

SZAKDOLGOZAT

**Nagy Nikolett
gyógypedagógia**

**Kaposvár
2023**



Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem
Kaposvári Campus
Gyógypedagógia Szak

Tanulási korlátok összehasonlító elemzése

Belső konzulens: Demeter Gáborné PhD
adjunktus

Készítette: Nagy Nikolett
P6GXYQ
nappali tagozat

Intézet/Tanszék: Neveléstudományi Intézet
Gyógypedagógiai Tanszék

Kaposvár
2023

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	4
2. Tudományos ismeretek a tanulási korlátokról	5
2. 1. Történeti visszapillantás – a fogyatékos értelem	6
2. 2. Az értelem, az intelligencia és a tanulási	10
2. 2. 1. Értelem és intelligencia.....	10
2. 2. 2. Tanulási képesség	13
2. 3. A tanulási képesség atipikus fejlődése	14
3. A tanulási korlátok típusai	15
3. 1. <i>Tanulási nehézség, gyengeség</i>	18
3. 1. 1. A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség (BTMN)	20
3. 2. <i>Tanulási zavar</i>	23
3. 2. 1. Írott nyelvi zavarok.....	26
3. 2. 2. Számolási zavarok, diszkalkulia	32
3. 2. 3. Miként lesz a tanulási zavar diagnózisa stigma – Avagy mi a fontosabb: a diagnózis vagy a gyermek?.....	36
3. 2. 4. A tanulási zavar elmélete és diagnosztikája – tanulási zavarral küzdő tanulók kompenzálásának segítése	39
3. 2. 5. Tanulási zavarokkal küzdő tanulók segítése a zenetanulás transzferhatásaira építve	42
3. 2. 6. A tanulási zavarok terápiája.....	44
3. 3. <i>Tanulási akadályozottság</i>	47
3. 3. 1. A sérülés, fogyatékoság és akadályozottság nemzetközi osztályozása.....	47
3. 3. 2. Az adaptív funkciók szerepe a tanulási akadályozottság értelmezésében	48
4. A tanulási akadályozottság fogalmának kialakulása	49
4. 1. <i>Nemzetközi kitekintés</i>	49
4. 1. 1. A tanulási nehézségekről a német nyelvterületen.....	49
4. 1. 2. A tanulási nehézségekről az angol (amerikai és brit) nyelvterületen	53
5. Összefoglalás	56
6. Irodalomjegyzék	60

1. Bevezetés

Egy gyógypedagógus számára nagy segítséget adhat, ha tisztában van a szakterületén végbement változásokkal, jelenlegi helyzettel, és azokkal a problémákkal, amik megoldásában akár szerepet is játszhat (Mesterházi, 2019). Az elméleti jellegű szakdolgozatomban részletesen taglalom a gyógypedagógia tudományágában végbemenő változásokat. Kitérek arra is, hogy egyes korszakokban hogyan nevezték az érintett gyermekeket és a fogalmak hogyan módosultak az évtizedek alatt. Továbbá a tanulási korlátok körét részletesen kívánom bemutatni, majd összehasonlítani, hogy milyen különbségek vannak a fogalmak közt.

Azért választottam ezt a témát, hogy elmélyüljek a témához kapcsolódó szakirodalomban, és bővítsem a meglévő tudásomat a tanulási korlátokról. Mint leendő gyógypedagógus elengedhetetlennek tartom, hogy a tanulási korlátokhoz kapcsolódó fogalmak közt egyértelmű különbséget lehessen tenni.

A szakdolgozatom szerkezeti felépítésénél igyekeztem a fokozatosság elvét alkalmazni, ami a gyógypedagógus pályához létszükséges. Először egy történeti visszpillantással kezdtem, amiben leírásra került egészen a 19. századig visszamenőleg fogalmak, szemléletek, különböző iskolák, amik létesültek az érintett gyermekek számára. Számos szakember neve van megemlítve ezekben a fejezetekben, akik nélkül a gyógypedagógia nem nyerhette volna el a mostani formáját.

Ezt követően részletesen ismertettem a tanulási korlátokat, kezdve a tanulási nehézséggel, folytatva a tanulási zavarral, végül a tanulási akadályozottsággal. Ezekben a fejezetekben kitértem, hogy mi jellemzi ezeket a gyermekeket, milyen okai lehetnek a tanulási korlátoknak, milyen segítségadás adható számukra. A tanulási nehézség fejezethez tartozik a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermekek. A tanulási zavarok fejezetben külön említésre kerülnek az írott nyelvi zavarok és a számolási zavarok. A következő fejezetben a tanulási zavarok stigmává válásáról lesz szó, amit a tanulási zavarok kompenzálásának lehetőségei követik. Majd a zene transzferhatásairól és Gyarmathy Éva által kidolgozott gyakorlatok következnek, amiket a tanulási zavarban érintett gyermekek körében használhatóak. A tanulási akadályozottság bemutatása után, pedig a külföldi nyelvterületeken kialakult fogalmakat részleteztem. Végül összefoglalásomban a tanulási korlátokat hasonlítottam össze bizonyos szempontok szerint.

Szakdolgozatomban könyveket, illetve internetes forrásokat is felhasználtam. Külön megemlíteném Mesterházi Zsuzsa: A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése c. könyvét, ami nagy segítségemre volt szakdolgozatom írása során.

2. Tudományos ismeretek a tanulási korlátokról

A 19. századhoz érve Európa összes pontján bevezetésre kerül a tankötelezettség, kiépítésre kerül továbbá az iskolahálózat, a követelményrendszer és az évfolyamonkénti oktatás. A tanítók/tanárok figyelmét felkeltette, hogy az életkor szerinti tanulócsoportokon belül egyre több teljesítménybeli különbségekkel találkozunk. Figyelmükbe kerülnek azon gyermekek, akiknek jelentős nehézséget okoz a tanulás, viselkedésük nem megszokott, illetve nem képesek haladni megfelelő ütemben jó képességű társaikhoz képest. Már nemcsak külföldön foglalkoznak ezzel a kérdéssel, hanem hazánkban is a pedagógusok és orvosok egyaránt, később más szakemberekkel való együttműködés során vizsgálatok indulnak el, keresve a háttérben megbúvó okokat, illetve magyarázatokat. Egy időben arról folytak viták, hogy vajon van-e gyógy mód ezen gyermekek számára, vagy csak a tanításukat kell másmilyen módon végezni. Az ilyen gyermekek, akiknek nevelésükben bizonyos okok miatt külön kellett eljárni, nagy segítségre voltak a gyógypedagógia differenciált gyakorlatának kialakulásához (Mesterházi, 2019).

Az érintett személyekkel a közvetlen személyes találkozás jelentette a legfontosabb tapasztalatszerzést. A szakmai felkészüléshez elengedhetetlen a megfelelő elméleti ismeretek elsajátítása. Minden tudományágnak van saját nyelve, illetve szókincse. Ezért elengedhetetlen a szaknyelv megtanulása és ismerni azokat a szavakat, kifejezéseket, definíciókat, amelyet a gyógypedagógia különböző ágainak a területén dolgozó szakemberek hoztak létre. Ha szaknyelv birtokába jutnak, akkor a szakemberek egymásközt meg tudják beszélni a megfigyeléseiket és eredményeiket le is tudják írni. Amint kialakult a gyakorlati gyógypedagógia, úgy vette kezdetét a gyógypedagógiai szaknyelv is (Mesterházi, 2019).

A tanulási korlátok mai értelmezéséhez vezető utat követem végig ebben a fejezetemben. Nagy hatással voltak a társtudományok (főként orvostudomány, neveléstudomány, pszichológia) az elméleti ismeretek kialakulásában. Számptalan új kifejezés létezik, ami annak tudható be, hogy mennyire megváltozott időről időre a gyógypedagógia szemléletmódja és ismeretei. Nemcsak a szavak lettek kicserélve, hanem ezek a szavak többlettudással és új szemléletmóddal is rendelkeznek. Ahogy új tudományos felismerés megjelenik, úgy újabb fogalmak is születnek (Mesterházi, 2019).

Egy gyógypedagógus számára nagy segítséget adhat, ha tisztában van a szakterületén/szakterületein végbement változásokkal, jelenlegi helyzettel, és azokkal a problémákkal, amik megoldásában szerepet játszhat. (Mesterházi, 2019)

2. 1. Történeti visszapillantás – a fogyatékos értelem

A 19. század végétől jelennek meg a szakirodalomban a fogyatékos értelemre vonatkozó elnevezések, majd később a hazai értelmezésnél az értelmi fogyatékoság kifejezés kerül bevezetésre. Frim Jakab (1884) volt az, aki legelsőként leírta magyar nyelven a szellemi gyengeség (hülyeség, idiotizmus) állapotát. Ebben az időben a külföldi szakemberek már elkülönítették súlyossági fokokat, mint például enyhébb butaság (imbecillitás) vagy a súlyosabb tompaelméjűség (cretinizmus). Ez utóbbi a kortárs szakemberek szerint inkább a hegyvidékeken honos alkati betegség, nálunk inkább gyenge- és tompaelméjűség található, „számuk egész légió”, amely „nagyobb részint az agynak és burkainak csupán helyi betegségéből, vagy kifejlődési akadályból származó eredménye”. Itt is különbséget tesznek a butáktól és a félbutáktól, az utóbbi állapot „rendkívül sok középokon keresztül már átmenetet képez az egészséghez” (Tóth Gy., 1983, 9-10; idézi Mesterházi, 2019). A gyermekkorban jelentkező tompaelméjűséget az akarat kóros elváltozásának tekintették. A korabeli orvostudománynak létezett egy olyan felosztása, ami a temperamentum szerint csoportosított, viszont ez nem temperamentumbeli fokozatokat jelzett, hanem karakterbeli különbségeket. Ilyen volt például: örültség-szerű, mélabús és korlátolt szellemi gyengeség. Azt tanácsolják, hogy az orvosok és a nevelőtanító mindig működjenek együtt, mivel úgy gondolták, hogy ebben fog rejleni az orvoslás sikere. A fizikai állapot fejlesztését helyezték előtérbe, mivel szerintük a szellemi képességek csak így tudnak majd fejlődni (Mesterházi, 2019).

A szellemileg gyenge gyermekek oktatását intézményes keretek közt 1875-től vette kezdetét egy fővárosi magánintézetben, majd később állami intézetben. Az ő nevelésüket Szenes Adolf gyógyító pedagógiai kezelésnek nevezi, viszont azt a megállapítást teszi, hogy „a legjobb nevelés sem képes ezeket a gyermekeket teljesen normálissá tenni” (Tóth Gy., 1983, 18; idézi Mesterházi, 2019). Szenes Adolf azt javasolja, hogy drezdai mintára egy megfigyelő osztályt létesítsenek, hogy megítéljék, hogy egy gyermek képesíthető-e, vagy sem. Később 1898-ban Berinza János pedagógiai szempontból teszi a személyeket ilyen besorolásba. A képezhetők csoportjába tartoznak, azon gyermekek, akik gyengetehetségűek és gyengeelméjűek. A képezhetetlenek csoportja az idióták, akik környezetük felé teljes mértékben „fogékonytalanok”. Ezeknek a gyermekeknek a lelki életük tanulmányozását javasolja, mivel ez majd segíthet a későbbi tanítási követelmények meghatározásában. Összeállított számukra egy 1-6 osztályig tartó tananyagot, és ezt tekinthetjük a legelső magyar „tantervnek”, ami az értelmi fogyatékos tanulók oktatását segíti. Továbbá megjegyzi a speciális módszertani tanácsai mellett azt is, hogy a szellemileg gyengék tanítása fő elemeiben megegyezik a normális

gyermekével, „csak több az egyes gyermek individualitása, melyet a tanításnál figyelembe kell vennünk” (Tóth Gy., 1983, 30; idézi Mesterházi, 2019).

Roboz József 1898-ban ily módon osztályozza pedagógia szempontból a szellemi képességet: (a) Normális szellemi képesség (1. igen nagy intelligencia, 2. közepeszerű intelligencia, 3. értelmesség); (b) Ingadozás az értelmesség és a gyengetehetség között (esetleg kretinizmussal vagy epilepsziával párosulva); (c) Nem normális szellemi képesség (1. gyengeelméjűség, 2. az elmeórának a gyakorlati pedagógia körébe nem tartozó különféle alakjai). Ezekon kívül még sok átmeneti fokozatot lehetne megállapítani, mert a gyermekek sokféle értelmi fogyatkozást mutatnak. Személyes tapasztalatai során rájött arra, hogy vannak olyan gyermekek, akik alsó osztályokban nem tudnak együtt haladni a normális értelmű társaikkal, és felsőbb osztályokba el se jutnak. Ezeket a gyenge tehetségű gyermekeket nem sorolja a gyengeelméjűek közé, mert „szakszerű nevelés és oktatás által a normális értelmet megközelítő színvonalra emelhetők fel” (Tóth Gy., 1983, 37; idézi Mesterházi, 2019). Visszatérve arra a mondatra, hogy az orvos és a nevelő-tanítók együttműködése fontos, mert az ő együttes feladatuk megállapítani, hogy a gyermek értelme mennyire fogyatékos. Roboz József szerint a gyenge tehetség a normális értelem és a hülyeség közötti átmenetet képezi, és ennek a megállapítása csakis hosszú megfigyelés során lehetséges (Mesterházi, 2019).

Éltes (Ellenbach) Mátyás elkülöníti a korai gyermekkorban szerzett gyengeelméjűséget az elmebetegségtől (tébolyodottságtól). Éltes állítja, hogy a gyengeelméjű egyén legfigyelemreméltóbb jele az önállóság hiánya a lelki működésben. Tehát ezért létrehoz egy egységes osztályozási rendszert, amit három fő csoportra oszt: 1. bárgyúság (latin eredetből németül: Idiotie); 2. gyenge tehetség (görög eredetből franciául: imbecillité, németül Schwachsinn); 3. gyenge felfogási képesség (görög eredetből franciául: debilité, németül: schwache Begabung). Továbbá kiemeli, hogy a csoportokon belül is további fokozatok is jelen vannak, amit szintén hosszas megfigyelés után lehet megközelítőleg pontosan meghatározni. Az önálló viselkedés szempontjából is jellemzi a három csoportot: „Az idióták semminemű önálló tevékenységre nem alkalmasak, [...] az imbecillisek csak bizonyos meghatározott, hajlamaiknak megfelelő munkakörben képesíthetők önállóságra, [...] a gyengefelfogásúak pedig már önálló polgárokká nevelhetők...” (Tóth Gy., 1983, 56; idézi Mesterházi, 2019).

1914-ben Éltes Mátyás volt az intelligencia vizsgálatnak a hazai kezdeményezője és kidolgozója. A tanítók, illetve tanárok és a pszichológusok gyakran megkérdőjelezték, hogy akik nehezen boldogulnak az iskolában eléggé intelligensek-e. Ugyanis gyakran az intelligencia szinttől függ, hogy az adott gyermek „minő iskolába, vagy minő életpályára kerül”. Éltes közreműködésével jött létre az első hazai kiségitő iskola, ahol fontos volt, hogy a hozzákerülő

gyermekek intelligenciájáról véleményt tudjon adni. „Hány gyöngye gyermek került ide, akiről csak hosszas vizsgálat és kísérletezés után tudjuk megállapítani, hogy különleges intézkedésre nincs szüksége, elmaradása látszólagos, intelligencia tekintetében normális. Sem a gyermeknek, sem a társadalomnak nem érdeke, hogy az ilyenek külön iskolába helyeztessenek el” (Tóth Gy., 1983, 18-20; idézi Mesterházi, 2019).

Az elmeegyensúly fokozatairól, kórokaikról és tüneteiről részletes összefoglalást Ranschburg Pál (1905b) adott, a korabeli legmagasabb tudományos szinten. A pszichológiai vizsgálataival, összehasonlító vizsgálataival hozzájárult az ép értelem és az értelmi fogyatékoság megkülönböztetéséhez, majd a további fokozatok leírásának finomításához. Ranschburg Pál fontosnak tartotta a gyógypedagógiai iskolák tanulóinak folyamatos megfigyelését és ennek leírását. A gyógypedagógusoknak azt tanította, hogy az értelmi fogyatékoság nem végérvényes állapot, hanem megfelelő szaktudás és segítő beavatkozás mellett megváltoztatható és nagyban függ a gyermekek értelmi fejlettsége az alkalmazott gyógypedagógiai eljárások minőségétől (Mesterházi, 2019).

Szondi Lipót (1925) végső célja a fogyatékoság megelőzése volt. Biztos volt abban, hogy ha jól ismerjük a fogyatékosági típust és annak előidéző okait, akkor elhárítható a probléma. Tóth Zoltán 1933-ban a csökkent értelmű társadalmi fogyatékosok csoportosításával foglalkozott: 1. nevelhető csoport, akik tudatos és tervszerű cselekvésekre nevelhetők és oktathatók; 2. szoktatható csoport, akik társadalmi viselkedésre és egyszerűbb munkára szoktathatók; 3. ápolható csoport, akik teljesen képezhetetlenek. A nevelés és nevelhetőség szempontjából a csoportosítást úgy kell végezni, hogy az egyenlő értékűek egy csoportba kerüljenek (Mesterházi, 2019).

Bárczi Gusztáv 1941-ben abból a szempontból csoportosította a tanulókat, hogy mennyire elviselhetők az iskola és a környezet számára. Négy csoportot hozott létre: 1. az iskola számára elviselhető; 2. a környezet számára hasznos; 3. a környezet számára elviselhető; 4. a környezet számára elviselhetetlen. Szerinte a gyógypedagógiai munka hatékonysága abban mutatkozik meg, hogy a gyermek átkerül az egyik kategóriából a másikba. Az igaz, hogy nem minden gyermek jut el az első kategóriába, de még az a gyermek is előre léphet, aki a legalacsonyabb szinten áll. Bárczi továbbá megállapított a fejlődésükben zavart gyermekek nevelésének három fokozatát, figyelembe véve a gyermeki fejlődés szakaszait és a feltételesreflexkapcsolatok kialakulásának fiziológiai törvényszerűségeit: 1. utánozó társítás, 2. érzékszervi-érzéketi társítás, 3. értelmes társítás. Ezt követően a gyermekeket úgy helyezték el egy osztályban azt figyelembe véve, hogy melyik szintű társítás fokán nevelhetők. Tanulócsoportok akkori elnevezése: kísérleti osztály, átmeneti osztály és előkészítő 1-2. osztály, aztán ezt kö-

vették a magasabb szintű képzést nyújtó csoportok. Munkatevékenység szempontjából: kezdő, fejlődő és hasznos munkacsoportba osztották be őket. Az 1950-es évek nem volt kötelező a továbbhaladási kényszer, ezért ugyanazon a szinten vagy alacsonyabb szintű osztályba is kerülhetett, ez lehetővé tette, hogy minden gyermek a neki megfelelő osztályfokon tanulhasson (Mesterházi, 2019).

A hazai szakemberek az 1950-es évektől kezdték megfogalmazni a fogyatékos-sági foka szerinti differenciálás igényét. „Megjelent egy új fogalomként a fejlődési zavar, amely Illyés Gyuláné és munkatársainak (1968) kutatásai szerint a biológiai tényezők rendelkezése vagy sérülése és/vagy a környezeti tényezők elégtelensége folytán keletkezik” (Mesterházi, 2019:52). Ez a felfogás elkülönítette a fejlődési retardációt a „valódi” értelmi fogyatékos-ságtól, és ezzel rávilágított a következményes idegrendszeri károsodási különbségre. Az értelmi fogyatékos-ság biológiai kritériumát, vagyis az idegrendszeri károsodást olyan, a magzati életben, születés közben vagy korai életkorban elszenvedett exogén ártó behatásnak tekinti, „amely az idegrendszeri struktúra maradandó sérüléséhez és ezzel együtt a struktúrára épülő funkciók zavarához vezet” (Illyésné, 1968, 34; idézi Mesterházi, 2019). A gyógypedagógiai nevelés alapelve a fejlesztő környezet lett, és tudatosan törekedtek a károsodott funkciók helyreállítására, korrigálására vagy helyettesítésére. Továbbá cél volt még az épen maradt funkciók jobb kihasználására. (Mesterházi, 2019)

Új csoportosítások jelentek meg az értelmi fogyatékos gyermekek körében az intelligenciavizsgálatok és a gyógypedagógiai nevelés hatására. Az értelmesség fokozatait IQ-ban fejezték a kornak megfelelő nyelvhasználattal, ilyen módon: (1) tényleges értelmi fogyatékos-ság (idióták: 0-25, imbecillisek: 26-50, debilisek: 51-70); (2) határeset (esetleg debilisek: 71-80), (3) lassú fejlődés, nehézkesség (többnyire nem debilisek: 81-90); (4) normálövezet (91-110, magas intelligencia: 110-120, igen magas intelligencia: 120 felett). Az értelmi fogyatékos-ság az 1960-as években kialakult értelmezés szerint olyan vissza nem fordítható (irreverzibilis) állapot, amely nem korlátozódik az intellektus defektusára, hanem befolyásolja az egész személyiség fejlődését (Lányiné, 1968, 232; idézi Mesterházi, 2019).

Az 1970-es években további változások mentek végbe. Az új megállapításokban is az általános értelmi képességnek az adott népesség átlagától való elmaradása volt a meghatározó, szintén IQ-ban kifejezve: (1) Értelmi fogyatékosok (legsúlyosabban sérültek: 0-19; súlyosan sérültek: 20-34; közepesen sérültek: 35-49; enyhén sérültek: 50-69); Határesetek, retardáltak: 70-84. A csoportok elkülönítését nehezítette nemcsak a biológiailag sérült értelmi fogyatékos gyermekek sajátosságai, hanem a környezet által retardált tanulóké is. Így megjelent tehát az

ál-értelmi fogyatékoság (pseudodebilítas) és a szociokulturális függőség fogalma. (Czeizel, Rátay és Lányiné, 1978, 20-25; idézi Mesterházi, 2019).

„Az értelmi fogyatékoság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától – az első élet évektől kezdve – számottevően elmarad és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott” (Czeizel, Rátay és Lányiné, 1978, 18; idézi Mesterházi, 2019).

Az értelmi fogyatékosok csoportosításában országonként, nyelvterületenként eltérések vannak, és számos változáson is átment. A WHO (World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet), már 1954-től nem ajánlja a debilis, imbecillis, idióta kifejezések használatát, viszont a hazai szaknyelvben még egy kis ideig előfordultak, ma már csupán „muzeális” darabjai a szaknyelvnek. Átmenetileg helyettük használatos volt a mentális szubnormalitás kifejezés, azonban a szubnormális övezetbe tartozók nem alkottak nevelhetőség szempontjából egységes csoportot. Ezért egyre inkább a segítő beavatkozás lehetőségei és módszerei kerültek előtérbe (Mesterházi, 2019).

2. 2. Az értelem, az intelligencia és a tanulási képesség

Ebben a fejezetben szeretném bemutatni, hogy az értelem, az intelligencia és a tanulási képesség, a pszichikus folyamatok egymással összefüggő struktúrákban működnek, azonban több szempontból is elkülönítjük ezeket. A gyógypedagógusok eredményessége érdekében szükséges ezeknek a pszichikus folyamatoknak a megkülönböztetése (Mesterházi, 2019).

2. 2. 1. *Értelem és intelligencia*

Az értelem kifejezés a mindennapi nyelvhasználatban, a szépirodalmi művekben, vagy az iskolai tanítási gyakorlatban is előfordul, nemcsak a tudományban. „Az értelem olyan alapvető emberi adottságot és értéket jelent, amelyet a legfontosabbak között tartunk számon. Az értelem jelentőségének a tudata magyarázza, hogy az értelem hiányosságai és gyengeségei is a figyelem előterébe kerülnek” (Mesterházi, 2019:54).

Jean Piaget korszakalkotó kísérleteket és vizsgálatokat végzett a gyermeki értelem fejlődésének megismerése érdekében. Az értelem fejlődési szakaszainak leírása hosszú évtizedeken át meghatározta a gyermeki intelligencia fejlődéséről és fejlődési szakaszainak jellemző

vonásairól kialakult tudást és szemléletmódot a gyermeklélektan és a nevelés kérdéseivel foglalkozó szakemberek számára (Piaget, 1993; 1997; idézi Mesterházi, 2019).

A magyar gyógypedagógiai szakkifejezései között az értelmi fogyatékoság megnevezés (részben a német szaknyelv hatására) akkor került be a köztudatba a 20. század elején, amikor a gyermeki értelmességet vizsgáló pszichológiai módszerek az intelligenciatesztek megjelentek, illetve Éltés Mátyás munkásságának köszönhetően a hazai szakemberek körében ismertté vált a Binet—Simon-féle ún. intelligenciateszt magyar adaptációja (Éltés, 1913; 1914; 1916; idézi Mesterházi, 2019).

Az intelligenciamérések eredményét intelligenciakvócienssel (IQ) jelölték és az egyéni tesztértékek alapján elvégzett számítás határozott meg. Ezek alapján pedig mentális/értelmi övezeteket állapítottak meg és a hazai gyógypedagógiában az értelmi fogyatékoság súlyossági fokozatainak megnevezései a következők: (1) enyhén (vagy enyhe fokban), (2) közép súlyosan (vagy közép súlyos fokban), (3) súlyosan (vagy súlyos fokban), (4) súlyosan halmozottan (súlyos fokban halmozottan) értelmi fogyatékos személyek csoportjait nevezték meg (Mesterházi, 2019). A részeredmények tudományos elemzése az intelligencia strukturális szemléletének megjelenését eredményezte. Ezt követően további tesztek dolgoztak ki, amelyek célzottan intelligenciaterületeket vizsgáltak. Ezekből levonták következtetéseiket a gyengén fejlett és a fejlesztendő területeket mentális területeket nézve. Az egyenetlen tüneti értékeket ún. intelligenciaprofilokban ábrázolták. Az intelligencia egyes elemeinek meghatározásához a kvantitatív mérési módszereket vették alapul, azonban ezek az értékek csak támpontot jelentettek „a minőségi elemzéshez, amely már nem mérés a szó eredeti értelmében” (Horváth Gy., 1991, 189; idézi Mesterházi, 2019). A tesztértékek minőségi elemzéseivel írták le az intelligencia újonnan felismert további területeit: nyelvi intelligencia, vizuális-térbeli intelligencia, logikai-matematikai intelligencia, zenei intelligencia, interperszonális intelligencia, meta-kognitív intelligencia, érzelmi intelligencia stb. (Mesterházi, 2019).

A mentális rendellenességek diagnosztikus és statisztikai kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV. kiadása (American Psychiatric Association, 1994) a mental retardation (értelmi elmaradás, értelmi fogyatékoság) elnevezést használja. Súlyosságának megállapítása az IQ alapján történt, amelynek értelmében a következő diagnózisok tartoztak alá:

- 317 Mild Mental Retardation (enyhe értelmi fogyatékoság): 50-55 és 70 közötti IQ esetén;
- 318.0 Moderate Mental Retardation (közép súlyos értelmi fogyatékoság) 35-40 és 50-55 közötti IQ esetén;

- 318.1 Severe Mental Retardation (súlyos értelmi fogyatékoság): 20-25 és 35-40 közötti IQ esetén;
- 318.2 Profound Mental Retardation (súlyos és halmozott értelmi fogyatékoság): 20 vagy 25 alatt IQ esetén.

A mért intelligencia életkorhoz képest elvárt elmaradását fejezte ki az intelligenciadeficit fogalom. „Az intelligenciadeficit lehet általános (minden mért teljesítmény elmarad az elvárhatótól), vagy részleges (csak némely teljesítmény marad el az elvárhatótól), továbbá lehet veleszületett vagy következményes” (Szakács, 1987, 19; idézi Mesterházi, 2019).

A fent leírt kézikönyv 5. kiadásában a (American Psychiatric Association, 2013) a mental retardation kategóriájának elnevezését az intellectual disability (intellektuális képességzavar), illetve az intellectual developmental disorder (intellektuális fejlődési zavar) váltotta fel. A DSM-5 definíciójában továbbra is szerepel kritériumként a 70+/-5 alatti IQ, azonban ez nem elég a diagnózis felállításához, mivel szükséges van az adaptív funkciók vizsgálatára is. Ami azt jelenti, hogy hogyan boldogul a mindennapi élet kihívásaival, és hogy személyes önállósága mennyire felel meg korcsoportjához (American Psychiatric Association, 2013; idézi Mesterházi, 2019).

Az intelligenciamérések jelentősége háttérbe szorult a kognitív szemlélet és 1960-as évektől kezdődően a megismeréstudomány létrejöttével. Ennek szakterületi ága a kognitív pszichológia, és ennek hatására jött létre a kognitív pedagógia, ami az emberi megismerést, a megismerés létrejöttének pedagógiai eszközökkel történő elősegítését helyezi középpontjába. A kognitív szemlélet meghatározó vonása a „folyamatirányultság”, tehát nem a megismerés eredményét, hanem magát a komplex megismerési folyamatot vizsgálja. A kognitív pedagógia az egyéni különbségek szemszögéből is kutatja a tudás létrejöttének, változásának, illetve megváltoztatásának személyi és környezeti feltételeit (Pléh, 2003; Csapó, 1992; idézi Mesterházi, 2019).

„A megismeréstudomány kritikus mozzanata a megismerés megértésének keresése, legyen az valóságos vagy elvont, emberi vagy gépi. A cél az értelmes kognitív viselkedés megértése. Reményünk az, hogy mindez elvezet az emberi értelem, a tanítás és tanulás, az értelmi képességek jobb megértéséhez” (Norman, idézi Pléh, 2013, 20; idézi Mesterházi, 2019).

2. 2. 2. Tanulási képesség

Az iskolai teljesítményeket egybevetették és arra jöttek rá, hogy átlagos vagy magas intelligencia mellett is előfordulhat gyenge teljesítmény. Ez a tény olyan kérdéseket vetett fel, hogy az intelligencián kívül még mely tényezők játszanak szerepet, ha az iskolai teljesítményről beszélünk, így vált érdekeltté a tanulási képesség (Mesterházi, 2019).

Az emberi létezés lényegi meghatározója az értelem működése, amelynek jellegzetes megnyilvánulási módja a tanulásra való képesség, aminek többféle szintjét és minőségét vizsgálták. Ezeket a szinteket a 20. század közepén a következő formában írták le: (1) az érzékszervek segítségével információk befogadása; (2) a nyelv és a gondolkodás segítségével fogalmi hálók kialakulása; (3) viselkedésváltozás, reflektáló viselkedésre készítő fogalmak összekapcsolódása; (4) készségek, a megváltozott viselkedés gyakorlásával. Az utóbbira példaként: megtanulom, hogy hogyan kell a számítógépen keresni egy könyvtári katalógusban (Skinner, 1973; idézi Mesterházi, 2019). Az értelem különböző intenzitású működésének eredménye a tanulási képesség (Mesterházi, 2019).

A tanulási képesség kialakulására magyarázatot a tanulási szintek hierarchiájának modellje ad. A tanulás három szintjét különbözteti meg: (1) a tanulás egyszerűbb fajtái (például: megkülönböztetés, kiválogatás, rátalálás, bevésés); (2) a tanulás komplex és aktív fajtái (például: differenciáló tanulás, kísérletező tanulás, instrumentális tanulás); (3) az emberi tanulás specifikus fajtái (például: bevéső-émlékezeti tanulás, verbális tanulás, problémamegoldó tanulás, szociális tanulás). Lehetséges olyan tanulási szintek kialakulása is, amelyek ma még kevésbé ismertek, például: a virtuális világban való tájékozódás megtanulása (Linhart és Lukawsky, 1977; idézi Mesterházi, 2019).

A strukturált tanulás elméletében jelentőséget kapott az individuum és környezete dinamikus egymásra hatásának vizsgálata, ezeket pedig teljesítményskálák helyett vektorokkal írják le. Azt állítják, hogy a tanulási tapasztalat nemcsak egyetlen teljesítményt változtat meg, hanem tulajdonságok egész sorát. Az ismételt tanulási folyamat (gyakorlás) hatására ugyanazt a teljesítményszintet kevesebb energiaráfordítással vagy kisebb megterheléssel lehet elérni (Cattell, 1977, 1996; idézi Mesterházi, 2019).

A tanulási képesség tanult pszichikus rendszerként való értelmezése a feltételezett képességstruktúrák osztályozását eredményezte. Megkülönbözteti az általános és a műveleti képességeket. (1) Általános képességek: kommunikációs, szociális, kognitív és alkotó képesség; a kognitív képességek elemei: a megismerés, a tanulás, a gondolkodás és a tanulás képessége. (2) Műveleti képességek: ezek alkotják a tanulás belső elemi feltételeit, azonban még ezek is

bonyolultan összetett struktúrákban működnek (Nagy, 1987; idézi Mesterházi, 2019). Eszerint például a kombinatív képesség a következő folyamatok működésének együttese: „az ember változatos módon képes dolgok vagy események tetszőleges összességéből, tetszőleges szabályok szerint bizonyos számút kiválasztani és/vagy létrehozni ezek egymástól különböző összeállításait, amelyek valamilyen körülírt feltételeknek felelnek meg” (Csapó, 1988, 27; idézi Mesterházi, 2019).

Leber (1990) a képességek kialakulásának folyamatáról azt írja, hogy összehasonlítható az emlékezés kialakulásának folyamatával. A kultúrtörténet kezdetén a memorizáló tanulás volt a meghatározó, majd ez a 19-20. század fordulóján jelentősen megváltozott. A pedagógiai paradigmaváltás idején az egyik lényeges vonás a képességek fejlesztésére irányuló nevelés. A mai felfogás szerint az értelem fejlődése a képességfejlődés során jön létre, aminek eredményeként egyes kompetenciák alakulnak ki. Az értelmi fejlődésükben és tanulásukban lassúbb gyermekek nevelésében az egyik alapkérdés a képességek fejleszthetősége. A modern gyógypedagógia szerint bármely tanulási nehézség soktényezős formában alakul ki. Tehát az akadályozottság csökkentése vagy megelőzése összetett folyamat eredményeként érhető csak el (Mesterházi, 2019).

2. 3. A tanulási képesség atipikus fejlődése

A tanulási képesség az emberi élet teljes egészében folyamatos változásban van. A tanulási képesség fejlődésének főbb jellemzői a következők. Az első, ha azonos helyzetek rendszeresen ismétlődnek, akkor specifikus viselkedési módról beszélünk. Az iskolai tanulási folyamatban a tanulás tartalmától és módjától, illetve tanuló személyiségének aktuális állapotától függő pszichikus folyamatok egymással kapcsolatba kerülnek. Ezek rendszeres együttes működése, gyakorlása eredményezi „valaminek a megtanulását”. A második a tanulási képesség olyan tanult képesség különböző személyiségbeli előfeltételektől függ és ez a képesség a gyakorlás által, tanulási tapasztalatok szerzése és feldolgozása közben jön létre. „A tanulási képesség a tanulási tevékenység folyamatában fejlődésen megy át és pedagógiai eszközökkel célirányosan fejleszthető” (Mesterházi, 2019:62). A harmadik pedig az, hogy a tanulási képesség kialakulását személyiségbeli vagy környezeti hatások akár meg is zavarhatják. Ezek a hatások érinthetik a tanulási képesség pszichológiai és/vagy szociális környezeti feltételeit, és ennek következtében a tanulási képesség fejlődésében a megszokottól eltérő atipikus vonásokat mutathat. Ezek tanulási nehézségekhez, tanulási zavarokhoz vagy tanulási akadályozottsághoz vezetnek. Végül a negyedik a tanulási nehézségek részben megelőzhetőek, részben

csökkenthetőek, esetenként megszüntethetőek a gyermek fejlődésére ható belső és külső feltételek megváltoztatása esetén. A tanulási képesség gyűjtőfogalma magában foglalja a következő képességeket: motoros, kommunikációs, emocionális, szociális, kognitív, kreatív és orientációs képességek (Mesterházi, 2019).

A tanulási nehézségek felismerése részben gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai, részben (gyógy)pedagógiai diagnosztikai eszközökkel történik. Az iskolai tanulási teljesítmények megállapítása a tanítási óra eredményességéről meggyőződni kívánó egyszerű feladatoktól a DIFER (Diagnosztikus fejlődésvizsgáló rendszer) vizsgálatokon át a nemzetközi PISA (Programme for International Student Assessment) vizsgálatokig. Az eredmények alapján következtetni lehet arra, hogy mely képességterületeken mutatkozik a speciális nevelési szükséglet, a nehézségek megállapítására minden esetben egyéni vizsgálatokra van szükség (Mesterházi, 1995; Józsa és Fazekasné, 2006a, 2006b; Oroszlány, 1995a; idézi Mesterházi, 2019).

3. A tanulási korlátok típusai

A 20. század utolsó évtizedeitől három csoportba sorolják a tanulási korlátokat, illetve a szerzők további alcsoportokat tartanak számon. A tanulási korlátok típusai egymással összehasonlíthatóak, illetve körülhatárolhatóak a tünetek, a leggyakoribb előidéző okok, az előfordulási gyakoriság, a megelőzés/segítés, valamint a várható tanulási eredmények szempontjából (Kanter 1977; Klauer 1978; Willand 1983; Grisseman 1989; Schröder 1990; Englbrecht és Weigert 1991; idézi Mesterházi, 2019). Az egyéni eltérések sokszínűsége miatt a tanulási korlátok típusait nem lehet egyértelműen elhatárolni. A témakört kutató szerzők között eltérő vélemények alakultak ki a tanulási korlátok típusaira jellemző intelligenciaövezetek tekintetében, mivel gyakran átfedések jelentkezhetnek. A tanulási korlátok, illetve iskolai teljesítményzavaroknál a következő szempontokat veszik figyelembe:

- „az iskolai tantervi követelményekhez viszonyított elmaradás mértéke;
- a különböző képességek területén mutatkozó elmaradás tünetei;
- a kiváltó okok szerinti osztályozás (pl. betegségek, elhanyagoló nevelés);
- a gyermeknek nyújtott segítség hasznosításának mértéke;
- a fejlesztés, terápia hatékonysága a mérhető eredmények alapján;
- a kialakulás folyamata a gyermek biográfiájának eredményeiben.,, (Mesterházi, 2019:64)

A külföldi szerzők megállapításai és a hazai kutatási eredmények nyomán (Czeizel, Lányiné és Rátay 1978; Illyés 1984, 1985, 1986; Mesterházi 1983, 1985a, 1989, 1994) a tanulási korlátok három csoportját különböztetjük meg. „A magyar nyelven kialakult szóhasználat alapján a tanulási nehézséget tekintjük gyűjtőfogalomnak, amelynek háromféle megjelenési formája van: tanulási nehézség/gyengeség, tanulási zavar és tanulási akadályozottság.” (Mesterházi, 2019:64). A komplex gyógypedagógiai diagnosztikai vizsgálathoz és tanácsadáshoz használatos és készült kézikönyvben (Zsoldos, 2006), így osztályozzák a tanulási korlátokat (Mesterházi, 2006):

a. Tanulási nehézség, gyengeség

A tanulási nehézség/gyengeség tünetei közé tartoznak a következők: kultúrtechnikák nehezített megtanulása, egyes tantárgyaknál a tanulás gyengesége vagy eredménytelensége, a gyermek problémát okozó viselkedése. Ezek a tünetek igazán csak iskoláskorban fedezhetők fel, azonban óvodáskorban is lehetnek előjelző tünetek. Az átlagostól alacsonyabb vagy normál intelligenciaszint jellemző. Ők azok a gyenge teljesítményű tanulók, akik külön segítség nélkül lemaradnak az átlagos tanulócsoporttól (Mesterházi, 2019).

A leggyakoribb előidéző okok lehetnek a hátrányos szociális környezet, nem megfelelő gondozás, elhúzódó betegségek, gyakori iskolaváltás, sok hiányzás, a családi életben bekövetkező krízishelyzetek. A becsült előfordulási gyakoriság a tanköteles népesség mintegy 10%-a (PISA-vizsgálatok, 2014). Differenciált fejlesztéssel, a szülők és tanítók együttműködésével, iskolai teljesítmények nyomon követésével, a tanulási motiváció erősítésével, a gyermek egészségi állapotának orvosi ellenőrzésével megelőzhető és segíthető. A várható eredmények közé sorolható a környezeti tényezők javításával és a fejlesztő pedagógia, gyógypedagógiai segítséssel való lassú javulás (Mesterházi, 2019).

b. Tanulási zavar

A tanulás egyes részterületein jelenik meg, az olvasás, az írás, a matematika tantárgyakban vagy a beszédtanulás területén. Ezeknél a tantárgyaknál figyelhető meg a tanulási eredménytelenség, viszont más tantárgyaknál jobb teljesítményeket is érhetnek el. A problémát okozó tantárgynál észrevehetően jelentkezhetnek motivációs- és viselkedési problémák. Már óvodáskorban is megmutatkoznak az előjelek. Egyes álláspontok szerint bármely intelligenciaövezettel előfordulhat tanulási zavar, azonban más vélemények szerint csakis 90-es vagy ettől magasabb IQ esetén beszélünk tanulási zavarról. A korai eredetű neurológiai, neuropszichológiai lehetnek a leggyakoribb előidéző okok. A tanköteles népesség 3-4%-át érinti. Korai felismeréssel, fejlesztő foglalkozásokkal, speciális terápiás eljárásokkal, különböző kompetenciájú szakemberek együttműködésével segíthető és megelőzhető. A tanulási zavar egy hosszútávon fennmaradó probléma, de terápia hatására az iskolai teljesítmény és a tanulási motiváció is lassan javulni fog (Mesterházi, 2019).

c. Tanulási akadályozottság

A tanulás minden területére kiterjed, szignifikánsan jellemző a kognitív funkciók és a beszéd lassúbb fejlődése, diszpraxiás tünetek, a figyelem-összpontosítás, lassú feladatvégzés, szociális tanulás nehézségei. A környezettel való összefüggésben a tanulási képesség fejlődésének különböző mértékű elmaradását, zavarát, illetve tanulási akadályozottságát okozzák. A leggyakoribb előidéző okok lehetnek: a kisebb mértékű központi idegrendszeri sérülés és/vagy tartósan hátrányos szociális környezet miatti lassú neurológiai érés. Ha nem kapnak ezen gyermekek korai segítséget, akkor megindulhat egy olyan kumulációs folyamat, aminek következtében növekedhet az életkori csoporthoz viszonyítva az iskolai teljesítmény elmaradás. A tanköteles népesség 4-6%-át érinti, viszont ez attól is függ, hogy az enyhe fokú értelmi fogyatékossgot vagy a fejlődést tartósan nehezítő szociális környezet következtében kialakuló tanulási akadályozottságot vesszük figyelembe. Megelőzni, illetve segíteni a hosszan tartó, rendszeres és intenzív gyógypedagógiai fejlesztéssel és terápiával lehetséges. Továbbá fontos a szociális hátrányok csökkentése, a szülők együttműködése, még a szociális nehézségek ellenére is. Az egészségi állapot folyamatos ellenőrzése, tanulási motiváció fejlesztése és a stigmatizációs hatások kompenzálása. Ha minél korábban megkezdik a rendszeres és komplex segítségnyújtást, akkor a tanulási képességek fejlődnek, illetve javulnak tanulási eredmények.

A továbbtanulás speciális szakiskolákban lehetséges (Mesterházi, 2006, 30-31; idézi Mesterházi, 2019).

A tanulási korlátok mindhárom típusához hozzájárulnak az adott személy szomatikus és pszichikus fejlődésének egyéni eltérései, továbbá a környezetére jellemző szociokulturális és szocioökonómiai viszonyok. Az egyes csoportokra jellemző tünetek előfordulhatnak a másik csoportnál is. A tanulási korlátok típusait statisztikailag lényegesen könnyebb elkülöníteni, mint amikor az egyéni fejlettségi állapotok felmérésére kerülne sor. Ezen gyermekeknél kiemelkedően fontos a fejlődési folyamat nyomon követése, és a terápiák miatt bekövetkező pozitív változások megállapítása (Mesterházi, 2019).

3. 1. Tanulási nehézség, gyengeség

A tanítók és tanárok azt tapasztalják, hogy a tanulók megoszlanak a képességeket és a tanulási teljesítményeket figyelembe véve. A kevés számú tanuló mellett vannak a jó tanulók, a többséget a közepes tanulók teszik ki, illetve vannak a gyengék, és szinte minden osztályban vannak feltűnően alulteljesítő diákok is. Számszerűen kifejezik ezt az ötfokú osztályzatokkal. Ezeket a gyermekeket jellemzi a gyenge tanulási motiváció, továbbá figyelmetlenek és hamar elfáradnak. Lassabban dolgoznak az átlagostól és könnyen elfelejtik azt, amit egyszer tanultak. Viselkedésük eltérő lehet, a csendestől a zavaró magatartásig minden elképzelhető. Fontos a támogató otthoni környezet, illetve a tanulást segítő iskolai differenciáló oktatás és különfejlesztés, hogy javuljon a tanulási eredményük. A kedvezőtlen otthoni környezet és a fejlesztés hiánya miatt a teljesítményük és viselkedésük nem lesz megfelelő. Gyakori a körükben az osztályisméltés és az iskolaelhagyás. Az iskolai teljesítményeket évente rendszeresen vizsgáló Országos kompetenciamérés figyelembe veszi a tanulási nehézségekkel küzdőket, és együtt kezeli az SNI csoportot a nehezen tanulókkal és az évisméltőkkel (Balázsai és mtsai, 2015; idézi Mesterházi, 2019). A gyenge iskola teljesítménnyel szorosan összefügg a korai iskolaelhagyás, illetve lemorzsolódás. Az általános iskolai tanulónépeség esetén ez országosan 6,7% (Fehérvári, 2015). Ez az eredmény valószínűsíti, hogy a lemorzsolódó gyenge tanulók és az iskolában maradó gyenge tanulók aránya meghaladhatja a 10%-ot (Mesterházi, 2019).

A tanulási nehézség kifejezés külföldön is használatos. A tanulási nehézséggel küzdő tanulók egyik csoportja az angolszász nyelvterületen a slow/struggling learners (lassan tanulók). A lassan tanulók közé tartoznak azok a gyermekek, akiknek a tanulmányi teljesítménye eltér az átlagostól, az IQ-teszten elért teljesítményük is alacsonyabb az átlagostól, de a különbség nem éri el a két szórásnyit. Nehézségeik a tanulás minden területén megmutatkoznak, de kizárhatóak a tanulási zavarok és az értelmi fogyatékoság. A lassan tanulók jellemzése a szakirodalom szerint:

- képességeik szerinti, de átlag alatti iskolai teljesítmény
- lassú munkatempó
- éretlen szociális kapcsolatok
- alacsony önértékelés
- több lépésből álló utasításokat nem értik meg
- a jelenben élnek, kevés hosszú távú cél jellemzi őket.

A lassan tanulók nem igényelnek gyógypedagógiai segítséget. Intelligenciaszintjük magasabb annál, hogy értelmi fogyatékoság merülne fel. Iskolai teljesítményük és az IQ között pedig nincs nagy eltérés ahhoz, hogy tanulási zavart diagnosztizáljanak, tehát nem minősülnek sajátos nevelési igényű tanulónak. Az USA adatai szerint a tanulónépesség 14%-át alkotják. Nem tudják teljesíteni az iskola követelményeket, szignifikánsan magasabb körökben azoknak az aránya, akik idő előtt elhagyják az iskolát (Shaw, 2010; idézi Mesterházi, 2019). A gyógypedagógia eszköztára, a pedagógus és a gyógypedagógus közötti együttműködés, az evidenciaalapú intervenciós módszerek kidolgozása hatékony segítség lehetne számukra (Borah, 2013; idézi Mesterházi, 2019).

A másik kategória az alulteljesítést hangsúlyozó alacsony teljesítők (low-performers). Howard, Dresser és Dunklee (2009) megemlítik, hogy az alacsony teljesítő, alacsony szociális státuszú gyermekeket a legtöbb esetben félrediaosztizálják, és ezért illetik meg őket a „tanulási zavarral küzdő” vagy „tanulásban akadályozott” címkék. A szerzők négy technikát tartanak fontosnak az alacsony szociális státuszú gyermekek segítségénél: pozitív kapcsolat a tanulókkal és szüleikkel, formatív és szummatív értékelés, tanulási tapasztalatok integrálása és pozitív tanulási klíma megteremtése (Mesterházi, 2019).

3. 1. 1. A beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség (BTMN)

A tanulási nehézség egy összetett jelenség, amire lehet, hogy csak sorozatos iskolai kudarc, osztályozóvizsga, illetve tanévismétlés után derül fény, azonban ennek kezdete már óvodáskorban, korai iskolás években megmutatkozik. Azonban, ha a pedagógus, illetve szülő korán felismeri a problémát, akkor a tünetek jelentős mértékben korrigálhatók a megfelelő fejlesztéssel. Ha ez elmarad további nehézségek elé néz a gyermek, mint például fejlődési és önértékelési rendellenességek. Fontos megemlíteni, hogy a tanulási nehézséggel küzdő gyermek nem értelmi fogyatékos, holott így sem tud gyakran eleget tenni az iskolai követelményeknek. Normál iskolai keretek között nem képes elsajátítani a tananyagot, ez gyakran kudarcélményt szül, ezáltal alacsony önértékelése lesz. A gyermekek észreveszik, ha különböznek a kortársaiktól és a „mátság” érzése nehezített beilleszkedést eredményez, továbbá a személyiségfejlődése egy negatív irányt vehet fel. A pedagógusoknak nagy szerepe van a problémafelismerésben, mivel nagyrészt a tanár-diák kapcsolaton múlik az adott gyermek hozzáállása a tanuláshoz. Nem utolsó sorban elengedhetetlen a szupportív családi háttér (N. Tóth, 2015).

Ha a tanulónak a tanulási teljesítménye csupán átmenetileg alacsony, ami következhet helytelen tanulási szokásokból, módszerekből, koncentrációzavarból, szorongásból, kedvezőtlen környezeti hatásokból, akkor tanulási nehézségről beszélünk. A tanulási nehézségek a pszichés funkciók zavarára vezethetők vissza, ezekre gyermekekre jellemző például a koncentrálóképesség alacsony szintje, továbbá emocionális problémák (Petriné, 1998, idézi N. Tóth, 2015). Az ilyen jellegű problémákat a megfelelő pedagógiai eszközökkel korrigálni lehet. Mivel a tanulási nehézségek a személyiség fejlődést, illetve az életvezetést nem akadályozzák, így ezen tanulók nem minősülnek fogyatékosnak, és amint megszűnik a tanulási nehézséget kiváltó ok, azzal párhuzamosan a probléma is enyhül, oldódik, akár el is tűnik. Van azonban tartós, speciális tanulási zavarok, mint például a diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia, amelyeknek diagnosztizálása és kezelése gyógypedagógus bevonásával kell történnjen. A tanulási zavarok gyanújának felismerése a pedagógus feladata. Az 1960-as évektől számos kutató próbálta meghatározni a tanulási zavar fogalmát, de mivel a jelenség okait és tüneteit is vitatják, ezért a szakmai körökben is sokféle definíció használatos (N. Tóth, 2015).

A tanulási zavarok tipikus viselkedéses tünetei közé tartozik a nyugtalanság, nehezen tud egy helyben megmaradni. Előfordulhat a mozgáskoordináció és finommozgások zavara például írása csúnya, rendezetlen. A tanári utasításokat figyelmen kívül hagyja. Vannak közöttük azonban csendes, passzív magatartásúak, félénkek, illetve előfordulnak agresszívek is.

Megfigyelhető náluk a bizonytalan vonalvezetés, a betűk nagyságának egyenetlenségei, görcsös írásmód, ami kapcsolatban áll a szem és kéz koordinációjának fejletlenségével. Olyan betűk, szavak felismerésének a nehézsége, amiket az adott tanuló előzőleg már megtanult. Olvasásnál, írásnál a szótagok felcserélése, ami a térészlelés hiányosságaival hozható kapcsolatba. Fellelhető továbbá a nyelvi készség zavara, emlékezetgyengesség, figyelemzavar (Porkolábné, 1987; idézi N. Tóth, 2015).

A szakemberek elkülönítik a tanulási zavar fogalmát, mint súlyos részképesség-zavart a tanulási nehézségtől, melyet enyhébb lefolyású tanulási kudarcnak tartanak. Az előbbit gyógypedagógia, míg az utóbbit a fejlesztő pedagógia kompetenciakörbe sorolják. Habár definíciók tekintetében nem mindig értenek egyet a kutatók, azonban abban a legtöbb kutató egyetért, hogy a tanulási zavaroknál percepciózavarok, motoros működési zavarok, kognitív funkciózavarok, beszéd- és kommunikáció-zavarok, beilleszkedési- és magatartászavarok jelentkeznek. Amennyiben a pedagógus úgy véli, hogy tanulási zavar állhat fenn, mielőbb konzultálnia kell a szülővel, hogy időben elkezdhesék a gyermek célirányos fejlesztését. Hazánkban Meixner Ildikó nevéhez fűződik a diszlexia-prevenációs és a diszlexia-redukációs fejlesztő gyakorlatok kidolgozása. Munkájában feltárja az intellektus és a diszlexia, mozgás és a diszlexia, nyelvi fejletlenség szinterei közötti összefüggéseket. Ezeknek a fejlesztő gyakorlatok jellemzője, hogy a gyermek egyéni tempójához igazodik. A módszer lényege a minél előbbi fejlesztés megkezdése. A legideálisabb az lenne, ha az olvasástanítást megelőzően megállapítják a diszlexia veszélyeztetettséget, ezt követően diszlexia-prevenációban részesítik. Ezzel megakadályozható a helytelen olvasási szokások kialakulása. A fejlesztő gyakorlatokat három fő területen végzik: térbeli tájékozódás, beszéd- és ritmusfejlesztés. Fontos szerepet játszik a hármasszociáció kialakítása. A betű alakját nemcsak a hozzátartozó beszédhanggal, hanem az annak kiejtése során keletkező motoros emlékképpel is kapcsolatba hozzák. Meixner a már diszlexiás gyermekekkel való rehabilitációs foglalkozást diszlexia-redukációnak nevezi. Ennek alapelvei és módszere azonos a prevencióéval. Rendszeresen foglalkozni kell a térbeli tájékozódás és a nyelvi készség fejlesztésével, valamint a sok betűtévésztés miatt a betűk egyrészét lehet, hogy szükséges újratanítani a hármasszociáció elvével (N. Tóth, 2015).

Beilleszkedési és magatartászavarokról akkor beszélünk, amikor az adott gyermek nehezen vagy egyáltalán nem alkalmazkodik a csoport értékeihez, normáihoz, illetve szabályaihoz. Radványi (2002) szerint a háttérben a méhen belüli, környezeti és/vagy nevelési ártalmak húzódnak. A beilleszkedési, magatartási zavarok főként a részképesség-zavarral küzdő tanulók esetében a tanulási problémák megnyilvánulása is lehet. Az érintett gyermekcsoport-

nál tapasztalható tünetek a visszahúzódástól (regresszió) a depresszió át, az agresszív viselkedésig terjedhetnek. Egyéni bánásmód nélkül általában nem képesek teljesíteni az iskolai követelményeket, többen közülük pszichológiai, pszichiátria kezelésben is részesülhetnek. A magatartási rendellenességek kialakulásáért a szociális készségek fejletlen volta, rendellenes működése felelős. Ezek a gyermekek szorongók vagy agresszívek, alacsony önértékelési problémákkal rendelkeznek. Előfordul a kapcsolatzavar, amikor gyakran kerül a gyermek konfliktusba a társaikkal vagy felnőttekkel (N. Tóth, 2015).

A leggyakrabban diagnosztizált beilleszkedési és magatartászavar a hiperaktivitás. A hiperaktív tanulókra jellemző az átlagos, vagy átlagon felüli intellektus. Iskolai kudarcok sorát élhetik meg, mivel gyakran hiperaktivitásuk figyelemzavarral is társul. A jelenségek ellenére mégis differenciálni kell a hiperkinetikus szindróma és a tanulási zavarokat. A két tünetegyüttest az különbözteti meg egymástól, hogy a „valódi hiperaktivitás” minden szituációban megjelenő mozgáskényszer, míg a tanulási zavar okozta „szituatív hiperaktivitás” csak bizonyos helyzetekben fellelhető. Kisiskolás korban a hiperaktív gyermek tanulási zavarai még inkább észrevehetőbbé válik. A figyelemzavar önmagában is problémát jelent, ha a tanulásról van szó, ezt a magatartási rendellenességek tovább erősítik, legtöbbször ehhez még agresszió is társul, amit a sikertelen fegyelmezés és a tanulási kudarcok váltanak ki. Megoldások között létezik a gyógyszeres kezelés, valamint pszichológus által vezetett viselkedésterápiák, továbbá mozgásos tevékenységek (N. Tóth, 2015).

Különböző vizsgálatok eredményei kimutatták, hogy annak a gyermeknek, akinek a szülei, tanárai rosszabbul tűrik a gyerek figyelmetlenségét, motorikus nyugtalanságát, más-képp alakul a szocializációja, mint akihez toleránsabban viszonyulnak. Ilyen körülmények között megromlik a szülő–gyerek, gyerek–tanár viszony, és a gyerekekben kialakuló önértékelési zavarok, dac- és gyűlöletreakciók komoly problémákat okozhatnak. A hiperaktivitás mértéke serdülőkorra általában csökken, de a figyelem problémái megmaradnak. Fontos felismerni, illetve azzal együtt kezelni, mert ha ezek elmaradnak, akkor előfordulhat, hogy felnőttkorban depresszió alakul ki (Fodorné, 1999; idézi N. Tóth, 2015).

3. 2. Tanulási zavar

A tanulási zavar terminológiáján belül különböző fogalmak vannak jelen, viszont a jelenségértelmezésnek is különböző szakaszai vannak, ezért fontos áttekinteni a 19. század utolsó harmadától a napjainkig tartó folyamatot (Mesterházi, 2019).

Első szakasznak tekintjük a 19. század utolsó éveit. 1877-78-ban történtek az elsőnek tekinthető közlések Kussmaul nevéhez fűződve a normál intelligenciájú felnőttek olvasásképzetelensége kapcsán, amelyet akkor szóvakáságnak (Wortblindheit, wordblindness) neveztek. Később 1895-ben Hinshelwood skót szemész és Morgan hasonló megnevezéssel illettek egy felnőtt férfit és egy 14 éves fiút. A leírások alapján ő volt az a diák, akinek az értelme ép volt, nagyon jó számolási képességgel rendelkezett, viszont súlyos olvasástanulási zavar (újabb megnevezés: developmental dyslexia) jellemezte. Kussmaul, Hinshelwood és Morgan úgy vélte, hogy az olvasási zavarnak szerzett és fejlődési formái lehetnek. Megjelentek a ma is használatos kizárási kritériumok, amik az alacsony intelligencia és az emlékezet zavara. Ebben az időszakban jelenik meg Ranschburg Pál munkássága az olvasás-, írás-, számolászavarok területén. Ennek az időszaknak az eredményei közé lehet sorolni az olvasásközpontú problémakezelést, az előfordulási gyakoriság becslését, a speciális oktatás igényét és a speciális programok indítását (Mesterházi, 2019).

A második szakasznak az 1920-as és 1930-as éveket tekintik. Ebben az időszakban a károsodáselv alapját képező agysérülés-paradigma volt jellemző. Szintén ilyentájt kezdődtek meg az empirikus kutatások, ahol az olvasásközpontú megközelítést tágitották, továbbá az első osztályozási kísérletek is ekkor kezdődtek. 1902-től a Ranschburg Laboratóriumban születtek a komplex gyógypedagógiai-pszichológiai esetelemzések, és itt sor került különböző értelmezési paraméterek megállapítására az életkor, nem, osztályfok, szociális környezet, tanulási módszer, iskolai előmenetel általános szintje és az intelligenciaszint vonatkozásában (Ranschburg, 1916; idézi Mesterházi, 2019). A napjainkban is használatos terminológia alapjai háttérben a gyermeknél fennálló és fejlődési alexia, agráfia, szósüketség, motoros afázia, apraxia és dadogás áll. Az olvasási zavar terminológia tüneti képe különböző oki háttéren keletkező és súlyossági állapotokkal jár együtt. Az előfordulása 0,001-2% közé esik, iskolai teljesítményproblémákat eredményez és olvasásterápiával lehet befolyásolni. A károsodáselvek fellazulnak és a jelenségeket a viselkedésdeficit-hipotézis mentén értelmezik. A különböző mértékű intellektuális és pszichés funkciózavarok háttérben kimutatják a neurológiai sérülést (Mesterházi, 2019).

A harmadik szakasz az 1940-es és 1950-es évekre tehető, a paradigmaváltás kezdetével enyhül a károsodáselv. Az „enyhe” neurológiai jelek („soft tünetek”) az anamnesztikus adatok, a minimális cerebrális diszfunkció (MCD) és a pszichoorganikus szindróma (POS) fogalmakkal bővül a pedagógiai és pszichológiai szótár. A diagnosztikai kritériumok megállapítása, az értelmi fogyatékoságtól történő elkülönítés mellett még jelentős hangsúlyt fektetnek a pedagógiai stratégiák keresése iránti igényre (Mesterházi, 2019).

A negyedik szakaszban az 1960-es évek elejétől kezdődően az ismeretanyag intenzíven bővül és ez lényegében napjainkig tart (Gerebenné, 1995; idézi Mesterházi, 2019). A II. világháború utáni években különböző országok pedagógiai rendszerei nagyobb hangsúlyt fektetnek a minőségelvű oktatásra és a tanulási sikertelenség problémájára. Fontos kérdéssé válik az oktatás hatékonysága, a „lassan tanulók” sajátosságainak megismerése, az iskolaelhagyók előfordulása, és ennek a háttérében megbúvó okok (Mesterházi, 2019)

Az amerikai egyetemek két vezető kutatója, Kirk és Bateman kijelenti: „A mi célunk a tanulási probléma mibenlétének és jellemzőinek diagnosztizálása, amely egyenesen elvezet ahhoz, hogy mit lehet tenni ellene” (1962, 73-78; idézi Mesterházi, 2019). A hangsúlyt a tanulási és viselkedési problémák teljesítményelvű és funkcióelvű megközelítésére helyezik. Az Illinois Egyetem munkatársa, Kirk (1963) nyomán létrejön a specifikus tanulási zavar fogalom. A „specifikus” jelző az a tény, hogy a „fogyatékos” gyermekek jól ismert tanulási problémái mellett növekvő arányban mutatták ki a klasszikus fogyatékosági kategóriákon kívül eső gyermekek tanulási sikertelenségét (Mesterházi, 2019).

A specifikus tanulási zavarokat elhatárolja differenciáldiagnosztikailag az értelmi és érzékszervi fogyatékoság, az érzelmi zavarok, továbbá elhanyagoltság, depriváció (napjainkban: halmozottan hátrányos helyzet) következményeként kialakuló tanulási nehézségektől. A gyermekek heterogén csoportját „fejlődési diszkrepancia” jellemzi. Kitágítják a tanulási zavar fogalmát a diagnosztikus eszköztár folyamatos bővülésével, a neuropszichológiai ismeretek pedagógiai irányultságú hasznosításával. Cruickshank szerint a tanulási zavar elnevezés általános fogalom, amely a központi idegrendszer nem pontosan megállapítható diszfunkciók tulajdonítható (Mesterházi, 2019).

A tág értelmezés miatt a 20. század utolsó harmadára a tanulási zavarok három fő csoportja jelenik meg. Az első csoportba a neurogén tanulási zavarok tartoznak, amik elsődlegesen a központi idegrendszer diszfunkcionális működésének következtében jönnek létre. További alcsoportok keletkeztek, ide soroljuk a fejlődéses diszlexiát és diszgráfiát, a diszkalkuliát, a diszfáziát, a diszpraxiát, a centrális jellegű diszpláziát, a diszgnóziákat, a figyelem és az emlékezet zavarait, végül a hiperaktivitást. Ezek az alcsoportok egymással kombinálódhatnak

is. A második csoportba tartozik a pszichogén tanulási zavarok, amik környezet hatására alakulnak ki. Az érzelmi élet, a motiváció, az alkalmazkodó magatartás megmutatkozik iskolai teljesítmény- és viselkedészavarokban. A harmadik a poszttraumás tanulási zavarok, ami gyermekkori szerzett agykárosodások, balesetek és betegségek, következtében kialakuló tanulási nehézségek és beilleszthető a tanulási zavarok rendszerébe is (Mesterházi, 2019).

A kognitív idegtudományi ismeretek, hangsúlyosan a kognitív fejlődés neuropszichológia értelmében, a tanulási zavarok értelmezését és terminológiai sokszínűségét tovább gazdagították (Csépe, 2005; idézi Mesterházi, 2019). A neuropedagógia mai értelmezésében az agy egy olyan nyílt szociális rendszer, amely külső és belső feltételek megléte mentén változik. A tanulás komplex feltételrendszere nem függ a két féltéke agyi szerveződésének sajátosságaitól. Ez miatt a tanulási zavarok a bal féltéke diszfunkcionális működésének következményeként az atipikus beszéd- és nyelvfejlődés sajátosságaival összefüggésben meghatározhatók úgy, mint verbális típusú, a jobb féltéke diszfunkcionális működésével összefüggésben, mint nem-verbális típusú tanulási zavarok (Fisher, Murray és Bundy, 1998; idézi Mesterházi, 2019).

Létezik négy hangsúlyos és alapvetőnek tekintett képességterület. Az első túlnyomóan bal féltékei irányítású verbális (tanulási) képesség (pl. fonológiai tudatosság, szólelvétel, verbális fluencia...). Ennek az alulműködése esetén verbális tanulási zavarok faktoraiként jelennek meg. A második a túlnyomóan jobb féltékei irányítású vizuális-téri (tanulási) képesség (saját test észlelése, vizuális-téri felismerés...), ez egy nem-verbális tanulási zavar. A harmadik a két féltéke egészes működésével a matematikai képesség (logikai műveletek, analízis-szintetizálás...). Végül a negyedik a rövid- és hosszútávú, verbális és nem-verbális emlékezeti képesség (Mesterházi, 2019).

Az emberi pszichikum működési sajátosságainak ismeretében kialakultak egyes modellek. A perceptuomotoros elméletek alapja a tanulási zavarok kialakulásában az észlelés és mozgásszabályozás fejlődésének dezintegrációja. A tanulási zavarok fejlődési zavarok, amelyek minden területre kiterjednek, vagy részlegesen formában vannak jelen. Egyes részterületeken alulműködés, más területeken átlagos vagy túlműködés tapasztalható. Az agyi működés sajátosságait neurogén faktorokkal magyarázzák. Az 1970-es évektől rendkívül népszerű a részképesség-elmélet (Graichen, 1979; Gerebenné, 1998; idézi Mesterházi, 2019), amely egy funkcionális vagy funkciórendszereken belül részleges alulműködésével magyarázza a részképességzavarok kialakulását. Johnson és Myklebust a tanulást komplex pszichoneurológiai folyamatnak vélik, a tanulásban és viselkedésben elsődlegesen „neurogén” faktorok miatt lesznek jelen a tanulási zavarok. Az Ayres-féle értelmezésben a szenzoros integrációs zavar is neu-

ropszichológiai megalapozottságú. A lingvisztikai elméletek képviselői a tanulási zavarok kialakulását elsősorban nyelvi folyamatok szerepével magyarázzák. A behaviorista elméletek pedig a szociális tanulás szerepét hangsúlyozzák (Gerebenné, 1995a; idézi Mesterházi, 2019).

A BNO-10, illetve DSM-5 az orvosi diagnózisba épül be. A BNO-10 „A pszichés (lelki) fejlődés zavarai” (F80-89) főcsoport alá sorolja az iskolai teljesítmények legnagyobb gyakoriságú (F81.0, F81.1, F81.2, F81.3) megjelenési formáit, de vannak „kevert specifikus” (F83) zavarok is. A DSM-5 „Az idegrendszer fejlődési zavarai” főcsoportjában taglalja a „Specifikus tanulási zavar” és az „Olvasási zavar” (315.00/F81.0) az „Írásbeli kifejezés zavar” (315.2/F81.1) és a „Számolási zavar” (315.1/F81.2) tüneti képeit (Mesterházi, 2019).

Tünetei túlnyomóan fejlődés korai szakaszaiban, a pszichikus funkciók eltérő fejlődésének következtében alakul ki. Megjelenésük a szociális társadalmi elvárások hatására a későbbi fejlődés, főként az óvodáskor és iskoláskor időszakában, a beszélt és írott nyelvhasználat, a mozgás, és az ábrázolási képesség, a viselkedésszabályozás, illetve az iskolai tanulási teljesítmények területén, specifikus írás-, olvasás-, helyesírás-, számolás-, és nyelvi zavarok formájában mutatkozik meg, továbbá másodlagos pszichés tünetek kialakulását eredményezhetik (Gerebenné Várbíró, 1995a; Sarkady és Zsoldos, 1992/93; Gyarmathy, 1998; idézi Mesterházi, 2019).

Szükséges, hogy az ismeretek a gyógypedagógia és a többségi pedagógia egyaránt hasznosítsa. A tanulási zavarok főként iskoláskorban jelentkeznek, mivel ekkor válnak igazán felismerhetővé, iskolai teljesítmény- és viselkedészavarok formájában. A 0-7 éves életszakaszban észlelhető atipikus fejlődés a tanulási zavarok előjele lehet, de ez más problémákkal is lehet összefüggésben. A szakértői vizsgálatok feladata, hogy komplex állapotfeltárás keretében differenciáldiagnosztikai és fejlesztésdiagnosztikai irányultságú megközelítés keretében tisztázódjanak a tanulási zavar egyéni jellemzői és a fejlesztés lehetőségei (Dékány és Mohai, 2014; idézi Mesterházi, 2019).

3. 2. 1. Írott nyelvi zavarok

Az írásbeliség mindössze 4-5 ezer éves múltra tekint vissza, szemben a szóbeliség százezer, de lehet, hogy több százezer éves történetével (Rayner és Pollatsek, 1989; Coulmas, 1992; idézi Mesterházi, 2019). Az írott nyelv elsajátítása kizárólag emberi fejlődésre jellemző tanulási folyamatként zajlik. A mai tudásunk szerint ez a folyamat neuronális újrahasonosítással (Blomert és Csépe, 2012; idézi Mesterházi, 2019) valósul meg, ami azt jelenti, hogy az olvasástanulás az evolúciósan idősebb agykérgi feldolgozó mechanizmusok rend-

szerét, beszédészleléshez és produkcióhoz kapcsolódva, átalakítja és működésüket módosítja. Jelenleg az olvasás- és olvasászavar-kutatások fő kihívását a kognitív (nyelvi) fejlődés, kognitív pszichológia és a pszicholingvisztika olvasásmodelljei és az olvasástanulásban meghatározó idegrendszeri működések integrációja okozza. Ahhoz, hogy megértsük az írott nyelvi zavarok jellegét, először meg kell ismernünk hogyan is zajlik egy tipikus írott nyelv elsajátítása (Mesterházi, 2019).

A szövegértés-szövegalkotás kompetencia mint összetett komponensrendszer (Nagy, 2002b, 2006b; idézi Mesterházi, 2019) kezdeti és fejlett szintjei eltérő működési sajátosságokat mutatnak. A beszéd az egy természetes tanulási folyamat ellentétben az olvasás és írással, ami hosszútávú explicit (tudatos, szabályszerű törekvés valaminek az elsajátítására) tanulást, megfelelő pedagógiai módszereket és elegendő gyakorlást igényel. Ezek magában foglalják a dekódolást, a szövegértést és a mögöttes kognitív-nyelvi készségek kialakulását, illetve fejlesztését. A kódolás és dekódolás a beszédhang és a graféma megfeleltetés elvének megértését, majd asszociáció útján fonéma-graféma kapcsolat létrehozását jelenti. A kódolás/dekódolás a lentől felfelé (bottom-up) irányuló folyamatok határozzák meg, tehát az analitikus műveletek dominálnak. A gyermekeknek a beszéd folyamatot diszkrét jelekre (beszédhang) kell lebontaniuk, majd ezt követően fonémakategóriákba rendezniük, majd azt a megfelelő grafémához rendelniük. Ha az agyi reprezentációkat nézzük a beszéd szegmentális feldolgozásához és a beszéd artikulációjához alkalmazkodott területek „újrahasznosítása” történik. A dekódolás fejlődését a szintelméletek vagy fázismodellek modellezik (Frith, 1985, 1986; Ehri, 1995; 2005; idézi Mesterházi, 2019). Ezek közül Uta Frith szintelmélete kerül bemutatásra.

Az első szint a logografémikus szint, amin a gyermek csak a sokszor látott szavakat ismeri fel egy-egy vizuális jelzőinger során. Amikor a felismerés egyre differenciáltabbá válik, és már egy-egy betűt is képes azonosítani, akkor kezdődik a direkt betűtanulás szakasza, ami az alfabetikus szint. A helyesen működő fonéma-graféma megfeleltetés négy belső reprezentáció összekapcsolódását teszi szükségessé, a fonológiai, az artikulomotoros, a vizuális és a taktokinetikus reprezentációét (Sósné, 2012; idézi Mesterházi, 2019). Az ortografikus szinten egy-egy szó egységében felismerhetővé válik, létrejönnek a szóspecifikus ortografikus belső reprezentációk, ami azt jelenti, hogy már betűhű formában is rögzül. Ezáltal begyakorlódik és készséggé válik a graféma-fonéma-ismeret, továbbá a szavak összekapcsolódnak fonológiai reprezentációjukkal és jelentésükkel (Perfetti, 1985; idézi Mesterházi, 2019).

Az írott nyelvi zavarok

A tanulók körülbelül 10-15%-a különböző nehézségekkel találja szembe magát az írott nyelv elsajátítása közben. Ezeknek egy része lehet átmeneti, olvasási, helyesírási, szövegértési nehézségek, amiket beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézségek (BTMN) kategóriába sorolnak. A másik részük pedig lehet tartós tanulási hátránnyá alakuló és befolyásolja az egyén pszichés fejlődését, életminőségét és társadalmi integrációját. Az utóbbi alatt az írott nyelvi zavart mutató csoportot értjük, amelynek olvasási, helyesírási teljesítményei a tipikus olvasókéhoz képest jelentős lemaradást mutat. Az elmaradás fejlesztés hatására csökkenhet, azonban mivel egy neurogén eredetű problémáról van szó, ezért teljesen nem fog megszűnni. A magyar közoktatásban az ilyen mértékű lemaradás SNI-státuszt jelent. Az írott nyelvi zavarok kifejezést a nyelv írott szimbólumrendszerének megértését és/vagy használatát érintő károsodások gyűjtőfogalmaként használjuk (Gerebenné, Fehérné, Kas és Mészáros, 2012; idézi Mesterházi, 2019).

Ezek lehetnek fejlődési vagy szerzett zavarok, amelyek az írott nyelv atipikus elsajátításában és/vagy akadályozott használatban mutatkozhatnak meg, a tanulási helyzetekben és a mindennapi életben is. A fejlődési írott nyelvi zavarok a neurogén tanulási zavarok körébe tartoznak, azon belül a verbális tanulási zavarnál foglalnak helyet. A szerzett írott nyelvi zavarok kialakulhatnak koponyatraumák, agyi érkatasztrófák, tumorok, központi idegrendszert érintő fertőző betegségek, esetleg demencia miatt. Mindezek megmutatkozhatnak diszlexia vagy alexia formájában, önállóan vagy afáziával is társulva. Pszicholingvisztikai szempontból különböző nyelvi szintek zavart működésére vonatkoznak, amik a következők:

- a nyelvi formára: fonológiára (beszédhangok rendszere), morfológiára (szavak felépítése) és szintaxisra (mondatképzés);
- a nyelvi tartalomra: szemantikára, tehát jelentésre
- a nyelv kommunikatív funkciójára: pragmatikára, azaz nyelvhasználatra (Mesterházi, 2019).

A fejlődési diszlexia

Az írott nyelvi zavarok leggyakoribb fajtája a fejlődési diszlexia, amely Shaywitz és munkatársai szerint: „Indokolatlannak tűnő olvasási nehézség, olyan gyermekek és felnőttek esetében, akik egyébiránt rendelkeznek a pontos és folyékony olvasáshoz szükséges intelligenciával, motivációval és iskolázottsággal. A diszlexia neurobiológiai eredetű speciális tanulási zavar. Jellemzője a pontos és/vagy gördülékeny szófelismerés nehezítettsége és a gyenge betűzési és dekódolási képesség. Ezek a problémák jellemzően a nyelvi rendszer fonológiai komponensének hiányosságaiból származnak és különös kapcsolatban állnak egyéb kognitív képességekkel, illetve az iskolai oktatás hatékonyságával.” (Lyon és mtsai, 2003 nyomán Shaywitz és Shaywitz, 2003, 158; Shaywitz, Morris és Shaywitz, 2008, 453; idézi Mesterházi, 2019:80)

A DSM-5 diagnosztikus rendszerben már önálló kategóriaként jelenik meg a diszlexia. Magyarországon jelenleg a DSM—IV-re épülő BNO F 81.0 Meghatározott olvasási zavar SNI-kategóriája többszolgáltatásokra jogosít fel. A definícióban a kizáró kritériumok elhatárolják a diszlexiát a gyenge olvasás egyéb eseteitől, amelyek elsődlegesen nem a nyelvi rendszerek atipikus fejlődéséből fakadnak. Ilyen például:

- a látás, a mozgás, a hallás sérülés vagy intellektuális képességzavar;
- az átfogó fejlődési késés vagy mentális retardáció (IQ 85 alatt);
- a szociokulturális hátrányból adódó alacsony motivációs szint;
- a nem megfelelő olvasástanítási módszerek;
- a tanár-diák illeszkedési problémák okozta gyenge olvasás (Mesterházi, 2019).

A fejlődési diszlexia gyakorisága országonként változó. Peterson és Pennington (2012) a releváns szakirodalmak elemzése alapján kb. 7%-ra teszik, enyhe (1,5-3:1) fiúdominanciával. Hazánkban nincs megbízható adatunk, mivel a köznevelési törvény pszichés fejlődési zavar SNI-kategóriája más tanulási zavarokat is magában foglal. A diszlexiát csak akkor állapítják meg, ha az olvasástanulás első szakasza lezáródik (harmadik osztályban), óvodáskorban és alsó tagozaton csakis kizárólag olvasászavar kockázatáról beszélhetünk. A társuló zavarok közül a leggyakoribb a diszlexia diszortográfiával - a helyesírási készség súlyos zavara - és nyelvfejlődési zavarral való előfordulás, ezek a közös nyelvi bázist tekintve homotipikus együttjárásnak minősülnek. A diszkalkuliával való együttjárás is szintén gyakori. A diszlexia az egyéb, például nem verbális fejlődési zavarokkal, mint a figyelemzavar (AD) és/vagy a hiperaktivitás (HD), vagy a fejlődési diszpraxia szintén komorbiditást mutat (Shaywitz és

Shaywitz, 2003; Shaywitz, Morris és Shaywitz, 2008; Peterson és Pennington, 2012; idézi Mesterházi, 2019). A diszlexia genetikai meghatározottságú, amely családi halmozódást mutat, viszont az öröklésében szerepet játszó gének megítélése ellentmondásos. Minden olyan génszegmens szóba jött eddig, amely az idegrendszeri fejlődésért felelős (Peterson és Pennington, 2012; idézi Mesterházi, 2019)

Olvasás és nyelvi teljesítmények

A fejlődési diszlexiás tanuló olvasásteljesítménye szignifikáns eltérést mutat a tipikus olvasókétól. Legtöbbször az alfabetikus kódolás/dekódolás nehézségeivel küzdenek. Segítség nélkül nehezen jutnak el az ortografikus olvasás szintjére. A fonémakategóriák nem szilárdultak meg, a fonéma-graféma-megfeleltetés nehézségekbe ütközik. Nehezen valósítják meg szónál kisebb elemekre tagolást és a kisebb egységek felismerét, a hibák lehetnek betű- vagy szótagkihagyások, felcsérélesek, helyettesítések és betoldások. Amennyiben az alfabetikus feldolgozás gyengesége eluralja az olvasástechnikát, kétséges, hogy a diszlexiás személy eljut-e a szöveg megértéséhez. Ebben az esetben a szövegértés másodlagos következmény, amely a reedukáció során az ortografikus olvasás fejlődésével enyhül (Mesterházi, 2019)

Diagnosztika és fejlesztés

Minden olyan tanulási zavar esetében, ahol felmerül az olvasás- és íráskészség problémája, az olvasásteljesítmény vizsgálat mellett fontos a kognitív-nyelvi képességek vizsgálata is, hogy a diszlexiát kizárják vagy éppen megerősítsék. Olvasásvizsgálatot minden gyógypedagógus végez, az olvasásvizsgálat finom nyelvi elemzése és a nyelvi érintettség feltárása logopédus kompetenciája. A diagnosztikus folyamat ötlépcsős modelljét Mohai (2013) írja le. A vizsgálathoz standardizált olvasásteszték állnak rendelkezésre, például a Lőrik-féle Olvasásvizsgálat (LOV), A Szó? Nem szó? (Lőrik, 2015a, b); a 3DM-H (Tóth, Csépe, Vaessen és Blomert, 2014) és a Meixner-féle olvasásvizsgálatok mostanra már standard értékekkel rendelkező eljárásai. A nyelvi indikátorok közül: az iskolába lépő és 1. osztályos gyermekek néhány olvasási-írási alapkészségének vizsgálata (Lőrik és Majercsik, 2015), Jordanidisz-féle Fonológiai Tudatosság Teszt (2009); a 3DM-H; a Magyar álszóteszt és a Magyar olvasásterjedelem teszt (Racsmány, Lukács, Németh és Pléh, 2005) is elérhető (Mesterházi, 2019).

Az evidenciaalapú fejlesztő beavatkozásnak a diszlexia esetében a specifikus nyelvi készségek fejlesztését és reedukációt egyaránt tartalmaznia kell, ami a logopédus kompetenciája. Magyarországon a reedukációs eljárások közül a Meixner-módszer az uralkodó (Meixner, 2012). Ennek készségfejlesztő részét a hazai logopédiai gyakorlat további nyelvspecifikus elemekkel bővítette, például fonológiai tudatosság vagy fonológiai munkamemória fejlesztése (Sósné, 2012; idézi Mesterházi, 2019). A Meixner-féle eljárás a kódolás/dekódolás fejlesztését az analízisfolyamatok, a szövegértés fejlesztését a szintézisfolyamatok felépítésével valósítja meg. Megjelentek más nyelvi vagy részben nyelvi alapú tanulási zavarokat kezelő eljárások is, mint a NILD tanulásterápia vagy a Sindelar-Zsoldos-féle program, amely komplex kognitív terápia és fejlesztő program az idegrendszeri eredetű tanulási és magatartási zavarok befolyásolására (Zsoldos, 1999). A nyelvi fejlesztést a diszlexia kezelésében nem válthatják ki, csak kiegészítőleg egyéb kognitív, pszichomotoros, szenzomotoros vagy szenzoros integrációt fejlesztő eljárásokat is használnak. Ezek akkor lehetnek hatásosak, ha a diszlexiával más zavarok is együtt járnak, például ADHD, diszpraxia, szenzoros integrációs zavar. Ezeket gyógypedagógusok vagy speciális fejlesztők végezhetik (Mesterházi, 2019).

A fejlődési diszortográfia

Az írott nyelvi kifejezés zavara, amely az alfabetikus kódolás nehézségében nyilvánul meg (BNO-kódrendszer: F81.1 Az írás zavara). A magyar nyelv transzparens ortográfiájú, ami azt jelenti, hogy úgy írjuk, ahogyan mondjuk. Diszortográfia esetén az evidenciaalapú (füllel/hallásra írható) helyesírás is zavart szenved. Ezért a legegyszerűbb nyelvtani szabályok is nagyon nehezzé válnak. A diszortográfiát el kell különíteni a praxia zavarai miatt létrejövő diszgráfiától. Ez utóbbi az írás kivitelezésének zavara, az írás olyan alaki problémája, mint például a betűformák torzulása, a téri elrendezés vagy a vonalvezetés zavarai (Mesterházi, 2019).

A diszortográfia a legjelentősebb a szavak és a mondatok diktálásakor jelenik meg. A társult zavarokkal nem küzdő diszortográfiasok sokkal jobb teljesítményt nyújtanak a másolási, mint a diktálási feladatokban. Ennek vizsgálatára standard eljárásként alsó tagozatos korban a Lőrík-féle Helyesírás-vizsgálat (LHV) javasolt (Lőrík, 2015c); idézi Mesterházi, 2019). A vizsgálatok során fel kell tárnunk azokat a nyelvi készségeket, melyek a zavar hátterében állnak. A helyesírás vizsgálata minden gyógypedagógus feladata, de annak nyelvi elemzése logopédus kompetenciája (Mesterházi, 2019).

A nyelvfejlődési zavarral küzdők írott nyelvi fejlődése

Az írott nyelvi zavar háttérében állhat még a beszélt nyelv fejlődésének zavara. A nyelvfejlődési zavarok kezdetben nyelvfejlődési késés, majd az expresszív és/vagy receptív szókincs elmaradása, az expresszív és vagy receptív grammatikai feldolgozás zavara stb. A tünetek az iskoláskorra meghatározóan befolyásolják az írott nyelv elsajátításának folyamatát. A fonológiai-fonetikai szint zavara inkább az alfabetikus kódolás/dekódolás, a lexikai és a morfológiai nyelvi szint zavara főként az ortografikus olvasás, míg szintaktikai, szemantikai és pragmatikai nyelvi szint zavara inkább a szövegértés elsajátításában és használatában okoz nehézségeket. A gyermekek írott nyelvi teljesítményének mérésére minden esetben különböző nyelvi szintek vizsgálata is szükséges. Az utóbbiak elvégzése logopédiai kompetencia, mint a nyelvfejlődési zavarral küzdő tanulók írott nyelvi készségeinek fejlesztése is (Mesterházi, 2019).

3. 2. 2. Számolási zavarok, diszkalkulia

A számolás mindennapjaink része, ugyan sokszor észre sem vesszük a használatát rutinjellegű feladataink elvégzésében. Egy bankkártyás tranzakció során számtalan művelet végzünk a számokkal, mint például a rendszerbe való belépés kódját számemlékezettel hívjuk elő, ezt követően pedig a téri irányok ismeretével a számjegyeket a nyomógombos felületen kivitelezük. Valamint becsléssel állapítjuk meg a felvenni kívánt összeget. A diszkalkuliás személyek számára a felsorolt tevékenységek jelentős kihívást jelentenek (Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia fogalma

A diszkalkulia definíciója és terminológiája a nemzetközi és hazai gyógypedagógia és határtudományainak fejlődésével, dominanciájának változásával folyamatosan alakult. Az eltérő tudományterületek eredményei alapján konkrétabb megfogalmazások születnek, amelyek pontosítják a diszkalkulia jelenségének leírását, ezáltal szűkítik és differenciálják az érintettek spektrumát (Farkasné, 2007;2008;2011; idézi Mesterházi, 2019).

A 20. század elején kezdték el vizsgálni a diszkalkulia jelenségkörét. Ranschburg Pál (1905) aritmaszténia néven írja le azokat az eseteket, amikor az iskola tanulási nehézségek megjelenését nem indokolja az értelmi fejlődés zavara (Mesterházi, 1999; idézi Mesterházi, 2019). Berger (1926) megkülönbözteti a diszkalkulia első, illetve másodlagos formáját, ami kognitív zavarokkal is jár (Ardila és Roselli, 2002; Dékány és Mohai, 2012; idézi Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia több szindróma tüneteként is megjelenhet. Az elsők közt Gerstmann (1930) a bal parietális lebenyhez köthetően a kognitív képesség négy zavarát határozta meg, amelyek együttesen mutatják a róla elnevezett Gerstmann-szindróma tünetét: az ujjagnózia, az írás- és számolás képtelenség, valamint laterális zavar (Gerebenné, 2001; Márkus A., 2007; idézi Mesterházi, 2019).

Ezt követően az oki háttár feltárására összpontosították a figyelmet. Lurija (1975) hangsúlyozza a neurológiai érintettséget, amit acalculia néven fogalmazott meg. Később Badian a fejlődési diszkalkuliát a számok szimbolikus értelmezésének hiányaként definiálja. Az egyszerű számolási műveletek, aritmetikai tények elsajátítása és alkalmazása, a helyi értékek megértése, a műveleti jelek értelmezése, a tények és műveleti eljárások emlékezeti előhívása nehezített (Márkus A., 2007; idézi Mesterházi, 2019).

Az agyszerült személyek vizsgálata során tárták fel a szerzett diszkalkulia jelenségét. Hazánkban Mesterházi (1999) a különböző intelligenciaszintek mellett megjelenő matematika tanulási nehézségeket sorolta a diszkalkulia fogalma alá, míg Dékány Judit (1989) az egyéntől elvárt képességek szintje alatt kórosan elmaradt matematikai teljesítményt. A diszkalkulia jelenléte módosíthatja a személy és közvetlen környezete társadalmi részvételét. Mint minden másnak, így a diszkalkulia fogalmának fejlődése is terminológiai változásokat eredményezett. Manapság elfogadott a számolási gyengeség és számolási zavar fogalmak mellett a nemzetközi szakirodalomban megjelenik a matematikai tanulási zavarok (Mathematical Learning Disabilities, MLD), az iskolai matematikai teljesítmény zavara és az aritmetikai zavar (Moser Opitz, 2007; Mazzocco, Feigenson és Halberda, 2011; idézi Mesterházi, 2019).

A DSM-5 a legmodernebb klasszifikációs rendszerként a specifikus tanulási zavarok körébe sorolja a diszkalkuliát (DSM-5 kódja 315.1, illetve BNO-kódja F 81.2). A klasszifikációs rendszer alapján a diszkalkulia olyan specifikus tanulási zavar, amely a normál intelligenciaszint, érzelmi stabilitás, iskolai feltételek és motiváció mellett az érintett személy korától elvárt számtani készség elmarad (American Psychiatric Association, 2013; idézi Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia előfordulási gyakorisága, elméleti háttere, tünetképe

A nemzetközi szakirodalom alapján a diszkalkulia előfordulási gyakorisága 5-6%-ra tehető a tanulók körében (Shalev, 2004; idézi Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia elméleti hátterét a Stanislas Dehaene nevéhez köthető hármaskódmodell (Triple Code Modell) adja. A modell szerint három különböző megértési módul aktivizálódik, amelyek más-más agyterületnek felelnek meg. A McCloskey által kidolgozott folyamatorientált modell a numerikus megismerés folyamatát a (1) numerikus feldolgozási folyamatokra és (2) számolási mechanizmusokra bontja. Delazer a (3) konceptuális tudás jelentőségét hangsúlyozza. A felsorolt elemek egymást kiegészítő modellként működnek (Krajcsi, 2010; Dékány és Mohai, 2012; idézi Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia olyan tünetegyüttes, amely jelentős individuális teljesítménykülönbségek mellett eltérő súlyossági formában és a tünetek különböző kombinációiban fordul elő (Krajcsi, 2010; Dékány és Mohai, 2012; idézi Mesterházi, 2019). A diszkalkuliához társulhat saját szomatikus, kognitív és emocionális állapot, illetve betegség is. A mentális diszfunkcióval (intellektuális képességzavarral) járó fejlődési zavarok jelentős részében a számolászavar valamely tünetegyüttes része, melyek háttere különböző eredetű lehet (Márkus A., 2007; idézi Mesterházi, 2019).

Desoete (2006, idézi Krajcsi, 2010, 100) tipológiája négy területre bontja a diszkalkulia megjelenési tünetsorát. Az első a szemantikus emlékezeti deficit, például a numerikus tények előhívásának zavara. A második a procedurális deficit, ami többek közt a komplex műveletek végrehajtása és a közben szükséges sorrend alkalmazásának hibája. A harmadik a téri-vizuális deficit, ami a téri-vizuális észlelés és memória zavarát jelenti. Az utolsó a számismelési deficit, amikor is a különböző modalitások közti átkódolások nehézsége van jelen (Mesterházi, 2019).

A diszkalkulia diagnosztikája

Az eltérő tünetegyüttesek feltárása érdekében komplex diagnosztikus eljárás szükséges. Ezeknek az eltérő terjedelmű és részletességű vizsgálóeszközök közös tulajdonsága, hogy a matematika elsajátítási fázisaira épülő pedagógiai feladatokból épülnek fel. Hazánkban az 1990-es évek végén dolgozták ki a számolási zavarok feltárását célzó pedagógiai vizsgálatot. Dékány Judit munkatársaival alkotta meg a Diszkalkulia Pedagógiai Vizsgálati (DPV, 2016) módszert és eszköztárat, amely az orvosi és pszichológiai vizsgálat eredményeivel kiegészítve

komplex módon tárja fel a jelenséget (Csonkáné, 2012; idézi Mesterházi, 2019). Az elmúlt évtizedekben több nem standardizált vizsgálati módszer terjedt el hazánkban, amelyek a pedagógusok számára nyújtanak segítséget. A Fejlődési Diszkalkulia Lapok (FDL) a korai életkortól a középiskolás korosztályig biztosítanak szűrésre alkalmas feladatlapokat, míg a Numerikus Feldolgozás és Számozás Teszt (NFSZT) a felnőttek körében alkalmazható (Nyesténé, 2014; idézi Mesterházi, 2019).

Diszkalkuliaterápia, iskolai oktatás

A szakemberek a terápia kezdetén az anamnesztikus adatokra és a diagnosztikus eredményekre támaszkodva fejlesztési tervet készítenek, a szülő és a gyermek bevonásával. A fejlesztési tervben szerepel a fejlesztés célja, illetve rész céljai és a fejlesztés ütemezése. A gyógypedagógus a diszkalkuliaterápia során a terápiás haladást felülvizsgálja, majd szükséges mértékben módosítja azt. A diszkalkuliás gyermekek többsége integráltan tanul. Az integrált nevelést vállaló intézményeknek az alapító okiratuk alapján kötelességük biztosítani a megfelelő tárgyi és személyi feltételeket ezen tanulók számára (Mesterházi, 2019).

Diszkalkulia a mindennapokban

A diszkalkulia diagnózissal rendelkező gyermekek és felnőttek mindennapjait az egyén személyisége, a teljesítménye és környezete határozza meg. Ebből a hármas egységből a sikertelenségek hatására kialakulhat egy lefelé örvénylő spirál, azonban diszkalkuliaterápiával és az egyén erősítésével mindez megállítható és visszafordítható. Az említett diszkalkuliaterápia eljárásait diplomás gyógypedagógusok továbbképzésének keretében sajátítható el. A felnőtt diszkalkuliával diagnosztizált személyekkel készült interjúk alapján elmondható, hogy a gyermekkorban megélt matematikához köthető élmények mély nyomott hagytak bennük. A felnőttkort meghatározzák az élethelyzetek kialakítására kidolgozott egyéni módszerek, mint például készpénz helyett bankkártyás fizetés használata. Az interjúadók többsége alapvető módszerként említette meg a segítségkérés megtanítását, amelyre már a gyermekkortól alapozni kell (Rajnai, 2017; idézi Mesterházi, 2019).

3. 2. 3. Miként lesz a tanulási zavar diagnózisa stigma – Avagy mi a fontosabb: a diagnózis vagy a gyermek?

Ebben a fejezetben be szeretném mutatni a gyógypedagógiai ellátórendszerek hatékony működését hátráltató tényezőket. Magyarországon az ellátórendszer finanszírozását és felépítését szabályozó törvények nem egyeznek a gyógypedagógia jelenlegi, az OECD országokon belül is alkalmazott gyakorlatával. A legnagyobb eltérésnek tekinthető az, hogy az OECD rendszerein belül a diagnózist egy ellátási kategóriához kötik, míg Magyarországon előbb kap a gyermek diagnózist, aztán rendelnek hozzá ellátási formát. Az intervenció minden formáját, melyet egy speciális képzettségű szakember végez, diagnózisnak kell megelőznie, azonban Európa más országaiban ez nem feltétlenül van így (Vida, 2015, 35. o.; idézi Vida, 2017).

Az ellátórendszer hatékony működéséhez elengedhetetlen, hogy megfelelő módon határozzuk meg az ellátásra jogosultak körét (Lányiné, 2014; Vida, 2014; idézi Vida, 2017). A gyógypedagógiai ellátórendszer nem lehet hatékony, ha nem illeszkedik a gyermek, szülők, illetve pedagógusok valódi igényeihez. A fejlesztés megvalósításának tényét tovább nehezíti, hogy a diagnosztikát végző szakemberek megállapításai sok esetben el se jutnak ahhoz a pedagógushoz, aki integratív oktató nevelő munkát végez. Vagy ha el is jutnak, nem tudják megfelelően alkalmazni a fejlesztéseket, mivel kevés olyan kurzus van jelenleg, amik felkészítik a pedagógusokat az inkluzív tanulási közegre. A helyzetet tovább súlyosbítja, hogy a fejlesztési órák mennyiségi és tartalmi szabályozásának visszásságai miatt megjelent az árnyékoktatás, amely beszivárog a gyógypedagógiai ellátórendszerbe. Már 2003-ban ismert volt, hogy a különóra aránya a hazai oktatási rendszerben magas, mivel a szülők nem bíznak a formális oktatási rendszer hatékonyságában (Réti, 2003; idézi Vida, 2017). Gyógypedagógiai ellátás területén sincs ez másképp, hiszen heti egy óra fejlesztés nem elegendő (Vida, 2017).

Hazánkban iskolában és óvodában csak az juthat állam által támogatott gyógypedagógiai ellátáshoz, akinek írásbeli diagnózisa van a szakértői bizottságtól (Csépe, 2008; idézi Vida, 2017). Ez azért okoz problémát, mert a diagnózisra várók listája hosszú, és sok időt kell a gyermeknek így megfelelő fejlesztés nélkül töltenie, különösen akkor jelenti ez a legnagyobb problémát, ha a gyermek a szenzitív periódusban van. A 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról jogszabályként arra hivatott, hogy segítsen a pedagógusnak eligazodni: pontosan milyen elvek mentén kellene oktatni és nevelni

az SNI gyermeket az iskolában, azonban azt nem tartalmazza, hogy milyen mélységű, illetve mennyiségű gyógypedagógiai kompetenciával kell rendelkeznie a pedagógusnak. A szakértői vélemények értelmezése sok esetben csakugyan gyógypedagógiai kompetenciákat feltételez, ami szintén probléma lehet a sikeres integrációnál. Problémát jelenthet továbbá a fejlesztési óraszámok, mivel hiába határozzák meg a szakértői véleményben a javaslatot erre kifolyólag, ha a tanórákon kívüli fejlesztés feltételrendszere központilag megszabott, az egyénre szabásra kevés esély van. A magyar gyógypedagógiai ellátórendszer tehát diagnózisfüggő (Lányiné, 2014). Azaz a tanuló csak komplex szakértői véleménye alapján juthat iskolai fejlesztéshez a diagnózisa kapcsán (Vida, 2017).

A statisztikai adatok alapján a tanulási zavarral kapcsolatban egyre kedvezőtlenebb hozzáállás érzékelhető, például Pécsen már csak egyetlen olyan gimnázium létezik, amelyik fogad SNI-s tanulókat, aminek az oka az lehet, hogy az átlaghoz viszonyítják a teljesítményértékelést. A hazai iskolarendszer még mindig kimenetiteljesítmény-központú, illetve diákokat egymáshoz és nem önmagukhoz mérik (Csapó, 2012; idézi Vida, 2017). Ez a tanulási zavarokkal küzdő tanulók esetében igencsak kedvezőtlen, mivel intelligenciaszintjük alapján elvárhatónál jóval alacsonyabb szinten teljesítenek egyes területeken (Sarkady és Zsoldos, 1993; idézi Vida, 2017). Előfordulhat, hogy egy ép intellektusú sajátos nevelési igényű gyermek el sem jut a gimnáziumig, azaz iskolázottságát erősen befolyásolja a merev teljesítményértékelés, ami hazánkra jellemző. A hazai rendszer ilyen esetekben a tantárgyi mentességhez, vagy a buktatáshoz nyúl, ami szintén az átlaghoz való viszonyítás értékelését mutatja. A tanulási zavarral küzdő tanulók a képességprofiljukhoz nem igazodó körülmények és inadekvát módszertan mellett alulteljesíthetnek. Manapság szinte csak csoportos formában kapnak fejlesztést a gyermekek, aminek következtében a tanuló nem feltétlenül jut hozzá ahhoz a segítséghöz, amire neki személyesen szüksége lenne (Vida, 2017).

A mentesítés lényege az lenne, hogy lehetőséget adjon a részletes és differenciált diagnosztikára, hogy a tanulási zavar megjelenése értelmezhetővé váljon egy tantárgy keretei között is, és ne kelljen buktatni. Továbbá fontos, hogy ne a képességdeficitet értékeljék, hanem az annak ellenére elért valós teljesítményt. A jogi értelmezésben, viszont a mentesítés mindenfajta teljesítménnyel kapcsolatos visszajelzést tilt. Ezzel pedig teljesítmény alapján diszkriminál, hiszen minden visszajelzés alól mentesít, holott a megfelelő integráció teljesítményjavulást hoz (Berk, 1983; McGregor, 1998; Arató, 2014; idézi Vida, 2017). Ezek után kérdéses, hogy mi fogja motiválni a tanulót, hogy legalább minimális szinten elsajátítsa az a tananyagegységet, ami számára a legnagyobb gondot okoz. Előfordulhat az is, hogy a tanuló

számára kedvezni fog a sajátos nevelési igény diagnózis, mivel ezáltal kibújhat a kötelezettségek alól (Vida, 2017).

A tanuló szülő nyomás alá is kerülhet, hogy még továbbtanulása előtt meg legyen szüntetve a sajátos nevelési igény státusza, ezáltal azonban már nem nyílik lehetősége az általában támogatott fejlesztésre. Így a szülő kénytelen piaci alapon szolgáltatást vásárolni. A tanulási zavarral küzdő gyermekek esetében nincs elérhető statisztika az árnyékoktatásukról, viszont a merev ellátórendszer miatt a szülők számára jobb megoldásnak tűnik egy intenzívebb és individuális fejlesztést ígérő terapeuta. A többségi oktatásban korrepetálás esetéhez hasonló, viszont ezen szülők gyermekei könnyen áldozatul eshetnek a csodákat ígérő terapeutáknak. Vitathatatlan azonban, hogy az ellátórendszeren kívül is vannak kiváló szakemberek, azonban nagyobb a veszélye annak, hogy gyermek valóban „szakértő kezek közé” kerül-e. A nem hozzáértő fejlesztés szerencsésebb esetben csak az értékes időt veheti el a fejlesztéstől, azonban megvan a kockázata, annak is, hogy nagyobb bajt okozhat (Vida, 2017).

Megoldásként szolgálna az adott problémára, hogy a komolyabban kezelnék a kooperatív tanulásszervezési módszert vagy a projektmódszert, mivel segítené az inklúziót, illetve javítaná a teljesítményt (Varga, 2015; idézi Vida, 2017). Fontos lenne, hogy teljesítményük miatt leszakadók kaphassanak gyógypedagógiai fejlesztést diagnózis nélkül is. Azt is fontos kiemelni, hogy a diagnózis megléte nem jelenti a munka vagy felelősség alóli mentesítést, illetve a gyógypedagógiai fejlesztés nem teszi szükségtelenné a tanórai differenciálást a pedagógus részéről. A pedagógusképzésbe fokozatosan be kellene vezetni az általános gyógypedagógiai kompetenciák fejlesztését, mivel statisztikai adatok tükrében egyre nagyobb szükség lesz a gyógypedagógiai tudásra. A közép- és felsőfokú intézmények hatáskörébe tartozik, hogy felveszik-e a sajátos nevelési igényű tanulót, ami gyakran évről-évre változik. Egyes esetekben figyelmen kívül hagyják a szakértő véleményt. Ezt a diszkriminatív gyakorlatot szükséges lenne szabályozni, mivel pályaválasztáskor kiszolgáltatottá válnak a sajátos nevelési igényű gyermekek és szüleik (Vida, 2017).

Összefoglalásként elmondható, hogy a tanulási zavarral küzdő gyermekek fejlődését nehezíti a magas osztálylétszám, az eszköz és gyógypedagógiai kompetencia nélküli pedagógus, a merev ellátórendszer, a diagnózisközpontú gondolkodás, a diszkrimináció, a továbbtanulás ellehetetlenítése, árnyékoktatásba kényszerítés. A felsoroltak miatt a tanulási zavar nagyon sok esetben stigma lesz, illetve a diszkrimináció intézményesülhet (Vida, 2017).

3. 2. 4. A tanulási zavar elmélete és diagnosztikája – tanulási zavarral küzdő tanulók kompetálásának segítése

Ebben az fejezetben egy kutatást szeretnék bemutatni, amit Vida Gergő végzett. A kutatás célja az volt, hogy feltárja a diagnosztikát vezérlő elméletet. A kutató szerint problémát jelenthet az, hogy az inkluzív oktatás és a deficitorientált nézet nem összeegyeztethető. Régebbi kutatások is igazolták már, hogy a kognitív deficit nem jelenti egyértelműen a teljesítmény deficitet is. A munkamemória működése összefüggésben áll az idegrendszer állapotával (Csépe, 2013; idézi Vida, 2021). Így eredményeik azt igazolták, hogy a memória deficit és az idegrendszeri sérülés javítható megfelelő pedagógiai gyakorlattal. Felvetette, hogy az IQ tesztekkel mérhető hiányosságok háttérében nem áll jelenlegi eszközökkel mérhető idegrendszeri sérülés. A korábbi „nem organikus” SNI meghatározáshoz hasonló, mivel a nem megfelelő pedagógiai gyakorlat is okozhatja a tanulási zavarok növekedését. Mindezt a diagnosztikában a vezető elmélet hiánya tovább súlyosbítja (Vida, 2021).

A tanulási zavar elméleti meghatározása

A tanulási zavar három nagy paradigma alapján definiálható (Fletcher, 2012; idézi Vida, 2021). Már 1970-ben is megfigyelhető volt az elméletalkotásra törekvések. Egy korábbi megközelítés szerint, a kognitív funkciók és a mutatott pedagógiai teljesítmény összeférhetlensége jelenti a tanulási zavart. Ezt azóta sem sikerült kutatásokkal alátámasztani. Azért érdemes ezt megemlíteni, mivel a hazai diagnosztikus modellben a kognitív eredményekre alapozva történik a tanulási zavar diagnosztikája (Nagyné, 2012; idézi Vida, 2021). Egy másik megközelítésnél az alacsony pedagógiai teljesítmény miatt történik a tanulási zavar azonosítása. Ezzel a megközelítéssel a probléma az, hogy a kognitív deficit (vagy éppen többlet) nem utal egyértelműen a pedagógiai teljesítményre. Ebben a modellben további problémaként tekinthető, hogy agyterületekhez kötik a nehézségeket. A kutató IQ pontértékek merev küszöbértékeit kérdőjelezi meg. A harmadik az intervenciós paradigma, aminek lényege, hogy diagnosztikus kategóriák helyett ellátási csoportokra alapoz. A megközelítés egyesíteni próbálja a kognitív, neuropszichológiai eredményeket és a pedagógiai teljesítményhez kapcsolható kutatásokat, továbbá az agyi képalkotó vizsgálatok mintázatát is. Azonban a fogalmi kettősséget nem oldja fel, és diagnosztikus kategória helyett inkább ellátási kategóriát vezet be (Vida, 2021).

Az emlékezet szerepe, súly a tanulási zavar kialakulása, diagnosztikája során

A tanulási zavarral k z d  tanulóknál a memória szerepe a következ   funkciókban mutatkozik meg. Szerkezeti komponens, mely meghatározza azokat a paramétereket, melyeken belül az információk egy adott szakaszban feldolgozhatók. Továbbá stratégiai komponens, ami leírja a szakaszok működését. Nem utolsó sorban egy végrehajtó komponens, mely a tanulók tevékenységet felügyeli és ellen  rzi, leginkább a hosszú memóriával együtt. A memória deficit az el  hívás és a további funkciók tekintetében is eltérést mutatott a tanulási zavarral k z d  gyermekeknél, viszont ennek ellenére sem határozható meg tanulási zavar (Vida, 2021).

A kutatás során alkalmazott stratégia

A kutatás f  kuszában a számterjedelem és a betű-szám szekvencia kapcsolata állt, továbbá, hogy miként alakul a két alteszt csoport pontértéke egymáshoz képest a t  bbi terület változásának tükrében. A t  bbi szubteszt csoport relevánsan magasabb pontértéke adott mintázat mellett cs  kkentheti a munkamemória index hiányosságait. A WISC IV teszteredmények kvantitatív, statisztikai elemzése során keresték erre a meger  sítést (Vida, 2021).

Kutatás módszertani leírása

A vizsgált személyek Baranya megyében azonosított tanulási zavarral k z d  gyermekek voltak. Kritérium volt, hogy az IQ teszt összértéke átlag feletti legyen, illetve a munkamemória indexen belüli két feladat pontértéke között releváns mértékű különbség legyen. Ez azért fontos, mivel így két képességterületre bontható a teszteredmény. A másik vizsgált munkamemória komponense a betű-szám szekvencia volt, itt betűk és számok sorozatára kellett emlékezniük a gyermekeknek (Mészáros, 2012; idézi Vida, 2021).

A hipotézisük szerint a munkamemória szubteszt csoport sz írása más szubtesztek eredményeivel összefüggést mutat. Ez a feltevés bebizonyíthatja, hogy lehet a gyengébben működik az adott gyermek munkamemóriája, azonban kompenzálható más területek t  bblet teljesítményével. Az irattári kutatás során a 105- és IQ-val (ill. az feletti) rendelkez   gyermekeket emelték ki. Ezt még tovább szűkítették és azon tanulási zavarral k z d  gyermekek kerültek kiválasztásra, akiknek a munkamemória index szubtesztje, a számterjedelem és a betű-

szám szekvencia csoport részeredményei közötti szórás legalább 30% volt. Így volt biztosítható, hogy külön képességeket kódol a vizsgált index (Mészáros, 2012; idézi Vida, 2021).

Eredmények és kiértékelés

Kutatási kérdésük az volt, hogy a munkamemória területén belül, egyes gyermekek esetében tapasztalható szórás kép a számterjedelem és a betű-szám szekvencia esetében véletlen vagy más területek pontértékével összekapcsolható. A kutatáshoz a Wilcoxon-féle előjeles rang próbát alkalmazták, mert ez olyan helyzetekben alkalmazható, amikor két összefüggő területet szeretnénk vizsgálni (Vida, 2021).

Konklúzió

Az eredményekből kiderült, hogy a számok felidézésénél komplexebb, betűkből és számokból álló sorozatok felidézésében jobban teljesítő gyermekek jobb teljesítménye nem véletlen. Az elemzés kimutatta, miszerint azon gyermekek, akik a WISC-IV teszt verbális területén a „közös jelentés” és a „szókincs” területén, valamint a perceptuális területén a „képi fogalomalkotás” feladatában jobb eredményt értek el, azok a tanulók a nehezebb munkamemória feladatban is jobban teljesítettek. Ez bebizonyítja, hogy adott verbális területen jobban teljesítő tanulók számára nem okoz nehézséget a komplexebb munkamemória területen kompenzálni, holott az egyszerűbb emlékezeti teszt feladatban kevésbé teljesítenek jól. A kutatás alátámasztja a kompenzálást. A kapott eredményeket összevetették a kontrollcsoporttal, ahol nem állt fent a 105-ös IQ. A munkamemória szubtesztek közt a pontkülönbség nagyobb volt, mint 30%, ebben az esetben is igazolható volt összefüggés. A minta miatt a kiterjeszthetőség korlátozott, viszont a feltárt kapcsolat IQ-tól független (Vida, 2021).

Kompenzálás az eredmények tükrében

Az eredmények azt mutatják, hogy a deficitet maguk a gyermekek spontán is kompenzálhatják. A vizsgálat külön nem tért ki az ezzel járó terhelésekre, mint például fáradtság, jelentős munkatempó és indokolatlan teljesítmény visszaesésre. Fontos a képességek korai feltárása a megfelelő képességfejlesztés érdekében, azonban a több dimenziós értékelés elkerülhetetlen (Vida, 2021).

3. 2. 5. Tanulási zavarokkal küzdő tanulók segítése a zenetanulás transzferhatásaira építve

Ebben a fejezetben a tanulási zavarral küzdő tanulók zenei oktatásának lehetséges fejlesztési irányairól lesz szó. Korábbi kutatások szerint a zenei transzferhatás a helyesírás, a matematika, a figyelem, a megoldási stratégiák és a kreativitás területén jelent jótékony hatást. További vizsgálatok kimutatták, hogy a zene- és a hangszertanulás a tanulási zavarral küzdő tanulók kezelésében jelentős szerepet tölt be. A legtöbbet vizsgált területet a diszlexiások fejlesztése teszi ki. A zene jótékony hatása ez esetben a fonológiai tudatosság, a beszédfeldolgozás, az olvasási képesség, a végrehajtó funkciók, a mozgáskoordináció és a hallásfeldolgozás területén fejti ki. Az eredmények nemcsak a diszlexiára vonatkoznak, hanem az azal gyakran társuló diszgráfiára, illetve diszkalkuliás gyermekeknél pozitív hatás volt megfigyelhető a geometriai reprezentációnál, a számmemóriánál és az intelligenciánál. A vizsgálatokról összességében elmondható, hogy a zenei készségek, képességek, azon belül is a ritmikai készség és hangmagasság-észlelés fejlesztése nagy szerepet játszik a tanulási zavarral küzdő gyermekek fejlesztésében. A zenei fejlesztések elsősorban népzenei alapokon működtek, mivel az szorosan kapcsolódik az anyanyelvünkhöz. A tanulási zavarok megelőzésében fontos a korai felismerés, majd a célzott játékos fejlesztés. Az egyik ilyen játékos fejlesztés vázát a szenzomotorium rendszere adja, amelyben három fő terület található: mozgás, észlelés és szekvencialitás fejlesztése a megfelelő szenzitív időszakokban. Az iskolai évek alatt ezek a területek eltérően jelennek meg a gyermekek fejlődésében, ezeknek elősegítésében a zenetanulás eredményes lehet. A zenei képességek fejlődésének szenzitív időszaka három és kilenc év közé tehető. Emellett sikerélmény átélésének lehetősége, zenei tehetség kibontakoztatása, belső kontroll és az önbizalom növekedése is tapasztalható (Surján, 2016).

A zenetanulás

A zenélés, a zenetanulás komplexitása által hosszantartó, strukturális és funkcionális neurológiai változásokat eredményez, továbbá növeli a két agyfélteke közötti kapcsolatok számát. A tanulási zavarokkal küzdő gyermekek esetében elengedhetetlen, hogy tisztában legyünk az egyes zenei képességekkel, illetve, hogy a fejlesztésükkel milyen transzferhatások következnek be. A zenei képességmodellek kutatásának kezdete a huszadik század elejéhez köthető, ami a muzikalitás, azaz zenei tehetség meghatározására szolgált. Az egyik leghíresebb modell Seashore (1919) nevéhez fűződik, amely huszonöt zenei képességet öt fő cso-

portra bont, amelyek a következők: zenei érzékelés és érzékenység, zenei tevékenység, zenei emlékezet és képzelőerő, zenei értelem és zenei érzelem. Tyeplov (1960) kiemeli, hogy az első három, szenzorikus képesség (hangmagasság-érzék, hangerősség-érzék, idő-érzék) egymástól független képességek és a többi képesség kapcsán befolyásoló szerepet kapnak. Moles (1966) ezt a három képességet, mint a hang általános tulajdonsága emelte ki, majd öt dimenziót hozott létre: ritmus, dinamika, melódia, hangszín és harmónia. Erős (1993) kétdimenziós zenei képességmodellje ezt az öt tulajdonságot zenei tartalomként szerepelteti, amiknek értelmezése, észlelése a zenei tevékenység mentén valósul meg. Ezek összefüggésbe hozhatók a nyelvi kommunikációval, és a hallás dimenziójának is kiemelt szerepe van a zenei észlelésben, feldolgozásban. Gordon (1989) új fogalmat vezetett be, az audációt, ami a hallási észlelés által történő nyelvi feldolgozás zenei megfelelőjét jelenti. A zenei produkció számtalan kognitív, szenzoriális és affektív készség jelenlétét feltételezi, különösen a hallás által történő feldolgozás (Surján, 2016).

A zenei transzferhatás-vizsgálatok elsősorban az iskolai teljesítményre irányulnak, aminek alapját a zenei tevékenységek összetettsége jelenti, melyek különböző agyi területek aktiválódását és a két agyfélteke közötti kapcsolatok számának növekedését eredményezi. Az iskolai teljesítmények kapcsán pozitív hatást gyakorol az intelligenciára, a figyelemre, a megoldási stratégiákra, a végrehajtófunkciókra, a mozgáskoordinációra, a munkamemóriára és a kreativitásra. A nyelvi készségeknél a fonológiai tudatosságra, a beszédfeldolgozásra, az olvasási teljesítményre és a helyesírásra. A matematikai képességeknél pedig a geometriai reprezentációra és problémamegoldásra, valamint a matematikai megértés fejlettségi szintje összefüggésbe hozható a zenei képességek fejlettségével. Nem utolsó sorban a zenetanulás a szociális képességekre is jótékony hatással bír (Surján, 2016).

A zene és a nyelv alapvető építőeleme a hang, a zenei hangot leíró egyik tulajdonság a hangmagasság, további elemekre bontva pedig az intenzitást és a hangszínt különböztetjük meg. Ezek a tulajdonságok a beszédben is kulcsfontosságú szerepet töltenek be. A zenetanulás közben a hangmagasság-észlelési képesség fejlődése jótékonyan hat a nyelvi hangmagasság-információk dekódolására. A hallás útján történő feldolgozás elősegíti a nyelvi észlelés, a beszédfeldolgozás javulását, ami a diszlexia és diszgráfia esetében is pozitív hatást gyakorol. A diszgráfia esetében a helyesírási hibák csökkenését érhetjük el vele. A diszkalkulia esetében a hangmagasság-megkülönböztetés fejlettségi szintje a problémamegoldó gondolkodással függ össze. A zenetanulás során tehát érdemes lenne nagyobb hangsúlyt fektetni a tiszta hallásra és éneklésre, továbbá a hangszeres játék kialakítására, mivel annak hatása jótékony hatású az iskolai teljesítményekre (Surján, 2016).

A zenei képességek fejlesztése kapcsán a legfontosabb transzferhatás a ritmikai készség fejlődése, hiszen a mindennapjaink során is jelen van például mozgástervezésben, illetve beszédben. A zenei fejlesztések improvizációs vagy kötött jelleggel is történhetnek, ami a hangszeres gyakorlat előkészítését nagyban elősegíti. A hangszeres játék során a kognitív funkciók és érzelmek vezérelte produkció a szenzoriális és motoros készségek összehangolását igényli, amely az agyféltekék között jobb kiépítettséget eredményez. A hangszeres játék továbbá a szürkeállomány auditív, motoros és vizuális feldolgozással kapcsolatos területekre is hat. Nem utolsósorban a tapintás, légzés, finommozgások javítása és lateralitásbeli problémákat orvosolhatják. Az írástanuláshoz szükséges finommozgások a hangszerkezeléssel is fejleszthető. A hangszertartás, a megfelelő hangok lefogása során tapintásai tapasztalatokat szereznek, mindez mozgás összerendezettséget igényel, ami jelentős segítséget nyújthat az írászavarral való megküzdésben. Ezentúl a kottakép, mint jelrendszer a vizumotoros koordinációt és az absztrakt gondolkodást fejleszti. Olyan agyi területek aktivitását is növeli, amely a matematikatanulás eredményességével is kapcsolatban áll, mint a szekvencialitás, észlelés, téri-vizuális és motoros képességek (Surján, 2016).

A tanulási zavarok megjelenésének okozati tényezői széles skálán mozognak, ezért sokféle szempontból kell megközelíteni az adott problémát. A lezajlott vizsgálatok szerint az agyi plaszticitásra, kognitív és szociális fejlődésre gyakorol pozitív hatást. A hangszeres tananyag és tanítási módszerek megreformálására lenne szükség, aminek során kiemelt figyelmet kap a ritmikai készség és a hangmagasság-észlelés fejlesztése. Fontos megemlíteni továbbá, hogy elengedhetetlen az élvezettel, örömmel végzett tevékenység és a sikerélmény biztosítása, amely a lelkes munkára, gyakorlásra biztatja a tanulókat (Surján, 2016).

3. 2. 6. A tanulási zavarok terápiája

A hazai prevenció fejlesztő foglalkozásokat, ami elsősorban szenzomotoros képességeket céloz meg, először Porkolábné Balogh Katalin kezdte el 1989-ben. Az ő programja négy részből áll: mozgás, testséma, észlelés és verbalitás fejlesztése. Ez a program az óvodai testnevelésórákba épült be (Gyarmathy, 1998).

Gyarmathy Éva által kidolgozott fejlesztendő területekre összeállított foglalkozások gyűjteménye a pszichomotorium, ingerfelvétel- és feldolgozás területén nyújt fejlesztést. A fejlesztő anyag jellemzője, hogy nem ad konkrét tervet a foglalkozásokra, hanem szempontokat kínál. Ha egyéni fejlesztést végzünk sokkal célzottabban lehet kiválasztani a megfelelő játékot, mint amikor 4-5 gyermekre tervezünk. A több gyermekkel folytatott fejlesztés előnye

lehet a szociális kompetencia fejlődése. Fontos megjegyezni, hogy a fejlődésben vannak kiemelt területek, amelyek több funkciót erősítenek, ilyen például a nagymozgások, a testséma és a tapintás, ezért ezeket fontos beépíteni a fejlesztés során. Egyes esetekben lehet javasolni a szülőknek otthoni alternatívát a foglalkozásokon használt játékokra, hogy nagyobb legyen a gyakorlási idő (Gyarmathy, 1998).

A fejlesztő foglalkozások „tízparancsolata”

Célszerű a kislétszám betartása, tehát hat főnél semmiképpen ne legyen nagyobb a csoport. A foglalkozások hangulata legyen játékos, kreatív, illetve kerüljük az iskolai helyzeteket. Fontos, hogy a foglalkozások rendszeresen legyenek tartva, lehetőleg hetente többször, de minimum heti egy alkalom legyen biztosítva. A foglalkozásokat 45 percnél ne tervezzük hosszabbra, ne ragaszkodjon mereven az időhöz. Elengedhetetlen a nyugodt, ingerszegény környezet teremtése, annak érdekében, hogy a fejlesztés gördülékenyen folyjon. A fejlesztésen résztvevő gyermekeknek legyen egy állandó helyük, ami az első fejlesztés alkalmával spontán kialakul. A fejlesztésnek legyen egy bevezető és lezáró szakasza. A fejlesztésekre előzetesen kellőképpen készüljünk fel. Előre meg lehet tervezni több foglalkozás menetét a gyermekek, amiknél figyelembe vesszük a gyermekek képességeit, motiváltságukat. Minden foglalkozás után jegyezzük le a gyerekekről a gondolatainkat, illetve a fontosabb csoporttörténeteket (Gyarmathy, 1998).

A fejlesztés akkor a leghatékonyabb, ha pontosan tudjuk, hogy a gyermeknél mit kell fejleszteni és mivel, továbbá a gyermekek foglalkozáson való megfigyelése is sok információt nyújt. Megfigyeléseink alapján ki lehet választani a megfelelő gyakorlatokat, szem előtt tartva a hely- és eszközlehetőségeket, valamint a saját érdeklődésünket. Erős motivációs tényezőt jelent, hogyha a gyermek látja, hogy a felnőtt is jól érzi magát. Gyarmathy Éva által kidolgozott fejlesztés három fő részből áll: mozgásfejlesztés (testséma, egyensúly, térorientáció), észlelésfejlesztés (látás, hallás, tapintás), sorbarendezés (sorozatok térben, idői sorbarendezés, verbális sorozatok). Kiemelendő, hogy a fejlesztések során minél többet beszéltesük a gyermeket, és a mozgásokhoz verbális szöveget társítsunk (Gyarmathy, 1998).

Gyakorlatok és játékok

A környezetben való tájékozódáshoz az első kiindulásipontunk a saját testünk. Ha testséma kialakulásának folyamat akadályba ütközik, akkor komoly zavart szenvedhet a mozgáskoordináció és az észlelés. Testséma fejlesztésnél jól használható a tárgyátadásos játék, amikor lábujjakkal, kézháttal, vállal próbálják a kis tárgyakat átadni egymásnak. Ilyen tárgyak lehetnek: kendő, babzsák, botok. A tanulási zavarokkal küzdő gyermekeknél gyakori a figyelmetlenség, szétszórtság. Ezek háttérben az egyensúlyrendszer gyengesége lehet, ezért ennek ingerlése pozitív hatású lehet. Ilyen fejlesztő játék lehet például a krumplifutás, aminél egy kanálra krumplit teszünk és a gyermekeknek, így kell eljutni egy adott helyre. A térorientációs gyakorlatoknál a gyermekeknek kell önmagukat a külső környezetben elhelyezniük. Az ember önmagához viszonyítva éli meg a térben elhelyezkedő dolgokat. Fontos, hogy jól működjön ez a terület, különben összerendezetlenné válik minden mozgás, észlelés. Különösen problémát jelent ezen gyermekeknél a jobb-bal oldal megkülönböztetése. Ilyen fejlesztő játék lehet például a „gondoltam egy tárgyra”, amikor a csoportvezető fokozatosan közelítve jelöli meg a tárgy helyét (Gyarmathy, 1998).

A látáshoz kötött gyakorlatok fejlesztik a szem-kéz koordinációt és a finommozgást, amik az íráseredményességét növelik. Fejlesztő játékok közül a dobtapsot emelném ki, amikor az egyik tanuló feldob egy labdát és mielőtt még elkapná a másik, beletapsol felfelé fordított tenyerébe. A tanulási zavarokkal küzdő gyermekeknél gyakran találkozhatunk artikulációs problémákkal. Az auditív észlelést elsősorban hangdifferenciálást, irányhallást, hangerőséget és hangminőséget ajánlott fejleszteni. Ilyen lehet például a „hol ketyeg az óra?” nevű játék, ahol egy órát elhelyezünk a szobában és bekötött szemmel kell megtalálniuk a tanulóknak. A tapintási gyakorlatok nemcsak a finommozgást fejlesztik, hanem általános fejlesztő hatással is bírnak. Ilyen fejlesztő gyakorlat lehet a hátrajz, amikor a gyermek hátára rajzolunk különböző figurákat és ki kell találniuk, hogy mit rajzoltunk (Gyarmathy, 1998).

A térorientációs zavar egyik speciális esete az egymás utáni sorozatok követésének nehézsége. A „mi van messzebb?” játék, ahol a gyermeknek két távolságot kell összehasonlítani jól fejlesztheti a sorozatok követését. Az időbeli sorbarendezésnél hatékony lehet az „én elmentem a vásárba...” dalocska alkalmazása. A verbális sorozatokat fejleszti a „minden szóra egy pálcika” játék, ahol mondunk egy mondatot és a gyermeknek annyi pálcikát kell egymásmellé rakni, ahány szót hallottak (Gyarmathy, 1998).

A tanulási zavarokkal küzdő gyermekek számát jelentősen csökkentené, ha az oktatási intézményekben megfelelő fejlesztő anyagok lennének. Mivel a tanulási zavarok tüneteiben

sokfélék lehetnek, ezért a fejlesztést is sokféleképpen kell végezni. Akkor lehet hatékony a fejlesztés, ha a pedagógus fel tudja mérni hiányosságokat, és a hiányosságokra alapozva tudja kialakítani a fejlesztést. Mindez akkor lehetséges, ha megfelelő ismeretekkel rendelkezik, mind a problémafelismerésben és a fejlesztő anyagok használatában (Gyarmathy, 1998).

3. 3. Tanulási akadályozottság

Ebben a fejezetben a tanulási akadályozottság világszerte alkalmazott diagnosztikus, illetve állapotleíró rendszerek osztályozási fogalmairól lesz szó.

3. 3. 1. A sérülés, fogyatékoság és akadályozottság nemzetközi osztályozása

A WHO 1980-ban elfogadott osztályozási rendszere az átlagostól eltérő fejlődésű gyermekek három tudomány és három gyakorlati terület szempontjából vizsgálja, ami jelentős hatást gyakorolt a magyar gyógypedagógiai fogalomalkotásra (Speck, 2003, 197; idézi Mesterházi, 2019).

Az első a biológiai/testi állapot/folyamatok szempontja, ami az orvosi gyakorlathoz köthető, és az elváltozás gyűjtőneve a sérülés. A sérülés időszakos vagy állandó anatómiai, élettani, genetikai rendellenességet jelent, és a sérülés a biológiai működés zavarát idézi elő. A magyar használatban a sérülés mellett a károsodás kifejezést is használják. A második a pszichikus folyamatok szempontja, ami pszichológia tudomány és pszichológiai gyakorlat, az elváltozás gyűjtőneve a zavar. Továbbá idetartozik még a gyógypedagógia-tudomány és gyógypedagógiai gyakorlat, aminek gyűjtőneve a fogyatékoság. A fogyatékoság (ill. képességzavar) az érzékelő, mozgási vagy értelmi funkciókhoz szükséges képességek részleges vagy teljes, átmeneti vagy végleges hiánya. A fogyatékoság megnevezés helyett ma már az intellektuális képességzavar a helyes használandó fogalom (Lányiné, 2009). A harmadik a szociális folyamatok szempontja, ami szociológia, szociálpszichológia, szociálpedagógia, gyógypedagógia-tudomány és ezek gyakorlati területeit öleli fel. Az elváltozás gyűjtőneve az akadályozottság, és ritkán, de használatos még a korlátozottság is. Az akadályozottság az egyén kora, neme és társadalmi szerepei szerint elvárható mindennapi tevékenységek tartós nehezítettsége. A magyar nyelvhasználatban az akadályozottság mellett előfordulhat a rokkantság és korlátozottság kifejezés használata is. A hazai gyógypedagógiában tehát három alapfogalom a leggyakoribb: a sérülés, a képességzavar, illetve az akadályozottság. Ez a három fogalom összefüggésben áll, azonban nem cserélhető fel egymással. Azaz a három foga-

lom nem szinonimaként használatos. Az oksági összefüggésre egy példa, miszerint perinatális sérülés következménye lehet a pszichikus funkciók zavara, amely fogyatékoságot eredményezhet, minek következtében kialakulhat az akadályozottság. Az orvosi, pszichológiai és gyógypedagógiai állapotfeltárás akkor lesz teljes, ha megállapítja, vagy éppenséggel kizárja a sérülést, feltárja a képességzavar struktúráját, illetve megállapítja az akadályozottság területét, és ezek alapján további szakmai tennivalókat határoz meg (Mesterházi, 2019).

A WHO 2001-ben nyilvánosságra hozta a továbbfejlesztett klasszifikációs rendszerét, ami ma aktuálisnak tekinthető fogalmi osztályozást biztosít, továbbá új állapotleíró szempontokat is bevezet. A gyógypedagógiai és szociális szempontból kiemelendő a társadalmi aktivitás és participáció fogalmának bevezetése. Ez egy komplexebb állapotértelmezés, ami a szociális következményeket is tartalmazza (Kullmann, 1999; Mesterházi, 2006, 23-25; Lányiné, 2009; idézi Mesterházi, 2019).

3. 3. 2. Az adaptív funkciók szerepe a tanulási akadályozottság értelmezésében

A mentális rendellenességekre a DSM-5 korábban mentális retardációként hivatkozott, azonban ma már az intellektuális képességzavar a helyes megfelelő. Az elnevezés megváltozása egy ökológiai szemléletbeli változás eredménye, a személy adottságai mellett szerepet játszik még a környezet hatása is. A mérhető faktorok közé tartozik még a szociális környezet és az adott személy kölcsönhatásában kialakuló viselkedés, a mindennapi élet kihívásaival való megküzdés eredményességének értékelése, amit adaptív viselkedésnek neveznek. Ez három területre osztható: a fogalmi képességekre, a szociális képességekre és a praktikus képességekre. A fogalmi képességek közé tartozik a nyelvi megértés, beszéd, olvasás, írás, számolás, időfogalom, matematikai problémák megoldása, ismeretek és készségek elsajátításához szükséges képességek. A szociális képességek közé tartozik az interperszonális képességek, a szabálykövetés, a szociális problémák megoldása, a mások megértése, és a barátkozás. A praktikus képességek magában foglalja a napi rutintevékenységeket, az önellátást, a biztonságot, az otthoni tevékenységeket, munkahelyi/iskolai tevékenységeket, a szabadidős tevékenységeket, és a pénzhasználatát (Mesterházi, 2019).

A mentális állapot súlyosságának meghatározása nem az IQ mértéke szerint történik, hanem az adaptív viselkedés alapján. Ezért a támogatás szintjét a mindennapi élethez szükséges működésekre gyakorolt hatása fogja meghatározni. Példaként egy enyhe értelmi fogyatékos személy fogalmi képességei az iskoláskor előtt előfordulhat, hogy egyértelmű fogalmi

területen mutatkozó eltérés nincs, azonban iskoláskorú gyermekeknek a kultúrtechnikák elsajátítása nehezített lehet. Az absztrakt gondolkodás és a tervezés akadályozott lehet, illetve a gondolkodásuk inkább konkrét jellegű. Szociális képességeik tekintetében a kommunikációjuk, a beszédük éretlenebb lehet, mint velük egykorú társaiké. Továbbá nehezített lehet a szociális jelzések megértése, illetve az érzelem- és viselkedésszabályozás is. A praktikus képességeik esetében az önellátás a koruknak megfelelően funkcionálhat, viszont serdülőkorban segítséget igényelhetnek komplexebb mindennapos tevékenységek elvégzésében, mint például bevásárlás, főzés, pénzügyek (Mesterházi, 2019).

4. A tanulási akadályozottság fogalmának kialakulása

4. 1. Nemzetközi kitekintés

Az 1960-as évektől Európában, Amerikai Egyesült Államokban, később más kontinensek országaiban számtalan kutató foglalkozott a tanulási nehézségek vizsgálatával, értelmezésével. Egy-két évtized elteltével egyértelművé vált, hogy a tanulási nehézséget mutató népességcsoportok nehezen hasonlíthatók össze, mivel a kutatók eltérő meglátás alapján vonták be a személyeket vizsgálataikba. A kutatásokat nemzetközi szintén meglehetősen ritkán egyeztették össze, így érthető, hogy sokféle felfogás, osztályozási rendszer, diagnosztikus, illetve terápiás eljárás alakult ki. Ebben a fejezetben a felfogás- és megnevezésbeli sokféleséget szeretném bemutatni német és angol nyelvterületen, továbbá, hogy a magyar gyógypedagógiában ezek hatása milyen változásokat idéztek elő, főként a tanulási akadályozottságot kiemelve (Mesterházi, 2019).

4. 1. 1. A tanulási nehézségekről a német nyelvterületen

A német nyelvű szakirodalomban 1950-es évektől legelterjedtebb kifejezések a tanulás sikertelenségével kapcsolatban a következők: tanulási problémák (Lernprobleme), tanulási zavar (Lernstörung), tanulási gyengeség (Lernschwäche), gyenge tehetség (schwache Begabung), szellemi gyengeség (geistige Schwäche) és tanulási akadályozottság (Lernbehinderung). A tanulási nehézség vizsgálatának legelső szakaszában a jelenség tapasztalati leírása és diagnosztikai kérdések felvetése volt a jellemző. Majd elkezdődött a csoportosítás, a típusalkotás, a jelenség fogalmi leírása. Végül a fejlesztő programok, illetve terápiás eljárások kidolgozására, elemzésére került sor (Mesterházi, 2019).

a) A tanulási nehézségekre jellemző személyes tulajdonságok

Müller (1955) leírta, hogy az elvont gondolkodást igénylő tantárgyaknál megfigyelhető volt a gyermekek egy bizonyos csoportját érintő fáradékonyság. Ezen gyermekek inkább a passzivitást részesítik előnyben, mintsem az aktív részvételt, továbbá a gyenge emlékezeti teljesítménnyel hozta összefüggésbe a tanulási nehézségeket (Mesterházi, 2019).

Hoffman (1961) volt az első, aki megfogalmazta, hogy a tanulásban elmaradottak abban különböznek általános iskolás társaiktól, hogy a tanulóval szembeni magatartásuk és beállítódásuk egészen más. Ő azt javasolta, hogy a tanulásban elmaradottak a korábbi orvosi-pszichológiai diagnosztika mellett több hangsúlyt fektessenek a pedagógiai irányultságú vizsgáló módszerekre. Úgy gondolta, hogy a tanulási gyengeség azért alakult ki, mert bizonyos személyiségjegyeik megnehezítik a tanulási szituációban való eredményes részvételt (Mesterházi, 2019).

Wasna (1972) kutatással bizonyította, hogy a tanulásban akadályozott gyermekek „szellemi mozgékonyágban korlátozottak”. Megállapította, hogy feladatvégzés során kisebb a flexibilitásuk, elakadások tapasztalhatóak, illetve nem tűznek ki maguk elé nagy célt (Mesterházi, 2019).

Busemann (1968) úgy gondolta, hogy az észleletek hiányos tagolódása okozza az elégtelen emlékezeti reprodukciót. Továbbá hivatkozik azokra a vizsgálatokra, amik a tanulásban akadályozott gyermekek emlékezetének és intelligenciájának kapcsolatát taglalta. Ami elmúlt, az néhány hét múlva feledésbe merül, ezért nem tudják saját életük történetét kialakítani (Mesterházi, 2019).

Klauer (1964; 1978) úgy vélte, hogy az iskolai teljesítmények gyengesége nem jelent fejlődési visszamaradottságot. Véleménye szerint nem a különbségekre kellene a hangsúlyt fektetni, hanem arra, hogy olyan módszereket dolgozzanak ki, amikkel elősegítik a gyengébb tehetségű tanulók teljesítményét (Mesterházi, 2019).

b) A tanulási nehézségek kialakulásának értelmezése

Bleidick (1972; 1977) a tanulási akadályozottságot az intelligencia sérüléseként értelmezi. Az intelligencia sérülés két súlyossági fokát különbözteti meg: a tanulási akadályozottságot (Lernbehinderung) és az értelmi akadályozottságot (geistige Behinderung). Az intelligenciadeficit mérésének céljából alkalmazott tesztek IQ-értékeivel kapcsolatban óvatosságra int főként akkor, ha a tanuló kiegészítő iskolába való felvételéről van szó (Mesterházi, 2019).

Kleber (1977) a tanulási akadályozottság kialakulását részben vagy egészben az iskolai oktatással húzza párhuzamba. Kutatásai bizonyították, hogy a gyengébb képességű tanulók is sikeresen elvégezhetik az általános iskolát, ha jók a tanulási feltételek. Véleménye szerint az iskola minősége legalább annyira fontos, mint a tanuló adottságai (Mesterházi, 2019).

Baier (1980) a tanulási akadályozottságot elsősorban pedagógiai szempontból értelmezte. A tanulás akadályozottságában megjelenő tanulásiképesség-zavar szerinte sok feltételtől függ, számos megjelenési formája létezik, előidéző okai multifaktoriálisak. Úgy véli, hogy nemcsak a biológiai és szociális, de a pedagógiai hatások is közrejátszanak, ezek kölcsönhatásba lépnek és felerősíthetik egymást. Véleménye szerint ezen gyermekeknek nincsenek olyan konkrét ismérvei, amivel le lehetne őket írni. Összeségében elmondható, hogy jellemző rájuk a csökkentebb kognitív teljesítőképesség. Továbbá a tanulási akadályozottság nem változtatja meg egyértelműen a biológiai adottságokat, mint például egy érzékszervi sérülés esetén. A megfelelő pedagógiai eszközökkel a tanulási akadályozottság csökkenthető, bizonyos esetekben akár meg is szüntethető, illetve jelentős mértékben lehet a tanulók általános fejlődésén segíteni. A tanulási akadályozottság minden esetben egy összetett bioszociális és szociokulturális hatások eredménye (Mesterházi, 2019).

Begemann (1975; Begemann, Kuntz és Schön, 1983) a tanulásban akadályozott gyermekeket egyéni különbségeik alapján csoportosította: (1) Kimutatható valamilyen idegrendszeri sérülés, ami gyengébb kognitív teljesítményben mutatkozik meg, azonban sikeresen taníthatók. (2) Tartós szociális, kulturális hátrányok, fejlődést akadályozó környezetből fakadó tanulási problémák, akiknél fontos a prevenció. (3) Nehezen nevelhető, viselkedési és tanulási problémákkal küzdő tanulók csoportja, akiknek viselkedés terápiára és megváltozott környezeti hatásokra lenne szükségük (Mesterházi, 2019).

Kanter (1977, 1985) szerint a személy fejlődésének története megmutatja, hogy a tanulás akadályozottság kialakulásának nagyon sok mozzanata van. A tanulási akadályozottságot mutató személyek nem akadályozottak az élet minden területén, fennáll azonban az a veszély, hogyha nem kap megfelelő segítséget, akkor állapota rosszabbodik. Véleménye szerint az

átfogóbb tanulási akadályozottság és a tanulási zavarok között olyan sok átmenet van, hogy ezeket nem lehet egymástól szétválasztani. Két csoportot különít el: (1) jelentős intelligenciacsökkenéssel jelentkező tanulási problémák (2) neurológiai diszfunkciókra, szociokulturális faktorokból eredeztethető tanulási zavarok. Az elmélet hatására a németországi tartományokban 1977-től eltörölték a tanulási akadályozottság diagnosztizálásához használt intelligenciamérésben az IQ-értékek felső határát (Schröder, 1990; idézi Mesterházi, 2019).

A tanulási akadályozottság definiálásához ezeket a szempontokat vették figyelembe: a tanuló személyiségjegyei, fejlődésének biológiai és pszichológiai jellemzői; intelligenciasérülés; nehezített tanulási körülmények; tanulási motiváció zavarai; szociális okok; iskolák teljesítmény-központúsága (Mesterházi, 2019).

A tanulási akadályozottság megállapítása több szempontból is lehetséges: (1) iskolaszervezeti szempontból: osztályisméltések után sem tudja teljesíteni a követelményeket; (2) intelligenciadiagnosztikai szempontból: normál övezet alatti érték; (3) fejlődéslélektani szempontból: gyermek általános pszichikus fejlődésében mutatkozó zavar; (4) tanulásmódszertani szempontból: eredményes tanulási eljárások esetén is tanulási nehézség mutatkozik (Haeberlin és mtsai, 1991; Haeberlin, 1993; idézi Mesterházi, 2019).

c) A tanulási nehézség mint életprobléma

1970-es évektől megjelentek a tanulási nehézségeket mutató gyermekekkel kapcsolatban a megbélyegzés megszüntetésére irányuló törekvések, amelyek köznevelési, oktatáspolitikai döntéseket eredményeztek (Flynn és Nitsch, 1980; idézi Mesterházi, 2019). A korábbiaknál hatékonyabb fejlesztő programok kerültek bevezetésre, amitől ezen gyermekek iskolai helyzetének javulását várták el. 1980-as évektől csökkent a tanulásban akadályozottak pedagógiájával foglalkozó szakirodalomban a tanulási nehézségek definiálásának igénye. A legtöbb kutató úgy nyilatkozott, hogy a nehezen tanuló gyermekek nem alkotnak egységes csoportot, ezért személyes fejlesztési, tanulási szükségletek megállapítása mérvadó az adott tanuló élete szempontjából (Mesterházi, 2019).

A tanulási nehézségek, ezen belül a tanulási akadályozottság kialakulási folyamata került a szakmai érdeklődés előterébe. Gyakran az egyes gyermekek életpéldáival illusztrálják a tanulási teljesítmény csökkenésével járó stigmatizációs folyamatot. Felismerték, hogy az életvezetési, társadalmi, oktatási, családi stb. problémák tükröződnek a gyermekekben, amikor megjelennek a tanulási rendellenességek. Továbbá felvetették azt a kérdést, hogy a tanulási

akadályozottságot a gyenge iskolai teljesítmény okának kell-e tekinteni vagy az említett hatások következményének (Schröder, 1990; idézi Mesterházi, 2019).

A tanulási akadályozottság kialakulásában szerepet játszó sokféle hatás mindig egyedi variációkban jelenik meg. Westphal (1985) szükségesnek tartja a tanulási akadályozottság biográfiai megközelítését a teljes életút összefüggésében. Véleménye szerint a tanulási akadályozottság egy olyan „életprobléma”, amely túlmutat az iskolai tanulási nehézségeken, hiszen gyakran kapcsolódik hozzá a kiszolgáltatott élethelyzet, életvezetési sikertelenség (Mesterházi, 2019).

4. 1. 2. A tanulási nehézségekről az angol (amerikai és brit) nyelvterületen

1920-as években jelent meg a mentális retardáció (mental retardation) pszichológiai leírása. Kutatások igazolták, hogy a mentális retardáció együtt jár a tanulási nehézségekkel. Az akkor bevezetett tanulásiképesség-zavar (learning disability) kifejezést manapság is használják. Két fő csoportot különítettek el: (1) neurológiai eredetű és (2) hátrányos környezeti hatások következtében kialakuló tanulásiképesség-zavart (Kirk, 1963; idézi Mesterházi, 2019).

A tünetek hasonlósága nehezítette a pedagógiai elhatárolást, ezért a szakemberek azt javasolták, hogy ugyanolyan pedagógiai programot kell alkalmazni mind a két csoport esetében. Ebből alakult ki az 1960-as években a speciális pedagógia (gyógypedagógia), amely a tanulásiképesség-zavart mutató gyermekek iskolai nevelésével foglalkozik. A fő kutatási és gyakorlati területei a következők voltak: tanulási nehézséget mutató gyermeknépesség meghatározása; a tanulási nehézségek beszédfejlődési faktorainak vizsgálata; a perceptív, a motoros, a kognitív és a szociális képességek fejlesztésének programja; speciális taneszközök kialakítása (Hallahan és Cruickshank, 1979; idézi Mesterházi, 2019).

A tanulási nehézségek tüneti megjelölésére elterjedt a lassan tanuló (slow learner) kifejezés. Három fokozatát különítették el, amiket intelligenciamérés értékeivel jellemeztek: (1) súlyos fokban lassan tanuló (0-55 IQ övezet), (2) közepes fokban lassan tanuló (56-70 IQ övezet), (3) enyhe fokban lassan tanuló (71-80 IQ övezet). Ennek következtében jelent meg a speciális tanulási nehézségek kifejezés (specific learning difficulties). Azt feltételezték, hogy ezek a tanulási nehézségek bármely intelligenciaövezetben előfordulhatnak, elsősorban olvasás, írás, helyesírás és számolás területén (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia). Továbbá a tanulásiképesség-zavarok (learning disabilities) gyűjtőfogalom is bevezetésre került. Ezeket részben pedagógiai, részben pszichológiai szempontból vizsgálták. A pszichológiai kutatások el-

sősorban a tanulási képesség kialakulásának pszichikus folyamatait vizsgálták. A pedagógiai vizsgálatok a nevelési módszerek leírására helyezték a hangsúlyt. Azon tanulókat sorolták a tanulási-képesség-zavarral élők körébe, akik életkorukhoz képest nem érték el a potenciális fejlődési lehetőségeiket, tanulási nehézségeket mutatnak, illetve fejlesztő segítséget igényeltek (Hallahan és Kauffman, 1978; idézi Mesterházi, 2019).

Az amerikai szakirodalomban a kutatások során széles körben jelent meg az intellectual disability (ID, intellektuális képességzavar) fogalom. Ez a kifejezés a korábbi mental retardation (mentális retardáció) fogalmat helyettesíti. Sokat változott a definíciója, diagnosztikája az évtizedek során (Mesterházi, 2019).

Történetileg négy megközelítés írtak le. Az első a szociális megközelítés miszerint, aki a szociális környezetéhez nem tudott alkalmazkodni, azt tekintették mentális retardálnak, azaz a szociális képességek voltak mérvadóak a diagnózis felállításához (Doll, 1941; id. Schalock és mtsai, 2007; idézi Mesterházi, 2019).

A második a klinikai megközelítés, ami főként a komplex tünetekre és szindrómák helyezte a hangsúlyt, tehát elsősorban az organikus, az öröklött, és a patológiás tényezők voltak fontosak (Devlieger és mtsai, 2007; idézi Mesterházi, 2019).

A harmadik az intellektuális megközelítés, ami az IQ tesztek elterjedésével jelent meg, és a hangsúlyt az IQ pontszámokban kifejezett intellektuális működésre helyezte át. Ennek köszönhetően jelentek meg az IQ-alapú statisztikai normák is (Devlieger, 2003; idézi Mesterházi, 2019).

A negyedik a kettős kritérium megközelítés, ami egyszerre tartja fontosnak az IQ és az adaptív funkciók szerepét. Az első ilyen próbálkozás az American Association on Mental Retardation (később: AAMR) 1959-es definíciójában jelent meg, ahol a mentális retardációt a fejlődési szakaszban megjelenő átlag alatti intellektuális működéssel, valamint a tanulás és a szociális beilleszkedés károsodásával jellemezték (Heber, 1959; idézi Shalock és mtsai, 2007; idézi Mesterházi, 2019).

Az AAMR még 2002-ben a nevében is a mental retardation kifejezést használta, amely szerint az egy olyan fejlődési eltérés, amelyet az általános kognitív és adaptív viselkedés megkésettsége jellemez, 18 éves kor előtt jelentkezik, és csökkent teljesítményben, illetve társas viselkedés zavaaraiban nyilvánul meg (AAMR, 2002; idézi Mesterházi, 2019). Az első kritérium a megkésett általános kognitív fejlődés, melyet IQ tesztekkel mérnek. A második feltétel az adaptivitás vizsgálata, amelyet szülői kérdőívekkel és strukturált interjúk segítségével vizsgálnak. Az AAMR 2002-es definíciója szerint az adaptív készségek három csoportját emeli ki: (1) a fogalmi gondolkodást, (2) a szociális készségeket és (3) a praktikus készsége-

ket (Fletcher és mtsai, 2007; idézi Mesterházi, 2019). A legújabb, 2010-es definíció megtartotta a felsorolt elemeket, azonban az intellectual disability terminust használja tovább a mental retardation helyett, amit a nevükben is megváltoztattak (Lányiné, 2017).

Az amerikai szakirodalomban az intellectual disability váltja fel a korábban használatos mental retardation kifejezést. Az angol (brit) szakirodalomban pedig egyre inkább a learning difficulty (később: LD) kifejezést használják (mild learning difficulty, moderate learning difficulty, severe learning difficulty, profound and multiple learning difficulty) (Wedell, 2008; idézi Mesterházi, 2019).

A learning difficulty mellett jelen van a learning disability kifejezés is, hasonló tartalommal. Az LD diagnózisa során mérik az intelligenciát és a személy adaptív viselkedését. Amennyiben fennáll a 70 alatti IQ és az adaptív viselkedés jelentős sérülése, mindezek 18 éves kor előtt jelentkeznek, akkor LD diagnózist kap az adott személy. A fogalom szerint az LD az értelmi fogyatékoságra utal. Súlyosságának megállapítása IQ alapján történik. Fontos kitérni arra, hogy az angol nyelvű szakirodalomban nem egységes a csoportok megnevezése (Mesterházi, 2019).

Az LD fogalmát 1991 óta használják az Egyesült Királyságban (ICD-10). Az LD ugyanazt jelenti, mint az intellektuális képességzavar (intellectual disability), viszont el kell választani a tanulási zavaroktól pl. diszlexia (Vahabzadeh és mtsai, 2011; idézi Mesterházi, 2019). Mackenzie és Watts (2011) a kognitív zavarok (cognitive disability), a tanulási és értelmi akadályozottság (learning disability) és az intellektuális képességzavarok (intellectual disability) fogalmakat szinonimaként kezelik. Az USA-ban ezzel szemben a learning disability terminust a tanulási zavarokhoz hasonló kategóriaként kezeli, amelyet újabban specific learning disorder váltott fel a szakirodalomban (American Psychiatric Association, 2013; idézi Mesterházi, 2019).

5. Összefoglalás

Végül utolsó fejezetemben a tanulási korlátokat kívánom összehasonlítani részletesen bizonyos szempontok szerint. A szakdolgozatomban részletesen taglaltam mind a három tanulási korlátot külön-külön, viszont a fogalmak közti eltérésekre ebben a fejezetben kerül sor. Az évtizedek alatt rengeteget változott a gyógypedagógia tudományágában használatos megnevezések, illetve fogalmak. Összefoglalásomban a napjainkban előforduló terminológiák fognak szerepelni.

Az első szempont, amit figyelembe vettem azok az elnevezésbeli különbségek. A tanulási korlátoknak három típusa van: tanulási nehézség, tanulási zavar, tanulási akadályozottság. A tanulási korlátok elnevezéseiből látszik, hogy súlyossági fokozat szerint különítették őket el. A tanulási gyengeség a legenyhébb mind közül, ezt követi a tanulási zavar, majd a legsúlyosabbnak tekintjük a tanulási akadályozottságot.

A tanulási korlátok olyan fogalmak, amelyeket ugyan egymás mellé lehet helyezni, viszont egymással nem helyettesíthetőek, mivel különböző jelentés tartozik hozzájuk. Mint már említettem a tanulási nehézség a legenyhébb típusa a tanulási korlátoknak. Ide tartoznak azon gyermekek, akik a tanulás, viselkedés, és iskolai elvárások területén nem tudnak megfelelni. A tanulási nehézség általában csak egyes tanulási helyzetekben, területeken és időszakosan jelentkezik. A tanulási zavarok egyes képességterületek működésében jelentenek súlyos és tartós problémák. Legtöbbször az olvasás, írás, helyesírás és matematika tantárgyakban jelentkezhetnek problémák. A tanulási akadályozottság a tanulás minden területén jelentkezik. Ez egy olyan tanulási probléma, amely átfogó, súlyos és tartós, melynek következtében a tanulási teljesítmény jelentősen gyenge vagy elégtelen. Az átfogó kifejezés azt jelenti, hogy a problémák nem egy-egy területre korlátozódnak, hanem szinte minden területre kiterjednek (Englbrecht & Weigert, 1999). Mindegyik fogalomban közös, hogy elsősorban a tanulást érintik a jelentkező problémák, azonban egyes tanulási korlátok felnőtt korban, iskolából kilépve is megmaradhatnak. Ilyen például a diszkalkuliás személy a későbbi felnőtt életben nehézkes pénzzel való bánása. Továbbá az enyhe fokban érintett intellektuális képességzavarral élő személy felnőtt korában is támogatásra szorul.

A tanulási nehézség egyes esetekben már kezdetben jelentkezhet. Előfordulhat az is, hogy az addig jó tanuló, vagy átlagos teljesítményt mutató gyermek hirtelen rossz jegyeket szerez, regresszió mutatkozik a tanulás terén, nehezen oldja meg a feladatokat, gondot okoz neki a tananyag megértése, vagy akár figyelmi problémák is jelentkezhetnek. A tanulási zavar

jelei már egészen kis korban felismerhető, hiszen a zavarok idegrendszeri háttere már adott, a pszichikus funkciók egyenetlenül fejlődnek. A mozgás-, a beszéd-, az észlelés-, a finommotorikus-, vagy egyéb képességek fejlődésének terén gyakran a korai életkorban is tapasztalható bizonyos fokú eltérés. A meglevő részképesség-zavarok azonban teljes valójukban iskoláskorban manifesztálódnak. A tanulásban akadályozott gyermekek az adaptív viselkedésben (fogalmi, szociális, praktikus képességek) mutatnak eltérést. Egy enyhe értelmi fogyatékos személy fogalmi képességei az iskoláskor előtt előfordulhat, hogy egyértelmű fogalmi területen mutatkozó eltérés nincs, azonban iskoláskorú gyermekeknek a kultúrtechnikák elsajátítása nehezített lehet. Továbbá a különböző, kognitív, motoros és orientációs, emocionális és szociális, kommunikációs képességek lelassult fejlődése vagy zavara is előfordul ebben a csoportban.

A tanulási korlátok kialakulásának számos oka lehet. A tanulási nehézség okai lehetnek: a rossz szociokulturális életkörülmények, a gyermek tartós, elhúzódó krónikus betegsége, az iskolából való gyakori hiányzás, esetleges iskolaváltás, a pedagógus gyakori hiányzása, ezáltal órák gyakori elmaradása. Az is előfordulhat, hogy a pedagógus nem megfelelő tanítási módszere okoz tanulási nehézséget. Pszichés problémák is állhatnak a háttérben: lakóhelyváltás, szülők válása, szorongás. A tanulási zavarok lehetnek neurogén, pszichogén és poszttraumás eredetűek. A neurogén tanulási zavar a központi idegrendszer működési zavarainak következménye. A pszichogén tanulási zavarról, akkor beszélünk, ha korai életszakaszban környezeti ártalmak voltak jelen. A poszttraumás tanulási zavar pedig azt jelenti, hogy gyermekkorban agykárosodás lépett fel. A tanulási akadályozottság háttérében az idegrendszer enyhe sérülése áll, amely lehet örökölt, vagy korai életkorban szerzett (Gaál, 2000). Több szerző is azonban a tanulásban akadályozott közé sorolja azokat a gyermekeket is, akik esetén kedvezőtlen környezeti hatások, rossz szociokulturális háttér, amely már olyan mértéket ölt, ami súlyos tanulási korlátozottságot eredményez.

A tanulási nehézséggel küzdő gyermekek normál intelligencia-övezetbe tartoznak. Tanulási zavar esetében a gyermek intellektusa a normál övezetbe tartozik, ép érzékszervei és érzékelési folyamatai vannak és megfelelő oktatási feltételek mellett tanul. Ennek ellenére az iskolai teljesítménye egy vagy több területen jelentősen és tartósan, esetleg időszakosan eltér a megfelelő szinttől (Englbrecht & Weigert, 1999). A tanulási akadályozottság kategóriájába tartozik az enyhe értelmi fogyatékos is (az értelmi fogyatékos új elnevezése az intellektuális képességzavar). Enyhe fokban értelmi fogyatékosnak azt a gyermeket tekintjük, akinek az intelligencia-kvóciense IQ 50-70 között helyezkedik el.

A tanulási korlátokat eltérően diagnosztizálják a szakértői bizottságok. Tanulási nehézség (BTMN) diagnózist a járási szakértői bizottságoknál állapíthatják meg. Amikor a gyermek először jár szakértői bizottságnál, akkor a vizsgálatvezető felveszi a szülővel az anamnézist és egy teljes képesség felmérést végez. A vizsgálatvezető felvesz intelligencia teszteket (WISC-IV), figyelem teszteket (Pieron figyelemteszt), továbbá osztályfoknak megfelelő pedagógiai vizsgálatokat is végez. A diagnózist a gyermekek egy évig kapják meg. Egy év múlva a gyermek újból megjelenik vizsgálaton, ahol megállapítják, hogy esetleg megszűnt-e a probléma vagy továbbra is marad BTMN diagnózis esetleg súlyosbodott-e a tanulási probléma. Ha a vizsgálatvezető úgy véli, hogy a probléma súlyosbodott és esetleg tanulási zavar gyanúja áll fenn (diszkalkulia, diszgráfia, diszlexia), akkor továbbküldi a megyei szakértői bizottsághoz, ahol megállapítják a sajátos nevelési igényt. A megyei szakértői bizottságnál kifejezetten részképeségeket vizsgáló teszteket vesznek fel a gyermekekkel, ami alapján kirajzolódik a tanulási zavar megléte. A tanulási akadályozottság diagnosztikája a megyei szakértői bizottság feladatkörébe tartozik. A vizsgálat szintén anamnézissel kezdődik, majd általános értelmi képességek, adaptív viselkedés, szociális érettség, pedagógiai vizsgálatok követik. A tanulási akadályozottság diagnosztikus kritériumai közé tartozik: a gyermek intellektuális működésszintje az adott populáció átlagától negatív mértékben jelentős eltérést mutat, az otthoni vagy közösségi adaptív magatartás jelentős sérülése, a kognitív képességek megkésett fejlődésére utaló anamnesztikus adatok, az előbb felsorolt jellemzők iskolai előmenetelre gyakorolt hatásai, kóroki tényezők tisztázása. Fontos megjegyezni, hogy kétéves kor alatt nem javasolt az értelmi fogyatékoság, mint diagnosztikus címke használata, a korai években megkésett fejlődésről beszélünk (15/2013 (II. 26.) EMMI rendelet 3. melléklet 6.1. pontja).

A tanulási nehézséggel küzdő gyermekeknek korrepetálással, fejlesztő foglalkozásokkal, a nehéz szociokulturális helyzetben levő gyermekek számára hátránykompenzációs programokkal, megelőző, prevenciós intézkedésekkel tudunk segíteni (Englbrecht & Weigert, 1999). A tanulási zavar kezelése speciális végzettségű szakembert igényel, a megelőző vagy helyreállító terápiát gyógypedagógus, logopédus vagy fejlesztő pedagógus végezheti. A tanulási zavar valamely formájával küzdő tanulók (diszlexia, diszgráfia, diszkalkulia) tanulmányaik alatt a törvény által biztosított kedvezményeket vagy mentességeket élvezhetnek. Problémájuk tanulmányaik végzésében nem akadályozhatja őket, emiatt hátrányos megkülönböztetésben nem részesülhetnek. A tanulásban akadályozott tanulók gyógypedagógus segítségét igénylik, oktatásuk történhet szegregált speciális intézményekben, vagy integrált formában a többségi iskolákban. A tanulásban akadályozott tanulók legtöbbször a speciálisan számukra

kialakított iskolába járnak, ahol a tanterv, a tankönyvek kifejezetten az ő igényeikhez igazodva vannak kidolgozva. Előfordul azonban, hogy többen közülük többségi intézményben tanulnak, de ez esetben eltérő tanterv szerint haladnak, saját, számukra kidolgozott tankönyvekből tanulnak. Bármilyen formában is jelenjenek meg a köznevelés rendszerében, a tanulási akadályozottsággal érő gyerekek is terápiás foglalkozásokon vesznek részt. Ezeken a foglalkozásokon a hiányzó sérült képességek kialakítása történik.

Összegésként elmondható, hogy a tanulási korlátok közt lényeges eltérések vannak és a fogalmak nem összekeverendők. A témában való kutatás következtében az eddigi tanulmányaim során elnyert tudást sikeresen bővítettem. Úgy gondolom, hogy egy átfogó, részletes dolgozatot készítettem a tanulási korlátokról.

6. Irodalomjegyzék

- 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről 3. melléklet 6.1. pontja
- 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a Sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve kiadásáról
- Englbrecht, Albert & Weigert, Hans: Hogyan akadályozzuk meg a tanulási akadályok kialakulását? avagy Nem jelenthet akadályt a tanulási akadály! Bp.: Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 1999.
- Gaál Éva: A tanulásban akadályozott gyermekek az óvodában és az iskolában. In: Illyés Sándor (szerk.): Gyógypedagógiai alapismeretek. Bp.: Eötvös Lóránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar, 2000.
- Gyarmathy Éva: A tanulási zavarok terápiája. In: Új Pedagógiai Szemle. Eger: EKE Líceum Kiadó, 1998. 75-87. p.
- Lányiné Engelmayer Ágnes: Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés. Bp.: Medicina Könyvkiadó, 2017.
- Lányiné Engelmayer Ágnes: Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika. In: Neveléstudomány. Bp.: ELTE Pedagógiai és Pszichológia Kar, 2014. 33-52. p.
- Meixner Ildikó: A dyslexia prevenció, reedukáció módszere. Bp.: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, 2012.
- Mesterházi Zsuzsa, Szekeres Ágota: A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése. Bp.: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, 2019.
- N. Tóth Ágnes: A beilleszkedési, tanulási, magatartási zavarok (BTM). In: A pedagógia adósságai. Szombathely: Savaria University Press, 2015. 60-69. p.
- Surján Noémi: Tanulási zavarokkal küzdő tanulók segítése a zenetanulás transzferhatásaira. In: Tavaszi szél. Szeged, 2016. 153-164. p.
- Vida Gergő: A tanulási zavar elmélete és diagnosztikája – tanulási zavarral küzdő tanulók kompenzálásának segítése. In: Képzés és gyakorlat. Sopron, 2021. 110-119. p.
- Vida Gergő: Miként lesz a tanulási zavar diagnózisa stigma – Avagy mi a fontosabb: a diagnózis vagy a gyermek? In: Új Pedagógiai Szemle. Eger: EKE Líceum Kiadó, 2017. 16-33. p.
- Zsoldos Márta: A tanulási és magatartási zavarok kognitív terápiája: a Sindelar-program. In: Új Pedagógiai Szemle. Budapest: Országos Közoktatási Intézet, 1999. 70-76. p.