

Miért vagyok „MÁS”?

A bentlakásos intézményeinkben nevelkedők között több a megkésett beszédfejlődéssel rendelkező, a hibásan képzett hangot kiejtő, azaz beszédhibás gyermek.

A szép és érthető beszéd feltétele a hangok tiszta kiejtése, a helyes hangkapcsolás, a beszéd tempójának, ritmusának folyamatossága. A gyermekek nagy többségénél meg van az a készség, hogy a hangokat jól, hibátlanul képezze, illetve a beszéd folyamatosságát elsajátítsa, de a legjobb és legkörültekintőbb környezeti hatások mellett is előfordulnak a beszédfejlődésben zavarok. Ezeket a zavarokat a fejlődési rendellenességek, öröklési tényezők, helytelen bánásmód vagy rossz beszédpélda okozhatják.

A gyermekotthonokban a gyerekek között általában nagyobb számban találunk beszédhibás gyermekeket, mint a szülői házban nevelkedőknél. Ennek objektív okai vannak: elhanyagoltság, elégtelen, sőt rossz beszédpélda, egyéb hospitalizációs ártalmak.

Beszédhibás gyermekeink közt nagyon sok az, aki későbbben kezdett beszélni, akinél két-három éves korában vagy esetleg még később indult meg az intenzív beszédfejlődés. Ezeknél a gyermekeknél nem csak hangjavítási feladat vár ránk. A beszédfejlődés elhúzódása, akadályozza a gondolatok korai cseréjét, az új ismeretek szerzését, ezek a gyermekek rendszerint fogalom szegények, de nem értelmi fogyatékosok.

Sajnos hamar ilyenné minősítjük őket, holott megfelelő beszédjavítás és beszédnevelés után ugrásszerűen fejlődnek. E nélkül nehezen boldogulnak az iskolában és közülük kerülnek ki a írás-olvasás-helyesírásban gyenge eredményt felmutató gyermekek többsége.

A beszédhiba hatása a gyermekre

Az óvodás korban, természetesen még nem okoz a gyermeknek sok gondot a hibás beszéd, de itt találjuk a gyökerét azoknak a zavaroknak, amik később a gyermek személyiségének a torzulásában vezethetnek.

Előfordul, hogy az óvodás korú gyermekkel az alábbi szélsőséges módon foglalkoznak.

1. Környezetének tetszett a gyermek pösze beszédje, szerepeltették, dicsérték Érte. Lassan a gyermekben is kialakult egy olyan érzés, hogy az ő beszédje tulajdonképpen egy szép megnyilatkozási forma. Fontoskodásában, kitűnni vágyásában odáig ment, hogy később már nem is akart leszokni a hibás kiejtésről.

2.) Gyakoribb és súlyosabb következményekkel jár, ha beszédhibája miatt a

gyermeket állandóan gúnyolják, szidják. Ilyen esetben mind jobban tudatosodik a gyermekben a beszédhiba, hogy ő valami helytelen, rosszat cselekszik, amit nem képes kijavítani, elhagyni. A gyermeket ilyenkor rendszerint kétféle módon reagálnak:

- a./ van, aki agresszív, erőszakos, durva magatartásúvá válik, a rajta esett sérelmet fokozottan érezteti a gyengékkel, sértett dühében meggondolatlanul, még az erősebbeket is megtámadja.
- b./ sokan közülük, éppen ellenkezőleg visszahúzóak, magába zárkózik, idegenek előtt elnémul, negatív magatartásúvá válik, és éppen úgy, mint az előbbi csoport nehezen nevelhető gyermekek táborát növeli.

Tapasztalatunk szerint ezek a gyermekek a logopédus számára is nehéz feladatot jelentenek, mert előbb le kell bontani a maguk köré épített falat, fel kell oldani a zárkózottságukat, meg kell nyerni a bizalmukat, s csak ezután kezdődhet az eredményes beszédjavítás.

Iskolás korban még fokozottabban érvényesül a beszédhiba káros, személyiségromboló hatása. Hátrányosa befolyásolja a gyermek iskolai előhaladását. Zavart, nehézséget okozhat az írás, olvasás tanításánál, a helyesírás megtanulásánál szinte megoldhatatlan feladat elé állítja sokszor a gyermeket. Csökken a gyermek tanulási kedve, s lassan rossz tanuló lesz.

Pl.: L.Á.

Egyenes következménye, hogy károsan befolyásolja a gyermek személyiségének fejlődését is. Tovább fokozódhat az agresszivitás, a zárkózottság a külvilággal való állandó konfliktusok hatására a gyermek könnyen neurotikussá válhat.

Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy a gyermekotthonokba kerülő óvodáskorú gyermekek 70-80 %-a beszédhibás, míg a szülői házból az óvodába járóknál, ez a százalék jóval kevesebb, mintegy 25-30 %.

A beszédjavítás elsősorban a logopédus feladata. De a beszédképesség fejlesztése, a kifejezőképesség emelése már az egész gyermekotthon gondját képezi. A logopédus kijavíthatja a hangot, beilleszti a hangsorba, később a folyamatos beszédbe, de a begyakorlásnál már a nevelő segítségére van szükség.

A gyermekotthonok feladata, hogy a logopédiai foglalkozásokhoz megfelelő állandó helyiséget és a kezeléshez szükséges felszerelést (logopédiai tükör, megfelelő bútorok, stb.) biztosítsanak.

A beszédjavító munka hosszabb időt, komoly energiaráfordítást és türelmet kíván a logopédustól.

A kutatást azzal a szándékkal terveztem meg, hogy:

1. felmérje a hálózatban lévő gyermekek **dyslexiás** érintettségét és
2. rendszeres szűrővizsgálatot biztosítson illetve tegyen javaslatot átfogó prevenciós és terápiás program bevezetésére.

A kutatás abból a gyakorlati tapasztalatból indult ki, hogy tanulási és/vagy magatartási zavarba burkoltan a gyerekekkel való problémák hátterében nagyon sokszor a kezeletlen **dyslexia-dysgraphia** jelensége áll. Többször fedeztük fel, hogy deviáns személyiségfejlődés mögött a probléma gyökerében az írás-olvasás illetve tanulási nehézség okozta zavar található. Úgy gondoljuk, hogy a szociális alkalmazkodási nehézség egyik igen fontos forrása lehet a tanulási zavar, és ennek vezető tünete, az alapkultúrtechnikák elsajátításának kisebb vagy nagyobb fokú zavara.

A tanulási nehézséget a szakirodalom nem tekinti megfordíthatatlan hátránynak.

Ezek a nehézségek speciális, egyénre szabott segítő eljárásokkal megszüntethetők, vagy legalábbis enyhíthetők. A gyerekek gyakran pont ilyen okok miatt kerülnek be hálózatba, a gyermekotthonok pedig jelenleg nem kínálnak egyéb segítő megoldást ezen a téren, mint amit az általános iskolák nyújtanak.

Mindezek teszik elengedhetlenné a problémás gyerekek minél korábbi azonosítását és a hálózatra kiterjedő megoldás megvalósítását.

A tanulmány ehhez igyekszik hozzájárulni.

Az iskolai alkalmasság olyan kifejezés, amely önmaga elé mutat az okok keresésében és önmaga mögé kihatásának folyamatában. Magában foglalja az értelmi-mentális fejlettséget és a szociális érettség szintjét egyaránt. Ha a sikertelenség oldalát tesszük megfigyelésünk tárgyává, szembetalálkozunk a tanulási és magatartási nehézségek kérdéskörével, melynek egyik vezető tünete a **dyslexia**.

A tanulás eredményességéhez a tanulási képességeket meghatározó pszichikus funkciók megfelelő fejlettségére van szükség, valamint egy olyan szociális miliőre, mely az adott képességek kibontakozását segíti.

Óvatos becslések szerint a gyermekpopuláció **8-10** %-át érintő problémáról van szó.

Milyen jegyek sorolhatók a **TMN** jelenségek közé?

Clemens szerint a következők:

- hiperaktivitás
- perceptuo-motoros zavarok
- emocionális labilitás
- általános koordinációs deficitek
- figyelemzavarok
- impulzivitás
- gondolkodás- és memóriazavarok
- beszéd- és hallászavarok
- kétséges neurológiai jelek és EEG rendellenességek
- *speciális zavarok az **olvasás, írás, számolás** területén.*

Tehát a **dyslexia-dysgraphia** a tanulási nehézségek egyik fontos, vezető tünete.

„A hatvanas években végzett kutatások nem bizonyították egyértelműen az enyhe agyi károsodás és a tanulási nehézség, ezen belül **dyslexia** ok – okozati összefüggését. Agysérült gyermekek jó szociális környezetben lehetnek tünetmentesek, s a nem agykárosodottak egy sor hasonló tünetet mutathatnak.” (Porkolábné Balogh Katalin, 1983.)

A kérdés ma sem eldöntött, „...amellett foglalnunk állást, hogy a kora gyermekkori idegrendszeri károsodás feltehetőleg létrehoz parciális teljesítmény-zavarokat, de nincs kizárva, hogy egyéb tényezőknek is jelen kell lenni.” (Palotás Gábor, 1992.)

Elfogadottnak tűnik az a feltevés, hogy a **dyslexiások** egy részénél szerepet játszhattak agyi ártalmak, másrésről a TMN szindrómások gyakran mutatnak **dyslexiás** tüneteket. Nincs egyértelműség az intellektus vonatkozásában sem. Egyre inkább teret nyer az a koncepció, hogy enyhe értelmi fogyatékoság illetve érzékszervi sérülés mellett is fennállhat tanulási zavar, illetve **dyslexia**. (Sarkady-Zsoldos)

Ugyanakkor szerzők felhívják a figyelmet arra is, hogy a biológiai rizikófaktorok pszichoszociális hátrányokkal kombinálódva járnak későbbi következményekkel (Davsi – Buttler – Broman – Nichols – Kennedy).

Az etiológiára vonatkozóan a multikauzális feltevés, az egyes esetekre pedig a polietiológiai szemlélet igazolódott. (Vassné Kovács Emőke)

A hetvenes évektől kezdődően az olvasás – írás zavarban szenvedő gyerekek száma megnövekedett, maga után vonva a kutatók érdeklődésének fellendülését. A különböző aspektusokból közelítő eltérő tudományágak képviselői az olvasás – írás zavart leválasztották a TMN csoportköréről és önálló problémaként, tanulási illetve olvasási problémaként kezdték kezelni.

A biológiai közelítés a pre-, peri-, postnatalis károsodásokat, a pedagógiai közelítés a módszertani hibát, a pszichológiai közelítés a kognitív deficitet, a szociológiai közelítés a kommunikációs szintek megváltozását, motivátlanságot helyezi kutatása homlokterébe.

Ma a *dyslexia* elterjedésével a logopédusok vették kezükbe a probléma kezelést, és az etiológiára vonatkozó elméleti bázisuktól függően dolgoznak ki korrekciós módszereket. Mivel azonban olyan jelenségről van szó, amelynek teljesséigényű megértése szükségessé tesz pszichológiai, neurológiai, logopédiai, pedagógiai ismereteket, ezért elengedhetetlen, hogy mind a felmérés, mind a kezelés vonatkozásában együttgondolkodás alakuljon ki.

Ezen dolgozat egyik célja az is, hogy felhívja a figyelmet a felfogás komplexitásának kérdésére és a tanulási nehézség mellé visszahelyezze gondolkodásunkba az ehhez kapcsolódó magatartási zavar problémakörét.

A kettő együttes kezelése nélkül nem remélhető a megoldás sem.

Érdemes áttekinteni a TMN kialakulásának okait és a jelenség megnyilvánulási formáit azért is, mert véleményünk szerint az állami gondozott populáció fokozott *dyslexia* veszélyeztetettsége éppen a TMN megnövekedett rizikófaktorai miatt is jelentkezik gyakrabban.

A TMN-hez vezető elsődleges okok:

1. Prenatális faktorok

Az anya anyagcsere-, hormonzavarai, terhességi toxikózis, gyógyszerek szedése (beleértve a pszichofarmakonokat), dohányzás, alkohol, drogok, testi vagy lelki stressz...

2. Perinatális faktorok

Rizikószülés, köldökzsinór rátekeredés a magzat nyakára, vérkeringési elégtelenségek, gyulladásos állapotok...

3. Posztnatális faktorok

Légzőközpont funkciógyengése, létúti elzáródás, bármilyen oxigénhiányos állapot...

C.Wolfensberger – Haessing, P.H. Wender szerint a **pszichoorganikus szindróma megjelenési formái:**

- 1. Koncentrációhiány.** Minden változás, esemény eltereli a figyelmet.
- 2. Teljesítményingadozás.** Csoporthelyzetben rendszerint rosszabbul vagy Kudarcosabban teljesítenek, mint kétszemélyes helyzetben. Időjárás, emocionális hatások nagymértékben befolyásolják.
- 3. Gyors fáradás**
- 4. Hiperaktivitás**
- 5. A finommotorika** koordinációjának hiánya. Akaratlan együttmozgások, görcsös izomtónus fokozódás. Labilis egyensúly.
- 6. Gyenge grafomotorika.** Görcsös ceruzatartás, túl erős nyomaték, sorköz Respektálásának hiánya, „reszketeg” íráskép, lassú írástempó.
- 7. Hibás Gestalt-(egész) észlelés,** hiányos formafelismerés, hibás becslés a Különbségektől. Irányészlelési és tájékozódási zavar, a térérzékelés zavara.
- 8. Emocionális labilitás,** irányíthatatlan érzelemkitörések, dührohamok.
- 9. Szociális ösztönök hiánya.** A metakommunikatív jelzések észlelésének hiánya.

10. Szeriális – megjegyzési gyengeség.

A jelenségek további következményei lehetnek:

- olvasás – írás zavara,
- negatív minősítések a környezet részéről, fokozódó nevelési ellenlépések,
- mozgásos ügyetlenségek (testnevelés, kézügyesség, ének területén),
- kisebbségi érzés kialakulása, érvényesülési vágy elnyomása (Adler), kudarckerülés, helyzetek elől menekülés, kényszerhazugságok, látszatvalóság. Magába forduláshoz, passzívításhoz vezethet.
- súlyos magatartási zavarok: iskolakerülés, csavargás, depresszív és agresszív reakciók.
Deviáns fejlődési út, neurotikus tendenciák a személyiségfejlődésben, hajlam a pszichoszomatikus megbetegedésekre.
- Az 1., 4., 5., 7. pontok a balesetveszély fokozódását is eredményezhetik.

Most nézzük meg közelebbről, melyek azok a **pszichikus funkciók**, amelyek speciálisan az alapkultúrtechnikák (olvasás, írás, számolás) sikeres elsajátításához szükségesek. (Porkolábné Dr. Balogh Katalin, 1992.)

1. Pontos és differenciált vizuális észlelés

- alak, forma, méret, szín pontos meghatározása
- összetartozó részek értelmes egészként való érzékelése (Gestalt látás)
- figura – háttér észlelése
- térbeli helyzet felismerése, helyes megítélése
- vizuális információk téri elrendezése, szekventálása

2. Auditív információk

- pontos észlelés, megkülönböztetés
- adott hangok kiemelése
- hangok egymásutániségének felismerése, hangcsoportok egységbe foglalása

3. **Összerendezett, koordinált mozgás, szem-kéz célszerű együttes mozgása.**
4. **Látott, halott információk összekapcsolásának képessége, motoros visszaadása**
5. **Rövid idejű vizuális – verbális memória.**
6. **Szándékos figyelem, figyelemkoncentráció**
(legalább 10 perc terjedelemben)

A **dyslexia** kialakulásáért szerzők több ok együttállását és együtthatását teszik felelőssé. Marton – Dévényi Éva 11 okot sorol fel, melyek között genetikai, idegrendszer – éretlenségi, beszédfejlődési, szemészeti, időzítési, lelki, szociális, tanításmódszertani, társadalmi, divat okok egyaránt szerepelnek.

Kísérletileg igazolt, hogy a szenzoros és motoros rendszerek fejlettségének és összerendezettségének hiánya tanulási képtelenséghez vezet. (Porkolábné Dr. Balogh Katalin). Ennek mértéke minden gyermeknél más és más lehet.

A viselkedészavar mint a speciális szükséglet jelzése

A viselkedés- és gyakran, következményesen teljesítményzavarokkal is küzdő gyermekek és fiatalok különleges és külön megsegítést, támogatást igényelnek. Ahhoz, hogy megsegítésük eredményes lehessen, első lépésben fel kell tárnunk azt, hogy milyen speciális szükségletekkel rendelkeznek. E népesség speciális szükségletei jellemzően négy fő csoportba sorolhatók: *nevelési-oktatási, egészségügyi, mentálhigiénés és szociális jellegű* szükségletek.

Az ok-okozati összefüggések már vázolt sokrétűségéből következik az is, hogy egy-egy gyermek egyidejűleg többféle speciális szükséglettel rendelkezhet. Élhet például halmozottan hátrányos helyzetű családban, lehet alultáplált vagy labilis idegrendszerű, kapcsolatba kerülhetett a kábítószerrel, s mindezek következtében is az iskolában, képességeihez mérten alulteljesít, vagyis speciális szükségletei mind a négy területen jelentkeznek.

Speciális szükségletű gyermekek a közoktatás intézményeiben

Pontos behatárolása annak, hogy az óvodákba, iskolákba járó gyermekek hány százaléka rendelkezik speciális szükséglettel, s hogy pontosan melyek ezek a szükségletek, nemigen lehetséges. Egyrészt azért, mert az „eltérés észlelése és az eltérés értelmeződése szituatív is.” Másrészt azért is, mert a speciális szükséglet felismerése és kezelni tudása alapvetően függ a pedagógus szakmai ismereteitől, személyiségétől is. Ezt látszanak igazolni a problematikus gyermekek jellemzően pozitív hatású iskola-, illetve pedagógusváltásai.

A gyermekek speciális szükségleteinek korai felismerése és kezelése pedig az eredményes iskolai pályafutás biztosítása érdekében elengedhetetlen. Ennek hiányában ugyanis „a nevelhetőség és a nevelés találkozási pontjain összeillési zavarok alakulnak ki”, s ily módon a „nevelhetőséggel harmonizáló pedagógiai folyamat hiánya az iskolát megfosztja attól a lehetőségtől, hogy fejlesztő erejű

Kapcsolatba kerüljön a gyermekkel. Ha a gyermek az egyedi nevelhetőségéhez illeszkedő nevelési útmutatásokat az iskolán kívül kapja meg, akkor észrevétlenül átiratkozik ebbe a spontán szerveződő iskolán kívüli iskolába, és lazul az általános iskolával való kapcsolata”. Ezzel az „iskolán kívüli iskolával” kapcsolatos szakmai tapasztalat pedig sajnos az, hogy rendszerint gyermekek és fiatalok kedvezőtlen hatású, nem ritkán deviáns csoportját jelentik.

Mindezen összefüggések elengedhetlenné teszik, még ha nem is egyszerű, s speciális szükségletek körében végzett vizsgálódást. Ebben kiindulópontot két alapvető tény jelenthet: a közoktatás intézményeiben ismeretek közvetítése történik, ennek kerete pedig minden esetben valamely gyermekközösség, osztály vagy csoport. Ahhoz, hogy egy gyermek eredményes lehessen, megfelelő tanulási- és alkalmazkodási képességekkel kell rendelkeznie.

Ennek alapján a közoktatás intézményeiben lévő, speciális szükségletű gyermekek két fő csoportba sorolhatók: a tanulási nehézségekkel és az alkalmazkodási zavarokkal küzdőkre. E két fő csoport azonban ne homogén, további alcsoportokra bontható.

A tanulási nehézségekkel küzdők fő csoportjába sorolhatók a fogyatékos, a gyenge képességű (régábbi terminológiával „határeset”) s a részképesség zavarokkal rendelkező gyermekek. Ezen alcsoportok esetében az ismeretelsajátítás objektíve akadályozott, speciális szükségletük elsősorban nevelési-oktatási területen jelenik meg. Ez azonban természetesen nem zárja ki azt, hogy éppen a tanulás terén megélt kudarcok miatt náluk, mintegy másodlagos tünetként ne jelenhetnének meg viselkedészavarok is.

Az alkalmazkodási képesség zavarával küzdők csoportja is meglehetősen összetett. Alapvetően idetartoznak a személyiségfejlődési problémák, vagyis a neurotikus, antiszociális és pszichotikus fejlődésirányú gyermekek, akiknél a kedvezőtlen személyiségfejlődés olyan viselkedészavarokat indukál, mely nehezíti a közösségbe való beilleszkedést.

E csoportba sorolandók a szocializációs hiányokkal, illetve eltérésekkel rendelkező gyermekek, a hátrányos helyzetűek, veszélyeztetettek is. Esetükben szocializálatlan viselkedésmódok nehezíthetik a közösséghez való alkalmazkodást.

Csak kiegészítésül teszem hozzá, hogy napjainkig is vannak olyan külső iskolák, vagyis a közoktatásnak olyan intézményei, melyek az állami gondoskodású gyerekeket diszkriminálják, sőt akár el is utasítják. Így ma még nehezen belátható, hogy hogyan boldogulnak majd a különböző települések iskoláiban a lakásotthonokba kihelyezett állami gondoskodás alatti gyermekek.

A gyermekvédelmi rendszer bentlakásos otthonainak ezen belső iskoláit alapvetően jellemzi, hogy megpróbálnak a gyermekek és fiatalok speciális szükségleteihez igazodni. Ezért is az oktatás többnyire kis létszámú osztályokban/csoportokban (általában 5-12 fő), egyéniesített oktatási programokkal történik. Ezzel együtt is azonban az oktatás és tanulás módszertana ezen intézményekben is fejlesztésre szorul.

A gyermekvédelem belső iskolái sajátos helyzetű intézmények, mert bár elvben a közoktatási rendszer részét képezik, fenntartásuk működtetésük a gyermekvédelmet terheli. A gyermekvédelem pedig, éppen a halmozott problematika elfogadása következtében, eddig legalábbis, ezen iskoláknak a közoktatás intézményeinél kedvezőbb feltételeket tudott és tud biztosítani.

Alternatív nevelési-oktatási formák a közoktatás intézményrendszerén belül

Hazánkban az 1990-es évekig, az újabb rendszerváltásig az egységes állami iskoláztatásnak alig volt alternatívája. A rendszerváltást követően viszont nőtt az egyházi iskolák száma, s megjelentek egyéb *nevelési-oktatási lehetőségek* is. Így például a korabeli reformpedagógiai mozgalom klasszikus modelljei közül a *Waldorf*-, s a *Montessori*-óvodák és – iskolák. Ezen intézmények nem

valamilyen probléma kezelésére szerveződtek, hanem a nevelés-oktatás sajátos alternatíváját jelentik.

A klasszikus reformpedagógiai modellekkel ellentétben az alternatív iskolák az általános iskolai tanulmányaikban kudarcos, túlkoros, jellemzően a hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok felzárkóztató, hiánypótló nevelését-oktatását célozták meg. Ezek egy része általános iskolai szakasszal is rendelkezik, míg más részük a gyermekvédelem hasonló intézményeivel azonosan az általános iskolai hiányok pótlása mellett a szakmatanulást teszi lehetővé.

Ezen iskolák között vannak (bár egyre kisebb számban) önkormányzati fenntartásúak, de egyházak, alapítványok által működtetettek is. Közös jellemzőjük viszont, hogy a közoktatási rendszer részét képezik.

Talán térjünk ki egy logopédiai problémára aminek időben nem észrevétele devianciához vezethet.

Dyslexia

Erre sokan azt mondják, hogy felfújta mai népbetegség. Holott az okokkal, a tünetek észrevételével, terápiájával már a 60'-as években is foglalkoztak csak egy pár nevet említek Meixner Ildikó, Ligeti Róbert, György Júlia.

Az anyanyelvi nevelésnek van egy kevésbé közismert szociológiai aspektusa is. Az anyanyelvi nevelés ugyanis kulcshelyzetet foglal el abban a folyamatban, amely a gyermeket a családi élet korlátozott állapotából a társadalmi érettség állapotába fejleszti.

Óhatatlanul is felmerül a kérdés: Miből ered tanulóink lemaradása a kifejezőképesség területén?

Hipotézisek

1. Az állami gondoskodásba bekerült gyermekek fokozottabb mértékben érintettek **dyslexia** illetve tanulási nehézség szempontjából, mint az átlag populáció, mert a **dyslexiához** vezető faktorok halmozottan fordulnak elő (továbbá a kompenzáló szociális környezet sem adott számukra).

2. A **dyslexiás** állami gondozású gyermekek deviancia veszélyeztetettsége
Nagyobb mértékű, mint a nem **dyslexiásoké**.

Eredmények

Érdemes elsőként megnézni a vizsgált gyermekek átlagéletkorát:

Korcsoport	Életkor években	Legfiatalabb	Legidősebb
Óvodás	6,1	5,0	7,6
1.osztályos	8,1	7,0	10,0
2.osztályos	9,1	7,0	11,0
3.osztályos	10,0	8,6	12,0
4.osztályos	11,2	9,6	14,6

Jól látszik, hogy egy-egy korcsoporton belül igen nagy a szórás, így pl. az 1. Osztályban a 7- és 10 éves gyermekkel való foglalkozás már csak az életkorok tükrében is felvett az egyénre szabott fejlesztés, oktatás kérdését.

BENDER A teszt értelmezése

Az óvodásokkal (5.életévtől) elvégzett **BENDER A** teszt átlaga **2.4** azon az 5 fokú skálán (ahol a 3 az átlagot jelenti), mely a nagyon gyengétől (1) a nagyon jóig (5) terjed. Ez azt jelenti, hogy óvodásaink a *normál populációhoz viszonyítva a vizuo-motoros koordináció és alakszerveződési folyamatban elmaradnak*, átlageredményük a **„gyenge”** kategória (2) felé tendál. A leggyengébb (1) fokozatot elérték között nagy valószínűséggel értelmi fogyatékosok nincsenek (utalunk arra, hogy a RAVEN legalsó kategóriájába kerültek – a szerzők eltérő állásfoglalása miatt – nem vettük be vizsgálati anyagunkba). A vizuo-motoros koordináció gyengesége a csecsemőkori környezeti ártalmakra is utalhat, az esetlegesen beszűkült mozgástér, a gátolt manipuláció, a gyakorlatlanság, a szegényes tárgyi környezet egyaránt szóba jöhet. Ezt későbbi vizsgálat tudja eldönteni. (Esetleg a BENDER és HÁTTÉR egyénenkénti összevetéséből, ha organikus sérülést okozó rizikófaktor egyértelműen nem mutatható ki, gondolhatunk a környezeti ártalmak nagyobb szerepére.)

Későbbi eredményeinkben a vizuális illetve motoros komponens differenciál diagnózisának lehetőségét is igyekszünk megvizsgálni. Szeretnénk kirajzolni az állami gondoskodásban lévő gyermekek vizuo-motoros fejlődésének sajátosságait és ennek megfelelő terápiás program megajánlására törekszünk.

Gondolkodásunkban a *dyslexia* vezető tüneteként a vizuo-motoros koordináció zavarát tekintjük fő oki tényezőnek. Érdekesnek mutatkozott az óvodás populációban végzett vizsgálatunk, ahol összevetettük a **BENDER A** és **DPT** alapján mért *dyslexia* együttjárást.

Megvizsgált óvodások	jó BENDER	dyslexiás	nem dyslexiás
88	32	21	9

Megvizsgált óvodások	rossz BENDER	dyslexiás	nem dyslexiás
88	56	51	7

Az 56 esetben, amikor agyi disszfunkciót sejtünk a rossz Bender teljesítmény mögött – tanulási nehézséget prognosztizálhatunk. Ez 51 gyermeknél, mint a tanulási nehézség vezető tünete – *dyslexia* veszélyeztetettségként jelentkezik is. Ma még nem tudjuk, hogy a fennmaradó 7 gyermeknél milyen kompenzációs folyamatok eredményeként nem mutatkozik veszélyeztetettség az írás-olvasás területén.

Abban az esetben, ahol jó Bender mellett 21 *dyslexia* veszélyeztetett gyermek szerepel, ott ennek okát feltehetően nem a vizuo-motoros fejlődésének zavarában kereshetjük, hanem egyéb olyan tényezőkben, mint pl. genetikai, látási, beszédfejlődési, stb. okok.

Az ő fejlesztésük az alapvetően vizuo-motoros koordináció fejlesztést hangsúlyozó módszerrel várhatóan nem lesz sikeres. Ez a mi óvodás populációnk 23,8 %-a, tehát nem elenyésző számról van szó! Esetükben más fejlesztő módszerre is szükség van.

BENDER B teszt értelmezése

A vizuo-motoros koordináció alakulása az alsótagozatosok között (az 5 fokú skála beosztás szerint)

Korcsoport átlag	Bender B átlag	1=nagyon gyenge
1. osztályos	2,2	2=gyenge
2. osztályos	1,9	3=átlagos
3. osztályos	2,3	4=jó
4. osztályos	2,6	5=nagyon jó
Összesen:	2,3	

Sajnos azt kell látnunk, hogy a magasabb életkor nem hoz számottevő javulást ezen a téren. A teszt eredményei is utalnak arra az empirikus tényre, hogy a tanulási nehézség kevésbé mutat spontán javulást. Még ha engedünk is az „érési elmaradás” teória téziseinek, akkor sem hihetjük azt, hogy 3., 4. Osztályosaink problémái maguktól fognak megszűnni.

Ismert, hogy a hálózat logopédusai elsősorban óvodások beszédjavítására és **dyslexia** prevenciójára igyekeznek időt fordítani, az iskolásokra 1. osztály fölött már szinte egyáltalán nincs idejük. A pedagógusok még csak most kezdenek ismerkedni a **dyslexia** felismerésével és terápiájának sajátosságaival. Sem a tanulási nehézséggel küzdők bánásmódjában, sem oktatásban, nevelésben szemléletváltásra nem került sor. Így ténylegesen ellátatlannak nevezhetjük őket, mint az eredmények is mutatják (beleszámítva azokat a jó kezdeményezéseket is, melyekről tudomásunk van a hálózatban – pl. Bólyai, Oroszlány, Mónosbél – Frostig, Meixner program).

A Bender tesztben nyújtott eredmény más vizsgálatok szerint az írás és matematika elsajátításával mutat legszorosabb együttállást. (Porkolábné Dr. Balogh Katalin).

A szubtesztek elemzése érdekes differenciál – diagnosztikai megközelítésre ad lehetőséget.

A Bender tesztben a szögek alacsony reprodukciós színvonala magas prediktív validitást mutat. „Simon (1975) közlései szerint a szögek reprodukálásában nyújtott alacsony teljesítmény általában motoros problémákkal jár együtt, míg az írányra és téri pozícióra vonatkozó alacsony pontszámok általános téri orientációs problémákra utalnak” (Porkolábné Dr. Balogh Katalin).

A szerző adatai szerint (1992) az általa vizsgált gyermekek az orientációs – pozíció aspektusban mutattak fokozott lemaradást.

Megvizsgáltuk, hogy az állami gondoskodásba került gyerekek milyen sajátosságokat mutatnak a szubtesztokban, mely részterületek lemaradását illetve funkciózavarát találjuk dominálónak? Vajon mutatnak-e eltérést az átlag populációhoz viszonyítva? A témával foglalkozó szakirodalom nem ismeri ezt a speciális területet, ennek sajátosságait.

Az intézeti gyermekekre jellemző arculat kirajzolása pontosabb szakmai megsegítést tesz lehetővé.

Tudjuk, hogy az enyhe agyi diszfunkciót mutató gyermekek sérülése a percepció és motoros funkció egyenetlen fejlődésében ragadható meg, melyet gyakorta hiperaktivitás és viselkedési rendellenesség kísér. Mindennek vélhető okozói a terhesség, szülés alatt, vagy közvetlenül szülés után keletkező sérülések.

Feltevésünk szerint azok a rizikófaktorok, melyek agyi diszfunkciót idézhetnek elő, a mi populációnkban gyakrabban fordulnak elő. Elvárásunk szerint így a BENDER B szögekben találunk alacsonyabb eredményeket.

Szög átlag	15,8
Orientációs átlag	18,6
Pozíció átlag	19,3

Találunk tehát jelzést arra, hogy a motorium fejlődésének elmaradását alaposan hibáztathatjuk a kialakuló *dyslexiáért*, illetve tanulási zavarért.

A teszt kiváló jelző funkcióját mutatja, hogy szignifikáns együttjárás tapasztalható mind a *dyslexiával* ($p < 0,00$ szign.), mind a *dysgraphiával* ($p < 0,4$ szign.).

Együttjárás dyslexiával: DA – jó értelmi adottság mellett
DB – átlag alatti értelmi adottság mellett

		BENDER (kategóriák)						
		1	2	3	4	5	Össz	
Q		17	32	28	12	15	104	
D _A				33	16	20	11	7
	87							
D _B		24	10	6	1	1		42
Összesen:		74	58	54	24	23		233

Együttjárás dysgraphiával DG – dysgraphia

		BENDER (kategóriák)					
		1	2	3	4	5	Össz.
Q		29	26	29	17	14	115
DG		45	32	25	7	9	118
Összesen		74	58	54	24	23	233

RAVEN teszt értelmezése

A RAVEN teszttel mért intellektus jó teljesítéséhez megfelelő perцепcióra, alakfelismerésre és logikai készségre van szükség. A BENDER-ben szükséges motoros komponens itt kiesik. A gyermekek átlaga itt egy 9 fokú skálán 5.3, ami közepes, átlagos teljesítmény. Bár a RAVEN nem mér globális intellektust, mégis kijelenthetjük: *szó sincs arról, hogy az állami gondoskodásban lévő gyermekek gyengébb intellektuális teljesítményre lennének képesek.* A BENDER-ben tapasztalható elmaradásuk inkább a motoros aspektust látszik

hangsúlyozni. Ez annál is inkább elgondolkodtató, mert tudjuk, hogy némely óvodánkban komoly vizuális fejlesztőmunka (FROSTIG-program), illetve *dyslexia*-prevenciós munka folyik.

Ha az eredményeket keveselljük, a módszerek célirányos kiegészítésében is kell gondolkodnunk!

Az RQ értelmezése

Az emberrajz minden korosztálynak jól sikerült. RQ átlag 97,7. Az óvodás korcsoport nyújtja a legjobb teljesítményt, jelezve, hogy az ő életkorukban a legfontosabb az emberi test (saját test, testséma) megtanulása és leképezése. Jó eredményük arra is utal, hogy az óvodás program megfelelően nagy hangsúlyt fektet erre. A gyermekek rajzaiban az emberábrázolást alapvetően befolyásolja a személyekhez fűződő viszonya, annak milyensége.

Ebben az életkorban az iskolába lépés előtt „az intellektuális realizmus” rajzkorszakában a gyermek azt rajzolja, amit tud, nem azt amit lát. Így az emberrajzok részletesebb elemzése elvezethet oda is (eltekintve most a szokásos rajzelemzésektől, hiszen ez nem volt kutatásunk tárgya), hogy csupán egy szempont kiemelésével az alacsony RQ-t elérteket szétválasztjuk két csoportra.

1. ahol együttjárás tapasztalhat gyenge BENDER-el,
2. ahol BENDER átlagos, vagy jobb, míg az RQ messze kora alatt marad.

Az első csoportban az együttmozgást a vizuo-motoros koordináció gyengeségének rovására írhatjuk. A második csoportban az alacsony RQ-t elsősorban rossz szociális kapcsolattal rendelkezőktől várnánk. A *dyslexia* meglétével vagy hiányával összevetve további érdekes adatokat kaphatnánk *dyslexia* és környezet hatásáról. Feltevésünket csak precíz, anamnesztikus adatok és szülői interjúk támaszthatják alá.

Az óvodások között szerzett hozzávetőleges adataink alapján BENDER A és RQ nagy arányú együttjárást mutat, de az óvodások 4,6 %-ánál találtunk átlagos vagy jobb (organikus jelre nem utaló) BENDER mellett gyenge RQ-t és *dyslexia*

diagnózist. Nem egyértelmű a megfelelés **dyslexia** és környezeti gátló tényezők között ennek alapján, de további gondolkodáshoz nyújthat kiindulást.

Dyslexia adatok az óvodásoknál

A vizsgált 88 gyermek adatai között 14 gyermeket találtunk a RAVEN legalacsonyabb kategóriájában, tehát a teszt nagyon gyenge intellektusra utalt. Bár őket nem minősítettük **dyslexia** veszélyeztetettnek, pszichikus funkciók zavara esetén (a tanulási nehézség klasszikus deffiníciója alapján), mégis hajtott bennünket a kíváncsiság, hogy e 14 gyermek a DPT tesztben mutat-e valamilyen specifikus, csak rájuk jellemző jegyet, eltérnek-e valamiben **dyslexia** veszélyeztetett társaiktól. Azt tapasztaltuk, hogy bár egy sem minősülhetett volna nem veszélyeztetettnek és a 88 gyermek 52 %-os DPT megoldási arányához viszonyítva ők 14-en 31 %-os átlagot nyújtottak – tehát egy fokozottabb, több területre kiható teljesítmény-gyengéset mutatnak, gyakori hibatípusaik ugyanolyanok, mint átlagos vagy jobb értelmi adottságú társaiké.

Tehát az értelmi deficit a tanulási nehézség megjelenésében, pontosabban az alapkultúrtechnikák elsajátításának zavaránál náluk inkább mennyiségi és nem minőségi eltérést jelent a jobb mentális adottságukhoz képest.

Fontos kiemelni, hogy az óvodás populáció átlag 52 %-os teljesítménye a DPT-ben önmagában is jelzi az állami gondoskodásban lévő közép- és nagycsoportos óvodás gyermekeink veszélyeztetettségét a tanulási nehézség bekövetkezésére az iskola előtt. (A DPT készítőjével egy 75 % alatti határban egyeztünk meg a veszélyeztetettség jelzésére.

Az óvodásoknál tapasztalható hibatípusok a DPT-ben a fő hiányosságokra világítanak rá:

(az adatok azt jelzik, hogy a 88 gyermek hány %-a nem tudta megoldani az adott feladattípust)

A beszéd elemzéséből kiemelkedik a szókincs és a relációs szavak használatának hiánya. Szintén kevesen képesek a pontos fogalomalkotásra és különbségek meghozatalára, amihez már az analízis – szintézis megfelelő működésére lenne szükség.

A vizuális percepció egyszerűbb