

## **Fülöpné Andrékó Klára**

### **A nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási és magatartási zavarainak kezelési lehetőségei, illetve nehézségei az alapellátásban**

A Fővárosi Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálatnál dolgozó nevelőszülői tanácsadóként gyakran tapasztaltam, milyen nehézségekkel jár a nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási, beilleszkedési zavarainak korrigálásához, fejlesztéséhez szükséges ellátás felkutatása. Ezért vizsgálatot folytattam arról, hogy a nevelőszülőknél élő gyermekek, fogyatékosságaiknak megfelelően, sérüléseik korrigálásához megkapják-e a szükségleteiknek megfelelő speciális ellátást, fejlesztést, terápiát az alapellátásban. Kíváncsi voltam arra is, hogy amennyiben vannak problémák, megoldatlan helyzetek, ennek mi lehet az oka.

A gyermekvédelemben gondoskodásban élő gyermekek élettörténetükből adódóan szinte mindannyian igényelnének sajátos egyéni fejlesztést, mely értelmi, illetve érzelmi sérüléseiket kezelné. Vizsgálatomban azonban csak az orvosi, ill. szakértői bizottság szakvéleménye alapján dokumentált esetek megoldási módjait kutattam. A 2002. október 1-jétől 30-áig terjedő időszakban 15 nevelőszülői tanácsadó területét tekintettem át, ami 580 nevelőszülőnél vagy kollégiumban élő gyermeket, ill. fiatalot érintett, 0-24 éves korig.

Ahhoz, hogy a kezelési lehetőségeket számba vegyem, először fel kellett mérnem, hogy mely területen milyen számban tapasztalható a gyermekek érintettsége. Egy kérdőíven szakvélemények alapján a nevelőszülői tanácsadók sorolták be a megfelelő kategóriákba a gyermekeket, s jelezték a kezelés módját.

A vizsgált 580 gyermekből 213 esetében (36,7%) tapasztalható valamely területen elmaradás, mely tanulásukat, beilleszkedésüket akadályozza, nehezíti. Közülük 58 gyermeknél (10%) több terület érintettségét, vagyis halmozott fogyatékosságot tapasztaltam. Így például értelmi akadályozottság mellé társul mozgásfejlődés elmaradása, beszéd-, kommunikációs zavar, illetve tanulási zavar kapcsolódik figyelemhiányhoz, hiperaktivitáshoz, viselkedési zavarhoz. Munkámban egy-egy adott sérülés kezelésének, rehabilitációjának lehetőségét vizsgáltam, így a halmozottan sérült gyermekek több kategóriában is említésre kerültek.

## A sérült területek áttekintése

1. Az egyik legnagyobb terület a 70 gyermeket (12%) érintő *mentális retardáció*. Az értelmileg sérült gyermekek számára Budapesten az iskolarendszer jól kiépült, a tanulási képességet vizsgáló rehabilitációs bizottságok munkája segíti a gyermekek megfelelő ellátáshoz jutását. Mivel azonban kisebb a hálózat intézményrendszere, így a választási lehetőség is behatároltabb. A vidéken élő nevelőszülőknél okoz nagyobb nehézséget a gyermekek speciális ellátása, mivel az adott településen gyakran nincs a fogyatékoságnak megfelelő iskolatípus.

Fejlesztés helyszíne	Spec. tan-tervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Mentális retard. enyhe</i>	39	4	3	1	1		48	8,3%
<i>Ment. retard. középsúlyos</i>	15	1	2		3	1	22	3,8%

2. *Érzékszervi fogyatékoság* 24 esetben (4,3%) került jelölésre. Az érintett gyermekek ellátása, iskolai fejlesztése megoldott. 15 esetben (2,6%) az érzékszerviek más fogyatékosághoz társulnak.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Spec. tan-tervű iskola	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Össz.	580 gyerekből
<i>Vak, gyengénlátó</i>		1	1	3		5	0,9%
<i>Siket, nagyothalló</i>	1	2		1	1	5	0,9%
<i>Mozgássérült</i>	3	2	1	8		14	2,4%

3. A *kommunikációs zavarok* összesen 29 gyermeknek (5%) okoznak gondot. E terület logopédiai fejlesztést igényel. Értelmi fogyatékossgal kapcsolódva a fejlesztés a speciális tantervű iskolában megoldott. A normál beszédfejlődés legfontosabb időszaka az első néhány év. Korai fejlesztéssel eredményesen javíthatók a beszédhibák, a rendellenességek. Az óvodai hálózatban működő logopédusok elsősorban iskola előkészítést végeznek, de megkésett beszédfejlődésnél s egyéb indokolt esetben már korábban megkezdik a gyermekekkel a foglalkozást. Logopédiai fejlesztő csoportban intenzívebb terápiára van mód. Artikulációs zavar erre a korosztályra jellemző inkább, de ez szépen javítható, hisz nagyobb gyermekeknél nem is került jelölésre. Általános iskolában és nevelési tanácsadóban 4-4 esetben fejlesztették a beszéd területen sérült gyermekeket. Kórházi kezelés két gyermeknél folyt, szervi okok miatt. 3 fiatal esetében nem történik fejlesztés. Ez egyiküknél az érintett életkorával indokolható (19 éves), másikuk a kommunikációs zavart nem érzi olyan problémának, amelyért a fejlesztéssel járó kényelmetlenséget vállalná. A harmadik esetben megszűnt az utazó-logopédusi ellátás, így csak az iskolai pedagógusok foglalkoznak a gyermekkel. Az eddig elemzett területeken a meglévő nehézségek ellenére viszonylag szervezettebben, célirányosabban, talán már bejáratottan folyik a sérült területek korrekciója.

Fejlesztés helyszíne	Ált. iskola	Spec. tan- tervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Beszédfejlődés zavara</i>	2	6	3	4				15	2,6%
<i>Fonológiai zavar</i>				6	1	1		8	1,4%
<i>Dadogás</i>	1			1			1	3	0,5%
<i>Kommunikációs zavar</i>	1						2	3	0,5%

4. Másik nagy létszámmal megjelenő csoport a *tanulási nehézséggel* küzdő gyermekeké. Összesen 74 (12,8%) gyermek érintett. 55 gyermeknél valamilyen részképesség-zavart (dysgraphia, dyslexia, dyscalculia) diagnosztizáltak. 19 gyermek olyan tanulási zavarral küzd, amely mindhárom terület problémáit magában foglalja, de itt nem

specifikusan jelennek meg az előző területek kritériumai, hanem a három terület problémái együttesen jelentősen befolyásolják az iskolai teljesítményt.

Az 1993. évi LXXIX. törvény 30.§ (9) rendelkezik az iskola kötelezettségeiről a fogyatékos tanulók, illetve a beilleszkedési zavarral, tanulási nehézséggel, magatartási rendellenességgel küzdő tanulók esetében. „Ha a tanulót egyes tantárgyakból, tantárgyrészekből mentesítik az értékelés és minősítés alól, az iskola /.../ egyéni foglalkozást szervez részére. Az egyéni foglalkozás keretében – egyéni fejlesztési terv alapján – segíti a tanuló felzárkóztatását a többiekhez.”

A mi vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy a 74 tanulási zavar korrekciójában 41 esetben végez fejlesztést az iskola. Sok esetben a szakvélemény nem jut el a szaktanárhoz, vagy nem veszik figyelembe a szakvéleményben leírtakat, pl. írásbeli ellenőrzés mellőzése, behelyettesítése szóbeli számonkéréssel. Ez a gyermek alulteljesítéséhez vezet, s az iskolai kudarcok fokozódásához annak ellenére, hogy a részképesség-zavar felderítésre került. Más esetben ugyan felmentik az értékelés alól a gyermeket, de ezen kívül egyéb nem történik vele. Végigüli a tanórát, s az egyéni felzárkóztatás, a terápia elmarad. A szülő igyekszik máshol felkutatni a segítséget, pl. a nevelési tanácsadókban dolgozó logopédusok végeznek még terápiát, a korai felismerésnek köszönhetően pedig már az óvodában is megkezdődik a fejlesztés. Sajnos a nevelési tanácsadóknak sincs mindig elég kapacitásuk, ill. a felsőbb tanulók számára megfelelő szaktudásuk. Ezért kényszerülnek a nevelőszülők magántanárt-logopédust fogadni, aki felvállalja a gyermek fejlesztését.

Fejlesztés helyszíne	Ált.i isko la	Spec. tan-tervű iskola	Nevelési tanácsadó	Gyermek -jóléti szolgálat	Iskola és NT.	Óvo da	Egyéb (magántanár alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Dyslexia</i>	9	2	5	1	3		2		22	3,8%
<i>Dyscalculia</i>	6	2	2	1	2		3	3	19	3,3%
<i>Dysgraphia</i>	5	1	2		3	1	2		14	2,4%
<i>Tanulási zavar</i>	6	2		3		1	3	4	19	3,3%

5. A koordináció-fejlődési zavar gyakran társul egyéb fogyatékosághoz, így értelmi sérüléshez, beszédfejlődési rendellenességhez, tanulási zavarhoz és hiperaktivitáshoz.

A gyermekek fejlesztése többnyire az iskolában, de néhány esetben nevelési tanácsadóban, óvodában történik. Ha szükséges, orvosi kontrollt is igénybe vesznek, l vidéken élő gyermek fejlesztése nem megoldott.

Fejlesztés helyszíne	Ált.i isko la	Spec. tan-tervű iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Motoros jártasság zavarai</i>	4	8	1	2	2	1	1	19	3,3%

6. Az átfogó fejlődési zavar kategóriájába 5 (0,9%) *autisztikus tüneteket* mutató gyermeket soroltunk, négyük e mellett értelmi fogyatékos. A pontos diagnózis felállításának hiánya egy 18 éves leány esetében megnehezíti további gondozásának megszervezését, mivel az orvos a diagnózisban autisztikus zavart állapít meg, s így nem lehet igénybe venni az autisták számára létrehozott intézményt, bár ez lenne számára a megnyugtató megoldás.

Fejlesztés helyszíne	Spec. tan-tervű iskola	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Össz.	580 gyerekből
<i>Autisztikus zavar</i>	3	2	5	0,9%

7. A *figyelemhiánnyal* és a *hiperaktivitással küzdő* gyermekek csoportját 39 gyermek (6,7%) alkotja. Ennél a területnél megfigyelhető a kórházi kezelés nagy aránya. A 15 esetből csak 4 esetben csatlakozik ehhez nevelési tanácsadóban történő fejlesztés. A gyermekpszichiátrián 1-2 hetes bennfekvéssel diagnózist állítanak fel, majd beállítják a gyermek gyógyszerelését, ami mellett fontos lenne a terápia alkalmazása, mely a gyermek viselkedésváltozását idézné elő. Sok esetben a megfelelő szakember megtalálása csak hosszas utánajárás eredményeként valósul meg, s gyakran csak ideiglenes megoldásra lelünk, így a komplex terápiából sajnos csak a gyógyszeresedés valósul meg. Serdülőkorban már a fiatalok is nehezebben vonhatók be a megfelelő kezelésbe.

Problémát jelent, hogy ezeknek a gyermekeknek a közoktatásban nincs megfelelő iskolatípus, ill. a pedagógusok képzettsége, szaktudása nem elegendő, hátrítják a feladatot. Az alsós években többnyire kis létszámú logopédiai fejlesztő osztályba kerülnek, s mivel ők nem a beszédfejlődés terén mutatnak elmaradást, akadályozzák a logopédiai munkát. Az ott dolgozó pedagógusok türelme, képzettsége, a lassabb haladási tempó s a csökkentett osztálylétszám miatt a problémák általában az 5. osztályban kezdődnek. Ha a figyelemhiányos hiperaktivitás mellé viselkedési zavar is társul, akkor az iskolák igyekeznek megválni az ilyen tanulóktól. Ez gyakori iskolaváltást eredményez, emiatt kényszerülnek alapítványi iskolába ezek a gyermekek, ami viszont jelentős többletkiadással jár.

Fejlesztés helyszíne	Ált. iskolák	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Iskola és NT.	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
Figyelemhiányos hiperaktivitás			1	1	2	5	4	3	2	18	3,1%
Figyelemhiányos	3	1	1		1				1	7	1,2%
Hiperaktív	2	2	2		1	6		1		14	2,4%

8. *Viselkedési zavar* (csalás, agresszió, szabályok súlyos megsértése) 13 (2,2%) gyermeknél jelent komoly gondot. 4 esetben nincs fejlesztés, ebből háromban nem vonható be a gyermek, egy esetben pedig folyamatban van a terápia szervezése.

Oppozíciós zavart 2 (0,3%) esetben jeleztünk. Egyik gyermek alapítványi iskolába jár magatartási problémái miatt, a másik fiatal már 20 éves és nem vonható be fejlesztésbe.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Nevelési tanácsadó	Óvoda	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs Fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Viselkedési zavar</i>	1	1	1	4	1	1	4	13	2,2%
<i>Oppozíciós zavar</i>						1	1	2	0,3%

9. Tiznkilenc (3,3%) gyermeket érintenek a következő *neurotikus tünetek*:  
táplálkozási zavar /anorexia, bulimia /, ürítési zavar /enuresis, encoprésis/ , TIC , szelektív mutizmus. Az ő ellátásuk az előzőekhez hasonlóan a helyi intézményrendszer és szakember ellátottság függvényében teljesen egyedi módon valósul meg.

Fejlesztés helyszíne	Nevelési tanácsadó	Kórház	Kórház és NT.	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Táplálkozási zavar</i>		1	1			2	0,3%
<i>Ürítési zavar</i>	2	6			1	9	1,6%
<i>TIC</i>	1			1	3	5	0,9%
<i>Szelektív mutizmus</i>				1	1	2	0,3%
<i>Egyéb</i>			1			1	0,2%

10. A következő kategóriáknál, melyek összesen 36 (6,2%) gyermeket érintenek, megfigyelhetjük a kamasz- és ifjú felnőtt korú fiatalok nagyobb részvételét. A *hangulat- és szorongásos zavarok* nagyobb arányát tapasztaltuk. Az önelfogadás, az életcél, az én keresés, az önállósodás nehézségei, a nevelőszülős élethelyzetből adódó összetett problémák megoldásához az alapellátásban nem tudnak megfelelő segítséget nyújtani, ezért gyakran a TEGYESZ Nevelőszülői Szolgálatához tartozó pszichológushoz jut el a fiatal, aki hozzáértésével, tapasztalatával tud segíteni a fiatalnak és a nevelőszülői családnak. Több esetben sajnos nem lehet meggyőzni a fiatalot a terápiában való részvételre, ezért fordulhat elő, hogy 11 esetben nem veszik igénybe a megfelelő ellátást.

Fejlesztés helyszíne	Ált. Iskola	Spec. tantervű iskola	Nevelési tanácsadó	Kórház	Egyéb (magántanár, alapítvány, TEGYESZ)	Nincs Fejlesztés	Össz.	580 gyerekből
<i>Pszichoaktív szerekekkel kapcsolatos zavarok</i>						1	1	0,2%

<i>Alkohollal kapcsolatos zavarok</i>		1				1	2	0,3%
<i>Skizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok</i>				1		1	2	0,3%
<i>Hangulatzavarok</i>		2		2	2	3	9	1,6%
<i>Szorongásos zavarok</i>			3			4	7	1,2%
<i>Színlelt zavarok</i>					1		1	0,2%
<i>Disszociatív zavarok</i>		1		2	1		4	0,7%
<i>Alvási zavarok</i>	1		1	3	1		6	1,0%
<i>Játékszenvedély</i>					1		1	0,2%
<i>Személyiségzavarok</i>				2		1	3	0,5%

Megnéztük, hogy hány gyermek kényszerül magántanulóként végezni az iskoláit. Adataink szerint az 580 vizsgált gyermekből 9 (1,5%). Egyikük közép súlyos értelmi fogyatékos fiú, akinek vidéken a korlátozott lehetőségek miatt adódott ez a megoldás. 2 fiatal disszociatív zavar miatt magántanuló, 2 gyermeknél figyelemhiányos hiperaktivitás az ok, amihez viselkedési zavar is társul. 3 HIV pozitív gyermek esetében az alapp probléma a betegségük, ami miatt iskoláztatásuk megoldatlan volt a közoktatásban. Egy gyermek tanulási nehézséggel küzdött, s a nevelőszülő és a családja fel tudta vállalni az otthoni képzést.

## Összegzés

A vizsgálat eredménye alapján megállapítható, hogy a 213 gyermek esetében 330 sérült területet regisztráltunk. A kezelésben a legnagyobb részt az iskolák vállalják, 43,3%-ban. Ezt követi a kórház 16,6%-kal, majd a nevelési tanácsadó 14,2%-kal, az óvoda 8,1%-kal, és a gyermekjóléti szolgálat 1,5%-kal. A gyermekjóléti szolgálat munkatársai elsősorban a vérszerinti családjukban nevelkedő gyermekeket gondozzák, ezért tapasztalhattuk a fejlesztésben az alacsony részvételi arányukat.

Az alapellátáson kívül magántanár, TEGYESZ, ill. alapítványi iskola 7,3%-ban vállal feladatot a fejlesztésben. A vizsgálat célja az alapellátás részvételének vizsgálata volt a nevelőszülőknél élő gyermekek tanulási és magatartási zavarainak kezelésében, ezért a magántanári, alapítványi adatok, valamint a TEGYESZ működésére vonatkozó adatok nem



fedik le a teljes valóságot, csupán jelzésként szerepelnek ott, ahol egyéb fejlesztés nem történik (hisz a TEGYESZ pszichológusa prevenciós jelleggel, illetve ott, ahol probléma jelentkezik, szakvélemény nélkül is foglalkozik a gyermekekkel). A vidéken élő nevelőszülőknél okoz nagyobb nehézséget a gyermekek speciális ellátása, mivel az adott településen gyakran nincs szakképzett logopédus, fejlesztőpedagógus, ill. a fogyatékoságnak megfelelő iskolatípus. Így 25 gyermek (4,3%) utazni kényszerül, gyakran nem is csak a szomszédos településre, hanem akár rendszeresen 15-30 km-t is meg kell tenniük, hogy a megfelelő iskolába juthassanak, vagy a fejlesztő pedagógust elérhessék. Sokszor meg kell küzdeniük a felvételért is, mivel ha fővárosi illetékességű a gyermek, akkor az iskolák túlterheltségre hivatkozva igyekeznek őt visszatudasítani. Sajnos szakemberhiány miatt az utazótanári - logopédiai fejlesztés is hiányosan működik. Az érintett 25 gyermekből 15 értelmi sérült, 3 tanulási zavarokkal küzd, 4 hiperaktív, 1 nagyothalló, 1 mozgássérült, és 1 motoros jártasság terén igényel fejlesztést. A rendszeres hosszú utazás fizikailag megterhelő és költséges.

Az esetek 10,6%-ában nem történik szakszerű fejlesztés, ami eredhet a vidék speciális fejlesztés terén való elmaradásából, a szakemberhiányból, a nem elég hatékony terápiákból, valamint életkori sajátosságokból: a felnőtté válás küszöbén a fiatal már nehezen mozgósítható a terápiában való részvételre. A kapott adatok arra hívják fel a figyelmünket, mennyire fontos a vidékre történő körültekintő kihelyezés. Fontos ismerni a gyermek fogyatékoságát, hiányosságait, melyek ismeretében a rehabilitációhoz - habilitációhoz szükséges intézményrendszer, szakember-ellátottság feltérképezhető, s csak ennek megléte esetén javasolt a családba helyezés; ez biztosíthatja, hogy a családok ne kerüljenek megoldhatatlan vagy nagy megterhelést jelentő helyzetekbe.

A nevelőszülőknél élő gyermekek elsődleges szocializációja családban történik. Véleményünk szerint a társadalmi beilleszkedésüket az segíti, ha a lakóhelyükön igyekeznek a felmerülő problémákat megoldani. A nehézségek miatt a nevelőszülőknél s a nevelőszülői tanácsadóknál időnként felmerül az igény arra, hogy a gyermekek a szakszolgáltatástól kapjanak segítséget fejlesztő pedagógus személyében, hisz rendszerint hosszas utánjárás, egyeztetés eredménye a terápia létrejötte. Gyakran tapasztaljuk a jó szándékú pedagógusi hozzáállás ellenére a gyermekvédelmi ismeretek hiányát, a probléma kezelésének hátrítását kompetencia

hiányára, objektív okokra való hivatkozással. Sokszor érthetőek az indokok, de gyermekeink fejlődése szempontjából nem elfogadhatóak.

Amennyiben az alapellátásban nem sikerül a fejlesztést elérni, akkor a nevelőszülő kénytelen magántanárt fogadni vagy alapítványhoz fordulni. Ezért a szolgáltatásért fizetni kell, ami a nevelőszülőt terheli. Az alapítványi iskolát javasló szakvéleménnyel a kerület jegyzőjéhez kell fordulni, aki az önkormányzat lehetőségei, belső szabályzata alapján elbírálja a kérelmet, és esetleg támogatja az iskoláztatást. Ha erre nincs mód, akkor előfordul, hogy a nevelőszülő fizeti az alapítványi díjat.

A nevelőszülő a gyermek ellátására havonta normál nevelési díjat és normál külön ellátmányt kap, ehhez járul a családi pótlék összege. Ezeket a juttatásokat a nevelőszülő a gyermek teljes körű ellátására köteles fordítani. A TEGYESZ indokolt esetben, szakvéleménnyel, a többletköltséget igazoló számlával a nevelőszülő kérelmére, a nevelőszülői tanácsadó javaslatára emelt összegű gondozási díjat folyósít. Ez 2002. októberében 96 gyermeket érint (16,6%). 35 esetben a gyermek halmozottan sérült, 50 esetben egy terület érintett. További, eddig nem említett 11 gyermek (közülük 2 csecsemő), valamint tisztán egészségügyi problémák miatt 9 gyermek jut még emelt összegű gondozási díjhoz. Ez az összeg a gyermek ellátására nem elegendő, amennyiben a fejlesztést a nevelőszülő a közoktatásban, illetve az alapellátásban nem tudja elérni.

A cikkemben felvázolt helyzet bizonyítja, hogy a nevelőszülők sokszor erőn felül vállalják a problémás, sérült gyermekek gondozását-nevelését. A vizsgálat 2002. októberében készült. Ha ma megismételnénk a kérdőívek kitöltését, más eredményt kapnánk. Ez nemcsak a kihelyezések és visszakerülések módosító hatásának köszönhető. Sajnos a terápiák, a fejlesztő foglalkozások hosszú távon nehezen utolérhetőek, így a nevelőszülők, s mi tanácsadók is állandó keresésben vagyunk, hogy a helyi adottságok között a gyermek problémájához, személyiségéhez illő szakembert, intézményt megtaláljuk.

Ez a vizsgálat a fővároshoz tartozó nevelőszülőknél élő gyermekek helyzetét elemezte, de talán érdekes lenne egy országos felmérést is végezni, s a tapasztaltakat ismertetni.