szükséges megkülönböztetnünk: az információk átmeneti tárolására szolgáló rövid távú emlékezetet és a gyakorlatilag korlátlan idői kapacitással rendelkező hosszú távú emlékezetet. A rövid távú emlékezet korszerű elméletei – pl. Baddeley munkamemória-modellje – szerint ez a rendszer is több komponensre bontható: a nyelvszerű információk tárolására szolgáló fonológiai hurokra, a képszerű anyagok és a téri információk manipulációját szolgáló téri-vizuális vázlattömbre, illetve a figyelmi kapacitás elosztását és a két alrendszer működését koordináló, modalitásfüggetlen központi végrehajtóra. Az utóbbi idők kutatásainak eredményei világítottak rá arra, hogy a fonológiai huroknak kiemelt szerepe van a nyelvelsajátításban és a második nyelv megtanulásban (Baddeley, Gathercole, Papagno; 1998). Szoros a kapcsolat a szótár, szókincs növekedése és a fonológiai hurok kapacitása között.

A hosszú távú emlékezeten belül Tulving nyomán két további alrendszer szokás azonosítani: az egyik az epizodikus emlékezet (az események tárolására és előhívására szolgál), a másik a szemantikus emlékezet (a tények rögzítéséért felelős). Az emlékezetben tárolt anyagok előhívása alapján beszélhetünk az információk előhívásának tudatos formáját tároló explicit emlékezetéről (az előhívás tudatos formája) és implicit emlékezetéről (az információk előhívását nem kíséri emlékezési élmény).

Az emlékezeti kapacitás fejlődésében oki szereppel bíró tényezők:

- Agyi érés (az emlékezet szempontjából központi szerepű struktúrák érése az első 4 évben a legintenzívebb)
- Gyakorlás
- A metaemlékezet megjelenése
- A tanulási stratégiák használata

Az emlékezet fejlődésének kiemelt állomásai:

- Csecsemőkor: 3 hónaposan egy hétig emlékszik vissza.
- Kisgyermekkor (1–3 év): Képes az idői-térviszonyok áthidalására, az emlékezet képi jellegű.
- Óvodáskor (3–6 év): Az emlékezet önkéntelenből szándékosá alakul, 3 éves kortól szívesen idézi fel a régi dolgokat (10-ből 4 tárgyi, 6 verbális emlék), 5-6 évesen megjelenik a szándékos bevésésre való törekvés.
- Kisiskoláskor (6–10 év): Szándékos, akarati felidézés, késleltetett felidézés, a nem mechanikus bevésés megjelenése, a verbális emlékezés intenzív fejlődése, 8 éves kor körül megjelenik az ismételtetés mint stratégia.
- Serdülőkor (11–18 év): Értelmes, logikus bevésés, vázlatok, szelekció, tartós megőrzés.

Úgy tűnik, hogy az emlékezeti képességekre a környezeti hatások lényegi befolyást gyakorolnak, s csak korlátozott mértékben beszélhetünk az emlékezeti teljesítmények „konstanciájáról”.

Az emlékezeti teljesítmények egyéni különbségeivel kapcsolatban szokás ún. emlékezési típusokról beszélni attól függően, hogy az adott személynél melyik modalításban közvetített információk biztosítják a legjobb felidézést. Egyes emberek jobban rögzítik a látási, mások a hallási, ismét mások a mozgási adatokat. Tiszta típusok ritkán fordulnak elő.

Az egyes emberek között eltérés mutatkozhat:

- a bevésés gyorsaságában;
- az emlékezés tartósságában, szilárdságában;
- az emlékezet kapacitásában, terjedelmében, pontosságában.

#### 5.4.4.1 Az emlékezet vizsgálatára szolgáló eljárások

Az emlékezet vizsgálatára irányuló eljárások több szempontból csoportosíthatók. A vizsgálat céljától függően az alkalmazott eljárás irányulhat többek között:

- az emlékezeti folyamat különböző *szakaszaira* (kódolás, tárolás, előhívás);
- az emlékek, a bevésett tartalmak különböző *típusára* (motoros, pl. szokások és mozgási készségek; képszerű; téri-vizuális; verbális; értelmi-logikai: szóbeli jellegű, logikai összefüggéseket megragadó; illetve emocionális);
- a *bevésés módjára* (mechanikus és értelmes bevésés);
- az *előhívás módjára* (önkéntelen és szándékos felidézés);
- az *időtartamára* (közvetlen, rövid távú, hosszú távú megőrzés).

A munkamemória különböző komponenseinek mindegyikéhez számos, hazánkban is rendelkezésre álló mérőeljárás került kidolgozásra. Ezek rövid áttekintését adja a 3. táblázat.

**3. táblázat** A munkamemória legismertebb mérőeljárásai

Téri-vizuális vázlattömb	Központi végrehajtó (Komplex munkamemória)	Fonológiai hurok
Corsi-kocka	Hallgatási terjedelem	Álszóismétlési teszt <sup>2</sup>
Mintázat terjedelem ( <i>Pattern span</i> )	Számolási terjedelem ( <i>Counting span</i> )	Számterjedelem <sup>2,3</sup> ( <i>Digit span</i> )
Rey-Osterrieth komplex ábra-teszt A <sup>1</sup> és B változat	Visszafelé számterjedelem <sup>3</sup> ( <i>Backward digit span</i> )	Szóterjedelem ( <i>recall of words</i> )
Knox – kocka <sup>4</sup>	N-et vissza ( <i>N-back task</i> )	Rey auditív verbális tanulási teszt <sup>1</sup> – 1. próba
Vizuális figyelemterjedelem <sup>5</sup>	Olvasásterjedelem <sup>2</sup> ( <i>Reading span</i> )	Prefer Utánmondás próba
Benton Vizuális Emlékezet Teszt <sup>6</sup>		

<sup>1</sup> A. Rey: Emlékezeti vizsgálatok – válogatás (tesztdoboz)

<sup>2</sup> Racsmány Mihály – Lukács Ágnes – Németh Dezső – Pléh Csaba: A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2005. IX. 4. 479–505. o.

<sup>3</sup> MAWGYI-R, WISC-IV

<sup>4</sup> Snijders Oomen nonverbális intelligenciateszt

<sup>5</sup> Hiskey-Nebraska tanulási alkalmassági teszt

<sup>6</sup> BVRT OS-Hungary

A hosszú távú emlékezet, a tanulás fejlettségéről nyújtanak tájékoztatást az alábbi eljárások:

**4. táblázat**

Téri vizuális tanulás	Verbális tanulás
Rey 5/25 lokalizációs próba	Rey auditív verbális tanulási teszt <sup>1</sup>
Rey emlékezeti profil – összetett emlékezeti próba <sup>1</sup>	Meixner-féle aktív szókincs, szótanulási próba
	Késleltetett történetemlékezet

A tanulási képesség jól körülírt kognitív mutatóinak mérésére ajánlott Mesterházi Zsuzsa a Tanulási képesség mérése című feladatlap-gyűjteménye (1984.).

A vizsgálati eljárás 4 blokkból áll:

- Emlékezet I.
- Szabályfelismerés, -alkalmazás
- Kreativitás
- Emlékezet II.

Az emlékezet vizsgálati feladatokban azonnali és késleltetett felidézéssel ugyanazt kell reprodukálni.

A szabályfelismerésben, -alkalmazásban változó konkrét elemek segítségével egy elvontabb azonosságot kell megragadni.

A kreativitás blokkban elemi szabályok betartásával, a feladatnak adekvát új konstrukciót kell létrehozni a vizsgált gyermeknek.

További vizsgálatok kiválasztásához és értelmezéséhez forrásként javasoljuk Kósáné (1990) Fejlődés-lélektani gyakorlatok I. című könyvének „Az emlékezés fejlődésének vizsgálata” című fejezetét.

#### 5.4.4.2 Irodalom

- Baddeley, Alan: *Az emberi emlékezet*. Osiris Kiadó. Budapest, 2001.
- Bednorz, Peter – Schuster, Martin: *Bevezetés a tanulás lélektanába*. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2006.
- Bernáth László: Tanulás és emlékezés. In: N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó. Budapest, 2004. 224–241. o.
- Járó Katalin – Kalmár Magda – Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990. 63–99. o.
- Járó Katalin – Kalmár Magda – Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok II.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990. 79–93. o.
- Mesterházi Zsuzsa: A tanulási képesség mérése. In: Illyés Sándor (szerk.): *Nevelhetőség és iskola I. Eszközök és módszerek*. Oktatókutató Intézet. Budapest, 1984.
- Németh Dezső – Racsmány Mihály – Kónya Anikó – Pléh Csaba: A munkamemória-kapacitás mérőeljárásai és szerepük a neuropszichológiai diagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2000. LV. 4. 403–416. o.
- Németh Dezső: Munkamemória, fejlődés, nyelv. In: Racsmány Mihály – Kéri Szabolcs (szerk.): *Architektúra és patológia a megismerésben*. Books in Print Kiadó. Budapest, 2002. 83–100. o.
- Racsmány Mihály – Lukács Ágnes – Németh Dezső – Pléh Csaba: A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2005. IX. 4. 479–505. o.

#### 5.4.5 A motoros jártasság vizsgálata

##### 5.4.5.1 Általános megfigyelési szempontok

- a) A mozgás dinamikája
  - Egy mozgás végrehajtása során szükséges erő kifejtés mértéke, pl. medicinlabda, majd könnyű labda gurítása megadott távolságra
  - Egy gyakorlat során szükséges feszítés (erő kifejtés) és lazítás összefüggése, pl. képzeletbeli ellenállással végzett gyakorlat és lazítás
- b) A mozgás ritmusa
  - A tempó elemzésével, ritmusváltással figyelhető meg.
  - Járás különböző tempóval
  - Járás-megállás váltogatása
  - Tapsolás, dobantás különböző ritmusban
- c) Plasztika, a tér kihasználása
  - Szimmetrikus és alternáló mozgások
  - Egyszerű utasításra a végtagok eljuttatása a tér különböző síkjaiba, pontjaiba (a tér különböző helyeire: előre, oldalra, átlósan, rézsút stb.)
  - Járás különböző tárgyak megkerülésével (megfigyelendő a gazdaságosság, a kerülés mértéke).
- d) Mozgáskoordináció
- e) Lateralitás, dominancia [lásd: 6.3.1 A motoros jártasság zavarainak megállapítása (a diszpraxia)]
- f) A mozgásszervek épsége, deformitások
 

A fizioiógias mozgás megvalósulásának feltétele a mozgásszervek épsége. A vizsgálati eljárásban főként a végtagok épségét, a fizioiógias tengelyállásoktól való eltérését, fejlődési rendellenességeit figyeljük meg.

  - A felső- és alsóvégtagok strukturális épsége

*Az általános megfigyelési szempontokat lásd még: 5.2 Jelen állapot*

#### 5.4.5.2 A vizsgálat kivitelezésének követelményei

A vizsgált testrésztől függően különböző mértékben vetkőztetjük a gyermeket.

Az ép struktúrához viszonyított megfigyeléssel, stabil, biztonságos testhelyzetben végezzük a vizsgálatot.

A vizsgálat közben az esetleges kísérő együttmozgást is meg kell figyelni.

- a) Dokumentáció, egyéb intézkedések
  - A megfigyelt jellegzetességek szakszerű szöveges összefoglalása, a fiziológiástól való eltérések feljegyzése szükséges.
  - indokolt esetben továbbküldjük a gyermeket ortopéd/neurológiai szakorvosi vizsgálatra.
- b) A nagymozgás vizsgálata
  - A nagymozgás fogalomkörébe a helyzet- és helyváltoztató mozgások tartoznak: a testhelyzetek megtartása (statikus), a helyzetváltoztatások (dinamikus), valamint a helyváltoztatás (kúszás, mászás, járás, futás).
  - Vizsgáljuk a fiziológiás fejlődés ütemének megfelelően a testhelyzetek felvételét, megtartását, a helyzet és helyváltoztató mozgásokat.
  - A járást: szimmetriát, a járás indítását, leállítását, a különböző irányokban, különböző sebességgel történő járást, a láb gördítését, az alátámasztás nagyságát, a kar kísérő együttmozgását, a járás harmóniáját.
  - Az életkori fiziológiás fejlődésnek megfelelő statikus és dinamikus tevékenységet figyeljük meg.
- c) Finommozgás, manipuláció
  - Vizsgáljuk a manipuláció szerepét a támaszkodásban, kutatómanipuláció terén, a grafo-motorium fejlődésében, valamint eszközhasználat, önkiszolgálás, önellátás terén.
  - Továbbá a célirányos nyúlást, fogást, elengedést, a támaszkodást, a vizuomotoros koordinációt, valamint a két kéz koordinált működését, a felső végtag mindennapos tevékenységét.
- d) A komplex mozgásvizsgálat leírásának részét képezi még:
  - a testtartás vizsgálata;
  - az egyensúlyozási képesség statikus és dinamikus helyzetben;
  - a koordinációs képesség statikus és dinamikus helyzetben.

#### 5.4.5.3 Irodalom

Bernolák Béláné – Mlinkó Renáta: Mozgás. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 49–81. o.

Csávás Dezsőné: A mozgásvizsgálat. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Áthelyezési vizsgálat I*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 124–131. o.

Schilling, Friedhelm: *Mozgáskoordinációs teszt gyermekek számára (KTK)*. Fordította: Huba Judit. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola. Belső Kiadvány. 1974.

Zsoldos Márta – Sarkady Kamilla: *Szűrőeljárási óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára (MSSS)*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola. Budapest, 1994.

#### 5.4.6 A beszéd és a nyelvi fejlettség vizsgálata

A *beszédvizsgálat* a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálat alappilléreét képezi, annak eredményeit tehát egy egységes rendszerbe ágyazottnak szükséges értelmezni. A beszéd- és nyelvi fejlettség területén megmutatkozó eltérések kapcsán választ kell adnunk arra az alapvető differenciáldiagnosztikai kérdésre, hogy a tünetek egy átfogó, globális elmaradás részjelenségeként jelentkeznek, vagy pedig specifikusan e területre vonatkoznak.

A gyermek/tanuló beszédállapotát alaki és tartalmi oldalról vizsgáljuk és értékeljük.

#### 5.4.6.1 A beszéd alaki oldalának, a prozódiai jellemzők megfigyelési szempontjai

- Artikuláció: a beszédszervek működése és a beszédhangok kiejtése (diszlália, paralália, alália)
- Hangképzés (préselt: hiperkinezis, levegős: hipokinezis)
- Ritmus (egyenletes, akadozó, váltakozó, szabálytalan szünetek, skandáló)
- Tempó (normális, lassú, felfokozott, atipikus tempóváltás)
- Hangerő (normális, erős, halk)
- Hangindítás (normális, kemény, hehezetes)
- Hangmagasság (normális, mély, magas, fejhang, csúszkáló/ingadozó)
- Hangszín (tisztán csengő, fátyolos, rekedt színezetű, nazális: zárt és nyílt orrhangzós beszéd, érces, éneklő)

#### 5.4.6.2 A beszéd tartalmi oldalának megfigyelése

- Beszéértés (szituációhoz kötöten, szituációtól függetlenül a szavak, mondatok és összefüggő szöveg szintjén)
- Beszédkésztesés, közlési szándék, kommunikációs törekvés (az életkornak és a helyzetnek mennyire megfelelő, társas érintkezést szabályozó nyelvi formulák használata, pl. a megszólítás, köszönés módja)
- A tartalom adekvátsága (Mennyire tudja saját gondolatait hűen kifejezni, a megfogalmazásra kerülő tartalom mennyire illeszkedik az adott helyzethez? Pl. a kérdésre válaszol-e?)
- Szókincs (kidolgozottsága, gazdagsága/szegényessége, jelentéstorzulások, idioszinkretikus szóhasználat, kontamináció, az adott szó jelentéstartományának leszűkítése/túláltalánosítása)
- Kifejezőkészség (szófajok előfordulása, mondatszerkesztés: szómondatok, tőmondatok, bővített vagy összetett mondatok)
- Fogalomhasználat

A fenti megfigyelési szempontok mentén begyűjtött információkat az egyes *nyelvi szintekre* vonatkoztatva értelmezzük és értékeljük:

- *Fonológiai szint:* az adott nyelvben releváns hangok készletéből a szavak felépítését meghatározó szabályok alkalmazásának képessége, a prozódiai elemek (úm. hangsúly, hanglejtés, szünetek) használata a beszédben.
- *Szemantikai szint:* a közlési tartalomnak megfelelő szavak (lexikai elemek) kiválogatása
- *Szintaktikai szint:* a kiválogatott lexikai elemek grammatikai kapcsolóelemek segítségével mondatná történő formálása
- *Morfológiai szint:* arra vonatkozó implicit tudás, hogy a fonémák milyen összekapcsolásban képeznek jelentést
- *Pragmatikai szint:* arra vonatkozó gyakorlati tudás, hogy a nyelvet hogyan alkalmazzuk a társas interakció eszközeként

Az egyes nyelvi szintek feltárására szolgáló, a gyakorlati diagnosztikus munkában széles körben felhasználható beszédvizsgálati módszereket az alábbi rendszerbe foglalva tekintjük át.

5. táblázat. A beszédvizsgálati módszerek rendszere

VIZSGÁLT TERÜLET									
Módszer	Expresszív beszéd					Receptív beszéd			
	Fonológiai szint	Szemantikai szint	Grammatikai szint		Fonológiai szint	Szemantikai szint	Grammatikai szint		Pragmatika
			Morfológia	Szintaktikai szint			Morfológiai szint	Szintaktikai szint	
Hangok utánzása izolált ejtésben (felnőtt minta alapján)	✓								
Tárgy/kép megnevezése	✓	✓ Tárgyak/képek megnevezése, funkciójuk leírása							
Tárgy/kép kiválasztása/felismerése					✓ (Hallási differenciálóképesség vizsgálata hasonló hangzású szavakat ábrázoló képpárok segítségével)	✓ Tárgyak/képek megnevezése/funkció szerinti kiválasztása	✓	✓	
Manipuláció szavakkal		✓ Szódefiníció oppozíciós szópárok alkotása, rokon értelmű szavak gyűjtése, jelentésárnyalatok differenciálása				✓ Szótalálás leírás alapján, átvitt jelentés, humor, abszurdítás megértése			
Mondatutánmondás	✓		✓	✓					



Mondatalkotás képek segítségével	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
Mondatbefejezés/kiegészítés	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kérésre célzott cselekvés(sor) végrehajtása tárgyakhoz/képekhez kötötten									✓	✓	✓	✓	✓	✓ (Pl. indirekt kérés, felszólítás teljesítése)
Rövid történet meghallgatása és visszakérdezése									✓	✓	✓	✓	✓	
Beszédminta nyérése provokált helyzetben – képtörténet segítségével	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
Beszédminta nyérése provokált helyzetben – dialógus (kérdés-felelet) alatt	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓
Szöveg emlékezetből való felidéztetése (pl. vers, mondóka)	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
Spontán beszéd	✓	✓	✓	✓	✓	✓								

(Forrás: Kuncz–Mészáros)

A beszédszervek állapotát és működését a vizsgálat során több helyzetben is megfigyeljük: nyugalmi helyzetben, spontán beszédben, hangképzés nélküli artikulációs mozgások kivitelezése közben (önállóan; utasításra, pl. csücsörítés, csettintés, puszidobás; felnőtt által bemutatott minta leutánzásával; tükör előtt; beszédszervek direkt beállításával), illetve fonációval kísérve (pl. állathangok utánzása, alternáló artikulációs mozgásokra épülő ciklikus és aciklikus hangsorok ismételtetése). Megfigyeljük és rögzítjük az ajkak, a nyelv, a fogazat, az állkapocs, a szájpadlás, illetve a nyelés- és légzéstechnika feltűnő eltéréseit (pl. nyálfolyás, működésbeli aszimmetriák).

Verbális kommunikációt korlátozott mértékben használó, illetve nem beszélő gyermekek esetében fontos az alábbi szempontokat megfigyelni:

- Kivel és hogyan kezdeményez a gyermek interakciót?
- Milyen eszközökkel kommunikál?
- Milyen helyzetben használ hangokat? Milyen hangadásra képes (állandósult hangkapcsolatok, szótöredékek meghatározott/változó közlési szándékkal)?
- Milyen mértékben használja a gesztusokat, a mimikát? Ezek használata mennyire adekvát, szokásos? Hogyan viszonyul ez a verbális közlésekhez (helyettesíti, megerősíti/ellentmondásban áll vele)?
- Utasításra, kérésre milyen cselekvést végez?
- Kérésre, tiltásra leállítja-e az aktuálisan folyamatban lévő tevékenységet?
- Mennyire figyel az auditív ingerekre? Mennyire kelti fel a beszéd a figyelmét?
- Mennyire motivált a beszéd utánzására?
- Törekszik-e arra, hogy a beszélő arcát figyelje?
- Kialakít/felvesz-e szemkontaktust?
- Előfordul-e echolália?
- Hogyan reagál arra, ha nem értik meg?

A nem vagy alig beszélő gyerekek vizsgálatánál kiemelt jelentőségű a játék megfigyelése, mivel az a komplex vizsgálat részeként fontos differenciáldiagnosztikai támpontot szolgáltat.

A beszédvizsgálat során tisztázni kell a *megnevezésen* (pl. tárgyképet megnevez), az *utánmondáson* (önálló megnevezés sikertelensége esetén felnőtt modell leutánzása) és a *megértésen* (pl. több kép közül a felnőtt által megnevezett kiválasztása) alapuló feladathelyzetekben megmutatkozó teljesítmények egymáshoz való viszonyát.

A beszédvizsgálat során gyűjtött információkat rendszerezve (az expresszív és receptív beszéd egyes szintjei alapján a nyelvi profil megrajzolásával) megállapítjuk, hogy mely nyelvi területek és milyen mértékben érintettek. Az eredmények tükrében mérlegeljük, hogy indokolt-e célzott segítség, vagy látunk-e lehetőséget a probléma spontán rendeződésére. Fontos továbbá szükség esetén javaslatot tenni további kiegészítő (pl. pszichiátriai, neurológiai, fül-orr-gégészeti, audiológiai) vizsgálatok elvégzésére.

*A beszédvizsgálat során tett megállapításokat összevetjük*

- az *életkorra vonatkozó normatív adatokkal*, amelyhez támpontként a beszédfejlődés tipikus menetének ismerete szolgál;
- az *anamnézis adataival*, különös tekintettel a *beszédfejlődésre* és a *beszédállapot-beszéd-környezet összefüggéseire* (pl. élt-e a család idegen nyelvi környezetben, otthon mennyit beszél, mennyire bátorítják beszédre);
- az *átfogó mentális képességekkel*, a kognitív funkciók fejlettségével;
- a *szociokulturális háttértevénytől*;
- az *intézményes neveltetésre vonatkozó adatokkal*;
- a *korábbi intervencióra* vonatkozó információkkal.

### 5.4.6.3 Irodalom

- Agin, Marilyn C. (2004): *The „late talker” – when silence isn’t golden*. *Contemporary Pediatrics*. [on-line] <http://www.contemporarypediatrics.com/contpeds/article/articleDetail.jsp?id=132720>
- Aneja, S. (1999): Evaluation of a Child with Communication Disorder. *Indian Pediatrics*, 36: 887–890. [on-line] <http://www.indianpediatrics.net/sep4.htm>
- Bowen, Caroline (2001): *Ages and stages. Developmental milestones for receptive and expressive language acquisition*. [on-line] [http://members.tripod.com/Caroline\\_Bowen/devel2.htm](http://members.tripod.com/Caroline_Bowen/devel2.htm)
- Feketéné Gacsó Mária (szerk.): *A logopédiai vizsgálat*. OPI. Budapest, 1990.
- Gerebenné Várbíró Katalin: Akadályozott beszédfejlődésű gyerekek fejlettségének mutatói, s ezek hatása a szelekcióra. In: Gerebenné Várbíró Katalin (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a beszédhibások pszichológiája köréből. II. kötet*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest, 1995. 76–103. o.
- Gerebenné Várbíró Katalin: *A fejlődési diszfázia és diszlexia tünetegyüttesének szerepe az iskolai pályafutás alakulásában három eset gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai vizsgálatának tükrében*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Szakszolgáltató és Szakmai Szolgáltató Központ. Budapest, 2007.
- Gósy Mária – Kassai Ilona: A normális beszéd- és nyelvfejlődés. In: Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Szöveggyűjtemény a gyermeki nyelv és beszédfejlődés köréből. Kézirat*. 1990. 77–83. o. (Tankönyvkiadó. Budapest, 1991)
- Juhász Ágnes (szerk.): *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Új Múza Kiadó. Budapest, 1999.
- Knijff, Wilma Alkina: *Diagnostics in children with language problems: Differences between a multidisciplinary and monodisciplinary procedure*. Ph.D. thesis. Rijks University. Groningen, 2003.
- Leonard, Laurence B.: *Children with specific language impairment*. The MIT Press. Cambridge, MA, 1998.
- Mérei Ferenc – Binet Ágnes: *Gyermekelektan*. Gondolat Kiadó. Budapest, 1993.
- Mészáros Andrea: *Óvodáskorú diszfáziás gyerekek képességstruktúrájának sajátosságai a Hiskey–Nebraska tanulási alkalmassági teszt tükrében*. Szakdolgozat. ELTE PPK. 2005.
- Paul, Rhea: Language and speech disorders. In: Hooper, Stephen R. – Hynd, George W. – Matison, Richard E. (eds): *Developmental disorders. Diagnostic criteria and clinical assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publisher. Hillsdale, New Jersey, 1992. 209–238. o.
- Pléh Csaba – Kovács Gyula – Gulyás Balázs (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Osiris Kiadó. Budapest, 2003. 561–584. o.
- Simpson, Joy – Rice, Mabel L.: (2003) *Top 10 things you should know... about children with Specific Language Impairment*. National Information Center for Children and Youth with Disabilities, fact sheet number 11, January. [on-line] <http://www.ninhcy.org/pubs/factshe/fs11txt.htm>

### 5.4.7 A viselkedés (magatartás) vizsgálata

A vizsgálati szituáció a valóságos élethelyzetek modellje, amelyben a megismerés érdekében

- a célok és akadályok jobban körülírtak;
- a megnyilvánulások normákhoz viszonyíthatók.

#### 5.4.7.1 Kiemelt területek

##### a) A vizsgálatvezetőhöz való viszony

- *Kapcsolatteremtő képesség* (mennyire könnyen, gyorsan, tartósan valósítható meg, ha nehezen alakítható ki, akkor milyen eszközzel, a gondviselő jelenléte hogyan befolyásolja).
- *Kooperabilitás* (az együttműködési készség színvonala és tartalma)
  - Jó kooperáció: elfogadja a tevékenység irányítását, érdeklődésének terelését.

- Mennyire tartós, hogyan lehet fenntartani?
  - Beállítódás a vizsgálatvezetőhöz
  - b) A feladatvégzéshez való viszony
    - *Motiváció*: mi indítja tevékenységre, mi tartja fent azt: – szociális siker, funkcióöröm, igény szint (siker és kudarc hatása), telítődés, monotoniatűrés
    - *Feladattudat*
      - Feladattartás, magatartásszabályozás, viselkedési érettség
      - Függ: az életkortól, érettségtől, előéletől, tapasztalatoktól, nevelői attitűdtől, intézményes neveléstől
    - *Az önálló feladatvégzés szintje* (döntő: a környezeti tényezők, viselkedési sémák tanulása)
      - Igényli-e és milyen mértékben a segítséget, az állandó kontaktust, ellenőrzést, biztatást?
      - Fontos differenciáldiagnosztikai támpont (l. az értelmi fogyatékoság szociális kritériuma)
    - *Pszichomotoros tempó*
  - c) Személyiségjellemzők
    - *Megjelenés* (alkat, ápoltság, szomatikus érettség)
    - *A vizsgálati helyzethez való attitűd*
    - *Szokatlan viselkedéselemek* (pl. perszeveráció, bizarrériák, sztereotip mozdulatok, furcsa, atipikus verbalizáció)
    - *Nyelv* (a magyar nyelv használatának könnyedsége, esetleges kétnyelvűség, kifejezőkészség, artikuláció)
    - *Figyelem és koncentráció*
    - *Esetleges látás-/hallás-/motoros problémák*, ezek korrigáltak-e (szemüveg, hallókészülék, egyéb gyógyászati segédeszközök, rehabilitációs eszközök)
    - *Hangulat/érzékenység* (a gyereket övező emocionális légkör)
      - Alaptónus versus pillanatnyi állapot
    - *Oldottság, szorongás* (az alkalmazkodás dinamikus tényezői)
    - *Énkép, önértékelés* (Fejlődése jelentős mértékben a „szociális tükör” függvénye.)
  - d) Küzdőképesség (coping style)
    - *Túlzott reakció*
      - Fészkelődés, nyugtalanság (Ruházatán matat, lábát rázza, dobog az instrukció alatt.)
      - Figyelemfókuszálási problémák (Körbenézeget, elfelejti az instrukciókat, a környezeti zajokra figyelme elterelődik, irreleváns kérdésekkel szakítja meg az instrukciót.)
      - Cselekvéses impulzivitás (Nem gondolja végig a feladatot, hamarabb belekezd, részletek fölött elsiklik, a hibázás erősen frusztrálja.)
      - A kitartás hiánya (A feladat befejezése előtt feladja, feladatvégzése az inadekvát beszélgetés miatt elhúzódik.)
      - Túlértékeli saját képességeit (Saját maga számára fokozza a feladat nehézségét.)
      - Sikertelenség okozta diszkomfortérzet, izgatottság (Nem folytatja a feladatot, hamar feladja, vegetatív tüneteket produkál.)
    - *Alulműködés*
      - Félénk, bizonytalan (Több támogatást, segítséget igényel.)
      - Érzelmileg feszült (Erőtlően dolgozik, kapkodóvá válik, különösen, ha motiválják.)
      - Letargikus (Nehezen kelthető fel az érdeklődése a feladat iránt, válaszadása lassú, nem tesz kísérletet a hibák korrigálására.)
    - *Negativizmus*
      - Segítségre való rászorultságot kelt, szimulál (nyilvánvaló dolgokban is segítséget kér).
      - Opponáló (Kifogást talál, hogy elhárítsa a feladatot.)
      - Egyéb reakciók a teszthelyzetben
- Fontos elkülöníteni, hogy az észlelt magatartásbeli/személyiségfejlődési eltérés elsődleges-e, vagy következményes.

Ajánlott a strukturált megfigyelési szempontokon túl a magatartás vizsgálata során kérdőíves módszereket alkalmazni. Így például az újonnan magyar mintán adaptált Pszichopatológiai tünetlistát (SAFA), amely gyermekek és serdülők magatartásának vizsgálatára alkalmas. (Cianchetti–Fancello, 2001.) Elterjedt belső használatra a Gyermek viselkedési kérdőív (Gádos-Rózsa–Kő, 1997) is, amely többek között azért előnyös, mert a szülőnél, a pedagógusnál és a vizsgált gyermeknél (elkülönítve a fiú és lány normát) közvetlenül is tájékozódik a viselkedés problematikájáról. A viselkedés profilja a felvett kérdőív segítségével rajzolható meg.

Ez utóbbi kérdőívek értelmezéséhez pszichológusi szaktudás szükséges.

Általában a korszerű kognitív képességet vizsgáló eljárások mellé a tesztkészítők már a magatartás részletesebb megfigyelését elősegítő szempontsorokat is közölnek, megerősítve azt, hogy minden vizsgálatkor az egész személyiséget figyelembe véve célszerű eljárni.

A súlyos, tartós viselkedési zavarok esetén a komplex vizsgálat részeként szakpszichológusi kompetencia mellett szakorvosi megítélés is szükséges.

#### 5.4.7.2 Irodalom

- Achenbach, Thomas (1991.): *Child Behavior Checklist*. [on-line] <http://cps.nova.edu/~cpphelp/CBCL.html>. Magyar fordítás: Gyermekviselkedési kérdőív. ELTE belső kiadvány.
- Gádos Rózsa – Rózsa Sándor – Kő Natasa: *A Gyermekviselkedési kérdőív*. Kézirat. 1997.
- Cianchetti, Carlo – Sannio Fancello, Giuseppina (2001.): *Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára*. Magyar adaptáció: Kő Natasa. Forgalmazza: OS Hungary Tesztforgalmazó Kft.
- Pálhegyi Ferenc: A személyiség jellemzése. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Az átlézési vizsgálat I*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 117–124. o.
- Stott, D. H. – Moyes, F. R. – Henderson, Sh. E.: *TOMI, Test of Motor Impairment, U. S. Standardization Manual, Henderson revision*. The psychological corporation, Harcourt Brace Jovanovich INC. 1984
- Van Uden, Antonius (1989): *Tesztmagatartás kérdőív*. Fordította: Csányi Yvonne. ELTE GYOSZI belső kiadvány.

#### 5.4.8 A tanulási motiváció vizsgálata

A tanulói teljesítményképességek megítélésekor központi helyet kell kapnia a motiváció vizsgálatának. A terhelhetőség, fáradékonyság, motiváció azok a független változók, amelyeket a vizsgálat során egyenletes szinten kell fenntartani ahhoz, hogy megfelelően tudjuk vizsgálni a gyermekek ismeretét és képességszintjét. Az értelmi erők vonatkozásában azonos feltétellel induló vizsgálati személyeket a sikeres és a lehetőségekhez képest sikertelen csoportok tagjait a *kitartás, az önbizalom és a célra törő magatartás* különíti el egymástól. A hosszú távú eredményesség tehát sokkal inkább a személyiség függvénye, semmint pusztán az intellektuális adottságoké. Természetesen a szociális környezet is (a tanulmányokat támogató vagy zavaró, nehezítő módon) komoly szerepet játszik, hatása nem hagyható figyelmen kívül.

A tanulás sikerességében szerepet kap a megfelelően kialakított tanulási környezet, a jó társas légkör, a személyes tanár-diák kapcsolat, illetve az iskola szervezeti normái, az irányítási és vezetési struktúra, a szabályok és az értékelési rendszerek. A pozitív klíma, az együttműködés, az elfogadó közösség, a társas támogatás és facilitáció, a csoport motiváló ereje a tanulási motivációt növelni képes háttértényezők.

A tanulmányi teljesítmény és a mentális képességek közti diszkrepancia mértéke szerint a gyermekeket/fiatalokat négy csoportba lehet (Kuncz–Mészáros–Nagyné, 2005.) sorolni:

1. csoport: A tanulmányi teljesítmény a képességeknek megfelelően alakul, nincs diszkrepancia (megfelelő lendület, nagy belső energiák, tanulásra való orientáció, autonóm személyiségjegyek, jó adottságok esetén ők a potenciális tehetségesek).

2. csoport: A tanulmányi teljesítmény átmenetileg, különböző okok miatt (pl. serdülőkori krízis) a képességszint alatti, a diszkrepancia nem tartós (a válságon túljutva – amihez esetlegesen pszichológiai támogatás szükséges – újra megfelelő teljesítményre képesek).
3. csoport: A tanulmányi teljesítmény gyenge belső energiák következtében tartósan elmarad a képességek alapján elvárható szinttől, a diszkrepancia tartós és nagy mértékű (alig terhelhető, motiválatlan; ha motivált is az intellektuális ismeretszerzésre, akkor nincs energiafedezetük igényeik realizálásához; a teljesítmény erősen hullámzó, a részeredmények szélsőségesek).
4. csoport: A tanulás, az intellektuális ismeret nem érték, így ennek nincs is reális motiváló ereje. A verbalitás szintjén esetleg megjelenik a tanulási vágy, de az anticipált pályaképben, életcélban más értékeket preferálnak. Ezzel az ambivalenciával azt a családi kettősséget prezentálják, amelyben élnek: nincs túl mély gyökere az akadémikus tudás tiszteletének, legfeljebb a szavak szintjén közvetítik ezt; az életvitel és életfelfogás mindennek ellentmond.

#### 5.4.8.1 Vizsgálati módszerek

A motiváció vizsgálatának célszerű eszköze a strukturált megfigyelés, illetve a különféle kérdőíves módszerek.

A korai életkorban érdemesebb a gyermek érdeklődését spontán helyzetben megfigyelni.

A megfigyelés kérdéskörei:

- a) Mi köti le? Milyen tartalmak érdeklik?
- b) Mennyi ideig irányul a figyelem az adott érdeklődési körre?
- c) Mi az, ami eltereli; külső vagy belső ingerek-e?
- d) Érdeklődése (vissza-) terelhető-e, illetve mivel terelhető, hogyan?

Iskoláskorban a motivált magatartás leírására a kérdőívek használata célszerű.

A Gyenei Melinda által szerkesztett (évszám nélkül) kérdőív 16 tételből álló kérdéssor (Kozéki modellje nyomán) 9 alapotívum felmérését szolgálja:

- (Otthoni) meleg érzelmi kapcsolatok, empátia
- (A nevelőkkel való) identifikáció
- (A társakkal való) összetartozás
- Independencia, az önálló megismerés vágya
- Kompetencia, általános tudásvágy
- Érdeklődés, izgalmas együttes aktivitások öröme
- Kölcsönös bizalom, lelkiismeret, önértékelés
- Normakövetés, a rend motiváló hatása
- Felelősségérzet

Ezek az alapvető motívumok 6 faktort alkotnak, amelyek 3 átfogó dimenzióba foghatók össze:

- I. Affektív-szociális dimenzió (3 item):
  1. Melegség, odatartozás, intim érzelmi kapcsolat motívumai
  2. Szociabilitás motívuma, jó szociális pozíció fenntartása, elfogadottság
- II. Kognitív-aktivitási dimenzió (7 item):
  1. Kompetencia, saját érdeklődés követése, az aktivitás élvezete, tudásszerzés, tökéletesedés
  2. Érdeklődés, érdekes közös aktivitás
- III. Morális-önintegratív dimenzió (5 item):
  1. Felelősség, saját értékrendszer követése
  2. Normakövetés, értelmes szabályok elfogadása, kötelesség teljesítése

Egy másik módszer szerint (Réthy, 1981) iskoláskorban a motivált magatartás megfigyelésének fontos szempontja a konkrét helyzetekre irányulás (pl. a házi feladat elkészítésére; kiegészít-

tő feladatok vállalására; illetve az önként kezdeményezett spontán megnyilvánulások minőségének, számának elemzésére).

Kérdőívvel fontos lehet továbbá:

- A tanulási attitűd feltérképezése (Bernáth és mtsi. 1981.; id. Kósáné, 1984)
- A különböző tantárgyak iránti érdeklődés (Duckworth-Entwistle, 1974.; id. Kósáné, 1984) és attitűd (Kiss, 1973.; id. Kósáné, 1984)
- Az iskolához fűződő érzelmi viszony (Veczkó, 1975.; id. Kósáné, 1984).

Az újabb kutatásokban Józsa (2003) és Fazekasné Fenyvesi Margit, Szvatkó Anna (2006) az elsajátítási motiváció jelentőségét és vizsgálatát hangsúlyozza. Az elsajátítási motiváció humánspecifikus késztetés, amely aktivizálja és integrálja a tanulás folyamatát. Értelmi, szociális és motoros komponensekre bontható. Az elsajátítási motiváció vizsgálható megfigyeléssel, például játéktevékenység vagy feladatvégzés közbeni megfigyeléssel és/vagy kikérdezéssel.

Megfigyelés esetén a kitartás az egyik legfontosabb jellemző szempont.

Az elsajátítási motiváció kikérdezéses módszerét Morgan (1998) nyomán (Dimension of Mastery Questionnaire) Józsa (2003) adaptálta hazai alkalmazásra.

A tanulási motiváció sokoldalú feltérképezése támpontot adhat a tanulás iránti pozitív viszony kialakításának folyamatában.

#### 5.4.8.2 Irodalom

Fazekasné Fenyvesi Margit – Szvatkó Anna: Tanulási motiváció – iskolai sikeresség-eredményesség. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanuló Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 171–188. o.

Gyenei Melinda: Kísérleti tapasztalatok az iskolai motiváció mérése terén. *Iskolapszichológia*, 16. Budapest (évszám nélkül)

Józsa Krisztián: *Az elsajátítási motiváció fejlődése és összefüggése a kognitív alapkészségekkel 4–16 éves korban*. PhD-értekezés. Szeged, 2003.

Kósáné Ormai Vera – Porkolábné Balogh Katalin – Ritoók Pálné: *Nevelés-lélektani vizsgálatok*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1984. 4. fejezet: Érzelmi motivációs tényezők. 327–351. o.

Kuncz Eszter – Mészáros Andrea – Nagyné dr. Réz Ilona: Szakiskolás tanulók bemeneti képességvizsgáló rendszere. In: Márkné Ettlinger Zsuzsa – Tápi Ferencné – Földes Tamás (szerk.): *Szocializált esélyteremtő oktatás és/vagy az oktatás esélyteremtése, szocializációja*. XI. Soproni Logopédiai és Pedagógiai Napok. A „Fogjuk a kezdet!” Egyesület kiadványa, 2005. 124–134. o.

N. Kollár Katalin – Szabó Éva: Tanulási szokások és módszerek. *Iskolapszichológia*, 25. Budapest, 2001. 53–66. o.

N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó. Budapest, 2004.

Réthy Endréné: *Motiváció, tanulás, tanítás*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest, 2003.

Szabó Éva – N. Kollár Katalin: A tanulók életmódjának kérdőíves vizsgálata. *Iskolapszichológia*, 25. Budapest, 2001. 5–52. o.

## 5.5 AZ ALAPVETŐ ISKOLAI TELJESÍTMÉNYEK VIZSGÁLATA

### 5.5.1 Az olvasás vizsgálata

A vizsgálat célja az olvasási teljesítmény színvonalának felmérése, az esetleges elmaradás mértékének, sajátos megjelenési formájának és feltételezett okának megállapítása a háttértényezők ismeretében.

Az olvasás számos külső és belső tényező együttesének eredménye, ebből kifolyólag az olvasási teljesítmény megítélésekor az alábbiakat vesszük figyelembe:

- Az érzékszervek állapota (hallás, látás)
- A beszéd területén jelentkező formai vagy tartalmi zavarok
- Intelligenciaszint
- Szociokulturális miliő, az olvasáskultúrához való viszony
- Alkalmazott oktatási módszer
- A szervezett oktatásban eltöltött időtartam, gyakorlási lehetőség

#### 5.5.1.1 Az olvasás vizsgálatára alkalmas eljárások

Az olvasás vizsgálatára használhatók a Meixner Ildikó által évfolyamonként összeállított ún. „Meixner-féle olvasólapok”, illetve alkalmazhatók egyénileg kialakított feladatsorok. Az olvasólapok kialakításának legfontosabb szempontjai az alábbiakban összegezhetők Láng Iringó (1981) nyomán:

- A betűket úgy rendezzük, hogy a leggyakrabban előforduló hibázásokat könnyen fel lehessen ismerni.
- Egyrészt a formailag felcserélhető betűk, másrészt a gyermekkori pöszeség során előforduló hangcserék betűalakjai kerülnek egymás mellé.
- A betűsorban egy-egy betű többször is szerepeljen, mert ha a gyermek bizonytalan a felismerésben, esetleg az első mutatóskor ráhibázhat, és így hamis képet kaphatunk.
- A nehézségi sorrend miatt először magánhangzóval kezdő szótagokat olvastatunk, amelyeket a mássalhangzóval kezdődő szótagok követnek.
- Részesítsük előnyben az értelmes szótagokat!
- A szavak és mondatok összeállításánál ügyeljünk arra, hogy az olvasólapon ne szerepeljen ismeretlen szó, kifejezés!
- Az olvasólapon a betű-, szótag- és szósorok nyomtatott kisbetűvel szerepeljenek, a mondatok és összefüggő szöveg kövesse a helyesírás szabályait!
- Rövidebb szavaktól haladunk a hosszabb szavak olvastatása felé.
- A mondatok esetében is a nehézségi sorrendet kell figyelembe vennünk; a tőmondatról kell a bővített mondatra áttérni.

#### 5.5.1.2 Az olvasási készség vizsgálatának menete

Javasolt, hogy az olvasásvizsgálatot megelőzze a beszédvizsgálat az esetleges beszédhibák, hangcserék feltérképezése céljából, s egyúttal a gyermek feltételezett olvasási szintjéről is ismereteket szerezhethetünk. Mindehhez fontos támpontként szolgál a pedagógiai jellemzés idevonatkozó része, amelyből kirajzolódik az adott tanuló olvasási szintje és az évfolyamára előírt követelmények közti viszony.

#### 5.5.1.3 A vizsgálat területei

- a) *Betűfelismerés*: izolált magánhangzó-, majd mássalhangzó-sorozat olvasása
- b) *Összeolvasás* szótag- és szószinten: ha a gyermek nem tudja az olvasást elkezdni, az első két szótag esetében segítünk.
- c) *Olvasásértés* szavak, mondatok, illetve szöveg szintjén: az olvasottak megértését képegyeztetés vagy kérdés-felelet formájában ellenőrizhetjük.

#### 5.5.1.4 Az olvasási teljesítmény elemzése

Minden feladat esetében két szempontból kell vizsgálnunk a gyermek olvasási teljesítményét.

- a) *Technikai szempontból* (pontosság és tempó): Megfelel-e az adott évfolyamra előírt tantervi követelményeknek, figyelembe véve az adott osztályban alkalmazott tanítási módszert és ütemezést?
- b) *Tartalmilag*: Megértette-e a szöveg gondolati tartalmát?



Amennyiben a tanuló ezeknek a követelményeknek nem felel meg, ki kell deríteni, hogy milyen pszichés funkciók zavara hat kedvezőtlenül a folyamatra, ez azonban már túlmutat a pedagógiai diagnosztika hatáskörén: pszichológiai vizsgálatot igényel (l. beszédvizsgálat, intelligenciavizsgálat, anamnesztikus adatok).

Az olvasásértés gyengesége mögött többféle ok húzódhat meg:

- Nem tudja a gyermek az olvasott szöveg elemeit, illetve összefüggéseit megjegyezni (emlékezési probléma).
- Nehézséget jelent a betűk felismerése, így nem tud a jelentésre figyelni, a szöveget hibásan olvassa el (technikai probléma).
- Az olvasott szó akusztikus képéhez nem asszociálódott emlékkép arról, amit a szó jelöl (a gyermeknek más akusztikus-beszédmotoros emléknymai vannak az adott szóról, nem ismeri a gyermek az illető fogalmat).
- A szöveg értelme meghaladja a gyermek általános fejlettségi szintjét, illetve ismeretkörét.

Az olvasási képesség vizsgálatában jól hasznosíthatók a Romankovics-féle olvasólapok is.

#### 5.5.1.5 Irodalom

Csépe Valéria: Az olvasás és íráskészség zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest, 2000. 241–278. o.

Juhász Ágnes (szerk.): *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Új Múzsza Kiadó. Budapest, 1999.

Láng Iringó (1978): Olvasásvizsgálat. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: *Az áthelyezési vizsgálat I. OM*. Budapest, 1978. 141–153. o.

Romankovics András: *Így tudok olvasni (írni) 1–4*. Felelős kiadó: Romankovics András. Mogyoród, 1998.

Torda Ágnes: Az olvasás- és írászavar diagnosztikája és terápiája. In: Józsa Krisztián (szerk.): *Az olvasási képesség fejlődése és fejlesztése*. Dinasztia Tankönyvkiadó. Budapest, 2006. 207–233. o.

### 5.5.2 Az írás, helyesírás vizsgálata

A vizsgálat célja az írásteljesítmény színvonalának felmérése, az esetleges elmaradás mértékének, sajátos megjelenési formájának és feltételezett okának megállapítása a háttértényezők ismeretében.

#### 5.5.2.1 Az írástanulásra való érettség

Az olvasástanuláshoz szükséges külső és belső feltételek (lásd: 5.5.1 Az olvasás vizsgálata) egyben az írástanulás alapját is képezik. Ezeken túlmenően az írástanulás speciális előfeltétele a grafomotoros készség megfelelő fejlettsége, amely lehetővé teszi:

- a különböző téri helyzetű elemi geometriai alakzatok másolását;
- az összetett formák vizuális analízisét-szintézisét követően a másolás sikeres kivitelezéséhez a mintákat író-rajzoló mozgásoknak megfelelő tagolást;
- a részekről részekre haladó másoló tevékenység szukcesszíven rendezett cselekvéssorként (pl. egységek sorrendjének megtartása) történő lefuttatását;
- a mintaelemek, a részletek egymáshoz való viszonyának, kapcsolatának leképezését.

Az írástanulásra való *alkalmatlanság* hátterében az alábbi okok állhatnak:

- a) Érzékszervi sérülés (pl. a látásélesség problémája) vagy a vizuális percepció fejletlensége/zavara
- b) A mozgásfunkciók fejletlensége vagy sérülése
- c) A grafomotoros, illetve a vizuomotoros koordináció éretlensége/zavara
- d) A feladattudat és feladattartás kialakulatlansága, a figyelem, érdeklődés, kitartás stb. fejletlensége

Az írástanulásra való alkalmasság (vizuomotoros koordináció) vizsgálatának elemei:

- a) A téri pontokhoz való igazodás manipulációs helyzetben
- b) Átírás, téri pontok összekötése
- c) Vonalak, formák, betűelemek, betű másolása

Az írástanulásra való érettség esetén

- átíráskor a mintavonaltól való eltérés nem haladja meg a 2-3 millimétert;
- másolásnál sikeres a vonalrendszerhez való igazodás;
- az egyenes és a körvonal grafomotoros lekövetése pontos;
- a karika és a tojásforma grafomotoros diszkriminációja egyértelmű.

#### 5.5.2.2 Az íráskészség

Az íráskészség szintjének vizsgálatakor a gyermek írásteljesítményeit a tantervi követelményekhez viszonyítjuk.

Az *íráskészség fejletlenségének* hátterében a korábbiakban felsoroltakon túl a következők állhatnak:

- Az akusztiko-beszédmotoros funkciók fejletlensége, a funkciók analízisének és szintézisének zavara, amikor az írásbeli elmaradás olvasásproblémával is együtt jár.
- A figyelmi, motivációs, illetve végrehajtó működés zavara esetén az írásteljesítményre figyelmetlenségi hibák (elírások, javítgatások), az írástempó lassúsága, illetve rendezetlen írásképp jellemző.
- Mozgászavar, az idegrendszeri vagy mozgásszervi sérülés esetén az írás problémája a szélesebb körben megnyilvánuló mozgászavarnak csupán egyik tünete.

Komplex gyógypedagógiai vizsgálati keretben fontos az írásteljesítmény és a mentális összteljesítmény összefüggésével kapcsolatban szem előtt tartani, hogy

- a) az íráskészség elmaradása önmagában nem jelzi megbízhatóan az értelmi fogyatékossgot;
- b) az íráskészség megfelelő színvonala nem zárja ki az értelmi fogyatékossg diagnózisát;
- c) az esetek döntő többségénél nincs olyan idegrendszeri funkciózavar, amelynek az íráskészség fejletlensége, az írászavar volna az egyetlen tünete.

Az íráskészség vizsgálatának elemei nehézségi sorrendben:

- a) Írott szöveg másolása (A tanuló készen kapja, látja az írott betűk formáját.)
- b) Nyomtatott szöveg másolása (Már emlékezni kell az írott betűalakokra.)
- c) Tollbamondás (A hallott szavak akusztiko-beszédmotoros elemzését, a szavak hangokra való felbontását, a megfelelő betűképek felidézését s a betűk megfelelő sorrendben való leírását feltételezi.)
- d) Ismert szöveg emlékezetből történő leírása (például vers, személyi adatok stb.), ami az emlékezeti funkciók megfelelő színvonalát várja el.
- e) Fogalmazás írása (nyelvi anyag, a szöveg önálló létrehozása, szövegezése, megformálása)

Az írásteljesítményt befolyásoló legfontosabb tényezők négy csoportba sorolhatók:

- a) A feladatkijelölés módja (l. nehézségi sorrend)
- b) A pszichológiai szempontból egyre összetettebbé váló íráshelyzet az írásteljesítmény színvonalában kétféle módon is tükröződhet:
  - Az újabb és egyre magasabb rendű pszichikus folyamatok elvonhatják a tanuló figyelmét az írásmozgások kivitelezéséről, így komplexebb helyzetekben az írásképp rendezetlenebbé válhat, lassulhat az írástempó, növekedhetnek a hangjelölési hibák.
  - Az íráshelyzetbe bekapcsolódó újabb, magasabb rendű pszichikus funkciók közül valamelyik sérült, és ez a zavar fog tükröződni az írásteljesítményben.
- c) Az írás külső feltételeinek változtatása: az íráskészség maximális szinten olyan külső feltételek mellett nyilvánul meg, amelyek között kialakult; vagyis meghatározott testtartással, íróeszközzel és meghatározott füzetben történő írás folyamán.
- d) Az írástempó változtatása: ha a tanulónak írásfelettségi színvonalánál gyorsabban vagy lassabban kell írni, akkor ez az írásteljesítményt általában rontja.

### 5.5.2.3 Írásteljesítmény elemzésének szintjei és az azokhoz kapcsolható tünetek

#### 1. szint: Kódolás

- Betűtévesztések az olvasásban fellépőknek megfelelően (a hiba esetleg nem jön létre, de elakadás jelzi). Rosszul elkezdett betűk
- Szekvenciazavar: tükörírás, felcserélés, elhagyás, kihagyás, hozzátoldás, betoldás, értelmetlen változtatás, értelmetlen változtatás

#### 2. szint: Írás, helyesírás

- Betűtévesztés: betűtípus (írott/nyomtatott, kisbetű/nagybetű); betűfajta (j/ly); fonetikai probléma (nem fonetikus/időtartam/írás, fonetikus írás)
- Tagolás: szavak tagolása (egybeírás/külön írás), szavakon belüli tagolás/elválasztás; mondatok tagolása (írásjelhiány/többszörlet/inadekváció, nagybetű/kisbetű).
- A szöveg lejegyzésének hibája: kihagyás, változtatás
- A nyelvhasználat problémája (pl. morfológiai, grammatikai eltérés)

#### 3. szint: Írástechnika – formai elemzés

- Kivitelezés
  - Összbenyomás: maszatos, javítgatott, szabálytalan
  - Tagolási probléma: térkitöltés (margóhiány/többszörlet); egybeolvasztás, túltagolás; kohézió (zsúfolt, széteső, kusza)
  - Elhelyezési probléma: sorhelyzet (alpvonalon, eltér, változó); sorhiány, sorforma (egyenes, egyéb)
  - Méretprobléma: függőleges méret (középzóna kicsi/nagy/ingadozó, zónadominancia alsó/felső/középső/nincs); vízszintes méret elsődlegesen/másodlagosan szűk/keskeny
  - Grafémaalakítási probléma: célszerűtlen formálás, alakhiba, egyszerűsítés, díszítés, sablonosság
  - Mozgáskivitelezési probléma: vonalvezetés (bizonytalan, tremor, mozdulatkisiklás); vonalforma (szöges, íves, fonalas); nyomás (hiány, többszörlet, ingadozó); dőlés (jobbra, balra, ingadozó), ceruzafogás (görcsös, markoló)
  - Testtartás és annak változásai, együttmozgások (fejen, másik végtagon); írás közben a kar továbbhelyezése (folyamatos/szakaszos); az ujjak, csukló, könyök mozgásainak koordinációja; ceruzatartás (merev, görcsös, laza)
- Írástempó, -ritmus: lassú, gyors, kapkodó, egyenetlen, változékony.

### 5.5.2.4 Irodalom

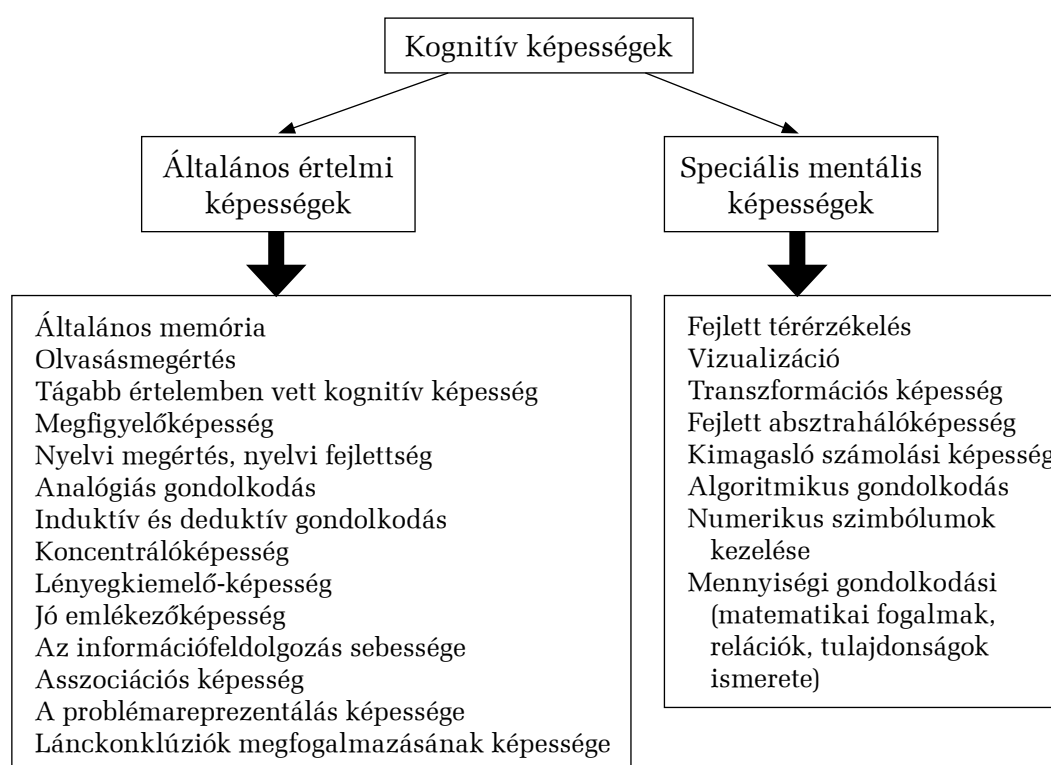
- Csépe Valéria: Az olvasás és íráskészség zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest, 2000. 241–278. o.
- Illyés Sándor: Az írásvizsgálat. In: Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Az áthelyezési vizsgálat I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1992. 87–109. o.
- Torda Ágnes: Az olvasás- és írászavar diagnosztikája és terápiája. In: Józsa Krisztián (szerk.): *Az olvasási képesség fejlődése és fejlesztése*. Dinasztia Tankönyvkiadó. Budapest, 2006. 207–233. o.
- Jászberényi Márta: Rajzolás-ábrázolás. Erősségek, nehézségek, zavarok feltárása és a fejlesztés. In: Zsoldos Márta (szerk.) *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 82–96. o.

### 5.5.3 A számolási készség vizsgálata

Célja a számfogalmi fejlettség, a számkategóriák (egyes, tízes, százaz stb.) megértésének, a számérték-mennyiség értelmezésének, a számtani gondolkodásnak a vizsgálata.

A számtani gondolkodás általában összefügg az általános intelligenciával, ennek mintegy egyik kifejeződése, jellegzetes megnyilvánulása.

**2. ábra** A kognitív képességek összetevői a matematikai képességekre vonatkoztatva



Vincze Szilvia (2003)

Az intelligenciával való összefüggés azonban csak nagy általánosságban érvényes, és gyakran előfordul, hogy az általános intellektuális képességek és a matematikai gondolkodás egymástól függetlenül különböző fejlettségi szintet mutatnak.

Ha az első összefüggést vesszük figyelembe, akkor érthető, hogy az általános intelligencia alacsonyabb szintje rendszerint tükröződik a számfogalmi fejlettség gyengeségében, a matematikai gondolkodás korlátozottságában, nehézkességében. Ha a diagnosztikus munka oldaláról nézzük a jelenséget: a számfogalmi gondolkodás szintjének gyengeségéből, a számtani gondolkodás zavarából vagy hiányából következtethetünk értelmi elmaradásra, fogyatékosságra. Figyelembe kell venni azonban azt, hogy ez csupán egy részadat, amely csak a többi adattal együtt, azok kontextusában értékelhető. Látható, hogy nagyon fontos a matematikai gondolkodás körültekintő, alapos vizsgálata a diagnosztikában, hiszen a két adat együttjárása és eltérése is diagnosztikus értékű lehet. Az első esetben az értelmi deficit, a másodikban a diszkalkulia gyanúja valószínűsíthető.

A vizsgálat során alkalmazott feladatok kiválasztásának szempontjai a gyermek

- életkora;
- osztályfoka;
- általános és gondolkodásbeli fejlettsége.

#### 5.5.3.1 Az életkor

A számfogalom kialakulásának, a matematikai gondolkodás fejlődésének – a többi pszichés funkcióhoz hasonlóan – megvan a maga törvényszerű fejlődésmenete. Példaként bemutatjuk a beiskolázási életkorban (6-7 év) elvárható számfogalmi, matematikai gondolkodási szintet.

A normál fejlettségű gyermek ebben az életkorban 6-os számkörben kialakult számfogalommal rendelkezik, mennyiségeket egyeztet, mennyiségállandósága kialakult, a több-kevesebb fogalmával tisztában van. 10-es számkörben összeadást, kivonást (hozzáadás-elvétel) eszköz segítségével elvégez. Hármaskörben a mennyiséget globálisan is felismeri. 5-ös körben mennyiséget probléma nélkül megszámlál, és a végén tisztában van a számlált mennyiséggel.

A normál fejlettségű gyermek számfogalmi fejlődésének menetét alapul véve az elmaradást mutató, fogyatékosnak tűnő gyermekek vizsgálatát a korban fiatalabb, ép gyermekek fejlődési szintjeinek megfelelő feladatokkal kezdjük. Sokszor, pl. értelmileg akadályozott gyermekeknél vissza kell lépni a kezdeti szintig: a mennyiségélmény fokáig, a mennyiség utánzásának, egyeztetésének kezdetéig.

Ha vizsgálati szempontból, összehasonlítás céljából alapul is vesszük a fiatalabb ép gyermek fejlődési szintjeit, ez nem jelenti azt, hogy az értelmi fejlődésben elmaradást mutató gyermek számfogalmi és matematikai gondolkodásban mutatkozó fejlettsége megegyezik a fiatalabb korú ép gyermekével, és még kevésbé jelenti azt, hogy a matematikai gondolkodás fejlődése lassabban bár, de az ép fejlődésmenetet reprodukálja.

#### 5.5.3.2 Osztályfok

Iskolás gyermeknél fontos annak megállapítása, hogy a gyermek számolási készsége megfelel-e az adott osztályfok követelményeinek. Tekintettel kell lennünk arra, hogy a tanév melyik felében történik a vizsgálat, ami azt jelenti, hogy valamelyest tisztában kell lennünk az általános iskola tantervi követelményeivel, nemcsak a tanév végi teljes ismeretanyagot illetően, hanem nagy vonalakban a matematikai követelmény évi eloszlását is célszerű ismernünk. Nem kérhetünk számon a gyermektől olyan ismeretet, amelyet még nem tanult. Egy bizonyos tanítási anyagot csak akkor építünk be a vizsgálati feladatokba, ha az már nem frissen tanult anyag, hanem olyan túlhaladott ismeret, amely az aktuálisan tanult ismeretek alapozásához nélkülözhetetlen.

#### 5.5.3.3 Általános és gondolkodásbeli fejlettség

Ha egy gyermeknél a vizsgálat során – még a számfogalmak vizsgálata előtt – gondolkodásbeli fejletlenség mutatkozik, akkor a ténylegesen betöltött életkortól és a látogatott osztályfoktól függetlenül olyan alacsony szinten kezdjük a vizsgálatot, amelynek pozitív teljesítését feltételezzük. A kezdeti sikeresség élményének biztosítása után fokozatosan nehezítjük a feladatokat, majd a gyermek valós matematikai képességeinek megismerése után ismét egyszerűbb, a gyermek számára sikerélményt okozó feladattal zárjuk a feladatsort.

#### 5.5.3.4 Feladattípusok

- a) Alsó fokon: Mennyiségek egyeztetése vizuális úton, akusztikus úton  
Megnevezésre történő feladatvégzés – mennyiségismeret a vizsgáló megnevezése alapján  
Mennyiségek megnevezése, számlálás, megszámlálás
  - 1. osztály: Számlálási feladat, számsor folytatása, páros, páratlan szám mondása, szám-szomszéd keresése, nagyobb-kisebb, több-kevesebb megállapítása, 10 alatti mennyiségek bontása, pótlása, alap síkidomok ismerete (négyzet, téglalap, háromszög)
  - 2. osztálytól: Műveletek (összeadás, kivonás, pótlás); számnév-számjegy egyeztetése, számjegyek leírása diktálás után, helyiértékfogalom vizsgálata, szöveges feladatok
  - 3. osztálytól: Alapműveletek és inverzeik (összeadás, kivonás, szorzás, osztás) fejben és írásban, mértékegység-átváltások.
- b) Későbbi osztályfokokon az alapműveletek nehezednek: az írásbeli összeadást, kivonást maximum 4 számjegyű számokkal, a szorzást, osztást maximum 2 számjegyű számmal végeztetjük. A szöveges feladatok az előbbieket figyelembevétele mellett az osztályfoknak megfelelően választandók.

#### 5.5.3.5 Speciális megfontolások

Amennyiben a számolási készség, a matematikai gondolkodás szintje jó intellektuális képesség mellett ( $IQ > 85$ ) számottevő (legalább 1 év) elmaradást mutat, akkor a vizsgálatot részképesség-zavar, diszkalkulia irányában célszerű folytatni.

Amennyiben a számolási készség, matematikai gondolkodási gyengeség általános értelmi fejlődési elmaradás ( $IQ < 85$ ) mellett áll fenn, akkor a számolási készség gyengesége az általános, alacsony intellektuális képességszint részeként értelmezhető.

#### 5.5.3.6 Irodalom

Kőpatakiné Mészáros Mária – Dékány Judit: Matematika. Erősségek-nehézségek, zavarok feltárása és a fejlesztés. In: Zsoldos Márta (szerk.): (Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanuló Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006.

Skemp, R. R. (1975) A matematikatanulás pszichológiája, Gondolat, Budapest, 411

Vincze Szilvia: A matematikai képesség összetevőinek vizsgálata, kapcsolata az intelligenciával. Magyar Pedagógia 103. évf. 2. sz. 2003. 229–261. o.

### 5.5.4 Az általános tájékozottság vizsgálata

#### 5.5.4.1 A vizsgálat célja

*Cél:* az általános tájékozottság felmérése kérdés-felelet formájában, ezen keresztül a hétköznapi élethelyzetek során megtapasztalt és elsajátított praktikus ismeretek adekvát mobilizálásának, alkalmazási képességének vizsgálata. A kérdések egyrészt a gyermek saját személyére és közvetlen környezetének ismeretére irányulnak, másrészt az alapvető téri-idői fogalmakban való tájékozottságot mérik fel.

Az általános tájékozottság vizsgálata a beiskolázás időszakában kiemelt jelentőségű, ezen kívül súlyosabb fogyatékos személyek esetében ezt követően, magasabb életkorban is fontos támpontként szolgál, a praktikus ismeretek színvonala ugyanis a képességek fejlettségét és a környezet iránti nyitottságot is jelzi.

#### 5.5.4.2 A vizsgálat módszere

Az általános tájékozottság felmérése során rendszerint az alábbi kérdések mentén haladunk:

- Hogy hívnak?
- Hol laksz?
- Hány éves vagy?
- Hogy hívják apukádat/anyukádat?
- Van-e testvéred? (név, életkor)
- Mikor alszol? Mikor szoktál felkelni?
- Mi van most: délelőtt vagy délután? Honnan tudod?
- Melyik a jobb kezed? Mutasd meg a bal lábad?
- Mi van a szobában téled jobbra, balra, előtted stb.?

A gyermek életkörülményeihez, élethelyzetéhez igazodva a fenti kérdéseket kiegészíthetjük, illetve módosíthatjuk (pl. évszakokra, növényekre, állatokra, közlekedésre, emberek munkájára vonatkozó kérdések), amelyhez támpontként szolgál Kósáné (1990) Fejlődéslélektani gyakorlatok I. című könyvének idevonatkozó melléklete. Iskoláskorú gyermeknél érdemes kitérni az egyes témakörökbe tartozó ismeretek egymásra vonatkoztatásának képességére (pl. családi

relációk), illetve a pénzhasználatra vonatkozó tudás tisztázására, ami egyben a praktikus számolási, mennyiségi gondolkodás irányába is kitekintést nyújt.

A válaszok értékelésekor fontos figyelembe vennünk a gyermek valós fejlődési feltételeit (családi és intézményes nevelés minősége). A rendszeres, célzott nevelői hatásrendszerben részesült gyermekek esetében az általános tájékozottság színvonala nagyobb valószínűséggel utal a mögöttes képességrendszer fejlettségi színvonalára. Fontos támpontként szolgál ezen kívül annak tisztázása, hogy a válaszokban felszínre kerülő ismeretek mennyire utalnak inkább mechanikus emlékezeti teljesítményre, vagy azok inkább az adott helyzethez való értelmes és rugalmas alkalmazkodást tükrözik.

#### 5.5.4.3 Irodalom

Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1971.

Járó Katalin – Kalmár Magda – Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990. 63–99. o.

Járó Katalin – Kalmár Magda – Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok II.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990. 79–93.

## 5.6 PEDAGÓGIAI VIZSGÁLAT KORAI ÉLETKORBAN, ILLETVE AZ ÉRTELMI KÉPESSÉGEK ALACSONY SZINTJÉN

### 5.6.1 Korai diagnosztika

A korai diagnosztizálás az egyéni állapotmegismerés folyamatára irányul. Célja: minél korábban kideríteni a gyermek fejlődési esélyeit és lehetőségeit a korai segítségnyújtás megteremtése érdekében.

A korai diagnosztika fontosságának oka az első három életév kiemelt fejlődési jelentősége, mivel ez az alap humán funkciók kialakulásának időszaka. Ebben az életkorban a minél korábbi felismerés után lehetőség van az idegrendszer plaszticitását kihasználva az aktuális állapot javítására, illetve a másodlagos prevencióra.

A korai életkor gyógypedagógiai terápiás ellátását 0–5 éves korig (a fogyatékoság súlyosságát figyelembe véve hatéves korig) értelmezzük, így a javasolt diagnosztikai eljárás ezen életkori intervallumra terjednek ki.

A pszichológiai próbamódszereknek, teszteknek (fejlődési skáláknak, bébiteszteknek) eltérő szerepkörük van a diagnosztizálásban a későbbi életkorokhoz képest, mert alacsony a predikciós értékük. Ennek egyik indoka, hogy ezek az eljárások nem csak az intelligenciafejlődés szempontjából releváns funkciókat veszik figyelembe.

A korai diagnosztizálásnál fontos szem előtt tartani a következőket:

- Egy aktuális helyzetben nyújtott teljesítmény csak úgy értékelhető reálisan, ha figyelembe vesszük a vizsgálati helyzet gyermekre gyakorolt hatását. A kisgyermekek különösen érzékenyek az idegen szituációkra; szorongásuk, bizonytalanságuk jelentősen befolyásolhatja a teljesítményüket.
- Ismerni szükséges azt az utat (a pedagógiai segítség értékét, a fejlesztő vagy hátráltató környezeti hatásokat), amelyen keresztül a gyermek az adott teljesítményhez eljutott.
- Fejlődési elmaradás vagy értelmi fogyatékoság gyanúja esetén fontos az egyéni nyomon követés, a megismételt vizsgálatok összevetése.
- A csecsemők és kisgyermekek vizsgálatánál a vizsgáló személyeknek kulcsfontosságú szerepük van. A vizsgálatvezető magatartásának kis változtatása is tükröződik az eredményekben. A gyermekkel már előzetesen meg kell ismerkedni, össze kell barátkozni, és ismerni kell az anya bánásmódját, szokásait, amelyeket a gyermekével való foglalkozásokon figyelembe kell venni.
- A korai vizsgálatok végzésénél törekedni kell a természetes élethelyzethez hasonló körülmények megteremtésére. (Borbély-Jászberényi-Kedl-Lányiné, 1985.)

A legkorábbi időszakban (néhány hetes, hónapos korban) a diagnosztikai folyamatban elsődlegesen az orvosi, neurológiai vizsgálaté a főszerep.

Elsősorban a cerebrális eredetű zavarok felismeréséhez szükséges a *csecsemő- és kisgyermekkor reflexek ismerete*, mivel ezek a reakciók fiziológiásan csak bizonyos (max. néhány hónapos) életkorig maradnak fenn, viszont az agyi bénulásos esetekben perzisztálnak, illetve kóros formában alakulnak ki.

Ezzel módosítják az egyes mozgásformák kialakulásának menetét, a várt funkciók megváltozott kivitelezését eredményezve, összefüggésében a többi funkcióterület fejlődését is veszélyeztetve.

Az orvosi vizsgálat továbbá fontos a gyermek általános szomatikus állapotának, életkorához viszonyított testi fejlettségi szintjének megítélésében is.

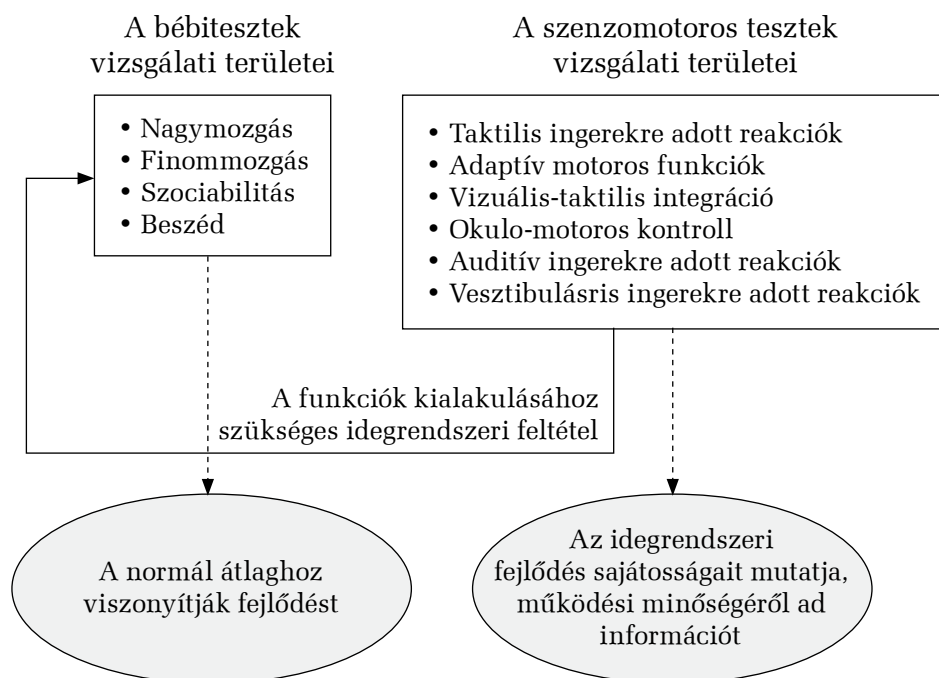
#### 5.6.1.1 0–3 éves kor

A pszichodiagnosztikában a korai életkorban (0–3 év) használt és elterjedt diagnosztikus eljárásokat felhasználásuk irányultsága szerint két csoportba oszthatjuk:

- Az idegrendszer érési folyamatát vizsgáló szenzomotoros integrációs tesztek
- A pszichomotoros fejlődés érettségi szintjét (nagymozgás, finommozgás, szociabilitás, beszéd funkcióterületeit) mérő eljárások, tesztbattériák, illetve fejlődési skálák.

Az eljárások felhasználásának összefüggéseit a következő ábra mutatja:

3. ábra



A szenzomotoros integrációs tesztekkel (pl. TSFI; De Gangi–Greenspan) a legkorábbi időszakban célunk a biológiai, illetve környezeti okokra visszavezethető rizikófaktorok feltárása, még a gyökértünetek kialakulása előtt.

Az eredmények alapján differenciálni lehet az idegrendszer érésének veszélyeztetettségét, a rizikócsoportba tartozást, illetve a súlyosabb szerveződési zavarokat.

A békitesztek, illetve -skálák a normál átlaghoz viszonyítják a fejlődést a kialakult funkciók tekintetében.



Gyakran használt eszközök a hazai gyakorlatban<sup>7</sup>

- Brunet–Lèzine-féle pszichomotoros fejlődési skála
- Bayley Scales of Infant Development\*
- Denver fejlődési szűrőteszt
- Kiphard-féle szenzomotoros és pszichoszociális fejlődési táblázat
- Popper–Szondy–Hegedűs-féle funkcionális fejlődési teszt
- SEED-skála\*
- KID-H gyermekfejlődési skála

Alkalmazható még az adaptív magatartás vizsgálatára a Doll-féle Vineland szociális érettségi skála is.

A gyermek fejlődési szintjének metrikus mutatója bébitesztek esetében a fejlődési kvóciens, fejlődési skálák esetében pedig a korekvivalens teljesítményszint.

#### 5.6.1.2 Óvodáskor

Óvodáskorban a mentális képességek felmérésére a válaszadás szempontjából nonverbális és kevert típusú teszteket alkalmazhatunk.

- Raven-féle Színes mátrixok (TGBG-ben módosított változata) 4;6 éves kortól
- Snijders-Oomen teszt óvodáskori változata: 2 és 5 éves kortól 7 éves korig
- Óvodás Wechsler-intelligenciateszt: 4–6;6 éves korig
- Hiskey–Nebraska tanulási alkalmassági teszt: 3 éves kortól

Ezenkívül a szenzomotoros integráció minőségének megítélésére ebben az életkorban is alkalmazhatunk eljárásokat (pl.: De Gangi–Berk: Szenzoros integrációs teszt 3 éves kortól).

A korai diagnosztika során – főként óvodás életkortól – a fentiekén túl hangsúlyos a grafo-motorium vizsgálata.

Kiemelt a vizuomotoros rendezési funkció szintjét mérő Bender-próba A változata (Santucci) 4–6 éves korig, valamint az emberalak-ábrázolás értékelése (a Goodenough-skála alapján).

A gyermek általános tájékozottságának, beszédértésének, beszédprodukciónak, feladattartásának, figyelmének, magatartásának megfigyelése, felmérése főként az iskoláskorhoz közeledve fontos (l. 5.4, 5.5 fejezet).

A korai vizsgálatokban is nagy szerepe van (különösen a természetes élethelyzetben történő) *megfigyelésnek*.

A megfigyelés kiterjedhet a kontaktuskészségre; a kooperációra; az általános viselkedésre játék helyzetben, az anyával való interakcióban; az önállóságra; mozgásra; érdeklődésre; beszédre vagy ennek hiányában a kommunikációs próbálkozásokra. (Lásd még a megfigyelés kérdéskörét.)

Az óvodáskorú, valamint a későbbi életkorban az *értelmi fejlődési elmaradás gyanúját* felvető gyermekek értelmi fejlettségének vizsgálatára a gyermek állapotának megfelelő szinten, fokozódó nehézségű feladatokból álló eljárást is használható.

- a) Utánzás (legalacsonyabb fok)
- b) Beszédmegértésen alapuló feladatok
- c) A gyermek beszédén alapuló feladatok
- a) *Utánzás* alapján történő feladatvégzés esetén mutatjuk, amit a gyermeknek csinálnia kell, fokozatosan nehezebb követelmény elé állítva őt. Az utánzás (egyeztetés) témakörei kiterjednek az alábbiakra:
  - Egyszerű mozgásformák
  - Testrészek (testvázlat)
  - Tárgyak és képek, ezen belül:
    - tárgy tárggyal;
    - tárgy képpel;
    - kép képpel („lottó játék”) történő egyeztetése,

<sup>7</sup> A \*-gal jelzett eljárások a korai fejlesztő központokban belső használatúak.

- A különböző tárgyi entitások:
    - a mennyiség;
    - a szín;
    - a forma;
    - a nagyság egyeztetése.
  - b) *Beszédértésen alapuló (megnevezésre történő) feladatvégzés* a fenti témakörökben, felszólításra történik:
    - Egyszerű felszólítások végrehajtása
    - Testrészek megnevezésre történő megmutatása
    - Képfelismerés képeskönyvből: tárgyak, személyek, események megnevezésre történő megmutatása
    - Megnevezett mennyiséggel való manipulálás („vegyél ki két pálcikát, adjál 4 pálcikát”, stb.)
    - Tárgyi entitások (szín, forma, nagyság felismerése és megmutatása megnevezésre)
  - c) *A gyermek beszédén alapuló feladatok* – kérdésre történő megnevezés ugyancsak az előbb felsorolt témakörökben:
    - Környezetben lévő tárgyak megnevezése
    - Képfelismerés, illetve képleírás
    - Testrészek megmutatása felszólításra
    - Tárgyi entitások (szín, forma, nagyság, mennyiség kérésre történő megnevezése)
- Később a témakörök különböző relációinak felismerésével és megnevezésével lehet tovább mélyíteni a szempontrendszert. (Ez azonban már a gondolkodás művelési szintjét követeli meg).

#### 5.6.1.3 Irodalom

- Borbély Sjoukje – Jászberényi Márta – Kedl Márta – Lányiné Dr. Engelmayer Ánes: *A korai gyógypedagógiai segítségnyújtás az értelmi fogyatékosok nevelésében*. Országos Pedagógiai Intézet Gyógypedagógiai Továbbképzés Könyvtára. 24. Budapest, 1985.
- Csiky Erzsébet: *Tájékoztató füzet a szenzoros integráció korai minőségének megítéléséhez*. ELTE BGGYFK, SZASZOK. Belső kiadvány. Budapest, 2001.
- Farkas Mária – Csiky Erzsébet (szerk.): *A Brunet-Lèzine-féle vizsgálati módszer alkalmazása a gyermekkori pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerésében*. Művelődési Minisztérium. Budapest, 1980.
- Frankenburg, William K. – Dodds, Josiah B. – Fandal, Alma W.: *Denver fejlődési szűrőteszt*. Fordította: Polgár Éva. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Belső kiadvány. Budapest, 1970.
- Hegedűs T. András – Szondy Mária – Popper Péter: *A csecsemő- és kisgyermekkori fejlődés magyar standardja*. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1975. 5. sz.
- Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai Pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1978.
- Kiphard, Ernst J.: *Mennyire fejlett a gyermek? Útmutató az érzékszervi és mozgásfunkciók vizsgálatához*. Fordította: Kedl Márta. Verlag Modernes Lernen. Dortmund, Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Belső kiadvány. Budapest, 1977.
- Lányiné Engelmayer Ágnes – Marton Klára: *Értelmi fogyatékosok szociális teljesítményeinek vizsgálata. Pszichológia a gyakorlatban 47*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1991.
- Mlinkó Renáta – Csiky Erzsébet: *A korai esélyegyenlőség biztosítása*. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám 2002. 72–78. o.
- Pap, V. – Wozniak, J. R. – Reuter, J. (1995): *The KID-H Scale: A Hungarian version of the Kent Infant Development Scale*. Available from Kent Developmental Metrics, 1325 s. Water st., Kent, OH 44240.
- Radványiné Hay Ottilia: *Vizsgálatok az értelmi fejlődés alacsony szintjén*. Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): , Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 132–155. o.

## 5.6.2 Súlyos fogyatékoság, halmozott fogyatékoság a részvétel súlyos akadályozottságával

*Súlyos mentális retardáció (BNO F72)*

Az IQ megközelítően 20-34 között van (felnőtteknél a mentális kor 3-6 év között van). Nagy valószínűséggel állandó támogatásra van szüksége.

*Igen súlyos mentális retardáció (BNO F73)*

IQ 20 alatt van (felnőtteknél a mentális kor 3 év alatt). Eredményeként az önellátás, a vizelet- és székletürítési kontroll, a kommunikáció és a mozgás súlyosan korlátozott.

A BNO felosztása szerint a két kategória külön övezetként értelmezhető, viszont ez a gyakorlati diagnosztikai munkában (részben a megfelelő pszichometriai eljárások hiányában) ilyen mértékben nem definiálható, nem tehetők meg a fenti finom distinkciók (ebben az alacsony IQ-övezetben nem tudunk metrikus adatot nyerni). Ilyen esetekben a vizsgálati személlyel kialakított kontaktusunk benyomásaira, tapasztalataira, a gondviselő elmondására, a korábbi ellátó szakemberek szakmai beszámolóira, illetve az egyes funkcióterületeket mérő skálák életkor-ekvivalenseire, valamint az orvosi (neurológiai) vizsgálat eredményeire támaszkodhatunk.

Mindkét esetben a diagnózis felállításához elengedhetetlen a vizsgálati személy tágabb idői, társas és környezeti kontextusaiban való tájékozódás.

A vizsgálati szituációban való adekvát részvétel hiányosságait, a vizsgálat kivitelezésének nehézségeit tekintve *kiemelten fontos az értelmi níó alacsony szintjének a tevékenység-részvétel akadályozottságától (kommunikációs akadályozottság) való elkülönítése!*

### 5.6.2.1 Vizsgálati szempontok halmozottan sérült gyermekeknél, illetve a vizsgálat kivitelezését jelentősen nehezítő mozgáskorlátozottság, kommunikációs akadályozottság esetén

A vizsgálat eredményeinek validitása szempontjából a diagnosztikai modellek közül legkívánatosabb a *valódi participáció* (Kálmán, 2006) mérése lenne, melynek során a vizsgált személyt élete fontosabb helyszínein, eseményein láthatjuk, megfigyelve a valós életkörülmények közötti fizikai és mentális adaptivitását.

A jelenlegi vizsgálati gyakorlatban viszont ennek sem tárgyi, sem idői/személyi feltételei nem adóttak, így fontos a longitudinális nyomon követést biztosító dokumentációk (írásos, képi), szakmai és személyes beszámolók súlyozott figyelembevétel.

Kiemelt szempontok a vizsgálat szervezése, lebonyolítása szempontjából:

- A vizsgálati helyzetbe hozás (a vizsgálati személy szempontjából ijesztő, szokatlan helyzetek, testhelyzetek elkerülése; személyes tárgyak használata; személyi segítő bevonása)
- Speciális eszközigény (lehetőleg az akadályozottság típusához, mértékéhez alkalmazkodva; saját megszokott segédeszközök, rehabilitációs eszközök, módszerek bevonásával)
- Kommunikációs helyzet kialakítása (a gyermek megszokott kódrendszerére építve, feltárva, milyen típusú kommunikációra képes, használt augmentatív kommunikációs eszközeinek bevonásával)
- Egyéb más társuló fogyatékoság feltárása (halmozott fogyatékoság esetén a fogyatékoságtípusok egymásra gyakorolt hatásának feltérképezése a környezeti adaptációs lehetőségek vonatkozásában)
- Orvosi, egészségügyi dokumentáció nyomon követése (a lehető legkorábbi időponttól)
- Pedagógia vélemények áttekintése (lehetőleg a gyermekkel foglalkozó minél több szakember véleményének kikérése az eddigi fejlődésmenetről, az állapot prognózisáról, a nevelési-fejlesztési módszertani tapasztalatokról)
- Videodokumentáció (ami jövőbeni fontos cél lenne a valódi participáció modellezésére)

A felvételek bekérése strukturált szempontsor alapján lehet előnyös:

- Családi, kortárs csoporti interakció
- A nevelési szinten való részvétel
- Fejlesztési és kommunikációs helyzetben
- Mindennapos tevékenységek (pl. személyi higiénés aktusok) során történő megnyilvánulások rekonstruálása

#### 5.6.2.2 A vizsgálati eljárások

A tárgyalt populáció egészének pszichometriai eljárásokkal, IQ-tesztekkel történő vizsgálata bizonytalan, illetve megoldatlan.

A rendelkezésre álló teszt módszerek az egyéni állapotjellemzők szerint egészében nem adaptálhatók.

A rendelkezésre álló eszközök többsége fejlődésdiagnosztikai, folyamatdiagnosztikai jellegű, amelyek kivitelezése nem a rövid, keresztmetszeti képet mutató vizsgálati szituációban adekvát, ám ezek rendelkezésre állása esetén az eredmények figyelembevétele igen fontos.

E területen a diagnózis felállításának abszolút kritériuma a vizsgálatvezető hasonló populáció körében töltött szakmai tapasztalatokon alapuló jártassága, egyéni benyomásai (amelyek pl. lehetővé teszik a jobb háttérképességek feltételezését a teljesítményben tapasztalt nehézségek ellenére is).

Prognosztikai szempontból feltétlenül figyelembe kell venni a vizsgálat egyszeri voltának eredményein alapuló bizonytalanságokat, és a javaslat megfogalmazásakor lehetőséget kell biztosítani a tágabb fejlesztési, oktatási perspektívára, természetesen az állapot, fejlődés nyomon követése mellett.

Diagnosztikai eszközökként használhatók a kikérdezés, megfigyelés, dokumentációelemzés, orvosi vizsgálat eredményei mellett az életkor-ekvivalenseket megmutató fejlődési skálák, képességfelmérő lapok:

- Vineland szociális érettségi skála, a Günzburg-féle pedagógiai analízis és curriculum a szociális és személyiségfejlődés mérésére értelmi fogyatékosoknál (S/P-PAC)
- Kiphard-féle szenzomotoros és pszichoszociális fejlődési táblázat, illetve egyéb fejlődésdiagnosztikai, készségfelmérő eljárások
- Fejlődésdiagnosztika (Fröhlich–Haupt, 1996)
- TARC-módszer (Sailor–Mix, 1996)
- Készségfelmérő lapok (Straßmeier, 1981)

Emellett irányadók a kommunikációs részvételre, lehetőségekre fókuszáló eljárások, pl.: Interaction Checklist for Augmentative Communication Revised Edition (Bolton, Dashiell, 1991) eredményei is.

#### 5.6.2.3 Irodalom

Günzburg, H. C. Dr.: *Pedagógiai analízis és curriculum a szociális és személyiségfejlődés mérésére értelmi fogyatékosoknál*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Budapest, 2000.

Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai Pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1978.

Kálmán Zsófia: *Mással Hangzóok... Az augmentatív, alternatív kommunikáció alapjai*. Bliss-Alapítvány. Budapest, 2006

Márkus Eszter: *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése és fejlesztése. Szemelvénygyűjtemény*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1996.

Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006.

## 6. A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus tevékenység feladatai értelmi fogyatékoság, autizmus, illetve a megismerés és viselkedés tartós és súlyos rendellenességei eseteiben

### 6.1 AZ ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁRA IRÁNYULÓ GYÓGYPEDAGÓGIAI DIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉG

#### 6.1.1 Meghatározás

■ BNO-10 (1995, 2004-ES KIADÁS)

##### Mentális retardáció (F70-F79)

Abbamaradt vagy nem teljes szellemi fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása, olyan készségeké, amelyek a fejlődés során jelennek meg, és készségeké, amelyek az intellektus minden szintjét érintik, mint pl. a kognitív, nyelvi, mozgásbeli, szociális készségek, képességek. A retardáció létrejöhet minden más mentális vagy fizikai állapotától függetlenül is. A mentális retardáció mértékét hagyományosan az intelligenciatesztekkel határozzuk meg. Ezeket kiegészíthetik tájékozódó skálák az adott környezethez való szociális adaptációról. A diagnózis függ még a gyakorlott diagnoszta teljes intellektuális képességekre kiterjedő vizsgálatától.

Intellektuális képességek és a szociális adaptáció változhatnak idővel, még az alacsony mentális teljesítményt is javíthatja a rehabilitáció és a tréning. A diagnózisnak mindig a pillanatnyi működési szinten kell alapulnia.

■ DSM-IV-TRTM

##### Mentális retardáció

- A) Jelentősen átlag alatti intellektuális teljesítmény: az egyénileg mért IQ kb. 70 vagy az alatti (kisgyermeknél klinikai megítélés szerint: jelentősen átlag alatti intellektus).
- B) Az aktuális adaptív működés (azaz a személy teljesítménye korának és kulturális csoportjának megfelelő) egyidejű deficitje vagy károsodása az alábbiak legalább két területén: kommunikáció, önellátás, családi élet, szociális/kapcsolati készségek, közösségi források felhasználása, önirányítás, iskolai készségek, munka, szórakozás, egészség és biztonság.

C) Kezdet 18 éves kor előtt.

F70.x Enyhe mentális retardáció: az IQ 50/55-től kb. 70-ig

F71.x Mérsékelt mentális retardáció: IQ 35/40-től 50/55-ig

F72.x Súlyos mentális retardáció: IQ-szint 20/25-től 35/40-ig

F73.x Igen súlyos mentális retardáció: IQ-szint 20/25 alatt

F78 Mentális retardáció, k.m.n

F79 Nem osztályozott mentális retardáció/Mentális retardáció, súlyosság feltüntetése nélkül: mentális retardáció alapos gyanúja van, de a személy intelligenciája nem tesztelhető a szokásos módon (pl. túl súlyos vagy nem kooperáló személyeknél vagy kisgyermeknél)

*Cél az átfogó mentális képességek, az intellektuális teljesítményszint részletes felmérése, a megmutatkozó eltérések hátterének feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal*

- a) a kognitív képességzavar mértékének meghatározásával;
- b) a globális mentális alulteljesítés elkülönítésével a következőktől:
  - A beszéd és nyelv specifikus fejlődési rendellenességei (F80)
  - Az iskolai teljesítmény specifikus fejlődési rendellenességei (F81)
  - Kevert specifikus fejlődési zavarok (F83)
  - Az aktivitás és figyelem zavarai (F90.0)

- Pervazív fejlődési zavarok (F84)
  - A nem megfelelő nevelési-oktatási/szociokulturális körülményekből származó tanulási problémáktól;
- c) az esetleges komorbiditás és vezető fogyatékoság tisztázásával.
- d) Mindezek együttes figyelembevételére alapozva a fejlődés várható perspektívájának megbecslése és az egyéni szükségletekhez illeszkedő intervenciós módszerek és helyszínek megállapítása.

### 6.1.2 Oki háttér, etiológia

Az értelmi fogyatékoság egyaránt lehet valamilyen fejlődési zavar egyik tünete, illetve megjelenhet önálló szindróma vagy fejlődési zavar formájában is. Az értelmi fogyatékosággal összefüggő zavarok pre-, peri-, illetve postnatális eredetűek lehetnek.

Az enyhe fokú értelmi fogyatékoság etiológiája a legkevésbé tisztázott, az esetek 45–63%-ában az oki tényező ismeretlen marad. A közép súlyos/súlyos esetekhez viszonyítva a háttérben kisebb számban mutatható ki prenatális, illetve perinatális ok, legnagyobb számban multifaktorális eredetről kell beszélnünk. A postnatális eredet ritka.

A közép súlyos/súlyos értelmi fogyatékoság az esetek 20-30%-ában prenatális faktorokkal (különösen kromoszóma-rendellenességgel) áll összefüggésben. Az esetek kb. 11%-a perinatális tényezőkre (pl. hypoxia), 3–12%-a postnatális agysérülésre vezethető vissza. Az oki háttér 30-40%-ban tisztázatlan marad.

### 6.1.3 Társuló zavarok/megbetegedések

A társuló problémák száma az értelmi fogyatékoság súlyosságával párhuzamosan emelkedik. A leggyakoribb zavarok/betegségek a következők: epilepszia, cerebrál parézis, látás-/hallássérülés, beszéd-/nyelvi zavar, magatartászavar.

Különböző tanulmányokból származó adatok alapján 10 és 40%-ra tehető azon esetek aránya, ahol valamely pszichiátriai megbetegedés és a mentális retardáció diagnosztikus kritériumai együttesen érvényesülnek. Enyhe értelmi fogyatékoság esetén a kettős diagnózis alkalmazása nagyobb valószínűséggel jelenik meg, mint a súlyosabb eseteknél.

### 6.1.4 Az értelmi fogyatékoság diagnózisának megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok

- a) Az egyén aktuális globális intellektuális működésszintje standardizált eljárással mérve az adott populáció átlagától szignifikáns mértékben ( $-2$  SD vagy több), negatív irányban eltér.

A pszichometriai kritérium komplex vizsgálati keretbe helyezve, a globális IQ-érték mellett profilanalízissel kiegészítve használható. Az IQ használatát korlátozó feltételek és megfontolások (Lányiné, 2002; Frumkin, 2003):

- Az egyén életét jelentősen befolyásoló döntés nem alapulhat kizárólag/önmagában az IQ-értéken.
- Hátrányos helyzetű, idegen kultúrában nevelkedett, etnikai kisebbséghez tartozó személy esetében a középréteg normáit képviselő teszt alapján számított IQ-érték téves megítéléshez vezet.
- Verbális (túlsúlyú) intelligenciatesztből nyert IQ-érték nem alkalmas más anyanyelvű vagy beszédben akadályozott (beszéd fogyatékos) gyermekek képességeinek megítélésére.
- Az egyéni képességek felmérésére használt eljárásnak korszerű intelligenciaelméleten kell alapulnia, eleget kell tennie a teszt konstrukció általános követelményeinek, érvényes standarddal (felvétel, pontozás és értelmezés egységesítése) és reprezentatív mintán alapuló normaértékekkel kell rendelkeznie.

- Középsúlyos és súlyos értelmi fogyatékos személyek vizsgálatára olyan eljárást kell választani, amelyek mérési tartománya az alacsony IQ-értékekre is kiterjed.
- Az IQ-érték értelmezésekor számításba kell továbbá venni:
  - a tesztek ún. standard mérési hibáját ( $\pm 3\text{--}5$  IQ pont);
  - ugyanazon teszt fél éven belüli megismételt felvétele esetén a gyakorlási hatás következtében fellépő pontszámemelkedést (verbális IQ-értékében kb. 3 pontnyi, a performációs IQ-nál 9-10 pont körül, az összesített IQ-értékben kb. 6 pontnyi);
  - a standardizálás évétől számítva az IQ pontszámok évenként egyharmadnyi pontos emelkedését (pl. az egyéni IQ-értékek egy 15 évvel ezelőtt kifejlesztett eljárással mérve kb. 5 ponttal magasabbak lesznek ahhoz képest, mintha a teszt mai változata kerülne felvételre);
  - az extrém (kedvező vagy ártó) környezeti feltételek hatására bekövetkező változást (egyéni IQ-értékét  $\pm 10\text{--}15$  IQ-ponttal is befolyásolhatja).
- b) *Az otthoni vagy közösségi adaptív magatartás jelentős sérülése*  
A különböző funkcióterületek szerepe és jelentősége az alábbiak függvényében változik:
  - Az életkor szerint az információszerzés célterületei
    - 0–6 év: kommunikáció, önellátás, szociális készségek, mozgás
    - 6–13 év: kommunikáció, önellátás, szociális készségek, otthoni/iskolai élet, közösségi források felhasználása, önirányítás, iskolai készségek, szabadidő eltöltése, az egészség és biztonság védelme
    - 14 év–: kommunikáció, önellátás, szociális készségek, otthoni élet, közösségi források felhasználása, önirányítás, iskolai készségek, szabadidő eltöltése, az egészség és biztonság védelme, munka
  - Az értelmi fogyatékoság mértéke
- c) A kognitív/intellektuális képességek megkésett fejlődésére utaló *anamnesztikus adatok* (korai előzmények) és az otthoni környezetben/intézményes nevelés keretében *aktuálisan fennálló elmaradások*
- d) A fenti jellemzők *kedvezőtlen hatással vannak az iskolai előmenetelre*, általános tanulási problémák, nehézségek formájában manifesztálódnak.

Az enyhe értelmi fogyatékoság diagnosztizálására vonatkozó speciális megfontolások – adalékok a b)-d) ponthoz:

- *A felismerés időszaka*: Az enyhe értelmi fogyatékoság legtöbbször az iskoláztatással kapcsolatosan kerül felszínre, iskoláskorhoz kötődő jelenség. (Leggyakrabban 6 és 18 év között kerül megállapításra. Prevalenciája az iskolai évek során fokozatosan emelkedik, a 14-15. évnél eléri a maximumát, majd csökkenő tendenciát mutat.) Az enyhe értelmi fogyatékoság iskolai környezetben való felismerésének valószínűségét összetett tényezők együttese határozza meg (pl. a pedagógus toleranciájának mértéke a deviáns viselkedéssel szemben, az alacsony teljesítményt produkáló tanuló számára elérhető osztálytermi segítség mértéke, az adott iskolára jellemző átlagos IQ- és teljesítményszint).
  - *Felnőttkori kimenet*, a probléma tartóssága az egyén önálló életvezetése szempontjából: Az enyhe értelmi fogyatékosként diagnosztizált személyek túlnyomó többsége felnőttkorára képessé válik az önálló, független életre, nem szorulnak tartósan protektív környezet biztosítására.
  - *Adaptív viselkedés*: Az átfogó jellegű inkompetencia nem jellemző, az adaptív viselkedés sérülése leggyakrabban iskolai környezetben vagy az írott nyelvhasználathoz, matematikai fogalmakhoz/gondolkodáshoz kötött kognitív kompetenciákat igénylő feladatok kontextusában lép fel.
  - *Kóroki tényezők*: Az esetek többségében biológiai eltérés nem mutatható ki.
- Kétéves kor alatt nem javasolt az értelmi fogyatékoság mint diagnosztikus címke használata; a korai években helyesebb megkésett fejlődésről/fejlődésbeli késésről beszélni.

## 6. táblázat Az értelmi fogyatékoság vizsgálati módszerei

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
Előzmények (részletes anamnézis)	Kikérdezés	Anamnézis kérdéssor, űrlap
Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Fejlődési skálák Denver, Bayley, Brunet-Lézine Intelligenciavizsgáló eljárások (a profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek előnyben részesítésével) – Budapesti Binet – Wechsler-típusú intelligenciatesztek – Woodcock-Johnson kognitív képességek tesztje – Snijders-Oomen nonverbális intelligenciateszt – Óvodás Snijders-Oomen nonverbális intelligenciateszt – Leiter-skála – Hiskey-Nebraska tanulási alkalmassági teszt – Színes Raven – Standard Raven – Cattel kultúrasemleges teszt
Adaptív viselkedés, szociális érettség		Vineland-skála, PAC
Pedagógiai vizsgálatok (olvasás, írás, számolás)	Megfigyelés Próbamódszerek	Író-olvasólapok, számláláshoz, konkrét műveletekhez eszközök, feladatlapok
Osztálytermi megfigyelés, pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	Jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív
Otthoni és tanórai munkák	Megfigyelés	Szempontsor

## 6.1.5 Irodalom

- Biasini, Fred J. – Grupe, Lisa – Huffman, Lisa – Bray, Norman W.: Mental Retardation: A Symptom and Syndrome. Megjelenés alatt. In: Netherton, S. – Holmes, D. – Walker, C. E. (Eds.): *Comprehensive Textbook of Child and Adolescent Disorders*. Oxford University Press. New York. [on-line] <http://www.uab.edu/cogdev/mentreta.htm>.
- BNO–10. I. kötet. Népjóléti Minisztérium. Budapest, 1995.
- BNO–10 zsebkönyv DSM-IV<sup>TM</sup> meghatározásokkal. Animula Egyesület. Budapest, 1998.
- DSM–IV Text Revision. A módosított DSM-IV. Animula Egyesület. Budapest, 2001.
- Frumkin, I. Bruce (2003) Mental Retardation. *A Primer to Cope with Expert Testimony*. National legal Aid & Defender Association Cornerstone. [on-line] [www.nlada.org/DMS/Documents/1066919805.15/Mental%20Retardation.pdf](http://www.nlada.org/DMS/Documents/1066919805.15/Mental%20Retardation.pdf)
- Lányiné Engelmayer Ágnes: Intelligencia, IQ, értelmi fogyatékoság. In: Vajda Zsuzsanna (szerk.): *Az intelligencia és az IQ-vita*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2002. 111–125. o.
- Reschly, Daniel J. (1992): Mental Retardation: Conceptual Foundation, Definitional Criteria, and Diagnostic Operations. In: Hooper, Stephen R. – Hynd, George W. – Mattison, Richard E. (szerk.): *Developmental disorders. Diagnostic criteria and clinical assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publisher. Hillsdale, New Jersey. 23–67. p.



## 6.2 AZ AUTIZMUSSPEKTRUM-ZAVAR

### 6.2.1 Meghatározás (orvosi)

Az autizmus diagnosztikájában gyermekpszichiáter közreműködése szükséges<sup>1</sup>  
A leggyakrabban használt orvosi kritériumokat a BNO-10, illetve a DSM-IV rögzíti.

■ BNO-10.

#### F84 Pervazív fejlődési zavarok

A zavaroknak egy olyan alcsoportja, amelyben a reciprok szociális interakciók és a kommunikációs sémák minőségi abnormalitása észlelhető. Ezek a minőségi abnormalitások az egyén funkcióit minden helyzetben meghatározzák.

Kiegészítő kódokat lehet használni, ha szükséges, a társuló mentális vagy más egészségügyi problémára.

#### F84.0 Gyermekkori autizmus

Ennek a pervazív fejlődési zavarnak a diagnózisához a következőknek kell teljesülnie:

- a) Abnormális vagy károsodott fejlődés 3 éves kor előtti kezdettel
- b) A pszichopatológia 3 területén jellegzetes abnormális funkciók:
  - Reciprok szociális interakciók
  - Reciprok kommunikáció
  - Korlátozott, ismétlődő sztereotip viselkedés

A meghatározott diagnosztikus kritériumokon túl számos nem specifikus probléma észlelhető; mint fóbiák, alvás- és táplálékozási zavarok, dührohamok (önmaga felé irányuló) agresszió.

Autisztikus zavar:

- Infantilis:
  - Autizmus
  - Pszichózis
- Kanner-syndroma

Kivéve: autisztikus pszichopátia (F84.5)

#### F84.1 Atípusos autizmus

Ezt a pervazív viselkedészavart megkülönbözteti az autizmustól egyrészt kezdetének az időpontja szerint, másrészt, hogy nem teljesül mind a 3 csoportja a diagnosztikus kritériumoknak. Ezt a tételt csak akkor lehet használni, ha az abnormális és károsodott fejlődés 3 éves kor után kezdődik, és az autizmus diagnózisához szükséges a pszichopatológiai abnormalitások mindhárom különböző területen nem észlelhető (reciprok szociális interakciók, kommunikáció, és korlátozott, ismétlődő sztereotip viselkedés) annak ellenére, hogy a másik egy vagy két területen jellegzetes rendellenességek figyelhetők meg. Súlyosan retardált egyénekben és a receptív nyelv meghatározott, súlyos fejlődési zavara esetén nagyon gyakori az atípusos autizmus.

- Gyermekkori atípusos pszichózis
- Mentális retardáció autisztikus tünetekkel

A mentális retardáció meghatározásához kiegészítő kódokat kell használni (F70–F79).

#### F84.3 Egyéb gyermekkori dezintegratív zavar

Teljesen normális fejlődési periódust követően alakul ki ez a pervazív fejlődési zavar, melynek során pár hónap alatt különböző fejlődési területeken számos, addig elsajátított készség elveszik. Megszakad a környezete iránti általános érdeklődés. Ismétlődő sztereotip motoros mannerizmus és a szociális interakcióknak az autizmushoz hasonló abnormalitásai alakulnak ki. Egyes esetekben enkefalopátia állhat a háttérben, de a diagnózist a viselkedészavar alapján állítjuk fel.

- Demencia infantilis
- Dezintegratív pszichózis
- Heller-szindróma
- Szimbiotikus pszichózis

Kiegészítő kódokat kell használni a társuló neurológiai problémák meghatározásához.

Kivéve: Rett-syndroma (F84.2)

#### **F84.5 Asperger-syndroma**

Bizonytalan nozológiai tétel, megtalálható az autizmusra jellemző reciprok szociális interakciók minőségi abnormalitása, amihez az érdeklődés és az aktivitások korlátozott, ismétlődő, sztereotip repertoárja társul. Az autizmustól alapvetően megkülönbözteti, hogy hiányzik a nyelvi vagy kognitív fejlődés késése vagy retardációja. Gyakran társul kifejezett ügyetlenséggel. Határozott tendencia észlelhető, hogy az abnormalitások egészen a serdülőkorig vagy a felnőttkorig fennálljanak. Kora felnőttkorban pszichotikus epizód társulhat hozzá.

- Autisztikus pszichopátia
- Gyermekkori skizoid zavar

### **DSM-IV**

#### **299.00 Autisztikus zavar**

- A) Legalább hat jellemzőnek kell jelen lennie az (1), (2) és (3) pontokból, mégpedig legalább kettőnek az (1)-ből és legalább egynek-egynek a (2)-ből és a (3)-ból.
- (1) Minőségi károsodás a szociális interakcióban, ami az alábbiakból legalább két tünet megjelenésében nyilvánul meg:
- a) A sokrétű nem verbális viselkedéselemek, mint a szemkontaktus, arckifejezés, testtartás és gesztusok használatának jelentős károsodása a szociális interakciók szabályozásában
  - b) A fejlődési szintnek megfelelő kortárskapcsolatok kialakításának kudarcra
  - c) A spontán törekvés hiánya az öröm, érdeklődés, sikerélmény másokkal való megosztására (pl. érdeklődésének tárgyát nem mutatja meg, nem viszi oda másoknak, illetve nem mutat rá arra.)
  - d) A szociális vagy érzelmi kölcsönösség hiánya
- (2) Minőségi károsodás a kommunikációban, ami az alábbiakból legalább egy tünet megjelenésében nyilvánul meg:
- a) A beszélt nyelv kialakulásának késlekedése vagy teljes hiánya (amit nem kísérek a kommunikáció más módjai, pl. gesztust, mimikát felhasználó kompenzációs törekvés.)
  - b) Adekvát beszéd birtokában lévő egyénnél jelentős károsodás a másokkal való beszélgetés kezdeményezésének vagy fenntartásának képességében
  - c) Sztereotip, repetitív nyelvhasználat vagy idioszinkretikus nyelvezet
  - d) A fejlődési szintnek megfelelő változatos, spontán mintha-játék vagy a szociális imitatív játék hiánya
- (3) Korlátozott, repetitív és sztereotip jellegű viselkedés, érdeklődés és tevékenység, amelyek az alábbiakból legalább egy tünet megjelenésében nyilvánulnak meg:
- a) Intenzitásában vagy tárgyában abnormalis, egy vagy több sztereotip, korlátozott érdeklődési kör, amely az egyént kizáró jelleggel foglalkoztatja
  - b) Nyilvánvalóan rugalmatlan ragaszkodás bizonyos nem funkcionális rutinokhoz vagy rituálékhoz
  - c) Sztereotip és repetitív motoros manírok (pl. a kéz, az ujjak repkedő vagy csavaró mozgása vagy komplex egésztestmozgások)
  - d) Tartós belefeledkezés tárgyak részleteibe
- B) Hároméves kor előtt megnyilvánuló késés vagy abnormalis működés az alábbiak közül legalább egy területen:
- (1) Szociális interakció
  - (2) A szociális kommunikációban használt beszéd
  - (3) Szimbolikus vagy fantáziajáték
- C) A zavar nem magyarázható jobban Rett-féle zavarral vagy gyermekkori dezintegratív zavarral.

#### **299.10 Gyermekkori dezintegratív zavar**

- A) Egyértelműen normális fejlődés legalább az első 2 életévben, amely egyaránt megnyilvánul a kornak megfelelő szóbeli és nem verbális kommunikáció, szociális kapcsolatok, játék és adaptív viselkedés jelenlétében.

- B) A korábban elsajátított készségek klinikailag jelentős elvesztése (a 10. életév előtt), az alábbiakból legalább két területen:
- (1) Expresszív vagy receptív nyelv
  - (2) Szociális készségek vagy adaptív viselkedés
  - (3) Hólyag- vagy végbélkontroll
  - (4) Játék
  - (5) Motoros készségek
- C) Működészavarok az alábbiakból legalább két területen:
- (1) Minőségi károsodás a szociális interakciókban (pl. a nem verbális viselkedés károsodása, a kortárskapcsolatok kialakításának kudarca, a szociális vagy érzelmi kölcsönösség hiánya)
  - (2) Minőségi károsodás a kommunikációban (pl. a beszélt nyelv hiánya vagy késlekedése, a beszélgetés kezdeményezésére vagy fenntartására való képtelenség, a nyelv sztereotip-repetitív használata, a változatos mintha-játék hiánya)
  - (3) Korlátozott, repetitív és sztereotip jellegű viselkedés, érdeklődés és tevékenységek, ide értve a motoros sztereotípiákat és manókat
- D) A zavar nem magyarázható jobban a pervazív fejlődési zavarok valamely másik, meghatározott alcsoportjával vagy skizofréniával.

### 299.80 Asperger-féle zavar

- A) Minőségi károsodás a szociális interakcióban, ami az alábbiakból legalább két tünet megjelenésében nyilvánul meg:
- (1) A számos nem verbális viselkedésem, mint pl. szemkontaktus, arckifejezés, testtartás, gesztusok szociális interakciók szabályozására való használatának egyértelmű károsodása
  - (2) A fejlődési szintnek megfelelő kortárskapcsolatok kialakításának kudarca
  - (3) A spontán törekvés hiánya az öröm, érdeklődés, sikerélmény másokkal való megosztására (Pl. érdeklődésének tárgyát nem mutatja meg, nem viszi oda másoknak, illetve nem mutat rá arra.)
  - (4) A szociális vagy érzelmi kölcsönösség hiánya
- B) Korlátozott, repetitív és sztereotip jellegű viselkedés, érdeklődés és tevékenységek, amelyek az alábbiakból legalább egy tünet megjelenésében nyilvánulnak meg:
- (1) Intenzitásában vagy tárgyában abnormális, egy vagy több sztereotip, korlátozott érdeklődési kör, amely az egyént kizáró jelleggel foglalkoztatja
  - (2) Nyilvánvalóan rugalmatlan ragaszkodás bizonyos nem-funkcionális rutinokhoz vagy rituálékhoz
  - (3) Sztereotip és repetitív motoros manórok (pl. a kéz vagy az ujjak repkedő, csavaró mozgása vagy komplex testmozgások)
  - (4) Tartós belefeledkezés tárgyak részleteibe
- C) A zavar klinikailag jelentős károsodást okoz a szociális, a munka- vagy egyéb fontos funkciók terén.
- D) Nincs klinikailag jelentős általános elmaradás a beszédben (pl. kétéves korra egyszerű szavak használata, hároméves korra kommunikatív kifejezések használata).
- E) Nincs klinikailag jelentős késés a kognitív fejlődésben vagy a kornak megfelelő önkiszolgálási készségek, a szociális interakción kívüli adaptív viselkedés, illetve a környezet iránti érdeklődés gyermekkori fejlődésében.
- F) A pervazív fejlődési zavarok valamely másik, meghatározott alcsoportja, vagy a skizofrénia kritériumainak nem felel meg.

### 299.80 Pervazív fejlődési zavar MNO (Ide értve az atípusos autizmust.)

Ezt a kategóriát akkor kell használni, amikor a kétoldalú szociális interakciók vagy a verbális és nem verbális kommunikációs készségek fejlődésében súlyos és pervazív károsodás áll fenn, vagy amikor sztereotip viselkedés, érdeklődés és tevékenységek vannak jelen, de a kritériumok nem felelnek meg sem a pervazív fejlődési zavar valamely meghatározott alcsoportjának, sem skizofréniának, skizotip vagy elkerülő személyiségzavarnak.

Pl. ez a kategória foglalja magában az „atípusos autizmus” klinikai formáit, amelyek nem felelnek meg az autisztikus zavar kritériumainak a késői jelentkezés, az atípusos tünettannal vagy enyhe „küszöb alatti” tünetek, illetve ezek együttes jelenléte miatt.

**Megjegyzés:** Mindkét kézikönyv e diagnosztikai csoportba sorolva tárgyalja a Rett-szindrómát, valamint a BNO-osztályozásban alkategória a mentális retardációhoz társuló viselkedészavar.

### 6.2.2 Meghatározás (pedagógiai szempontú)

A gyermekpszichiáter nyomon követést tarthat szükségesnek, így az orvosi diagnózis sokszor csak a gyermek fejlődésének tartós megfigyelése után áll majd rendelkezésre. Az sem ritka, hogy – a szülő vagy az autizmus terén kevésbé járatos szakember számára zavaróan – különböző diagnózisokkal rendelkezik a gyermek. A szakértői és rehabilitációs bizottság (továbbiakban SZB) feladata a sajátos nevelési igények megállapítása, továbbá az ellátási forma és intézmény ehhez igazodó kiválasztása. Ennek felelősége más intézményre nem hárítható át, ezért rendkívül fontos, hogy a SZB-ben dolgozó szakember felismerje az autizmus specifikus nevelési igényt, és azt a szülő számára érthetően tolmácsolja.

A nevelési igények helyes megállapítását a pedagógiai szükségletek oldaláról kell megközeleltetni<sup>8</sup>: az autizmuspektrum-zavart (autism spectrum disorder) mutató gyermekek különféle – többségében a pervazív fejlődési zavar körébe tartozó – orvosi diagnózissal rendelkezhetnek. Az igen eltérő megjelenési formák ellenére a spektrumhoz tartozó gyermekek nevelési szükségletei egységesen meghatározhatók, és a többi fogyatékoságtól, fejlődési zavartól jellegzetesen eltérők.

#### *Autizmuspektrum*

A klasszikus autizmus mellett ebbe a kategóriába tartoznak mindazon jobb értelmű, enyhébb tüneteket mutató vagy atípusos gyermekek, akiknél szintén minőségi eltérés mutatkozik a kommunikációs és a szociális készségek, valamint a rugalmas gondolkodás és viselkedésszervezés terén.

A vizsgálat célja

- A szociális és kommunikációs készségek, valamint a gondolkodás és viselkedésszervezés rugalmasságának vizsgálata, a tünetek feltárása
- Differenciáldiagnosztikai döntés, elkülönítés az alábbiaktól:
  - Nyelvi és beszédfejlődési zavar (fejlődési diszfázia)
  - Mentális retardáció, társuló viselkedészavarral
  - Több szindrómához (továbbiakban sy) szintén társulhatnak enyhébb vagy súlyosabb tünetek (törékeny X-kromoszóma, Rett-sy, Willams-sy, egyéb sy-k)
  - Figyelemzavar/hiperaktivitás egyes súlyos tünetekkel járó esetei<sup>9</sup>
  - Szélsőséges szociális szorongás, mutizmus, obszesszív-kompulzív zavar, ritkán gyermekkorban kezdődő skizofrénia és súlyos értelmi fogyatékoság

### 6.2.3 Vizsgálati minimum életciklusonként. Alap- és a kiegészítő vizsgálatok.

#### **Kontrollvizsgálat**

A sikeres vizsgálatához elengedhetetlen az autizmus megértése. Az autizmuspektrum-zavarral élő gyermekek esetében a szociális és kommunikációs készségek, a tevékenységi kör/érdeklődés/fantázia terén fennálló minőségi eltérés felismerése, a mennyiségi eltéréstől való megkülönböztetése az elsődleges feladat. Az első (diagnosztikai) vizsgálat során a szülő kikérdezésével össze kell gyűjteni a korábbi életszakaszokra vonatkozó információkat is. A jelentősebb fejlődési elmaradást mutató gyermekek esetében a kronológiai kornál alacsonyabb szintnél térünk át szülői interjúról a gyermek megfigyelésére.

Az értelmi képességek és a verbális készségek vizsgálata a prognózis, a fejlesztés céljának meghatározása szempontjából – beleértve az integrálással kapcsolatos álláspont kialakítását – szolgáltat fontos információt. A részképességek vizsgálata szintén szükséges az egyéni fejlesztés főbb feladatainak meghatározásához.

<sup>8</sup> Theo Peters: Autizmus. Az elmélettől a gyakorlatig. Kapocs Könyvkiadó. Budapest, 1997.

<sup>9</sup> A Fejér Megyei TKVSZRB dokumentációjának elemzése alapján

## 6.2.3.1 A vizsgálat területei

**a) 0–3 (4) éves korban<sup>10</sup>**

- Az eltérő viselkedés, fejlődési elmaradás észlelésének időpontja (már csecsemőkorban/csecsemőkor után, de 3 éves kor előtt/később)
- Verbális és nonverbális készségek, gesztusok, mimika
- Szociális viselkedés, mosoly, szándék az élmény megosztására
- Mozgásfejlettség, manírok
- Játéktevékenység, különös tekintettel a kölcsönösséget igénylő (oda-vissza) tevékenységekre, a tárgyak használatának adekvátságára, a fantázia és a szimbolikus játék előzményeire
- Utánzási készség
- Alvás, étkezés, toaletthasználat; önkiszolgálási készségek megismerése
- Készségvesztés feltárása (beszéd, mozgás, önkiszolgálás, játék, szociális viselkedés)
- Mentális képességek megítélése, egyenetlenség, „sziget”-kéességek

**b) 4–5 éves korban<sup>11</sup>**

- A 0–3 (4) éves kor jellemzőinek megismerése az előzőek szerint
- A verbális és nonverbális készségek, szükségletek jelzése, repetitivitás, idioszinkrázia
- Szociális viselkedés felnőttel és kortársak között; irányított és strukturálatlan szituációban; alkalmazkodás a változáshoz
- Mozgásfejlettség, manírok
- Észlelés, különös tekintettel a szokatlan észlelési érdeklődésre, különösen az auditív, taktilis, vestibuláris érzékenységre (minden modalitásban megjelenhet)
- Játéktevékenység, különös tekintettel a mintha-játék, szerepjáték megjelenésére vagy ezek hiányára
- Időtöltések, fantáziát igénylő tevékenységekhez (rajz, mese) való viszonyulás
- Alvás, étkezés, toaletthasználat; önkiszolgálási készségek
- A veszélyérzet fejlődése
- Intelligenciavizsgálat, egyenetlenség a profilban

**c) 5 éves kor fölött**

- A 0–5 éves kor jellemzőinek megismerése az előzőek szerint
- Kommunikációs készségek, igazodás a szituációhoz, kölcsönösség a beszélgetés során, sztereotípiák, repetitivitás, idioszinkrázia; hangerő és intonálás
- Szociális viselkedés felnőttel és kortársak között, irányítás során és strukturálatlan szituációban; alkalmazkodás a változáshoz
- Mozgásfejlettség, manírok
- Észlelés és a többi érzékszervi ingerekre adott reakciók
- Időtöltések; játéktevékenység, különös tekintettel a mintha-játék, szerepjáték megjelenésére vagy ezek hiányára
- Alvás, étkezés, toaletthasználat; önkiszolgálási készségek
- A veszélyérzet fejlődése
- Intelligenciavizsgálat, egyenetlenség a képességprofilban
- Részképességek vizsgálata

<sup>10</sup> A diagnosztikai, differenciáldiagnosztikai, valamint az ellátási forma megállapításához szükséges szempontok, néhány jellegzetes tünet ismertetésével

<sup>11</sup> Mivel 5 éves kor előtt mutatkoznak a legjellegzetesebben a tünetek, az 5 évesnél idősebb gyermekek esetében a szülőtől nyert információknak igen fontos a szerepe.

## 7. táblázat Az autizmus vizsgálati rendszerének összesítése

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
1. Előzmények (általános anamnézis)	A szülő kikérdezése, dokumentumelemzés	Általános anamnézis kérdéssor Orvosi és egyéb szakvélemények
2. Adatgyűjtés, célirányos anamnézis	A szülő kikérdezése A pedagógiai jellemzés elemzése  Vizuális információ a szociális viselkedésről	Szülői kérdőívek Pedagógiai jellemzés  Videofelvétel, fénykép
3. Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Intelligenciavizsgálat – profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek: – Wechsler-típusú (WISC, MAWGYI) – Az elvárások megértését segítő, vizuális támpontot adó nonverbális tesztek – Leiter-féle skála
4. Wingi triász és a diagnosztikus algoritmusokba (BNO-10, DSM-IV) foglalt tünetek vizsgálata: a gyermek szociális és kommunikációs készségeinek, gondolkodási stílusának és viselkedésének megfigyelése	Standardizált teszt  Fejlődési skála Ennek hiányában: Tervezett tevékenykedtetés a viselkedés célirányos megfigyelésére	CHAT I-II. ADOS –G Vineland szociális érettségi skála  Ennek hiányában: CARS, illetve a tünetek megfigyelését lehetővé tevő tevékenységsor és eszközkészlet A naiv tudatelmélet érettségét vizsgáló eljárások; a mintha-játék, a „közös figyelem”, az élmény megosztására való törekvés megfigyelése
5. Wingi triász és a diagnosztikus algoritmusokba (BNO-10, DSM-IV) foglalt tünetek vizsgálata: a szülő célirányos kikérdezése a gyermek fejlődéséről, különös tekintettel az 5 éves kor előtti életszakaszra, a gyermek szociális és kommunikációs készségeire, viselkedésére	Szülői kikérdezés	ADI-R Ennek hiányában: a tünetek feltárását lehetővé tevő kérdéssorok.
6. A passzív szókincs vizsgálata és az expresszív beszéddel, grammatikai készséggel kapcsolatos vizsgálatok (pl. PPL, LAPP, a Juhász–Bittera-féle megkésett és akadályozott beszédfejlődés vizsgálata)	Vizsgálati eljárás	MAWGYI szókincspróba Peabody passzív szókincset vizsgáló teszt (PPVT)
7. A gyermeki fantázia vizsgálata: rajz, mesék iránti érdeklődés	Vizsgálati eljárás Megfigyelés Kikérdezés	Goodenough-féle eljárás Családrajz Spontán rajz (legalább 2)

8. Részképességek vizsgálata – Nagy-és finommozgások – A vizuomotoros koordináció vizsgálata – Figyelem – Munkamemória – Szerialitás	Vizsgálati eljárás  Próbamódszerek	Oseretzky-teszt, Berges-Lesine: Ujj-eup-raxia teszt Bender-próbák Frostig-teszt  Bármely, a tanulási zavarok körében ajánlott próba, eljárás
9. Észlelés vizsgálata: Auditív, vizuális, taktilis, vesztibuláris észlelés, érzékenységi, hátrítások és preferálások feltárása	Szülő kikérdezése  Próbamódszerek, vizsgálati eljárások	Kérdőssor az autizmus vizsgálatához c. melléklet  Bármely, a tanulási zavarok körében ajánlott próba, eljárás
10. Pedagógiai vizsgálatok a tanulást megalapozó további készségek megismerésére: – A kultúrtechnikák ismeretének, használatának a vizsgálata, beleértve a gyakorlati életben való alkalmazásra való képességet – Aktivitásszabályozás, impulzivitás – Kontrollfunkciók (kitartás, késleltetés; reakció akadályoztatásra) – Utánzás – Taníthatóság, reakció a testi irányításra, téri és idői strukturálásra, vizuális támpont adására	Próbák  Szülő kikérdezése Megfigyelés	Bármely, a tanulási zavarok körében ajánlott próba, eljárás, PEP, AAPEP
11. Tevékenységi kör, időtöltés, a veszély felismerésére való képesség megismerése	Szülői kikérdezés Pedagógiai jellemzés elemzése	Kérdőssor az autizmus vizsgálatához Pedagógiai jellemzés
12. Toalett, alvás és étkezési szokások megismerése	Szülői kikérdezés Pedagógiai jellemzés elemzése	Kérdőssor az autizmus vizsgálatához Pedagógiai jellemzés

A már gyermekpszichiátriai diagnózissal rendelkezők esetében a 2., 4. és 5. pont lépéseit kihagyva végezzük a vizsgálatot.

#### 6.2.3.2 Kontrollvizsgálat

Kontrollvizsgálatnál a 2., 10., 11., 12. pontban foglaltak ismételt megismerése szükséges a fejlesztésre vonatkozó feladatok meghatározásához. Az értelmi képességek vizsgálatát abban az esetben kell elvégezni, ha korábban teszteljárással nem volt a gyermek vizsgálható, vagy a korábbi vizsgálat alapján a mentális képességek egyértelműen nem ítélték meg.

#### 6.2.3.3 Differenciáldiagnosztikai szempontok

A korai, 5 éves kor alatt megkezdődő, valós szükségletekhez igazodó fejlesztés rendkívül fontos az autizmus spektrumba tartozó gyermekek számára. Súlyos hátrányt jelent számukra, ha

értelmi fogyatékoságuk, akadályozott beszédfejlődésük, viselkedésproblémáik vagy esetleges testi, érzékszervi fogyatékoságuk okán nem autizmus-specifikus, hanem az e fogyatékoságokhoz adekvát fejlesztésben részesülnek. Mivel a háttérben álló okok eltérők, a szemléletmód, az alkalmazott eljárások és módszerek akár teljesen szemben állhatnak az autizmussal élő gyermekek számára megfelelő bánásmóddal. Ezért különösen fontos a szakértői és rehabilitációs bizottság szerepe, amikor feltárja az autizmus-specifikus nevelési igényeket olyan gyermeknél, aki gyermekpszichiáter által még nem diagnosztizált, vagy a gyermek nyomon követése zajlik.

A vizsgálatra való felkészülés és a vizsgálat során egyaránt szem előtt kell tartani a differenciáldiagnosztikai szempontokat.

a) A *felkészülés* szakaszában a bizottság elemzi a beérkezett kérelmeket. Az autizmus-spektrum-zavarral élő, már diagnosztizált gyermekek anamnéziséből ismert, hogy az első ízben szakemberhez forduló szülők (illetve a pedagógusok) panasa jellemzően két problémakörbe sorolható. Ezek:

- a beszédfejlődés elmaradása (beleértve, ha egyéb készségek terén is jeleznek elmaradást);
- és/vagy az alkalmazkodó viselkedés rendellenességei.

A jellemző szülői panaszok ismerete fontos kiindulópont a szakértői és rehabilitációs bizottság számára. Amennyiben a panasz a beszédfejlődés elmaradása, illetve a gyermek életkorának növekedésével egyre feltűnőbb, egyre nehezebben tolerálható viselkedési probléma a panasz, be kell tervezni az autizmus kizárására irányuló rövidebb, illetve szükség esetén a megállapításra irányuló teljes vizsgálatot. Értelmi fogyatékos gyermekek esetében az autizmus lehetőségét szintén szem előtt kell tartani.

b) A *vizsgálati* szakaszban az autizmus irányába történő további vizsgálat szükségességét az alábbiak jelzik:

- Ha kitartó próbálkozás szükséges a gyermekkel való kapcsolatteremtéshez, amely ekkor is személytelen jellegű.
- Az új környezetben mutatott feltűnően zavart, pánikszerű viselkedés, amely a vizsgálatot végző szakember – a többi gyermeknél hatásos – viselkedésére tovább súlyosbodik.
- Az erős strukturálásra és vizuális támpontok adására tapasztalt jobb együttműködés
- A preverbális jelzések használatának a hiánya, beszélő gyermeknél a szokatlan nyelvhasználat, a mentális korhoz viszonyított eltérő összetételű szókincs, a közlési szándék hiánya a spontán beszédben
- Ha a jól beszélő gyermek esetében nehézségek mutatkoznak a kommunikáció során a partnerhez való igazodásban.
- Az élmény és az érzelmek megosztásának (megmutatás, odafordulás a szülőhöz) hiánya
- A beszűkült tevékenységi kör (kiemelten a szimbolikus játék hiánya, ismétlődés preferálása a rajzoláshoz, mesehallgatáshoz)
- Manírok, sztereotípiák, repetitívitás a mozgásban, beszédben, tevékenységben



### 6.3 A MEGISMERŐFUNKCIÓK ÉS A VISELKEDÉS TARTÓS ÉS SÚLYOS RENDELLENSSÉGEINEK MEGÁLLAPÍTÁSÁRA IRÁNYULÓ PSZICHODIAGNOSZTIKUS TEVÉKENYSÉG

#### 6.3.1 A motoros jártasság zavarainak megállapítása (a diszpraxia)

##### 6.3.1.1 Meghatározás

###### ■ BNO-10 (2004-ES KIADÁS)

###### A motoros funkció specifikus fejlődési zavarai (F 82)

Legfontosabb tünete a motoros koordináció fejlődésének súlyos károsodása, ami nem magyarázható egyértelműen az általános intellektuális retardációval vagy meghatározott kongenitális vagy szerzett neurológiai zavarral. Habár gondos klinikai vizsgálat a legtöbb esetben az idegrendszer fejlődési zavarára utaló jegyeket talál, mint a nem rögzített végtag choreiform mozgása, tükörmozgás és más társuló mozgászavar, valamint a finom és durva motoros koordináció zavara. Idetartozik: ügyetlen gyermek szindróma, koordinációs dyspraxiás fejlődési zavar. Kivéve: a járás és a mozgékonyág abnormalitásai (R 26–); a koordináció hiánya (R 27–); a koordináció másodlagos hiánya mentális retardáció következtében (F 70–F79).

###### ■ DSM-IV-TR™

###### Koordinációfejlődési zavar

- A) A motoros koordinációt igénylő mindennapos tevékenységekben a teljesítmény lényegesen alatta marad a személy biológiai kora és mért intelligenciája alapján elvárhatónak. Ez megnyilvánulhat a motoros fejlődés különböző lépcsőfokainak (pl. járás, csúszás-mászás, ülés) késleltetett elérésében, a dolgok elejtésében, „ügyetlenségben”, gyenge sportteljesítményben vagy a kézírás minőségében.
- B) Az előbbi zavar jelentősen kihat az iskolai teljesítményre vagy az olvasási jártasságot igénylő mindennapi élettevékenységekre.
- C) A zavar nem általános egészségi állapot (pl. agyi bénulás, hemiplégia, izomsorvadás) következménye, és nem felel meg átfogó fejlődési zavar kritériumainak.
- D) Ha mentális retardáció jelen van, a motoros nehézségek meghaladják az ahhoz rendszerint társuló zavar mértékét.

*Cél* a motoros teljesítmény átfogó, részletes vizsgálata, a megmutatkozó eltérések hátterének feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal.

A funkciózavar elkülönítése az alábbiaktól:

- a mentális retardáció különböző súlyosságú formáitól (F70, F71);
- kevert specifikus fejlődési zavaroktól (F83);
- az iskolai teljesítmény specifikus fejlődési zavaraitól (F81);
- a mozgáskorlátozottság (Ktv. szerint testi fogyatékoság) különböző, veleszületett/szerzett; központi idegrendszeri/perifériális típusaitól.

##### 6.3.1.2 A motoros jártasság zavarai megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok

- a) A motoros jártasság életkornak megfelelőől elmaradó szintjére utaló előzmények (az anamnesztikus adatokban a mozgásfejlődés késése, a fiziológias mozgássor kialakulási sorrendjétől való eltérés a fejlődésben, neurológiai gyanújelek, mozgástanulás során fennálló ügyetlenség, testséma, dominanciazavarok, lateralitás- és téri tájékozódási problémák)
- b) A nehézségek (a megszerzett mozgásos tapasztalat hiányos felhasználása, a célirányos mozgások, gesztusok, tanult komplex mozgásfolyamatok tervezésének és kivitelezésének zavara) perzisztens fennállása
- c) Ép intellektus és ép mozgásrendszer ellenére szűk mozgásrepertoár, szegényes mozgásfantázia, anticipált mozgások kiválasztásának, szekvenciális elrendezésének zavara, ma-

nipulációs eszközök használatának nehézsége, önállótlan viselkedés, esetleg önellátási problémák

d) Kizáró tényezők: a mozgatórendszer sérültsége, illetve fennálló idegrendszeri (agyi bénulásos) vagy izomeredetű (disztófiás) állapot

e) Együttjárás gyakori ujjagnóziával, diszlexiával, diszgráfiával

## 8. táblázat. A motoros jártasság vizsgálatának összesítője

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
1. Előzmények (részletes anamnézis)	Kikérdezés	Anamnézis kérdéssor, űrlap
2. Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Intelligenciavizsgáló eljárások – a profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek előnyben részesítésével <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wechsler-típusú intelligenciatesztek</li> <li>– Woodcock–Johnson kognitív képességek tesztje</li> </ul>
3. Vizuomotoros koordináció vizsgálata	Részképesség-vizsgáló eljárások	Bender-próbák Frostig-teszt
4. A motoros jártasság, a szenzomotoros integráció vizsgálata	Próbamódszerek	Motometriás vizsgálatok: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mozgáskoordinációs teszt gyermekek számára (KTK)</li> <li>– Oseretzky-teszt</li> <li>– TOMI (Test of Motor Impairment) szenzoros integrációs teszt:</li> <li>– De Gangi–Berk szenzoros integrációs teszt*</li> <li>– Dél-Kaliforniai szenzoros integrációs teszt</li> <li>– Berges-Lesine: Ujj-eupraxia teszt</li> <li>– Orális praxis teszt</li> </ul>
5. Pedagógiai vizsgálatok, az iskolai képességek megalapozásához szükséges motoros képességek felmérése	Megfigyelés Próbamódszerek	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Koordináció-teszt</li> <li>– Mozgásügyesség, testséma, laterálisdominancia, téri tájékozódási vizsgálati lap (Bernolák-Mlinkó: Diagnosztikai kézikönyv 3. fej.)</li> <li>– Nagyné Réz Ilona: Téri tájékozódást fejlesztő program</li> <li>– Huba Judit: Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában I., II.</li> </ul>
6. Osztálytermi megfigyelés, pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	Jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív
7. Otthoni és tanórai munkák	Megfigyelés	Szempontsor

Az általános iskola első két évfolyamán a motoros jártasság megfelelő szintjére irányuló feladattípusok:

- Ellentétes egyidejű mozgások, keresztezett felső végtagi mozgások kivitelezése
- Járás, futás iránytartással, irányváltoztatással
- Egyensúlyozás, forgás, testsúly-áthelyezési gyakorlatok
- Utánzó és felszólításra végzett mozgások az arcon
- Laterálisdominancia-feladatok alsó/felső végtaggal, szemekkel/fülekkel
- Irányismeret, téri tájékozódás (szűkebb és tágabb térben)

### 6.3.1.3 Irodalom

- Jászberényi Márta: *Tájékoztató füzet az óvodás korú (3–6 éves) gyermekek szenzomotoros integrációjának vizsgálatához*. Szakszolgálati füzetek 3. Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.
- Fodorné Dr. Földi Rita: *Enyhe agysérülés következtében kialakult tanulási zavart okozó funkciózavarok differenciáldiagnosztikája*. Neuropszichológiai eljárások. Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.
- Huba Judit: *Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1991.
- Huba Judit: *Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában II.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1992.
- Kiphard, Ernst J.: *Mennyire fejlett a gyermek? Útmutató az érzékszervi és mozgásfunkciók vizsgálatához*. Fordította: Kedl Márta. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Belső kiadvány. Budapest, 1977.
- Nagyné Réz Ilona: Hétéves, mozgásfogyatékos gyermekek intellektuális kapacitásának sajátosságai a Raven-féle Színes progresszív mátrix teszt alapján. In: Dr. Pálhegyi Ferenc (szerk.): *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola X. Évkönyve*. Budapest, 1987. 180–192. o.

## 6.3.2 A figyelem és cselekvésszervezés zavara

### 6.3.2.1 Meghatározás

■ BNO-10 (1995, 2004-ES KIADÁS)

#### F90 Hiperkinetikus zavarok

Az élet korai szakaszában, (általában már az első öt életévben) kialakuló betegségecsoport. Jellemzője a kintartás hiánya a kognitív részvételt igénylő tevékenységekben, a csapongásra való hajlam (a beteg egyik tevékenységből a másikba kap anélkül, hogy az előzőt befejezné), ill. a rendezetlen, rosszul irányított, túlzott mértékű aktivitás. Több más rendellenességgel szövődhet. A hiperkinetikus gyermekek rendszerint nyughatatlanok, impulzívok, könnyen szenvednek balesetet. Gyakran kerülnek bajba (iskolai) függelenség miatt, bár a szabályokat önkéntelenül és nem tudatosan szegik meg. Felnőttekhez való attitűdjüket a szociális gátlások, a szokványos visszafogottság és mértéktartás hiánya jellemzi. A hiperkinetikus gyermekek általában népszerűtlenek társaik körében, elszigetelődhetnek, magányosakká válhatnak. Gyakori a kognitív működések zavara, ill. szokatlanul gyakori a nyelvi és motoros képességek fejlődésének késése. A kórkép másodlagos szövödménye pl. az aszociális viselkedés és a csökkent önértéktudat.

#### F90.0 Az aktivitás és a figyelem zavarai

#### F90.1 Hiperkinetikus magatartászavar

#### F90.8 Egyéb hiperkinetikus zavar

#### F90.9 Nem meghatározott hiperkinetikus zavar

Hiperkinetikus reakció gyermek- és serdülőkorban KMN (=külön megnevezés nélkül)

Hiperkinetikus szindróma KMN

■ DSM-IV-TR™

#### Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar

A) Vagy (1) vagy (2):

- (1) A figyelemtelenség alábbi tüneteiből hat vagy több, amelyek legalább 6 hónapig olyan mértékben fennállnak, ami maladaptív és nem felel meg a fejlődési szintnek:

Figyelemtelenség

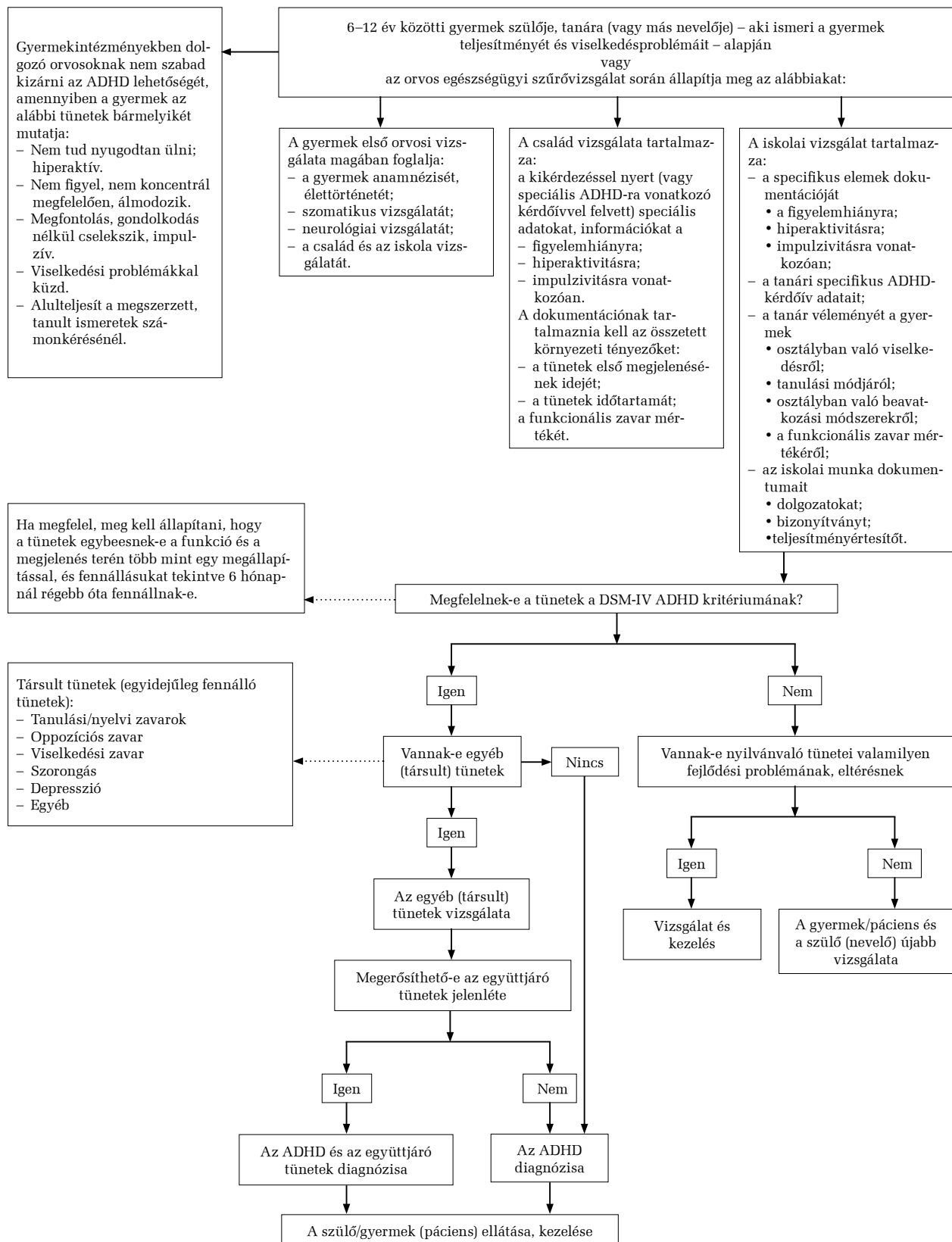
- a) Gyakran nem figyel megfelelően a részletekre, vagy gondatlan hibákat vét az iskolai és egyéb munkában vagy más tevékenységben.

- b) Gyakran nehézséget jelent a figyelem megtartása a feladat- vagy játéktevékenységen belül.
  - c) Gyakran úgy tűnik, nem figyel, amikor beszélnek hozzá.
  - d) Gyakran nem követi az instrukciókat, vagy elmarad az iskolai és egyéb munka vagy kötelességek stb. befejezése (nem oppozíciós viselkedés vagy az instrukciók megértési zavara miatt).
  - e) Gyakori nehézség a feladatok és a tevékenységek megszervezésében
  - f) Gyakran elkerüli, nem szereti vagy ellenáll, hogy olyan feladatokban vegyen részt, amelyek tartós mentális erőfeszítést igényelnek (pl. iskolában vagy otthon).
  - g) Gyakran elveszti a feladatokhoz vagy tevékenységekhez szükséges dolgokat (pl. játékokat, iskolai felszerelést, ceruzákat, könyveket vagy szerszámokat).
  - h) Gyakran könnyen elvonják a figyelmét külső ingerek.
  - i) A napi tevékenységekben gyakran feledékeny.
- (2) A hiperaktivitás – impulzivitás alábbi tüneteiből legalább hat, amelyek legalább 6 hónapig olyan mértékben fennállnak, ami maladaptív és nem felel meg a fejlődési szintnek:
- Hiperaktivitás
- a) Gyakran babrál kézzel-lábbal, az ülésén fészkelődik.
  - b) Gyakran elhagyja helyét az osztályban vagy más helyzetekben, amikor az ülni maradást várják el.
  - c) Gyakran rohangál, vagy ugrál, mászik olyan helyzetben, amikor az nem helyénvaló (serdülőknél vagy felnőtteknél ez korlátozódhat a nyugtalanság szubjektív érzéseire).
  - d) Gyakran nehézségei vannak az önálló nyugodt járástevékenységben vagy az abban való részvételben.
  - e) Gyakran „izeg-mozog”, vagy gyakran úgy cselekszik, „mint akit felhúztak”.
  - f) Gyakran túl sokat beszél.
- Impulzivitás
- (3) Gyakran kimondja a választ, mielőtt a kérdés befejeződött volna.
  - (4) Gyakran nehézsége van a várakozással.
  - (5) Gyakran félbeszakít másokat (pl. beszélgetéseket vagy játékokat).
- B) Olyan hiperaktív-impulzív tünetek vagy figyelmetlenség, amelyek a 7. életév előtti megjelenés esetén sérülést okozhatnak.
- C) Legalább két vagy több helyzetben (pl. iskolában vagy munkahelyen és otthon) a tünetek miatt bizonyos funkciózavar van jelen.
- D) A szociális, iskolai vagy foglalkozási működésben egyértelműen észlelhető a klinikai károsodás.
- A tünetek nem kizárólag átfogó fejlődési zavar, skizofrénia vagy egyéb pszichotikus zavar folyamán jelentkeznek, és nem magyarázhatók jobban más mentális zavarral (pl. hangulatzavar, szorongásos zavar, disszociatív zavar vagy személyiségzavar).

#### 6.3.2.2 A döntéshozatal folyamata az ADHD megítélésekor

A diagnosztikus döntéshozatal menetét – különös tekintettel a differenciáldiagnosztika kérdéseire – a 4. ábra foglalja össze.

#### 4. ábra A figyelemhiányos/hiperaktivitászavar vizsgálatának, diagnózisának és kezelésének algoritmus



### 6.3.2.3 Irodalom

BNO–10. I. kötet. Népjóléti Minisztérium. Budapest, 1995.

BNO–10 zsebkönyv DSM-IV<sup>TM</sup> meghatározásokkal. Animula Egyesület. Budapest, 1998.

DSM–IV Text Revision. A módosított DSM–IV. Animula Egyesület. Budapest, 2001.

Vetrő Ágnes: A figyelem és a cselekvésszervezési képesség zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE GYFK. Budapest, 2000. 311–328. o.

## 6.4 TANULÁSI ZAVAROK

### 6.4.1 Diszlexia

#### 6.4.1.1 Meghatározás

##### ■ BNO-10 (2004-ES KIADÁS)

##### **Meghatározott olvasási zavar (diszlexia)**

Az olvasási készségek fejlődésének szignifikáns és meghatározott romlása nem írható kizárólag látásélesség, szellemi érettség vagy nem megfelelő iskoláztatás rovására. Az olvasáshoz szükséges részfeladatok, szövegfelismerés, orális olvasási készségek, olvasásértési készség elsajátítása mind sérült. Helyesírási nehézségek gyakran társulnak meghatározott olvasási zavarokkal, ami serdülőkorra megmarad annak ellenére, hogy az olvasásban javulás tapasztalható. Az olvasás fejlődési zavarait rendszerint megelőzi a beszéd- és nyelvfejlődés zavara. Társuló emocionális és viselkedészavarok gyakoriak az iskolás korban. Ide tartozik: „backward reading”; fejlődési diszlexia, meghatározott (specifikus) olvasási retardáció. Kivéve: alexia KMN (R48.0); diszlexia KMN (R48.0); az emocionális élet zavaraihoz társuló olvasási nehézség (F93–).

##### ■ DSM-IV-TR<sup>TM</sup>

##### **Olvasási zavar**

- A) Az olvasási teljesítmény, az olvasás pontosságát vagy a megértést egyénileg standardizált tesztekkel vizsgálva, lényegesen alatta marad a személy biológiai kora, mért intelligenciája vagy a kor szerinti képzettség alapján elvárhatónak.
- B) Az előbbi zavar jelentősen kihat az iskolai teljesítményre vagy az olvasási jártasságot igénylő mindennapi élettevékenységekre.
- C) Ha érzékelési deficit van jelen, az olvasási nehézségek meghaladják az ahhoz rendszerint társuló zavar mértékét.

*Cél* az olvasási teljesítmény átfogó, részletes vizsgálata, az megmutatkozó eltérések hátterének feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal.

A részfunkció zavar elkülönítése az alábbiaktól:

- Enyhe mentális retardáció (F70)
- Kevert specifikus fejlődési zavarok (F83)
- Az aktivitás és figyelem zavarai (F90.0)
- A nem megfelelő oktatási/szociokulturális körülményekből származó tanulási problémák

#### 6.4.1.2 A diszlexia-diagnózis megállapításának alapját képző diagnosztikus kritériumok

- a) Az olvasás elsajátításának nehézségére utaló előzmények (Az olvasástanulás problémája kezdetektől jelen van.)
- b) A nehézségek (lassú olvasás, pontatlan olvasás, dekódolási nehézség) perzisztens fennállása

- c) Meghatározott kognitív deficitek jelenléte (fonológiai feldolgozássebesség, fonológiai tudatosság, vizuális/verbális munkamemória, ezek esetlegesen kombinálódva a vizuális észlelés és motoros folyamatok gyengeségével)
- d) Kizáró tényezők (szenzoros sérülés, eltérő nyelvi környezet, a tanulási tapasztalatok vagy lehetőségek hiánya)
- e) Normál intelligencianívó (IQ>85) mellett szórt képességstruktúra, diagnosztikus értékű intraindividuális különbségek

**9. táblázat** A diszlexia vizsgálatának összesítője

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
Előzmények (részletes anamnézis)	Kikérdezés	Anamnézis kérdősor, űrlap
Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Intelligenciavizsgáló eljárások – a profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek előnyben részesítésével: – Wechsler-típusú intelligenciatest – Woodcock–Johnson kognitív képességek tesztje
A kognitív folyamatok vizsgálata (nyelv, emlékezet, auditív és vizuális feldolgozás, vizuomotoros integráció, következtetési/gondolkodási képesség, végrehajtó-funkciók)	Részképesség-, képességvizsgáló eljárások	Bender-próbák Frostig-féle teszt GMP Peabody passzív szókinceszt Goodenough-féle rajzvizsgálat Rey-féle komplex ábra Rey-féle auditív-verbális tanulási teszt Hiskey–Nebraska tanulási alkalmassági teszt
Az olvasás-, íráselsajátítással összefüggő nyelvi képességek (pl. fonológiai tudatosság, szókincs)	Próbamódszerek	Meixner-féle aktív szókincs-szótanulási teszt
Pedagógiai vizsgálatok, a kultúrtechnikákat megalapozó bázisképességek felmérése: – Valós és álszavak dekódolása – Hangos és néma szövegolvasás (olvasási pontosság, sebesség, folyamatosság; szövegértés) – Írás diktálás után – Írásbeli kifejezőkészség (mondat, történet, esszé) – Az íráskép, a kivitelezés vizsgálata	Megfigyelés Próbamódszerek	Meixner-féle olvasólapok Lőrinc-féle olvasólap Romankovics-olvasólapok Diktámenek
Osztálytermi megfigyelés / pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív
Otthoni és tanórai munkák	Megfigyelés	szempontsor

Az általános iskola első két évfolyamán az olvasási teljesítményt bejósoló feladattípusok:

- a) Betűazonosítás (a betű megnevezése)
- b) Betű-hang kapcsolat (pl. azonos betűvel kezdődő szavak felismerése: baba, béka, duda, bokor)
- c) Fonológiai tudatosság (pl. szókezdő hang leválasztása)

- d) Verbális memória (pl. hallás után mondat vagy szöveg felidézése)
- e) Gyors megnevezés (pl. ismerős tárgyak, számok, betűk vagy színek sorozatának gyors megnevezése)
- f) Expresszív szókincs vagy szóelőhívás (pl. tárgyképek megnevezése)

## 6.4.2 Diszgráfia

### 6.4.2.1 Meghatározás

#### ■ BNO-10 (2004-ES KIADÁS)

##### **Az írás zavara (diszgráfia)**

A legszembetűnőbb a specifikus és szignifikáns sérülés a helyesírási készségek fejlődésében, miközben az olvasás meghatározott zavara nem észlelhető, és nem magyarázható mentális visszamaradottsággal, látászavarral vagy nem megfelelő iskoláztatással. A szóbeli és írásbeli helyesírás, betűzés egyaránt érintett. Ide tartozik: meghatározott helyesírási retardáció (olvasási zavar nélkül). Kivéve: agráfia KMN (R48.8); helyesírási nehézség olvasási nehézséggel társulva (F81.0); nem megfelelő iskoláztatás eredménye (Z55.8).

#### ■ DSM-IV-TR™

##### **Írásbeli kifejezés zavar**

- A) Az íráskészség egyénileg, standardizált tesztekkel vizsgálva (vagy az íráskészség funkcionális becslése) lényegesen alatta marad a személy biológiai kora, mért intelligenciája vagy a kor szerinti képzettség alapján elvárhatónak.
- B) Az előbbi zavar jelentősen kihat az iskolai teljesítményre vagy az íráskészséget igénylő mindennapi élettevékenységekre.
- C) Ha érzékelési deficit van jelen, az íráskészség nehézségei meghaladják az ahhoz rendszerint társuló zavar mértékét.

*Cél* az íráskészség, írásbeli teljesítmény átfogó, részletes vizsgálata, a megmutatkozó eltérések hátterének feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal.

A részfunkció zavar elkülönítése az alábbiaktól:

- Enyhe mentális retardáció (F70)
- Kevert specifikus fejlődési zavarok (F83)
- Az aktivitás és figyelem zavarai (F90.0)
- A nem megfelelő oktatási/szociokulturális körülményekből származó tanulási problémák

### 6.4.2.2 A diszgráfia-diagnózis megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok

- a) Gyenge finommotoros koordináció, a grafomotoros feladathelyzetek elutasítása
- b) Az írás elsajátításának nehézségére utaló előzmények (Az írástanulás problémája kezdetektől jelen van.)
- c) A nehézségek (lassú írás, pontatlan írás, fonéma-graféma egyeztetési, átkódolási nehézség) perzisztens fennállása
- d) Helyesírásban és írásképből megjelenő deficitiek
  - Betűtévesztések: a betűk sorrendiségének hibái (tükrírás, felcserélés, elhagyás, kihagyás, hozzátoldás, betoldás)
  - A betűk hibás megválasztása: betűtípus (írott/nyomtatott, kisbetű/nagybetű), betűfajta (j/ly), fonetikai probléma (nem fonetikus időtartam/írás, fonetikus írás)
  - Tagolás: szavak tagolása (egybeírás/külön írás), elválasztás, mondatok tagolása (írásjelhiány/többszörös/inadekváció, nagybetű/kisbetű)
  - Rendezetlen, nehezen olvasható írásképből, a sortartás kifejezett problémája



- Sajátos, illetve változó betűméret és formák
- e) Meghatározott kognitív deficitek jelenléte (fonológiai feldolgozásebesség, fonológiai tudatosság, vizuális/verbális munkamemória, ezek esetlegesen kombinálódva a vizuális észlelés és motoros folyamatok gyengeségével)
- f) Kizáró tényezők (szenzoros sérülés, eltérő nyelvi környezet, a tanulási tapasztalatok vagy lehetőségek hiánya)
- g) Normál intelligencianívó (IQ>85) mellett szórt képességstruktúra, diagnosztikus értékű intraindividuális különbségek

10. táblázat A diszgráfia vizsgálati összesítője

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
Előzmények (részletes anamnézis)	Kikérdezés	Anamnézis kérdősor, űrlap
Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Intelligenciavizsgáló eljárások – a profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek előnyben részesítésével: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wechsler-típusú intelligenciatesztek</li> <li>– Woodcock–Johnson kognitív képességek tesztje</li> </ul>
A kognitív folyamatok vizsgálata (nyelv, emlékezet, auditív és vizuális feldolgozás, vizuomotoros integráció, következtetési/gondolkodási képesség, végrehajtó-funkciók)	Részképesség-, képességvizsgáló eljárások	Bender-próbák Frostig-teszt GMP Peabody passzív szókinccsteszt Goodenough Rey-féle komplex Rey-féle auditív-verbális tanulás Hiskey–Nebraska tanulási alkalmassági teszt
Az olvasás-, íráselsajátítással összefüggő nyelvi képességek (pl. fonológiai tudatosság, szókincs)	Próbamódszerek	Meixner-féle aktív szókincs- és szótanulási teszt
Pedagógiai vizsgálatok, a kultúrtechnikákat megalapozó bázisképességek felmérése: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Valós és álszavak dekódolása</li> <li>– Írás diktálás után</li> <li>– Írásbeli kifejezőkészség (mondat, történet, esszé)</li> <li>– Az íráskép, a kivitelezés vizsgálata</li> </ul>	Megfigyelés Próbamódszerek	Diktámenek
Osztálytermi megfigyelés, pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	Jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív
Otthoni és tanórai munkák	Megfigyelés	Szempontsor

A fejlődési diszlexia szinte mindig együtt jár a fejlődési diszgráfia helyesírási zavar formájával, ugyanakkor elég gyakran előfordul, hogy jól olvasó gyerekek komoly helyesírási problémákkal küzdenek.

Az általános iskola első két évfolyamán az írásbeli teljesítményt bejósoló feladattípusok:

- a) Merev, görcsös ceruzafogás, amihez rossz testtartás, posztura társul
- b) Olvashatatlan íráskép, sortartás, a betűméret állandóságának elégtelensége
- c) Szorongás, tenyérizzadás az írásfeladatok miatt
- d) Együttlomogások (nyelvkörzés, cuppogás stb.) az írás alatt

- e) Az éppen írott szó hangos kimondása
- f) Mondatok írásakor szavak kihagyása vagy befejezetlensége
- g) A leírásra kerülő gondolatok megfogalmazásának nehézsége

### 6.4.3 Diszkalkulia

#### 6.4.3.1 Meghatározás

##### ■ BNO-10 (2004-ES KIADÁS)

##### **Az aritmetikai készségek zavara (diszkalkulia)**

Az aritmetikai készségek károsodása alakul ki, ami nem magyarázható egyszerűen mentális retardációval vagy nem megfelelő oktatással. A zavar vonatkozik alapvető feladatokra, mint az összeadás, kivonás, szorzás és osztás, illetve kevésbé érinti a sokkal absztraktabb feladatokat, mint az algebra, trigonometria, geometria vagy kalkulációk. Idetartozik: fejlődési akalkulia; fejlődési aritmetikai zavar (a számtani műveletvégzések zavara); Gerstmann-szindróma. Kivéve: akalkulia KMN (R48.8); aritmetikai nehézségek olvasási és helyesírási nehézséggel társulva (F81.3); nem megfelelő oktatás miatt (Z55.8).

##### ■ DSM-IV-TRTM

##### **Számolási zavar**

- A) A számolási képesség, egyénileg, standardizált tesztekkel vizsgálva lényegesen alatta marad a személy biológiai kora, mért intelligenciája vagy a kor szerinti képzettség alapján elvárhatónak.
- B) Az előbbi zavar jelentősen kihat az iskolai teljesítményre vagy a számolási képességet igénylő mindennapi élettevékenységekre.
- C) Ha érzékelési deficit van jelen, a számolási nehézségek meghaladják az ahhoz rendszerint társuló zavar mértékét.

*Cél* a számolási teljesítmény átfogó, részletes vizsgálata, a megmutatkozó eltérések hátterének feltárása, differenciáldiagnosztikai döntéshozatal.

A részfunkciózavar elkülönítése az alábbiaktól:

- Enyhe mentális retardáció (F70)
- Kevert specifikus fejlődési zavarok (F83)
- Az aktivitás és figyelem zavarai (F90.0)
- A nem megfelelő oktatási/szociokulturális körülményekből származó tanulási problémák
- Nyelvi fejlődési zavarból (a beszédmegértés zavara) eredő szövegértési nehézség (F80.2)

#### 6.4.3.2 A diszkalkulia diagnózisának megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok

- a) A számolás, számfogalom, műveletvégzés elsajátításának nehézségére utaló előzmények *kisgyermekeknél*
  - Inkoordinált mozgás- és beszédritmus
  - Kialakulatlan, illetve gyenge téri és idői tájékozódás
  - Bizonytalan a bal-jobb oldal differenciálása
  - Kialakulatlan laterális dominancia
  - A számosság iránti érdeklődés hiánya
  - Saját testen a mennyiségek azonosítása, a számfogalom, mennyiségállandóság kialakulásának, a nyomtatott számok felismerésének a nehézsége
  - A számok és a hozzájuk tartozó mennyiségek összekapcsolásának nehézsége
  - Gyenge számemlékezet
  - Kategorizálási, osztályozási nehézségek

## b) Iskoláskorú gyermekeknél

- A nehézségek (számlálás növekvő-csökkenő sorrendben, szabályfelismerés, szabálykövetés, relációs ismeretek, számfelismerés) perzisztens fennállása
- A számolási műveletek (összeadás, kivonás, szorzás, osztás) elsajátításának nehézsége
- A matematikai problémamegoldó készségek előhívásának nehézsége
- Gyenge hosszú idejű emlékezet a matematikai funkciók vonatkozásában (pl. Szorzótábla)
- Nehézségek a mennyiségek reális becslésében, megmérésében
- A különböző stratégiai játékok elkerülése

## c) Serdülőknél, felnőtteknél

- Nehézség az árak, költségek megbecslésében
- Az időben való tervezés nehézsége

d) Meghatározott kognitív deficitek jelenléte (gyenge képi és szeriális emlékezet, vizuális/verbális munkamemória, ezek esetlegesen kombinálódva a vizuális észlelés és motoros folyamatok gyengeségével)

e) Kizáró tényezők (szenzoros sérülés, eltérő nyelvi környezet, a tanulási tapasztalatok vagy lehetőségek hiánya)

f) Normál intelligencianívó ( $IQ > 85$ ) mellett szórt képességstruktúra, diagnosztikus értékű intraindividuális különbségek

A klasszikus diszkalkulia legfontosabb diagnosztikus kritériuma a – jó értelmi képességek mellett meglévő – kialakulatlan, bizonytalan számfogalom. (Számfogalom: invariáns, stabil viszonyítási rendszer, amely biztos számérzetet, a számok egymáshoz való viszonyának és a számok tulajdonságainak alapos ismeretét jelenti.)

## 11. táblázat A diszkalkulia vizsgálatának összesítője

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
Előzmények (részletes anamnézis)	Kikérdezés	Anamnézis kérdéssor, űrlap
Általános értelmi képességek	Standardizált teszt	Intelligenciavizsgáló eljárások – a profilelemzésre lehetőséget nyújtó tesztek előnyben részesítésével: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Wechsler-típusú intelligenciatest</li> <li>– Woodcock–Johnson kognitív képességek tesztje</li> </ul>
A kognitív folyamatok vizsgálata (nyelv, emlékezet, auditív és vizuális feldolgozás, vizuomotoros integráció, következtetési / gondolkodási képesség, problémamegoldás, végrehajtó funkciók)	Részképesség-, képességvizsgáló eljárások	Bender-próbák Frostig-teszt GMP Rey-féle komplex Rey-féle auditív-verbális tanulás Hiskey–Nebraska tanulási alkalmassági teszt
A számfogalom, számolás, matematikai műveletvégzésekkel összefüggő matematikai képességek (pl. globális mennyiségfelismerés, mennyiség-számnév egyeztetése, mennyiségi relációk alkotása, számnév-számjegy egyeztetése, helyiérték, alpműveletek és inverzeik) vizsgálata, szöveges feladatok, matematikai, logikai szabályok felismerése	Próbamódszerek	Dékány Judit-féle diszkalkulia-vizsgálat <sup>2</sup>
Osztálytermi megfigyelés, pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	Jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív
Otthoni és tanórai munkák	Megfigyelés	Szempontsor

#### 6.4.3.3 Irodalom

- Dékány Judit – Juhász Ágnes: *Kézikönyv a diszkalkulia felismeréséhez és diagnosztikájához*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1995.
- Márkus Attila: A matematikai képességek zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Budapest, 2000. 279–309. o.
- Mesterházi Zsuzsa (szerk.): *Diszkalkuliáról – pedagógusoknak*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1999.

### 6.4.4 Szelektív mutizmus

#### 6.4.4.1 Meghatározás

##### ■ BNO-10 (2004-ES KIADÁS)

##### **Szelektív mutizmus (F 94.0)**

„Markáns, emocionálisan meghatározott szelektivitás a beszédben; a gyermek nem beszél. A zavar rendszerint társul jelentős személyiségvonásokkal, mint szociális szorongás, visszahúzódás, (túl)érzékenység és ellenkezés.”

##### ■ DSM-IV-TR™

- A) Bizonyos szociális helyzetekben a megszólalás következetes elutasítása, (amelyekben a megszólalásra valamilyen elvárás van, pl. iskolában), miközben más szituációkban beszél.
- B) A zavar kihat a nevelési vagy foglalkozási teljesítményre vagy a szociális kommunikációra.
- C) A zavar időtartama legalább egy hónap (nem korlátozódik az iskolakezdés első hónapjára).
- D) A megszólalás elmaradása nem tulajdonítható az adott szociális helyzetben szükséges beszélt nyelv ismerete hiányának vagy nem kellő ismeretének.
- E) A zavar nem magyarázható jobban kommunikációs zavarral (pl. dadogás) és nem kizárólag átfogó fejlődési zavar, szkizofrénia vagy egyéb pszichotikus zavar folyamán fordul elő.

*Cél* a szelektív mutizmus átfogó, részletes vizsgálata, amely magában foglalja a részletes heteroanamnézist, megfigyelést, kognitív és orvosi vizsgálatot; differenciáldiagnosztikai döntéshozatal.

A funkciózavar elkülönítése az alábbiaktól:

- Mentális retardáció különböző súlyosságú formái (F70, F71)
- Expresszív beszédzavar (F80.1)
- Autizmus (F84.0)

#### 6.4.4.2 A szelektív mutizmust megállapításának alapját képező diagnosztikus kritériumok

- a) Bizonyos helyzetekben szociális szorongás, visszahúzódó viselkedés, extrém félénkség, míg másutt zavartalan, normál kapcsolattartás
- b) Általában a családban ép beszéd, normális verbális interakció, más helyzetekben a megszólalás hiánya (pl. óvoda, iskola)

A diagnosztikus munka megkönnyítéséhez az alábbi részletes táblázatban mutatjuk be az egymástól nehezen elkülöníthető (sokszor egymást némileg átfedő) fejlődési zavarok főbb tüneteit.

12. táblázat A szelektív mutizmus elkülönítését segítő összehasonlítás

	Szelektív mutizmus	Autizmus	Expresszív beszédzavar	Értelmi fogyatékos
Szociális viselkedés	Bizonyos helyzetekben szociális szorongás Visszahúzó viselkedés Extrém félénkség, míg másutt zavartalan, normál kapcsolattartás	A szociális interakció, kapcsolatteremtés nehézsége csecsemőkortól A viselkedéssztereotípiák hiánya Más gyermekek iránti érdeklődés hiánya Szegényes mimika, gesztusok A szemkontaktus furcsasága Korlátozott repetitív érdeklődés és viselkedés	Adekvát viselkedés Esetleg fokozottabb agresszív megnyilvánulások vagy introverzió a korlátozott beszédképesség következtében	Általános vagy élénk szociális érdeklődés, társas kapcsolat
Kognitív viselkedés	Jó értelmi képességek	Összességében heterogén (az értelmi fogyatékos-ságtól az átlagon felüli képességekig) A verbális absztraháló és fogalomalkotási készség a leggyengébb.	Jó értelmi képességek	Kognitív deficit, gyenge értelmi képességek
Verbális viselkedés	Általában a családban ép beszéd, normális verbális interakció, más helyzetekben a megszólalás hiánya (pl. óvoda, iskola)	Szegényes szókincs, kifejezőkészség Esetleg diszgrammatizmus Repetitív, sztereotip, monologizáló beszéd Késleltetett és azonnali echolália Idioszinkráziás beszéd	Ép beszédértés A gesztusok, metakommunikáció preferenciája Súlyos, általában inkonzevens diszlália, paralália, alália, diszgrammatizmus Szegényes szókincs	Szegényes, sematikus beszéd, szókincs A fogalomhasználatban elsősorban a funkcionális tulajdonságok dominálnak.
A felismerés általános ideje	Óvodáskor: 3–5 év (szituációfüggő)	36 hónapos kor előtt	2–4 év, szituációtól független	A súlyosság mértékétől függően csecsemőkortól iskoláskorig

A diagnosztikus kritériumok megállapításához az alábbi területek vizsgálata szükséges:

- A gyermek értelmi szintje
- A beszédfejlődés ismerete, sajátosságai, a megszólalás megtagadásának kezdete és körülményei
- A gyermek viselkedése (a verbális viselkedés kivételével) megfelelő-e
  - mentális korának;
  - a környezet elvárásainak;
  - saját szükségletei kielégítésének.
- Egyéb problémák színterei:
  - Beszédértés
  - Kifejező beszéd

13. táblázat A szelektív mutizmus vizsgálati összesítője

A vizsgálat részterülete	Módszer	Eszköz
1. Előzmények (részletes anamnézis, különös tekintettel a játéokra – Kapcsolatteremtés, szociális készségek – Egyéb viselkedés (sajátos szokások, rítusok) – Szomatikus betegségek – Pszichés betegségek	Kikérdezés	Kérdősor a szocializáció, kommunikáció fejlődésére (a beszédfejlődés, az interakciók, a kapcsolatalakítás jellegzetességei a családtagokkal és idegenekkel) A viselkedés jellegzetességei: (megdermesedés, leblokkolás, elnémulás) Vegetatív reakciók (verejtékezés, elpirulás, remegés)
2. A gyermek szociális és verbális viselkedése	Megfigyelés	Kérdősor: – Spontán tevékenységet, játékot kezd-e; egyedül vagy a szülő, esetleg más családtag bevonásával; Kontaktuskészség: – A vizsgálatvezető beavatkozására, kezdeményezésére elutasítóan, közömbösen, vagy elfogadóan reagál-e? – Kivált-e szorongást a megszólítás?
3. Általános értelmi képességek, szociális érettség	Standardizált teszt, kérdősor	Intelligenciavizsgáló eljárások – a nonverbális tesztek előnyben részesítésével: – Snijders-Oomen – Wechsler-típusú intelligenciatesztek performációs próbái – Raven-mátrixok Vineland szociális érettségi skála
4. A vizuomotoros koordináció vizsgálata	Részképesség-vizsgáló eljárások	Bender-próbák
5. A gyermek énképének, családban betöltött helyének megismerése	Emberrajz, családrajz	Papír, ceruza
6. Osztálytermi megfigyelés, pedagógiai feljegyzések, vélemények	Megfigyelés	Jegyzőkönyv, szempontsor, kérdőív

A szelektív mutizmus (SZM) vizsgálatok az indirekt vizsgálati formák javasolhatók, mivel a gyermek közvetlen beszédre ösztönzése hátráltatja, megakadályozza a gyermek megismerését. Fontos a biztonságot, verbális megnyilvánulást közvetlenül nem elváró vizsgálati környezet megteremtése. A megfigyelés ezért különösen hangsúlyos a szelektív mutizmus gyanújával jelentkező gyermek vizsgálatánál. További alapelvek:

Nem mondhatjuk ki az SZM diagnózisát, ha az értelmi állapot jóval elmarad az életkori szinttől, értelmi akadályozottságot mutat. Enyhe fokú elmaradás esetén nem kizárt az SZM előfordulása, de mint fejlődési zavar mérlegelést igényel a mentális állapothoz való viszonya; párhuzamos előfordulásuk lehetséges kölcsönös meghatározottság, következményesség nélkül.

Az autizmustól való elkülönítés a viselkedéses hasonlóságok miatt lehet problematikus, miután az autizmussal élő gyermekek is lehetnek visszahúzódók, nehezen reagálók, azonban repetitív viselkedést, sztereotip reakciókat az SZM-gyermekek nem mutatnak. Az autizmussal élők viszont általában nem küzdenek beszédgátlással, ha életkoruknál alacsonyabb szinten is, de verbálisan kommunikálnak. Beszédük gyakran perszeveratív, érdeklődésük beszűkült.

Az expresszív beszédzavar és az SZM egymáshoz való lehetséges, bár nem bizonyított viszonya már a szakirodalomban is említést kap (R. Lindsey Bergman, 2002). Nem zárható ki

azonban, hogy a megkésett beszédfejlődésű vagy a kifejező beszéd zavarával küzdő gyermekeknek komoly beszédgátlást okozhat a környezet részéről tapasztalt minduntalan meg nem értés, amely a társas helyzetekben való megnyilvánulás elkerülésére készteti őt, s ez megszilárdulva szociális fóbiává fejlődhet. (A *beszéd* megtagadása mögött állhat a *beszédfunkció* zavara.) A beszédállapot feltárása tehát abból a szempontból is releváns részét alkotja a vizsgálati folyamatnak, hogy a szorongás hátterét képező egyik lehetséges okot megtaláljuk. Az expresszív beszédzavar és az SZM elkülönítésében a beszédfejlődés folyamatának ismerete és a beszédvizsgálat eredménye játszik lényeges szerepet. (Fontos tudnunk, hogy a súlyos beszédzavarral küzdők is hamarabb megszólalásra bírhatók, mint a szelektív mutisták.)

A pszichiátriai kórképektől és a pervazív fejlődési zavaroktól való elkülönítés orvosi (gyermekpszichiáteri) feladat.

#### 6.4.4.3 Irodalom

Kuncz Eszter: *A szelektív mutizmus felismerése. A tünetegyüttes differenciáldiagnosztikai feldolgoása 2 eset tükrében.* Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány Kiadványa. Budapest, 2007.

### 6.5 A GYÓGYPEDAGÓGIAI PSZICHOLÓGIAI VIZSGÁLATOK ÖSSZESÍTŐ FOLYAMATÁBRÁJA

A Mellékletek 3. ábrája a gyógypedagógiai diagnosztikus feladatok tükrében a teljesség igénye nélkül foglalja össze a hazai gyakorlatban használatos módszereket.

## 7. A vizsgálati vélemény kialakítása

A szakértői és rehabilitációs gyógypedagógiai tevékenység gyakorlatában a szakértői vélemény fogalma a vizsgált személyről alkotott egységes kép szóban vagy írásban történő leírását jelenti, amely a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai és orvosi szakértői vizsgálat összegzése révén jön létre. Központi részét a szűkebb értelemben vett gyógypedagógiai vélemény (diagnózis) képezi, amely a fogyatékossgot mint különleges nevelési és oktatási problémát határolja körül.

A gyógypedagógiai szakértői vélemény a gyermek/tanuló sorsát, nevelésének és oktatásának körülményeit hosszú távon, tartósan meghatározó okirat, amely hatósági döntést alapoz meg, és amelynek elkészítését, tartalmát a mindenkori közoktatási törvény és a kapcsolódó rendeletek szabályozzák, a szakmai-etikai követelmények mellett. A szakértői vélemény következményeként részesülhet a gyermek/tanuló/fiatal különleges gondoskodásban, illetve többletkezelésekben.

Minden egyéb (pl. gyógypedagógiai vagy komplex gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi) szakvélemény, fontos segítség a gyermek/tanuló fejlődési, tanulási-tanítási körülményeinek kialakításában, de a vele kapcsolatos hatósági döntést nem alapozza meg.

A gyógypedagógiai vélemény a gyógypedagógiai ellátást végző szakember összefoglaló véleménye a fejlesztett gyermek/tanuló fejlődésének alakulásáról, fejlettségéről, tudásszintjéről, amely önmagában szintén nem hatósági döntést megalapozó, de a gyermek megítéléséhez szükséges, figyelembe veendő tényező.

### 7.1 A KOMPLEX (GYÓGYPEDAGÓGIAI–PSZICHOLÓGIAI–ORVOSI) SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNY KIALAKÍTÁSÁNAK ÁLTALÁNOS SZEMPONTJAI

#### 7.1.1 A szakértői vélemény a jogszabályok szempontjából

A közoktatás illetékességi körében gyógypedagógiai pszichológiai szakértői véleményt az erre a feladatra létrehozott közoktatási intézmények: a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottságok, illetve az országos szakértői és rehabilitációs bizottságok adhatnak ki az általuk elvégzett vizsgálatok alapján.

Az 1993. évi LXXIX. közoktatásról szóló törvény több paragrafusában utal arra, hogy a különleges gondoskodás (ezen belül) a gyógypedagógiai ellátásra való jogosultság alapidokumentuma a szakértői bizottságok által kialakított szakértői vélemény. (Pl. 30. §.)

Jelenleg a 14/1994. (VI. 24.) MKM-rendelet szabályozza a szakértői véleménykészítés rendjét, a tartalmára vonatkozóan követelményeket, és a szakértői véleményt kérők körét határozza meg.

A 14/1994. (VI. 24.) MKM-rendelet 3. számú mellékletének I. része szól arról, hogy ki és milyen határidővel kérheti a szakértői vélemény elkészítését.

A rendelet 14. §-ának (1) bekezdése (a)-tól (l)-ig a szakértői vélemény tartalmára vonatkozóan határozza meg követelményeket. A törvény, valamint rendeletének módosítása mindenkor maga után vonhatja a változtatások lehetőségét.

A jogszabályok azonban nem határozzák meg, hogy a szakértői vélemények milyen szakmai tartalommal rendelkezzenek. Ehhez eligazítást a véleménykialakítás gyógypedagógiai pszichodiagnosztikus szempontú feltételeinek átgondolása adhat.

#### 7.1.2 A szakértői véleménykialakítás feltételei

Alapos, részletes adatgyűjtés

A szakértői vélemény komplex gyógypedagógiai–pszichológiai–orvosi vizsgálat alapján készül el.



(Ez alól kivétel: amikor a gyermek vizsgálatától számított fél éven belül, az eredeti szakvéleményben javasoltaktól eltérő többletkezdvezmény megszerzése céljából a jogosultságot indokoló újabb javaslatot kér a szülő. Általában ilyenkor szociális jellegű támogatások megszerzése a cél.)

### 7.1.3 A szakértői vélemény kialakításának menete

#### 7.1.3.1 Az adatok értékelése

Az adatok értékelésének célja a vizsgálat alapján készült adathalmaz rendszerbe rendezése és egységes képbe foglalása.

Egyszerűsített menete: a tennivalók részekre bontása és bizonyos egymásutánban való elemzése. A sorrend a következő: az adatok bírálata, összevetése, rendezése, kiválogatása.

Pszichodiagnosztikai szempontból meg kell látni az adatok közötti lényegi, a véleményalkotást előrevívó összefüggéseket: például az adott fogyatékosagra jellemző együttjárásokat. Formai szempontból viszont a vélemény szerkezeti felépítéséhez igazodó bizonyító tények/adatok keresése, válogatása történik.

Az adatok átnézésének első lépése az *aktuális probléma/panasz és az előélet összevetése*. Ebben az esetben adatként szükséges kezelni a hozzátartozóktól, a pedagógusoktól, orvosoktól és magától a vizsgált személytől gyűjtött ismereteket.

A második lépés a *fontos, jellegzetes adatok* aláhúzása és valamilyen módon történő *kiemelése* az adathalmazból.

Az adatok átnézése egyúttal *kritikai átgondolást* is jelent. A kritikai átgondolás során az adatok hitelességének ellenőrzése folyik.

A következő lépésként az adatok egymással való összevetése történik. A szakvélemény írója megvizsgálja, hogy az adatok igazolják-e, kiegészítik-e egymást, nem többértelműek-e, nincsenek-e egymással ellentmondásban.

Végül az átnézett, megbírált, összevetett adatokat a vizsgálat céljának érdekében, annak egy-egy szempontja szerint szükséges rendezni és válogatni.

#### 7.1.3.2 Az adatok értelmezése (a pszichológiai, pedagógiai és orvosi adatok összefüggései)

Több szempont szerint történhet az értelmezés. Kiindulhat a vizsgálatok egyenkénti analizéséből arra vonatkozóan, hogy az egyes vizsgálat típusokon belül (pl. a kognitív-képesség-vizsgálatok, a szociális érettséget vizsgáló eljárásokban vagy a pedagógiai teljesítményekben) milyen teljesítményszintet milyen módon ért el a vizsgált személy. Majd vizsgálható, hogy a különböző vizsgálati típusok (gyógypedagógiai, pszichológiai, orvosi), valamint a különböző vizsgálati módszerekkel (kikérdezés, megfigyelés, teszt-módszerek) nyert adatok között milyen összefüggés és/vagy eltérés tapasztalható.

Az adatok csoportosítása, összefüggéseinek feltárása, a semleges, nem odaillő adatok elvetése segítségével jut el a vizsgáló a lényeges megállapítások sorához.

Az adatok értelmezésekor tekintetbe kell venni számos, egyrészt a gyermekhez/tanulóhoz, másrészt a környezeti tényezőkhöz kapcsolódó „hibaforrást”. Ezek részletezését lásd: 1.11 pontban az 1. ábrán, illetve az 1.12 pont 2. ábráján.

A gyermek/tanuló teljesítményét egy aktuális helyzetben számos tényező befolyásolhatja.

#### 7.1.3.3 A vélemény (diagnózis) kialakítása

A komplex diagnózis (a komplex gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi vélemény) a szerkezeti ártalom következtében létrejött másodlagos és további rendellenességeket állapítja meg, és azoknak jellegét, fokát, amelyhez hozzárendeli a megelőzés, a megszüntetés, a megjavítás, illetve az enyhítés lehetőségeit.

#### 7.1.4 A tennivalók megállapítása (javaslattétel)

A tennivalókat aszerint szükséges összeállítani, hogy ki a vizsgálat alanya, milyen problémát hordoz, milyen gyógypedagógiai ellátásra szorul. Ezután figyelembe kell venni, hogy a szükséges ellátásból mit lehet reálisan megvalósítani és hol.

A javaslattételnek tehát tartalmaznia kell a következőket:

- Az intézményes nevelésre vonatkozó javaslat
- A rendelkezésre álló szegregált és integrált intézmények sora
- A választást segítő támogató érvek
- Az egyéb szakszolgáltatási lehetőségek
- Minden olyan intézményes fejlesztést kiegészítő lehetőség, amelynek igénybevétele szintén javasolt a gyermek számára az optimális fejlődése szempontjából

#### 7.1.5 Megbeszélés a szülővel

A gyógypedagógiai, pszichológiai és orvosi vizsgálat komplex eredményét és a tennivalókat megbeszélés formájában is közölni szükséges a szülőkkel a vizsgálatot követően, amit szakértői, illetve szakvélemény formájában írásban is megkapnak.

A vizsgálatot követő megbeszélés célja a szülő tájékoztatása a gyermek állapotáról, annak prognózisáról, megnyerése a gyermek számára optimális nevelési, oktatási, fejlesztési megoldás megteremtése érdekében.

Tárgya a vizsgálatok eredményeinek közlése, valamint az optimális nevelési, oktatási, fejlesztési feltételek lehetőségeiről való tájékoztatás.

A vizsgálatok eredményeinek közlése tartalmazza a fogyatékoság (sérülés/funkciózavar) okát, típusát, mértékét, nagy vonalakban az egyéni sajátosságokat, amelyeken belül hangsúlyozni kell a gyermek jó tulajdonságait, képességeit, amelyekre a nevelés alapozódik.

Mindezt gyógypedagógiai pszichológiai tanácsadás követi, amely tartalmazza a gyermek szempontjából hatékony nevelés eljárásait a családban és családon kívül.

#### 7.1.6 A gyermek, a szülő és a szakember részére történő tanácsadás

A tanácsadás, mint a pszichológiai segítő formák egyik válfaja, strukturált szakmai tevékenység, amelynek egyik lehetséges feladata az információnyújtás.

A gyógypedagógia, a gyógypedagógiai-pszichodiagnosztika területén szinte mindennap használja a tanácsadás segítő műfaját. Különleges szakmai kihívás a szülőkkel való beszélgetés abban a gyakori helyzetben, amikor a szülő először szembesül gyermeke valamilyen fogyatékoságának tényével vagy részképesség-zavarával. A szülő a gyermekéről kapott vizsgálati benyomások, egyes vizsgálati adatok megismerése után talán maga is ráláthat a probléma-összefüggésekre, és a kellően empátikus légkörben folyó megbeszélés során könnyebben elfogadja a gyermek érdekeit képviselő döntést. (A gyógypedagógiai tanácsadás másik területe a gyermek pályaválasztási érettségének elérésekor a megfelelő pályaorientáció, pályaválasztás segítése.)

A szakértői bizottságok tevékenységében a tanácsadásnak egy igen specifikus, általában egy ülésben lezajló formája működik. A szakértői vizsgálatot ugyanis a szülőkkel, hozzátartozóval, gondozóval történő megbeszélés követi. A vizsgálat eredményeit, tapasztalatait, az optimális intézkedési/terápiás formát kell olyan módon megbeszelnünk, hogy az elfogadható legyen a gyermeket nevelők számára. A tanácsadói munkát nehezíti, hogy a szakértői bizottságokat a szülők legtöbbször nem önmaguktól keresik fel, hanem a gyermekkel foglalkozó intézmény (házi orvos, óvoda, iskola, nevelési tanácsadó stb.) küldi vizsgálatra egy általuk jelzett probléma alapján. A szülő motivációja, elkötelezettsége a vizsgálatot illetően így jóval kisebb, mint abban az esetben, amikor ő maga a vizsgálat kezdeményezője.

A tanácsadásra fordítható idő rendkívül kevés, leginkább csak a tények közlésére, az információnyújtásra van lehetőség. Bizonyos szakmai és formai standardoknak azonban ilyen körülmények között is teljesülniük kell:

- Megfelelő idő biztosítása (legalább 20 perc, maximum 45–60 perc)
- A megbeszélésen-tanácsadáson csak a szülő(k) és a gyermeket vizsgáló szakember(ek) legyenek jelen, az elhelyezkedés az „egyenrangúság” érzetét közvetítse!
- Szakmai érvek, indokok, szakszerűség a vélemény kialakításánál, hangsúly a gyermek fejlődésének perspektivikus jövőjén
- Empátia, elfogadás a szülő, a gyermek és a probléma iránt és a közlés módjában
- A gyermek megtartott képességeinek, pozitív személyiségvonásainak, tulajdonságainak kiemelése
- Ha van rá lehetőség, hagyjuk a szülőben megérlelődni, inkubálódni az újonnan szerzett információkat!
- Érvek, ellenérvek kölcsönös felsorakoztatása, meghallgatása, ezek mentén a szülő lehetőleg maga jusson arra a belátásra, hogy a szakember javaslata a gyermek számára a lehető legjobb; a szülő megnyerése az együttműködésre
- Minél kevésbé érezze a szülő a vizsgálat hivatalos jellegét! A hangsúly a szereplők és a probléma elfogadásán, megértésén legyen.
- A szülők „felmentése” a súlyos emocionális terhek (egymás vádolása, bűntudat, mit kellett volna másképp tenni stb.) alól
- A gyermek iránti optimális magatartás kialakításának segítése (túlvédő és elutasító attitűd kerülése) akár csoportos tanácsadás, akár önszerveződő szülőcsoportok keretében
- Célszerű a konfrontáció elkerülése, mert az a probléma megoldhatatlan konfliktussá fejlődését eredményezheti
- Segítő civil szervezetekhez, érdekvédelmi egyesületekhez, szülőcsoportokhoz való irányítás (autizmus estében: pl. Autista Gyermekekért Egyesület, Flóra Alapítvány stb.)
- Olyan megoldás keresése, amely szakmailag indokolt, törvényileg szabályos és a szülő számára elfogadható
- Végző, konszenzust és megoldást nélkülöző esetben a szülő tájékoztatása a továbblépés lehetőségeiről

Életkortól függetlenül és minden fogyatékoság/fejlődési zavar esetén fontos a szülők megsegítése abban, hogy

- gyermeküket elfogadják olyannak, amilyen;
- reálisan ítélik meg képességeit;
- szociális boldogulását illetően elfogadják a fogyatékoság/zavar/rendellenesség szabta lehetőségeket, és ezen belül keressék gyermekük számára a legjobbat;
- nyújtsanak olyan védő gondoskodást, amely a családon belül ellensúlyozza azokat a frusztrációs hatásokat, amelyeket a sérült gyermek/fiatal a társadalomban átélni kénytelen;
- ne csak a fogyatékoságot/rendellenességet vegyék észre gyermekükben, hanem a pozitív tulajdonságokat is! Teremtsenek olyan miliőt, amelyben a gyermek nem érzi kisebbségnek magát.

Szakember részére történő tanácsadás:

- Személyes konzultáció formájában
- Részletes írásbeli tájékoztató, javaslat formájában, a különleges bánásmód formájának megjelölésével (a fejlesztés iránya, módja, gyakorisága, esetleges kedvezmények biztosítása mely tantárgyakat és milyen módon érinti, általános és egyedi észrevételek a gyermekkel kapcsolatban)
- Kapcsolattartás telefonon

### 7.1.7 Irodalom

Fonyó Ilona: A konzultáció (counseling) és a gyógypedagógia. In: Gordosné Szabó Anna (szerk.): *Gyógyító pedagógia*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004. 105–114. o.  
Fonyó Ilona – Pajor András: *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. J12-1140. Budapest, 2000.  
Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai lélektan*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1992.

## 7.2 A SZAKÉRTŐI VÉLEMÉNY MEGÍRÁSA

A szakértői vélemény három fő részre bontható: bevezető részre, fő részre, befejező részre.

a) Bevezető rész

A szakértői vélemény hitelességének egyik lényeges eleme, hogy pontosan azonosítható legyen az intézmény, ahol készült. A szakértői vélemény tehát mindig fejléccel ellátott irat.

Másik fontos adat az iktatószám és a vizsgált gyermek irattári azonosítója: a törzsszám és/vagy gondozási szám. A fejléc után következik a szakértői vélemény bevezető része.

A bevezető rész azt tartalmazza, hogy kit (a vizsgált személy legfontosabb azonosító személyi adatai), kinek a kérésére, milyen célból vizsgált az adott vizsgáló intézmény.

b) Fő rész

A fő rész arról szól, hogy a vizsgálat során mit (milyen fontos tények) derültek ki a gyermek/vizsgált személy állapotával kapcsolatban.

A vizsgálat legfontosabb tényei kórtörténeti, helyzeti megfigyelési és teszt módszerek alapján nyert, a véleményt alátámasztó legfontosabb adatok.

A fő rész tartalmazza az összegző, tömörített véleményt is, az ún. komplex gyógypedagógiai pszichológiai és orvosi diagnózist.

c) Befejező rész

Illeszkedve a véleményben megfogalmazottakhoz, a javaslatokat, tennivalókat a befejező rész foglalja össze.

### 7.2.1 A komplex szakértői vélemény tartalmára vonatkozó további szempontok

A hatályos közoktatási törvény szerint nyilván kell tartani, és továbbítani lehet a pedagógiai szakszolgáltató intézményekből a nevelési és oktatási intézményekbe a személyi adatok meghatározott körét, a tanuló minősítéseit, illetve a sajátos nevelési igényre vonatkozó adatokat. Mindezeket a szakértői véleménynek is tartalmaznia szükséges.

- A *személyi adatok* közül fontos: a vizsgált személy neve, születési ideje, helye, életkora, nevelésének színtere, az édesanya leánykori neve, a gondviselő neve, az állandó és az ideiglenes lakcím.
- Mikor történt a vizsgálat; ha voltak már korábbi vizsgálatok, az azokra történő hivatkozás.
- A *szakorvosi vélemény* (diagnózis) részben beépül a komplex véleménybe, de ezen túl a szakértői véleményben meg kell jeleníteni, hogy milyen típusú vizsgálat történt, és az orvos által meghatározott biológiai, organikus sérülést alátámasztó adatokat. Így a fogyatékoság etiológiájára utaló kiemeléseket.
- A gyógypedagógiai-pszichológiai vélemény által határolódik körül az *elvégzett vizsgálatok* tükrében a vizsgált gyermek *testi és pszichés állapota, személyiségének jellemzői*, a fogyatékoságot jellemző *fő tünetek*, a *fogyatékoság formája, foka*, az *okok és a körülmények összefüggései*, *fejlesztésének lehetőségei*, *oktatásának és nevelésének szükségletei*, amelyek az orvosi szempontú megközelítésen túl szerepet játszanak a gyermek megítélésében.
- A szakértői vélemény javaslati része is komplex. A gyermek fejlődését, a körülményeket figyelembe véve kijelölt intézménytípuson, osztályfokon túl tartalmaznia kell a gyermek

habilitációs fejlesztésének főbb irányvonalait, az SNI következményeként adható többlet-kedvezmények sorát, az egészség megőrzését biztosító orvosi ellátásra vonatkozó tennivalókat, a gyermek családi nevelését segítő támpontokat és a fejlődést nyomon követő kontrollok lehetőségeit.

### 7.2.2 A szakértői vélemény etikai és formai követelményei

A szakértői vélemény a vizsgálati adatok szintetizáló rendezése, amelyben tükröződik a vizsgálatok sokoldalúsága, a személyiség jellemzésében a teljességre való törekvés. A benne foglalt megállapításoknak objektívnak, valósághűnek és *elfogultságmentesnek* kell lenniük. Hangvétele legyen pozitív irányultságú, mindenkor tükrözze a gyermek, az ember tiszteletben tartását, valamint a *vizsgált a személy sajátos egyediségét*. Ne címkézzen!

A lényegyet kiemelve tartalmazza a vizsgálati adatokat, törekedve az értelmezésükre, a lehetséges magyarázatokra. Értelmezéskor körültekintően szükséges elemezni az aktuális vizsgálati helyzet buktatóit, a gyermek teljesítményét befolyásoló bizonytalanságtényezőket. Különösen óvatosan kell megjeleníteni a határeseti problémákat és az etiológiai tényezőkre való utalásokat, ha az egyértelműségük nem bizonyított.

A szakértői véleményben oldani szükséges a statikusságot, figyelembe véve a fejlődési és nevelési utakat, amelyek az adott teljesítményekhez vezetnek, és törekedni kell a *fejlődési kilátások* megfogalmazására is.

Fontos követelmény, hogy a szakvélemény áttekinthető és tagolt legyen.

A nyelvezet szempontjából és szakértői vélemény jellegéből fakadóan az egyik legfontosabb követelmény az érthetőség.

A szakértői vélemény nemcsak a gyermek életét meghatározó dokumentum, hanem a gyermek megismerését és az oktató-nevelő munkát segítő iratanyag, amely tudományossága, szakszerűsége révén válik használhatóvá a gyakorlat számára.

A tennivalók megfogalmazásának olyannak kell lennie, hogy konkrét segítséget nyújtson a gyermekek intézményes ellátásáért felelős szakemberek számára.

Végül törekedni szükséges a gyógypedagógiai szakértői vélemények tipikus hibáinak kiküszöbölésére a véleményírás során, amelyek a következők:

- A vizsgálati tapasztalatok egyszerű leírását adja meg a szakvélemény, nem értelmez.
- Nincs elég diagnózist alátámasztó tény.
- Inadekvát, inkongruens, téves, hibás adatokat tartalmaz.
- Hiányos információk alapján von le következtetést.
- Pontatlanul jelennek meg a hivatkozott intézménynevek.

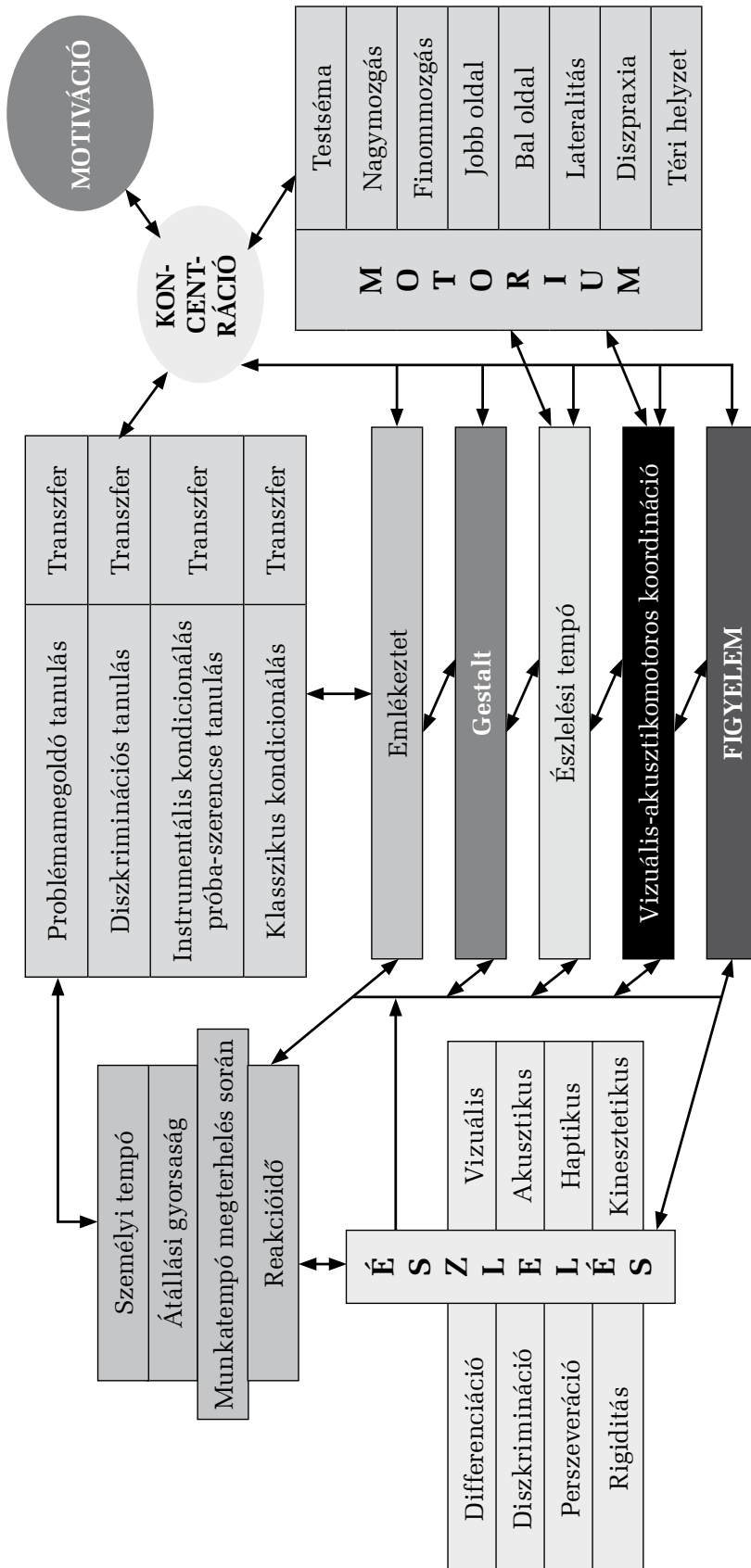
### 7.2.3 Irodalom

Illyés Gyuláné: *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1970.

Nagyné Dr. Réz Ilona: Szakvélemény és szakértői vélemény. Példatár. In: Zsoldos Márta: *Pedagógiai vizsgálat a komplex diagnosztikai eljárás keretében a nevelési tanácsadók és a szakértői rehabilitációs bizottságok számára*. OKM – Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2006. Melléklet.

## Mellékletek

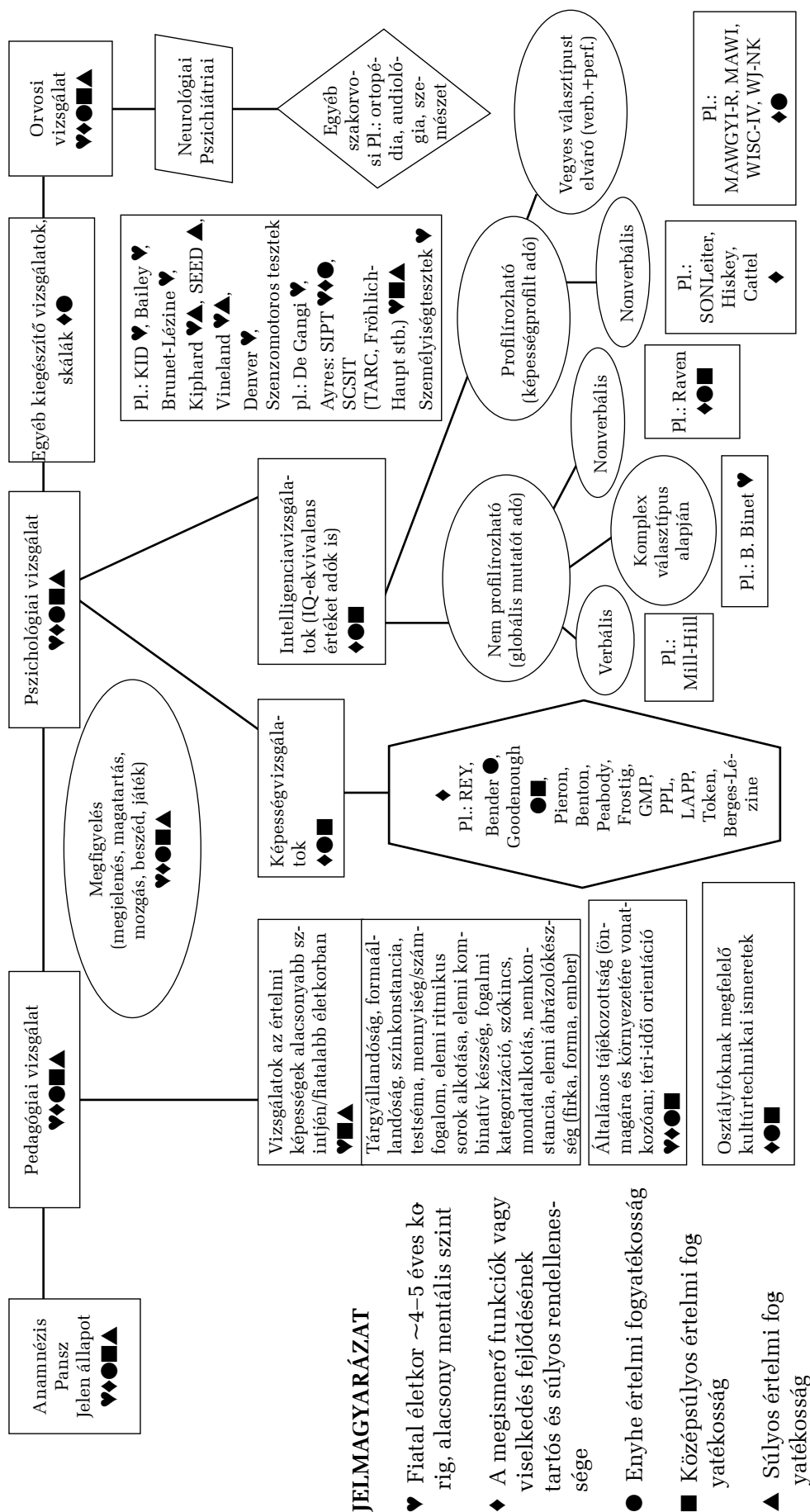
### 1. számú melléklet A pszichikus funkciók hatásszerkezete a tanulási folyamatban



2. számú melléklet A vizsgálati módszerek és a vizsgált területek összefoglaló táblázata  
fogyatékoság megállapítása és kizárása esetén

Kikérdezés		Megfigyelés		Kísérleti próbamódszerek: tesztek, skálák	
Beszélgetés	Kérdőív	Strukturálatlan	Strukturált	Teljesítménytesztek	
				Átfogó mentális képesség	
				Részfunkciók	
Panasz, problémafeltárás		Megjelenés			
Jelenlegi állapot		Magatartás		Fejlődési skálák	
Élettörténet (heteroanamnézis)			Mozgás	Projektív eljárások	a személyiség vizsgálatára
Dokumentumelemzés			Beszéd	Tünetbecslő skálák	
Környezettanulmány			Érzékszervek		
	Viselkedés		Játék	Pedagógiai vizsgálatok	
	Önértékelés		Önkiszolgálás	Motoros jártasság	Az értelmi képességek alsó fokán
	Motiváció		Szociabilitás	Magatartás, viselkedés	Olvadás
	Attitűd			Motiváció	Írás
	Szokások				Számolás
Orvosi vizsgálat					

3. számú melléklet. A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálatok összesítő folyamatábrája





FELHASZNÁLT ÉS AJÁNLOTT IRODALOM<sup>12</sup>

- Achenbach, Thomas: *Child Behavior Checklist*. [on-line] <http://cps.nova.edu/~cpphelp/CBCL.html>. Magyar fordítás: Gyermekviselkedési kérdőív. ELTE belső kiadvány. 1991.
- Agin, Marilyn C. (2004): *The „late talker” – when silence isn’t golden*. *Contemporary Pediatrics*. [on-line] <http://www.contemporarypediatrics.com/contpeds/article/articleDetail.jsp?id=132720>
- Aneja, S. (1999): Evaluation of a Child with Communication Disorder. *Indian Pediatrics*, 36: 887–890. [on-line] <http://www.indianpediatrics.net/sep4.htm>
- Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve: *Autizmus / Autizmus Spektrum Zavar*. Készítette: Az Autista Alapítvány, a Pszichiátriai Szakmai Kollégium közreműködésével. [www.eum.hu/letoltes.php?d\\_id=2023](http://www.eum.hu/letoltes.php?d_id=2023)
- Baddeley, Alan: *Az emberi emlékezet*. Osiris Kiadó. Budapest, 2001.
- Bagdy Emőke: A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja. Animula Egyesület. ÁFÉSZ Nyomda. Vác, 1998.**
- Bakonyi László: Megismerni, fejleszteni, újra megismerni és továbbfejleszteni. In: Kósáné Ormai Vera – Porkolábné dr. Balogh Katalin – Zánkay András: *Neveléslélektan szöveggyűjtemény*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1978. 829–839. o.
- Bánlaky Éva: *Figyelemvizsgálatok. Kézikönyv a Figyelemvizsgáló tesztkészlethez*. Pszichoteszt-szerviz (évszám nélkül)
- Bednorz, Peter – Schuster, Martin: *Bevezetés a tanulás lélektanába*. Medicina Könyvkiadó. Budapest, 2006.
- Bernáth László: Tanulás és emlékezés. In: N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó. Budapest, 2004. 224–241. o.
- Bernolák Béláné – Mlinkó Renáta: Mozgás. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanuló Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 49–81. o.
- Biasini, Fred J. – Grupe, Lisa – Huffman, Lisa – Bray, Norman W.: Mental Retardation: A Symptom and Syndrome. Megjelenés alatt. In: Netherton, S. – Holmes, D. – Walker, C. E. (Eds.): *Comprehensive Textbook of Child and Adolescent Disorders*. Oxford University Press. New York. Elérhető: <http://www.uab.edu/cogdev/mentreta.htm>.
- BNO-10. I. kötet*. Népjóléti Minisztérium. Budapest, 1995.
- BNO-10 zsebkönyv DSM-IVTM meghatározásokkal*. Animula Egyesület. Budapest, 1998.
- Borbély Sjoukje – Jászberényi Márta – Kedl Márta – Lányiné Dr. Engelmayer Ánes: *A korai gyógypedagógiai segítségnyújtás az értelmi fogyatékosok nevelésében*. Országos Pedagógiai Intézet Gyógypedagógiai Továbbképzés Könyvtára. 24. Budapest, 1985.
- Bowen, Caroline (2001): *Ages and stages. Developmental milestones for receptive and expressive language acquisition*. Forrás: [http://members.tripod.com/Caroline\\_Bowen/devel2.htm](http://members.tripod.com/Caroline_Bowen/devel2.htm)
- Cianchetti, Carlo – Sannio Fancello, Giuseppina (2001.): *Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára*. Magyar adaptáció: Kő Natasa. Forgalmazza: OS Hungary Tesztforgalmazó Kft.
- Csávás Dezsőné: A mozgásvizsgálat. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Áthelyezési vizsgálat I*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 124–131. o.
- Csépe Valéria: Az olvasás és íráskészség zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE BGGYTF. Budapest, 2000. 241–278. o.
- Csépe Valéria: Kognitív fejlődés-neuropszichológia. Gondolat Kiadó. Budapest, 2005.**
- Csikó Erzsébet: *Tájékoztató füzet a szenzoros integráció korai minőségének megítéléséhez*. ELTE BGGYFK, SZASZOK. Belső kiadvány. Budapest, 2001.
- Dékány Judit – Juhász Ágnes: *Kézikönyv a diszkalkulia felismeréséhez és diagnosztikájához*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1995.

<sup>12</sup> A fejezetek végén nem szerepeltetett szakirodalom címét vastagbetűvel tüntetjük fel. (A szerk.)

- DSM-IV Text Revision. *A módosított DSM-IV*. Animula Egyesület. Budapest, 2001.
- Eisert, Margit – Eisert, Hans: *Koncentrációs zavarok*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Kézirat. Budapest, 1991.
- Farkas Judit dr. (2000): *Hiperaktivitás és figyelemzavar*. Tájékoztató szülők részére. Elérhető: [http://www.vadaskertalapitvany.hu/content/ADHD\\_tajekoztato\\_szuloknak.pdf](http://www.vadaskertalapitvany.hu/content/ADHD_tajekoztato_szuloknak.pdf)**
- Farkas Mária – Csiky Erzsébet (szerk.): *A Brunet-Lèzine-féle vizsgálati módszer alkalmazása a gyermekkori pszichomotoros fejlődés zavarainak felismerésében*. Művelődési Minisztérium. Budapest, 1980.
- Fazekasné Fenyvesi Margit – Szvatkó Anna: Tanulási motiváció – iskolai sikeresség-eredményesség. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 171–188. o.
- Feketéné Gacsó Mária (szerk.): *A logopédiai vizsgálat*. OPI. Budapest, 1990.
- Fodorné Földi Rita – Tomaso vszki László: *A Rey-féle összetett figura és felismerési próba neuropszichológiai alkalmazási lehetőségei*. Ideggyógyászati Szemle 2003. 56 évf. 3/4. sz. 82–91. o.**
- Fodorné dr. Földi Rita: *Enyhe agysérülés következtében kialakult tanulási zavart okozó funkciózavarok differenciáldiagnosztikája. Neuropszichológiai eljárások*. Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.
- Fonyó Ilona: A konzultáció (counseling) és a gyógypedagógia. In: Gordosné Szabó Anna (szerk.): *Gyógyító pedagógia*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004. 105–114. o.
- Fonyó Ilona – Pajor András: *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. J12-1140. Budapest, 2000.
- Frankenburg, William K. – Dodds, Josiah B. – Fandal, Alma W.: *Denver fejlődési szűrőteszt*. Fordította: Polgár Éva. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Belső kiadvány. Budapest, 1970.
- Fröhlich, Andreas D. (Hrsg.): *Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungstraining bei Körperbehinderten*. Schindele-Verlag. Reinstetten-Neu. 1977.
- Frumkin, I. Bruce (2003) *Mental Retardation*. A Primer to Cope with Expert Testimony. National legal Aid & Defender Association Cornerstone. Elérhető: [www.nlada.org/DMS/Documents/1066919805.15/Mental%20Retardation.pdf](http://www.nlada.org/DMS/Documents/1066919805.15/Mental%20Retardation.pdf)
- Garai Dóra: *Organikus és neurotikus IQ-romlással együtt járó teljesítményzavarok differenciáldiagnosztikai feldolgozása két eset tükrében*. Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.
- Gádos J. – Rózsa Sándor – Kő Natasa: *A Gyermekviselkedési kérdőív*. Kézirat. 1997.
- Gereben Ferencné: *A tanulási zavar jelenségkörének gyógypedagógiai pszichológiai értelmezése*. In: Zászkaliczky Péter (szerk.): „...önmagában véve senki sem...” Tanulmányok a Gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1995. 216–246. o.**
- Gereben Ferencné: *Diagnosztika és gyógypedagógia*. In: Gordosné Szabó Anna (szerk.): *Gyógyító pedagógia*. Nevelés és terápia. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004. 87–105. o.
- Gerebenné Várbíró Katalin: Akadályozott beszédfejlődésű gyerekek fejlettségének mutatói, s ezek hatása a szelekcióra. In: Gerebenné Várbíró Katalin (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a beszédhibások pszichológiája köréből. II. kötet*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest, 1995. 76–103. o.
- Gerebenné Várbíró Katalin: *A fejlődési diszfázia és diszlexia tünetegyüttesének szerepe az iskolai pályafutás alakulásában három eset gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai vizsgálatának tükrében*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Szakszolgáltató és Szakmai Szolgáltató Központ. Budapest, 2007.
- Gerebenné Várbíró Katalin – Vidákovich Tibor (szerk.): *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1989.**

- Gordosné Szabó Anna (szerk.): Gyógyító Pedagógia. Nevelés és terápia. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2004.**
- Gósy Mária: GMP-diagnosztika. *A beszédészlelés és a beszédmegértés folyamatának vizsgálata.* NIKOL Gmk. Budapest, 1995. (Átdolgozott, bővített kiadás: 2006.)
- Gósy Mária dr.: *A beszédészlelés és a beszédmegértés fejlesztése (óvodásoknak, iskolásoknak).* Regiszter Kiadó és Nyomda Kft. Budapest, 1994.
- Gósy Mária – Kassai Ilona: A normális beszéd- és nyelvfejlődés. In: Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Szöveggyűjtemény a gyermeki nyelv és beszédfejlődés köréből.* Kézirat. 1990. 77–83. o. (Tankönyvkiadó. Budapest, 1991)
- Günzburg, H. C. Dr.: *Pedagógiai analízis és curriculum a szociális és személyiségfejlődés mérésére értelmi fogyatékosoknál.* ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Budapest, 2000.
- Gyenei Melinda: *Kísérleti tapasztalatok az iskolai motiváció mérése terén.* Iskolapszichológia 16. Budapest, (évszám nélkül)
- Hegedűs T. András – Szondy Mária – Popper Péter: A csecsemő és kisgyermekkori fejlődés magyar standardja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1975. 5. sz.
- Huba Judit: *Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1991.
- Huba Judit: *Pszichomotoros fejlesztés a gyógypedagógiában II.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1992.
- Illyés Gyuláné: *Gyógypedagógiai pszichológia.* Akadémiai Kiadó. Budapest, 1978.
- Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai lélektan.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1992.
- Illyés Sándor: A teljesítmény és a pszichológiai folyamatok kapcsolata. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Áthelyezési vizsgálat I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1978.
- Illyés Sándor: Az írásvizsgálat. In: Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Az áthelyezési vizsgálat I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1992. 87–109. o.
- Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek.* ELTE GYFK. Budapest, 2000.
- Illyés Sándor – Torda Ágnes (2001): A más fogyatékoság kategória alkalmazása a közoktatás szabályozásában és gyakorlatában. Az Oktatási Ombudsman megbízásából készült kézirat.**
- Járó Katalin – Kalmár Magda – Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok I–II.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990.
- Jászberényi Márta: Rajzolás-ábrázolás. Erősségek, nehézségek, zavarok feltárása és a fejlesztés. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz.* Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006. 82–96. o.
- Jászberényi Márta: *Tájékoztató füzet az óvodás korú (3–6 éves) gyermekek szenzomotoros integrációjának vizsgálatához.* Szakszolgálati füzetek 3. Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány. Budapest, 2007.
- Józsa Krisztián: *Az elsajátítási motiváció fejlődése és összefüggése a kognitív alapkészségekkel 4–16 éves korban.* PhD-értekezés. Szeged, 2003.
- Juhász Ágnes (szerk.): *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve.* Új Múza Kiadó. Budapest, 1999.
- Kálmán Zsófia: *Mással Hangzók... Az augmentatív, alternatív kommunikáció alapjai.* Bliss-Alapítvány. Budapest, 2006
- Kedl Márta – Nagy Éva – Nagyné Réz Ilona: A SON-tesztel végzett vizsgálatok tapasztalatai.** In: Gerebenné Várbíró Katalin – Vidákovich Tibor (szerk.): *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze.* Akadémiai Kiadó. Budapest, 1989. 89–102. o.
- Klein Sándor: *Munkapszichológia.* Gondolat. Budapest, 1980.
- Kiphard, Ernst J.: *Mennyire fejlett a gyermek? Útmutató az érzékszervi és mozgásfunkciók vizsgálatához.* Fordította: Kedl Márta. Verlag Modernes Lernen. Dortmund, Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Belső kiadvány. Budapest, 1977.

- Knijff, Wilma Alkina: *Diagnostics in children with language problems: Differences between a multidisciplinary and monodisciplinary procedure*. Ph.D. thesis. Rijks University. Groningen, 2003.
- Kósáné Ormai Vera: *Fejlődés-lélektani gyakorlatok I.* Tankönyvkiadó. Budapest, 1990.
- Kósáné Ormai Vera – Porkolábné Balogh Katalin – Ritoók Pálné: *Nevelés-lélektani vizsgálatok*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1984.
- Kósáné Ormai Vera: A mi iskolánk. Nevelépszichológiai módszerek az iskola belső értékelésében. IF Alapítvány, Budapest, 1998.**
- Kósáné Ormai Vera – Járó Katalin – Kalmár Magda: Fejlődés-lélektani vizsgálatok. Társas kapcsolatok, személyiség. Tankönyvkiadó. Budapest, 1977.**
- Kulcsár Tibor: *Az iskolai teljesítmény pszichológiai tényezői*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1982.
- Kuncz Eszter – Mészáros Andrea – Nagyné dr. Réz Ilona: Szakiskolás tanulók bemeneti képességvizsgáló rendszere. In: Márkné Ettlinger Zsuzsa – Táp Ferencné – Földes Tamás (szerk.): *Szocializált esélyteremtő oktatás és/vagy az oktatás esélyteremtése, szocializációja*. XI. Soproni Logopédiai és Pedagógiai Napok. A „Fogjuk a kezéd!” Egyesület kiadványa, 2005. 124–134. o.
- Kuncz Eszter: *A szelektív mutizmus felismerése. A tünetegyüttes differenciáldiagnosztikai feldolgozása 2 eset tükrében*. Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány Kiadványa. Budapest, 2007.
- Lappints Árpád: *Tanuláspedagógia*. Comenius Bt. Pécs, 2002.
- Láng Iringó (1978): Olvasásvizsgálat. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: *Az áthelyezési vizsgálat I.* OM. Budapest, 1978. 141–153. o.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: A fogyatékosok intelligenciájáról. In: Illyés Gyuláné (szerk.): *Gyógypedagógiai Pszichológia*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1970. 61–66. o.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: *Az áthelyezési vizsgálat I.* OM. Budapest, 1978.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: Pedagógiai vizsgálat. In: Illyés Gyuláné – Illyés Sándor – Szigeti Borbála – Jankovichné Dalmai Mária – Lányiné Engelmayer Ágnes: Gyógypedagógiai lélektan. Tankönyvkiadó. Budapest, 1992. Kézirat. 211–221. o.**
- Lányiné Engelmayer Ágnes: Intelligencia, IQ, értelmi fogyatékoság. In: Vajda Zsuzsanna (szerk.): *Az intelligencia és az IQ-vita*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2002. 111–125. o.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes: Intelligencia, IQ, értelmi fogyatékoság. Téma-összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2002. LVII. 111–125. o.
- Lányiné Engelmayer Ágnes (szerk.): *Képességszavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2004.
- Lányiné Engelmayer Ágnes – Marton Klára: *Értelmi fogyatékosok szociális teljesítményeinek vizsgálata*. Pszichológia a gyakorlatban 47. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1991.
- Lányiné dr. Engelmayer Ágnes – Nagyné dr. Réz Ilona – Nagy Éva – Ringhofer Jánosné dr. – Szegedi Márton: Az intelligencia mérése gyermekeknél. In: Dr. Kun Miklós – Dr. Szegedi Márton: Az intelligencia mérése. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1996. 227–371. o.**
- Leonard, Laurence B.: *Children with specific language impairment*. The MIT Press. Cambridge, MA, 1998.
- Lőrík József – Ajtony Péter – Palotás Gábor – Pléh Csaba: Az aktív szókincs vizsgálata (LAPP). ELTE BGGYFK Logopédia Tanszék. Belső kiadvány. 2007.**
- Márkus Attila: A matematikai képességek zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar. Budapest, 2000. 279–309. o.
- Márkus Eszter: *Halmozottan sérült, súlyosan mozgáskorlátozott gyermekek nevelése és fejlesztése. Szemelvénygyűjtemény*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1996.
- Mesterházi Zsuzsa: A tanulási képesség mérése. In: Illyés Sándor (szerk.): *Nevelhetőség és iskola I. Eszközök és módszerek*. Oktatókutatási Intézet. Budapest, 1984. 219–279. o.
- Mesterházi Zsuzsa: A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Tankönyv. Budapest, 1998.**

- Mesterházi Zsuzsa (szerk.): *Diszkalkuliáról – pedagógusoknak*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola. Budapest, 1999.
- Mérei Ferenc – Binet Ágnes: *Gyermeklélektan*. Gondolat Kiadó. Budapest, 1993.
- Mérei Ferenc – Szakács Ferenc: *Klinikai pszichodiagnosztikai módszerek*. Medicina. Budapest, 1974. 27–35, 83–87. o.
- Mérei Ferenc – Szakács Ferenc (szerk.): *Pszichodiagnosztikai Vademecum I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1988. Kézirat.**
- Mészáros Andrea: *Óvodáskorú diszfáziás gyerekek képességstruktúrájának sajátosságai a Hiskey-Nebraska tanulási alkalmassági teszt tükrében*. ELTE PPK. Szakdolgozat. 2005.
- Mlinkó Renáta – Csiky Erzsébet: *A korai esélyegyenlőség biztosítása*. Gyógypedagógiai Szemle. Különszám 2002. 72–78. o.
- N. Kollár Katalin – Szabó Éva (szerk.): *Pszichológia pedagógusoknak*. Osiris Kiadó. Budapest, 2004.
- N. Kollár Katalin – Szabó Éva: *Tanulási szokások és módszerek*. Iskolapszichológia 25. Budapest, 2001. 53–66. o.
- Nagy József – Józsa Krisztián – Fazekasné Fenyvesi Margit – Vidákovich Tibor: *DIFER Diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer*. Mozaik Kiadó. Szeged, 2004.
- Nagné dr. Réz Ilona: Az intelligenciavizsgálatok helye és szerepe a korszerű gyógypedagógiai diagnosztikai eljárásokban. In: Földes Tamás (szerk.): *Soproni logopédiai napok. Diagnosztizálás, értékelés, minőségbiztosítás*. Soproni Szociális Foglalkoztató Nyomdája. Sopron, 1999. 138–145. o.
- Nagné dr. Réz Ilona: *Az éves tevékenységről szóló jelentés feldolgozása a szakértői bizottságok 1998/99-es tanév statisztikai adatai alapján*. SZASZOK. Belső kiadvány. Készült a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Közalapítvány támogatásával. Budapest, 1999. 80–192. o.**
- Nagné Réz Ilona: *Hétéves, mozgásfogyatékos gyermekek intellektuális kapacitásának sajátosságai a Raven-féle Színes progresszív mátrix teszt alapján***. In: Dr. Pálhegyi Ferenc (szerk.): Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola X. Évkönyve. Budapest, 1987.
- Nagné dr. Réz Ilona: *Mozgáskorlátozottak, testi és mozgásfogyatékosok ellátása*. In: Dr. Bagdy Emőke: *Klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja*. Animula Egyesület. ÁFÉSZ Nyomda. Vác. Budapest, 1998.
- Nagné dr. Réz Ilona: *Téri tájékozódás. Fejlesztő program*. A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Kiadványa. Nyomdaipari Szolgáltató Bt. Budapest, 1996.
- Nagné Réz Ilona – Zsoldos Márta: *Hallássérültek tanulási zavarának diagnosztikus kérdései a Hiskey-Nebraska tanulékonysági teszt tapasztalatai alapján*. Magyar Pszichológiai Szemle 1991. 4. sz. 393–402. o.
- Németh Dezső – Racsmány Mihály – Kónya Anikó – Pléh Csaba: A munkamemória-kapacitás mérőeljárásai és szerepük a neuropszichológiai diagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2000. LV. 4. 403–416. o.
- Németh Dezső: Munkamemória, fejlődés, nyelv. In: Racsmány Mihály – Kéri Szabolcs (szerk.): *Architektúra és patológia a megismerésben*. Books in Print Kiadó. Budapest, 2002. 83–100. o.
- Utolsó Padból Program*. Kutatási összefoglaló, 2004. Az OM megbízásából 2002-ben induló országos felméréssel egybekötött, a nem fogyatékos gyermekek fogyatékosná minősítésének megakadályozásához kapcsolódó felülvizsgáló program. <http://www.okm.gov.hu/letolt/users/matiscsaka/2004/03/utolsopadbol2.ppt>
- Pálhegyi Ferenc: A személyiség jellemzése. In: Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Az áthelezési vizsgálat I*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 117–124. o.
- Paul, Rhea: Language and speech disorders. In: Hooper, Stephen R. – Hynd, George W. – Mattison, Richard E. (eds): *Developmental disorders. Diagnostic criteria and clinical assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publisher. Hillsdale, New Jersey, 1992. 209–238. p.

- Palotás Gábor – Pléh Csaba – Lőrík János: *Nyelvfejlődési szűrővizsgálat (PPL)*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2002. (Kéziratként 1991 óta használatban van.)**
- Pap, V. – Wozniak, J. R. – Reuter, J. (1995): *The KID-H Scale: A Hungarian version of the Kent Infant Development Scale*. Available from Kent Evelopmental Metrics, 1325 s. Water st., Kent, OH 44240.
- Peeters, Theo: *Autizmus. Az elmélettől a gyakorlatig*. Kapocs Könyvkiadó. Budapest, 1997.
- Pléh Csaba – Kovács Gyula – Gulyás Balázs (szerk.): *Kognitív idegtudomány*. Osiris Kiadó. Budapest, 2003. 561–584. o.
- Porkolábné Balogh Katalin: *Gondolatok az iskolai személyiséglapokról*. Egy kísérleti személyiséglap terve. In: Kósáné Ormai Vera – Porkolábné dr. Balogh Katalin – Zánkay András: *Neveléslélektan szöveggyűjtemény*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1978. 829–839. o.**
- Racsmány Mihály (szerk.): *A fejlődés zavarai és vizsgálati módszerei*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 2007.
- Racsmány Mihály – Lukács Ágnes – Németh Dezső – Pléh Csaba: A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2005. IX. 4. 479–505. o.
- Radványiné Hay Ottilia: Vizsgálatok az értelmi fejlődés alacsony szintjén. Lányiné dr. Engelmayer Ágnes (szerk.): *Áthelyezési vizsgálat I*. Tankönyvkiadó. Budapest, 1981. 132–155. o.
- Reschly, Daniel J. (1992): Mental Retardation: Conceptual Foundation, Definitional Criteria, and Diagnostic Operations. In: Hooper, Stephen R. – Hynd, George W. – Mattison, Richard E. (Eds): *Developmental disorders. Diagnostic criteria and clinical assessment*. Lawrence Erlbaum Associates, Publisher. Hillsdale, New Jersey. 23–67. p.
- Réthy Endréné: *Motiváció, tanulás, tanítás*. Nemzeti Tankönyvkiadó. Budapest, 2003.
- Romankovics András: *Így tudok olvasni (írni) 1–4*. Felelős kiadó: Romankovics András. Mogyoród, 1998.
- Réz Ilona: Vizsgálatok a Columbia mentális érettségi skálával siket tanulókon. In: Dr. Pálhegyi Ferenc (szerk.): *Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola VII. évkönyve*. Budapest, 1974. 427–429. o.
- Scharank, Fredrick A., Dawn P. Flanagan (2001): *WJ III Clinical Use and Interpretation*. Academic press. Amsterdam, Boston, Heidelberg, London, New York, Oxford, Paris, San Diego, San Francisco, Singapore, Sidney, Tokio.**
- Schilling, Friedhelm: *Mozgáskoordinációs teszt gyermekek számára (KTK)*. Fordította: Huba Judit. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola. Belső Kiadvány. 1974.
- Simpson, Joy – Rice, Mabel L.: (2003) *Top 10 things you should know... about children with Specific Language Impairment*. National Information Center for Children and Youth with Disabilities, fact sheet number 11, January. Elérhető: <http://www.ninncy.org/pubs/factshe/fs11txt.htm>
- Skemp, R. R. (1975) *A matematikatanulás pszichológiája*. Gondolat, Budapest, 411
- Stott, D. H. – Moyes, F. R. – Henderson, Sh. E.: *TOMI, Test of Motor Impairment, U. S. Standardization Manual, Henderson revision*. The psychological corporation, Harcourt Brace Jovanovich INC. 1984
- Szabó Éva – N. Kollár Katalin: *A tanulók életmódjának kérdőíves vizsgálata*. Iskolapszichológia 25. Budapest, 2001. 5–52. o.
- Szakács Ferenc: *Intelligenciadeficit típusok*. Akadémiai Kiadó. Budapest, 1987.
- Szokolszky Ágnes: *Kutatómunka a pszichológiában*. Metodológia, módszerek, gyakorlat. Osiris Kiadó. Budapest, 2006.**
- Torda Ágnes: Az olvasás- és írászavar diagnosztikája és terápiája. In: Józsa Krisztián (szerk.): *Az olvasási képesség fejlődése és fejlesztése*. Dinasztia Tankönyvkiadó. Budapest, 2006. 207–233. o.
- Van Uden, Antonius: *Diagnostic testing of deaf children: the syndrome of dyspraxia*. Swets & Zeitlinger. Lisse, 1983.
- Van Uden, Antonius (1989): *Tesztmagatartás kérdőív*. Fordította: Csányi Yvonne. ELTE GYOSZI belső kiadvány.

- Vetró Ágnes: A figyelem és a cselekvésszervezési képesség zavarai. In: Illyés Sándor (szerk.): *Gyógypedagógiai alapismeretek*. ELTE GYFK. Budapest, 2000. 311–328. o.
- Vincze Szilvia: *A matematikai képesség összetevőinek vizsgálata, kapcsolata az intelligenciával*. Magyar Pedagógia 2003. 103. évf. 2. sz. 229–261. o.
- Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás. Kézikönyv a nevelési tanácsadóknak, szakértői és rehabilitációs bizottságokban végzett komplex vizsgálatokhoz*. Belső kiadvány. Az OM és a Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány közös kiadványa. Budapest, 2006.
- Zsoldos Márta – Sarkady Kamilla: *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára (MSSS)*. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola. Budapest, 1994. 82. o.