

Gereben Ferencné–Fehérné Kovács Zsuzsa–
Kas Bence–Mészáros Andrea

**Beszéd- és nyelvi zavart mutató
(beszéd fogyatékos) gyermekek,
tanulók komplex vizsgálatának
diagnosztikus protokollja**

Készült a „Koncepció kialakítása a diagnosztikus ellátórendszer intézményi struktúrájának megújítására és koncepció kidolgozása diagnosztikus módszertani protokollok egységes, átfogó alkalmazására, valamint Diagnosztikai kézikönyv elkészítése” c. kutatási program keretében, az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. megbízásából a „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” (TÁMOP-3.1.1-08/1-2008-0002) kiemelt projekt keretében.

Szakmai vezető
Kapcsáné Némethi Júlia

A Diagnosztikai kézikönyv „Beszéd- és nyelvi zavart mutató (beszédfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja” c. fejezetét írták:
Gereben Ferencné PhD, gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus, neuropszichológus,
Fehérné Kovács Zsuzsa gyógypedagógus, nyelvész,
Kas Bence gyógypedagógus, nyelvész,
Mészáros Andrea gyógypedagógus, neuropszichológus

Szakmai lektor:
Lányiné dr. Engelmayer Ágnes PhD, gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus

Kutatásvezető, alkotó szerkesztő
dr. Torda Ágnes gyógypedagógus, klinikai gyermek-szakpszichológus

Olvasószerkesztő
Szerencsés Hajnalka

© Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, 2012

TARTALOM

1.	Bevezetés	5
2.	A beszéd- és nyelvi zavarok meghatározása, jellemzői és diagnosztizálása a nemzetközi gyakorlatban	8
2.1.	A német szakterület terminológiai és diagnosztikai rendszere.....	8
2.1.1.	Jelenség- és népszerűségértelmezés.....	8
2.1.2.	Diagnosztikai gyakorlat.....	12
2.2.	Kitekintés más európai gyakorlatokra.....	27
2.2.1.	A Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) ajánlásai.....	27
2.2.2.	A szakmai tevékenység színtere.....	28
2.2.3.	A kezelés finanszírozása.....	28
2.2.4.	A logopédiai tevékenység területei, funkciója és kompetenciahatárai.....	29
2.3.	Az egyesült államokbeli szakterület terminológiai és diagnosztikai rendszere.....	30
2.3.1.	Jelenség- és népszerűségértelmezés.....	30
2.3.2.	Diagnosztikai gyakorlat.....	33
3.	A hazánkban aktuálisan megvalósuló diagnosztikus gyakorlat	38
4.	Javaslat a beszéd- és nyelvi zavarok terminológiai rendszerének és diagnosztikus protokolljának fejlesztéséhez	40
4.1.	Logopédiai terminológia és diagnosztikai kódok.....	40
4.1.1.	Problémafelvetés.....	40
4.1.2.	Javaslat a szakmai terminológia és diagnosztikus kódok megújítására.....	42
4.1.3.	Javaslat a szakmai terminológia és az ellátási kategóriák harmonizációjára.....	46
5.	Szempontrendszer a beszéd- /nyelvi zavart mutató gyermekek, tanulók vizsgálatának diagnosztikus protokolljához	48
5.1.	Vizsgálatok életciklus alapján.....	48
5.2.	A vizsgálat oka alapján.....	48
5.3.	A vizsgálatok típusa alapján.....	49
6.	A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja	50
6.1.	A tevékenységek, módszerek, eszközök és személyek szükséges köre.....	50
6.2.	Beszéd- és nyelvi zavart mutató gyermekek, tanulók vizsgálatára alkalmas, vizsgálóeljárások. Hazai bevezetésre, illetve szélesebb körű alkalmazásra javasolt vizsgálóeljárások.....	57

6.2.1.	Hazai igények	57
6.2.2.	Nyelvi képességet vizsgáló tesztek	57
6.2.3.	Komplex neuropszichológiai tesztek	73
6.2.4.	Szenzoros integrációs tesztek	75
7.	Melléklet. Az EDM diagnosztikai kódlistája a beszéd- és nyelvi zavarokra vonatkozólag	76
8.	Felhasznált irodalom	78
8.1.	Webográfia	81

1. Bevezetés

A beszéd- és nyelvi zavarok körébe tartozó jelenségek tüneti, súlyosságbeli és életkori heterogenitása s mindezekkel összefüggésben a diagnosztikus és terápiás ellátás kérdései folyamatos kihívás elé állítják a hazai gyógypedagógia egyik legnagyobb szolgáltatórendszerét, a logopédiát, amely a közoktatás területén hagyományos módon, ún. ambuláns keretek között, valamint intézményes formában, speciális logopédiai óvodai csoportban, illetve osztályrendszerű formában nyújt segítséget az érintetteknek – a társszakmákkal együttműködve.

A szakmai fejlődésben végbement változások nyomonkövetése során jól érzékelhető, hogy a napjainkra differenciált módszertani/terápiás repertoárral rendelkező logopédiai ellátórendszer számára valójában két, igen meghatározó alapkérdés mentén van komoly bizonytalanság:

1. az érintett populáció pontos, egységes kritériumok mentén történő meghatározása és ezzel összefüggésben az alkalmazott terminológia;
2. a speciális szakdiagnosztika protokoll jellegű, módszertani, jogszabályi, szakmai kérdései összefüggésben a „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló” besorolással.

A logopédiai megsegítést igénylő gyermek-/tanulónépesség körülhatárolása a hazai gyógypedagógiai ellátásban különös helyzetet jelent, minthogy az ellátottak egyik – klinikai képek szerint jogszabályilag nem értelmezett – hányada *alapellátás keretében*, másik hányada pedig beszéd fogyatékosként minősítés alapján „sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló” besorolással emelt közoktatási támogatásban részesül. Nem kerülhető meg ennek a szakmailag tisztázatlan, ellentmondásos, a mindenkori jogszerűen szabályozott *gyakorlat* és a szolgáltatást igénylő népesség *terminológiai meghatározása* között feszülő helyzetnek az áttekintése és újraértelmezése, mivel *ez komoly, mindennapi problémát okoz a későbbiekben tárgyalandó diagnosztikus gyakorlat területén.*

A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény értelmében a korábbi évek gyakorlata alapján beszéd fogyatékosnak minősül az, „akit a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság annak minősít”. A minősítés szakmai hátterét, kritériumrendszerét a törvény nem szabályozta, minden bizonnyal ez nem is feladata. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. számú törvény átvette ezt a szakmai szóhasználatot és minősítést.

A törvényhez tartozó bármiféle szabályzó dokumentum ugyanakkor nem kerülheti meg a kritériumok tisztázásának kérdését, amelynek hiányában a beszéd fogyatékosként minősítés – bár hivatalos szakértői vizsgálat keretében történik – szakmailatlan és tudománytalan.

Ezt a kérdést a jelenlegi¹ jogszabályi háttér figyelembevételével – konszenzusos szakmai háttér megteremtésével – rendezni kell.

A hazai gyakorlat ismeretében meg kell azt is említeni, hogy a szakértői tevékenység keretében történő diagnosztikus munka – követve a *gyógypedagógiai pszichológia hazai hagyományait* – minden szakterületen az ún. komplex *gyógypedagógiai-pszichológiai vizsgálati rendszer keretében történik*. Az ezzel összefüggő szakmai-tartalmi kérdések elemzésétől anyagunkban eltekintünk. A Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság is ennek alapján végezte munkáját az elmúlt időszakban a hazai gyakorlat számára hozzáférhető diagnosztikus repertoár figyelembevételével.

A nemzetközi tapasztalatok és a hazai gyakorlat megújításának igénye nyomán a 90-es évek elejétől megindult az az átalakulási folyamat, amelynek a jelen kiadvány egy fontos állomása.

A Magyar Gyógypedagógusok Egyesülete, majd a „Bárczi” mint képző intézmény keretében akkreditált pedagógus-továbbképzéseken folyamatosan zajlanak a „Logopédiai diagnosztika” 90 órás tanfolyamok, amelyek jól jelzik a szakterület igényét a növekvő számú beszéd- és nyelvi nehézségekkel küzdő gyermek/tanulónépesség problémáinak egyre jobb szintű diagnosztikus megközelítésére.

A gyakorlati munkát segítő kiadványok mellett (JUHÁSZ és BITTERA T.-né, 1995; JUHÁSZ, 2003; PLÉH és mtsai, 2002) kutatások indultak el a hazai diagnosztikus repertoár megújításának szándékával, amelyek a nyelvi képességeket vizsgáló magyar eljárások körét gyarapítják (LŐRIK és MÁJERCSIK, 2011; LŐRIK és mtsai, 2011²).

Emellett megkezdődött a nemzetközi gyakorlatban is alkalmazott eljárások kipróbálása, standardizálása, hazai bemérése (pl. LUKÁCS és mtsai, 2009), amelyek a nyelvi képességrendszer sokszínű tünetegyüttesének megismerését az eddigieknél alaposabban teszik lehetővé.

Nem mondhatjuk tehát, hogy a szakterületet érintő munkának nincsenek előzményei. Anyagunknak nem célja valamennyi előzmény részletes tárgyalása. Jelen munka keretében azokat a tapasztalatokat, ismereteket kívánjuk összefoglalni, amelyek elősegíthetik a jelenlegi gyakorlat korszerű, nemzetközi igényeket is kielégítő megújítását annak a gyermek-/tanulónépességnek a körében, amelynek a beszéd- és nyelvi képességterületen fennálló hátránya az iskolai sikerességet, a későbbi társadalmi beilleszkedést kedvezőtlenül befolyásolja.

1 A kézirat lezártakor (2012. február) hatályos szabályozók.

2 A TÁMOP 3.1.1 „21. századi közoktatás – fejlesztés, koordináció” kimelt projekt keretében 5 nyelvi képességet vizsgáló hazai eljárás kismintás bemérésére került sor. A nagymintás bemérésre várhatóan 2013-ban kerül sor a kiemelt projekt II. szakaszában. A kutatási tapasztalatok elérhetőek: http://www.educatio.hu/bin/content/tamop311/tamop311/a_projekt_felepitese/4_piller.html

„Beszéd fogyatékos” személyek természetesen a felnőttvilágban is jelen vannak, problémájuk nem elhanyagolható kérdés (KRASZNÁRNÉ ERDŐS és FEKETÉNÉ GACSÓ, 2005). Anyagunk azonban – mivel a projekt a 21. századi közoktatás megújításának igényével lép fel –, az őket érintő diagnosztikus kérdéseket nem tárgyalja.

Meg kell jegyezni ugyanakkor – még ha jelenleg nem is ez a feladat –, hogy szakmailag természetesen a teljes „beszéd fogyatékos” népességre kiterjedően lehet csak intézkedéseket hozni egy ellátórendszer korszerű átalakítása kapcsán, s ezen a téren még igen sok a tennivaló.

A Diagnosztikai kézikönyv 3. részében áttekintjük a logopédiai szakmában nemzetközileg leginkább irányadónak tekintett, de némileg különböző német és amerikai egyesült államokbeli terminológiai és diagnosztikai rendszereket, majd összehasonlítva a jelenleg hazánkban alkalmazott rendszerrel, javaslatot teszünk a nevezéktan és a diagnosztikát egységesen érintő fejlesztésekre.

2. A beszéd- és nyelvi zavarok meghatározása, jellemzői és diagnosztizálása a nemzetközi gyakorlatban

A beszéd- és nyelvi zavarok értelmezéséhez egyrészt figyelembe kell venni a *nemzetközi gyógypedagógiai szakmai terminológiahasználat általános elveit* (amelyek közül a hazai közoktatás/köznevelés szótára számosat – sajnálatosan – figyelmen kívül hagyott). Ezek közé tartozik:

- a nemzetközileg azonos tartalmú fogalomhasználat,
- a tudományos megalapozottság,
- a népességcsoport általános és speciális sajátosságaira jellemző megnevezés,
- a nemzeti szakmai/szaknyelvi megfeleltetés és tradíciók,
- a képzési rendszerrel történő összehangolás,
- a stilisztikai felpuhítás elleni védekezés,
- és munkacsoportszintű szakmai konszenzusok létrehozása az egyezések és különbségek figyelembevételével (BECKER, 2005³).

Mindezek mellett megkerülhetetlen a *WHO-terminológia* (sérülés/zavar/akadályozottság) fogalomértelmezése és az *FNO-ban hangsúlyosan megjelenített participációs elv*, továbbá a *BNO–10* és *DSM–IV* és a rövidesen megjelenő *DSM–V* diagnosztikus kategória használata.

2.1. A német szakterület terminológiai és diagnosztikai rendszere

2.1.1. Jelenség- és népességértelmezés

A német terminológiában már az 1990-es évek közepétől megjelent a *beszédzavar* kritériumokra támaszkodó meghatározása.

Beszédzavar, nyelvi zavar mint beszédpatológiai fogalom

Az adott nyelvközösség tagjai a nyelvhasználót, a beszélőt kivitelezési és értési teljesítményei alapján a tipikustól eltérőnek minősítik, és ezt az eltérést professzionálisan kiképzett szakemberek, tudományosan kipróbált diagnosztikai eszközök segítségével explicit, objektíven mérhető kvantitatív és/vagy kvalitatív normáknak megfelelően pontosan *meghatározzák* (HANSEN, 1993; WELLING, 1993). A beszéd fogyatékoság, e szerzők értelmezésében, már ekkor a WHO meghatározása alapján született.

3 Nemzetközi Összehasonlító Gyógypedagógiai Munkacsoport konferenciája, szóbeli közlés, Görlitz, 2005.

A beszéd fogyatékoság gyógypedagógiai értelmezése

Sérülés, károsodás következtében létrejövő kommunikációs/beszéd-/nyelvi zavar, az egyén saját magához, személyi és tárgyi világához való viszonyulásának akadályozottsága, amellyel szembesülnie kell különféle tevékenységei végrehajtása során, figyelemmel meglévő egyéni értékeire és normáira (HANSEN, 1993; WELLING, 1993). Braun (2005) meghatározása a támogatás mértékének és az ellátás pedagógiai/logopédiai szükségességének kritériumaként határozza meg e központi fogalmat: elsődlegesen organikus vagy pszichés eredetű, kiterjedt, súlyos és hosszantartó egyéni nyelvi érintettség, amely pedagógiai/logopédiai vonatkozású is, amennyiben a megsegítés a nevelés-oktatás keretein belül történik.

2.1.1.1. A grohnfeldti definíció és klasszifikáció

Német szakterületen szakmai megállapodás alapján a beszéd fogyatékoság fogalma tág értelmezésben jelenik meg. A *beszéd fogyatékoság* (Sprachbehinderung) a beszéd-funkció érintettségére vonatkozó zavarok sokaságát jelenti, amelyek esetében a beszédhasználat (beszédprodukción, expresszív beszéd) és a beszédértés egy vagy több funkcióterületen érintett. *Súlyossági fokban* különböző állapotokat jelöl az enyhe hangképzési zavaroktól (pl. az s hang hibás, izolált képzése) a legsúlyosabb központi idegrendszeri eredetű beszédzavarokig. Ez utóbbinál folyamatos az átmenet a különböző fogyatékosági formák, tanulási és viselkedési zavarok felé. A beszédzavarok emellett összefügghetnek testi/mozgásfogyatékosággal (pl. dysarthrophoniák), hallássérülések másodlagos következményei is lehetnek. Ezeknek megfelelően kell a segítségnyújtás különböző formáit differenciálni a pályaválasztásnál és a társadalmi (munkavállalást is jelentő) integrációnál. (GROHNfelDT, 2004)

A fenti definíció – összhangban a WHO fogyatékoság (disability) fogalmával – a *beszéd fogyatékoságot* mint az ember pszichikus képességeinek egyfajta zavarát, sajátos megjelenési formáját **funkcionális szinten határozza meg**, és az oda sorolandó (később ismertetett) jelenségek sokaságát hangsúlyozva **gyűjtőfogalomként értelmezi**. **E meghatározás elvi szinten alapvetően eltér a hazai definícióktól, amelyekben az oki háttér domináns szerepe jelenik meg**. Az emberi beszéd- és nyelvhasználat szerveződésének funkcionális hierarchiája alapján emeli ki az expresszív és receptív beszéd-szerveződés összetett jellegét, a (funkcionális) érintettség megjelenésének különböző formáit.

A súlyossági kritériumot nem kezeli kizárólagosan, azt valójában egy kontinuum mentén határozza meg a legenyhébbtől a legsúlyosabb megjelenési formákig, kitérítve a beszéd-fogyatékoság fogalomértelmezésének kereteit a fogyatékoságok más formáinak,

a képesség- és teljesítményzavarok megjelenésének irányába. Ez a szempont nemcsak az értelmezés elvi keretei, hanem a diagnosztikus és terápiás gyakorlat majdani kérdéseit illetően is jelentős összhangban van a participáció elvének érvényesítésével.

A beszéd fogyatékoság jelenségkörébe a klinikai képek „sokasága” az alábbiak szerint négy főcsoportra tagolva sorolódik:

1. A beszédfejlődés zavarai

- hangképzési zavarok,
- a szókincs (fogalomalkotás) zavarai,
- a grammatika zavarai,

melyek időben korlátozott zavarok óvodás- és iskoláskorban; továbbá a zavart beszéd „maradványtünetei” ifjúkorban, többnyire komplex (beszéd-) fogyatékoság tünetegyüttes részjelenségeként, s a beszélt és írott nyelv zavarai esetében kognitív funkciózavarokkal együtt lépnek fel.

2. A folyamatos beszéd zavarai

- dadogás
- hadarás
- beszédfélelem (logofóbia)
- mutizmus

3. A beszéd centrális és organikus eredetű zavarai

- afáziák
- dizartofónia
- diszglosszia (kortikális, piramidális, extrapiramidális eredettel)
- a perifériás beszéd szervek veleszületett és szerzett elváltozásai (pl. bénulások, ajak-, szájpadhasadék)

4. Hangzavarok (diszfóniák)

Ezek között társadalmi integrációt (pályaválasztást, munkavállalást) elsősorban befolyásoló klinikai képek a következők:

- a folyamatos beszéd zavarai,
- a beszéd organikus és centrális zavarai,
- a komplex beszédfejlődési zavarok.

2.1.1.2. Középpontban a beszéd – Schwerpunkt Sprache

A fenti – a hazai fogalomhasználat szempontjából sajátosan hangzó – címben jelzett megfogalmazás a német gyógypedagógiában az ellátási-fejlesztési szükségleteket középpontba állító szemléletváltozást érzékelteti. Az a fő törekvés, hogy minél inkább kerüljék

a stigmatizáló „fogyatékoság” kifejezést, s a gyermekkor időszakában pedig – a fentiekben jelzett problémák esetén – lefedjék a beszéd- és nyelvhasználat területén nehézségekkel küzdő, megsegítést igénylő gyermekek/tanulók növekvő körét. Az egyes fejlesztési területek középpontba helyezésének hangsúlyozása a „beszéd” mellett minden fejlesztésirányultságú területen, így pl. a tanulás (Schwerpunkt Lernen), a mozgás (Schwerpunkt Bewegung), a szellemi fejlődés (Schwerpunkt Geistige Entwicklung) esetében is megjelenik, kerülve a klasszikus fogyatékosági kategóriákba sorolást. A szemléletváltás a gyógypedagógiai segítséget nyújtó iskolák átalakuló megnevezésében is kifejeződik, ahol tehát nem a fogyatékoság hagyományos típusa, hanem a fejlesztési területek, a szükségletek kapnak hangsúlyt.

A 2006–2007-es tanévben a hesseni kultuszminisztérium az ulmi székhelyű Neurotudományok és Tanulás Transzferközponttal (TransferZentrum für Neurowissenschaften und Lernen) és a frankfurti Metzler Alapítvánnyal együttműködve kutatási projektet indított „Schwerpunkt Sprache” keretében. A projekt célkitűzései a következők voltak:

- módszerek és koncepció kidolgozása a beszéddiagnosztikával és beszédfejlesztéssel kapcsolatban,
- az írott nyelv elsajátításának vizsgálata az általános iskola kezdő szakaszában,
- az iskolai terepen a pedagógiai munkát segítő szaktanácsadók felkészítése.

A kutatás indítékának és későbbi törvényi kiterjesztésének háttérében a PISA-eredmények (gyenge) olvasási mutatói, az óvoda–iskola átmenet beszédfejlődési problémái, a migráns gyermekek nyelvi felzárkóztatása és a beszéd fogyatékos gyermekek megsegítése állt.

A projekt hatására oktatáspolitikai koncepció született. A gyógypedagógiai ellátásban és az integrációs pedagógiában egy-egy terület (beszéd/Sprache, tanulás/Lernen, mozgás/Bewegung, szellemi fejlődés/Geistige Entwicklung, viselkedés/Verhalten) általános körülhatárolásával a diagnosztikus kategóriákra épülő rendszer helyett a hangsúly az OECD-országok sajátos nevelési igény (SNI) ellátás szükségletorientált modellje irányába mozdult el. Az egyéni problémakezelésben, az egyéni problémák körülhatárolásában megerősödött a helyi, intézményen belüli diagnosztikus csapatok szerepe a logopédus/gyógypedagógus, pszichológus, óvodapedagógus, szociálpedagógus szakemberek és segítők együttműködésében, a szülők bevonásával.

A „Schwerpunkt” irányú problémakezelés az intézményi elnevezésekben, képzési programokban is megjelent olyan esetekben, ahol a gyermekek/tanulók alapvető nehézségei a beszéd-/nyelvhasználat területén mutatkoznak meg, függetlenül attól, hogy ezeknek háttérében biológiai vagy környezeti okok húzódnak meg. Ennek a „filozófiának” a mentén alakult át, illetve van átalakulóban a gyógypedagógiai/fejlesztőpedagógiai ellátás (pl. Förderschule Schwerpunkt Sprache Niedersachsen, Gutzmannschule Schwerpunkt Sprache, Langenhagen

stb). A modell más német nyelvű országokban is megjelent, így Ausztriában (Bécs) is, Svájcban pedig a Der Schweizerische Nationalfonds (SNF – Svájci Nemzeti Alapítvány) programként finanszírozza a Zürichi Egyetem Pszichológiai Intézetének Kognitív Neurotudományi részlegében folyó ilyen irányú és tartalmú projektet.

2.1.1.3. A német terminológiai rendszer értékelése

A német terminológiai rendszer a fentiekben ismertetett kettősséggel jellemezhető, ezek azonban nem állnak ellentmondásban egymással. A gyermekek/tanulók beszéd/nyelv szempontú problémakezelése nem zárja ki a klinikai irányultságú terminológia, a nevesített klinikai képek használatát az ellátási szükségletek biztosítására irányuló figyelemmel. Pozitívumaként kell megemlíteni, hogy ebben a keretben segítséget, szolgáltatást tud nyújtani a – német nyelvterületen társadalompolitikai problémaként is felmerülő – migrációs kérdés kezelésében, támogatva a migráns gyermekek/tanulók beilleszkedését, amely probléma egyébként kívül reked a „hagyományos” klinikai jellegű klasszifikáción. A rendszer folyamatosan korszerűsödik annak eredményeként, hogy a tudományos kutatások alapján a beszéd- és nyelvi zavarok jellemzőinek egyre mélyebb megismerésére van lehetőség. Ez a korszerűsödési folyamat pedig oktatási/képzési anyagokban, tankönyvekben, szakkönyvekben, valamint a szakemberképzésben egyaránt jelen van. (GROHNFELDT, 2007)

2.1.2. Diagnosztikai gyakorlat

2.1.2.1. Diagnosztikus intézményrendszer

Németországban nincs egységes intézményrendszere a logopédiai diagnosztikai ellátásnak. Az egyes szövetségi tartományokban helyi rendszerek alakultak ki, amelyek természetesen a szövetségi szintű oktatási törvény és az egészségügyi ellátórendszer szabályaihoz igazodnak. A szülők, az orvosok, a pedagógusok, valamint más szakemberek egyaránt kezdeményezhetik a vizsgálatok elindítását. Amennyiben az állapotfeltárás terápiás céllal az egészségügy keretében történik, ennek költségét a társadalombiztosítás (Krankenkasse) finanszírozza, és orvosi javaslatra a költségeket a szülőnek vissza is téríti.

Németországban az alábbi intézmények végeznek logopédiai diagnosztikai tevékenységet:

- a felsőoktatási intézmények mellett vagy annak részeként működő ambulanciák (pl. Dortmund),
- beszéd fogyatékosokat vizsgáló- és tanácsadó-állomások,

2. A beszéd- és nyelvi zavarok meghatározása, jellemzői és diagnosztizálása a nemzetközi gyakorlatban

- a szenzoros integrációs központok (pl. Zentrum für interdisziplinäre sensorische Integration, Bergen),
- a közoktatási intézmények (iskolák, óvodák) saját helyi rendszerei.

2.1.2.2. A diagnosztikai tevékenységben közreműködő szakemberek

A felsőfokú egyetemi (MA) végzettséggel rendelkező beszédgyógyító pedagógusok, tanárok (Spracheilpädagoge, Sprachheillehrer), valamint főiskolai kimeneten (BA) végzett beszédterapeuták, beszéd- és hangtanárok, logopédusok, továbbá pszichológus, orvos (különböző szakképzettséggel, kiemelten neurológus, gyermekorvos, foniáter, egyéb szükség szerint), ergoterapeuta, óvodapedagógus, tanító, tanár és a szociálpedagógus is szerephez jut ebben az interdiszciplináris felfogású logopédiai diagnosztikai rendszerben. *(A résztvevő szakemberek bemutatását lásd a 21. oldalon!)*

2.1.2.3. A logopédiai diagnosztikai folyamat

A logopédiai diagnosztikai folyamat olyan tudományos orientáltságú, módszertani lépéseken alapuló professzionális tevékenység, amelynek alapját a tudományos módszereken alapuló kiértékelés adja.

A módszertani lépések a következők:

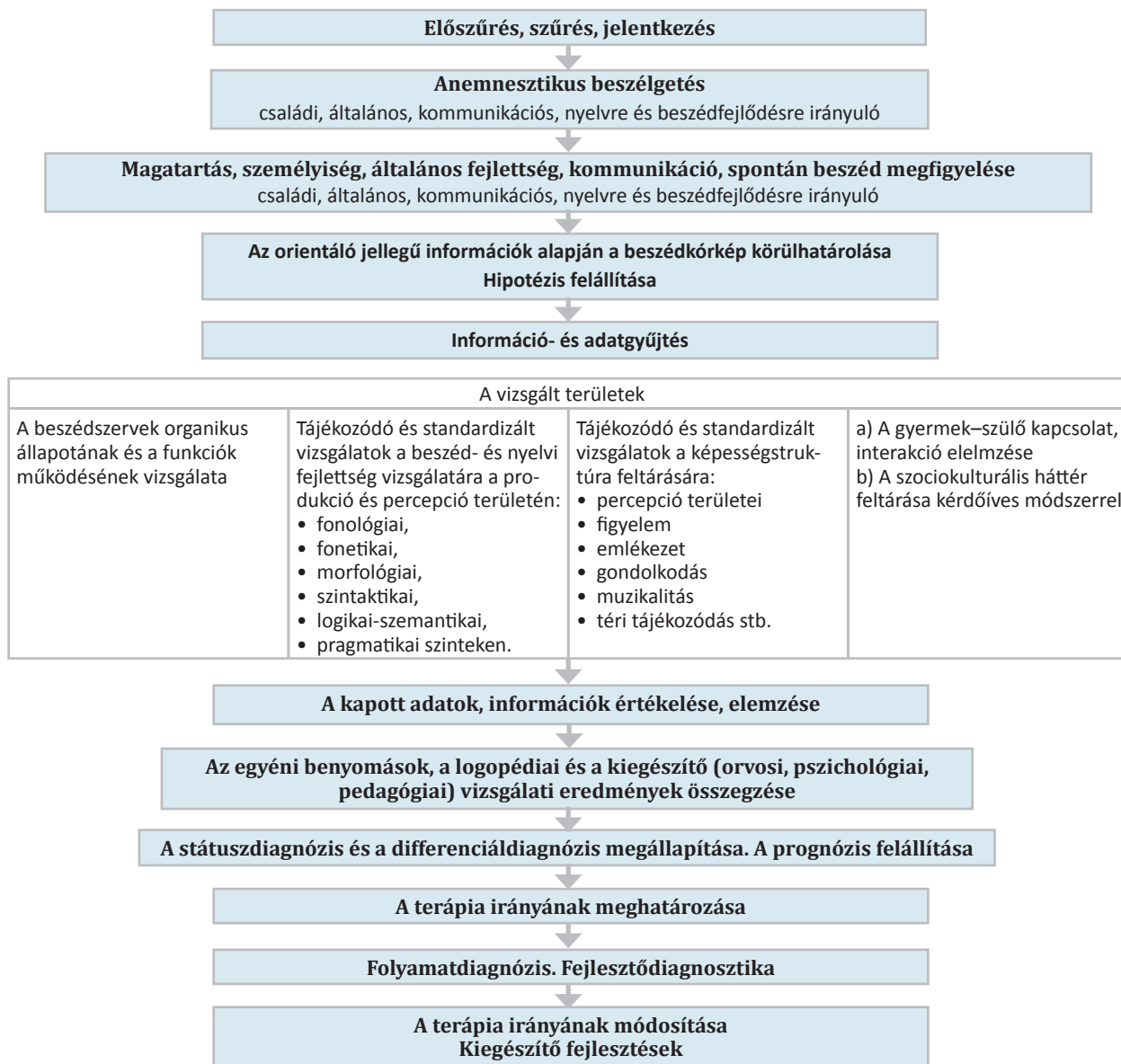
1. az érintett kommunikációs terület körülhatárolása, definiálása (ez a problémafelvetés),
2. a hipotézis felállítása,
3. a hipotézis „felülvizsgálata”, az ehhez szükséges vizsgálati módszerek kiválasztása (tesztek, kérdőívek, megfigyelések stb.),
4. az adatok gyűjtése,
5. az adatok elemzése,
6. az adatok értelmezése, a hipotézis bizonyítására vagy cáfolatára,
7. az adatok általánosítása, végkövetkeztetés, a diagnózis – státusz, differenciáldiagnózis felállítása. (NATION és ARAM, 1989, 45–55.)

A diagnosztikai tevékenység legfőbb céljai:

- a beszédképek körülhatárolása,
- a háttérben meghúzódó oki tényezők közötti összefüggések felismerése, értelmezése a terápiás célok megvalósulása érdekében.

A logopédiai diagnosztikai folyamat előbb felvázolt lépéseit Grohnfeldt (2002) az alábbiakkal bővíti ki (1. ábra).

1. ábra. A logopédiai diagnosztikai folyamat lépései (GROHNFELDT, 2002. 78.)

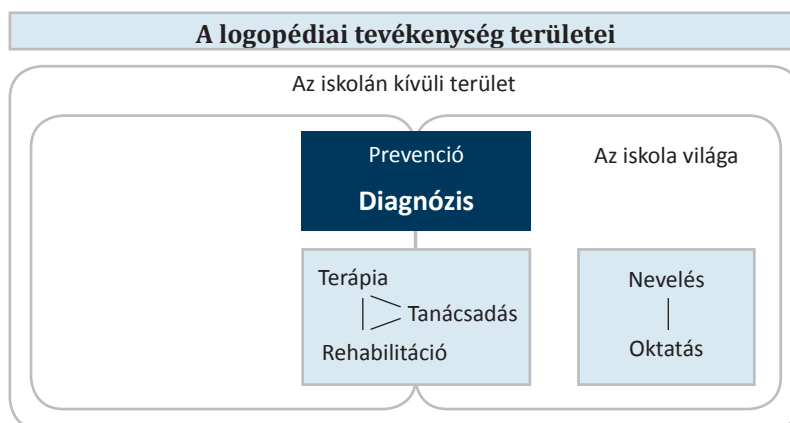


A fenti paradigma minden logopédiai kórkép vizsgálatára alkalmas általános érvénytel bíró diagnosztikai folyamatot vázol fel, amelybe a konkrét, feltételezett klinikai kórképnek megfelelő vizsgálatok behelyettesítése adja meg az elvégzendő diagnosztikai feladatok sorozatát. Így jut el a folyamat az előszűrési, szűrési kezdetektől a státuszdiagnózis felállításán, a differenciáldiagnózis megállapításán keresztül a korrekt adatok elemzésének, értelmezésének segítségével a korszerű fejlesztő/terápiás munka (feladatok, lépések), a terápia sikerét elősegítő prevenció munká megtervezéséhez, a prognózis felállításához.

A logopédiai diagnosztikai tevékenység területei és szerepe a logopédiai tevékenységek között

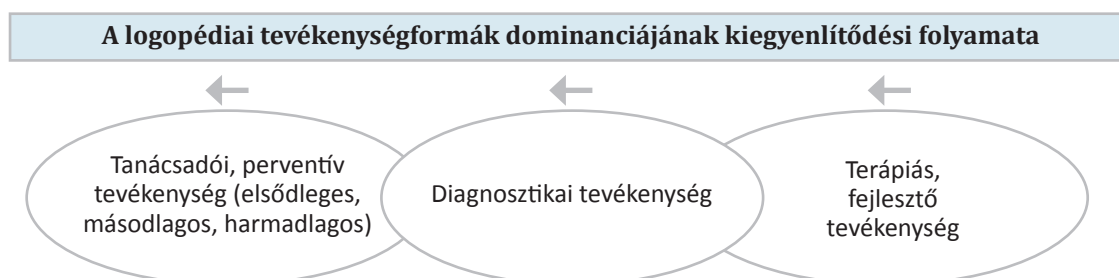
A logopédiai diagnosztikai tevékenység egyenrangú helyet foglal el a prevenció, a terápia, a tanácsadás és a rehabilitációs tevékenységek között. A 2. ábra igen szemléletesen mutatja be a német ellátórendszerben működő logopédiai tevékenységek egymáshoz való viszonyát, ezek megvalósulási színtereit, azaz azt, hogy a diagnosztikai folyamat egyaránt megvalósulhat az iskolai és az iskolán kívüli ellátási rendszerben is. Ez azt jelenti, hogy Németországban nem csak a közoktatás ellátórendszerében zajlik a diagnosztikai (terápiás) tevékenység, hanem az egészségügy keretein belül (egészségbiztosítás) is igénybe vehető.

2. ábra. A logopédiai tevékenység területei (GROHNFELDT, 2004, 65.)



A 3. ábra a diagnosztikai tevékenység helyét, dominanciáját, a tevékenységi súlypontok értelmezését mutatja be. A német logopédiai felfogásban a prevenció, a diagnosztika és a terápia egyenrangú szerepű, súlyú, amely egyedüli lehetséges módja a sikeres, individuális terápiás lehetőségek megteremtésének. Mindegyik tevékenységterület hatással van a másik céljainak, feladatainak sikeres megvalósulására: azaz a folyamat nem egyirányú, hanem oda-vissza ható, a pillanatnyi súlypont az ellátás szakaszának függvényében jelenik meg.

3. ábra. A logopédiai tevékenységformák egymáshoz való viszonya (GROHNFELDT, 2004, 80.)

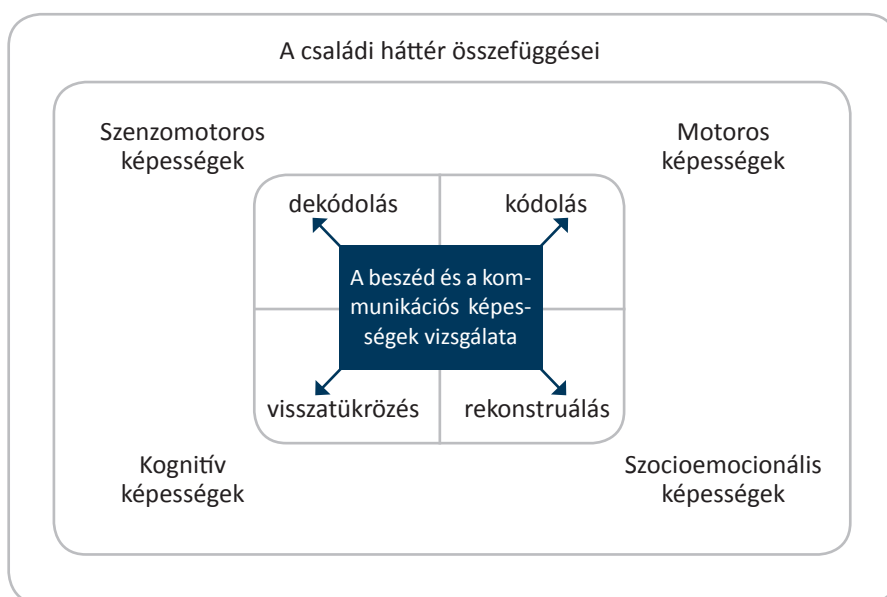


Grohnfeldt (2007) szerint a diagnosztikus tevékenység tartalma a diagnosztikus és terápiás célok megvalósulása érdekében az alábbiakban írható körül:

- a logopédiai általános vizsgálati paradigma ismerete,
- a konkrét beszédkórképre vonatkozó vizsgálatok (használati kritériumok) elméleti és gyakorlati ismerete,
- a hipotézisnek megfelelő vizsgálatok kiválasztása,
- a vizsgálatok elvégzése,
- az adatok kiértékelése, értelmezése, a diagnosztikus konklúziók levonása,
- a státuszdiagnózis, differenciáldiagnózis felállítása,
- a fejlesztődiagnosztika alkalmazása.

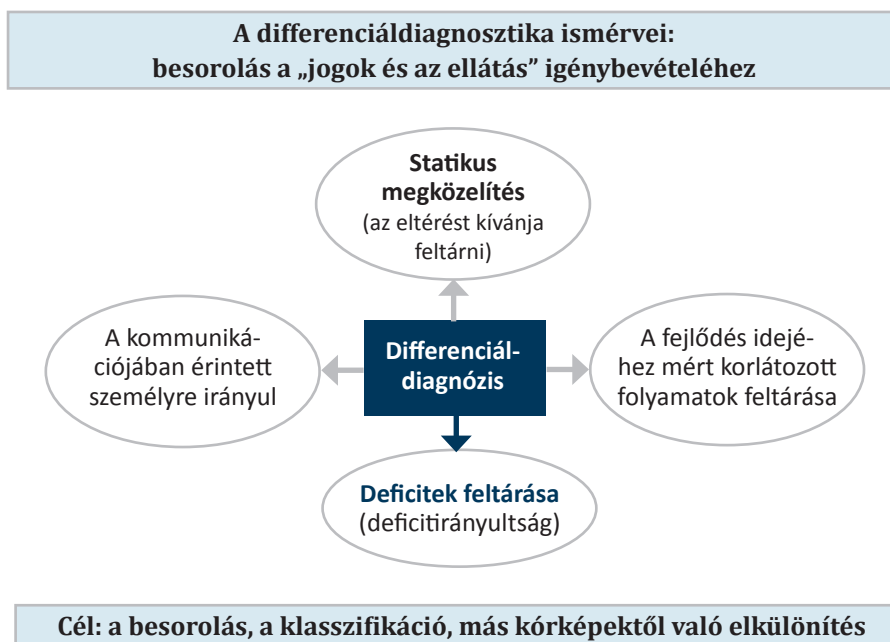
A logopédiai diagnosztikai folyamat tartalmát mutatja a 4. ábra, amely a beszéd- és a kommunikációs képességet a kódolás, dekódolás, rekonstruálás és a visszatükrözés oldaláról közelíti meg. Ennek megfelelően tér ki a motoros, a szenzoros, a kognitív és a szocioemocionális képességek vizsgálatára, amelyeket a családi, iskolai háttér összefüggéseinek felismerésén keresztül közelít meg egy-egy logopédiai kórkép feltárása során. Ebben az értelmezésben a diagnózis felállítása csak akkor lehet valid, ha a diagnosztikai folyamat kiterjed minden egyes tartalom megfelelő vizsgálatára, elemzésére, értékelésére.

4. ábra. A logopédiai diagnosztikai folyamat tartalma (GROHNFELDT, 2007, 69.)



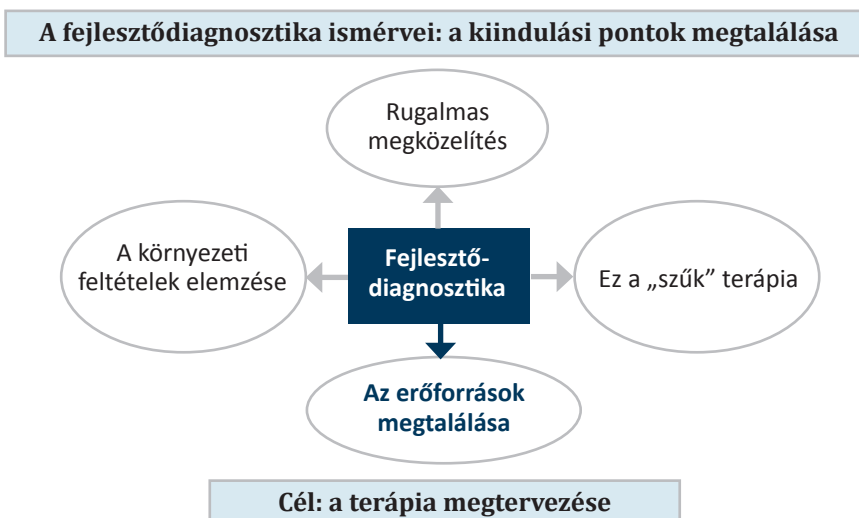
A szerző a *differenciáldiagnózist* (5. ábra) statikus megközelítésű diagnosztikus formaként értelmezi, amelynek egyetlen célja a besorolás, a klasszifikáció, más hasonló tüneteket mutató kórképektől való elkülönítés, a tipikus fejlődéshez mért korlátozottság feltárása és annak megállapítása, hogy a mutatkozó fejlődési eltérés pluszszolgáltatások igénybevételével vagy anélkül korrigálható-e a logopédiai ellátórendszerben. Ezért esik a súlypont a deficitekre (a magyar rendszerben a szakértői bizottságok dolgoznak ebben a diagnosztikus felfogásban és kategóriában, amely szükséges a terápia igénybevételéhez, de nem elégséges annak individuális megtervezéséhez).

5. ábra. A differenciáldiagnózis ismérvei GROHNFELDT, 2007, 68.)



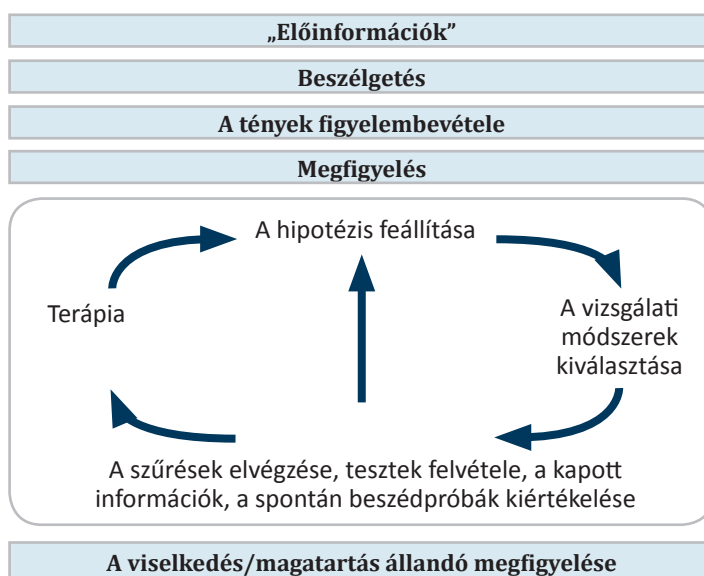
Ezzel szemben a *fejlesztődiagnosztikai folyamat* során a terápia megtervezéséhez szükséges támpontokat, erőforrásokat keresi a diagnosztika. Ennek érdekében nem csak a vizsgált személy kommunikációjára, nyelvi képességeinek, kogníciójának, értelmességének átfogó feltárására fókuszál, hanem a környezetet is górcső alá veszi, és keresi azokat az ok-okozati összefüggéseket, amelyek a tünetek keletkezésében, fennmaradásában, esetleges súlyosbodásában vagy megszűnésében szerepet játszhatnak (6. ábra a 18. oldalon).

6. ábra. A fejlesztődiagnosztika ismérvei GROHNFELDT, 2007, 67.)



A 7. ábra igen szemléletesen mutatja be az erre a koncepcióra támaszkodó fejlesztődiagnosztikai tevékenységek sorozatát. Ez az az intellektuális diagnosztikai folyamat, amelyet a logopédus a terápiás tevékenységi szakasz alatt is végez, egy állandó intellektuális készenlét, kontroll a saját, éppen zajló logopédiai tevékenység felett. Maximális elméleti, diagnosztikai, terápiás felkészültséget igényel a terapeutától, amely alapját képezi annak az analizáló és szintetizáló tevékenységnek, amelyet a fejlesztődiagnosztika igényel a logopédustól. Csak ebben a dinamikus felfogásban válhat képessé a szakember – a terápia hatására kialakuló vagy éppen ki nem alakuló – változó tünetek értelmezésére és az ennek megfelelő, adekvát diagnosztikus válaszok megadására (a szükséges területet a szükséges vizsgálóeljárással vizsgálja).

7. ábra. A fejlesztődiagnosztikai folyamat (GROHNFELDT, 2007, 68.)



A német diagnosztikai munkában a *differenciáldiagnosztika* (amely, mint láttuk, a kórkép besorolását hivatott megállapítani) és a *fejlesztődiagnosztikai* tevékenység nélkül ma már nem lehetséges sikeres, az erőforrásokra is támaszkodó, személyre szabott, individuális, nem csak a sérülésekre, deficitekre koncentráló, a specifikus szükségleteket figyelembe vevő terápia.

Ennek a fejlesztődiagnosztikus szemléletnek a megvalósulásához a német gyakorlat egyre inkább a *szupervízió* fontosságát hangsúlyozza, amely helyet kap már a szakemberek képzésében és a terápiás mindennapokban egyaránt. Ennek működtetésére igen szép példa a Dortmundi Egyetem beszédambulanciája⁴, amely a szupervíziós tevékenységét a terepen dolgozó logopédusok számára megvásárolható, igénybe vehető szolgáltatásként, továbbképzési lehetőségként kínálja (továbbképzések és tanácsadás formájában egyaránt).

2.1.2.4. Diagnosztikus eszközök és a megválasztásukat befolyásoló tényezők

A német rendszerben gazdag diagnosztikus eszközkészlet áll a szakemberek rendelkezésére. Ezek részben saját fejlesztésű eljárások, részben angolszász nyelvterületről átvett, standardizált tesztek, amelyeket erre szakosodott cégek forgalmaznak. Így a beszéd- és nyelvi zavarok, a beszéd fogyatékoság életkor-specifikus szempontokat is figyelembe vevő valid megítélése ebben a rendszerben igen jó szinten valósítható meg. Külön meg kell még említeni az olvasás, az írás, a számolási teljesítmény megítélésének pedagógiai diagnosztikai eljárásait, amelyek a pszichodiagnosztikai eljárásokkal együtt alkalmasak a teljesítmények, képességek/funkciók működési szintjének reális megbecsülésére.

A beszéd fogyatékoság problémája, a beszéd- és nyelvhasználat megítélésének diagnosztikus kérdései – a hazai gyakorlattól eltérő rendszerben – más fogyatékosági területeken az állapotfeltárással szoros összefüggésben jelennek meg. Az ún. *Kinderdiagnostiksystem 2* (KIDS-2 – Gyermekdiagnosztikai rendszer) (SARIMSKI és STEINHAUSEN, 2007) például az értelmi fogyatékoság és a súlyos fogyatékoságok, fejlődési zavarok feltárásának elvi és gyakorlati diagnosztikus kérdéseit tárgyalja. A „beszéd és kommunikáció” vizsgálati része tartalmazza azokat az eljárásokat, amelyek az értelmi állapottól és a sérülés mértékétől függetlenül alkalmazhatóak a nyelvi késés, egyéb beszéd- és nyelvi zavarok megléte esetén az egyéni állapotok és szükségletek meghatározására [pl. ELFRA; Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET)], és ajánlják azokat az eljárásokat, amelyeket más esetekben értelmileg kevésbé vagy egyáltalán nem érintett gyermekek/tanulók vizsgálatára dolgoztak ki. Ezek közé tartozik pl. német nyelvterületen a Heidelberger Sprachentwicklungstest (HSET) (GRIMM és SCHÖLER, 1978, 1991) vagy a hazai adaptáció (KAS és mtsai) nyomán KOFA néven rövidesen alkalmazható McArthur–Bates-skála.

4 Das Sprachtherapeutische Ambulatorium: <http://www.fk-reha.tu-dortmund.de/zbt/de/spa/index.html>

Hazai szempontból tanulságos ez a szemléletmód, mivel mögöttesen – kimondatlanul – itt is a fejlesztési terület középpontba állításának filozófiája jelenik meg, figyelembe véve a populáció specifikus nehézségeit a beszéd és kommunikáció, az állapot sajátosságainak megismerése kapcsán. Mindezt azért is tartjuk fontosnak megemlíteni, mert szakmai anyagunk összeállításakor – a hazai gyakorlat ismeretében – eltekintettünk a beszédfofogatékosság legsúlyosabb tüneti képét mutató – ép értelmű vagy értelmileg sérült – beszédképtelen gyermekek beszédállapot-feltárásának diagnosztikus vonatkozásaitól. A hazai és nemzetközi összehasonlítás viszonylatában ez is rávilágít a populációértelmezés és problémakezelés szakmai, módszertani és szemléletbeli különbségeire. A beszédképtelen gyermekek/tanulók ellátása a súlyosan halmozottan sérült népesség problémakezelésével kapcsolatban – a hazai jogszabályok értelmében beszédfofogatékosnak minősített gyermekek/tanulóktól eltérően – más szakértői háttéren jelenik meg a hazai rendszerben. Ellátásuk egyébként jól kidolgozott, az augmentatív kommunikációs technika alkalmazására épülő hazai modell keretében történik (KÁLMÁN, 2006).

Távlati feladataink részeként azonban a populációértelmezés, definiálás és egyéb szakmai tennivalók részeként nem hagyható figyelmen kívül a fejlesztésirányultságú szemlélet bázisán felépülő diagnosztikus módszertani repertoár újragondolása a „beszédfofogatékos” fogalom újszerű értelmezésével összhangban.

2.1.2.5. Összehasonlítás a hazai diagnosztikai modellel

Ma Németországban a beszédgyógyítás, a beszédgyógyító szakma és tevékenység nem tekinthető egységesnek, hiszen *nyolc különböző szakma* „verseng” a beszédgyógyító tevékenységért. Ennek oka többek között az egyes tartományok (16 tartomány) autonómiája, amely lehetővé teszi, hogy a tartományok saját törvényeikkel szabályozzák a beszédgyógyító szakemberek munkáját. A tartományi művelődési minisztériumok függetlenül döntenek oktatáspolitikájukról, például a tartományi oktatás formájáról és annak tartamáról is. Ennek logopédiai szempontú következménye, hogy az egyik tartományban szerzett „beszédgyógyító” diploma nem feltétlenül érvényes a másik tartományban is (ERDÉLYI, 2003). Alapvetően ezért nem lehet egységes német ellátásról, ellátást végző szakemberekről beszélni. (A képet csak tovább színezi a volt NDK területén képzett szakemberek megjelenése a rendszerben.)

A képzés

A szakemberképzés alapvetően kétféle tudományterületen zajlik.

1. A paramedikális területen, amely olyan beszédgyógyító szakembereket képez 3 éves, érettségire épülő szakképzési formában a medicina területéhez tartozó foniátria képzéshez kapcsolódóan, akik elsősorban az *egészségügyi ellátásban*, a betegbiztosítás által finanszírozott rendszerben végzik logopédiai tevékenységüket (Logopäd).
2. A neveléstudomány (pedagógia, gyógypedagógia), nyelvtudomány (beszédtudomány) területén BA vagy MA képzési kimenetű beszédgyógyító szakembereket képeznek – beszédgyógyító tanár (Sprachheillehrer), beszédterapeuta (Sprachtherapeuten), gyógypedagógus (Sprachheilpädagoge), beszédkutató (Diplom-Sprechwissenschaftler) –, akik elsősorban a *közoktatási ellátásban*, esetleg magánpraxisban működnek, de az ő tevékenységüket is alapvetően a betegbiztosítás finanszírozza.

A bemutatott, a beszédgyógyítás területén dolgozó foglalkozási csoportok gyógyítási munkaterülete (Sprachheilwesen) teljesen azonos. Munkájuk, legyen az bármelyik konkrét beszédgyógyító foglalkozás, a beszédükben akadályozott személyek társadalmi integrációja, személyiségfejlődésük elősegítése, kommunikációs kompetenciájuk létrehozása vagy rehabilitációja. Általánosságban az is elmondható, hogy mindnyájan elláthatnak bármely életkorú és kommunikációs zavart mutató pácienset. A különbség elsősorban a munkaterületen jelenik meg, ahol a gyógypedagógus a beszédben akadályozott fősokkal (Sprachheilpädagogen, Sprachheillehrern) elsősorban beszédjavító iskolákban (Sprachheilschulen) és osztályokban, beszédben akadályozottakkal foglalkozik, s így elsősorban általános iskolás és iskola-előkészítő korosztállyal kerül kapcsolatba.

A német helyzettel ellentétben Magyarországon a képzés egységes, hiszen minden képző intézmény a neveléstudományhoz tartozó gyógypedagógus-képzésben, BA kimeneti formában már négy képző helyen (Budapest, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Kaposvári Egyetem, Szegedi Tudományegyetem, Nyugat-magyarországi Egyetem) bocsájtja ki a gyógypedagógus, logopédiai szakterületen elnevezésű beszédgyógyító szakembereit.

A finanszírozás

A Német Szövetségi Köztársaságban 1969-ig a beszédgyógyítást pedagógiai feladatnak tekintették, így ennek költségeit az oktatásban illetékes minisztérium, a Ministerium für Soziales, Kultusministerium, Familienministerium (Szociális, Kulturális és Családügyi Minisztérium) viselte. 1970-től a „*beszédbeli akadályozottságot*” Németországban is betegségként értelmezik, ezért az ellátás finanszírozását ettől az esztendőktől fogva már a betegbiztosítási pénztárakra bízzák. Az 1974-es rehabilitációs törvény (Rehabilitation-sangleichungsgesetz) 10. §-a pedig már a beszédterápiát *orvosi terápiának* definiálja. Így lettek a betegbiztosítók a logopédiai ellátás elsődleges költségvállalói. A német diagnosztikus modell a „szükséges vagy nem szükséges a terápia” kérdés eldöntését elsősorban az orvosi diagnosztikára, illetve az erre alapozó döntésre bízta, függetlenül az érintettek életkorától, illetve attól, hogy a terápia az egészségügyben vagy az oktatásban valósul-e meg.

Mindezek ismeretében a diagnosztikus tevékenységek közötti különbség röviden az alábbiakban foglalható össze: Németországban a logopédiai (medicinális megközelítésű) és a gyógypedagógiai diagnosztika (pedagógiai megközelítésű) vizsgálati területe, felépítése, a fent már kifejtett okok miatt lényegében nem tér el egymástól, sőt több területen átfedések is felfedezhetőek. A különbség legmarkánsabban talán a gyakorlati háttérben ragadható meg. A logopédiai diagnosztika feladata a speciális terápiás terv megalapozása és a terápiás kontroll érvényesítése, amely azonban alapvetően a hang-, beszéd- és nyelvi zavarok orvosi megközelítésére épít. A gyógypedagógiai diagnosztika ugyan átveszi a klinikai-terápiás megközelítés elemeit, azonban mégis alapvetően a pedagógiai, iskolai, oktatási-nevelési keretek között valósul meg mint pedagógiai-terápiás fejlesztő diagnosztika.

A logopédiai kórképek *orvosi diagnosztikájának* 2001. július 1-jén kiadott *Irányelvei* [Heilmittelrichtlinien für allen Verordnungen für Heilmittelerbringer (logopädische, physiotherapeutische, ergotherapeutische Therapie, webográfia 7.)] az egészségügy keretein belül folyó diagnosztikai munkát írja le. A kiadvány tartalmaz egy logopédiai katalógust is a beszédkórképekről. Szerkezetében az „ok, cél, gyógyítás” hármásának tagolását követi: az ok (etiológia) meghatározása a sérülésspecifikus diagnózis után táruul fel, amely tartalmazza a tünetek pontos leírását (károsodás vagy funkciózavar) is. A célok a terápia során válnak egyértelművé, a gyógyítás módja, a megfelelő terápia/kezelés pedig az irányelv és a katalógus alapján kerül meghatározásra, kijelölésre. Az irányelv megfogalmazza a gyógypedagógiai terápia melletti logopédiai kezelés lehetőségét is, azaz mód van arra, hogy logopédiai terápiában részesüljön az érintett személy akkor is,

ha mellette már egyéb gyógypedagógiai terápiát is kap. Ebben az esetben ez csak úgy valósulhat meg, ha ezt orvos írja fel. Ez az Irányelv azonban nem felel meg a Német Logopédiai Szövetség (Deutscher Bundesverband für Logopädie) által kiadott logopédiai indikációs modellnek. Ez a szóban forgó modell tizennégy területet sorol fel: az észlelést (taktilitás, kineztezis, auditív, vizuális), a légzést, a tónust, a beszéd- és nyelvmotoriumot, az artikulációt, a fonációt, a beszéd folyamatosságot, a beszédértést, a beszédprodukción, az olvasás/írást, a kognitív teljesítményt, a gyógyulási folyamatot, a kommunikációs képességet és a segédeszköz-ellátást. Mindezek mellett a modern szakorvosi diagnosztika megkísérli a tünetegyütteseket egységes egészben szemlélni. Az irányelvek szerint a terápia megkezdéséhez szükséges egy speciális státuszdiagnosztika, amelyet a terápia során egy állandó folyamatdiagnosztikának kell követnie. (BRAUN, 2002).

Logopédiai diagnosztika

Az itt bemutatásra kerülő diagnosztikus modell lehetővé teszi a német ellátórendszerben megvalósuló egészségügyi és pedagógiai keretek között zajló „kettős ellátás” közötti különbség megértését. Tudnunk kell, hogy nem azonos képzési kimenetű szakember vizsgál (orvos, szakképzésben kiképzett logopédus) és látja el a klienst az egészségügy keretein belül, mint a közoktatás, az iskola világában, ahol a BA és MA szinten főleg a neveléstudomány keretein belül kiképzett Sprachheilpädagoge (beszédgyógyító pedagógus) és Sprachheillehrer (beszédgyógyító tanár) ennek a szakembere (lásd a különböző szinten kiképzett szakemberek felsorolását).

A beszédgyógyító pedagógiai („spracheilpädagogische”) koncepciójú diagnosztika – hasonlóan az orvosi diagnosztikához – a folyamatosan megvalósuló folyamatdiagnosztikára épít, amely a terápia szempontjából fontos nyelvi és kommunikációs képességek és hiányok adataira támaszkodik, és mindez kiegészül a gyermek szociális környezetéről nyert információkkal, az előélet adataival. A diagnosztika része az anamnézis, a játék- és beszéd-szituáció és a beszéd és viselkedés megfigyelése, a spontán beszéd analízise, a teljesítményt és nyelvi rendszert vizsgáló standardizált tesztek felvétele.

Ez az állomása a diagnosztikus folyamatnak *három részre* tagolódik:

- az első részben standardizált tesztanyagok segítségével felméri a nyelvi fejlettsége,
- a második részben szintén standardizált tesztanyagok segítségével felméri a nem nyelvi területek állapotát, végül pedig a szülő–gyermek interakciót elemzi.

A kapott adatokat a logopédiai lelet tartalmazza, amely:

1. a diagnózisból,
2. a logopédiai kórkép oki tényezőinek megnevezéséből,
3. a terápiás feladatok és tartalmak kifejtéséből áll.

Gyógypedagógiai diagnosztika

A német gyógypedagógia beszédgyógyítás ága – az orvosi szemléletű logopédiához hasonlóan – „terápiás” elméleti és gyakorlati tudományként értelmezi önmagát. Önmeghatározásában a pedagógiai, neveléstudományi megközelítés elsősorban a fejlesztések koncepciójának, elméleti kereteinek értelmezésében válik nyilvánvalóvá. A nyelvi zavarra irányuló diagnosztikus rendszer segítségével állítja fel a terápia számára is iránymutató differenciáldiagnózist. Így jöhet létre a klienst és a szülők szubjektív elbeszélését is figyelembe vevő, individuális terápiás modell, valamint a terapeuta számára fontos – a kórkép keletkezésére vonatkozó – magyarázat.

Az alkalmazott gyógypedagógiai diagnosztikának igen fontos eleme a fejlesztő koncepció, amely a következő kérdésekre kíván választ keresni, illetve megoldásokat találni:

- mi a fontos a mindennapi nyelvi érintkezéseink, a konkrét szociális érintkezéseink során;
- mi a fontos egy beszédserült gyermek személyiségfejlődésében.

A beszéd és kommunikáció gyógypedagógiai támogatása, megsegítése akkor indokolt, ha az érintett gyermek beszéde/kommunikációja olyan mértékben akadályozott, hogy többségi iskolai keretek között (speciális megsegítés nélkül) nem tud eredményesen részt venni az oktatásban. Ily módon ezeknek a gyermekeknek a gyógypedagógiai megsegítése lehet meghatározott ideig tartó, illetve a szükségletekhez igazodó (ameddig a gyermek igényli a megsegítést).

A gyógypedagógiai megsegítés diagnosztikájának legfontosabb általános célja a konkrét individuális pedagógiai-terápiás fejlesztési terv meghatározása. Ennek diagnosztikus szakaszai:

1. diagnosztikus fázis: az adott nyelvi zavar/akadályozottság körülhatárolása (differenciáldiagnózisa), illetve jellegzetes tüneteinek leírása:
 - a tanulási és fejlettségi állapot feltárása, a tanulási és teljesítménybeli zavarok meghatározása;
 - a gyermek és környezete közötti viszony analízise, amelyre az aktuális kommunikációs partnerekkel létrejövő kapcsolat megfigyelését, az interakció-analízist alapozzák.
2. diagnosztikus fázis: az egyéni fejlesztési terv/profil koncepcionális körülhatárolása, ahol a középpontban a nyelv és a kommunikáció területe áll, de szerepet kap a személyiségfejlődés támogatása is.
3. diagnosztikus fázis: az egyéni fejlesztési terv megfogalmazása, javaslat az iskolai pályafutást, a sikeres fejlesztést biztosító intézményre, valamint a terápiás, szociálpedagógiai, illetve egyéb szükségesnek ítélt intézkedésekre.

A diagnosztikus munka során nagy szerepet kapnak a gyógypedagógiai és a határtudományi elméleti alapvetések, a korszerű ismeret, a szaktudás, amely lehetővé teszi a tudományosan is alátámasztott hipotézisek megfogalmazását (pl. ilyenek a nyelvfejlődési

zavarok esetében a kognitív és nyelvfejlődési elméletek, afázia esetében a neurolingvisztikai alapvetések, a mutizmus esetében a pszichodinamikus elképzelések).

A gyógypedagógiai diagnosztika fejlődése

A *tradicionális* gyógypedagógiai és a logopédiai diagnosztika már a kezdeti, kialakuló szakaszában is a „tervezés” és az ezt megvalósító, erre épülő „kivitelezés” egységében értelmeződött. Azóta azonban megtörtént a koncepcióváltás a gyógypedagógiai diagnosztikában. A közelmúltban, időben egymáshoz nagyon közel, öt különböző terápiás koncepció fejlődött ki, amelyek különböző mértékben versenyeztek/versenyeznek egymással, illetve fedik le egymást a gyakorlatban.

A 70-es évek elején, a klinikai-pszichológiai diagnosztika befolyásának hatására megkísérelték a *tradicionális gyógypedagógiai diagnosztika* célértelmezését megváltoztatni.

A *döntéseméleti diagnosztikai-terápiás* modellben a diagnosztikai és a terápiás munkafázisokat úgy kapcsolják össze, hogy ez optimális alapját képezze a terápiás munka különböző lépései meghatározásának, kivitelezésének, kontrolljának. Ezáltal csak azok a tünetek és személyiségjegyek válnak a vizsgálat tárgyává, amelyeket az adott diagnózis, kezelési javaslat a terápia szempontjából relevánsnak tart. A tudományos kutatások eredményei alapján létrejött Kaminski-modell adaptálása is ezt a szemléletet tükrözi (idézi KROHNE és HOCK, 2007).

A *viselkedésvű diagnosztikai* elemek az előzővel majdnem egy időben szivárogtak be a német nyelvű gyógypedagógiába. A gyógypedagógiában az első viselkedésterápiás elemeket tartalmazó kísérletek szinte kizárólag csak a dadogásterápiák diagnosztikájára hatottak, azt voltak képesek befolyásolni. A gyógypedagógiai keretek között végzett viselkedésanalitikus és -terápiás módszerek alkalmazásának vizsgálata szintén a 70-es évekre tehető. A Kanfer-féle (1969) viselkedésanalitikus modell alkalmazása a gyógypedagógiai diagnosztika néhány területén megmaradt (mutizmus, dadogás, logofóbia), azonban a viselkedésanalitikus diagnosztikához és terápiához fűzött remények, összességében mégiscsak meghiúsultak (idézi GOLDSEIN és HERSEN, 2000).

A *neuropszichológiai differenciáldiagnosztika* a nyelvi zavarokat mint részképességzavart tekintő *neuropszichológiai felfogás* talaján fejlődött ki. A értelmezés a gyógypedagógiának is számos új elméleti magyarázatot adott, a nyelvi viselkedés függetlenségétől kezdve egészen az idegrendszeri funkciók értelmezéséig. A „Psycholinguistische Entwicklungstests” (pszicholingvisztikai fejlődési teszt) átvételét Angermaiertől egy berlini munkacsoport (BRAUN, 1978) végezte el, akik megkíséreltek egy pszicholingvisztikai irányultságú diagnosztikai-terápiás koncepciót felépíteni. Az empirikus összehasonlító vizsgálatok (KANITZ, 1979) a heidelbergi nyelvfejlődést vizsgáló teszt (Heidelberger Sprachentwicklungstest –

HSET) (GRIMM és SCHÖLER, 1978, 1991) gyakorlati kiértékelésével ezt a kezdeti tételt tudták tovább differenciálni. Az átvett pszicholingvisztikai modell relatív egyszerűsége ellenére azonban a tesztanyag kvalitatív kiértékelésekor nehézségek léphetnek fel a diagnosztikai munkában.

A tradicionális gyógypedagógiai logopédiai diagnosztika kritikus pontja az, hogy a beszéd- és nyelvi teljesítmény vizsgálatát, a nyelvelsajátítási kutatásokat a még nem teljes (nem minden nyelvi szintre és használatra kiterjedő) standardizált nyelvi tesztbateriákkal végezték. Ezeknek a kutatásoknak az eredményei készítették a német szakembereket a gyógypedagógiai diagnosztika újragondolására, a beszéd/nyelv szisztematikus elemzésére, analízisére. Itt az elméleti kiindulópont már a nyelv *interakcionista megközelítése*, amely a szemantikai és a grammatikai funkciók vizsgálatát egyaránt magába foglalja (FÜSSENICH, 1987).

A klinikai pszichológiában jelenleg az „egy módszeres” diagnosztika felől a „több módszeres” diagnosztika irányába való elmozdulás figyelhető meg. A többszintű mérés elmélete a gyógypedagógiai gyakorlatban is megmutatkozik. A több forrásból való munka egyre nagyobb teret kap a gyakorlatban is, vagyis ebben a megközelítésben a terápia sikere érdekében már nemcsak a terapeuta és a páciens véleménye számít, hanem a megfigyelő, a szociális környezet hatásának mérlegelése is.

Amikor a gyógypedagógiai hatékonyság multidimenzionálissá válik, megkérdőjeleződnek a gyógypedagógiai hatékonyság olyan fogalmai, mint „meggyógyított”, „javított”, „befolyásolható”. Körvonalazódik egy több módszerből felépülő eljárás szükségessége, ahol teret kapnak a pszichológiai, biológiai szempontok, az ebből nyerhető adatok (neuropszichológiai, pszichofiziológiai, biokémiai jegyek), annak érdekében, hogy átfogó képet kaphassunk egy adott beszéd-/nyelvi zavarról. A „több módszeres” gyógypedagógiai diagnosztika szélesebb alapú vizsgálati tapasztalat felhasználását teszi lehetővé, amely nagyobb biztonságot garantálhat a diagnosztikai döntések meghozatalánál (BRAUN, 2002).

A felvázolt német diagnosztikai fejlődési vonal – kisebb időeltolódással ugyan –, de a magyar logopédiában is nyomon követhető.

Az első, 1901-ben dokumentált Sarbó-féle tradicionális logopédiai diagnosztikai vizsgálatból (SARBÓ, 1901) kifejlődött magyar logopédiai diagnosztika határait már hazánkban is a 70-es évek óta feszegették a szakemberek. 1970-ben publikálta Meixner Ildikó és Palotás Gábor a *Logopédia jegyzet I.* vizsgálati fejezetét (MEIXNER és PALOTÁS, 1970). Ez a diagnosztikai felfogás elsődlegesen gyógypedagógiai, gyógypedagógiai-pszichológiai szempontú, de őrzi a tradicionális medicinális megközelítést is. Először tartalmazta az intelligencia, az olvasás-írás, a mozgás, a személyiség vizsgálatát is. Szintén itt találkozunk először a nyelv mindkét használati módjának (expresszív beszéd, beszédértés) különbségtételével is, igaz, még a teljesség igénye nélkül (VASSNÉ KOVÁCS és FEHÉRNÉ KOVÁCS, 2001).

Szemléletünk egyik legjelentősebb változását az 1990-ben megjelent, a Gyakorló Beszédjavító Intézet tanárai által összeállított *A logopédiai vizsgálat* című könyv eredményezte (FEKETÉNÉ GACSÓ, 1990), amely hozzáférhetősége révén lehetővé tette a szélesebb körű diagnosztikus tevékenység objektívebb feltételeinek megteremtését. E könyv folytatásának tekinthető a Juhász Ágnes szerkesztésében megjelent *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve* (JUHÁSZ, 2003), amely összefoglaló kötete hazánkban a logopédia gyakorlatában használt logopédiai vizsgálatoknak.

Napjainkban igen fontos az a pszicholingvisztikai, neurolingvisztikai, kognitív pszichológiai kutatási diagnosztikai irány, amely a német és angolszász felfogáshoz hasonlóan, a nyelv/nyelvhasználat szisztematikus megközelítését, elemzését helyezi a középpontba a beszéd- és nyelvi zavarok diagnosztizálása során. E felfogás már adaptált és magyar nyelvre kidolgozott standardizált tesztek, eljárások használatát tűzi ki célul a megbízhatóság, a tudományosság, a bizonyíthatóság érdekében (KAS és mtsai, 2010; LŐRIK és MAJERCSIK, 2011; LŐRIK és mtsai, 2011; KAS és mtsai, 2012).

A fejlődési irányok nálunk is hasonlóak, de a készültségi fok, a megvalósulás szintje eltérő. Alapvető különbség a német és a magyar diagnosztika között a vizsgálatot végző szakemberek végzettségében, a szervezeti formákban, a finanszírozásban, a konkrét módszerek kidolgozottságában, elterjedtségében, illetve a diagnosztikai folyamat elméleti alapvetéseinek gyakorlati szintű alkalmazásában mutatható ki. Hazánkban is elindultak ezek a pozitív folyamatok, de a magyar ellátás finanszírozásának, törvényi szabályozásának és a szakemberképzésnek a függvényében, ezekkel ok-okozati összefüggésben a logopédiai tevékenység különböző színterein a diagnosztikai munka (célja, feladata, tartalma stb.) eltérő, nem szabályozott hangsúlyokat és tartalmakat kap.

2.2. Kitekintés más európai gyakorlatokra

2.2.1. A Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) ajánlásai

A *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne* (CPLOL, angolul: Standing Liaison Committee of Speech and Language Therapists or Logopedists in the European Community)⁵ az Európai Unió logopédiai szakmai szervezete, amelyet 1988-ban 12 tagország logopédiai szakmai szervezetének küldöttei hoztak létre Párizsban. Azzal a céllal jött létre, hogy harmonizálja az unión belül a logopédiai

5 <http://www.cplol.eu/>

tevékenységek tartalmát. A szervezet jelenleg 19 európai országot képvisel, 21 szakmai és tudományos társasággal érdekeik közös érvényesítésére. Magyarországról a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesület (MLSZSZ) felvétele van folyamatban⁶.

Feladatai a kommunikációs zavarok definiálása, a kompetenciák összehasonlítása, a logopédusok szerepének és tevékenységének meghatározása, a logopédia orvosi és szociális hatásainak tisztázása, az irányelvek meghatározása az alapoktatás területén.

A CPLOL meghatározása szerint a *logopédus az a szakember, aki a kommunikációs zavarok megelőzésével, vizsgálatával, diagnosztikájával, terápiájával, kezelésével és ehhez kapcsolódó tudományos vizsgálatokkal foglalkozik*. Ezen kívül szerepet vállal a prevencióban, a szűrésben (nyelvfejlődési zavarok korai felismerésében), a rehabilitációs munkában és az analfabetizmus felszámolásában is. Az előzetes vizsgálatok és felmérések alapján feltárja a kommunikációs eltérés kiváltó okát, felállítja a differenciáldiagnózist és a prognózist, mindezek alapján dönt a terápia típusáról. Konzultál a kliensei házi orvosával és családjával egyaránt.

2.2.2 A szakmai tevékenység színtere

- Egészségügyi szektor: kórházakban, terápiás és rehabilitációs központokban, speciális orvosi-oktatási intézményekben, gyermekek számára fenntartott speciális központokban, gyermekpszichiátrián, szociális otthonokban
- Magánpraxis
- Oktatási szektor: speciális intézményekben, integrált iskolákban

Az európai uniós országokban a logopédusok az egészségügyi tárcák irányítása alá tartoznak (Dánia kivételével, ahol a logopédiai tevékenység az oktatási tárca felügyelete alatt áll). A logopédusok minden egyes országban dolgozhatnak kórházakban vagy egyéb egészségügyi intézményekben is. Dánia kivételével minden országban folytathatnak magánpraxist, illetve dolgozhatnak magánintézményekben és gazdasági vállalkozásoknál is. A közoktatás területén minden országban alapellátás a logopédia. Az iskolákban a logopédusok főállásban dolgoznak, de a legtöbb országban lehetőség van részmunkaidő vállalására is.

2.2.3. A kezelés finanszírozása

A legtöbb európai uniós országban 3 finanszírozási forma létezik:

- a szociális biztosítási rendszer,
- a magán-egészségügyi biztosítási rendszer,
- az állami vagy egyéb központi rendszer.

⁶ A tagok közé csak logopédusokat tömörítő szakmai szervezetet vesznek fel. Ilyen szervezete nem volt Magyarországnak, ezért kellett létrehozni a Magyar Logopédusok Szakmai Szövetsége Egyesületet.

A magánpraxisban a logopédusnak minden esetben szerződést kell kötnie valamelyik egészségbiztosítóval, csak ebben a formában válik jogosulttá a páciense arra, hogy terápiás költségeit visszatérítsék. Németországban és Luxemburgban alkalmazotti minőségben is kötelező a szerződéskötés. Az Egyesült Királyságban, Görögországban, Hollandiában, Portugáliában és Luxemburgban teljes visszatérítés jár a logopédiai vizsgálat után. Belgiumban, Németországban, Franciaországban, Görögországban, Portugáliában és az Egyesült Királyságban a visszatérítés csak részleges, azoknak jár, akik magán-egészségbiztosítással rendelkeznek. Ennek mértéke ezekben az országokban 60–90% között változik.

A logopédiai terápia költségeit teljes egészében visszatérítik Dániában, az Egyesült Királyságban, Görögországban, Luxemburgban, Hollandiában és Portugáliában. Részleges visszatérítés jár (60–90%) a magánbiztosítással rendelkező kezelteknek Belgiumban, Németországban, Franciaországban, Görögországban és az Egyesült Királyságban.

Hazánkban, mivel a logopédiai ellátás törvényi szinten csak a közoktatásban szabályozott, ennek értelmében a vizsgálatra, terápiára való jogosultság térítésmentes ellátást jelent az iskolaköteles korosztályhoz tartozó gyermekek és családjaik számára.

A felnőtt beszéd fogyatékos (beszéd fogyatékos személy) mint jogi kategória Magyarországon nem létezik. Ez kimaradt az 1998. évi XXVI. törvényből (*a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról*). Ennek következményeként az igen nagy létszámú, felnőtt életkorú „beszéd fogyatékos” csoport szinte teljesen kiesik a logopédiai ellátásból (vizsgálat, terápia), így annak támogatott finanszírozásából is, csak akkor támogatott a szolgáltatás, ha rehabilitációs intézményben foglalkoztatott logopédus végzi az ott ellátott személy terápiáját. Ez az a legkritikusabb pontja a magyar ellátásnak, több szakmai és civil szervezet tartja legfőbb feladatának ennek törvényi és szakmai rendezését.

2.2.4. A logopédiai tevékenység területei, funkciója és kompetenciahatárai

Szűrés és a prevenció

A logopédus feladata, hogy a nevelésen, információátadáson, tanácsadáson és a korai gyermekkorban való rendszeres szűréseken keresztül minden életkorban megelőzze a kommunikációs rendellenességek megjelenését és kialakulását. A szűrést csecsemőkorban, óvodáskorban és iskoláskorban végzik.

A diagnózis felállítása

A diagnózis felállításához szükség van a kliens kommunikációs képességeinek több szempontból való feltárására (általános és speciális anamnézis). Figyelembe kell venni a kliens

igényeit és egyéni szociális helyzetét. A diagnózis felállítása során a logopédus gyakran bevon más szakembereket is, csak így lehetséges a pontos differenciáldiagnózis. A diagnózis felállítása és a szükséges következtetések levonása után a logopédus meghatározza a terápiás célokat és a terápia menetét.

Terápia

A terápia fő célja, hogy a páciens (felnőttkorban) a terápia után képessé váljon az önálló életvitelre. Ez a kommunikációjában érintett személy terápiáját, a rehabilitációját, a szociális és munkakörnyezetbe való visszailleszkedés megkönnyítését, támogatását és a tanácsadást egyaránt jelenti. A kezelés formája lehet egyéni vagy csoportos, illetve a logopédus is dolgozhat egyedül vagy egy team tagjaként.

Ki írhat fel logopédiai vizsgálatot?

Logopédusok végezhetik a felmérést az Egyesült Királyságban, Írországban, Görögországban, Luxemburgban, Hollandiában és Portugáliában. Orvosok, foniáterek és időnként más szakemberek végezhetik ezt a tevékenységet Belgiumban, Németországban, Spanyolországban, Franciaországban és Olaszországban. Belgium és Németország kivételével a többi országban általános orvos vagy szakorvos (kivétel Görögország) írhatja fel, illetve lehet még konzulens az orthodontus is. (A fogorvos és a pszichológus sem lehet mindenütt konzulens pl. Belgiumban, Görögországban és Hollandiában nem.)

2.3. Az egyesült államokbeli szakterület terminológiai és diagnosztikai rendszere

2.3.1. Jelenség- és népszerűségi értelmezés

2.3.1.1. Definíciók. Gyakorisági adatok

Terminológiai téren az Egyesült Államokban alkalmazott definíciók és kategóriák nagyban eltérnek a magyarországi törvények és a szakma által alkalmazott kategóriáktól. Az Egyesült Államokban az *American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA – logopédusok és audiológusok szakmai szövetsége, a továbbiakban: ASHA) összefoglaló terminusként a *kommunikációs zavar* (communication disorder) terminust használja, és a következőképpen határozza meg (ASHA, 1993, webográfia 1.). A *kommunikációs zavar* a verbális, nem verbális és grafikus szimbólumrendszerekkel való üzenetküldés, -fogadás, -feldolgozás és -megértés képességének károsodása. Megjelenhet a hallás, nyelv és/vagy a beszéd

folyamataiban, lehet enyhébb vagy súlyosabb, szerzett vagy fejlődéses. Az egyes kommunikációs zavarok előfordulhatnak magukban vagy kombinációkban. A kommunikációs zavar elsődleges képességzavar (disability), de más zavarokhoz képest másodlagos is lehet.

A kommunikációs zavarok közé tartoznak

- a beszédzavarok,
- a nyelvi zavarok,
- a hallászavar,
- a centrális auditív feldolgozási zavarok.

A *beszédzavar* a beszédhangok ejtésének, a beszéd folyamatosságának vagy a fonációknak a károsodása. Altípusai:

- artikulációs zavarok,
- a beszédfolyamatosság zavarai,
- hangzavarok.

A *nyelvi zavar* a beszélt, írott és egyéb szimbólumrendszerek használatának és megértésének károsodása. A zavar kiterjedhet

- a nyelvi formára (fonológia, morfológia, szintaxis),
- a nyelvi tartalomra (szemantika) vagy
- a nyelv kommunikatív funkciójára (pragmatika) ezek bármilyen kombinációjában.

A *hallászavar* a fiziológiai hallási rendszer auditív érzékenysége károsodásának következménye. Korlátozhatja a beszéd és/vagy a nyelv elsajátítását, megtartását, megértését és használatát. A hallászavarokat az auditív információk felismerésének, észlelésének, megkülönböztetésének és megértésének nehézségei alapján osztályozzák. A hallássérült személyeket siketnek vagy nagyothallónak nevezhetjük.

A *centrális auditív feldolgozási zavar* a hallott információk feldolgozásának deficitje, mely nem tulajdonítható perifériás hallássérülésnek vagy intellektuális elmaradásnak. A *centrális auditív feldolgozási zavar* a hallható jelek információi átvitelének, elemzésének, szervezésének, átalakításának, elaborációjának, tárolásának és felidézésének a korlátozottsága (ASHA, 1993).

Ami az egyesült államokbeli törvényi kategóriákat illeti, az akadályozott személyek oktatását szabályzó szövetségi törvény, az *Individuals with Disabilities Education Act* (Fogyatékos Személyek Oktatási Törvénye, továbbiakban: IDEA) főkategóriaként a *gyermek képességzavarral* (fogyatékos gyermek) (children with disability) terminust használja, mellyel a gyerekek azon csoportját jelöli ki, akik képességzavaruk miatt sajátos oktatási-nevelési helyzeteket és módszereket igényelnek. A felsorolt képességzavarok:

- mentális retardáció/intellektuális képességzavar,
- hallászavar,
- **beszéd- és nyelvi zavarok,**

- látászavar,
- súlyos emocionális zavarok,
- mozgászavarok,
- autizmus,
- traumatikus agysérülés,
- egyéb egészségkárosodások,
- specifikus tanulási zavarok.

A kommunikációs zavarok közé tartozó négy nagyobb csoport közül tehát a törvény hármat – beszéd-, nyelvi és hallászavarok – önállóan nevesít, a centrális auditív zavarokat pedig egy másik kategória, a specifikus tanulási zavarok alá sorolja. Látható tehát, hogy a beszéd- és nyelvi zavarok tekintetében az Egyesült Államokban a szakmában és a törvénykezésben használt terminusok alapvetően harmonizálnak. (IDEA, 2004, webográfia 8.)

Az óvodáskorúak közti előfordulási arány 2-19% (NELSON és mtsai, 2006), a specifikus nyelvi zavar (specific language impairment – SLI) gyakorisága 7-8%. (ASHA, 2008, webográfia 4.)

2.3.1.2. A diagnosztikában alkalmazott klasszifikációs rendszer

Az Egyesült Államokban nincs törvény által előírt klasszifikációs rendszer, használatban van viszont egy oktatásdiagnosztikai kézikönyv, az *Educator's Diagnostic Manual of Disabilities and Disorders* (EDM – Képességszavarokkal foglalkozó diagnosztikus kézikönyv pedagógusok számára, továbbiakban: EDM), amely harmonizál a törvényi kategóriákkal, részletes definíciókat, diagnosztikai kódrendszert ad, mely a medicinális rendszereknél – pl. BNO–10 és DSM–IV – jóval differenciáltabb és pontosabb besorolást és fejlesztőmunkát tesz lehetővé (PIERANGELO és GIULIANI, 2007). Az EDM-nek és az IDEA-nak fontos vonása, hogy a speciális oktatáshoz/neveléshez való hozzáférést nem köti képességszavarok típusaihoz, hanem az egyes egyéni esetekben a klinikai kép súlyossága és a gyermeket ért hátrány/akadályoztatás mértéke alapján dönt erről. Tehát bármely, a beszéd- és nyelvi zavarok alá tartozó zavar megállapításakor dönthetnek arról, hogy a gyermek speciális oktatást vagy csak bizonyos segítő szolgáltatást (a speciális oktatás és a segítő szolgáltatások köre pontosan meghatározott) igényel-e. Utóbbi esetben a gyermek nem tartozik a törvény által nevesített *gyermek képességszavarral* (fogyatékos gyermek) (child with disability) kategóriába. Az EDM az alábbi főcsoportokat tartalmazza a beszéd- és nyelvi zavarok kategóriáján belül (a részletes, alkategóriákat is tartalmazó kódlista a mellékletben található).

Beszéd- és nyelvi zavarok (EDM-kód: SL)

- Verbális apraxia (SL 1.00)
- Artikulációs zavarok (SL 2.00)

- Fonológiai zavarok (SL 3.00)
- Beszédfolyamatossági zavarok (SL 4.00)
- Hangképzési zavarok (SL 5.00)
- Dizartria (SL 6.00)
- Afázia (SL 7.00)
- Centrális auditív feldolgozási zavar (SL 8.00)
- Nyelvi késés (SL 9.00)
- Expresszív nyelvi zavar (SL 10.00)
- Receptív nyelvi zavar (SL 11.00)

2.3.1.3. A terminológiai rendszer értékelése

Az EDM jóval kidolgozottabb, részletesebb a BNO-nál. Ennélfogva felhívja a figyelmet a finom kategóriák közti különbségtétel szükségességére, illetve az ennek alapjául szolgáló részletes és objektív diagnosztikai eszközök fejlesztésére. A hazai diagnosztikai hagyomány szempontjából a legjelentősebb jellemzője, hogy világosan elkülöníti a beszédzavarokat a nyelvi zavaroktól és következetesen alkalmazza az életkori kritériumokat is. Így elkülöníthető a nyelvi késés a nyelvi zavaroktól, a nyelvi zavarok a beszédapraxiától, az artikulációs zavarok a fonológiai zavaroktól, és differenciálhatóak az egyes nyelvi szintek zavarai, ráadásul interakcióban a nyelvhasználat modalitásaival.

2.3.2. Diagnosztikai gyakorlat

2.3.2.1. Diagnosztikus intézményrendszer

Az Egyesült Államokban nem működnek külön a beszéd- és nyelvi zavarok diagnosztizálására szakosodott intézmények/centrumok. A feladat az állami és a helyi oktatási önkormányzatokhoz (State Educational Agency – SEA; illetve Local Educational Agency – LEA) van rendelve. A képességzavar megállapítását célzó diagnosztikai tevékenységet a közoktatási intézményekben dolgozó szakértőkből álló eseti teamek látják el munkaköri alapfeladatként. A közoktatási intézmények tartalmi fejlesztését tanácsadó-oktatásfejlesztő intézmények, az ún. Educational Service Agencies (Oktatási Szolgáltató Ügynökségek) végzik, melyek az oktatásban dolgozók továbbképzéséért, az oktatásban hasznosuló tudományos kutatásokért felelősek. Az akadályozott személyek ellátását, így a diagnosztikát is végző közintézmények működését az IDEA szabályozza. A közoktatási intézményeket általában önálló finanszírozású (adószedésre jogosult) helyi oktatási önkormányzatok (Local Education

Agency vagy School District) működtetik, az oktatás finanszírozása tehát helyi, közvetlenül oktatási célra befizetett adókból történik. A helyi oktatási önkormányzatok szakmai, technikai felügyeletét az állami oktatási ügynökségek (State Education Agency) látják el.

2.3.2.2. A diagnosztikában közreműködő szakemberek

A beszéd és nyelv patológiájával foglalkozó szakembereken (speech/language pathologist, a mi nyelvhasználatunkban logopédusok) kívül a diagnosztikus folyamatban iskolapszichológusok és többségi pedagógusok is közreműködnek. A logopédus master vagy PhD végzettségű, ezen felül az ASHA szakmai bizottsága előtt tett vizsgához, meghatározott idejű szupervízió alatt végzett munkához kötött klinikai kompetenciabizonyítvány (Certificate of Clinical Competence) birtokosa. E klinikai kompetenciabizonyítvány érvényességének fenntartásához a logopédusoknak háromévenként 30 óra klinikai vagy tudományos továbbképzést, kutatómunkát kell igazolniuk. Az iskolák állandó státuszban foglalkoztatnak logopédusokat és iskolapszichológusokat, akiknek az egyik fő munkaköri feladata a diagnosztika, de a team esetleg kiegészülhet más szakértőkkel is.

2.3.2.3. A diagnosztikus folyamat

A beszéd- vagy nyelvi zavar fennállását, illetve az emiatti sajátos nevelési/oktatási igény megállapítását célzó vizsgálatot a szülő vagy az oktatási intézmény kérheti panasz/alulteljesítés esetén. A szülő beleegyezése nyomán a gyermeket ellátó oktatási intézmény szervezi meg a vizsgálatot végző teamet, melynek tagja a gyermek pedagógusán és a szülőn kívül a logopédus és az iskolapszichológus. A vizsgálatok helyszíne a gyermeket oktató/nevelő intézmény. A vizsgálat az ahhoz való szülői hozzájárulással indulhat meg, ettől számított 60 napon belül a vizsgálati folyamatot be kell fejezni. A szülő többek között a National Dissemination Center for Children with Disabilities (NICHCY – Foglyatékos Gyermekek Nemzeti Információs Központja) weboldaláról tájékozódhat a diagnosztikai folyamat pontos lépéseiről. A diagnosztikus team első lépésként összegyűjti az elérhető korábbi adatokat, orvosi leleteket, vizsgálati eredményeket. A team önmagában ezek alapján, vizsgálat nélkül is dönthet, de ha a szülő ragaszkodik a vizsgálatához, el kell végeznie azt. A vizsgálati módszereket a szakemberek a vizsgálati kérdés alapján választják meg. A törvényi szabályozás (IDEA) kötelezővé teszi többféle eljárás és információforrás használatát: megfigyelés, interjú, tesztek, pedagógiai vizsgálatok egyénileg és csoportban, logopédus, iskolai pedagógus, szülő és a gyerek bevonásával. A team egy tagja a rendszeres oktatási környezetében megfigyeli a gyermeket. A vizsgálati folyamat lezárásaként

rendszerint összeül a team, ahol a vizsgáló szakemberek elmagyarázzák a szülőnek a vizsgálatok eredményét, és közösen alakítják ki a végső döntést. Elkészül egy vizsgálati jelentés (evaluation report), amely egyrészt megállapítja (vagy cáfolja) a gyermek akadályozott státuszát, másrészt az összes szükséges információt tartalmazza, amely a gyermek majdani egyéni fejlesztési tervének (Individual Education Plan – IEP) alapját képezi. A szülőnek, ha nem egyezik a véleménye a szakemberekével, jogában áll független vizsgálatot kérni. A törvény rendszeres, legfeljebb háromévenkénti vagy szükség szerint gyakrabban elvégzett kontrollvizsgálatot ír elő. A diagnosztikus folyamat szerepe az ellátáshoz való hozzáférésben alapvető, az IDEA 2004 értelmében speciális oktatásban csak a teljes körű vizsgálat alapján dokumentált képességzavar esetén részesülhet a gyermek.

2.3.2.4. Diagnosztikus eszközök és a megválasztásukat befolyásoló tényezők

Sem a törvényi szabályozás, sem az irányadó szakmai szervezet nem ír elő hivatalos diagnosztikus protokollt, utóbbi azonban általános irányelveket fogalmaz meg a diagnosztikus folyamat főbb tényezőire nézve. Ezek:

- A vizsgálat céljait és feladatait a WHO *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (2001) kerete adja meg (nálunk: A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, FNO).
- A vizsgálat statikus és dinamikus, azaz adott időpontra vagy időbeli változásokra vonatkozó elemeket tartalmazhat.
- A vizsgálat szükségletorientált, azaz a vizsgált gyermek és családja céljait és igényeit tartja szem előtt.
- Az alkalmazott módszerek ökológiailag érvényesek, életkornak, egészségügyi helyzetnek, képzettségnek, társadalmi helyzetnek, kultúrának, szenzoros, nyelvi képességeknek megfelelőek.
- Fontos szerepet kap a tanácsadás és a konzultáció a partnerek (vizsgált személy, szülők, pedagógus, diagnoszta) között.
- Többféle információforrás használata ajánlott: egyéni vizsgálat, csoportban végzett megfigyelés stb. (ASHA, 2004, webográfia 2.)

Az első kivizsgálás teljes és egyéni kell, hogy legyen, hogy ne csak a képességzavar tényét állapítsa meg, hanem a fejlesztés irányait is kijelölhesse. Ennek érdekében ki kell terjednie a gyermek

- egészségügyi státuszára,
 - o látás- és hallásállapotára,
 - o szociális és érzelmi státuszára,

- o általános intelligenciájára,
- o iskolai teljesítményére,
- o kommunikációs képességeire,
- o motoros képességeire.

A *diagnosztikus módszerek megválasztása* ezen túlmenően az adott szakember szakmai kompetenciájába tartozik. A választás segíti logopédusok esetében többek között a beszéd- és nyelvi fejlettség vizsgálóeljárásainak és az életkorokra bontott normaadatokat adatszűrés, az ASHA által kiadott *Developmental Norms for Speech and Language* (ASHA, 2012a, webográfia 5.) és a *Directory of Speech-Language Pathology Assessment Instruments* (ASHA, 2012b, webográfia 6.), illetve a logopédiai diagnosztikával foglalkozó külön kézikönyvek segítenek (pl. SHIPLEY és McAFEE, 2004). Utóbbi kézikönyv a következő áttekintést adja a beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálati területeiről:

- Általános eljárások a kommunikációs zavar vizsgálatához
 - o Orofaciális struktúra és funkció vizsgálata
 - o Társalgási és narratív beszédminta elemzése
 - Beszédráta értékelése
 - Beszédérthetőség felmérése
 - o Beszédismérlés
 - o Hangos olvasás megfigyelése
- A nyelvi képesség vizsgálata
- Artikulációs és fonológiai zavarok vizsgálata
- A beszédfolyamatosság vizsgálata
- A hang és rezonancia vizsgálata

A beszéd-nyelvi képesség vizsgálatának alapja a társalgási és a narratív beszéd elemzése, mely természetes kommunikációs helyzetben, mégis objektív, kvantitatív mutatók elemzésével igyekszik felmérni a gyermek fejlettségét. Ennek során – nyilván a vizsgálatot kezdeményező panasz figyelembevételével – a szakember hipotéziseket állít fel a zavar területére és jellegére nézve, melyeket a későbbiekben a nyelvi képességre, az artikulációra, a beszédfolyamatosságra, a hangra és rezonanciára irányuló specifikus, strukturált vizsgáló-eljárásokkal tesztelhet.

2.3.2.5. Összehasonítás a hazai diagnosztikai modellel

Az alapvető eltérés a szervezeti formában, az alkalmazott módszerekben, az idő- és energia-ráfordításban és a szülők kezelésében tapasztalható:

- A szervezeti keret a gyermeket oktató közoktatási intézmény, nem pedig külön centrumok.

- A vizsgálatot végző teamnek tagja a gyermek szülője is.
- Nagy hangsúlyt helyeznek az oktatási körülmények megfigyelés útján történő megismerésére.
- Sokféle differenciált, standardizált teszt áll rendelkezésre.
- A vizsgálat időkerete és szervezési formája lehetővé teszi a több ülésben, többféle szempontot és módszert alkalmazó, vizsgálaton alapuló, részletes konzultációt követő döntés meghozatalát.

3. A hazánkban aktuálisan megvalósuló diagnosztikus gyakorlat⁷

A hazai ellátásban megjelenő gyermek- és tanulónépeség vonatkozásában a *beszédfo- gyatékos gyermekek/tanulók előfordulási gyakoriságát illetően értékelhető statisztikai adat nem áll rendelkezésre*. Ennek hátterében többek között a terminológiahasználat rendezet- lensége, pontatlansága húzódik meg, valamint az a differenciáldiagnosztikai probléma, amelyet a beszéd- és nyelvi zavarok, beszédfo- gyatékoság és más fejlődési zavarok együttjá- rása, valamint az állapotfeltárás módszertani kérdéseinek hiányossága jelent. Jól szemlélteti ezt a helyzetet pl. a Nógrád megyében történt adatgyűjtés – egy OECD-projekt keretében – 3–16 éves gyermekek körében a fogyatékoság/tanulási nehézség/ hátrányos helyzet SNI nemzetközi definícióját alkotó elemekkel kapcsolatban (CSÁNYI, 2007), ahol a beszéd- fogyatékos kategória a speciális iskolák és osztályok populációjában érintőlegesen kerül említésre avval a sajátossággal, hogy 8+15=23%-nyi az arányuk. 8% a „hátrányos helyzetű tanuló”, 15% pedig a „nem hátrányos helyzetű” tanuló alcsoportokban kerül említésre, de hogy valójában kik ezek a tanulók, milyen beszéd-/nyelvi problémájuk miatt kerültek besorolásra, a felmérésből nem derül ki. Emellett pedig „az integrált tanulók százalékos megoszlása típusok szerint” táblázat alapján a diszlexiás tanulók előfordulási gyakoriságát tudhatjuk meg (37,6%) az enyhén értelmi fogyatékos (27,9%), a tanulási, magatartási és beilleszkedési nehézséggel küzdő (21,2%), az SNI [4,7; (?)] és nagyothalló gyermekek (2,7%) között. Az anyag helyesen állapítja meg, hogy az OECD SNI felosztása hazai körülmények között „nem releváns, nem tudjuk elkülönült entitásként felfogni a hátrányos helyzetűek csoportját”, no meg a beszédfo- gyatékos, beszéd-/nyelvi zavarok miatt SNI minősítésben részesítettek csoportját sem.

A hazai helyzet másik adaléka, hogy a korai intervenció intézményrendszerének áttekin- tése teljességgel mellőzte a korai logopédiai ellátásba bevont gyermekek csoportját, prob- lémaít, az ellátórendszer fehér foltjának feltérképezését (KEREKI és LANNERT, 2009).

Mivel az 1993. évi közoktatási törvény – és ennek áthagyományozása miatt – a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény a különleges gondozást igénylő sajátos nevelési igényű gyermekek egy csoportjaként nevesíti a kiemelt közoktatási támogatást igénylő beszédfo- gyatékos gyermeket/tanulót, a diagnosztikus protokoll korszerűsítése valójában a terminológia korszerűsítésével párhuzamosan, egy (legalább) kétlépcsős folyamat függ- vényében képzelhető el – a hazai és nemzetközi terminológiát és protokollrendszereket

⁷ Jelen munka háttéranyagát képezi az az anyag, amelyben Beszédvizsgáló Országos Szakértői és Rehabilitációs Bizottság részéről Csabay Katalin mutatta be a hazánkban aktuálisan megvalósuló diagnosztikus gyakorlatot. Ennek tartalmát munkaanyagunk nem tárgyalja, azonban a megújításra irányuló törekvések bemutatásának különböző rész kérdései reflexiónak tekinthetők ezzel kapcsolatban.

összehangoló szakmai konszenzus alapján. Ennek tengelyében fogalmazódik meg az a javaslat (lásd a 4. fejezetben), hogy **a törvényi szabályozás dokumentumaiban a sajátos nevelési igényű gyermek/tanuló körbe sorolt „beszéd fogyatékos gyermek/tanuló” megnevezést a „beszéd- és nyelvi zavar” miatt sajátos nevelési igényű gyermek/tanuló megnevezés váltsa fel**, minthogy a „beszéd fogyatékos” minősítés a populációt nem fedi le megfelelően; továbbá sem a diagnosztikus gyakorlatban, sem az ellátórendszerbenem tudja jól kezelni a verbális funkció hangsúlyos érintettségét hordozó, a különböző életkorokban sokszínű zavar, jelenség formájában megjelenő kommunikációs akadályozottságot. A jelenlegi diagnosztikus gyakorlat egyértelműen visszaigazolja azt is, hogy a gyermekek/tanulók gyakran téves megítélésből, diagnosztizálási hiányosságokból adódóan nem az állapotuknak, problémáiknak megfelelő ellátásban részesülnek. Beszéd-/nyelvi zavaraiik ugyanis együtt járnak egyéb tanulási képesség- és teljesítményzavarokkal, a viselkedésszerveződés és magatartás-szabályozás zavaraiival, amelyek sok esetben elfedik az alapproblémát.

4. **Javaslat a beszéd- és nyelvi zavarok terminológiai rendszerének és diagnosztikus protokolljának fejlesztéséhez**

4.1. *Logopédiai terminológia és diagnosztikai kódok*

4.1.1. Problémafelvetés

A következőkben a beszéd- és nyelvi zavarok terminológiájának és diagnosztikai kódrendszerének alapvető átforgalmazására teszünk javaslatot. Ennek oka az, hogy jelenleg a hazánkban e téren alkalmazott kategóriák több szempontból alkalmatlanok a differenciált diagnózisra és a fejlesztés tervezésére. A jelenleg használt elnevezések legnagyobb problémái, hogy nem alkotnak egységes rendszert, hiányzik vagy elavult a mögöttük álló elméleti koncepció, nem veszik figyelembe az egyes életkori szakaszok eltérő fejlődési jellemzőit, tartalmilag tisztázatlanok, nem tükrözik a WHO-terminológia alapjait, átfedéseket mutatnak, miközben egyes jelenségeket nem vagy csak felszínesen fednek le. Ez a terminológiai káosz a nyelv fejlődési zavarai terén a legkifejezettebb, vö. a *beszédben akadályozottság*, *megkésett beszédfejlődés*, *akadályozott beszédfejlődés*, *diszfázia*, *beszédészlelési és -megértési zavar* megnevezéseket. Egyik sem tükrözi a beszéd- és nyelvi képesség elvi elkülönítését, melyet pedig F. de Saussure már a XX. század első éveiben megfogalmazott, és amelyet a modern szemléletű logopédiai diagnosztikai rendszernek szem előtt kell tartania (lásd pl. ASHA, 1993, webográfia 1. meghatározásait).

A *beszédben akadályozottság* egyfajta főfogalom lenne, ám nem veszi tekintetbe a WHO-terminológiát, amelyben az *akadályozottság* a társadalmi participáció szintjén megjelenő nehézségeket jelző fogalom, amelyet elvi szempontból helytelen az egyént jellemző funkciók szintjét érintő elmaradásokra alkalmazni; ugyanez vonatkozik az *akadályozott beszédfejlődés* elnevezésre is, melyet a diszfázia szinonimájaként is használnak. A *megkésett beszédfejlődés* és a *fejlődési diszfázia* elnevezés hazai használata nemzetközileg egyedülálló: hagyomány szerint előbbi az enyhe, csak mennyiségi jellegű, expresszív lexikai és fonológiai elmaradás, míg utóbbi a súlyosabb, minőségi jellegű, expresszív és/vagy receptív, a nyelvtani szinteket is érintő elmaradás szindrómájának elnevezése. E distinkcióval a pontos elhatárolási kritériumok hiányán felül több probléma is van, melyek közül a legsúlyosabb, hogy több szempontot mos össze, így nehezítve a pontos értelmezést. E szempontok

1. az elmaradás jellege (minőségi vagy mennyiségi),
2. a súlyosság,

3. az érintett nyelvi szintek és
4. az érintett nyelvhasználati modalitások.

E megkülönböztetés impliciten számos hamis állítást implikál, többek közt azt, hogy a nyelvi elmaradásban bizonyos nyelvi szintek és modalitások, így a morfoszintaxis és a receptív oldal zavara szükségszerűen súlyos és minőségi eltérés, nem képzelhető el enyhébb, időbeli elmaradás a megértésben, illetve a nyelvtani képességekben. Ez pedig nyilvánvalóan nincs így. Azt is implikálja, hogy a fejlődés időbeli elmaradása (minőségi deviancia nélkül) önmagában nem súlyos probléma, holott ez sincs így; a fejlődés jelentős mértékű késése önmagában súlyos zavart okozhat. A fenti négy szempont tehát nem mutat szoros együttjárást, így szétválasztásuk és pontosításuk elkerülhetetlen. A *beszédészlelési és -megértési zavar* megnevezés lényegében egy szükségtelenül redundáns, ezzel együtt túl általános parafrázisa a *receptív nyelvi zavar* kifejezésnek, hiszen az észleléstől a megértésig lefedi az egész receptív folyamatot, emiatt azonban nem alkalmas a receptív nyelvi folyamatokon belül a fejlesztendő területek pontos megjelölésére.

Mindezen megnevezések a hazai szakterületen elhasználtak, sok homályos elképzelés, dezinformáció kapcsolódik hozzájuk, így javasoljuk elvetésüket, és új, a nemzetközi terminológiával harmonizáló terminusok bevezetését.

Véleményünk szerint a terminológiai rendszer megújítása két szempontból alapvető jelentőségű. Egyrészt, a fenti előzményhez képest új, tudományos igényű szakmai szókincs megteremtésére van szükség, azaz fogalmilag pontosan tisztázott terminusok rendszerének bevezetésére a beszéd- és nyelvi zavarok értelmezése és a róluk folyó szakmai kommunikáció egységessége érdekében. Másrészt, a terminológiai újítás szükségszerűen megelőzi, irányítja a diagnosztikai rendszer fejlesztését, hiszen a diagnosztikai folyamat eredménye – legalábbis az első státuszfelmérés esetében – egy diagnosztikus kategóriába való besorolás (illetve annak cáfolata). Az alkalmazott kategóriarendszer kifinomultsága pedig alapvetően meghatározza a diagnosztika mélységét, és kijelöli a módszertani fejlesztés irányait.

Az alábbiakban javasolt, a korábban használttól eltérő klasszifikációs rendszer tehát a diagnosztikus tevékenység körülhatárolását szolgálja a sajátos nevelési igényű ellátással összefüggésben, a hazai és nemzetközi diagnosztikai gyakorlattal összhangban álló klinikai képek nevesítése alapján. Arra törekszik, hogy a gyakorlati munkát és nem utolsósorban a gyermekek problémájának pontosabb körülhatárolását segítő besorolással tegye lehetővé a többlettámogatások megítélését. Meg kívánja szüntetni a szakszerűtlen, tudománytalan megnevezéseket, állapotleírásokat használatát (tanulási zavar veszélyeztetettség stb.), az életkortól idegen jelenségeleírásokat (pl. megkésett beszédfejlődés magas iskoláskorban) és a beszéd fogyatékoság alá be nem sorolható jelenségeleírásokat.

4.1.2. Javaslat a szakmai terminológia és diagnosztikus kódok megújítására

Az alábbiakban javasolt terminológiai rendszer kialakítása az USA-ban és Németországban használatos rendszerek figyelembevételével történt. Több szinten tagolt: elsősorban a beszéd- és nyelvi zavaroknak a nyelvhasználat folyamatában való támadáspontját, másrészt az életkori szakaszok szerinti formáját tükrözi. Az életkor szerepét kiemelten hangsúlyozni kívánjuk. Nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a beszéd-/nyelvi zavarok diagnosztikus kategóriái önmagukban is nagyfokú csoportheterogenitást mutatnak: a biológiai érés, a szociális tapasztalatszerzés, valamint a fejlesztés függvényében jelentős változáson, átalakuláson mennek keresztül, így az egyes beszéd-/nyelvi zavarok megjelenési formái eltérőek lehetnek az életkor függvényében. Ez elkerülhetetlenné teszi a terminológia és a szakdiagnosztikai folyamat életkoronként eltérő megközelítését. A főcsoporton – azaz a beszéd-/nyelvi zavarokon – belüli alkategóriákat a következő osztályzási szempontok határozzák meg:

- Életkor
- Érintett beszéd-/nyelvi képességterületek
- Fellépés jellege (fejlődési és a későbbi életkorban szerzett), ezzel összefüggésben az etiológia
- Egyéb jelenlevő zavarok

Az életkor szerepe az osztályzásban azt jelenti, hogy a legtöbb kategória meghatározott életkori periódusokban alkalmazható, az adott életkori szakaszban elvárható képességekhez viszonyítva. Ennek megfelelően három szakaszra bontva adjuk meg a javasolt kategóriákat: 0–4, 4–7 és 7-18 éves kor között, melyek hozzávetőlegesen megfelelnek a korai, az óvodai és iskolai nevelési szakaszoknak. Az életkori kategóriákon belül az osztályzás alapja az érintett beszéd-/nyelvi képességterületek tagolódása. Ez alapján történik meg a beszéd-/nyelvi zavar tüneti képének pontos azonosítása, amelyet tovább árnyal a két további szempont, a zavar fellépésének jellege (etiológiája), illetve a beszéd-/nyelvi zavar és más jelenlevő zavarok viszonya. A zavar fellépése szerint szerzett és fejlődési zavarokat, az egyéb jelenlevő zavarok és a beszéd-/nyelvi zavar viszonya szempontjából specifikus (primer/elsődleges) és nem specifikus (szekunder/másodlagos) zavarokat különböztetünk meg. Mindezekre a következőkben az egyes életkori övezeteken belül adunk példákat.

0–4 éves kor

Míg a beszéd fejlődési normáit figyelembe véve a *hangképzés és rezonancia zavarai* – mivel ezek mögött elsősorban organikus okok állnak – már 0–4 éves kor között felismerendők és ellátandók, addig az *artikulációban és a folyamatosságban megjelenő eltéréseket* az

életkornak megfelelő jelenségnek tartjuk, melyek ellátást és diagnosztikus kategorizációt nem igényelnek. A nyelvi fejlődésben kétéves kortól nyelvi kritériumok alapján állítható fel nyilvánvaló ok híján a nyelvfejlődési késés, valószínűsíthető organikus ok esetében a szerzett nyelvi késés diagnózisa. A nyelvi zavar ténye azonban ekkor még a gyerekek többségének objektív vizsgálhatósági korlátai miatt nem mondható ki.

A 0–4 éves kor diagnosztikus kategóriái az érintett képességterületek szerint:

1. Beszédzavarok

1.1. Hangképzési zavarok

1.2. Rezonanciazavarok

2. Nyelvi késés

2.1. Expresszív nyelvi késés

2.2. Receptív nyelvi késés

4–7 éves kor

Az óvodáskorú gyermek beszéd- és nyelvi teljesítményének színvonala életkori standardokhoz képest objektíven megítélhető, így ekkor már megalapozott lehet a beszéd- vagy nyelvfejlődési zavarok diagnózisa az életkor alapján elvárt szinttől való jelentős elmaradás esetén. Ezzel összefüggésben a nyelvi késés 4–7 éves kor között már nem adekvát kategória, mert

- évekkel a fejlődés indulása után a késés tényének a jelen állapotra nézve nincs egyértelmű információértéke,
- a nyelvelsajátítás jelentős időbeli elmaradása szignifikáns következményekkel jár az egyén fejlődésére nézve, így a nyelvi funkció zavaraként azonosítandó.

A nyelvfejlődési zavarokkal kapcsolatban kiemeljük, hogy az alábbi diagnosztikus kategóriák csak az érintett képességterületek alapján sorolják be a zavart, azonban ezen felül szükséges a zavar jellemzése annak fellépése és specifikussága szempontjából is. A nyelvi zavar felléphet *szerezett* és *fejlődési* formában, illetve lehet *specifikus* és *nem specifikus* abban az értelemben, hogy megjelenhet önálló, elsődleges formában, illetve valamely más fejlődési zavar, például szociális-érzelmi zavarok vagy átlag alatti értelmesség következményeképpen is. Így többek közt például az autizmus spektrum zavar, az ADHD, az ajak-/szájpadhasadék, illetve a 70–85 IQ-pont közötti alacsony átlagos intelligencia mellett megjelenő nyelvi zavarok megjelölése *nem specifikus nyelvfejlődési zavar*, míg az 85 pont feletti IQ, ép érzékszervek, idegrendszer, beszédszervek mellett *specifikus nyelvfejlődési zavarról* beszélünk. A specifikus nyelvi zavar szerzett formáját nevezzük *afáziának*, míg az artikulációs zavarok szerzett neurogén formáját *dizartriának*. Megjegyezzük, hogy a német terminológiában a beszédzavarok között szereplő szelektív mutizmust és logofóbiát nem tartjuk a beszéd- és nyelvi zavarok kategóriájába tartozónak, hiszen nem maga a beszéd-,

illetve nyelvi képesség szenved zavart, hanem a kommunikációs helyzetekhez kapcsolódó szorongásos és egyéb pszichés zavarok okozzák a tüneteket.

A 4–7 éves kor diagnosztikus kategóriái az érintett képességterületek szerint:

1. Beszédzavarok

1.1. Hangképzési zavarok

1.2. Rezonanciazavarok

- Hipernazalitás
- Hiponazalitás

1.3. Beszédfolyamatossági zavarok

- Dadogás
- Hadarás

1.4. Artikulációs zavarok

1.5. Beszédmozgászavarok (verbális diszpraxia)

2. Auditív feldolgozási zavarok

3. Nyelvi zavarok

3.1. Expresszív nyelvi zavarok

- Expresszív fonológiai zavar
- Expresszív morfológiai zavar
- Expresszív szintaktikai zavar
- Expresszív szemantikai zavar
- Expresszív pragmatikai zavar

3.2. Receptív nyelvi zavarok

- Receptív fonológiai zavar
- Receptív morfológiai zavar
- Receptív szintaktikai zavar
- Receptív szemantikai zavar
- Receptív pragmatikai zavar

7–18 éves kor

Az iskoláskorú gyermekek diagnosztikai kategóriái megegyeznek az óvodáskorú gyermekek kategóriáival, azzal a jelentős kivétellel, hogy újként jelennek meg az írott nyelvi zavarok – olvasás-, írás- és helyesírászavarok – kategóriái (emiat a 3. pontban a *nyelvi zavarok* terminus itt kiegészült *beszélt nyelvi zavarok* formájában). E zavarokra fellépés és specifikusság szempontjából szintén a fentebb a nyelvi zavarokra mondottak állnak, azaz az írott nyelvi zavarok lehetnek fejlődési zavarok és későbbi életkorban szerettek, illetve beszélhetünk *specifikus* és *nem specifikus olvasás-, írás- és helyesírászavarokról*.

Specifikus írott nyelvi zavarok alatt azt értjük, ha az írott nyelvi zavarnak nincs beszélt nyelvi előzménye, illetve párhuzamosan nem áll fenn beszélt nyelvi zavar, legalább 85 pontos IQ, ép érzékszervek és idegrendszer mellett. A beszélt nyelvi zavar, illetve alacsony átlagos intelligencia mellett megjelenő írott nyelvi zavarok megjelölése *nem specifikus írott nyelvi zavar, pl. nem specifikus olvasászavar*. Az írott nyelvi zavarok másik lehetséges elnevezése az USA-ban használt *verbális tanulási zavar*, amit e zavaroknak a verbális tanulási formák korlátozódásában játszott szerepe indokol.

A 7–18 éves kor diagnosztikus kategóriái az érintett képességterületek szerint:

1. Beszédzavarok

1.1. Hangképzési zavarok

1.2. Rezonanciazavarok

- Hipernazalitás
- Hiponazalitás

1.3. Beszédfolyamatossági zavarok

- Dadogás
- Hadarás

1.4. Artikulációs zavarok

1.5. Beszédmozgászavarok (verbális diszpraxia)

2. Auditív feldolgozási zavarok

3. Beszélt nyelvi zavarok

3.1. Expresszív nyelvi zavarok

- Expresszív fonológiai zavar
- Expresszív morfológiai zavar
- Expresszív szintaktikai zavar
- Expresszív szemantikai zavar
- Expresszív pragmatikai zavar

3.2. Receptív nyelvi zavarok

- Receptív fonológiai zavar
- Receptív morfológiai zavar
- Receptív szintaktikai zavar
- Receptív szemantikai zavar
- Receptív pragmatikai zavar

4. Írott nyelvi zavarok (verbális tanulási zavarok)

4.1. Olvasászavar

4.2. Helyesírászavar

4.3. Írászavar

4.1.3. Javaslat a szakmai terminológia és az ellátási kategóriák harmonizációjára

A fenti terminológia által lefedett populációt a jelenleg érvényes közoktatást szabályzó joganyag kétféle ellátási formához rendeli: a sajátos nevelési igényű (SNI) gyermekek speciális, emelt állami normatív támogatásból finanszírozott gyógypedagógiai ellátást kapnak, míg a nem SNI-gyerekek fejlesztése az alapellátásban történik. Az SNI megállapításának feltétele a beszéd-/nyelvi zavarok területén a gyermek *beszédfogyatékos*ként való azonosítása. Ez azonban értelmezési nehézséget, szakmai zavart okoz, mivel az elnevezés, *minősítés az alapellátásba és az SNI-ellátásba bevont populációt szétválasztja, elkülöníti*. Az elkülönítés szempontjai és kritériumai homályosak; nem világos, hogy mely beszéd-, illetve nyelvi zavarok tartoznak ide, és milyen súlyossági fokon, továbbá nincsenek előírások a diagnosztikai folyamatra nézve sem. A hatályos jogszabályok elavult, konfúzus definíciókat és homályos kritériumokat alkalmaznak. Maga a *beszédfogyatékos* megnevezés nem tükrözi a *nyelvi képesség* zavarait a *beszéd* túlhangsúlyozásával, holott a verbális tanulás és a társadalmi participáció szempontjából éppen hogy a nyelvi zavarok járnak nagyobb mértékű akadályozottsággal. E terminus egyes esetekben, így a más primer fejlődési zavarokhoz kapcsolódó beszéd-/nyelvi zavarok esetében gátolja a tisztánlátást és az ellátást, ti. nem világos, hogy például alacsony átlagos intelligencia (70–85 IQ pont), autizmus spektrum zavar vagy infantilis cerebrálparézis mellett beszéd-/nyelvi zavart mutató gyermekek beszédfogyatékosnak minősülnek-e, holott világos, hogy – súlyosságtól függően – speciális logopédiai ellátást igényelnek. Tehát **a beszédfogyatékoság terminus elméleti megalapozatlansága miatt az ellátás megítélése gyakran szubjektív, jogossága sok esetben nem igazolható**. Ráadásul az érintettek és érdekvédelmi szervezeteik állásfoglalása szerint a *beszédfogyatékos* megnevezés megbélyegző, az érintettek önértékelését romboló szóhasználat. Emellett az is nyilvánvaló, hogy a terminológiai rendszerben egyáltalán nincs szükség e kategóriára, semmi sem indokolja az egyén szintjén megjelenő funkciózavar és a társadalmi participáció szintjén megjelenő akadályozottság között egy köztes címke, kategória megtartását. E tekintetben a fentebb bemutatott német és USA-beli terminológia eltér: míg a német nyelvű terminológiában a „beszédfogyatékoság” a teljes populáció lefedésére, megnevezésére vonatkozik (lásd „A német szakterület terminológiai és diagnosztikai rendszere c. fejezetet a 8–20. oldalon), az angol nyelvterület nem használ ilyen kategóriamegnevezést. A brit és USA-beli rendszerben oktatáspolitikai főkategóriaként a children with special educational needs (SEN) (nálunk: sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló, SNI) jelenik meg.

E definíció szerint sajátos nevelési igényű az a gyermek, tanuló, aki

- szignifikáns beszéd- vagy nyelvi zavart (illetve tágabban gondolkodva, bármilyen értelmi, képességbeli, érzékszervi működési vagy mozgászavart) mutat,

- emiatt zavartalan fejlődése, társadalmi beilleszkedése nem biztosítható a többségi oktatás keretein belül.

Látható, hogy a szakmai terminológia (beszéd- és nyelvi zavarok és alcsoportjai) jól illeszthető az oktatáspolitikai terminológiához (SNI) anélkül, hogy a kettő között egy közvetítő kategória létezne.

A magyar szakterületen is ezt a gyakorlatot javasoljuk megvalósítani, azaz javasoljuk a *beszédfogyatékos* megnevezés eltörlését a közoktatási joganyagban; azt váltsa fel a következő meghatározás (illeszkedve a többi gyógypedagógiai területhez: „*...a logopédiai szakterületet illetően) sajátos nevelési igényű az a 4–18 éves gyermek/tanuló, aki jelentős beszéd- vagy nyelvi zavart mutat, és emiatt fejlődése, társadalmi beilleszkedése nem vagy csak egyéni többlettámogatással biztosítható a többségi oktatás keretein belül*”.

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy nem javasoljuk korlátozni az SNI megállapításakor a beszéd-/nyelvi zavarok körét. A fenti klasszifikációban szereplő bármely zavar esetében a diagnosztika kompetenciája legyen a protokollszerű előírásoknak megfelelő diagnosztikai folyamat végén meghatározni, hogy az adott beszéd-/nyelvi zavar az adott gyermek/tanuló számára milyen mértékű akadályozottságot jelent, és eldönteni, hogy emiatt indokolt-e az SNI megállapítása. Ilyen módon elkerülhetőek a *beszédfogyatékos* megnevezés használatával járó definíciós problémák és az érintettek politikailag inkorrekt megnevezése. Hangsúlyozzuk, hogy mind szakmai, mind oktatásszabályozási, mind személyiségi jogi szempontból e megoldást tartjuk ideálisnak.

Mint hogy azonban a nemzeti köznevelési törvény és a csatlakozó dokumentumok (NAT, Irányelvek) jelenleg a *beszédfogyatékos gyermek/tanuló* népeségmegnevezést használják, szükségesnek látszik átmenetileg – tehát e kategória kivezetéséig – az eddiginél szakmailag pontosabb körülhatárolása és konkrét alcsoportok, kritériumok nevesítése. Ehhez az alábbi meghatározást javasoljuk: „*Beszédfogyatékos az a gyermek/tanuló, aki a receptív és/vagy expresszív beszéd/nyelvi rendszer szerveződésében megjelenő fejlődési eredetű vagy szerzett zavar **életkortól eltérő, különböző** klinikai képekben megmutatkozó tüneti sajátosságai, valamint a verbális tanulási folyamatok atipikus fejlődése miatt az iskolai és a későbbi társadalmi beilleszkedés szempontjából **akadályozott***.” E definíció törekszik a jogi és szakmai szempontok egységesítésére, hangsúlyozva a definíció „ernyőfogalom” jellegét a participáció elve figyelembevételével, a „beszédfogyatékos” fogalom értelmezésének SNI-szemponturnak szűkítésével. Mind jogi, mind szakmai szempontból is megkerülhetetlen a fogalomhasználat egységesítése a nemzeti köznevelési törvényhez csatlakozó (lásd Irányelvek, Nemzeti Alaptanterv stb.) dokumentációkban leírtakkal összhangban.

5. Szempontrendszer a beszéd-/nyelvi zavart mutató gyermekek, tanulók diagnosztikus protokolljához

5.1. Vizsgálatok életciklus alapján

- Korai életkor (0–4 év)
 - o Testi fejlettség, érzékszervi működés és neurológiai állapot felmérése, pszichés státusz leírása
 - o Beszédszervek funkcionális vizsgálata
 - o Beszéd, nyelv, kommunikáció színvonalának leírása
 - o Nyelvi/kommunikációs képességek vizsgálata
 - o Személyiség, szociális-adaptív viselkedés vizsgálata
 - o Általános értelmi és pszichomotoros fejlettség vizsgálata
- Óvodás-, illetve tanköteles kor (beiskolázás előtt) (4–7 év)
 - o Testi fejlettség, érzékszervi működés és neurológiai állapot felmérése, pszichés státusz leírása
 - o Beszédszervek funkcionális vizsgálata
 - o Beszéd, nyelv, kommunikáció színvonalának leírása
 - o Beszéd-/nyelvi zavar és írott nyelvi készség szűrése
 - o Nyelvi képességek profilvizsgálata
 - o Személyiség, szociális-adaptív viselkedés vizsgálata
 - o Általános értelmi és pszichomotoros fejlettség vizsgálata

5.2. A vizsgálat oka alapján

A vizsgálat oka, a tünetek intenzitása és frekvenciája alapján a klinikai kérdés megfogalmazása (pl. lemarad társaitól a tanulásban, fejlődése lassú, otthoni és intézményes megsegítés mellett sem mutat változást).

Ebből a szempontból az alábbi kérdések lényegesek:

- Ki jelzi a problémát?
 - o Intézmény (oktatási-nevelési, szakszolgálati, egészségügyi, szociális, gyermekvédelmi)
 - o Család
 - o Civil szervezet
- Milyen a probléma jellege?

- o A gyermek ellátása szempontjából meghatározó zavar/fogyatékoság megállapítása
- o Az alapproblémából következő további problémák (pl. integrálhatóság megítélése)
- o Nem az alapproblémából következő, de ahhoz társuló további problémák (pl. beilleszkedési, magatartási, tanulási, nyelvi)
- Hol jelentkezik a probléma?
 - o Otthoni környezetben, családban
 - o Intézményben
 - o Egyéb helyeken

5.3. A vizsgálatok típusa alapján

A vizsgált személy komplex, logopédiai, pszichológiai, orvosi szempontú megismerése típusát tekintve lehet:

- *Differenciáló státuszdiagnosztika*: az aktuális állapot feltárására irányuló vizsgálat, célja az induló státusz meghatározása mellett a differenciáldiagnosztikai döntéshozatal. Ez a gyermek első vizsgálata során valósul meg.
- *Folyamatdiagnosztika*: a fejlődést nyomon követő vizsgálat, a változás irányának és mértékének meghatározása a kiinduló állapot relációjában, visszacsatolás a korábbi állapot-meghatározáshoz, a korábbi vélemény/javaslat módosításának vagy finomításának lehetősége. Ez a kötelező kontroll-felülvizsgálatok rendszerében valósul meg és a szülő kérése alapján.

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

6.1. A tevékenységek, módszerek, eszközök és személyek szükséges köre

TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK ⁷	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
Vizsgálatok korai életkorban (0–4 év)			
A vizsgálat előzményeinek feltárása			
<ul style="list-style-type: none"> A klinikai kérdés tisztázása: ki észlelte a problémát, a tünetek előfordulási helye, gyakorisága, intenzitása, időtartama Jelen állapot (nyelvi-kommunikációs fejlettség felmérése, nyelvi késés szűrése) 	<ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés <ul style="list-style-type: none"> o klinikai o kérdőíves 	<ul style="list-style-type: none"> Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyvi űrlap Jegyzőkönyvi űrlap MacArthur–Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár I–II. (KOFA) 	<ul style="list-style-type: none"> Logopédus Logopédus
Élettörténet (nyelv- és beszédfejlődési anamnézis, orvosi-biológiai anamnézis, funkciófejlődés, szocioökonómiai státusz, érzelmi-szociális és kognitív fejlődés, jelentős életesemények, otthoni és intézményes nevelés, eddigi intervenciós próbálkozások, familiáris adatok)	<ul style="list-style-type: none"> Dokumentum-elemzés Kikérdezés 	<ul style="list-style-type: none"> Kórházi zárójelentések, korábbi vizsgálati vélemények A gyermek otthoni és közösségi munkái Óvodapedagógus, bölcsődei gondozó, fejlesztést végző szakember által készített jellemzések 	<ul style="list-style-type: none"> Logopédus
A személyes vizsgálat részei			
Testi fejlettség, érzékszervi működés és neurológiai állapot felmérése, pszichés státusz leírása	<ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés Megtekintés Célzott próbahelyzetek 		<ul style="list-style-type: none"> Gyermekgyógyász, Gyermekneurológus, -pszichiáter Gyermek-fül-orr-gégész, gyermek-pszichológus
Beszédszervek funkcionális vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> Megtekintés Megfigyelés 	Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv	<ul style="list-style-type: none"> Logopédus

⁷ A hazánkban jelenleg nem elérhető, hiánypótló eljárásokat kézzel jelöltük. A legfontosabb eszközök részletes leírása a „6.2 Beszéd- és nyelvi zavart mutató gyermekek, tanulók vizsgálatára alkalmas, vizsgálóeljárások. Javaslatok hazai bevezetésre” c. fejezetben olvasható.

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
Beszéd, nyelv, kommunikáció színvonalának leírása kötetlen és strukturált helyzetben	<ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés Hangfelvétel Transzkripció Strukturális kvalitatív és kvantitatív elemzések 	<ul style="list-style-type: none"> Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv Nyelvi minta gyűjtése <ul style="list-style-type: none"> irányított társalgás kiváltott narratíva Elemzési módszerek <ul style="list-style-type: none"> Developmental Sentence Scoring (DSS) Language Sample Analysis – The Wisconsin Guide Language Assessment Remediation and Screening Procedure (LARSP) SALT 	
Nyelvi/kommunikációs képességek vizsgálata <ul style="list-style-type: none"> Modalitások: <ul style="list-style-type: none"> receptív oldal expresszív oldal Nyelvi szintek: <ul style="list-style-type: none"> fonetika fonológia morfológia szintaxis lexikon/szemantika pragmatika 	Kommunikációs fejlődési skálák, szűrőtesztek	<ul style="list-style-type: none"> Preschool Language Scale (PLS-4) Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2) 	Logopédus (az adott teszt kézikönyvében meghatározott előírásoknak megfelelően)
Személyiség, szociális-adaptív viselkedés vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> Megfigyelés Kérdőívek, skálák, Projektív módszerek 	<ul style="list-style-type: none"> Gyermekviselkedési kérdőív (1–5 éves korig) Vineland Szociális Érettségi Skála Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II) AAMR Adaptive Behavior Scale 2nd edition (AAMR ABS) Scales of Independent Behavior (SIB-R) 	<ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Személyiségteszt felvétele esetén megfelelő szakképesítéssel rendelkező pszichológus
Általános értelmi és pszichomotoros fejlettség vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> Fejlődési skálák 	<ul style="list-style-type: none"> Brunet–Lezine Pszichomotoros Fejlődési Skála Bayley–III Fejlődési Skála 	<ul style="list-style-type: none"> Gyógypedagógus Pszichológus
Vizsgálatok óvodás-, illetve tanköteles korban (beiskolázás előtt) (4–7 év)			
A vizsgálat előzményeinek feltárása			
<ul style="list-style-type: none"> A klinikai kérdés tisztázása: ki észlelte a problémát, a tünetek előfordulási helye, gyakorisága, intenzitása, időtartama 	<ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés <ul style="list-style-type: none"> o klinikai o kérdőíves 	<ul style="list-style-type: none"> Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyvi űrlap 	<ul style="list-style-type: none"> Logopédus
<ul style="list-style-type: none"> Jelen állapot (nyelvi-kommunikációs fejlettség felmérése, nyelvi késés szűrése) 	<ul style="list-style-type: none"> Kikérdezés <ul style="list-style-type: none"> o klinikai o kérdőíves 	<ul style="list-style-type: none"> Jegyzőkönyvi űrlap MacArthur–Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár I–II. (KOFA) 	<ul style="list-style-type: none"> Logopédus

TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK ⁶	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
Élettörténet (nyelv- és beszédfejlődési anamnézis, orvosi-biológiai anamnézis, funkciófejlődés, szocioökonómiai státusz, érzelmi-szociális és kognitív fejlődés, jelentős életesemények, otthoni és intézményes nevelés, eddigi intervenciós próbálkozások, familiáris adatok)	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentum-elemzés • Kikérdezés 	<ul style="list-style-type: none"> • Kórházi zárójelentések, korábbi vizsgálati vélemények • A gyermek otthoni és közösségi munkái • Óvodapedagógus, bölcsődei gondozó, fejlesztést végző szakember által készített jellemzések 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
A személyes vizsgálat részei			
Testi fejlettség, érzékszervi működés és neurológiai állapot felmérése, pszichés státusz leírása	<ul style="list-style-type: none"> • Kikérdezés • Megtekintés • Célzott próbahelyzetek 		<ul style="list-style-type: none"> • Gyermekgyógyász, • Gyermekneurológus, -pszichiáter • Gyermek-fül-orr-gégész, gyermekpszichológus
Beszédszervek funkcionális vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> • Megtekintés • Megfigyelés 	Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
Beszéd, nyelv, kommunikáció színvonalának leírása kötetlen és strukturált helyzetben	<ul style="list-style-type: none"> • Megfigyelés • Hangfelvétel • Transzkripció • Strukturális kvalitatív és kvantitatív elemzések 	<ul style="list-style-type: none"> • Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv • Nyelvi minta gyűjtése <ul style="list-style-type: none"> o irányított társalgás o kiváltott narratíva • Elemzési módszerek <ul style="list-style-type: none"> o Developmental Sentence Scoring (DSS) o Language Sample Analysis – The Wisconsin Guide o Language Assessment Remediation and Screening Procedure (LARSP) o SALT 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
Beszéd-/nyelvi zavar és írott nyelvi készség szűrése	Szűrőteszt	<ul style="list-style-type: none"> • Szűrőeljárás az Óvodai Logopédiai Ellátásban (SZÓL-E?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
Nyelvi/kommunikációs képességek vizsgálata <ul style="list-style-type: none"> • Modalitások: <ul style="list-style-type: none"> o receptív oldal o expresszív oldal • Nyelvi szintek: <ul style="list-style-type: none"> o fonetika o fonológia o morfológia o szintaxis o lexikon/szemantika o pragmatika 	Nyelvi tesztek	1. Terüleetspecifikus eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Magyar Álszóisméltési Teszt • Lórik-féle Hallási Megkülönböztetési Vizsgálat • Nyelvfejlődési szűrővizsgálat (Pléh–Palotás–Lórik, PPL) • Test For The Reception of Grammar (TROG-H) • Aktív szókincs-vizsgálat (Lórik–Ajtony–Pléh–Palotás, LAPP) • Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT™-4) • Marburger Sprachverständnis-test für Kinder (MSVK) 	Logopédus (az adott teszt kézikönyvében meghatározott előírásoknak megfelelően)

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
<ul style="list-style-type: none"> • Centrális auditív feldolgozás vizsgálata • Beszédmozgás-koordináció vizsgálata 		<ul style="list-style-type: none"> • Sprachentwicklungstest für 3-5 jährige Kinder (SETK 3-5) 2. Általános, profilképes eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool – Second Edition (CELF–Preschool-2) • Preschool Language Scale (PLS-4) • Clinical Evaluation of Language Fundamentals®–Fourth Edition (CELF–4) • Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA) • Auditory Processing Abilities Test (APAT) • Lukács–Kas Praxiatesztcsomag 	
Személyiség, szociális-adaptív viselkedés vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> • Megfigyelés • Kérdőívek, skálák, • Projektív módszerek 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyermekviselkedési kérdőív (6–18 éves korig) • Vineland Szociális Érettségi Skála • Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland–II) • AAMR Adaptive Behavior Scale 2nd edition (AAMR ABS) • Scales of Independent Behavior (SIB-R) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyógypedagógus • Személyiségteszt felvétele esetén megfelelő szakképzéssel rendelkező pszichológus
Általános értelmi és pszichomotoros fejlettség vizsgálata	Intelligenciatesztek	<ul style="list-style-type: none"> • WISC–IV gyermek-intelligenciateszt • Hiskey–Nebraska Tanulási Alkalmassági Teszt • Raven Színes Progresszív Mátrix • Snijders–Oomen Nonverbal Intelligence Test 5 ½–17- Revised (SON-R 5,5-17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyógypedagógus • Pszichológus
Vizsgálatok iskoláskorban (alap- és középfokú oktatás) (7–18 év)			
A vizsgálat előzményeinek feltárása			
<ul style="list-style-type: none"> • A klinikai kérdés tisztázása: ki észlelte a problémát, a tünetek előfordulási helye, gyakorisága, intenzitása, időtartama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kikérdezés <ul style="list-style-type: none"> o klinikai o kérdőíves 	<ul style="list-style-type: none"> • Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyvi űrlap 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
<ul style="list-style-type: none"> • Jelen állapot 	<ul style="list-style-type: none"> • Kikérdezés <ul style="list-style-type: none"> o klinikai o kérdőíves 	<ul style="list-style-type: none"> • Jegyzőkönyvi űrlap 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus

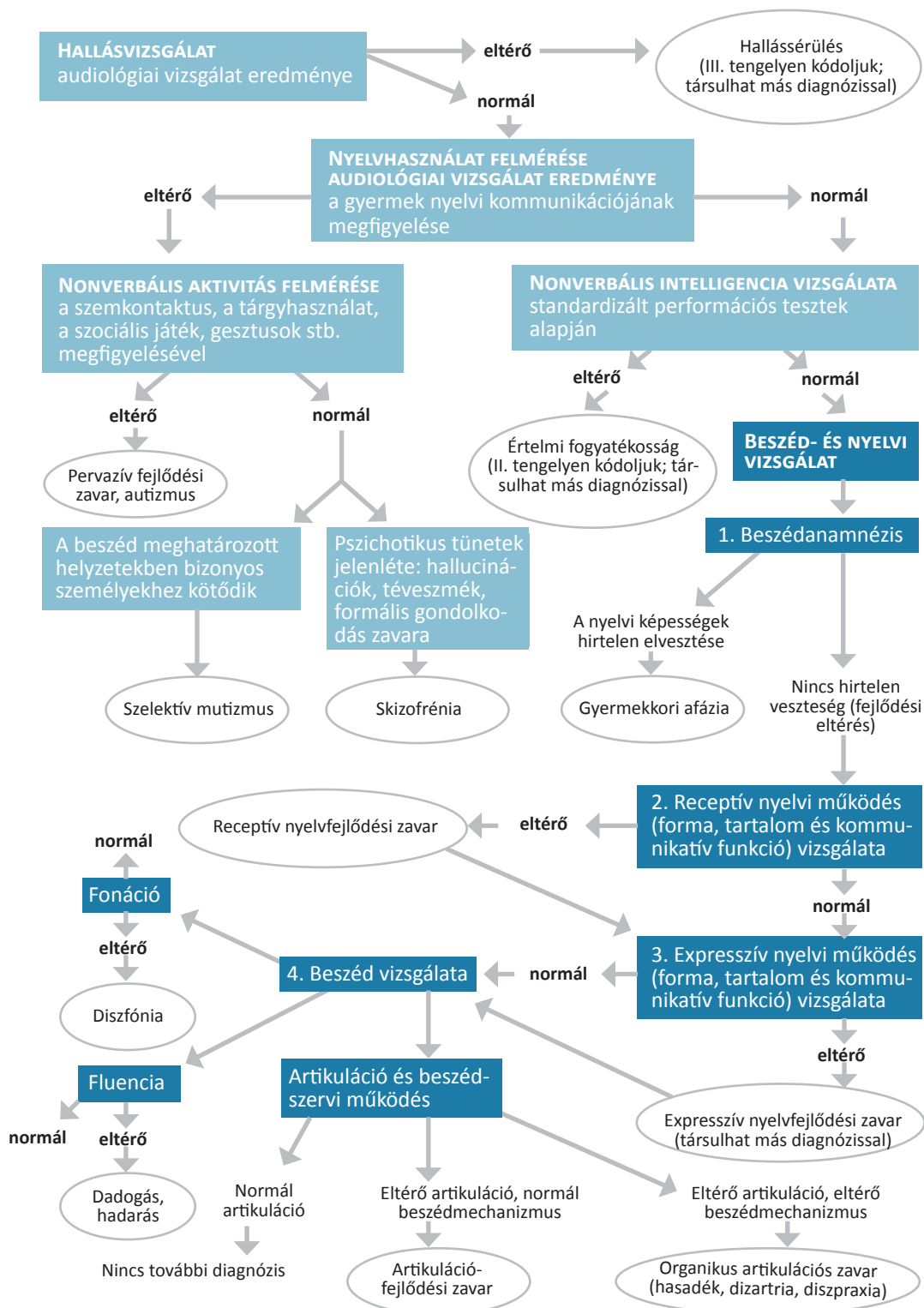
TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
Élettörténet (nyelv- és beszédfejlődési anamnézis, orvosi-biológiai anamnézis, funkciófejlődés, szocioökonómiai státusz, érzelmi-szociális és kognitív fejlődés, jelentős életesemények, otthoni és intézményes nevelés, eddigi intervenciós próbálkozások, familiáris adatok)	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentum-elemzés • Kikérdezés 	<ul style="list-style-type: none"> • Kórházi zárójelentések, korábbi vizsgálati vélemények • A gyermek otthoni és közösségi munkái • A pedagógus a fejlesztést végző szakember által készített jellemzések 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
A személyes vizsgálat részei			
Testi fejlettség, érzékszervi működés és neurológiai állapot felmérése, pszichés státusz leírása	<ul style="list-style-type: none"> • Kikérdezés • Megtekintés • Célzott próbahelyzetek 		<ul style="list-style-type: none"> • Gyermekgyógyász, • Gyermekneurológus, -pszichiáter • Gyermek-fül-orr-gégész, gyermek-pszichológus
Beszédszervek funkcionális vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> • Megtekintés • Megfigyelés 	Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
Beszéd, nyelv, kommunikáció színvonalának leírása kötetlen és strukturált helyzetben	<ul style="list-style-type: none"> • Megfigyelés • Hangfelvétel • Transzkripció • Strukturális kvalitatív és kvantitatív elemzések 	<ul style="list-style-type: none"> • Tematikus egységekbe strukturált jegyzőkönyv • Nyelvi minta gyűjtése <ul style="list-style-type: none"> o irányított társalgás o kiváltott narratíva • Elemzési módszerek <ul style="list-style-type: none"> o Developmental Sentence Scoring (DSS) o Language Sample Analysis – The Wisconsin Guide o Language Assessment Remediation and Screening Procedure (LARSP) o SALT 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus
Beszélt nyelvi képességek profilvizsgálata <ul style="list-style-type: none"> • Modalitások: <ul style="list-style-type: none"> o receptív oldal o expresszív oldal • Nyelvi szintek: <ul style="list-style-type: none"> o fonetika o fonológia o morfológia o szintaxis o lexikon/szemantika o pragmatika 	Nyelvi tesztek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Területspecifikus eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Magyar Álszóismétlési Teszt • Lórik-féle Hallási Megkülönböztetési Vizsgálat • Nyelvfejlődési szűrővizsgálat (Pléh–Palotás–Lórik, PPL) • TROG-H • Aktív szókincs-vizsgálat (LAPP) • Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT™-4) 2. Általános, profilképes eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Clinical Evaluation of Language Fundamentals®–Fourth Edition (CELF-4) • Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA) 	Logopédus (az adott teszt kézikönyvében meghatározott előírásoknak megfelelően)

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

TEVÉKENYSÉGEK (A VIZSGÁLAT TARTALMA)	MÓDSZEREK	ESZKÖZÖK	SZEMÉLYI FELTÉTELEK, KOMPETENCIÁK
<ul style="list-style-type: none"> • Centrális auditív feldolgozás vizsgálata • Beszédmozgás-koordináció vizsgálata 		<ul style="list-style-type: none"> • Auditory Processing Abilities Test (APAT) • Lukács–Kas Praxiatesztcsomag 	
<ul style="list-style-type: none"> • Írott nyelvi képességek és verbális tanulási teljesítmények, tanulékonyág vizsgálata: <ul style="list-style-type: none"> o olvasástechnika és olvasásértés o írás, helyesírás o matematikai műveletek és gondolkodás 	<ul style="list-style-type: none"> • Írott nyelvi képesség tesztek • Pedagógiai teljesítménytesztek 	1. Területspecifikus eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Alsó tagozatos gyermekek olvasástechnikájának és mondatmegértésének vizsgálata (LOV) • Alsó tagozatos gyermekek helyesírás-vizsgálata (LHV) • Meixner-féle olvasólapok • Dékány-féle diszkalkulia-vizsgálat 2. Általános, profilképes eljárások: <ul style="list-style-type: none"> • Wechsler Individual Achievement Test – Second Edition (WIAT-II) 	<ul style="list-style-type: none"> • Logopédus • Pedagógus
A személyiség, a szociális-adaptív viselkedés vizsgálata	<ul style="list-style-type: none"> • Megfigyelés • Kérdőívek, skálák, • Projektív módszerek 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyermekviselkedési kérdőív (6–18 éves korig) • Vineland Szociális Érettségi Skála • Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II) • AAMR Adaptive Behavior Scale 2nd edition (AAMR ABS) • Scales of Independent Behavior (SIB-R) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyógypedagógus • Személyiségteszt felvétele esetén megfelelő szakképesítéssel rendelkező pszichológus
Általános értelmi és pszichomotoros fejlettség vizsgálata	Intelligenciatesztek	<ul style="list-style-type: none"> • WISC-IV gyermek-intelligenciateszt • Snijders–Oomen Nonverbal Intelligence Test 5 ½–17-Revised (SON-R 5,5-17) 	<ul style="list-style-type: none"> • Gyógypedagógus • Pszichológus

A beszéd- és nyelvi zavarokkal összefüggő differenciáldiagnosztikai protokoll javasolt döntési mechanizmusait és ezek egymásra épülését a 8. ábra foglalja össze.

8. ábra. A gyermekkori beszéd-/nyelvi zavarok differenciáldiagnosztikai döntési modellje
(CANTWELL és BAKER, 1987, 112–113. nyomán összeállította MÉSZÁROS, 2007)



6.2. *Beszéd- és nyelvi zavart mutató gyermekek, tanulók vizsgálatára alkalmas vizsgálóeljárások. Hazai bevezetésre, illetve szélesebb körű alkalmazásra javasolt vizsgálóeljárások*

6.2.1. Hazai igények

Mint azt a nemzetközi gyakorlatot bemutató részben áttekintettük, a német és az egyesült államokbeli logopédiai diagnosztika egyik szembeszökő előnye a diagnosztikus módszertan és eszközállomány fejlettsége. Az ASHA adatbázisában például több mint 400 különféle vizsgálóeljárás található, melyek többsége normatív referencia-adatbázison alapuló, standard mérőeszköz (ASHA 2012b, webográfia 5.).

A hazai logopédia hagyományosan beszédorientált, így a beszédzavarok diagnosztikájában több informális és formális eljárás is használatos. Bár a beszédzavarok diagnosztikája is nagymértékben fejlesztendő validitás és megbízhatóság tekintetében, *a legfőbb hiányosságok a nyelvi zavarok diagnosztikája terén tapasztalhatóak*. Míg az Egyesült Államokban és Németországban a nyelvi zavarok vizsgálatában minden egyes területhez több, normatív adatbázison alapuló vagy standardizált mérőeljárás van forgalomban, Magyarországon nincs standardizált, a nyelvi képességet részletesen vizsgáló teszt. Mivel az összes eljárás bemutatása terjedelmi okokból nem lehetséges, az alábbiakban bemutatott eljárások a szakmai publikációk tanúsága szerint a leggyakrabban alkalmazott, illetve a jelen szakértői team tagjai által a legalkalmasabbnak vélt eszközök.

6.2.2. Nyelvi képességet vizsgáló tesztek

Clinical Evaluation of Language Fundamentals (CELF) tesztcsalád

(A nyelvi alapok klinikai értékelése)

- **Clinical Evaluation of Language Fundamentals®–Fourth Edition (CELF–4)**
- **Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool – Second Edition (CELF–Preschool-2)**

Adatok

- SEMEL és mtsai, 2003; SEMEL és mtsai, 2004
- http://www.pearsonassessments.com/hai/SimpleProductListing.aspx?Mode=title&sCommunity=SLA_Age&Section=C

Az Eleanor Semel és munkatársai által kifejlesztett tesztek a nyelvfejlődési zavarok gyors szűrését és részletes diagnosztikáját célzó strukturált teszteljárások. Lehetővé teszik a nyelvi képesség fejlettségének felmérését, a nyelvfejlődési késés és nyelvfejlődési zavarok

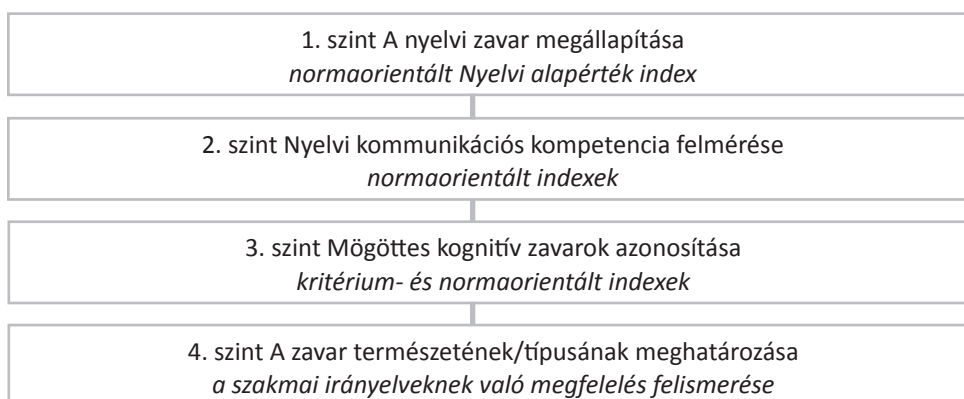
szűrését, az írott és beszélt nyelvi zavarok (diszlexia, diszgráfia és diszfázia) differenciál-diagnosztikáját, egyéni nyelvi képességprofil elemzését, egyénre szabott nyelvi fejlesztés tervezését, a terápiás hatékonyság mérését és terápiás folyamatdiagnosztikát. A CELF–4 5–21, a CELF Preschool–2 3–6 éves gyermekek vizsgálatára alkalmas, tehát két, egymást életkori sávok tekintetében kiegészítő eljárásról van szó. Felvételi idejük 30-60 perc. Miután jellemzőik, szerkesztésük, mutatóik alapvetően hasonlóak, az alábbiakban a CELF–4 részletesebb bemutatására szorítkozunk.

Általános jellemzők

A CELF–4 korszerű pszicholingvisztikai elméleti alapokon és több évtizedes gyakorlat-orientált kutatáson alapuló eljárás, melynek szerkezete, bár igen összetett, a klinikai alkalmazhatóságot tartja szem előtt. A nyelvi képesség különböző dimenziói (a morfoszintaxis, a szemantika, a pragmatika és a fonológiai tudatosság) és az ezekkel összefüggő egyes kognitív képességek (verbális munkamemória, metanyelvi tudatosság) felmérésére alkalmazható. Kialakítása során gondot fordítottak arra, hogy az eljárás a különböző etnikai, nemi, regionális és szocioökonómiai csoportokba tartozó tanulók minél szélesebb körénél legyen alkalmazható. Ebből a szempontból egy logopédusokból és más oktatási szakértőkből álló csoport vizsgálta meg a teszt feladatait, illetve statisztikai eljárásokkal szűrték ki a bizonyos csoportok számára hátrányt okozó itemeket. Az eljárást számos megbízhatósági és érvényességi próbának vetették alá, ezek leírása megtalálható a teszt kézikönyvében. Megjelenése óta adaptálták spanyol, francia nyelvre és belga használatra.

A CELF–4 vizsgálatiprotokoll-modellje párhuzamos a klinikai diagnózisalkotás gondolatmenetével, így a lehető legrövidebb és legpontosabb módon határozza meg a vizsgált gyermek igényeit, képes felbecsülni az erősségeket és gyengeségeket, és lehetővé teszi a terápiás beavatkozás megtervezését. A vizsgálati folyamat négy szakaszra tagolódik (9. ábra).

9. ábra. A CELF–4 négy szintű vizsgálati modelljének lineáris folyamata (SEMEL és mtsai, 2003 nyomán)

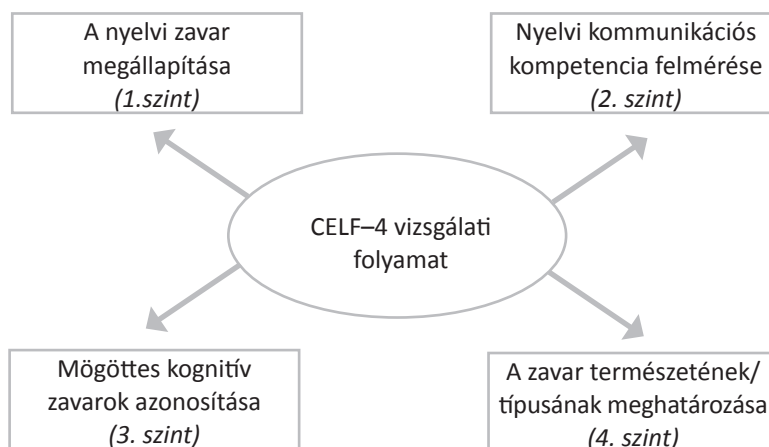


A vizsgálat első szintjén a tanuló általános nyelvi fejlettségét, illetve a nyelvi normalitás/zavar tényét a mindössze négy szubteszt alapján számolt Nyelvi alapérték index (Core Language Score) fejezi ki. A nyelvi zavar megállapítása esetén a diagnosztika a következő további lépések (szintek) közül választhat:

- a nyelvi zavar természetének/típusának (erősségek, gyengeségek, érintett nyelvi szintek és modalitások) meghatározása,
- a nyelvi zavarral összefüggő klinikai zavarok (munkamemória, beszédfolyamatosság, fonológiai tudatosság zavarainak) azonosítása,
- a zavar szociális és iskolai teljesítményekre gyakorolt hatásának felmérése (megfigyelési skála és pragmatikai profil).

A vizsgálatvezető felveheti sorrendben a négy vizsgálati szinthez tartozó szubteszteket, vagy tetszőleges szinteket választhat ki a vizsgálat céljától függően. A négyszintű modell tehát lehetővé teszi, hogy csak a vizsgálat céljainak megfelelő szubteszteket, feladatokat végezzük el (10. ábra).

10. ábra. A CELF–4 négyszintű vizsgálati modelljének alternatív folyamata (SEMEL és mtsai, 2003 nyomán)



A CELF–4 tehát rugalmas, multiperspektivikus vizsgálati folyamata teszi lehetővé a tanulók nyelvi-kommunikációs erősségeinek és gyengeségeinek felmérését, és a fejlesztésre és beilleszkedésre (alkalmazkodásra) vonatkozó, pedagógiailag releváns javaslatok megfogalmazását.

Értékelési rendszer

A tesztben nyújtott teljesítményt kvantitatív mutatók fejezik ki, az egyes szubtesztekre nyerspontérték, skálaérték, percentilisrang, életkor-ekvivalens érték, a szubtesztekéből számított indexek esetében kompozit standard értékek, illetve az ezek közötti diszkrepanciaértékek. A standard értékek alapján kapott nyelvi profil diagramon ábrázolható. A kiértékelést szoftver segíti, amely a nyerspontoszámok alapján kiszámolja az indexeket, illetve a szülők és szakemberek számára különböző szintű szöveges értékelést is létrehoz.

A nyelvi képesség egyes területeinek fejlettségéről a CELF–4 szubtesztjeiből számolt kompozit indexek tájékoztatnak. A *Nyelvi alapérték index* a vizsgált tanuló általános nyelvi fejlettségét mutatja, ennek alapján állapítható meg a nyelvi normalitás, illetve a nyelvi zavar ténye. Azokból a szubtesztekéből számolható, melyekben a leginkább megmutatkozik a tipikus és az atipikus nyelvi képesség eltérése. A *Receptív nyelvi index* az auditív verbális megértési képesség, az *Expresszív nyelvi index* pedig a nyelvi kifejezőképesség általános mutatója. Mindkettő két-három, életkoronként változó szubteszt eredményén alapszik. A *Nyelvi tartalom index* a szemantikai fejlettség különböző aspektusaiból – így a fogalmak és kategóriák elsajátítása, szóasszociációk megértése, hangzó szövegbeli tények és következtetések interpretációja, helyes és tartalmas mondatok alkotása – általánosított mutató. A *Nyelvi szerkezet index* a mondat szerkezetek létrehozásának és megértésének receptív és expresszív összetevőit összegző mutató, mely az 5–8 évesek vizsgálatakor számolható. A *Nyelvi memória index* azt mutatja, milyen mértékben képes a 9–21 éves tanuló a munkamemóriát nyelvi tartalom és szerkezetek feldolgozására igénybe venni (szemantikai viszonyok azonosítása, szóbeli utasítások végrehajtása, mondatalkotás megadott szavakkal). A *Munkamemória index* a figyelem, koncentráció és a felidézés mércéje. Az összes szubteszt és kompozit index értéke megadható percentilisrang és életkor-ekvivalens értékekben. A CELF–4 szubtesztjei által vizsgált nyelvi területeket, a konkrét feladatokat és a szubtesztek részvételét az egyes kompozit indexekben az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. A CELF–4 szubtesztjei által vizsgált területek, feladatok, indexek

Szubteszt	Vizsgált terület	Feladat	Index	
			5–8 év	9–21 év
Fogalmak és utasítások	szintaxis/metanyelv	A tanuló képekre mutat szóbeli utasításokat követve	Nyelvi alap	Nyelvi alap (9–12 év)
Szavak szerkezete	morfológia	Mondatkiegészítés	Nyelvi alap	

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

Szubteszt	Vizsgált terület	Feladat	Index	
			5–8 év	9–21 év
Mondatismétlés	szintaxis/metanyelv	Mondatismétlés	Nyelvi alap	Nyelvi alap
Mondatformulák	szintaxis/szemantika	Mondatalkotás vizuális inger és célszó/szerkezet alapján	Nyelvi alap	Nyelvi alap
Szóosztályok – receptív	szemantikai osztályok	Összefüggő szavak kiválasztása és a viszony megfogalmazása	Receptív/ Tartalom	Nyelvi alap
Mondatszerkezet	szemantika/szintaxis	Kép kiválasztása az elhangzott mondathoz	Receptív/ Szerkezet	
Expresszív szókincs	szemantika	Képmegnevezés	Tartalom	Tartalom
Szómeghatározás	szemantika	Mondatban bemutatott szavak jelenésének meghatározása		Nyelvi alap/ Tartalom
Szövegértés	szintaxis	Elhangzott szöveg lényegére, részleteire, események sorrendjére, kikövetkeztethető és megjósolható mozzanatokra vonatkozó kérdések megválaszolása	kiegészítő	Receptív/ Tartalom
Mondatszerkesztés	szemantika/metanyelv	Két helyes mondat generálása vizuálisan és orálisan megadott szavakból/szerkezetekből		Tartalom
Jelentésviszonyok	szemantika	Elhangzott mondat után egy kétválasztásos kérdés eldöntése		Receptív/ Nyelvi emlékezet
Számterjedelem	munkamemória	Számok sorozatának azonos, majd fordított sorrendű megisméltése	Munka- memória	Munka- memória
Ismert sorozatok	munkamemória/ szemantika	A hét napjainak elsorolása, számlálás visszafelé és egyéb sorozatok produkciója időmérés mellett	Munka- memória	Munka- memória
Gyors megnevezés	szemantika/ hosszútávú memória	A színek, formák és szín-forma kombinációk megnevezése időmérés mellett	kiegészítő	kiegészítő
Szóasszociációk	szemantika/ hosszútávú memória	Adott kategóriába tartozó szavak generálása időmérés mellett	kiegészítő	kiegészítő
Fonológiai tudatosság	fonológia/ olvasásérettség	Rímek azonosítása, szegmentálás, szóalaki módosítás	kiegészítő	kiegészítő
Pragmatikai profil	pragmatika	Szülő vagy tanár kikérdezése a tanuló szociális nyelvi képességeiről	kiegészítő	kiegészítő
Megfigyelési skálák	iskolai teljesítmény/ szociális interakciók	A szülő, a tanár és maga a tanuló rangsorolja a tanuló iskolai interakcióit és kommunikációját.	kiegészítő	kiegészítő

Használati feltételek

A teszt kiadója (Pearson Education, Inc.) kizárólag B minősítésű, azaz a szakterületen működő reprezentatív szakmai szervezetek – ez esetben például az amerikai logopédusok szövetsége, az ASHA – aktív, a szakmában dolgozó tagjai, illetve pedagógiai vagy pszichológiai mesterfokozattal rendelkező szakemberek számára teszi elérhetővé az eljárást.

Előnyök, hátrányok, indokoltság

Magyarországon nincs standardizált a nyelvi képességeket részletesen vizsgáló teszt, így bármely nyelvi zavart megállapító diagnózis informális eljárásokon, a vizsgáló szakemberek szubjektív megítélésén alapul. Ez elvi szinten inkorrekt, finansiális szempontból nem igazolható, jogilag támadható gyakorlatot eredményez. Mivel a nyelvi képességzavarok a jelenlegi törvényi szabályozás szerint sajátos nevelési igénynek számítanak, a diagnosztika objektív kell, hogy legyen, ami csak releváns elméleti kutatásokon alapuló szerkesztésű, nagy és reprezentatív mintán standardizált nyelvi tesztek alkalmazásával érhető el.

Lévén szó a nyelvi képesség vizsgálatáról, figyelembe kell venni a nyelvi adaptálhatóság kritériumait, amelyek egyedileg ítélelendők meg az egyes eljárások esetében. Mivel a magyar nyelv tipológiailag meglehetősen eltér mind a német, mind az angol nyelvtől (mint a legkorszerűbb szakmai mintaként vett országok nyelvei), nem garantálható automatikusan az egyes nyelvi tesztek adaptálhatósága.

Mindenesetre az alább bemutatandó eljárások szerkesztése, alapelvei egy esetlegesen önállóan kialakítandó magyar nyelvi teszthez is mintául szolgálnak.

Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten (P-ITPA)

Adatok

- ESSER és mtsai, 2010
- Hogrefe Verlagsgruppe, <http://www.testzentrale.de>

Életkori sáv: 4;0–10-11 év (az 5. osztály végéig)

Tesztidő: óvodáskorban 20-35 perc, iskoláskorban a járulékos írott nyelvi vizsgálattal kiegészítve 40-60 perc.

Forrásigény: ára: 348 euró, egyéb költség nem ismert, egy korábbi pályázat kapcsán a tárgyalások a kiadóval megkezdődtek, az adaptációs szándék kedvező fogadtatásra talál.

Az eljárás jellemzői

A tesztet a Kirk, S. A. és McCarthy, S. S. által eredetileg 1968-ban kidolgozott és revidiált ITPA–3 amerikai verziója alapján fejlesztették ki a Potsdami Egyetemen. A német verzió alapját az Angermaier-féle pszicholingvisztikai fejlődésteszt (PET) jelentette, amely jelentős átdolgozáson ment keresztül.

A tesztkonstrukció alapfilozófiája a tanulási zavarok lingvisztikai irányultságú megközelítése az Osgood-féle modell alapján.

Vizsgált területek:

- Verbális intelligencia
- Szókincs
- Expresszív beszéd
- Fonológiai tudatosság
- Verbális rövidtávú emlékezet
- Olvasás (értelmes és értelmetlen/álszavak)
- Helyesírás

Előnyök, hátrányok és indokoltság

A teszt Magyarországon nem ismert, bevezetése a német nyelvterületen is újnak számít. Az eredeti amerikai változata magyar fordításban létezik (Vecsey Katalin), a korábbi német változattal a Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet rendelkezik, 1 fő magyar szakember (Gereben Ferencné) német tanfolyami kiképzéssel is rendelkezik.

Marburger Sprachverständnistest für Kinder (MSVK) Marburgi beszédértéstezt gyermekeknek

Adatok

- ELBEN és LOHAUS, 2000
- Hogrefe Verlagsgruppe, <http://www.testzentrale.de>

Életkor sáv: 5–7 év

Tesztidő: 30-45 perc (egyénilég, illetve csoportosan)

Forrásigény: 68 euró (egyéb költség nem ismert)

Általános jellemzők

Az MSVK egy szisztematikusan, szemantikai, szintaktikai és pragmatikai szintekből felépített komplex vizsgálóeljárás. Az alapvető nyelvi szinteket figyelembe véve *hat altesztből* épül fel, amelyek a fonetikai szinttől egészen a pragmatikai szintig felölelik a receptív beszéd minden szintjét. Nem verbális úton képek segítségével, cselekedtetve méri fel az óvodás, az iskolába lépő, illetve már iskolás gyerekek receptív beszédképességeit. A beszédértést folyamatnak tekinti, mely a beszédpercepció, a jelentés-felismerés, valamint a gondolkodás és a cselekvés során működő szemantikai részfolyamatokból áll.

A nyelvi szinteket három dimenzió keresztül közelíti meg, ezek a szemantika, a szintaktika és a pragmatika. Mindegyik területet két részre bontották, ennek megfelelően a beszédértés különböző szintjeit két-két alteszttel mérik. A szemantikai részen belül a passzív szókincset

és a szójelentést, a szintaktikai részen belül a helyes mondatértést és az utasítások pontos végrehajtását vizsgálják. A pragmatikai részben egy adott személyhez, illetve egy adott szituációhoz kell megfelelően hozzárendelni a beszédet.

A teszt területei

- Szemantikai rész:
 - Passzív szókinccs (főnevek, igék, melléknevek)
 - Szójelentés (fő-, alfogalmak)
- Szintaktikai rész:
 - Mondatértés
 - Utasítások megértése
- Pragmatikai rész
 - Személyközi viselkedés – személyre vonatkozó nyelvi hozzárendelés
 - Szituációban való viselkedés – szituációra vonatkozó nyelvi hozzárendelés

A teszt beszerzésre és kipróbálásra került az OTKA-K-61463. számú kutatási projekt keretében az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében, szakdolgozatban került dokumentálásra (SIGMUND, 2010).

Mill Hill Vocabulary Scale Mill Hill Szókincsteszt

Adatok

- RAVEN és mtsai, 1998
- Oxford Psychologists Press Ltd Lambourne House
- Hazai kiadó: Edge 2000 Kft.

Életkori sáv: serdülőkortól

Tesztidő: 20 perc egyéni vagy csoportos vizsgálat

Kompetencia: B

Forrásigény: 12 600 Ft

Jellemzők

A Mill Hill Szókincstesztet a nemverbális kognitív képességeket vizsgáló Raven Progresszív Mátrixok kiegészítéseként alkalmazzák. Feltárja a kultúra által hozzáférhetővé tett verbális információk aktualizálásának képességét. 75 többszörös választást igénylő feladatból áll: nyolc alternatívából kell kiválasztani a megadott szó helyes szinonímáját.

Előnyök, hátrányok és indokoltság

A szókincsteszt magyar fordításban rendelkezésre áll. Kipróbálása, bemérése hazai mintán nem történt meg; az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon szakdolgozatok keretében (PÁSZTOR T.-né, 2011; MAJÁN, 2012) anyaggyűjtés kezdődött a teszt használatával kapcsolatban, a kapott eredmények értékelése jelenleg az angol nyelvi értékek alapján történik.

Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition (PPVT™-4) a hazai gyakorlatban ismert teszt megújított változata

Adatok

- DUNN és DUNN, 2007
- Pearson Education, Inc.

Életkori sáv: 6–90 év

Tesztidő: 10-15 perc

Forrásigény: 500 dollár

Az eljárás jellemzői

A receptív szókincs átfogó, normaértéken alapuló individuális vizsgálata gyermek- és felnőttkorban. A korábbi változathoz képes a képanyag nagyobb és színes. Két paralell változatban került kidolgozásra. Mindkét változat (A, B) tanító itemekkel indul, és 228 tesztszót tartalmaz. A vizsgálati személy egy oldalon egyszerre négy színes képet lát, és ebből kell kiválasztani a célszó tartalmának legjobban megfelelő képet. A szóanyag széles merítésből került kiválasztásra, összesen 20 tartalmas kategóriából (pl. cselekvések, zöldségek, eszközök) és szófajokból (főnevek, igék, melléknek), különböző nehézségi szinteken. A fiatal korosztály, illetve az alacsony teljesítmény mérhetősége céljából számos igen könnyű itemet is tartalmaz a szóanyag.

Értékelési rendszere, módja

A teszt értékelése számítógépes szoftver segítségével történik.

1. Egyéni értékelés

- Pontértékek összefoglalása: az egyén aktuális értékei, leíró beszámoló, javasolt intervenciók
- Diagnosztikus elemzés: minőségi itemelemzés (tételcsoportok és kategóriák alapján)
- Változás követése: a Növekedési Skála Érték segíti az ismételt felvétel esetén a fejlődés mértékének kifejezését

2. Csoportos értékelés

- Pontértékek összefoglalása: az egyes személyek pontjainak, a csoportátlagok és a szöveges leírás
- Diagnosztikus elemzés: minőségi itelemelés (tételcsoportok és kategóriák alapján)
- Egy és több csoport esetében a változás követése

Előnyök, hátrányok, indokoltság

- A vizsgálati személyek széles körénél alkalmazható.
- Nem igényel olvasást, expresszív nyelvhasználatot.
- Motoros problémák esetén is általában alkalmazható.
- Gyorsan és egyszerűen felvehető.
- Kevés eszközt igényel.

Égető szükség lenne egy széles életkori tartományban mérő receptív szókinccstesztre. A teszt jelentős átdolgozást igényel, a magyar nyelv sajátosságainak és a hazai kulturális-társadalmi tényezőknek való megfeleltetés miatt.

Sprachentwicklungstests für Kinder (SETK)

Gyermekkori Nyelvfejlődési Teszt

- **Sprachentwicklungstest für zweijährige Kinder (SETK-2)**
Nyelvfejlődési teszt kétéves gyermekek számára
- **Sprachentwicklungstest für 3-5 jährige Kinder (SETK 3-5)**
Nyelvfejlődési teszt 3-5 éves gyermekek számára

Adatok

- GRIMM és mtsai, 2002
- Hogrefe Verlag, <http://www.testzentrale.de>

Két vizsgálati csomagot tartalmaz: a SETK-2 a kétéves gyermekek vizsgálati csomagja, a SETK-3-5 pedig a 3-5 éves gyermekeké. Mindkét tesztet Hannelore Grimm vezetésével Maren Aktas és Sabine Frevert dolgozta ki 2002-ben.

A SETK-2 jellemzői

- Verbális fluencia vizsgálata
- Álszóvizsgálat
- Hallási mondat-terjedelm-teszt

A tesztet a nyelvhasználathoz szükséges receptív és produktív képességek vizsgálatára fejlesztették ki. Németországban a logopédiai gyakorlatban már 2002 óta alkalmazzák. A tesztfelvétel időtartama kb. 25 perc. A tesztet 2;0–2;11 éves korú tipikus fejlődésű gyermekekkel lehet felvenni, de az idősebb, fejlődési zavart mutató gyermekek vizsgálatára is

alkalmas. Leginkább a nyelvfejlődési állapotok és a nyelvfejlődési zavarok nyelvi területeinek feltérképezésére alkalmas. Négy szubtesztből áll, amelyekből kettő a beszédértést, a másik kettő az expresszív nyelvi képességet tárja fel.

Az altesztek következők:

- Szavak értése
- Mondatok értése
- Szavak létrehozása
- Mondatalkotás (SÜSS-BURGHART, 2003)

A SETK-2 tulajdonképpen egy gyors szűrőeljárás, amely lehetővé teszi a rizikógyermek kiszűrését. A teszt validitását és a differenciálásra való alkalmasságát tudományosan bizonyították. A SETK-2 segítségével vált lehetővé először a német nyelvterületeken, hogy átfogó és valid nyelvi adatok alapján feltérképezésre kerülhetett e korosztály nyelvi teljesítménye.

A SETK 3-5 jellemzői

Ezt a nyelvfejlődési tesztet a 3-5 éves gyermekek nyelvfejlődési képességeinek és auditív emlékezeti teljesítményeinek vizsgálatára dolgozták ki. A tesztet 2001 óta használják. A tesztfelvétel időtartama kb. 20-30 perc. Alkalmas az idősebb, fejlődési elmaradást mutató gyermekek vizsgálatára is. Az altesztek életkoronként változóak: a hároméves életkorban négy, a 4-5 éves korban öt altestt áll rendelkezésre. A receptív és a produktív területek vizsgálata mellett az auditív emlékezeti folyamatok is részét képezik a tesztnek. Itt fontos az álszavak fonológiai feldolgozásának vizsgálata, amely az első ilyen jellegű standardizált érték a német nyelvterületen. A SETK 3-5 teszt a SETK-2 eredményeinek folytatásaként jött létre, ahhoz logikusan, a kutatási eredményekre támaszkodva jött létre (GRIMM és mtsai, 2002). A szubtesztek a következők:

- *Beszédértés*

Mondatértés, formális nyelvértés (VS): A gyermek 15 kontextuscsökkentett cselekvésre kap felszólítást (pl. „Tedd a zsákot a filcek közé!”), amelyek az egyes kulcsszavak megértése nélkül nem teljesíthetőek.

- *Beszédprodukción*

A szemantikai viszonyok feltárása, morfológiai szabályképzés: Morfológiai szabályalkotás (MR): További nyelvtani összetevőként a többes szám képzését vizsgálja. A gyermekeknek 18 képkártyát mutatnak valós tárgyakkal (valós szavak) és fantáziafigurákkal (álszavak). Az ábrázolások egyes és többes számát kell képezniük (pl. hajó–hajók, tulo–tulok). Amíg a valódi szavak többes számának képzésnél nem lehet megkülönböztetni, hogy a gyermek a többes számot önállóan képezte vagy egy kívülről megtanult szóalakot reprodukált, addig egy igazi műszó többes szám alakjánál abból lehet kiindulni, hogy egy adott nyelvi szabályt hogyan képes alkalmazni.

- *Verbális emlékezet*

Fonológiai munkaemlékezet álszavakhoz (PGN): Fonológiai információk feldolgozását 18 kettő és négy szótagos álszavak ismétlésével. (pl. billop). Az utánzásban ejtett hibák arra utalnak, hogy a fonológiai munkaemlékezetben nem lehet idegen hangpéldákat helyesen reprezentálni.

- *Szórendi emlékezet, az emlékezési idő és a szókapcsolatok vizsgálata (GW)*

Kizárandó az előforduló mondatismétlési nehézségek korlátozott emlékezeti működésére való visszavezethetősége. A gyermekeknek maximum 6 független szót (pl. fa, ház, nő) adnak meg. A rövidtávú emlékezet mértékét azoknak a szavaknak a száma adja meg, amelyeket a gyermek helyes sorrendben képes reprodukálni.

- *Mondatemlékezet (SG)*

A nyelvi kompetencia vizsgálatához a gyermeknek 15 különböző szemantikai és szintaktikai mondatot kell megismételnie. Egyrészt értelmes (pl. „A szürke egeret elkapja a macska.”), másrészt értelmetlen, de szintaktikailag korrekt (pl. „Egy sapka, ami hegyeket etet, alszik.”) mondatokról van szó (GRIMM és mtsai, 2002).

Itt is, mint a SETK-2-nél, lehetséges az elért százalékos értékek és a T-értékek alapján a kapott eredmények életkori normához való viszonyítása. Sikerült a teszt validitását, a differenciálásra való alkalmasságát tudományosan is bizonyítani. A szerzők elismerik, hogy más tesztek is alkalmasak lehetnek a nyelvi zavarok diagnosztizálására, de azok nem standardizáltak. Arra is felhívják a figyelmet, hogy Németországban a nyelvfejlődési zavarok diagnózisának felállítása orvosi kompetencia, akiknek azonban csak korlátozott idejük van egy-egy diagnózis felállítására (a vonatkozó jogszabály alapján ez átlagosan 16 perc). Ez az a szűk időintervallum nem teszi lehetővé, hogy diagnosztikus munkájukban az orvosok ezt a tesztet használhassák. Ettől természetesen megkérdőjeleződhet a felállított diagnózisuk megbízhatósága.

Preschool Language Scale (PLS-3)
Kisgyermekkori nyelvi skála

Adatok

- ZIMMERMAN és mtsai, 1969, 1979, 1992
- The Psychological Corporation®, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., San Antonio, San Diego, Orlando, New York

A teszt részei és jellemzői

A PLS-3 két standardizált szubskálából áll:

1. Beszédértési skála
2. Beszédproduktions skála
3. Nem kötelező, de elvégezhető kiegészítő vizsgálatok:
 - Artikulációs szűrő
 - Nyelvi minta ellenőrzőlistája
 - Családi kikérdezés

A teszt kéthetes kortól a receptív és az expresszív kommunikáció mérésére alkalmas, az összes életkori szinten. Négy feladatból áll, a nyelvi fejlődés 6-6 hónapján keresztül, egészen a negyedik életév végéig. Az ötödik és a hatodik életévekben a feladatok 12 havonta változnak. Az egyes feladatok az életkori sávokban felfelé haladva, egyre nehezednek.

2. táblázat. A PLS-3 skálával vizsgálható területek (SZANATI, 2010) (x-szel jelölt a szubteszt feladattípusa)

	Beszédértés	Beszédproduktio
Nyelvi előjelek		
• utasítások	x	
• hangfejlődés		x
• szociális kommunikáció		x
Szemantika		
• szókincs	x	x
• elvont fogalmak:		
○ minőség	x	x
○ mennyiség	x	x
○ térbeliség	x	x
○ időbeliség/sorozatok	x	x
Szerkezet		
• morfológia	x	x
• szintaktika	x	x
Integratív gondolkodási képesség	x	x

- **A beszédértést vizsgáló szubteszt**

A szubtesztet a gyermek receptív nyelvi készségeinek vizsgálatára használható a 3. táblázatból leolvasható területeken.

3. táblázat. A beszédértést vizsgáló szubteszt feladatanalízise 0–23. hónapos korig

Beszédértés kora	Beszédértés feladatai	Vizsgált területek	
		Figyelem	Szókincs
0–5. hónap	1. Szándékosan a beszélőre néz.	x	
	2. Reagál a celofán hangjára.	x	
	3. Fejfordítással lokalizálja a hangforrást.	x	
	4. Megkülönböztet egymástól két hangot	x	
6–11. hónap	5. Anticipál egy eseményt vagy jelet.	x	
	6. Követi szemével az eseményt.	x	
	7. Reagál a „nem-nem” tiltásra.		x
	8. Megért egy szót vagy szókapcsolatot (a „nem”-en kívül).		x
12–17. hónap	9. Figyelmét fenntartja 2 percig.	x	
	10. Egyszerű utasításokat végrehajt		x
	11. Ismert tárgyak kiválasztása.		x
	12. Képek kiválasztása (kutya, baba).		x
18–23. hónap	13. Egyszerű parancsok végrehajtása (gesztikulációs segítség nélkül).		x
	14. Képek kiválasztása (labda, kanál).		x
	15. Testrészek megmutatása önmagán.		x
	16. Igék megértése kontextusban.		x

- **A beszédprodukción vizsgáló szubteszt**

A beszédprodukción feladatai az 1. ábrán feltüntetett kommunikációs területeket ölelik fel. A 4. táblázat összefoglalja a beszédprodukción feladatanalízisét 2 hetes kortól 29 hónapos korig.

6. A beszéd- és nyelvi zavarok vizsgálatának javasolt diagnosztikus protokollja

4. táblázat. A beszédprodukción vizsgáló szubteszt feladatanalízise 0–29. hónapos korig (SZANATI, 2010)

Beszédértés kora	Beszédértés feladatai	Vizsgált területek				
		Hang	Szoc. fejl., kommunikáció	Szókincs	Morfológia	Szintaktika
0–5. hónap	1. Öröm/diszkomfortérzést jelölő hangok variációi.	x				
	2. Hangadás a hozzá intézett beszédre.		x			
	3. Nevet.		x			
	4. Egyedül vokalizál.	x				
6–11. hónap	5. Hangok kombinálása szótagokká.	x				
	6. Kvázihangok, amelyeket egy másik személy vált ki.		x			
	7. Nonverbálisan kommunikál.		x			
	8. Legalább 4 különböző mássalhangzót produkál.	x				
12–17. hónap	9. Legalább egyszavas szókinccse van.			x		
	10. Szociális rutint/játékot indít el.		x			
	11. Különböző hangok produkálása szótagsorokban.	x				
	12. Szóutánzás.		x			
18–23. hónap	13. Legalább tízszavas szókinccse van			x		
	14. Tárgyakat megnevez (labda).			x		
	15. Egymást követő holofrázisok produkálása.					x
	16. E/1. és 2. személyű névmást használ.				x	
24–29. hónap	17. Kérdést modulál.		x			
	18. Spontán beszédben 3-4 szavas közlést tesz.					x
	19. Képeket megnevez (autó).			x		
	20. Többes számot használ.				x	

A teszt tartalmaz egy Használati kézikönyvet, amely megfogalmazza a csecsemőknek (születéstől 11 hónapos korig) és a bölcsődés gyermekeknek (12. születési hónaptól a 35. hónapig) szóló feladatok kritériumait.

Az átlagos vizsgálati idő:

- 0-0;11 korban: 15-30 perc
- 1;0-3;11 korban: 30–40 perc

A vizsgálatot egy évvel a gyermek életkora szintje alatt kell elkezdni, kivéve akkor, ha a gyermek 18 hónapnál fiatalabb (ekkor az 1. feladat a kezdő).

Alapnak nevezzük a kezdő feladattól számított első három feladat sikeres teljesítését (szubtesztenként külön-külön). Amennyiben a 18 hónapos kornál fiatalabb gyermekek közül valaki nem teljesíti jól az első három kezdő feladatban, akkor ez azt jelenti, hogy teljesítménye nem éri el a 2 hetes gyermekek teljesítményszintjét. A tesztelés akkor fejeződik be, ha a vizsgált gyermek – szubtesztenként – öt egymást követő feladatban 0 pontot ér el, azt nevezzük plafonnak

A PLS-3 magyar fordítása az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Hallássérültek Pedagógiája Tanszék gondozásában készült, jelenleg folyik az adaptálási, illetve standardizálási munka. A csecsemőkori hazai alkalmazás kutatása doktori program keretében zajlik az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Fonetikai és Logopédiai Tanszékén.

Auditory Processing Abilities Test (APAT) Az auditív feldolgozási képességek tesztje

Adatok

- ROSS SWAIN és LONG, 2004

Életkori sáv: 5;0–12;11

Tesztfelvételi idő: 45 perc

A centrális auditív feldolgozási zavar vagy annak előjelei felismerésére és diagnosztikájára irányuló eljárás, mely a következő területekre tartalmaz feladatokat:

- általános auditív feldolgozás,
- auditív diszkrimináció,
- auditív emlékezet,
- auditív szekvenciális emlékezet,
- auditív asszociáció,
- auditív kohézió.

6.2.3. Komplex neuropszichológiai tesztek

Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder (TÜKI) Tübingeni Lurija-Christensen Neuropszichológiai tesztsorozat gyermekeknek

Adatok

- DEEGENER és mtsai, 1997
- Hogrefe Verlagsgruppe <http://www.testzentrale.de>

Életkori sáv: 5;0–16 év

Tesztidő: 2 óra / legalább két ülésben

Forrásigény: 688 euró, egyéb, szerzői jogra vonatkozó költségek nem ismertek.

Az eljárás jellemzői

A még nem standardizált, magyar viszonylatban előzmények nélküli teszt Lurija orosz neuropszichológus munkásságának eredményeit felhasználva került kidolgozásra 1992-ben, majd megújítva 1997-ben gyermekek, tanulók neuropszichológiai vizsgálatának céljára. „A TÜKI alapkonceptióját Lurija dinamikus funkcionális rendszerelmélete képezi. Lurija úgy vélte, hogy minden pszichés funkció agyi részstruktúrák és pszichés részfunkciók együttműködése révén jön létre. Ezek a működési viszonyok és kapcsolatok folyamatosan változnak, bonyolult dinamikus rendszerek képződnek. Az elemi részek mindegyike hozzájárul az összfunkcióhoz, annak egészen speciális részét teszi ki. Ha az egyik elem valamilyen okból kiiktatódik, az az említett bonyolult funkcionális rendszer átstrukturálódását eredményezi, ezáltal a teljesítmény zavart szenved.” (GEREBEN F.-né és mtsai, 2009, 211.)

A teszt 15 nagy funkcióterület átfogó diagnosztikáját teszi lehetővé, és elősegíti a neuropszichológiai funkciózavarok differenciáldiagnosztikáját, a zavarok specifikus lokalizációjának megismerését. A teljesítmények objektivizálása mennyiségi mutatók alapján (makroanalízis) történik, emellett szukcesszív és kvalitatív minőségi elemzésre (mikroanalízis) is lehetőséget nyújt és a célzott terápiás és rehabilitációs tennivalóknak bázisát képezi.

Területei:

- Egésztest-koordináció
- Kezek motoros funkciói
- Orális praxis
- Motoros folyamatok nyelvi szabályozása
- Akusztikomotoros koordináció
- Magasszintű bőrkinetikus funkciók
- Sztereognózis

- Magasszintű vizuális funkciók
- Téri orientáció
- Téri gondolkodás (mozaikteszt)
- Receptív beszéd
- Expresszív beszéd
- Szóсорok tanulása
- Mnesztikus folyamatok
- Gondolkodási folyamatok

Előnyök, hátrányok, indokoltság

Magyarországon az 1992-ben kiadott első verzió kutatási célú kipróbálására Gereben Ferencné irányításával – diszfáziás gyermekek körében elővizsgálat céljából –1999–2001 között került sor az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar Pszichológiai Intézetében (MARTON I., 2001). Új szemléletű és új típusú diagnosztikus eljárás részletes fejlődési, ezen belül nyelvi profil feltérképezésére nyújt lehetőséget a terápiás irányultságot szem előtt tartva.

Behavior Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF)

A végrehajtó funkciók magatartásbecslő skálája

- **Preschool Version (BRIEF-P)**
- **Self Report Version 5-18 (BRIEF-SR)**

Adatok

- STEVEN, C. G., ISQUITH, P. K., GOIA, G. A.

A tesztsorozat 86, illetve 63 item keretében az énkontroll, a metakogníció, a rugalmasság, az inhibíció, a munkamemória és a viselkedésszervezés területén segít feltérképezni az executív funkciók működését.

Forrásigény: kb. 600 dollár+ számítógépes értékelő program (egyéb, szerzői jogra vonatkozó költségek nem ismertek).

Executív skills in children and adolescents. Second edition

Végrehajtó Készségek Gyermekeknél és Serdülőknél

Adatok

- DAWSON és GUARE, 2010
- The Gilford Press

A módszer hazai kipróbálása megkezdődött SNI/b kategóriába sorolt gyermekek hivatalos felülvizsgálata keretében. A tapasztalatok szerint hiánypótló a hazai gyakorlatban.

Quick Neurological Screening Test (QNST-II)

Gyors neurológiai szűrőteszt

Adatok

- MUTTI és mtsai, 1998
- Academic Therapy Publications

Altesztjei

- kézügyesség
- formafelismerés és -másolás
- tenyérbe írt formák felismerése
- tekintetkövetés
- hangmintázatok
- ujj-orr hegy próba
- hüvelykujj-ujj gyűrű
- a kéz és arc egyidejű kettős ingerlése
- gyorsan átforduló ismétlődő kézmozgások
- kar- és lábnyújtás
- kötélén járás
- fél lábon állás
- szökdécselés
- bal-jobb diszkrimináció

A viselkedésbeli rendellenességek területén mutatkozó egyéni jellemzők feltárásával differenciálja a súlyosabb fokú, az enyhe és a normalitás övezetébe sorolható neurológiai eltéréseket, amelyeknek megállapítása nem igényel orvosi kompetenciát.

Magyar fordítását Mészáros Andrea készítette (kézirat). A módszer hazai kipróbálása megkezdődött az SNI/b kategóriába sorolt gyermekek hivatalos felülvizsgálata keretében. A tapasztalatok szerint hiánypótló a hazai gyakorlatban.

6.2.4. Szenzoros integrációs tesztek

Az Ayres-féle tesztek különböző életkorokra adaptált formái, amelyeknek alkalmazása a hazai gyakorlatban is megtalálható

- Test of Sensory Functions in Infants (TSFI) – szenzoros integrációs bébiteszt
- Test of Sensory Integration (TSI) – szenzoros integrációs teszt 3–5 éves óvodáskorúaknak
- Célzott megfigyelés a szenzoros integrációs zavarok felismeréséhez
- Sensory Integration and Praxis Test (SIPT)

(Részletesebb adatokat lásd GEREBEN F.-né és mtsai, 2009, 207.)

7. Melléklet. Az EDM diagnosztikai kódlistája a beszéd- és nyelvi zavarokra vonatkozólag

Beszéd és nyelvi zavarok (EDM-kód: SL)

- Verbális apraxia (SL 1.00)
 - Szerzett verbális apraxia (SL 1.01)
 - Fejlődési verbális apraxia (SL 1.02)
 - Egyéb típusú verbális apraxia (SL 1.03)
- Artikulációs zavarok (SL 2.00)
 - Torzításos artikulációs zavar (SL 2.01)
 - Kihagyásos artikulációs zavar (SL 2.02)
 - Helyettesítéses artikulációs zavar (SL 2.03)
 - Betoldásos artikulációs zavar (SL 2.04)
 - Neurogén artikulációs zavar (SL 2.05)
 - Egyéb artikulációs zavarok (SL 2.06)
- Fonológiai zavarok (SL 3.00)
 - Mássalhangzó-torlódások egyszerűsítése (SL 3.01)
 - Szóvégi mássalhangzó elhagyása (SL 3.02)
 - Veláris hangok elülső ejtése (SL 3.03)
 - Egyéb fonológiai működési zavarok (SL 3.04)
- Beszédfolyamatossági zavarok (SL 4.00)
 - Hadarás (SL 4.01)
 - Dadogás (SL 4.02)
 - Fejlődési dadogás (SL 4.02 a)
 - Neurogén dadogás (SL 4.02 b)
 - Pszichogén dadogás (SL 4.02. c)
 - Egyéb beszédfolyékonyság zavar (SL 4.03)
- Hangképzési zavarok (SL 5.00)
 - Tenziós diszfónia (SL 01.)
 - Rezonanciazavarok (SL 5.02)
 - Hipernazalitás (SL 5. 02 a) (p, b, s, k)
 - Hiponazalitás (SL 5. 02 b)
 - Spazmodikus diszfónia (SL 5. 03)
 - Egyéb hangképzési zavarok (SL 5.04)

- Dizartria (SL 6.00)
 - Ataxiás dizartria (SL 6.01)
 - Petyhüdt dizartria (SL 6.02)
 - Hiperkinetikus dizartria (SL 6.03)
 - Hipokinetikus dizartria (SL 6.04)
 - Kevert dizartria (SL 6.05)
 - Görcsös dizartria (SL 6.06)
- Afázia (SL 7.00)
 - Anomikus afázia (SL 7.01)
 - Broca-afázia (SL 7.02)
 - Kondukciós afázia (SL 7.03)
 - Globális afázia (SL 7.04)
 - Landau-Kleffner szindróma (SL 7.05)
 - Transzkortikális afázia (SL 7.06)
 - Wernicke-afázia (SL 7.07)
 - Egyéb típusú afázia (SL 7.08)
- Centrális auditív feldolgozási zavar (SL 8.00)
- Nyelvi késés (SL 9.00)
 - Szerzett nyelvi késés (SL 9.01)
 - Nyelvfejlődési késés (SL 9.02)
 - Egyéb típusú nyelvi késés (SL 9.03)
- Expresszív nyelvi zavar (SL 10.00)
 - Expresszív morfológiai nyelvi zavar (SL 10.01)
 - Expresszív fonológiai nyelvi zavar (SL 10.02)
 - Expresszív pragmatikai nyelvi zavar (SL 10.03)
 - Expresszív szintaktikai nyelvi zavar (SL 10.04)
 - Expresszív szemantikai nyelvi zavar (SL 10.05)
 - Egyéb típusú expresszív nyelvi zavar (SL 10.06)
- Receptív nyelvi zavar (SL 11.00)
 - Receptív morfológiai nyelvi zavar (SL 11.01)
 - Receptív fonológiai nyelvi zavar (SL 11.02)
 - Receptív pragmatikai nyelvi zavar (SL 11.03)
 - Receptív szintaktikai nyelvi zavar (SL 11.04)
 - Receptív szemantikai nyelvi zavar (SL 11.05)
 - Egyéb típusú receptív nyelvi zavar (SL 11.06)

8. Felhasznált irodalom

- A DSM-IV-TR Diagnosztikai kritériumai* (2001) Animula Kiadó, Budapest
- A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása 10. revízió (BNO-10)* (1994). Népjóléti Minisztérium, Budapest
- BRAUN, O. (1978) *Der Psycholinguistische Entwicklungstest (PET). Ein Sprachtest in der Vorschule. Spracherwerb von 6 bis 16. Düsseldorf.* Pädagogischer Verlag Schwann, Düsseldorf
- BRAUN, O. (2002) *Selbstverständnis förderdiagnostischen Vorgehens* In: GROHNFELDT, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie Band 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation*, 29–45. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- CANTWELL, D., BAKER, L. (1987) *Developmental Speech and Language Disorders.* The Guilford Press, London
- CSÁNYI Y. (2007) *Helyi adatgyűjtés Nógrád megyében egy OECD projekt keretében. Új Pedagógiai Szemle*, 7–8, 56–64.
- DAWSON, P., GUARE, R. (2010) *Executive skills in children and adolescents. A practical guide to assessment and intervention. Second edition.* The Guilford Press, New York
- DEEGENER G., DIETEL B., KASSEL H., MATTHAEI R., NÖDL, H. (1997) *Tübinger Luria-Christensen Neuropsychologische Untersuchungsreihe für Kinder.* Hogrefe Verlag, Göttingen
- DUNN, L. M., DUNN, D. M. (2007) *The Peabody Picture Vocabulary Test, Fourth Edition.* Bloomington, NCS Pearson, Inc.
- ELBEN, C. E., LOHAUS, A. *Marburger Sprachverständnistest für Kinder (MSVK).* Hogrefe Verlagsgruppe
- ERDÉLYI A. (2003) *A gyógypedagógiai oktatási és iskolai rendszer Németországban Gyógypedagógiai Szemle*, 31, 4, 252.
- ESSER, G., WYSCHKON, A., BALLASCHK, K., HAENSCH, S. (2010) *Potsdam-Illinois Test für Psycholinguistische Fähigkeiten - P-ITPA.* Hogrefe, Testzentrale, Göttingen
- FEKETÉNÉ GACSÓ M. (1990) (szerk.) *Logopédiai vizsgálat.* OPI. Budapest
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* (2001). World Health Organization. Magyarul: *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)* (2003) . Egészségügyi Világszervezet, h. n.
- FÜSSENICH, I. (1987) *Gestörte Kindersprache aus interaktionistischer Sicht. Fragestellungen, methodische Überlegungen und pädagogische Konsequenzen.* Schindele, Heidelberg
- GEREBEN F.-né, MARTON I., MÉSZÁROS A., MLINKÓ R. (2009) *A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika táguló horizontja – képességzavarok neuropszichológiai megközelítése.* In: MARTON K. (szerk.) *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája.* 203–231. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar–Eötvös Kiadó, Budapest

- GOLDSEIN, G., HERSEN, M. (2000) *Handbook of Psychological Assessment*. Elsevier Science Ltd, Oxford
- GRIMM, H., SCHÖLER, H. (1978, 1991) *Heidelberger Sprachentwicklungstest*. Hogrefe, Göttingen
- GRIMM, H., AKTAS, M., FREVERT, S. (2002) *SETK 3-5. Sprachentwicklungstest für drei- bis fünfjährige Kinder. Diagnose von Sprachverarbeitungs-fähigkeiten und auditiven Gedächtnisleistungen*. Hogrefe, Göttingen
- GROHNFELDT, M. (2002) *Diagnostik, Prevention und Evaluation*. In: GROHNFELDT, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band 3. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- GROHNFELDT, M. (2004) *Bildung, Erziehung und Unterricht*. In: GROHNFELDT, M. (Hrsg.): *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*. Band. 5. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- GROHNFELDT, M. (2007) *Lexikon der Sprachtherapie*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- HANSEN, D. (1993): *Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft. Migration und Zweisprachigkeit*. Frankfurt, Main
- HANSEN, D. (1993): Sprachbehindertenpädagogik als empirische Wissenschaft – Einige kritische Überlegungen zur Theorie, Praxis und akademischen Lehre. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 65, 160–173
- JUHÁSZ Á. (szerk.) (2003) *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve*. Logopédia Kiadó, Budapest
- JUHÁSZ Á., BITTERA T.-né (1995) *Képanyag a megkésett/akadályozott beszéd- és nyelvi fejlődéshez*. Logopédia Kiadó, Budapest
- KÁLMÁN ZS. (2006) *Mással-hangzók. Az augmentatív és alternatív kommunikáció alapjai*. Bliss Alapítvány, Budapest
- KANITZ, R. (1979) *Software und Handbuch. IDCL/ICD-10. Sprache und Sprachentwicklung*. Springer Medizin, Heidelberg
- KAS B., LŐRIK, J., SZABÓNÉ VÉKONY A., KOMÁROMINÉ KASZIBA, H. (2010) A korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze, a MacArthur–Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár (KOFA) bemutatása és validitási vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38, 2. 114–126.
- KAS B., LŐRIK, J., BOGÁTH, R., SZABÓNÉ VÉKONY, A., SZATMÁRINÉ MÁLYI N. (2012) *SZÓL-E? Szűrőeljárás az óvodáskori logopédiai ellátáshoz*. Logotech, Székesfehérvár
- KEREKI J., LANNERT J. (2009) A korai intervenció intézményrendszerének magyarországi működése. *Fogyatékoság és társadalom*, 2, 189–211.
- KRASZNÁRNÉ ERDŐS F., FEKETÉNÉ GACSÓ M. (szerk.) (2005) *Tanulmányok az afázia köréből*. Eötvös Kiadó, Budapest
- KROHNE, H. W., HOCK, M. (2007): *Psychologische Diagnostik*. Kohlhammer, Stuttgart
- LŐRIK J., AJTONY P., PALOTÁS G., PLÉH CS. (2011) *Aktív szókincs-vizsgálat (LAPP)* (A kismintás beméréshez készült kísérleti példány). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest

- LŐRIK J., MÁJERCSIK E. (2011) *Iskolába lépő gyermekek nyelvi tudatosságának vizsgálata.* (A kismintás beméréshez készült kísérleti példány) Ecucatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest
- LUKÁCS Á. és mtsai (2009) *TROG – Nyelvtani Szerkezetek Megértése Teszt (Bishop, D. V. M).* OS Hungary, Budapest
- MAJÁN CS. (2012) *A Mill-Hill-féle szókinccsteszt alkalmazása hazai gyermekpopuláción.* Szakdolgozat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, Budapest.
- MARTON I. (2001) *Fejlődési diszfáziás gyermekek kognitív fejlettségének sajátosságai a Tübingeni Lurija-Christensen neuropszichológiai vizsgálatsorozat tapasztalatai alapján.* Szakdolgozat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, Budapest
- MEIXNER I., PALOTÁS G. (1970) A beszédhibás gyermek vizsgálatának általános szempontjai. In: KOVÁCS E. (szerk.) (1970) *Logopédiai jegyzet I.* 61–95. Tankönyvkiadó, Budapest
- MUTTI, M., STERLING, H. M., MARTIN, N., SPALDING, N. V. (1998) *Quick Neurological Screening Test II (QNST-II). Second Revised Edition.* AcademicTherapy Publications, Novato, CA
- NATION, J. E., ARAM, D. (1989) *Diagnostik von Sprech-und Sprachstörungen.* Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
- NELSON, H. D., NYGREN P., WALKER, M. PANOSCHA R. (2006) Screening for speech and language delay in preschool children: Systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 117, 2, 298–319.
- PÁSZTOR T.-né (2011) *A Mill-Hill-féle szókinccsteszt alkalmazása hazai gyermekpopuláción.* Szakdolgozat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, Budapest
- PIERANGELO, R., GIULIANI, G. (2007) *The Educator's Diagnostic Manual of Disabilities and Disorders.* John Wiley & Sons, Inc., San Francisco, CA
- PLÉH CS., PALOTÁS G., LŐRIK J. (2002) *PPL-Nyelvfejlődési szűrővizsgálat.* Akadémiai Kiadó, Budapest
- RAVEN, J. C., RAVEN, J., COURT, C. H. (1998) *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales.* Section 2: The Coloured Progressive Matrices. Harcourt Assessment, San Antonio, Texas
- ROSS SWAIN, D., LONG, N. (2004) *Auditory Processing Abilities (APAT).* Ann Arbor Publishers Limited, Belford, Northumberland
- SARBÓ (1901) *Népszerű útmutatás a beszédhibák felismerésére és elhárítására.* Hungária, Budapest
- SARIMSKI, K., STEINHAUSEN, H. (2007) *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung.* Hogrefe & Huber, Göttingen

- SEMEL, E., WIIG, E. H., SECORD, W. A. (2003) *Clinical evaluation of language fundamentals, fourth edition (CELF-4)*. The Psychological Corporation/A Harcourt Assessment Company, Toronto, Canada
- SEMEL, E., WIIG, E. H., SECORD, W. A., (2004) *Clinical evaluation of language fundamentals — Preschool, second edition (CELF Preschool-2)*. The Psychological Corporation/A Harcourt Assessment Company, Toronto, Canada
- SHIPLEY, K. G., McAFEE, J. G. (2004) *Assessment in Speech-Language Pathology. A Resource Manual – 3rd edition*. Thomson Learning, Inc., Clifton Park, New York
- SIGMUND Á. (2010) *A beszédmegértés vizsgálatának egy újabb módszere: a Marburger Sprachverständnistest für Kinder bemutatása*. Szakdolgozat. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest
- STEVEN, C. G., ISQUITH, P. K., GOIA, G. A.
- SÜSS-BURGHART, H. (2003) Die Validität des Spachttests „SEKT 3-5“ im Vergleich mit „K-ABC“ Subtests und dem „AWST 3-6“ *Frühförderung interdisziplinär*, 22, 3, 128–134.
- SZANATI D. (2010) *Koraszülött csecsemők és kisgyermek receptív és expresszív kommunikációjának elemzése egészségpszichológiai szemszögből*. Doktori (PhD) értekezés. Debreceni Egyetem, BTK, Debrecen
- VASSNÉ KOVÁCS E., FEHÉRNÉ KOVÁCS ZS. (2001)
- WELLING, A. (1993): *Integrative Pädagogik und Therapie*. Die Sprachheilarbeit 35. Frankfurt/Main
- ZIMMERMAN, I. L., STEINER, V. G., POND, R. E. (1969, 1979, 1992) *PLS-3. Examiner's Manual*. The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., San Antonio, San Diego, Orlando, New York
- ZIMMERMAN, I. L., STEINER, V. G., POND, R. E. (2002) *Preschool Language Scale Expressive and Receptive tests PLS-4*. Harcourt Assessment Inc., San Antonio, TX

8.1. Webográfia

1. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (1993) *Definitions of Communication Disorders and Variations* [Relevant Paper]. <http://www.asha.org/docs/html/RP1993-00208.html>
2. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (2004) *Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology*. <http://www.asha.org/docs/html/PP2004-00191.html>

3. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (2007) *Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Scope of Practice]*. www.asha.org/policy
4. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION ASHA (2008) *Incidence and Prevalence of Communication Disorders and Hearing Loss in Children – 2008 Edition* <http://www.asha.org/Research/reports/children/>
5. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (2012a) *Developmental Norms for Speech and Language*. <http://www.asha.org/SLP/schools/prof-consult/norms/>
6. AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (2012b) *Directory of Speech-Language Pathology Assessment Instruments*. <http://www.asha.org/assessments.aspx>
7. Heilmittelrichtlinien für allen Verordnungen für Heilmittelerbringer (logopädische, physiotherapeutische, ergotherapeutische Therapie (2007) <http://www.logopaedie-neuss.homepage.t-online.de/Heilmittel.htm>
8. Individuals with Disabilities Education Act (2004) (IDEA) <http://idea.ed.gov/>



Nemzeti Fejlesztési Ügynökség
www.ujszachenyterv.gov.hu
06 40 638 638



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.