

# **GYÓGYPEDAGÓGIAI GLOSSZÁRIUM**

# GYÓGYPEDAGÓGIAI GLOSSZÁRIUM

## **Szerzők:**

Antalics Fanni, Bosnyák-Varga Tímea, Gelencsérné Dr. Bakó Márta, Gugora Réka, Győr-Varga Nóra, Hodosi Zsófia, Horváth Lilla, Kátainé Lusztig Ilona, Kovács Attila, Kovácsné Nagy Ibolya, Kozics Nikolett, Laczkó Mária, Roa Divina, Somogyi Bianka, Szalai Katalin, Szili Katalin, Szűcs Rebeka, Takács István dr.

Lektorálta:

Patrick James Alexander

Szerkesztette:

Takács István

A kiadvány a TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0014 azonosító jelű, a „Pedagógusképzést segítő hálózatok továbbfejlesztése a Dél-Dunántúl régióban” elnevezésű projekt keretében készült.

A szerzők a Kaposvári Egyetem Pedagógiai Karának oktatói és hallgatói.

ISBN 978-615-5599-11-8

Felelős kiadó:

Podráczky Judit, dékán

Nyomda:

Dombóvári Szecsox Nyomda Kft.

© Szerzők, 2015

## Tartalom

---

AAT – Állatasszisztált terápia .....	9
Afázia.....	10
Afónia.....	13
Anamnézis .....	16
Apraxia .....	19
Autizmus spektrumzavar .....	21
Beszédzavar .....	26
Deviancia.....	27
Diszlexia.....	29
Diszgráfia.....	31
Diszfónia.....	35
Diszkalkulia (aritmaszténia).....	38
Down-szindróma .....	43
DSM-IV.....	46
Értelmi fogyatékoság .....	47
Érzelmi zavarok.....	50
Fogyatékoság .....	56
Gyermekvédelem.....	59
Gyógypedagógia.....	62
Gyógypedagógiai pszichodiagnosztika .....	64
Gyógypedagógiai szociológia .....	67
Gyógypedagógiai terápiák.....	69
Hallássérülés, halláskárosodás .....	73
Hiperkinetikus zavarok.....	75
Integráció/integrált oktatás .....	77
Iskolai készségek kevert zavara .....	80
Kognitív funkciók/képességek.....	81
Korai fejlesztés – korai intervenció .....	83
Logopédia.....	86
Magatartászavarok.....	88
Mentális retardáció.....	93
Mozgássérülés/mozgáskorlátozottság .....	96
Nagyothallás.....	99

Neurolingvisztika .....	101
Pervazív fejlődési zavar .....	103
Pre-, peri- és posztnatális ártalmak .....	105
Pszicholingvisztika .....	111
Pszichológia.....	113
Pszichopedagógia .....	117
Siket (lásd még: hallássérülés) .....	123
Stigmatizáció .....	124
Tanulásban akadályozottak .....	126
Veleszületett fejlődési rendellenesség .....	129
Zeneterápia .....	131

## ELŐSZÓ

Ez a Gyógypedagógiai Glosszárrium – alapelgondolásunk szerint – a gyakran használt gyógypedagógiai szakkifejezések meghatározását adta volna magyar, angol, német és spanyol nyelven. A kétéves előkészítés eredményeként elkészült Glosszárriumot azonban csupán az első megtett lépésként értékelhetjük. Ugyanakkor megjegyezzük, hogy az összegyűjtött anyagunk közel fele nem kerülhetett be a papíralapú kötetbe – terjedelmi okokból. Az elektronikus formátumban azonban minden kidolgozott kifejezés helyet kapott.

Munkálataink során hamarosan be kellett látnunk, hogy – akár a többi szótártípusú munka esetében, esetünkben is – hosszú évek kitartó munkája szükséges ahhoz, hogy közel átfogó tárházát adjuk azoknak a szakkifejezéseknek, amelyek a gyógypedagógiai tevékenységhez tartoznak. E kötet közreadásakor azzal az elképzeléssel nyújtjuk át munkánkat, hogy tanévenként szisztematikusan bővítve, egyre differenciáltabb képet igyekszünk majd alkotni általában a gyógypedagógiáról, s abban a kaposvári képzésben megjelenő szakirányokról – illetve e területek fontos szakkifejezéseiről.

Ismert problémája minden szakterületnek, így a gyógypedagógiának is, hogy adott szakkifejezések sajátos módon – az adott ország általános és szakmai kultúrájának megfelelően – értelmeződnek. A fordítási nehézségek abban érhetők tetten, hogy a logikusnak tűnő megfeleltetés, de különösen a tükörfordítás, sok esetben nem hoz eredményt, illetve másként értelmeznek egy-egy fogalmat az eltérő nyelvi közegekben.

Ugyanakkor nagyon fontosnak tartjuk, hogy a gyógypedagógus hallgatók mind szélesebb tudományos háttérrel támasszák alá ismereteiket – s, különösen, majdani gyógypedagógusi munkájukat. Hallgatóként ennek egyik módja lehet a szakirodalom tanulmányozása az általa ismert idegen nyelven, a másik pedig – a különféle pályázati lehetőségek kihasználásával – a külföldi részképzések igénybevétele.

A kötet megtervezésekor a Glosszárrium címszavainak egy-egy nyelven való értelmezhetőségét abban láttuk, hogy eredeti szövegkörnyezetben mutatjuk be a kifejezést, s az ennek megfelelően kialakult / alkalmazott fogalmat. Ezért a kötetben található szövegrészeket olykor jelentősen eltérő terjedelemben, stílusban jelennek meg az összeállításunkban – hiszen azokat nagyon különféle dokumentumokból válogattuk.

A Gyógypedagógiai Intézet oktatói – Gelencsérné Bakó Márta, Kátainé Lusztig Ilona, Kovács Attila, Laczkó Mária, Szalai Katalin, Szili Katalin, Kovácsné Nagy Ibolya az alkotó szerkesztővel közösen – kétévnnyi munka eredményeként gyűjtötték össze tantárgyaik legfontosabbnak ítélt fogalmait, amelyeket azután idegennyelvi környezetben is megvizsgáltunk megfelelő idegennyelvtudással rendelkező hallgatók, oktatók bevonásával. Eredeti elképzeléseink szerint a francia nyelvterület vizsgálata is szerepelt céljaink között, ám megfelelő szakmai háttér híján erről ideiglenesen le kellett mondanunk. Sok olyan szócikktől is meg kellett válnunk a szerkesztés során, amelyeknek nem volt mindhárom idegen nyelven számunkra megfelelő leírása (pontosabban egyelőre nem leltük fel azt). Elképzeléseink szerint ez nem azt jelenti, hogy az adott szócikkről lemondunk, csupán arról van szó, hogy a Glosszáriumba kerülés akkor történik meg, amikor mindegyik nyelvterületen, megfelelő szövegtörzset tudunk a kötetbe illeszteni. Az egyes szócikkek először magyarul jelennek meg – ez esetben a fogalom 14-es betűnagyságú és vastagítva látható. Ezt követi az angol, a német, s a spanyol szócikk, melynek fogalma 12-es betűnagysággal, vastagítva olvasható. Minden szócikket követően dőlt betűvel jelezzük a felhasznált forrást, amely a digitális világ előnyeire támaszkodva a legtöbb esetben internetes elérhetőségű. Javasoljuk, hogy az adott téma iránt érdeklődő olvasó keresse fel a hivatkozás helyét, mert ott további ismeretekhez juthat az adott témában.

A munka javát lelkes-lelkiismeretes gyógypedagógus-hallgatók végezték. Név szerint mondunk köszönetet a magyar szócikkek kereséséért Horváth Lillának, Kozics Nikolettnek, Roa Divinának, valamint Szűcs Rebekának. Az angol szövegek gondozásáért Gugora Rékának, Somogyi Biankának, Antalics Fanninak, a német szövegek gondozásáért Győr-Varga Nórának és Hodosi Zsófiának, végül a spanyol szövegeken egyedül dolgozó Bosnyák-Varga Tímeának. A hallgatói fordítócsoport mintegy másfél éves munkájának összehangolásában, és az összegző munkálatokban múlhatatlan érdemei vannak Hodosi Zsófia végzős hallgatónknak, akinek ezúton is megköszönjük áldozatkész munkáját. Külön hálásak vagyunk a lektori munkát végző Patrick Alexandernek, aki tételesen, alaposan minden hivatkozást ellenőrizve fogalmazta meg javaslatait.

Reményeink szerint tehát a Glosszárium nem befejezett mű. Ezért is fontos számunkra, hogy e-kötetként is megjelenik, hiszen ebben a formában a rendszeres alakításával összefüggő munkálataink viszonylag könnyen, a tanévenkénti rendszeres feladataink sorába lesznek illeszthetőek. Mindez biztosíték lehet arra, hogy a gyógypedagógia, s diszciplinaritására tekintettel, a társ-tudományterületek megújulását folyamatosan, naprakészen követhessék hallgatóink, és oktatók egyaránt. Nem titkolt szándékunk az sem, hogy a közeljövőben szerteágazó külföldi kapcsolatokra tegyünk szert, amelynek alapvető feltétele a pontos, szakszerű kommunikáció. Ezekkel az elképzeléseinkkel függ össze az is, hogy folyton bővülő, alakuló szócikkállománnyal segítsük az idegen nyelveken ismereteket kereső, s a különféle ösztöndíjjakkal külföldre készülő hallgatóinkat.

Módszertani ajánlasként egyetlen 'kutatói kérdés' exponálásával zárjuk előszavunkat: Kedves Olvasó, ha egy fogalom alapos megértésére törekszik, igyekezzen először a magyarul adott meghatározás és a vizsgált nyelven olvasható szócikk különbözőségeit számbavenni, majd keresse e különbözőségek okait! Így eljárva, kutatott területén differenciált ismeretekre, komplex látásmódra tehet szert!

Jó munkát, kellemes kutatói órákat kíván a Gyógypedagógiai Glosszárium minden készítője nevében:

A Szerkesztő





## **AAT – Állatasszisztált terápia**

---

Az állatasszisztált terápia során a munka már konkrétan kitűzött célok szerint zajlik, a fejlődést dokumentálják, nyomon követik.

Az állat bevonásával folyó fejlesztés a személy vagy csoport terápiás, fejlesztési tervébe beágyazva folyik. Az ilyen munkára használt állat speciális kiképzésben vesz részt, temperamentumának adott kritériumoknak meg kell felelnie. A terápiát megfelelő végzettséggel rendelkező egészségügyi, pedagógiai szakember, terapeuta, pszichológus végzi. Illés Anett az AAT feladatai közé sorolja a prevenciót, a gyógyítást, a motoros és pszichés funkciók fejlesztését, a nevelést, a fogyatékból származó hátrányok kompenzációját.

<http://kutyasterapia.weebly.com/uploads/1/6/8/6/16863192/aaa-aat-aap.pdf>

2014. 09. 15.

### **AAT – Animal-assisted therapy**

Animal-assisted therapy (AAT) is formally defined by the Delta Society as “a goal-directed intervention in which an animal that meets specific criteria is an integral part of the treatment process” (Kruger, Trachtenberg, & Serpell, 2004, p. 4). AAT involves specifically trained animals and professionals working as co-therapists (Kruger et al., 2004). As a fundamental part of therapy, AAT is focused on the improvement of human physical, mental, emotional, and social functioning. Found in both individual and group counseling, AAT is a formal, documented, and evaluated treatment process. For the purpose of this project, AAT is not to be confused with service animals that are trained to assist people with disabilities.

[http://www.winona.edu/counseloreducation/images/justine\\_jackson\\_capstone.pdf](http://www.winona.edu/counseloreducation/images/justine_jackson_capstone.pdf)

2014. 09. 15.

### **AAT – Tiergestützter Therapie**

Unter tiergestützter Therapie werden zielgerichtete Interventionen in Zusammenhang mit Tieren zusammengefasst. Nach einer entsprechenden Situations- und Problemanalyse wird ein Therapieziel definiert und ein Therapieplan unter Einbeziehung des Tieres erstellt. Ziel ist eine Stärkung und Verbesserung der Lebensgestaltungskompetenz. Tiergestützte Therapie wird von therapeutisch qualifizierten Personen durchgeführt. Auch die Ausbildung des Tieres sollte auf das Therapiekonzept abgestimmt sein. Der Therapeut lenkt bei der tiergestützten Therapie entweder den Einsatz des Tieres selbst oder er ist für die Organisation und den Ablauf der Sitzungen verantwortlich, während das Tier durch seine Bezugsperson unter Leitung des Therapeuten zum Einsatz kommt.

[http://www.meerschweinchenberatung.at/aaa\\_allgemein.html](http://www.meerschweinchenberatung.at/aaa_allgemein.html)

2014. 09. 15.

**La terapia asistida con animales** es una intervención directa y con objetivos prediseñados, donde participa un animal que reúne criterios específicos, como parte indispensable para el tratamiento. Ha sido ideada para propiciar beneficios físicos, sociales, emocionales y cognitivos en una gran variedad de entornos, de manera individual o en grupo, valiéndose para ello de diferentes animales. Todo el proceso ha de haber sido previamente diseñado y posteriormente evaluado.

Se han definido 2 tipos de terapia: en la más básica se trata simplemente de disfrutar de la compañía de un animal doméstico, que además puede aportar provechos, tanto físicos como psíquicos; en la otra constituyen auténticos esquemas de rehabilitación con la ayuda de animales, no necesariamente domésticos, coordinados por un médico y un equipo multidisciplinario, así como habitualmente reforzados con indicaciones terapéuticas especiales para personas con problemas psicomotores.

*Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. In: Medisan 2009, 13 (6)*  
[http://bvvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san15609.pdf](http://bvvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san15609.pdf)  
2014. 11. 19.

La terapia asistida con animales es una modalidad de tratamiento terapéutico en que un animal que cumple determinados criterios forma parte integral del proceso. Este tipo de terapia está dirigida por un profesional de la salud quien marca los objetivos específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos. Se puede realizar en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional (Tucker, 2004).

Los animales que más frecuentemente son utilizados para la terapia asistida con animales son los delfines, los caballos y los perros. No obstante, se pueden emplear casi todos los animales – desde los peces en un acuario hasta los animales de granja.  
<http://www.terapiaconperros.com/default.asp>  
2014. 11. 19.

---

## **Afázia**

Az afázia összefoglaló elnevezése mindazon beszédzavarnak, amelyek organikus agyi sérülés következtében jönnek létre. A szó görög eredetű: aphasia, jelentése beszédtelenség.

Az afáziának több formáját lehet megkülönböztetni:

- szenzomotoros
- motoros
- szemantikus
- szintaktikai

A szenzomotoros afázia fő tünete ép hallás mellett a beszédmegértés zavara; emellett folyamatos beszéd, szó- és hangtévesztések, neologizmusok jellemzik.

A motoros afáziában a beszédszervi működések mellett leginkább a beszédkészsegek érintettek; a beszéd megértése és a nyelvi emlékezet közepesen zavart, ami félreértésekhez vezet.

A szemantikus afáziában egyes szavak jelentésének felfogása sérül. A szintaktikai afáziában a mondatalkotás nem megfelelő (agrammatizmus).

A felsoroltakon kívül az afáziának másféle és kombinált változatai is lehetségesek, itt megemlíthető például az akalkulia és az alexia. A vezetési afázia a Broca- és a Wernicke-központ közötti kapcsolat megszakadása, amiben a beteg nem tudja megismételni a mondottakat. Transzkortikális afáziában az érintett nem tud magától beszélni, de tud hangosan olvasni. Amnesztikus afáziában folyamatosan képes beszélni, de szómeztalálási nehézségei vannak.

Minden típusban az írott nyelv használata ugyanúgy zavart lehet, mint a beszéd. Globális afáziában a nyelv minden formája érintett, és a beteget akár teljesen megfoszthatja a nyelv minden formájától.

A szenzoros és a motoros afázia klasszikus leírói Carl Wernicke és Paul Broca. A beszéd szenzoros (érző) és motoros (mozgató) központjait a kéreg különböző pontjaira lokalizálták és az afáziát ezen központok sérülésével magyarázták. Az afázia megismerésére való törekvések közös vonása, hogy a beszédfunkciókat, illetve azok zavarát nem egységes elszigetelt központok működésére, hanem többféle idegrendszeri folyamat egyidejű integratív összekapcsolódására, illetve ezek zavarára vezetik vissza. Az afáziás gyermekek rendszeres logopédiai foglalkoztatást igényelnek.

*Nagy Sándor (1967–1969): Pedagógiai lexikon, Akadémiai Kiadó, Budapest  
2014.10.22*

### **Aphasia**

Aphasia is a condition that results in the limited ability to use or comprehend words. Those with mild aphasia might have difficulty remembering the names of objects or people while severe forms can impair the ability to speak. Aphasia is not the same as autism.

<http://www.understandingspecialeducation.com/types-of-learning-disabilities.html>  
2014. 10. 22

## **Aphasie**

Aphasie ist eine Störung der Sprache, die immer durch eine Hirnschädigung verursacht wird. Die häufigste Ursache dafür ist ein Schlaganfall. Ein Schlaganfall entsteht vor allem dann, wenn Blutgefäße im Gehirn sich verengen oder ganz verschließen. Dadurch wird die Versorgung wichtiger Gehirnzellen mit Sauerstoff verhindert. Aber auch andere Einflüsse wie beispielweise Hirnverletzungen durch Verkehrsunfälle, Hirntumore oder Hirnentzündungen können zu einer Aphasie führen. Eine Aphasie betrifft alle sprachlichen Modalitäten, d.h. Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben. Wörtlich bedeutet Aphasie „Sprachverlust“, jedoch geht die Sprache eigentlich nie ganz verloren. Aphasien zeigen vielmehr eine Vielfalt an Störungsformen und Schweregraden – keine Aphasien entsprechend dem Schädigungsort und den Störungsschwerpunkten einteilen. Einteilungen unterscheiden neben einigen Sonderformen 4 Hauptformen. Sie heißen: Globale Aphasie, Broca Aphasie, Wernicke Aphasie und Amnestische Aphasie.

Globale Aphasie ist die schwerste Form der Aphasie: alle sprachlichen Fähigkeiten – Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben – sind schwer gestört. Häufig sind Menschen mit Globaler Aphasie zunächst vollkommen verstummt. Andere äußern unverständliche Laut- und Silbenfolgen oder immer wiederkehrende Floskeln. Diese Äußerungen kehren immer wieder, ohne daß sie in der jeweiligen Situation einen Sinn ergeben. Das Sprachverständnis ist ebenfalls – vor allem zu Beginn schwer gestört.

Broca Aphasie: der Name geht auf den französischen Arzt Paul Broca zurück. Er ordnete 1861 spezifische aphasische Symptome einer Sprachregion zu, die sich in der vorderen linken Hirnhälfte befindet. Das Sprechen von Broca Aphasikern ist stark verlangsamt und durch viele Pausen unterbrochen. Broca Aphasiker sprechen mit großer Anstrengung und scheinen um jedes Wort zu ringen. Die Aussprache leidet häufig unter einer zusätzlich Sprechstörung. Die mühsam hervorgebrachten Einzeiwörter sind lautlich entstellt. Manchmal sind sie in ihrer Bedeutung nicht ganz zutreffend. Broca Aphasiker steht oft nur eine begrenzte Wortauswahl zur Verfügung.

Amnestische Aphasie: die richtigen Wörter zu finden fällt allen Aphasikern schwer. Für Amnestische Aphasiker ist die Wortfindungsstörung das Hauptproblem. Ihr Sprechen gleicht ansonsten in vieler Hinsicht dem von Gesunden: Sie reden weitgehend flüssig, gut artikuliert, mit normaler Sprechmelodie und intaktem Satzbau. Amnestische Aphasiker kommen ins Stocken, wenn die Wörter fehlen oder verwenden Wörter, die irgendwie „haarscharf daneben“ liegen. Bei der Suche entwickeln sie verschiedene Strategien, um den Zugriff zu erleichtern und dem Gesprächspartner den Inhalt zu vermitteln: Manche machen Pausen und denken angestrengt nach.

Die Aphasiotherapie ist von vielen Faktoren abhängig und muß individuell geplant werden. Wichtig ist zunächst eine sprachliche Befunderhebung, um Aphasieform, Störungsschwerpunkte und den Schweregrad einschätzen können.

*Claudia Krämer (1999): Aphasie, Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik, Köln, [http://www.dgs-ev.de/fileadmin/bilder/dgs/pdf-dateien/broschuere\\_05.pdf](http://www.dgs-ev.de/fileadmin/bilder/dgs/pdf-dateien/broschuere_05.pdf) 2014. 08. 08.*

### **La afasia**

disfunción del lenguaje que se caracteriza por incapacidad para nombrar a las personas y objetos que se perciben correctamente. El individuo es capaz de describir al objeto en cuestión, pero no puede mencionar el nombre. Esta condición se asocia con lesiones del hemisferio dominante y se afectan las áreas del lenguaje, en particular del lóbulo temporal.

*Observatorio Estatal de la Discapacidad (2009): Tesoro de la Discapacidad. In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/VARIOS/Tesoro%20de%20la%20Discapacidad%20-%20Observatorio%20Estatal%20Discapacidda%20-%20libro.pdf>*  
2014. 11. 20.

**La afasia** es un alteración del lenguaje debida a lesión cerebral focal que puede interesar tanto a la expresión como a la comprensión verbal, así como también a la representación gráfica del lenguaje (lectura y escritura). La afasia implica la falta de habilidad para comprender el lenguaje escrito o hablado; se altera el manejo apropiado de los símbolos lingüísticos a través de la voz, la escritura o el gesto. Los pacientes con afasia no pueden convertir con precisión las secuencias de las representaciones mentales no verbales que constituyen el pensamiento, en los símbolos y organización gramatical que constituye el lenguaje.

*Pino Sáez, María Francisca (2006): Trastornos Del Lenguaje Ya Establecido. Afasia. In: I+R Revista Digital „Investigación y Educación”. Número 22. <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPE-DIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/AFASIAS/Afasia%20-%20Pino%20Saez%20-%20art.pdf>*  
2014. 11. 20.

---

### **Afónia**

A diszfónia az emberi hangfunkció zavara, amely a beszéd nyersanyagául szolgáló zöngéképzés, az ún. primér hang területére terjed ki. Pszichogén diszfónia és afónia – A hipofunkcionális diszfónia jellemző tünete, hogy a hang levegős, erőtlén. A légzésnyomás és a hangszálak összjátékát zavarja a túl sok levegő, így nem zárnak jól a hangszalagok. A mutáció hangadás tünete változatosak. A pszichogén hangadási probléma tüneteire jellemző az afónia, azaz teljes hangtalanság.

*<http://eduline.hu/segedanyagtalalatok/letolt/2475>*  
2015. 05. 13.

## **Aphonia**

Aphonia relates to the loss of a person's voice due to contributing factors that have put an outside stress on the vocal chords. The word literally means "no voice" and causes can range anywhere from injury, mental disorders or even bad habits. While the causes may seem incredibly varied, treatment methods are usually very streamlined and most people stricken with Aphonia are able to undergo therapy to eventually regain their voice. However, some cases are permanent and may require a more in-depth or complicated solution, such as surgery or the implementation of a voice box.

### **Causes for Aphonia**

This disorder can either involve the complete or partial loss of a person's voice and can be the result of a number of different causes. However, the most common reason for Aphonia is a sustained injury to a person's larynx, more commonly known as a "voice box". Causes for this injury can usually be traced back to one of three major categories: mental, or physically internal and external. Mental causes for the disorder may include serious psychological problems or neurological disorders. High levels of anxiety may also cause select mutism, which is when a person may actively decide to stop speaking. Internally, a thickening of vocal cords, harsh breathing problems or an overuse of a person's voice may cause injury to their larynx and create temporary strain on their voice. External factors leading to Aphonia may include severe injuries, heavy drinking or smoking. Whatever contributing factor may have caused the disorder, there are treatment methods that should relieve your vocal chords if the damage is not severe or permanent.

### **Treatment of Aphonia**

Aphonia can be a confusing and difficult disorder to deal with. Without your voice, you may feel helpless and even simple tasks like swallowing food may prove painfully inconvenient. Luckily, there are several treatment and prevention methods dependent on the severity of the case. Whether treatment consists of surgery, counseling or just simple voice therapy there is a good chance that you will be able to combat the disorder and overcome your Aphonia.

Treatment options for Aphonia depend heavily on how severe the condition is for each patient. Usually sufferers are suggested to become involved in voice therapy and immediately stop bad habits such as smoking or overusing their voice. Professional therapists and vocal coaches will first suggest the patient stops any outside behavior or habits that may be putting strain on your vocal chords. Once this small step has been taken, the recovery process is already well on its way.

<http://www.allaboutcounseling.com/library/aphonia/>

2014. 11. 01.

## **Aphonie**

Aphonia gehört zu der Kategorie den Störungen der Stimme (R49).

R49.1: Aphonie – Stimmlosigkeit

Der Begriff Aphonie bezeichnet schwere Störungen der Tonbildung bzw. Stimmlosigkeit (tonlose Sprache). Es werden organische, funktionelle und psychogene Ursachen unterschieden. Als Ursachen im Bereich der organischen Störungen kommen z. B. Funktionsbeeinträchtigungen der Stimmlippen in Betracht. Bei der funktionellen Form der Aphonie unterscheidet man zwei Formen, die jeweils für sich eine normale Stimmgebung und tonale Stimme nicht ermöglichen: die hyperfunktionelle Form (Zusammenpressen der Stimmlagen) und die hypofunktionelle Form (fehlende Zusammenführung der Stimmlippen). Psychische Ursachen (funktioneller Stimmverlust) können unter anderem Angst, Schreck, heftige Gemütsbewegungen oder psychische Störungen wie dissoziative Störungen oder eine neurotische Konfliktverarbeitung mit konversions-hysterischer Symptombildung sein. Dies wird als psychogene Aphonie bezeichnet. Eine organische Grundlage der Aphonie existiert bei der psychogenen Aphonie nicht.

[http://www.therapeut-berlin.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2892:aphonie-stoerungen-der-tonbildung-stimmlosigkeit&catid=39:a&Itemid=1](http://www.therapeut-berlin.de/index.php?option=com_content&view=article&id=2892:aphonie-stoerungen-der-tonbildung-stimmlosigkeit&catid=39:a&Itemid=1)

2014. 08. 09.

## **La afónia**

La afónia es la pérdida total de voz. Las causas hay que buscarlas en un estado inflamatorio agudo, un traumatismo, en parálisis laríngeas o por un mal uso respiratorio y vocal.

Papel del pediatra ante los trastornos de la voz: ante la persistencia del cuadro habrá que derivar al ORL y posteriormente al foniatra o logopeda para su rehabilitación.

Consejos a la familia (puede darlos el pediatra en un primer momento antes del terapeuta de la voz).

El uso de la voz va en aumento durante toda nuestra vida; es el vehículo del mensaje oral y en ella radica la carga excesiva de la comunicación, lo que la hace inductora de grandes repercusiones psicosociales, siendo por ello muy importante su cuidado.

1. Conseguir un ambiente relajado en casa.
2. Evitar ambientes ruidosos que obligan a hablar a intensidades de voz altas.
3. Hablar al niño siempre despacio, claro y a intensidad normal, con una buena articulación y un ritmo adecuado, ni demasiado agudo ni demasiado grave y fomentar en el niño el hablar de esta forma.
4. Conseguir que el niño no fuerce la voz ni utilice tensiones en el cuello y cara, si lo hace ayúdele a relajarse.

5. Corregir y controlar la postura corporal y la posición de la cabeza del niño; ya que, si éstas son correctas, facilitan una respiración y, por tanto, una fonación normal.
6. Cuidar los excesos vocales durante las enfermedades que afectan a la voz (laringitis, resfriados, etc.)
7. Evitar los ejercicios físicos y juegos que producen acaloramiento y, sobre todo, las bebidas frías después de realizarlos.
8. Se recomienda un control auditivo a todo niño con alteraciones de la voz.
9. Es importante detectar lo antes posible toda alteración, maltrato o mal uso de la voz y derivar al terapeuta de la voz (fonátra, logopeda) para iniciar el tratamiento adecuado.

*Romero, A. M. Redondo - Aledo, J. Lorente (2004): Trastornos del lenguaje. In: Pediatr Integral 2004; VIII (8) 2014. 11. 23.*

## Anamnézis

---

A gyermek élettörténete a fogantatásától a jelen pillanatig. A gyermek állapotának megértéséhez nélkülözhetetlen.

Az információk a szülővel folytatott interjúból származnak, melynek témái az alábbiak:

- terhesség
- szülés, születés körülményei
- pszichomotoros fejlődés
- beszédfejlődés
- elszakadás otthontól: bölcsőde vagy óvoda
- iskolakezdés, tanulás
- betegségek, kórházi kezelések
- nevelési környezet

*Alpár Zsuzsa (2007) Diagnosztika a gyermek pszichoterápiában. In.: Vikár András, Vikár György, Székács Eszter szerk.: Dinamikus gyermekpszichiátria. Medicina, Bp. 77–96. p*

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika eljárásai: „A kikérdezés eljárásai közül különösen az anamnézis – a kórelőzmény – pontos felvétele fontos, a vizsgált személy előéletét részletes adatokkal kell, hogy tisztázza. Nemcsak a fogyatékos okának megállapítását segíti, hanem a fogyatékos fejlődése, nevelése körülményeit is kideríti. Mi a fogyatékos keletkezésének időpontja, milyen gyógykezelésben,



milyen szakirányú foglalkoztatásban részesült? Kikérdezzük a vizsgált személyre vonatkozóan a fogamzás előtti és körüli időszakot, a terhesség alatti időt, a szülés körülményeit, a vizsgált személy újszülött-, csecsemő-, kisgyermek-, óvodás-, iskoláskorát, serdülő- és ifjúkorát, felnőtt vizsgálatnál felnőttkorát is.”

Ezt kiegészítő eljárások:

„Az explorációval a vizsgált személy jelen helyzetét tisztázzuk, életkörülményeit, érzelmi világát, akarati tevékenységeit. A környezetvizsgálat a fogyatékos otthoni helyzetét, egészségügyi, anyagi, gazdasági és családi körülményeit deríti ki, a környezet társadalmi kapcsolatait és nevelő hatását vizsgálja.”

*Pálhegyi Ferenc (1987, szerk.) A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest. 21. o.*

**Anamnesis or medical history:** In clinical medicine, the patient’s past and present which may contain relevant information bearing on their health past, present, and future. The medical history, being an account of all medical events and problems a person has experienced is an important tool in the management of the patient.

<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=3768>

2015. 07. 07.

### **Anamnese**

Das Wort Anamnese stammt aus dem Griechischen und bedeutet Erinnerung, Wiedererinnerung und Gedächtnis. Ziel einer Anamnese ist es, Informationen zum biografischen Hintergrund eines Kindes zu erhalten. Nach einer Anamnese sowie ärztlicher Untersuchung kann eine Diagnose und ein (heilpädagogischer) Förderplan erstellt werden.

Für die heilpädagogische Arbeit ist vorab eine ärztliche Anamnese erforderlich. „Der Arzt fragt dabei nach der Lebensgeschichte des Kindes und ggf. der Vorgeschichte einer Krankheit bzw. Behinderung. Der Arzt gibt Auskunft über mögliche körperliche Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen.”

Das Ziel der heilpädagogischen Anamnese ist es, ein detailliertes Bild von der Entwicklung und Persönlichkeitsstruktur des Kindes zu erhalten. Damit sollen Rückschlüsse auf psychische Vorgänge gezogen werden können, die die Störungen des Kindes verursachen. Wichtig hierfür sind die gesamte Biographie des Kindes sowie Kenntnisse über aktuelle Verhaltensweise. Das heißt, der Heilpädagoge erhält Informationen über die Entwicklung des Kindes und wichtige Daten aus der klinischen Psychologie (z. B. über Nägelkauen). Die Sozialentwicklung sowie die Persönlichkeitsentwicklung spielen hier eine große Rolle. Ein weiteres wichtiges Ziel der heilpädagogischen Anamnese ist die Förderung einer Vertrauensbasis zwischen den Eltern und dem Heilpädagogen.

Bei der heilpädagogischen Anamnese werden die Eltern zu einem Gespräch eingeladen. Die Eltern berichten nach Fragestellungen des Heilpädagogen über die Entwicklung und Schwierigkeiten des Kindes. Der Heilpädagoge kann hier auf verschiedene Anamnese-Schemata zurückgreifen. Viele Autoren bieten solche Schemata an.

### **Biografie des Kindes**

Die Eltern erzählen von der bisherigen Entwicklung des Kindes. Somit erfährt der Heilpädagoge Zusammenhänge beginnend von der Geburt bis zur Gegenwart. Mindestens folgende Punkte sollten besprochen sein: Schwangerschaft, Geburt, erstes Lebensjahr, Sprachentwicklung, Reinlichkeitserziehung, Trotzverhalten, Sozialentwicklung und frühe Kindheit.

Aus den Resultaten der Biografie des Kindes gewinnt der Heilpädagoge Zusammenhänge und sogenannte Risikofaktoren ergeben sich aus dem Gespräch. Risikofaktoren sind: Kommunikation zwischen Kind und Bezugsperson, Beziehung zur Bezugsperson, Erziehungsart, Konflikte, fehlende Sprachentwicklung, wiederholtes Einnässen, Aggressionen, Eltern-Kind Probleme, Behinderung des Kindes etc.

### **Familienanamnese**

Hier erhält der Heilpädagoge wichtige Informationen zur Erziehungsmethode, Geschwistersituation sowie Normen und Werte im Elternhaus.

Risikofaktoren aus der Familienanamnese sind z. B. Krankheiten in der Familie, Trennung, Familienkonflikte, Einzelfamilie, Patchworkfamilie, Herkunft der Familie, alleinerziehende Mutter/Vater, fehlende soziale Normen und Werte.

### **Sozialanamnese**

Der Heilpädagoge erhält Informationen über die soziale Integration des Kindes (z. B. Verhalten in der Kindertagesstätte). Auch der Wohnort und der äußere Lebensrahmen sollten beim Anamnesegespräch einbezogen werden.

Risikofaktoren sind z.B. aggressives Verhalten in der Kindertagesstätte bzw. Schule, Rückzugsverhalten, Kind spielt allein, das Kind spricht nicht etc.

### **Spezielle Fragen**

Wenn der Heilpädagoge über eine bestimmte Verhaltensproblematik informiert ist, kann er zusätzliche Fragen über diese Verhaltensabweichung stellen. Nächst ein Kind z. B. tagsüber ein (Enuresis), können zusätzliche Fragen nach der Ursache einen weiteren Zusammenhang ergeben. Hierfür gibt es spezielle Fragebögen.

### **Aktuelle Situation**

Der Heilpädagoge erhält Informationen über die Sozialentwicklung des Kindes und mögliche Probleme. Des weiteren berichten die Eltern über die Bedürfnisse und Ge-

fühlslage des Kindes aus ihrer Sicht. Der Heilpädagoge fragt nach Vorlieben, Interessen und Abneigungen, die für die Motivation in der Therapie sehr nützlich sein können.

### **Durchführung der Anamnese**

- Die Einleitung: Freundliche Begrüßung, lockerer Gesprächseinstieg
- Die Explorationsphase: Fragen zur Vergangenheit und zur Gegenwart des Kindes. Das Problem steht dabei im Mittelpunkt, der Heilpädagoge gibt keine Problemlösungen vor. Der Heilpädagoge stellt konkrete Fragen und hört aktiv zu.
- Die Konstruktionsphase: Fragen zu Gegenwart und Zukunft werden gestellt. Der Heilpädagoge nutzt die aus der Explorationsphase erhaltenen Informationen, um eine Problemlösung zu ermöglichen. Versetzt man z. B. die Eltern in die Lage des Kindes, kann man eventuell eine Veränderung in der Denkweise herbeiführen.
- Gesprächsabschluss: Die Beteiligten klären offene Punkte und Ziele werden festgelegt.

<https://www.heilpaedagogik-info.de/grundlagen/281-heilpaedagogische-anamese.html>

2014. 11. 01.

### **La anamnesis**

La anamnesis en diagnóstico clínico, recogida de información de los datos clínicos relevantes y del historial de un paciente. La anamnesis incluye los antecedentes personales y familiares respecto a la enfermedad.

Partes de la anamnesis: en la primera parte el médico o psicólogo describe los síntomas principales de la enfermedad del paciente, su inicio y su progresión. En la segunda parte se recoge el historial del paciente: vacunaciones, alergias, ingresos hospitalarios previos, medicación tomada, antecedentes familiares, exposición a situaciones estresantes, consumo de sustancias tóxicas, etc.

<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/anamnesis>

2014. 11. 22.

---

### **Apraxia**

Az apraxia a praxis fogalmából származik, ami annyit jelent, hogy lehetetlen szándékosan végrehajtani bizonyos mozgásokat vagy mozgássorozatot, annak ellenére, hogy a primer motoros útvonalak integráltak, és megvan a legtöbb elemi vagy automatikus motoros funkció. A szenzoros integráció elméleti keretében a praxia

fogalom a motoros műveletek megtervezésének képességét jelenti. A deficitet rendszerint fejlődési diszpraxia néven említik, aminek oka Ayres és munkatársai szerint a zavart szenzoros integráció, ami a motoros tervezés képességének vagy az érzékelésnek olyan gyenge fejlődését okozza, hogy a személy nem képes felismerni, milyen mozgássorozatra van szükség egy motoros feladat végrehajtásához. Ebbe beletartozik, hogy míg bizonyos motoros készségek ismétlések révén megtanulhatók, a motoros tervezés általános képessége hiányzik.

*Jászberényi Márta (2007): Tájékoztató füzet az óvodás korú (3-6 éves) gyermekek szenzomotoros integrációjának vizsgálatához. Fogyatékos Gyermekek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest 16. p.*

### ***Developmental Apraxia of Speech (DAS, a.k.a. apraxia, or dyspraxia)***

A motor-coordination disorder that significantly affects a child's ability to produce speech sounds. Children with apraxia present with very low intelligibility (ability to be understood) as compared to other children their age. A child with apraxia may be able to produce sounds correctly in words, but produce it inconsistently in phrases or sentences. The child may produce sounds correctly in some words, but incorrectly in others, depending on the letters surrounding the target sounds. For example, a child may be able to say „k” very clearly in the word „Coke,” but be unable to say „coat.” In this case, the child may say „Coke” or „tote,” showing difficulty coordinating his/her tongue muscles to change position. Young children with apraxia may leave out sounds in the middle or ends of words, or speak just in vowels when other children are using consonants.

Children with apraxia may need to do oral-motor exercises that help improve muscle functioning and coordination for speech. Some of these exercises may be designed to promote effective chewing and swallowing, everyday activities that may improve muscle movement for speech. Others may include practice with whistles, horns, straws and bubbles. It is crucial that children with apraxia practice their oral-motor and speech articulation exercises daily at home with their parent(s). Daily concentration on the speech movements will help children to progress faster in therapy.

Children with apraxia tend to be „at-risk” for reading difficulties because they are not able to say many, many sounds, thus being unable to hear the sounds correctly when they speak. This can be explained by an idea called the Motor Speech Hypothesis, which suggests that children learn to process sounds in their heads by saying them and hearing them „internally.” Children need practice hearing and processing these sounds in order to make the quick correspondences with letters that is necessary for reading.

<http://www.eps.n-cook.k12.il.us/epsweb/rosenberg/site/articulation.html>

2014. 08. 15.

### **Apraxie**

Apraxie ist eine Störung in der sequentiellen Anordnung von Einzelbewegungen zu Bewegungsfolgen oder von Bewegungen zu Handlungsfolgen, während die elementare Beweglichkeit erhalten ist. Wie bei akuten umschriebenen neuropsychologischen Syndromen gilt, dass diese Störung nur dann diagnostiziert wird, wenn nicht eine andere spezifische oder allgemeine Funktionsstörung, wie schwer Beeinträchtigung der Tiefensensibilität, Bewußtseinstörung oder schwere Demenz, vorliegt, die das Symptom erklären kann. Apraxie ist eine Störung der motorischen Exekutive. Die Patienten sind meist imstande, die Bewegungen, die sie selbst nicht vollführen können, beim Untersucher als richtig oder falsch zu erkennen.

*<http://www.meduniwien.ac.at/neurologie/MCW/Folien/ApraxienFuerFHT.pdf>  
2014. 09. 05.*

### **La apraxia**

La apraxia evolutiva del habla se refiere a una disrupción en la capacidad para organizar o planificar la posición de los músculos para hablar y la secuencia en que deben hacerse, sin que se vean afectadas las actividades involuntarias que utilizan la misma musculatura ni existan problemas disártricos. En términos generales la apraxia o dispraxia se refiere a la disrupción de la capacidad para producir una respuesta motora con finalidad y/o para producir movimientos programados y organizados en secuencias definidas, con una finalidad determinada y ejecutados de forma intencional y coordinada. En la dispraxia no se da ninguna anomalía estructural importante del sistema nervioso o de los músculos, tampoco se ven signos evidentes de problemas neurológicos. No suele aparecer aislada y para algunos autores es sólo un síntoma de la disfasia o de la afasia.

*Gortázar Díaz, María: Clasificación de los trastornos del lenguaje en el niño.  
<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPE-DIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/GENERAL/Clasificacion%20trastornos%20L%20en%20el%20ninyo%20-%20Cortazar%20-%20art.pdf>  
2014. 11. 19.*

### **Autizmus spektrumzavar**

---

Minőségi károsodás és általános elmaradás három területen:

1. szociális interakció
2. kommunikáció
3. rugalmas viselkedésszervezés

Kórjelző tünet híján az autizmus jellegzetes tüneteivel leírható állapot, amely különböző, agyi fejlődési és működészavart okozó, elsősorban genetikai tényezők hatására jöhet létre. Okai között az idegrendszeret károsító hatások interakciót is feltételeznek. A genetikus meghatározottság igen erős. Az autizmus minden értelmi szint mellett előfordulhat, és gyakran társul más fogyatékkal, fejlődési zavarral. Ennek megfelelően a klinikai kép igen sokféle lehet, az autizmus súlyossága, az értelmi színvonal, az egyéb képességek, illetve fogyatékoságok és a gyermek személyisége függvényében. *Balázs Anna: Az autizmus fogalma, Fejlesztő Pedagógia 2004/2. szám*

### **Autism Spectrum Disorder**

Autism is a neurodevelopmental syndrome that is defined by deficits in social reciprocity and communication, and by unusual restricted, repetitive behaviors (American Psychiatric Association, 2000). Autism is a disorder that usually begins in infancy, at the latest, in the first three years of life. Parents often first become concerned because their child is not using words to communicate, even though he or she recites passages from videotapes or says the alphabet. Though social deficits may not be immediately obvious in early years, they become gradually more evident as a child becomes more mobile and as other children become more socially sophisticated. Young children with autism often do not seek out others when they are happy, show or point to objects or interest, or call their parents by name. In preschool years, repetitive behaviors, such as using peripheral vision to look at lines or wheels, or specific hand and finger movements, begin to develop.

Autism is a heterogeneous condition: no two children or adults with autism have exactly the same profile, but difficulties fall into core domains that are reliably measured and usually consistent across time, even though specific behaviors may change with development.

Over the last 20 years, the conceptualization of a spectrum of autism-related disorders, including Childhood Disintegrative Disorder, Asperger's Disorder, and Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified (PDD-NOS), which all include qualitative deficits in social behavior and communication, has been supported by longitudinal, epidemiological, and family studies (see Filipek et al., 2000 for a general review). However, these disorders vary in pervasiveness, severity, and onset. The umbrella category is termed Pervasive Developmental Disorder in the most common diagnostic systems (American Psychiatric Association, 2000, World Health Organization, 1992). Rett's syndrome has been included in the category of autism spectrum disorders within psychiatric systems because of the overlap in symptoms in toddlers and preschool children but, because of its different course (e.g., loss of purposeful hand use) and neurological characteristics (e.g., deceleration in head circumference), is a more differentiable group than the other syndromes and so generally studied as a distinct disorder. *Hyman, Steven (2001) Autism: The science of mental health. Psychology Press. Exeter, United Kingdom 217. p.*

### **Autismus-Spektrum-Störung:**

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen beginnen in der frühen Kindheit und sind durch eine Verzögerung und Abweichung in der Entwicklung gekennzeichnet. Nach den beiden gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10 und DSM-IV) sind für sie 3 Merkmale charakteristisch: qualitative Beeinträchtigungen in der gegenseitigen Interaktion, der Kommunikation und ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire

von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Beeinträchtigungen sind ein grundlegendes Funktionsmerkmal der Betroffenen und zeigen sich in allen Situationen – sie variieren jedoch im Ausprägungsgrad.

Die wichtigsten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10 sind in Kasten 1 aufgeführt. Unter Autismus-Spektrum-Störungen werden insbesondere der frühkindliche

Autismus (F84.0), das Asperger-Syndrom (F84.5) und der atypische Autismus (F84.0) zusammengefasst. In einer weiteren Definition werden alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen darunter subsumiert. Bei diesem Konzept wird davon ausgegangen, dass verschiedene autistische Störungen sich nicht kategorial voneinander unterscheiden

lassen, sondern auf einer Dimension anzuordnen sind. Das heißt sie unterscheiden sich lediglich quantitativ, nicht jedoch qualitativ voneinander.

Die Autismus-Spektrum-Störungen umfassen eine Vielzahl von Symptomen, ein weites Spektrum an klinischen Manifestationen und eine große Variationsbreite von Ausprägungsgraden. Autismus-Spektrum-Störungen gelten als Entwicklungsstörungen des zentralen Nervensystems („neurodevelopmental disorders“) und sind mit Beeinträchtigungen basaler Hirnfunktionen assoziiert, die die Kontaktfähigkeit beeinflussen.

*Remschmidt, Helmut - Kamp-Becker, Inge (2007) Das Asperger-Syndrom – eine Autismus-Spektrum-Störung. In.: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 104. Heft 13. 2007. 873-881. pp.*

### **El autismo/los trastornos del Espectro Autista (TEA)**

Actualmente se consideran los Trastornos del Espectro Autista como «trastornos neuropsiquiátricos que, presentando una amplia variedad de expresiones clínicas, son el resultado de disfunciones multifactoriales del desarrollo del sistema nervioso central».

En el concepto del Espectro Autista no solo se incluyen a los niños/as con Trastornos Generalizados del Desarrollo descritos por clasificaciones internacionales, CIE-10 y DSM IV; también englobaría a aquellos/as que presentan un conjunto de síntomas autistas situados en un continuo. De este modo los Trastornos del Espectro Autista se reflejan en la alteración cualitativa de tres áreas fundamentales del desarrollo de

la persona y que se alteran con distinta gravedad y tienen una presentación clínica particular en cada individuo:

1. Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca.
2. Alteración de la comunicación verbal y no-verbal.
3. Desarrollo de un repertorio restringido de intereses y comportamientos.

Estas alteraciones persisten a lo largo de la vida y se presentan con características diferentes según el momento de desarrollo (primera infancia, etapa educativa, adolescencia, adultez); varían también en función de factores como la asociación de otros síndromes, el grado de afectación y el nivel intelectual (el 75 % cursan con retraso mental).

*Federación Autismo Andalucía: TEA! Trastornos del Espectro autista. Guía para su detección precoz. Junta de Andalucía  
2015. 01. 25.*

**El autismo** es un trastorno presente desde el nacimiento o los primeros años del desarrollo que afecta a comportamientos esencialmente humanos como la interacción social, la capacidad de comunicar ideas y sentimientos, la imaginación y la capacidad de relacionarse con otras personas. Tiene generalmente efectos de por vida en la forma en que los niños y las niñas aprenden a ser seres sociales, a cuidar de sí mismos y a participar en la comunidad. El autismo es un trastorno del desarrollo de origen neurobiológico que se define en base a rasgos comportamentales y del desarrollo. Los mecanismos neurobiológicos afectados y sus vínculos directos con la conducta no han sido aún establecidos, pese a que hay suficientes datos para hablar de múltiples posibles causas de los mismos: genética, metabólica, infecciosa... No obstante, aún no existe un tratamiento médico de estas alteraciones, siendo el educativo el aceptado como más adecuado en la actualidad.

El autismo se caracteriza mejor como un espectro de trastornos que varían en la severidad de síntomas, edad de inicio, y asociación con otros desórdenes (p. ej., discapacidad intelectual, retraso específico del lenguaje, epilepsia).

Las manifestaciones del autismo varían bastante entre diferentes personas y en una misma persona a lo largo de su vida. No hay ningún comportamiento aislado que sea siempre y exclusivamente característico del autismo y ningún comportamiento que automáticamente excluya a un niño o a una niña de un diagnóstico de autismo, aun cuando haya concordancias fuertes y constantes, sobre todo en relación con déficits sociales.

Las personas con TEA son diagnosticadas en sus primeros años de vida por presentar una serie de características en su conducta que los diferencian del niño y de la niña con desarrollo "normal". Estas alteraciones pueden oscilar desde la conducta solitaria e indiferente, hasta una aceptación pasiva de los demás, aunque con importantes



dificultades para iniciar y mantener las relaciones, compartir intereses y desarrollar interacciones recíprocas.

En el plano cognitivo, los alumnos y alumnas con trastornos del espectro autista presentan un importante deterioro en la capacidad que debería servirles para desenvolverse en el mundo social o mundo mental, llamada también cognición social y psicología intuitiva. Esto es, dificultades para comunicarse y entender la forma en que se establecen las relaciones interpersonales. Muchas personas con autismo carecen de lenguaje y presentan problemas de comprensión. Incluso aquellos que disponen de capacidades verbales adecuadas no pueden seguir correctamente una conversación.

A las personas con autismo les resulta especialmente complicado entender las normas sociales que para el resto de las personas son habituales (cómo comportarse, saludar, o hacer preguntas, esperar turnos...). Tampoco entienden las frases con doble sentido, bromas, lenguaje metafórico o muchas de las expresiones emocionales (tristeza, odio, alegría, enfado...) y presentan dificultades para establecer relaciones de amistad o amor.

Su pensamiento simbólico es muy limitado, lo que supone grandes dificultades para imaginar y elaborar fantasías, organizar el tiempo o desarrollar actividades de manera espontánea.

Por ello, pueden aparecer ciertos comportamientos obsesivos y rígidos (un afán exagerado por el orden de los objetos, movimientos estereotipados, rutinas...).

Presentan generalmente unas buenas capacidades en las áreas visoespaciales (pensamiento visual, habilidad para el dibujo), de memoria mecánica y de motricidad. Un porcentaje importante de estos alumnos y alumnas tienen discapacidad intelectual asociada a su alteración autista, aunque otros (especialmente los afectados de Síndrome de Asperger) no presentan retraso en el desarrollo cognitivo ni en el desarrollo del lenguaje aunque sí un deterioro en las interacciones sociales con comportamientos estereotipados y restringidos (DSM IV-TR). Estos alumnos y alumnas corren un alto riesgo de ser detectados de forma muy tardía.

Generalmente, a medida que estas personas se acercan a la edad adulta, tienden a estabilizar su conducta, mejorando las relaciones con los demás y desarrollando un mayor grado de autonomía personal. Sin embargo, es muy posible que ello no sea suficiente para que puedan adaptarse a las demandas que plantea nuestra sociedad, y precisarán apoyo a lo largo de toda su vida. Los programas de educación especializada, el desarrollo de habilidades adaptativas y la coordinación entre profesionales, familias e instituciones públicas y privadas para proporcionar los recursos adecuados para una inserción social adecuada, son el camino hacia la implantación de niveles de calidad de vida en igualdad de condiciones al resto de los miembros de la comunidad.

*Manual De Atención Al Alumnado Con Necesidades Específicas De Apoyo Educativo Derivadas De Trastornos Generales del Desarrollo. Consejería de Educación. Junta de Andalucía*

## Beszédzavar

---

Különbéféle eredetű károsodások következményeként megjelenő beszédhiba, hang-, beszéd- és nyelvi zavar gátolja az egyén és a környezete közötti interakciót és az alkalmazkodást. Az öröklött, veleszületett, szerzett, organikus (centrális és perifériás), funkcionális, pszichés és környezeti okok következtében kialakult beszédhibák, ill. hang-, beszéd- és nyelvi zavarok a legenyhébb artikulációs eltéréstől az egész kommunikációt érintő súlyos zavarig terjedhetnek. A beszédzavar a beszédapparátus háttérben álló centrális sérülés miatt, a nyelvi szintek érintettségével is együtt jár.

*Báthory Zoltán – Falus Iván (1997): Pedagógiai lexikon I. kötet A-H. Keraban Könyvkiadó, Budapest 174. p*

### **Speech disorder**

A speech disorder is an impairment of the articulation of speech sounds, fluency and/or voice.

An articulation disorder is the atypical production of speech sounds characterized by substitutions, omissions, additions or distortions that may interfere with intelligibility.

A fluency disorder is an interruption in the flow of speaking characterized by atypical rate, rhythm, and repetitions in sounds, syllables, words, and phrases. This may be accompanied by excessive tension, struggle behavior, and secondary mannerisms.

A voice disorder is characterized by the abnormal production and/or absences of vocal quality, pitch, loudness, resonance, and/or duration, which is inappropriate for an individual's age and/or sex.

<http://www.asha.org/policy/RP1993-00208/>

2014. 08. 08.

### **Redestörungen**

Unter Redestörungen verstehen wir einen Sammelbegriff für ein inhomogenes Erscheinungsbild an Störungsphänomenen wie Stottern, Poltern, Sprechangst (Logophobie) und Mutismus.

*Mag. M. Gräven u. Mag. G. Gräven: Redestörungen, Institut für Kinder und Jugendliche mit Legasthenie und Lernschwierigkeiten, p.1*

2014. 08. 05.

**El trastorno del habla** se refiere a los problemas de la comunicación u otras áreas relacionadas, tales como las funciones motoras orales. Estos atrasos y trastornos varían desde simples substituciones de sonido hasta la inhabilidad de comprender o utilizar el lenguaje o mecanismo motor-oral para el habla y alimentación. Algunas causas de los impedimentos del habla o lenguaje incluyen la pérdida auditiva,

trastornos neurológicos, lesión cerebral, discapacidad intelectual, abuso de drogas, impedimentos tales como labio leporino, y abuso o mal uso vocal. Sin embargo, con mucha frecuencia se desconoce la causa.

Los trastornos del habla se refieren a las dificultades en la producción de los sonidos requeridos para hablar o problemas con la calidad de la voz. Estos se pueden caracterizar por una interrupción en el flujo o ritmo del habla como, por ejemplo, el tartamudeo o falta de fluencia. Los trastornos del habla pueden constituir problemas con la formación de sonidos, los cuales se llaman trastornos de la articulación o fonológicos, o pueden incluir dificultades con el tono, volumen, o calidad de la voz. Puede haber una combinación de varios problemas. Las personas con trastornos del habla pueden tener problemas para utilizar algunos sonidos requeridos para hablar, lo que podría ser síntoma de un retraso. Estos individuos pueden decir una palabra por otra o tener dificultad con pronunciar la “l” o la “r.” Puede resultar difícil comprender lo que dice una persona con un impedimento del habla. Las personas con trastornos de la voz pueden tener dificultad con el sonido de su voz.

*Trastornos del habla y lenguaje. In: National Dissemination Center for Children with Disabilities. <http://nichcy.org/espanol/discapacidades/especificas/lenguaje> 2014. 07. 31.*

El término **trastornos del habla** se refiere a varias afecciones en las cuales la persona tiene problemas para crear o formar los sonidos del habla y así comunicarse con otros.

Tres trastornos comunes del habla son:

- Trastornos articulatorios
- Falta de fluidez
- Trastornos de la voz

*<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001430.htm>  
2014. 07. 31.*

---

## Deviancia

Tág fogalom, amely a törvénytörő magatartást és a társadalmi normáktól eltérő viselkedést egyaránt átfogja.

*Adler-Gerhard, Freda – Mueller, O.W. – Laufer, William S. (2000): Kriminológia, Osiris Kiadó, Budapest*

Deviancias magatartásnak nevezzük az ön- és/vagy közveszélyesnek tartott, a többségi társadalom által elítélt és intézményes reakciót kiváltó, mindenkori társadalmi normáktól eltérő viselkedést.

Rosta Andrea (2007): *A deviáns viselkedés szociológiája*. LOISIR Könyvkiadó Budapest – Piliscsaba, 37. p

### **Deviance**

Deviance is any behavior that violates social norms, and is usually of sufficient severity to warrant disapproval from the majority of society. Deviance can be criminal or non-criminal. The sociological discipline that deals with crime (behavior that violates laws) is criminology (also known as criminal justice). Today, Americans consider such activities as alcoholism, excessive gambling, being nude in public places, playing with fire, stealing, lying, refusing to bathe, purchasing the services of prostitutes, and cross-dressing – to name only a few – as deviant. People who engage in deviant behavior are referred to as deviants. The concept of deviance is complex because norms vary considerably across groups, times, and places. In other words, what one group may consider acceptable, another may consider deviant. For example, in some parts of Indonesia, Malaysia, and Muslim Africa, women are circumcised. Termed *clitoridectomy* and *infibulation*, this process involves cutting off the clitoris and/or sewing shut the labia — usually without any anesthesia. In America, the thought of female circumcision, or *female genital mutilation* as it is known in the United States, is unthinkable; female genital mutilation, usually done in unsanitary conditions that often lead to infections, is done as a blatantly oppressive tactic to prevent women from having sexual pleasure.

<http://www.cliffsnotes.com/sciences/sociology/deviance-crime-and-social-control/theories-of-deviance>

2015. 01. 20.

### **Devianz**

Abweichendes Verhalten/ Devianz bezeichnet Verhaltensweisen, die gegen die in einer Gesellschaft oder einer ihrer Teilstrukturen geltenden sozialen Normen verstoßen und im Falle der Entdeckung soziale Reaktionen hervorrufen, die darauf abzielen, die betreffende Person, die dieses Verhalten zeigt, zu bestrafen, isolieren, behandeln oder zu bessern.

Markus Paulus: *Grundbegriffe der Soziologie*, Radboud University Nijmegen

2014. 08. 03.

La desviación: es lo que la gente entiende o define como tal a la vista de que alguien está violando o transgrediendo una norma cultural. Las normas guían prácticamente todo el rango de actividades humanas, de manera que el concepto de desviación cubre un espectro igualmente amplio. Por su parte, el control social es una forma de presión social, informal y difusa, que tiene como objetivo evitar la conducta desviada, aquí interviene lo que se denomina el sistema jurídico y penal, que es el conjunto de

instituciones policiales y judiciales y penitenciarias que se pone en funcionamiento cuando se produce una violación de la ley. Se puede observar desde tres perspectivas:

**Análisis funcionalista:** En todas las sociedades existen formas de desviación, aunque lo que se define como tal varía de sociedad a sociedad. La desviación y la respuesta social que provoca contribuyen a consolidar el sustrato moral de la sociedad. La desviación puede también conducir al cambio social.

**Análisis interaccionista:** No existe ningún comportamiento o actitud que sea desviado por definición. La desviación siempre viene definida por la reacción de los demás, y esas reacciones varían mucho de unas sociedades a otras. La etiqueta o estigma que se imputa al que presenta una conducta desviada puede empujar a la reiteración de este tipo de conducta.

**Análisis del conflicto:** Las leyes y las normas sociales reflejan los intereses de las clases más favorecidas de la sociedad. Por lo general, son personas que amenazan el orden social las que suelen ser clasificadas como desviadas. La probabilidad de que se considere como delitos los daños que los más privilegiados producen es menor que si el daño es ocasionado por los menos privilegiados.

<http://html.rincondelvago.com/control-social-y-desviacion.htm>

2014. 07. 30.

La desviación social: alejamiento patológico de la sociedad. Alejamiento de las normas sociales que rigen a un grupo determinado de personas. Incumplimiento de las normas de una sociedad. En el caso de la sociopatía, el grado de violencia es el que define las diferencias, siendo mayor en este último caso.

Diccionario de Psicología.

<http://www.psicologosespecialistasmadrid.com/diccionario-psicologia/desviacion-social.htm>

2014. 07. 30.0

## Dislexia

---

Az olvasási készségek fejlődésének szignifikáns és meghatározott romlása, nem írható kizárólag látásélesség, szellemi érettség, vagy nem megfelel iskoláztatás rovására. Az olvasáshoz szükséges részfeladatok, szöfelismerés, orális olvasási készségek, olvasásértési készség, elsajátítása mind sérült. Helyesírási nehézségek gyakran társulnak meghatározott olvasási zavarokkal, ami serdülőkorra is megmarad, annak ellenére, hogy az olvasásban javulás tapasztalható. Az olvasás fejlődési zavarait rendszerint megelőzi a beszéd és nyelvi fejlődés zavara. Társuló emocionális és viselkedészavarok gyakoriak az iskoláskorban.

*BNO-10 (1995), Népjóléti Minisztérium, Budapest*

### **Dyslexia**

Pupils with dyslexia have a marked and persistent difficulty in learning to read, write and spell, despite progress in other areas. Pupils may have poor reading comprehension, handwriting and punctuation. They may also have difficulties in concentration and organisation, and in remembering sequences of words. They may mispronounce common words or reverse letters and sounds in words.

<http://education.gov.uk/a0013104/glossary-of-special-educational-needs-sen-terminology>

2015. 01. 20.

### **Dyslexia-F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung**

Das Hauptmerkmal ist eine umschriebene und bedeutsame Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lesefertigkeiten, die nicht allein durch das Entwicklungsalter, Visusprobleme oder unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Leseverständnis, die Fähigkeit, gelesene Worte wieder zu erkennen, vorzulesen und Leistungen, für welche Lesefähigkeit nötig ist, können sämtlich betroffen sein. Bei umschriebenen Lesestörungen sind Rechtschreibstörungen häufig und persistieren oft bis in die Adoleszenz, auch wenn einige Fortschritte im Lesen gemacht werden. Umschriebenen Entwicklungsstörungen des Lesens gehen Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache voraus. Während der Schulzeit sind begleitende Störungen im emotionalen und Verhaltensbereich häufig.

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit*

2014. 08. 20.

**La dislexia** se incluye dentro de una amplia clasificación, la de las dificultades de aprendizaje definidas como “Desorden en uno u más de los procesos básicos que involucran la comprensión oral y escrita del lenguaje. Problemas que pueden observarse en la escuela: pensamiento, habla, lectura, escritura, deletreo o dificultad para manejar signos matemáticos”. La dislexia es uno de los principales factores del abandono de la escuela y de las dificultades en la lectura y aprendizaje pues es un trastorno que afecta básicamente al aprendizaje de la lectura pero que se manifiesta también en la escritura. Seda en sujetos con un desarrollo cognitivo o inteligencia normal o alta, que no padecen alteraciones sensoriales perceptibles y que han recibido una instrucción adecuada. De Dislexia encontramos varias definiciones dadas por otras entidades que guardan estrecha relación con la anterior.

Tipos de dislexia:

Las investigaciones de los últimos años hablan de dislexia como síndrome que se manifiesta de múltiples formas o tipos. La mayoría de las personas disléxicos presentan algún tipo de déficit auditivo/fonológico, visoespacial o psicomotor.

Existen distintos tipos de dislexia en función de diversos factores.

Rocío Ayuso García (2004): *La dislexia*. In: *I+R Revista Digital „Investigación y Educación”*.

In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LO-GOPEDIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/DISLEXIAS/La%20dislexia%20-%20Ayuso%20-%20art.pdf>

2014. 11. 19.

## Diszgráfia

---

Az írásprobléma nehezen behatárolható, megfogható diagnózis, hiszen ahány diszgráfias, annyi tünetcsoport, annyi megnyilvánulási forma. Leegyszerűsítve: az írás *motoros* (tehát mozgásos), illetve *kognitív* (tehát gondolkodási) folyamatok összerendeződése, amelyben a tervezéstől a kivitelezésig rengeteg képességet kell működtetni, összekapcsolni. Ha csak egy képesség is kicsit lassabban, vagy pontatlanul vesz részt az írásfolyamatban, a végeredmény az iskolában már nem értékelhető. Persze van, akinek a betűk megformálásával van inkább problémája, ilyenkor a *grafomotoros* (az írás mozgásos kivitelezését érintő) nehézségről beszélhetünk inkább, van, akinek viszont az írott nyelv szabályainak használata okoz gondot (egyes szakírodalmak ezt *diszortográfia*ként említik). Itt azonban fontos megjegyezni, hogy a helyesírás gyengesége önmagában még nem nevezhető diszgrafiának, hiszen vannak olyan gyermekek, akiknél a helyesírás elsajátítása, követése, hosszabb, időigényesebb folyamat eredménye.

[http://www.beszed.hu/a\\_diszgrafiáról\\_legyen\\_az\\_írás\\_mindenkie](http://www.beszed.hu/a_diszgrafiáról_legyen_az_írás_mindenkie)

2015. 07. 07.

## Dysgraphia

Dysgraphia is a learning disability that affects writing, which requires a complex set of motor and information processing skills. Dysgraphia makes the act of writing difficult. It can lead to problems with spelling, poor handwriting and putting thoughts on paper. People with dysgraphia can have trouble organizing letters, numbers and words on a line or page. This can result partly from:

- Visual-spatial difficulties: trouble processing what the eye sees
- Language processing difficulty: trouble processing and making sense of what the ear hears

As with all learning disabilities (LD), dysgraphia is a lifelong challenge, although how it manifests may change over time. A student with this disorder can benefit from specific accommodations in the learning environment. Extra practice learning the skills required to be an accomplished writer can also help.

Just having bad handwriting doesn't mean a person has dysgraphia. Since dysgraphia is a processing disorder, difficulties can change throughout a lifetime. However since writing is a developmental process—children learn the motor skills needed to write, while learning the thinking skills needed to communicate on paper—difficulties can also overlap.

### Dysgraphia: Warning Signs By Age

Young Children	School-Age Children	Teenagers and Adults
<b>Trouble With:</b>	<b>Trouble With:</b>	<b>Trouble With:</b>
Tight, awkward pencil grip and body position	Illegible handwriting	Trouble organizing thoughts on paper
Avoiding writing or drawing tasks	Mixture of cursive and print writing	Trouble keeping track of thoughts already written down
Trouble forming letter shapes	Saying words out loud while writing	Difficulty with syntax structure and grammar
Inconsistent spacing between letters or words	Concentrating so hard on writing that comprehension of what's written is missed	Large gap between written ideas and understanding demonstrated through speech
Poor understanding of uppercase and lowercase letters	Trouble thinking of words to write	
Inability to write or draw in a line or within margins	Omitting or not finishing words in sentences	
Tiring quickly while writing		

There are many ways to help a person with dysgraphia achieve success. Generally strategies fall into three main categories:

Accommodations: providing alternatives to written expression

Modifications: changing expectations or tasks to minimize or avoid the area of weakness

Remediation: providing instruction for improving handwriting and writing skills

Each type of strategy should be considered when planning instruction and support. A person with dysgraphia will benefit from help from both specialists and those who are closest to the person. Finding the most beneficial type of support is a process of trying different ideas and openly exchanging thoughts on what works best.

Although teachers and employers are required by law to make “reasonable accommodations” for individuals with learning disabilities, they may not be aware of how to help. Speak to them about dysgraphia and explain the challenges faced as a result of this learning disability.

Here are examples of how to teach individuals with dysgraphia to overcome some of their difficulties with written expression.



### **Early Writers**

Be patient and positive, encourage practice and praise effort. Becoming a good writer takes time and practice.

- Use paper with raised lines for a sensory guide to staying within the lines.
- Try different pens and pencils to find one that's most comfortable.
- Practice writing letters and numbers in the air with big arm movements to improve motor memory of these important shapes. Also practice letters and numbers with smaller hand or finger motions.
- Encourage proper grip, posture and paper positioning for writing. It's important to reinforce this early as it's difficult for students to unlearn bad habits later on.
- Use multi-sensory techniques for learning letters, shapes and numbers. For example, speaking through motor sequences, such as "b" is "big stick down, circle away from my body."
- Introduce a word processor on a computer early; however do not eliminate handwriting for the child. While typing can make it easier to write by alleviating the frustration of forming letters, handwriting is a vital part of a person's ability to function in the world.

### **Young Students**

Encourage practice through low-stress opportunities for writing. This might include writing letters or in a diary, making household lists, or keeping track of sports teams.

- Allow use of print or cursive—whichever is more comfortable.
- Use large graph paper for math calculation to keep columns and rows organized.
- Allow extra time for writing assignments.
- Begin writing assignments creatively with drawing, or speaking ideas into a tape recorder.
- Alternate focus of writing assignments—put the emphasis on some for neatness and spelling, others for grammar or organization of ideas.
- Explicitly teach different types of writing—expository and personal essays, short stories, poems, etc.
- Do not judge timed assignments on neatness and spelling.
- Have students proofread work after a delay—it's easier to see mistakes after a break.
- Help students create a checklist for editing work—spelling, neatness, grammar, syntax, clear progression of ideas, etc.
- Encourage use of a spell checker—speaking spell checkers are available for handwritten work.

- Reduce amount of copying; instead, focus on writing original answers and ideas.
- Have student complete tasks in small steps instead of all at once.
- Find alternative means of assessing knowledge, such as oral reports or visual projects.

### **Teenagers and Adults**

Many of these tips can be used by all age groups. It is never too early or too late to reinforce the skills needed to be a good writer.

- Provide tape recorders to supplement note taking and to prepare for writing assignments.
- Create a step-by-step plan that breaks writing assignments into small tasks (see below).
- When organizing writing projects, create a list of keywords that will be useful.
- Provide clear, constructive feedback on the quality of work, explaining both the strengths and weaknesses of the project, commenting on the structure as well as the information that is included.
- Use assistive technology such as voice-activated software if the mechanical aspects of writing remain a major hurdle.

<http://ncl.org/types-learning-disabilities/dysgraphia/what-is-dysgraphia/page-2>  
2014. 11. 24.

### **Dysgraphie/Schreibschwäche:**

eine Lernbehinderung, die Schreibfähigkeiten betrifft. Im Laufe und als Ergebnis des Schreibens treten Probleme auf. Die krampfartige, schlecht gelernte Handhaltung führt zu Schwierigkeiten mit dem Bleistift, was das Schriftbild beeinträchtigt, die Verbindungen fehlen, die Schrift ist schwer zu lesen. Die benachteiligten Kinder aus reizvoller Umgebung sind zu Schulbeginn besonders gefährdet, da ihre Schrift unentwickelt ist, weil sie unter anderem die Haltung der Stifte nicht geübt haben. Sehr oft passiert dies zusammen mit Legasthenie. Die Aufstellung der Diagnose ist die Aufgabe des Sachverständigenausschusses. Die Schüler mit besonderem Förderbedarf brauchen die Hilfe von HeilpädagogInnen und anderen kompetenten PädagogInnen.

<http://www.kindergartenexperte.de/ratgeber-fuer-eltern/gesundheit/lernstoerungen/dysgraphie/>  
2015. 01. 20.

**La disgrafía:** trastorno de la escritura que afecta a la forma o al contenido y la manifiestan niños que no presentan problemas intelectuales, neurológicos, sensoriales, motores, afectivos o sociales.

El DSM-IV-TR (2.000) agrupa las dificultades de escritura bajo la denominación de “Trastorno de la expresión escrita”, si bien, no hace una diferencia explícita entre trastornos disgráficos y disortográficos.

La primera distinción se hace entre Disgrafía evolutiva y adquirida. Esta última se refiere a la pérdida de los procesos de la escritura debidos a una lesión neurológica y se subdivide según dónde se encuentre la zona de la lesión.

Disgrafía evolutiva: se produce durante el aprendizaje del lenguaje escrito, se subdivide en:

Disgrafía fonológica: presentan dificultades en esta vía de acceso al léxico por lo que tiene dificultad en la escritura de las pseudopalabras y en las palabras fonéticamente parecidas dada su baja discriminación fonológica.

Escriben la ñ por la ll, la p por la t, desconcertando a muchos de sus profesores. Aparecen también errores de en la segmentación léxica con uniones de palabras indebidamente y fragmentaciones: mepeino, serena mente, etc...

Disgrafía superficial: dificultad en la ruta ortográfica, aparecen errores en la ortografía arbitraria, b, v, h, y, ll y en las palabras irregulares. Lo más frecuente en los niños es tener errores en las dos rutas y todo tipo de faltas ya que la causa de estos trastornos es la incapacidad de estos sujetos para codificar los signos lingüísticos: disgrafía mixta.

Disgrafía de los procesos motores. Aquí el problema puede venir por inmadurez en el desarrollo de la psicomotricidad fina, por problemas de memoria en el almacén de alógrafos y a veces por un defectuoso aprendizaje e incluso por tema emocional.

Se puede tener problemas, en numerosas ocasiones, únicamente en este proceso de la escritura, la grafía y tener los otros procesos: planificación, sintaxis y ortografía desarrollados normalmente.

*E.O.E.P. CASTUERA: Indicadores para el diagnóstico y orientaciones. In: <http://www.orientacionandujar.es/wp-content/uploads/2014/10/INDICADORES-PARA-EL-DIAGN%3%93STICO-Y-ORIENTACIONES-de-la-disgraf%3%ADa.pdf> 2014. 11. 26.*

## **Diszfónia**

---

A hangképzési zavarok a gége és a hangszalagok elégtelen működése vagy eltérése miatt kialakuló zavarok, amelyek hang tisztaságának a zavarában jelennek meg. Az esetek egy részében szervi okokra vezethető vissza (a gégefő beidegzésének zavara, hangszalagszűrés), de létrejöhet működési zavar miatt is, helytelen hanghasználat vagy túlerőltetés következtében (Buday, 2001). A zavar hátterében pszichés okok is meghúzódhatnak (trauma, stressz).

A hangképzés mutációs zavarairól akkor beszélünk, ha a serdülőkorban, a hangváltás időszakában nem alakul ki az életkorra jellemző felnőtt hangmagasság, azaz későn kezdődik el, illetve kórosan elhúzódva fejlődik ki. A mutációs zavarok kifejlődésében döntő szerepet játszik a gége vázának pubertáskori gyors növekedése, illetve az ezzel összefüggő inkoordinált funkcionális izomalkalmazkodás. Rögzülésükben pszichés okok is szerepet játszhatnak (Frint, 1982).

A hangképzési zavar tünetei sokszínűek, a hangképzés lehet túl feszített, préselt, rekedtes vagy túl levegős is. Megfigyelhető a nem megfelelő kapacitású légzés, a helytelen hangindítás, a hangfekvés, a hangtartás, a szűk hangterjedelem és a gyenge hangerőfokozás. A gége műtéti úton történő eltávolítása után a gége nélküli beszéd kialakítása szükséges a hangképzés pótlására. A gyakorlatban alkalmazott módszerek: nyelőcsőhang 28 (oesophagushang/beszéd) kialakítása, elektroakusztikus vibrátor alkalmazása (pl. a Servoxféle eszköz) 3. hangprotézis beültetése.

*Magyar Adél – Tóthné Aszalai Anett (2011): Bevezetés a logopédiába. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Gyógypedagógus-képző Intézet. 27. p*

### **Dysphonia**

The dysphonia Afonin the severe form, which means the loss of voice. Not always be complete silent submission; Most of the stakeholders clearly able to whisper. The afóniának could be several reasons, but most often caused by damage to the larynx. Fear is also a common cause.

Spasmodic dysphonia is a neurological disorder affecting the voice muscles in the larynx. There are two reasons, first, incomplete closure of the vocal cords, or the resulting increase noise. On the other hand, disease (inflammation, node) is due to the periodic vibration of the vocal cords intact aperiódikussá. The patient can not well managing the air, often takes place undue. The start-up sound tough. This technique abnormal voice fatigue, and stranded leads. Insufficiently lock the tape. The psychogenic dysphonia develop psychological fear or anxiety as a result of frequency. If you have already created a lot of tape, and speech therapy treatment does not improve the hoarseness, appropriate surgical removal of the nodules, and the continuation of sound therapy.

Spasmodic dysphonia is a neurological disorder affecting the voice muscles in the larynx, or voice box. When we speak, air from the lungs is pushed between two elastic structures—called vocal folds or vocal cords—with sufficient pressure to cause them to vibrate, producing voice. In spasmodic dysphonia, the muscles inside the vocal folds experience sudden involuntary movements—called spasms—which interfere with the ability of the folds to vibrate and produce voice.

Spasmodic dysphonia causes voice breaks and can give the voice a tight, strained quality. People with spasmodic dysphonia may have occasional breaks in their voice

that occur once every few sentences. Usually, however, the disorder is more severe and spasms may occur on every other word, making a person's speech very difficult for others to understand. At first, symptoms may be mild and occur only occasionally, but they may worsen and become more frequent over time. Spasmodic dysphonia is a chronic condition that continues throughout a person's life

Behavioral therapy (voice therapy) is another form of treatment that may work to reduce symptoms in mild cases. Other people may benefit from psychological counseling to help them accept and live with their voice problem.

<http://www.nidcd.nih.gov/health/voice/pages/spasdysp.aspx>  
2015.07. 07.

### **Dyphonie**

Unter diesen Stimmstörungen versteht man zunächst alle diejenigen, bei denen morphologische Veränderungen im Stimmlippenbereich zu erkennen sind, ohne dass funktionelle Fehlleistungen ursächlich zumindest in Betracht gezogen werden müssten. Hinzu kommen Beeinträchtigungen der Stimmbildung bei anderen organischen Veränderungen des Kehlkopfs und seiner Nervenversorgung.

Klare Trennung zwischen funktionellen und organischen Dysphonien hinsichtlich ätiologischer Faktoren nicht immer eindeutig:

- organisch
- funktionell
- organisch mit funktioneller Begleitsymptomatik
- funktionell mit organischer Begleitsymptomatik

*Ingrid Zöls, Maximilian Widmann, Kathrin Hinterberger (2006):Dysphonie*  
2014. 08. 09.

**La disfonía** es una alteración de la voz en cualquiera de sus cualidades (intensidad, tono, timbre) debidas a uso incorrecto de la misma, a una respiración insuficiente o a una mala coordinación con la fonación. Pueden ser hipotónicas (voz ronca, apagada) o hipertónicas (aguda, tono alto). Por su etiología pueden ser:

- Orgánicas: congénitas (lesiones cerebrales, malformaciones, parálisis, factores endocrinos), inflamatorias (laringitis aguda o crónica) y traumáticas (lesiones por heridas, quemaduras, radioterapia, intervenciones quirúrgicas, etc.).
- Funcionales, debidas a excesiva tensión de las cuerdas vocales durante la fonación (niños que gritan continuamente, hiperactivos y coléricos), o porque las cuerdas vocales no cierran totalmente la glotis por falta detensión muscular.

Debemos citar también en este cuadro, los niños con los ataques duros de oz (golpe de glotis), los gallos que sacan, os sonidos inaudibles o demasiado forzados, las respiraciones ruidosas y los “sí” emitidos en inspiración. De la misma forma, es necesario señalar que todas las enfermedades con repercusión laríngea (tan frecuentes en esta edad), así como el asma y la bronquitis, aumentan la disfonía.

Diagnóstico diferencial: se podrá hacer mediante la exploración laringoscópica, lo que permite diferenciar la disfonía funcional infantil de las disfonías de origen orgánico.

*A. M. Redondo Romero - J. Lorente Aledo (2004): Trastornos del lenguaje. In: Pediatr Integral 2004; VIII (8)*

### **Diszkalkulia (aritmaszténia)**

---

Kosc (1974) értelmezése szerint a diszkalkulia az agy strukturális károsodásának következménye; az agy azon részeinek genetikai vagy veleszületett károsodása, melyek a matematikai képességek kifejlődésének anatómiai-fiziológiai alapját képezik; az általános mentális képességben eltérés nincs. Bődör (1996) megfogalmazásában a diszkalkulia a matematikai fogalmak, műveletek és technikák elsajátításában és alkalmazásában kifejezésre jutó tanulási gátoltságot (akadályozottságot) jelenti.

A BNO-10-ben (Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák Nemzetközi statisztikai Osztályozása, 1995) a Mentális és viselkedészavarok alfejezetben az aritmetikai készségek zavara (diszkalkulia) a következőképpen fogalmazódik meg: „Az aritmetikai készségek károsodása nem magyarázható mentális retardációval, vagy nem megfelelő oktatással...A zavar vonatkozik alapvető feladatokra, mint az összeadás, kivonás, szorzás és osztás...A funkciózavar kezdete csecsemő- és gyermekkor közé esik. Háttérben funkciókárosodás vagy fejlődési késedelem áll. A károsodás vagy a késés fokozatosan csökken, ahogy az egyén felnő, de felnőttkorban is észlelhető még enyhe elmaradás (deficit).” Ez a meghatározás a diszkalkuliát csak mint részképességzavart értelmezi, noha a diszkalkuliának más formái is vannak, többek között a mentális elmaradottság része is lehet.

*Márkus Attila (2000): A matematikai képességek zavarai In: Illyés Sándor szerk.: Gyógypedagógiai alapismeretek ELTE BGGYF*

### **Dyscalculia**

Dyscalculia refers to a wide range of lifelong learning disabilities involving math. There is no single type of math disability. Dyscalculia can vary from person to person. And, it can affect people differently at different stages of life.

Two major areas of weakness can contribute to math learning disabilities:

- Visual-spatial difficulties, which result in a person having trouble processing what the eye sees

- Language processing difficulties, which result in a person having trouble processing and making sense of what the ear hears

Using alternate learning methods, people with dyscalculia can achieve success.

#### What Are the Effects of Dyscalculia?

Disabilities involving math vary greatly. So, the effects they have on a person's development can vary just as much. For instance, a person who has trouble processing language will face different challenges in math than a person who has trouble with visual-spatial relationships. Another person may have trouble remembering facts and keeping a sequence of steps in order. This person will have yet a different set of math-related challenges to overcome.

For individuals with visual-spatial troubles, it may be hard to visualize patterns or different parts of a math problem. Language processing problems can make it hard for a person to get a grasp of the vocabulary of math. Without the proper vocabulary and a clear understanding of what the words represent, it is difficult to build on math knowledge.

When basic math facts are not mastered earlier, teens and adults with dyscalculia may have trouble moving on to more advanced math applications. These require that a person be able to follow multi-step procedures and be able to identify critical information needed to solve equations and more complex problems.

#### What Are the Warning Signs of Dyscalculia?

Having trouble learning math skills does not necessarily mean a person has a learning disability. All students learn at different paces. It can take young people time and practice for formal math procedures to make practical sense. So how can you tell if someone has dyscalculia? If a person continues to display trouble with the areas listed below, consider testing for dyscalculia. Extra help may be beneficial.

### Dyscalculia: Warning Signs By Age

<b>Young Children</b>	<b>School-Aged Children</b>	<b>Teenagers and Adults</b>
<b>Trouble With:</b>	<b>Trouble With:</b>	<b>Trouble With:</b>
Difficulty learning to count	Trouble learning math facts (addition, subtraction, multiplication, division)	Difficulty estimating costs like groceries bills
Trouble recognizing printed numbers	Difficulty developing math problem-solving skills	Difficulty learning math concepts beyond the basic math facts
Difficulty tying together the idea of a number (4) and how it exists in the world (4 horses, 4 cars, 4 children)	Poor long term memory for math functions	Poor ability to budget or balance a checkbook
Poor memory for numbers	Not familiar with math vocabulary	Trouble with concepts of time, such as sticking to a schedule or approximating time
Trouble organizing things in a logical way - putting round objects in one place and square ones in another	Difficulty measuring things	Trouble with mental math
	Avoiding games that require strategy	Difficulty finding different approaches to one problem

### How Is Dyscalculia Identified?

When a teacher or trained professional evaluates a student for learning disabilities in math, the student is interviewed about a full range of math-related skills and behaviors. Pencil and paper math tests are often used, but an evaluation needs to accomplish more. It is meant to reveal how a person understands and uses numbers and math concepts to solve advanced-level, as well as everyday, problems. The evaluation compares a person's expected and actual levels of skill and understanding while noting the person's specific strengths and weaknesses. Below are some of the areas that may be addressed:

- Ability with basic math skills like counting, adding, subtracting, multiplying and dividing
- Ability to predict appropriate procedures based on understanding patterns—knowing when to add, subtract, multiply, divide or do more advanced computations
- Ability to organize objects in a logical way
- Ability to measure—telling time, using money
- Ability to estimate number quantities
- Ability to self-check work and find alternate ways to solve problems.

### How Is Dyscalculia Treated?

Helping a student identify his/her strengths and weaknesses is the first step to getting help. Following identification, parents, teachers and other educators can work together to establish strategies that will help the student learn math more effectively. Help outside the classroom lets a student and tutor focus specifically on the difficulties that student is having, taking pressure off moving to new topics too quickly. Repeated reinforcement and specific practice of straightforward ideas can make understanding easier. Other strategies for inside and outside the classroom include:

- Use graph paper for students who have difficulty organizing ideas on paper.
- Work on finding different ways to approach math facts; i.e., instead of just memorizing the multiplication tables, explain that  $8 \times 2 = 16$ , so if 16 is doubled,  $8 \times 4$  must = 32.
- Practice estimating as a way to begin solving math problems.
- Introduce new skills beginning with concrete examples and later moving to more abstract applications.
- For language difficulties, explain ideas and problems clearly and encourage students to ask questions as they work.
- Provide a place to work with few distractions and have pencils, erasers and other tools on hand as needed.

Help students become aware of their strengths and weaknesses. Understanding how a person learns best is a big step in achieving academic success and confidence.

<http://www.nclld.org/types-learning-disabilities/dyscalculia/what-is-dyscalculia>  
2014. 11. 24.



### **Dyskalkulie**

Unter dem Begriff Dyskalkulie versteht man laienhaft eine „Rechenschwäche“ - dies greift aber zu kurz und umreißt das Problem der Betroffenen zu ungenau. So versteht man unter diesem Fachbegriff eine so genannte Beeinträchtigung des arithmetischen Denkens. Davon betroffen sind etwa 5% der Weltbevölkerung, darunter Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Man spricht auch von einem Verständnisproblem in Sachen Zahlbegriff, Grundrechenarten und Dezimalsystem. Hierbei werden immer wieder dieselben Fehler gemacht, die auch heute von Wissenschaftlern systematisiert worden sind. Diese Fehler beruhen meist auf begrifflichen Verinnerlichungsproblemen. Heute gibt es sehr gezielte Therapiemöglichkeiten, mit denen die Dyskalkulie gut behandelt werden kann. Wichtig ist zu wissen, dass diese mathematische Beeinträchtigung nichts über die grundsätzliche Intelligenz eines Menschen aussagt und auch keinesfalls ausschließt, dass jemand beispielsweise in höherer Mathematik sehr gute Leistungen erbringen kann!

Eltern betroffener Kinder erleben häufig, dass es in der Schule Probleme gibt. Sie möchten ihrem Nachwuchs gerne helfen, wissen aber nicht, wie sie dies tun sollen. Die wichtigste Regel hierzu lautet: Ruhe bewahren und Verständnis zeigen. Die Beeinträchtigung ist für Kinder oft schwer zu ertragen, sie fühlen sich dumm und haben Angst vor Leistungssituationen. Dies führt oft zur Angst vor der Angst: Die Betroffenen versuchen, Klassenarbeiten, Abfragen usw. zu vermeiden. Ein Teufelskreis entsteht, der meist durchbrochen werden kann, wenn die Kinder immer wieder von ihren Eltern erfahren, dass sie wertgeschätzt werden und mit ihrem Problem nicht alleine gelassen werden. Zur Behandlung der Dyskalkulie gibt es spezielle Therapieformen, die auch genutzt werden sollten. Normale Nachhilfe in Mathematik wird dem Problem nicht gerecht. Übungen sind natürlich grundsätzlich sinnvoll, sollten dennoch systematisch angegangen werden, um die Kinder nicht weiter zu frustrieren. Am sinnvollsten ist eine Individualtherapie bei einem speziell ausgebildeten Therapeuten für Dyskalkulie-Schüler, der sicherstellen kann, dass die Kinder auch kleine rechenlogische Schritte sinnhaft nachvollziehen können. Die Lernbereiche der Mathematik bauen sachlogisch aufeinander auf, deswegen muss gewährleistet sein, dass der Therapeut kleine mathematische Schritte kindgerecht darbieten und durch sinnvolle Übungen sichern kann. In besonders schweren Fällen gibt es auch die Möglichkeit, dass die Notengebung in der Schule zumindest für eine Weile ausgesetzt werden kann - hierüber entscheidet die Klassenkonferenz.

<http://www.kindergartenexperte.de/ratgeber-fuer-eltern/gesundheitslernaerger/dyskalkulie-wie-koennen-eltern-helfen/>

2015. 01. 20.

**La discalculia** del desarrollo (al igual que en la dislexia, se utiliza el término más exacto de discalculia del desarrollo para diferenciarla de la discalculia adquirida

del adulto) es un TA que provoca en el niño dificultad para la adquisición de las habilidades matemáticas en niños con una inteligencia normal, estabilidad emocional y con una formación académica adecuada o estándar. Se trata de un trastorno que afecta a muchas de las actividades cotidianas, ya que las matemáticas son necesarias para la correcta interpretación de las escalas de tiempo (calendarios, horarios, partituras), direcciones (números de calles, latitud, longitud) el manejo de recursos monetarios y hasta para cocinar (seguir unareceta con cantidades, tiempos de cocción, etc.).

En el niño, clínicamente se traduce por un fracaso en la adquisición de las operaciones matemáticas básicas, muy por detrás del grupo de su misma edad. En la adolescencia, muchos pacientes llegan a tener un aceptable uso de conceptos matemáticos sencillos. Sin embargo, la mayoría de ellos (95%) tendrán un rendimiento bajo en matemáticas en comparación con sus compañeros sanos y hasta el 50% tendrán una afectación severa.

Tiene una incidencia menor que la dislexia, si bien existe la opinión generalizada de que se trata de un trastorno infradiagnosticado. Publicaciones recientes calculan que su prevalencia se halla entre el 3-6,5%. Además, en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV) se considera a la discalculia del desarrollo como una enfermedad rara, atribuyéndosele una prevalencia del 1%. Desgraciadamente, tampoco hemos hallado estudios poblacionales que nos permitan conocer la prevalencia de este trastorno en nuestro país.

Es un trastorno que afecta por igual a niños y a niñas, aunque según algunos estudios podría ser más frecuente en niñas y en el 25% de los pacientes ocurre de forma comórbida con otros TA (dislexia) o con TDA-H. En estos pacientes el grado de afectación es mayor.

Al igual que la dislexia, la discalculia es un trastorno con un marcado componente familiar y hereditario, aunque se considera que su origen es multifactorial. En un reciente estudio realizado en 33 familias de pacientes afectados de discalculia del desarrollo, se halló una prevalencia de la misma del 40-64%, lo que supone unas 10 veces superior a lo esperado para la población general.

Existen múltiples teorías y modelos que intentan explicar la discalculia. La teoría más aceptada mantiene la hipótesis de que el discalcúlico tendría un déficit de base en el sentido numérico, o en la asociación entre el sentido numérico y la representación simbólica de los números (o las operaciones aritméticas). Como ha sucedido en la dislexia, estudios recientes de neuroimagen funcional parecen indicar que existen diferencias tanto estructurales como de funcionamiento entre los cerebros de pacientes disléxicos y las personas sanas.

El diagnóstico de la discalculia es algo más complejo que el de la dislexia, ya que por una parte no existen criterios unificados ni variabilidad de pruebas estandarizadas y por otra existe una gran variabilidad interpersonal en cuanto al aprendizaje de las habilidades matemáticas.

*Diéguez, Málaga –Álvarez, J. Arias (2010): Los trastornos del aprendizaje. Definición de los distintos tipos y sus bases neurobiológica. In: BOL PEDIATR 2010; 50;*

## Down-szindróma

A Down-szindróma (régén hibásan mongolizmusnak vagy mongol idiocizmusnak neveztek) a 21. kromoszóma többletére vezethető vissza és jellemző küllemmel járó értelmi fogyatékoságot okoz.

Az anyai életkor előrehaladtával a Down-szindróma kialakulásának gyakorisága növekszik. Míg 30 éves korban a kockázat a rendellenesség előfordulására kb. egy ezrelék, 40 éves terheseknél már több mint 1%-ra nő. A Down-szindróma gyakorisága hazánkban korábban 0,12% volt, tehát 800 születésre esett 1 Down-kór. Az elmúlt években számuk emelkedett és elérte a 0,17%-ot.

A Down-szindrómával sújtott embereknek különböző fokú tanulási nehézséggel kell szembenéznük, de gyakorta visszamaradottságuk még súlyosabb. Egy részük képes közel független életet élni, míg többségük gondozásra szorul. A Down-szindrómával sújtott terhességek kb. 30%-a spontán vetéléssel végződik, azonban a születést követően az e rendellenességgel sújtott újszülöttek 90%-a túléli az első, kritikus évet.

A Down-szindrómával élők egyharmada súlyos szívrendellenességgel születik. Jelenleg a Down-szindrómával sújtott emberek várható életkora kb. 60 év, 40 év fölött bizonyos esetekben az Alzheimer-kórhoz hasonló agyi elváltozások fejlődnek ki.

[www.downszures.hu](http://www.downszures.hu)

2015. 02. 08.

## Down-syndrome

Down syndrome is a genetic condition – it is not an illness or disease. It occurs as a result of an extra chromosome. Our bodies are made up of millions of cells, and in each cell there are 23 pairs of chromosomes – or 46 chromosomes in every cell. Down syndrome is caused by the occurrence of an extra chromosome, chromosome 21 (Down syndrome is also known as trisomy 21). People with Down syndrome therefore have 47 chromosomes in their cells instead of 46. This results in a range of physical characteristics, health and development indications and some level of intellectual disability. Down syndrome is usually recognisable at birth and confirmed by a blood test. It was named after Dr John Langdon Down who first described it.

Although we know how Down syndrome occurs, we do not yet know why it happens. Down syndrome occurs at conception, across all ethnic and social groups and to parents of all ages. It is nobody's fault. There is no cure and it does not go away.

Down syndrome is not a new phenomenon and cases have been recorded through history. Nor is it a particularly rare condition – Down syndrome is the most common chromosome disorder and one of every 700-900 babies born will have Down syndrome. This number has not altered significantly throughout the time that statistics have been collected.

[http://www.downsyndromevictoria.org.au/DSAV/Information/About\\_Down\\_synd-](http://www.downsyndromevictoria.org.au/DSAV/Information/About_Down_synd-)

[rome/What is Down syndrome/DSAV/Information/What is Down syndrome.aspx?hkey=8593b017-ec7a-47f1-b949-e7e9801b4c39](http://rome/What_is_Down_syndrome/DSAV/Information/What_is_Down_syndrome.aspx?hkey=8593b017-ec7a-47f1-b949-e7e9801b4c39)

2014. 09. 05.

### **Down-Syndrom**

Die geistige und körperliche Entwicklung von Kindern mit Down-Syndrom ist gegenüber nichtbehinderten Kindern insgesamt verlangsamt. Das erklärt sich durch den Teilungsfehler der Keimzellen vor der Zeugung. Die Fehlentwicklung ist also bereits zum Zeitpunkt der Befruchtung festgelegt und wird durch den Verlauf der Schwangerschaft nicht mehr beeinflusst. Die körperliche und geistige Beeinträchtigung, die durch die Trisomie entsteht, ist nicht rückgängig zu machen, wohl aber durch eine gute (Früh-)Förderung und andere Hilfen bis ins Erwachsenenalter hinein positiv zu beeinflussen.

Die individuellen Unterschiede zwischen Menschen mit Down-Syndrom in den einzelnen Entwicklungsbereichen (z.B. Laufen, Sprechen) können sehr groß sein, sogar größer als bei nichtbehinderten. Kinder mit Down-Syndrom werden sich also ganz unterschiedlich entwickeln. Neuere Untersuchungen widerlegen die bisherige Annahme, dass die Entwicklung der Kinder mit Down-Syndrom mit zwischenzeitlichen Stillständen verläuft. Sie ist zwar deutlich verlangsamt, aber stetig, und bleibt auch nicht, wie früher angenommen, auf einer bestimmten Altersstufe stehen.

Das Kleinkind ist bereits kleiner als gleichaltrige andere Kinder; der spätere pubertäre Wachstumsschub fällt geringer aus, dementsprechend ist die durchschnittliche Körpergröße erwachsener Menschen mit Down-Syndrom um ca. 15 bis 20 cm kleiner als bei anderen. Ein wesentliches Merkmal von Kindern mit Down-Syndrom ist die deutliche

Sprachentwicklungsverzögerung gegenüber nichtbehinderten, aber auch Kindern mit anderen Formen der geistigen Behinderung. Die größten Schwierigkeiten sind dabei die Lautbildung, Störungen des Redeflusses (abgehacktes und überhastetes Sprechen) und Stottern. Diese Probleme hängen mit den Fehlbildungen der Sprechorgane (Lippen, Zunge, Mundschluss, Kiefer, Gaumen, Fehlstellungen der Zähne) sowie mit Umweltfaktoren zusammen.

Kinder mit Down-Syndrom haben als Säuglinge Probleme beim Saugen und Schlucken. Sie sind zudem meist still, weinen selten und schlafen viel. Sie beginnen später zu lächeln, sie fangen später an zu lallen als andere Kinder.

Das Sprachverständnis geht dem Sprechvermögen voraus, denn Worte kann man erst dann richtig benutzen, wenn man ihre Bedeutung verstanden hat. Sprachverständnis beginnt mit der Kontaktaufnahme des Kindes zu seiner Umwelt, meistens der Mutter. Wichtigstes Ziel ist es, die Aufmerksamkeit und das Interesse des Kindes an seiner Umwelt aufzugreifen und zu fördern. So kann es die Handlungen, die ihm gezeigt werden, nachahmen und später vielleicht sprachlich ausdrücken.

<https://www.lebenshilfe.de/wData/downloads/themen-fachliches/entwicklung.pdf>

2014. 08. 19.

**El síndrome de Down** es una alteración genética que se caracteriza por dar cierto nivel de problemas de aprendizaje y una serie de características físicas. Se considera que es una de las causas más frecuentes de los problemas de aprendizaje. Estos problemas afectan a la capacidad del niño para aprender en comparación con otros niños de su edad lo que no significa que el niño no pueda aprender nada en absoluto. Los niños con síndrome de Down tienen más semejanzas que diferencias con los niños que no tienen síndrome de Down.

En las personas con síndrome de Down, todas o algunas de sus células contienen 47 cromosomas, ya que hay una copia extra del cromosoma 21. Este material genético adicional da como resultado la serie de características físicas y del desarrollo asociadas con el síndrome de Down. Desde el punto de vista cromosómico podemos decir que existen 3 tipos de síndrome de Down:

La trisomía 21 regular – en la que todas las células del cuerpo poseen un cromosoma 21 adicional. Alrededor del 94% de las personas con síndrome de Down tienen este tipo.

La translocación – en la que el material del cromosoma 21 adicional se adhiere a otro cromosoma. Alrededor del 4% de las personas con síndrome de Down tienen este tipo.

El mosaico – en el que solamente algunas de las células tienen el material del cromosoma 21 adicional. Alrededor del 2% de las personas con síndrome de Down tienen este tipo.

El tipo de variación genética que tengan los niños no altera de forma significativa el efecto del síndrome de Down.

El síndrome de Down afecta a personas de todas las razas, religiones y condición económica de todos los países del mundo. Le puede suceder a cualquiera.

*Fundació Catalana Síndrome de Down: ¿CONTINUAR CON EL EMBARAZO TRAS UN DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN? Una guía para padres. Una publicación de la Asociación Síndrome de Down del Reino Unido traducida y adaptada por la Fundació Catalana Síndrome de Down. In:*

*<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/SINDROME%20DE%20DOWN/GENETICA/DIAGNOSTICO%20PRENATAL/Continuar%20con%20el%20embarazo%20tras%20diagnostico%20SdD%20-%20Fundacion%20catalana%20-%20folleto.pdf>*

2014. 11. 18.

## DSM-IV

---

A BNO-10-hez hasonló osztályzási rendszer. Célja a mentális és viselkedészavarok diagnosztikus kategóriák világos, egyértelmű leírása, hogy az érintett személyeket jobban tudják diagnosztizálni, tanulmányozni és kezelni. Szűkebb jelenségkörű, de részletesebb osztályzási rendszer.

*Harangozó Judit (2014): Szakmai anyag – foglalkozási tanácsadók részére. FSZK, Budapest*

### **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – DSM-IV**

This is the fourth edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, or DSM-IV. The utility and credibility of DSM-IV require that it focus on its clinical, research, and educational purposes and be supported by an extensive empirical foundation. Our highest priority has been to provide a helpful guide to clinical practice. We hoped to make DSM-IV practical and useful for clinicians by striving for brevity of criteria sets, clarity of language, and explicit statements of the constructs embodied in the diagnostic criteria. An additional goal was to facilitate research and improve communication among clinicians and researchers. We were also mindful of the use of DSM-IV for improving the collection of clinical information and as an educational tool for teaching psychopathology.

An official nomenclature must be applicable in a wide diversity of contexts. DSM-IV is used by clinicians and researchers of many different orientations (e.g., biological, psychodynamic, cognitive, behavioral, interpersonal, family/systems). It is used by psychiatrists, other physicians, psychologists, social workers, nurses, occupational and rehabilitation therapists, counselors, and other health and mental health professionals.

DSM-IV must be usable across settings—inpatient, outpatient, partial hospital, consultation-liaison, clinic, private practice, and primary care, and with community populations. It is also a necessary tool for collecting and communicating accurate public health statistics. Fortunately, all these many uses are compatible with one another. (Introduction, XV.p.)

*Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV. (1994) American Psychiatric Association, Washington, DC*

### **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV**

Das DSM-IV ist ein Klassifikationssystem für die Erfassung psychischer Störungen, das mehrere Achsen umfasst:

Achse I: Klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung

Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren

Achse IV: psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme

Achse V: globale Erfassung des Funktionsniveaus

Die Achse 4 des DSM-IV kategorisiert psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme, die psychische Störungen beeinflussen können.

*Peter Pantucek (2005): Materialien zur Sozialen Diagnose*

<http://www.pantucek.com/diagnose/mat/dsm-IV.pdf>

2014. 08. 10.

### **DSM-IV**

#### ***El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales***

El DSM-IV es una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo, deben reconocerse las limitaciones del sistema de clasificación categorial.

*DSM-IV. Castellano 1995.*

<http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

2014. 11. 22.

## **Értelmi fogyatékoság**

---

„Az értelmi fogyatékoság a központi idegrendszer fejlődését befolyásoló örökletes és környezeti hatások eredőjeképpen alakul ki, amelynek következtében az általános értelmi képesség az adott népesség átlagától az első évektől kezdve számottevően elmarad, és amely miatt az önálló életvezetés jelentősen akadályozott.”

A pszichometriai megközelítés alapján az értelmi fogyatékoság súlyosságának osztályozása:

- enyhe értelmi fogyatékoság (debilitás): IQ megközelítőleg 50 és 69 között (felnőtteknél a szellemi kor 9 és 12 év között van). Valószínűleg tanulási nehézségeket okoz az iskolában. Sok felnőtt képes dolgozni, jó szociális kapcsolatokat fenntartani, és közösségi aktivitásra.
- közép súlyos értelmi fogyatékoság (imbecillitás): IQ megközelítőleg 35 és 49 (felnőtteknél a szellemi kor 6 és 9 év között van). Kifejezett fejlődési lassulást eredményez gyermekkorban, de legtöbbjük képes meghatározott fokú önállóságot elérni az önellátásban, képes adekvát kommunikációt elsajátítani és iskolázottságra szert tenni.

- súlyos értelmi fogyatékoság (idiócia): IQ megközelítően 20 és 34 között (felnőtteknél a szellemi kor 3 és 6 éve között van). Nagy valószínűséggel állandó támogatásra van szüksége.
- igen súlyos értelmi fogyatékoság: IQ 20 alatt (felnőtteknél a szellemi kor 3 év alatt van). Eredményeként az önellátás, vizelet- és székletürítési kontroll, kommunikáció és mozgás súlyosan korlátozott

*Lányiné Engelmayer Ágnes (1996): Értelmi fogyatékosok pszichológiája I. BGGYTF, Budapest*

### **Classification of intellectual disability**

Intellectual disability is a type of disability. Within the World Health Organization's (WHO) International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) (World Health Organization, 2001), the term 'disability' is an umbrella term for limitations in human functioning, where human functioning refers, simply, to all the life activities in which one would typically engage. Intellectual disability, then, is a disability in which impairments to the brain (eg, body functions and structures) result in activity limitations and participation restrictions.

*Schalock, Robert L.: Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*  
2015. 02. 08.

### **Formen der geistigen Behinderung – értelmi fogyatékoság osztályozása**

Diagnostiziert wird die geistige Behinderung durch den Neurologen und Psychologen. Hierbei wird die Intelligenz mithilfe von Intelligenztests gemessen. Eingeteilt wird die geistige Behinderung wie folgt: leichte geistige Behinderung (IQ zwischen 50 und 69), mittelgradige geistige Behinderung (IQ zwischen 35 und 49), schwere geistige Behinderung (IQ zwischen 20 und 34), schwerste geistige Behinderung (IQ unter 20).

[http://symptomat.de/Geistige\\_Behinderung](http://symptomat.de/Geistige_Behinderung)  
2014. 08. 07.

### **La discapacidad intelectual / el retraso mental**

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en 1992 se cambia la visión y conceptualización del retraso mental y podemos entender por este a partir de tres criterios básicos:

- a. "Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: Un CI aproximadamente de 70 o inferior en un test de CI administrado individualmente.
- b. Déficit o alteraciones concurrentes en la actividad adaptativa actual (esto es, la eficiencia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y por su grupo cultural) en por lo menos, dos áreas de las siguientes:



comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad.

c. El inicio es anterior a los 18 años”.

*Aguirre, Lucía Martínez (2012): Sistemas de educación especial. Mexico, ED TERCER MILENIO S.C.*

### **La Clasificación de la discapacidad intelectual**

Dentro del amplio espectro que se agrupa bajo la denominación D.I. existen grandes diferencias. En lo que se refiere a la educación no todos los niños van a poder acceder a la educación ordinaria. El DSM IV, establece la clasificación de la Discapacidad Intelectual por niveles.

#### **Discapacidad Intelectual Leve: CI de 70 a 50/55.**

- En este apartado se encuentra aproximadamente un 85 % de la población con D.I.
- Existe un mínimo deterioro en las áreas sensorio-motoras.
- Pueden aprender habilidades académicas hasta el nivel de Educación Primaria.
- Pueden necesitar orientación y asistencia cuando se encuentren sometidos a situaciones de estrés.

#### **Discapacidad Intelectual Moderada: CI de 50-55 a 40/35.**

- Afecta a un 10% de la población con D.I.
- Muestran un desarrollo social muy pobre.
- Durante la etapa escolar progresan hasta alcanzar el nivel de 2º-3º de Educación Primaria.
- Desde el punto de vista laboral son capaces de realizar algún trabajo semiespecializado o sin especializar bajo supervisión.
- Como en el apartado anterior, requieren de orientación y supervisión cuando se encuentran bajo estrés.

#### **Discapacidad Intelectual Grave: CI de 40/35 a 25/20.**

- Afecta a un 3-4 % de la población afectada con D.I.
- Su desarrollo motor es limitado.
- Pueden desarrollar un cierto lenguaje que les permita expresar deseos y necesidades y pueden ser instruidos en hábitos de higiene.
- Sólo son capaces de realizar tareas simples bajo una estrecha vigilancia.

**Discapacidad Intelectual Profunda:** CI: Inferior a 25/20.

- Logran un mínimo funcionamiento sensoriomotriz.
- Necesitan un entorno muy estructurado, con supervisión constante.
- El trabajo fundamental consiste en que desarrollen un mínimo de autonomía, así como habilidades de comunicación básicas.

*Mondo, Teresa Fernández –Martínez, Antonio Níeva: Alumnos con discapacidad intelectual. Necesidades y respuesta educativa. Escuelas Católicas.*

## Érzelmi zavarok

---

Az érzelmeik, különösen, ha ellenőrizhetetlenül, halmozottan, túlzott intenzitással és elhúzódoan lépek fel, terhessé válhatnak az érintett számára, amikor már nem képes megbirkózni velük, és kezdik zavarni életvitelét, jó közérzetét.

Túlzott emocionális reakcióknál általában a helyzet a téves értékelése, az észlelés beszűkülés és torzulása következhet be, valamint a magatartáskészlet kimerülése. Egyeseknél az érzelmi zavarok teljesen eltérő formában mutatkoznak meg. A megalapozatlan öröm eufóriába vagy önmaga túlértékelésével kísért mániába csaphat át. *Oatley (2001): Érzelmeink. Budapest, Osiris Kiadó.*

### F93 Jellegzetesen gyerekkorban kezdődő emocionális zavarok

Sokkal inkább a normális fejlődés eltúlzott (sarkított) formáinak tekinthetők, sem mint minőségileg abnormálisnak. A nem megfelelő fejlődés fontos diagnosztikus támpont, e között a jellegzetesen gyerekkorban kezdődő érzelmi zavar és a neurotikus zavarok (F40-F48) közötti különbségtételben.

**Kivéve:** ha magatartászavarral társul (F92.-0)

### F93.0 Szeparációs szorongás a gyerekkorban

Akkor lehet diagnosztizálni, ha a szeparáció áll a szorongás középpontjában és ez a szorongás először az első életév folyamán jelentkezett. A normális szeparációs szorongástól az különíti el, hogy statisztikailag sokkal erősebb a szorongás, a megszo-  
kott életévnél tovább tart, és a szociális funkciók jelentős zavarát okozza.

**Kivéve:**

- hangulat- (affektív) zavarok (F30-F39)
- neurotikus zavarok (F40-F48)
- gyerekkori fóbiás szorongás (F93.1)
- gyerekkori szociális szorongás (F93.2)

**F93.1 Fóbiás szorongás zavar gyerekkorban**

Gyerekkori félelmek, melyek kifejezett kapcsolatot mutatnak meghatározott fejlődési fázisokkal és a gyerekek többségében észlelhetők, de a fokuk abnormális. Más gyerekkori félelmek, melyek gyerekkorban keletkeznek, de nem a normális fejlődés részjelenségei, mint pl. az agoraphobia, a megfelel csoportnál kell besorolni az F40-F48 résznél.

**Kivéve:**

- generalizált szorongás zavar (F41.1)

**F93.2 Szociális szorongás zavar gyerekkorban**

Idegenekkel szemben óvatosság, és szociális bizalmatlanság vagy szorongás, mikor új, ismeretlen, vagy szociálisan veszélyes helyzetbe kerül. Csak akkor adható ez a diagnózis, ha az első életévben jelentkezik, és mértékében szokatlan valamint szociális funkciókban problémát okoz. Gyerekkori vagy serdülőkori „kikerül” zavar

**F93.3 Testvér rivalizáció (zavara)**

A gyerekek többségénél a közvetlenül fiatalabb testvér születését valamilyen fokban mindig kíséri érzelmi zavar. Testvér rivalizációs zavarról csak akkor beszélhetünk, ha a zavar foka és időtartama statisztikailag nagyobb az átlagosnál, másrészt abnormális szociális interakcióhoz vezet.

Testvérféltékenység

**F93.8 Egyéb gyerekkori emocionális zavar**

- Identitászavar
- Túlzott szorongás (zavara)

**Kivéve:**

- gyerekkori nemi identitászavar (F64.2)

**F93.9 Nem meghatározott gyerekkori emocionális zavar**

*BNO-10*

***Emotional disorders with onset specific to childhood***

Emotional disorders are mainly exaggerations of normal developmental trends rather than phenomena that are qualitatively abnormal in themselves. Developmental appropriateness is used as the key diagnostic feature in defining the difference between these emotional disorders, with onset specific to childhood, and neurotic disorders.

Excl.: when associated with conduct disorder

Separation anxiety disorder of childhood

Should be diagnosed when fear of separation constitutes the focus of the anxiety and when such anxiety first arose during the early years of childhood. It is

differentiated from normal separation anxiety when it is of a degree (severity) that is statistically unusual (including an abnormal persistence beyond the usual age period), and when it is associated with significant problems in social functioning.

**Excl.:** mood [affective] disorders

- neurotic disorders
- phobic anxiety disorder of childhood
- social anxiety disorder of childhood
- Phobic anxiety disorder of childhood

Fears in childhood that show a marked developmental phase specificity and arise (to some extent) in a majority of children, but that are abnormal in degree. Other fears that arise in childhood but that are not a normal part of psychosocial development (for example agoraphobia) should be coded under the appropriate category.

**Excl.:**

- generalized anxiety disorder

#### **Social anxiety disorder of childhood**

In this disorder there is a wariness of strangers and social apprehension or anxiety when encountering new, strange, or socially threatening situations. This category should be used only where such fears arise during the early years, and are both unusual in degree and accompanied by problems in social functioning.

Avoidant disorder of childhood or adolescence

#### **Sibling rivalry disorder**

Some degree of emotional disturbance usually following the birth of an immediately younger sibling is shown by a majority of young children. A sibling rivalry disorder should be diagnosed only if the degree or persistence of the disturbance is both statistically unusual and associated with abnormalities of social interaction.

#### **Sibling jealousy**

- Identity disorder
- Overanxious disorder

Excl.:

- gender identity disorder of childhood

Childhood emotional disorder, unspecified

*ICD-10*

## **Emotionale Störungen**

Emotionale Störungen des Kindesalters

Diese stellen in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene. Die Entwicklungsbezogenheit ist das diagnostische Schlüsselmerkmal für die Unterscheidung der emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit von den neurotischen Störungen.

### **Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters**

Eine Störung mit Trennungsangst soll nur dann diagnostiziert werden, wenn die Furcht vor Trennung den Kern der Angst darstellt und wenn eine solche Angst erstmals während der frühen Kindheit auftrat. Sie unterscheidet sich von normaler Trennungsangst durch eine unübliche Ausprägung, eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus und durch deutliche Probleme in sozialen Funktionen.

### **Phobische Störung des Kindesalters**

Es handelt sich um Befürchtungen in der Kindheit, die eine deutliche Spezifität für die entsprechenden Entwicklungsphasen aufweisen und in einem gewissen Ausmaß bei der Mehrzahl der Kinder auftreten, hier aber in einer besonderen Ausprägung. Andere in der Kindheit auftretende Befürchtungen, die nicht normaler Bestandteil der psychosozialen Entwicklung sind, wie z.B. die Agoraphobie sind unter der entsprechenden Kategorie in Abschnitt F40-F48 zu klassifizieren.

### **Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters**

Bei dieser Störung besteht ein Misstrauen gegenüber Fremden und soziale Besorgnis oder Angst, in neuen, fremden oder sozial bedrohlichen Situationen. Diese Kategorie sollte nur verwendet werden, wenn solche Ängste in der frühen Kindheit auftreten und sie ungewöhnlich stark ausgeprägt sind und zu deutlichen Problemen in der sozialen Funktionsfähigkeit führen. Vermeidende Störung in der Kindheit und Jugend.

### **Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität**

Die Mehrzahl junger Kinder zeigtgewöhnlich ein gewisses Ausmaß emotionaler Störungen nach der Geburt eines unmittelbar nachfolgenden jüngeren Geschwisters. Eine emotionale Störung mit Geschwisterrivalität soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sowohl das Ausmaß als auch die Dauer der Störung übermäßig ausgeprägt sind und mit Störungen der sozialen Interaktionen einhergehen.

Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters

### **Identitätsstörung**

Störung mit Überängstlichkeit

Emotionale Störung des Kindesalters, nicht zähler bezeichnet

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit 2014. 08. 08.*

### **Los trastornos emocionales**

Los Trastornos del espectro emocional, tradicionalmente, siempre se han asociado más a población adulta que a población infanto-juvenil. Hoy en día asistimos a un aumento de estas patologías en población infantil. La importancia de detectarlas y tratarlas a tiempo es de vital importancia. Las emociones (positivas y negativas) y la forma en que el niño las procesa va a ser uno de los pilares de su personalidad en el futuro.

<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/index.php>  
2014. 11. 22.

### **CIE-10: Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia**

**Trastorno de ansiedad de separación de la infancia** (*bővebben a gyermekkori szeparációs szorongás szócikknél*)

#### **Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia**

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección F40-F48. No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar.

#### **Pautas para el diagnóstico**

Esta categoría debe ser sólo usada para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos y cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de F93 y:

- a. El comienzo ha tenido lugar en el período evolutivo adecuado.
- b. El grado de ansiedad es clínicamente anormal.
- c. La ansiedad no forma parte de un trastorno mas amplio.

Excluye: Trastorno de ansiedad generalizada.

Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia

La desconfianza ante extraños es un fenómeno normal en la segunda mitad del primer año de la vida y es normal durante la primera infancia, un cierto grado de aprehensión social o ansiedad, cuando los niños se encuentran en situaciones nuevas, extrañas o amenazantes.

Esta categoría deberá ser usada sólo para trastornos que se presentan antes de los seis años, que son de una intensidad poco frecuente, que se acompañan de dificultades sociales y que no forman parte de un trastorno de las emociones más amplio.

Pautas para el diagnóstico

Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desborda los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

Incluye: Trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia.

Trastorno de rivalidad entre hermanos

La mayoría de niños menores presentan alteraciones emocionales tras el nacimiento del hermano que les sigue. En la mayoría de los casos el trastorno es leve, pero la rivalidad o los celos surgidos tras el nacimiento del hermano menor pueden persistir marcadamente en algunos casos.

Pautas para el diagnóstico

- a) Presencia de rivalidad o celos fraternos.
- b) Comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato.
- c) Trastorno de las emociones en grado y persistencia anormales y acompañado de problemas psicosociales.

La rivalidad o celos entre hermanos puede manifestarse por una competitividad marcada con los hermanos para lograr la atención y el afecto de los padres. Por esto, para ser considerados como anormales deben acompañarse de un grado poco frecuente de sentimientos negativos. En casos graves, puede acompañarse de hostilidad y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves, puede manifestarse por un rechazo a compartir objetos, una falta de consideración y relaciones amistosas empobrecidas.

El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas con frecuencia se acompaña además de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control anal o vesical) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores, como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o un comportamiento opositor con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

Incluye: Celos entre hermanos.

Excluye: Rivalidades con compañeros (no hermanos).

Otros trastornos de las emociones de la infancia

Incluye: Trastorno de identidad.

Trastornos mentales y del comportamiento

Trastorno de ansiedad. Rivalidades entre compañeros (no hermanos).

Excluye: Trastorno de la identidad sexual en la infancia.

Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación

Incluye: Trastorno emocional de la infancia sin especificación.

[http://www.psicoinactiva.com/cie10/cie10\\_51.htm](http://www.psicoinactiva.com/cie10/cie10_51.htm)

2014. 11. 22.

## Fogyatékoság

---

A gyógypedagógia központi kategóriájának, fogalmának megközelítésében az utóbbi időben jelentős hangsúlyeltolódások történtek. Megvizsgálva a fogyatékosággal élő emberek populációjának egészét, illetve valamely fogyatékosági csoportot definiálni szándékozó néhány jellemzőbb hazai és külföldi meghatározás „legkisebb közös többszörösét” (Bach, 1985; Bánfalvy, 1995; Bleidick, 1984; Buday, 1997; Dupuis, 1992; Gordosné, 1993; Illyés, 1999; Jantzen, 1987–1990; Kobi, 1993; Lányiné, 1996; Lindmeier, 1993; Mesterházi 1998; Speck, 1996) azt látjuk, hogy a megközelítések általában tartalmazznak legalább három fontos dimenziót, legalább három különböző szintet, melyen megadni igyekeznek a zavartalan és a megváltozott fejlődés, az ép és a fogyatékos személyiség, a normalitás és az abnormalitás között fennálló különbséget. Egyfelől rögzítik, hogy a fogyatékoság esetében többnyire tartós, irreverzibilis biológiai-organikus tényezők, sérülések állnak a háttérben, melyek végérvényesen eltérítik az érintett személy fejlődésmenetét a normalitás természetes változékonyság szabta kereteitől. Másfelől leszögezik, hogy e károsodások következtében funkcionális szinten nem vagy kevésbé fejlődnek ki egyes területek, a pszichés működések szintjén bizonyos anomáliákkal, hiányokkal vagy defektusokkal kell számolnunk, az érintett egyén képességstruktúrája és személyiség szerkezete más lesz, mintha lett volna akkor, ha fejlődésmenetét nem változtatja meg a szóban forgó sérülés. Harmadfelől leírják, hogy a fenti két szinten regisztrálható eltérések miatt szociális szinten a fogyatékosággal élő emberek társadalmi beilleszkedésének esélyei csökkennek, szocializációs folyamataik megnehezítetté válnak.

*Zászkaliczky Péter (2004): A gyógypedagógia antropológiai kérdésfeltevésai. A fogyatékoság fogalmának dimenziói. In: Gordosné Szabó Anna: Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó, Budapest 41. p*



### **Disability**

Disability is the consequence of an impairment that may be physical, cognitive, mental, sensory, emotional, developmental, or some combination of these. The term „disability” broadly describes an impairment in a person’s ability to function, caused by changes in various subsystems of the body, or to mental health.

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F81.1>

2014. 08. 19.

### **Behinderung**

Eine allgemein gültige Definition von Behinderung gibt es nicht. Die meisten Behinderungsbegriffe unterscheiden nach Ursache, Art und Folgewirkung der Behinderung. Als Grundlage für die internationale Diskussion über eine einheitliche Behinderungsdefinition diente lange Zeit die im Jahr 1976 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte Internationale Klassifizierung von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen. Diese WHO-Klassifikation unterscheidet zwischen den drei Begriffen: „Impairment“ („Schädigung“) „Disability“ („Beeinträchtigung“) und „Handicap“ („Behinderung“) . In der deutschen Fachliteratur werden die Begriffe unterschiedlich, teilweise auch widersprüchlich übersetzt. Von Behindertenorganisationen wurde kritisiert, dass diese WHO-Definition aus einem herkömmlichen Verständnis von „Gesundheit und Krankheit“ entstanden ist.

*Beate Firlinger: Buch der Begriffe, Österreich*

2014. 08. 07.

**La discapacidad** es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

*Observatorio Estatal de la Discapacidad (2009): Tesoro de la Discapacidad. In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/VARIOS/Tesoro%20de%20la%20Discapacidad%20-%20Observatorio%20Estatal%20Discapacidda%20-%20libro.pdf>*

2014. 11. 20.

Se trata de toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que es considerado como normal, se identifica por: exceso o insuficiencia en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversible o irreversibles y progresivos o regresivos.

*Aguirre, Lucia Martinez (2012): Sistemas de educación especial. Mexico, ED TERCER MILENIO S.C.; 2015.02.12.*

### **Gerontológia – gerontagógia**

Gerontológia: az öregedéssel kapcsolatos ismereteket foglalja össze. Geron: öreg, logosz = tudomány. A humán gerontológia az ember öregedésével foglalkozik.

*Kovácsné Mercs Mónika: Gerontológia, Nemzeti Szakképzési és Felnőttképzési Intézet*

Gerontagógia: „az időskorúak képzésének, művelődésének elmélete és gyakorlata.” A gerontagógia feladata felkészíteni az embert az öregedéssel együtt járó változásokra. Elősegíti az aktív, harmonikus öregkor feltételeit tanulással, művelődéssel. Kutatja az időskori nevelés, önnevelés, művelődési aktivitás sajátos gerontológiai, gerontopszichológiai funkcióit, a kognitív teljesítőképesség (figyelem, emlékezet, gondolkodás stb.) alakulásának tendenciáit, az aktivitásra készítő motívumok, ezen belül az érdeklődés változásait, és az életkori sajátosságoknak megfelelő aktivitási formákat, módszereket.

*Harangi László – Csoma Gyula (2002): Felnőttoktatási és -képzési lexikon. Szaktudás Kiadó Ház. Budapest,*

### **Gerontology**

Gerontology is the study of aging and older adults. The science of gerontology has evolved as longevity has improved. Researchers in this field are diverse and are trained in areas such as physiology, social science, psychology, public health, and policy. A more complete definition of gerontology includes all of the following:

- Scientific studies of processes associated with the bodily changes from middle age through later life
- Multidisciplinary investigation of societal changes resulting from an aging population and ranging from the humanities (e.g., history, philosophy, literature) to economics; and
- Applications of this knowledge to policies and programs.

Gerontology is multidisciplinary and is concerned with physical, mental, and social aspects and implications of aging. Geriatrics is a medical specialty focused on care and treatment of older persons.

Although gerontology and geriatrics have differing emphases, they both have the goal of understanding aging so that people can maximize their functioning and achieve a high quality of life.

<https://www.publichealth.uga.edu/geron/what-is>

2015. 02. 21.

### **Gerontologie-Alternsforschung:**

„Gerontologie beschäftigt sich mit der Beschreibung, Erklärung und Modifikation von körperlichen, psychischen, sozialen, historischen und kulturellen Aspekten der Alterns und des Alters, einschließlich der Analyse von alternsrelevanten und alterns-konstituierenden Umwelten und sozialen Institutionen.“

*Baltes, Paul B. & Margret M. Baltes: Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, Paul B. & Jürgen Mittelstrass (Hrsg.) (1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, New York: de Gruyter 2014. 09.02.*

**La gerontología:** del griego Gerento = anciano. y logos = tratado; es el estudio de la vejez.

Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas. artísticas, etcétera. sobre el envejecimiento. Es muy vasta. y la Geriátría constituye la parte eminentemente biológica, médica, de la Gerontología.

*Miguel J. A. – Ortiz H. D. (2006): Gerontología, Geriátría y Medicina Interna. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05\\_Gerontologia.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/05_Gerontologia.pdf) 2014. 11. 22.*

---

### **Gyermekvédelem**

A gyermek- és ifjúságvédelem azt a tevékenységrendszert, jogszabályrendszert és intézményrendszert jelenti, amelynek célja a gyermekek családban történő nevelkedésének elősegítése, veszélyeztetettségük megelőzése és megszüntetése, valamint azoknak a gyermekeknek a helyettesítő védelme és a nevelésükről-gondozásukról történő gondoskodás, akik hatósági intézkedés következtében kikerülnek vér szerinti családjukból.

A gyermekek védelmének általános szabályait, rendszerét a „Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény” - közkeletű elnevezéssel a gyermekvédelmi törvény határozza meg.

Az ENSZ Gyermekjogi Egyezményével összhangban a gyermekvédelmi törvény a gyermek érdekeit és jogait helyezi előtérbe, elsőbbséget adva a családban történő nevelkedésnek. Ennek érdekében a különböző támogatások széles körét biztosítja a család és a gyermek számára és csak utolsó eszközként teszi lehetővé a családból való kiemelését, azonban ebben az esetben is kiemelt feladatként határozza meg a családba történő visszagondozást. [http://budapest.hu/Documents/gyermekvedelem/gyermekvedelem\\_rendszere.docx](http://budapest.hu/Documents/gyermekvedelem/gyermekvedelem_rendszere.docx). 2014. 08. 07.

### **Child Protection**

UNICEF uses the term ‘child protection’ to refer to preventing and responding to violence, exploitation and abuse against children – including commercial sexual exploitation, trafficking, child labour and harmful traditional practices, such as female genital mutilation/cutting and child marriage.

*[http://www.unicef.org/chinese/protection/files/What\\_is\\_Child\\_Protection.pdf](http://www.unicef.org/chinese/protection/files/What_is_Child_Protection.pdf)  
2014. 08. 08.*

### **Kinderschutz**

**Kinderschutz** ist ein Zusammenschluss von rechtlichen Regelungen, staatlichen als auch privaten Maßnahmen sowie Institutionen, die dem Schutz von Kindern vor Beeinträchtigungen wie altersunangemessener Behandlung, Übergriffen und Ausbeutung, Verwahrlosung, Krankheit und Armut dienen sollen. Anstrengungen für den Kinderschutz datieren bis ins 19. Jh. zurück. Historisch gesehen führte der Kinderschutz zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen, da er einerseits Ausdruck zeitgenössischer Zwangspädagogik war, andererseits damit die Fürsorge für das Kind zur gesellschaftlichen Frage erhoben wurde.

Im Zuge der Reformpädagogik entstand in den 1960er Jahren eine Diskussion um den Kinderschutz, die zusammen mit dem Gedanken der Kinderrechte dazu führte, dass unter modernem Kinderschutz vor allem der „Neue Kinderschutz“ der Arbeitsgruppe Kinderschutz, bzw. aus den USA kommend der Studien von Helfer, Kempe und Kempe zu verstehen ist.

Auf UN-Ebene wurde 1989 die sog. Kinderrechtskonvention verabschiedet. Deutschland ratifizierte diese Konvention nur unter dem Vorbehalt des Fortbestehens bestehender Einschränkungen der Kinderrechte durch das Familien- und Ausländerrecht.

*<http://www.juraforum.de/lexikon/kinderschutz>  
2014. 08. 03.*

**La protección de la infancia:** se refiere a las labores de prevención y respuesta a la violencia, la explotación y el abuso contra niños y niñas, como por ejemplo la explotación sexual, la trata, el trabajo infantil y prácticas tradicionales perniciosas como la mutilación/excisión genital de la mujer y el matrimonio adolescente.

*Unicef, In: [http://www.unicef.org/spanish/protection/files/What\\_is\\_child\\_protection\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/protection/files/What_is_child_protection_sp.pdf) 2014. 07. 28.*

El objetivo de **la protección de la Infancia** es promover, proteger y cumplir el derecho del niño a la protección frente al maltrato, la desatención, la explotación y la violencia. Tal y como lo expresa la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas y en otros derechos humanos, tratados y convenciones humanitarias y sobre refugiados, así como en las distintas legislaciones nacionales.

El trabajo de protección a la Infancia pretende prevenir, responder y acabar con el maltrato, la desatención, la explotación y la violencia experimentada por niños y niñas sin importar las circunstancias. Se trata de un sector muy especializado pero que, por propia necesidad, trabaja en estrecha cooperación con otros sectores. Requiere un enfoque multidisciplinar y multisectorial (uniendo, por ejemplo, los trabajos en los ámbitos educativos, sanitarios y de justicia penal). Aumentar la protección efectiva de los niños supone trabajar con una gran cantidad de organismos formales e informales, incluyendo a gobiernos, agencias multilaterales, donantes, comunidades, cuidadores y familias. Y lo que es más importante, también requiere un importante trabajo con los niños y niñas, incluyendo iniciativas que fortalezcan su capacidad de autoprotección. El trabajo de la protección de la Infancia pretende fortalecer la capacidad de todos estos actores para proteger a los niños y desarrollar sistemas y mecanismos que proporcionen una protección significativa a todos los niños y niñas en el largo plazo. Pretende abordar las causas principales de los fallos en la protección infantil como la pobreza crónica, la inseguridad, los desequilibrios de poder y actitudes y comportamientos tradicionales que resultan dañinos.

El Estado es el mayor responsable del cumplimiento de los derechos del niño a la protección y debería establecer un sistema de protección a la infancia nacional basado en la comunidad con un enfoque coordinado y holístico, integrando las contribuciones de los distintos sectores y actores. Dicho sistema debería basarse en una combinación de legislación y conocimiento (en línea con los instrumentos de derechos humanos) e incluir personal bien formado, la participación de los niños y la concienciación sobre la naturaleza y la respuesta a las preocupaciones sobre la protección de los niños y niñas. Es esencial que el Estado se haga responsable de dicho sistema para conseguir su eficacia y sostenibilidad. En situaciones de conflicto o desastre en las que el Estado se ve incapacitado o no está dispuesto a asegurar la protección de los niños, organismos internacionales deben asumir esa responsabilidad para asegurar el cumplimiento de los derechos del niño y la niña a la protección.

La protección de la infancia es un importante componente de otras actividades de protección más amplias que pretenden asegurar el cuidado y la protección de grupos más vulnerables de la población como la tercera edad, discapacitados, enfermos crónicos y niños. Esto incluye las situaciones de emergencia donde los profesionales de la protección trabajan con otros para proporcionar un componente de especialización a la protección humanitaria en poblaciones de desplazados y refugiados.

La protección de la Infancia no debe confundirse con la protección de todos los derechos del niño, que es responsabilidad de todos los que trabajan con este colectivo. *Protección de la Infancia en Emergencias (2007). In: <http://www.savethechildren.mx/wp-content/uploads/2012/09/proteccion-infancia-emergencias.pdf>*  
2014. 07. 28.

## Gyógypedagógia

Gyógypedagógia, különpedagógia, speciálpedagógia, speciális pedagógia: pedagógiai dominanciájú önálló, komplex tudomány, amelynek területei, ágai közül elsőként a fogyatékos személyek nevelésének gyakorlata, majd elmélete indult fejlődésnek. Ennek intézményes kezdetei a felvilágosodás idejére nyúlnak. J. H. Pestalozzi a XVIII-XIX. században Európa-szerte alapított otthonokat siketnéma, vak, intellektuális fogyatékosokkal élő gyermekeknek: ezzel kezdetét vette külön nevelésük. 1861-től használatos a gyógypedagógia (Heilpädagogik) név (Georgens és Deinhardt). H. Hanselmann a *Grundlagen und Grundsätze der Heilpädagogik (A gyógypedagógiai alapjai és elvei)* című művében 1925-ben egyértelműen elkülönítette a gyógypedagógiát a meicinától és kiemelte a pedagógiai jellegét. A hazai gyógypedagógia tudományos megalapozói a XX. század elején (Ranschburg Pál, Vértes O. József, Éltes Mátyás, Szondi Lipót, Tóth Zoltán) a multidiszciplinaritás jegyében végezték elmealkotó, empirikus kutatói munkájukat. Ezzel egy időben gyógypedagógiai intézmények létesültek (az 1921. évi iskoláztatási tv. a fogyatékos gyermekekre is kiterjesztette a tankötelezettséget). Megkezdődött a fogyatékoságok definiálása, gyógypedagógusok képzése, illetve a speciális módszerek, vizsgáló eljárások kidolgozása. A II. világháború idején megszakadtak a korábbi nemzetközi szakmai kapcsolatok. Az 1950-es években átható befolyást kezdett gyakorolni az orosz- szovjet defektológia és az annak biológiai alapját képező pavlovi nervizmus. Ugyanekkor az egyik látványos eredmény az intézményhálózatok kiépítése volt. Bárczi Gusztáv, Illyés Gyuláné Kozmutza Flóra és munkatársaik a 60-as, a 70-es években átfogó vitákat folytattak. A gyógypedagógia elméletének és gyakorlatának aktuális témái napjainkban: a fogyatékoságok individuális kialakulási, változási folyamatainak és a terápiás hatásoknak a vizsgálata a korai fejlesztéstől az öregkorig; a prevenció különböző formáinak és szintjeinek kidolgozása és alkalmazása; a káros ökológiai, környezeti hatások és a gyermeki fejlődés összefüggésének feltárása; a modern technológiák, az elektronikai eszközök alkalmazásának bővítése a fogyatékos személyek élethelyzetének megsegítésére; előítéletek csökkentése.

*Dr. Könczei György (2009): Fogyatékoságtudományi fogalomtár, ELTE-BGGYK, Budapest*

### Special education or special needs education

Special Education programs are designed for those students who are mentally, physically, socially and/or emotionally delayed. This aspect of “delay,” broadly categorized as a developmental delay, signify an aspect of the child’s overall development (physical, cognitive, scholastic skills) which place them behind their peers. Due to these special requirements, students’ needs cannot be met within the traditional classroom environment. Special Education programs and services adapt content, teaching

methodology and delivery instruction to meet the appropriate needs of each child. These services are of no cost to the family and are available to children until they reach 21 years of age. (States have services set in place for adults who are in need of specialized services after age 21.)

The Individuals with Disabilities Act (IDEA) defines Special Education as “specially designed instruction, at no cost to the parents, to meet the unique needs of a child with a disability,” but still, what exactly is Special Education? Often met with an ambiguous definition, the umbrella term of Special Education broadly identifies the academic, physical, cognitive and social-emotional instruction offered to children who are faced with one or more disabilities.

<http://teach.com/what-is-special-education>

2015. 07. 07.

### **Heilpädagogik**

„Heilpädagogik wird definiert als Theorie und Praxis der Erziehung und Förderung all jener, deren Personalisation und Sozialisation unter erschwerten Bedingungen erfolgt. Häufig wird auch von Beeinträchtigungen im körperlichen, psychischen, sozialen und geistigen Bereich gesprochen, die leichter, schwerer oder vorübergehender Art sind, und die die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen erschweren können.“ Zielgruppen sind Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die im körperlichen, geistigen, psychischen und sensorischen Bereich beeinträchtigt und für die spezielle pädagogisch-therapeutische Angebote erforderlich sind. Zur Durchführung der Tätigkeit werden Kenntnisse aus den Bereichen Pädagogik, Medizin, Soziologie, Psychologie, Sozialmedizin, Heilpädagogik (Methodik und Didaktik) und Anthropologie benötigt.

<http://www.dbsh.de/sozialpolitik/handlungsfelder/heilpaedagogik.html>

2015.02.21.

**La educación especial** es una modalidad de la Educación Básica con servicios educativos escolarizados y de apoyo. Ofrece atención educativa en los niveles de Inicial, Preescolar, Primaria, Secundaria, además de Formación para la Vida y el Trabajo, a los niños, niñas, jóvenes y adultos que enfrentan barreras para el aprendizaje y la participación, por presentar una condición de discapacidad, capacidades y aptitudes sobresalientes o dificultades en el desarrollo de competencias de los campos de formación del currículo.

Impulsa el desarrollo integral de los estudiantes y prioriza la minimización o eliminación de las barreras para el aprendizaje y la participación presentes en los contextos escolar, áulico y socio-familiar. Parte sustancial de su ser y quehacer es contribuir en la construcción de políticas, culturas y prácticas inclusivas que eliminen la intolerancia, la segregación o exclusión de las escuelas.

La educación especial incluye la asesoría, orientación y acompañamiento a docentes y directivos de educación básica así como la orientación a las familias.

*Educación Especial*. In: Secretaría de Educación Pública.

[http://www2.sep.pdf.gob.mx/que\\_hacemos/especial.jsp](http://www2.sep.pdf.gob.mx/que_hacemos/especial.jsp)

2014. 11. 21.

## Gyógypedagógiai pszichodiagnosztika

A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika tartalma:

- a fogyatékosok etiológiai hátterének tisztázása,
- az állapotváltozás nyomon követése,
- a képességelőnyök, képességhátrányok megállapítása,
- mindezek viszonylatában a kialakult készségek színvonalának felmérése,
- valamint a további segítségnyújtás lehetőségeinek, mikéntjének meghatározása a vizsgált személy személyiségdinamikája és struktúrája (önattitűd, megküzdési stratégiák, frusztráció tolerancia stb.), szocioökonómikus háttére figyelembevételével.

Komplexitása a multidiszciplináris megközelítésben áll, azaz gyógypedagógus, orvos, pszichológus, szükség esetén más szakember összehangolt tevékenységén alapul. *Mohai Katalin (2009): A diagnosztika szerepe a sikeres fejlesztésben. In: Gyógypedagógiai Szemle 2009/5.*

Nem csak a sérült képességeket kell vizsgálni, diagnosztizálni, hanem azt az embert, aki ezeknek hordozója, és aki a maga egészségességében éli meg saját képességdeficitjeinek hatását egész személyiségére.

*Lányiné Engelmayer Á. – Takács K. (2004): „Nem csak a sérült képességeket kell vizsgálni, hanem azt az embert, aki ezeknek a hordozója...” A fogyatékosok jelensége a pszichológiában. In.: Zászkaliczky P., Verdes T. szerk.: A tágabb értelemben vett gyógypedagógia. ELTE BGYPFK, Budapest*

A gyógypedagógiai pszichológia területe, a fogyatékosok megismerésének mód-szereivel, eljárásaival foglalkozik. A gyógypedagógiai pszichológiai vizsgálat komplex, sokrétű feladat: a fogyatékosok személyisége igen bonyolult, a fogyatékosok jellege, súlyossága, megjelenési formája, megnyilvánulási ideje, oka, az addigi fejlődés menete, a környezet viselkedése következtében.

A vizsgáló módszerek egy része alapján megegyezik az általános pszichodiagnosztikai eljárásokkal. A fogyatékosok teljesítményeit az épekéhez mérik, másfelől egymás eredményeihez is. A vizsgáló metódusok egy másik része már teljesen a fogyatékosok formája szerint specifikus.

*Pálhegyi Ferenc szerk. (1987): A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest*



### **Special education psychodiagnostics**

Because no comprehensive standards currently exist for training of clinical psychologists who provide direct clinical services to children, the relative emphasis devoted to the specialized diagnostic assessment of children apparently varies widely across both graduate programmes and clinical internship settings. While traditionally assessment, intervention, and professional consultation have been regarded as solid components in the training of clinical child psychologist, there has perhaps been more diversity of opinion regarding the relative importance of assessment in recent years. Several issues relate to diversity of opinion. (1) While some would acknowledge the potential usefulness of normal assessment, they would argue that this is not a priority in doctoral level training, but a service more appropriately performed by Masters' level psychological assistants or technicians. (2) Others view psychological assessment as a distinct subspecialty (e.g., cognitive neuropsychology, developmental assessment) and advocate that referral be made to those specializing in the area of assessment. (3) Some programs reflect a more general trend toward the deemphasis of assessment among clinical psychologist, generally.

Over the past 15 years, several accounts have reported a decline in the once traditional psychodiagnostic and psychometric models of assessment, both in professional practice as well as in university training programs (Cleveland, 1976; Korchin and Schulberg, 1981). Such a shift in emphasis has been attributed to several factors, among them: (1) the increased emphasis on applied behavioral analysis and cognitive behavioral techniques which rely more on objectively observable behavioral assessment; (2) a rigorous scientific model which

has led to disappointing research results when the technical qualities of some assessment measures have been poor for administration, scoring, interpretation, and reporting of test results, which may not be cost effective in an economy characterized by rising professional fees (Korchin and Schulberg, 1981; Lewandowsky and Saccuzzo, 1976).

In contrast to the reported decline in more traditional assessment, however, a trend in the direction of specific skills assessment, neuropsychological assessment, and behavioral and environmental assessment appears to be emerging (Glaser, 1981). Some reports have described a shift toward „narrow band instruments” such as objective personality measures of anxiety, depression, ego strength, self concept, skills deficits, and specific symptoms. With regard to children, strong arguments have been made for broadening the procedures for assessment and classification of children to include evaluation of such areas as motivation, problem-solving strategies, social competence, creativity, family and environmental impact on child behavior, and for making assessment directly relevant to the development and implementation of intervention strategies (Reschley, 1981; Scarr, 1981).

[https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=DBQiDaavXqoC&oi=fnd&pg=PA82&dq=psychodiagnostic+with+handicapped+children&ots=7GgsZ-5H8\\_9&sig=NBVPPRagAloQgsKvsu9rZXa-u68&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=DBQiDaavXqoC&oi=fnd&pg=PA82&dq=psychodiagnostic+with+handicapped+children&ots=7GgsZ-5H8_9&sig=NBVPPRagAloQgsKvsu9rZXa-u68&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)  
2015. 07. 07.

### **Heilpädagogische Psychodiagnostik**

Der Begriff der Diagnostik bzw. der Psychodiagnostik bezeichnet in der Heil/Sonderpädagogik eine Disziplin, die auf dem Hintergrund von Persönlichkeitsmodellen inter- und intraindividuelle Unterschiede beschreibt und dieses Wissen für Entwicklungsprognosen und Schullaufbahnentscheidungen nutzt. Inzwischen entwickelt sich die heil-/sonderpädagogische Diagnostik zu einer Pädagogischen Diagnostik, mit deren Hilfe unter erschwerten Bedingungen die institutionellen und ausserinstitutionellen Prozesse der Erziehung und Bildung nach Massgabe entwicklungspsychologischer und erziehungswissenschaftlicher Konzepte gestaltet und begleitet werden. *Schuck, K. D. (2001). Psychodiagnostik und Begutachtung. In: Antor, G.; Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis: Stuttgart: Kohlhammer 2014. 08. 08.*

**El psicodiagnóstico** es una rama de la Psicología, de gran valor para los diversos fines de la evaluación psicológica, clínica, laboral, educacional y social.

El psicodiagnóstico es un proceso que tiene diversos objetivos y etapas. Sus objetivos fundamentales son: lograr un acercamiento al sujeto de investigación, tener una visión más dinámica del examinado, comprendiendo e integrando los elementos parciales de éste, y describir al examinado en algún aspecto específico (ejemplo: capacidad intelectual, personalidad, habilidades, etc.), o en su totalidad de acuerdo a un propósito inicial.

El proceso psicodiagnóstico consta de varias etapas:

**Contacto inicial.** Puede ocurrir incluso antes de que el paciente acuda a la consulta. Indica quién pide la consulta y a quién tiene que responder el psicodiagnóstico.

**Entrevista inicial.** Permite obtener el motivo de consulta (manifiesto y latente), el rapport (relación entre entrevistador y entrevistado) y realizar la planificación de la evaluación, es decir, seleccionar las pruebas que se van a aplicar al examinado y en qué orden. Esto último es importante ya que hay distintas evaluaciones, cuya elección se corresponde con el área a evaluar. La confección de un conjunto de pruebas a aplicar a un sujeto determinado, debe realizarse de acuerdo a lo que se necesita saber de él, lo que va a estar estrechamente ligado a su motivo de consulta.

También influye en esto la edad del examinado y el tiempo del que se dispone para desarrollar el proceso de psicodiagnóstico. La etapa que sigue es la aplicación de la evaluación y la administración de test y otras técnicas y pruebas diagnósticas.

**Cierre del proceso y devolución de la información:** se realiza a través de una breve entrevista con el examinado. Es una fase clave y muy necesaria. Lo mínimo que puede darse al examinado, que ha vivido un proceso de auto-exposición en el que ha depositado ansiedades y temores, es una respuesta. Consiste en una explicación estratégica de lo que se encontró en el proceso de evaluación, limitándose a mencionar

aquellos aspectos que son de utilidad para el proceso terapéutico. En psicodiagnóstico infantil, siempre se debe incluir al niño en la devolución, lo que obliga al psicólogo a adaptar su lenguaje para poder ser comprendido por este.

Análisis de los resultados y confección y entrega del Informe Psicológico: dirigido al solicitante del proceso de psicodiagnóstico. Sólo es posible hablar de estas etapas cuando ya el psicodiagnóstico ha establecido sus fines, categorías y principios; sin embargo, para ello ha tenido que recorrer un largo camino.

Cabrera Macías, Yolanda - López González, Ernesto José (2007): *Psicodiagnóstico, una mirada su historia. In: Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur*

---

## Gyógypedagógiai szociológia

A gyógypedagógiai szociológia egyfelől a gyógypedagógiai élet szociológiai elemzése, másfelől a gyógypedagógiai tevékenység tartalmának, formájának és mindezek társadalmi oda-vissza hatásának az elemzése, azaz a gyógypedagógia, mint történetileg meghatározott társadalmi alrendszer komponense.

*Bánfalvy Csaba (2003): Gyógypedagógiai szociológia, ELTE- BGGYK, Budapest*

### **Special education sociology**

The sociology of education has been a boom industry within academic sociology for the past few decades. New theoretical frameworks have been put forward and old frameworks have been refurbished and put to good use. New styles of empirical investigation have emerged and empirical studies have been done that really do deserve the overworked adjective “landmark”. New specialist journals have appeared, new books have come out, and, one expects, an exciting time has been had by all.

Well away from all the noise and clatter of the sociology of education, an important change was taking place within education itself, one that almost all the noisemakers have ignored. This change was the explosion, another overworked word that really does apply, in special education – the provision of separate curricula or pedagogies for educationally anomalous children, usually outside of the normal classroom.

James G. Carrier (1986): *Sociology and Special Education: Differentiation and Allocation in Mass Education. American Journal of Education Vol. 94, No. 3 (05. 1986) 281-312. pp.*

[http://www.jstor.org/stable/1085153?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/1085153?seq=1#page_scan_tab_contents)  
2015. 07. 07.

### **Soziologie in der Heilpädagogik**

In dem von Hans Joas herausgegebenen Lehrbuch der Soziologie wird die Wissenschaft von der Gesellschaft so definiert: Die Soziologie untersucht die Arten und Weisen, wie das menschliche Leben sozial organisiert wird. Sie bedient sich dabei empirischer Forschungsmethoden und Theorien, um das soziale Leben in einem breiten Spektrum von Situationen zu untersuchen. Sie möchte intime Beziehungen wie Elternschaft oder Freundschaft, umfassende globale Netzwerke und alles, was dazwischen liegt, verstehen. Sie interessiert sich für die vielfältigen Beziehungen zwischen den Menschen. Innerhalb der Fachsystematik der Soziologie ist die Soziologie in der Heilpädagogik (entspricht dem Fach Soziologie der Behinderten nach der Lehramtsprüfungs- bzw. Diplomprüfungsordnung eine sogenannte spezielle Soziologie. Ihr Gegenstand ist Behinderung bzw. die Lebenssituation behinderter Menschen.

Dieser gesellschaftliche Teilbereich wird mit den Theorien und Methoden der Allgemeinen Soziologie untersucht. Dabei geht es einerseits um die Wirkung der Gesellschaft oder von gesellschaftlichen Teilbereichen auf die Lebensbedingungen behinderter Menschen, andererseits wird auch untersucht, welche Wirkung die soziale Kategorie Behinderung auf die Gesellschaft hat. Entsprechend beschreibt Günther Cloerkes die Fachdisziplin so:

„Soziologie der Behinderten ist die Wissenschaft vom Zusammenleben der Menschen. Ihr spezieller Forschungsgegenstand ist die soziale Wirklichkeit von Menschen mit Behinderungen.“

*Joas, Hans (2001): Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt am Main  
2014. 08. 08.*

### **La sociología en la educación especial**

La sociología es, dicho de manera muy simple, el estudio sistemático del comportamiento social y de los grupos humanos. Se centra en las relaciones sociales, cómo esas relaciones influyen en el comportamiento de las personas y cómo las sociedades, la suma total de esas relaciones, evolucionan y cambian.

El concepto de la sociología.

*In: <http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448146409.pdf>  
2014. 11. 23.*

En España son muy pocos los trabajos que desde de la Sociología se han hecho sobre el tema y los que existen son en su mayoría informes sociales sobre la extensión y distribución de las minusvalías, lo que venimos más adelante nos sitúa más dentro de la Sociología para la educación especial que acerca de la educación especial.

Siguiendo a Bogdan (1990) entre los sociólogos que se han ocupado de la educación especial podemos hacer dos grupos:

1. los que practican la sociología para la educación especial

2. los que consideran este campo de forma crítica elaborando lo que se conoce como sociología acerca de la educación especial

Los primeros entrarían dentro de una tradición sociológica representada sobre todo por el enfoque estructural-funcionalista y cuya preocupación esencial es el orden y el equilibrio social (Parsons, 1952). Para estos autores el objetivo primordial es conseguir ajustar, acomodar a los discapacitados en el resto de la sociedad. Los deficientes son tratados como un tipo de desviados, como personas que no se acomodan a es que el resto de la sociedad define como normal. Para ellos, la mejora del diagnóstico, de la intervención terapéutica y de la tecnología son los medios para conseguir sus propósitos de integración. Por tanto, lo fundamental es conocer la extensión y distribución de la deficiencia para calcular los recursos hacer previsiones y proponer planes de „ajuste”.

No es extraño pues, que sus prácticas principales sean la elaboración de informes que den cuenta de la magnitud y de los tipos de necesidades especiales de propuestas para mejorar la organización, dirección y prevención de los centros dedicados a la educación especial.

Una postura bastante diferente es la de aquellos que pertenecen al segundo grupo de los citados y que se ocupan de observar de manera crítica el desarrollo, la organización y el cambio de la propia educación especial, cuestionando la bases mismas sobre la que se asienta.

Las perspectivas teóricas que animan a estos autores son las del conflicto y los enfoques interpretativos y fenomenológicos.

*Blanco Garcia, Ana Isabel: Educación Especial y Sociología. In: Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, n. 13., Enerol Abril, 1992;*

## **Gyógypedagógiai terápiák**

---

Gyógyító célzatú. Terápiás eljárásokra vagy kezelésekre vonatkozik, valamely rendellenességet, illetve betegséget enyhít vagy gyógyít.

Pl.: TSMT-terápia, Katona-módszer, Dévény-módszer, Sindelar-féle kognitív terápia, Ayres terápia, Frostig-terápia, dadogásterápia, zeneterápia, képzőművészeti pedagógiai terápia.

*Schmehl Júlia: A habilitációs-rehabilitációs terápiák elvei, céljai és eljárásai [http://www.kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/3\\_1284\\_022\\_110131.pdf](http://www.kepzesevolucioja.hu/dmdocuments/4ap/3_1284_022_110131.pdf).*

*2015. 02. 21.*

### **Therapies in special education**

Occupational Therapy: Occupational Therapy is one of the most common forms of therapy that is sought out for a child with a disability. “The purpose of occupation

therapy is to maximize a child's functional potential in all environments (home, school, and community). This enables the child to participate fully in all roles and functions that are meaningful and important to her and her family" (Majnemer, 1999). This form of therapy is significant because it helps the child with the everyday tasks of life such as, brushing their teeth on their own, putting things in order, and writing in order to do better academically. Also, "Treatment is child-centered: goals focus on activities that are most important to his stage of development. Activities used are meaningful and engaging to him" (Majnemer, 1999).

Occupational therapy involves, "activities to reduce or minimize difficulties [and] deficits, to prevent disabilities in functional skills, to maximize independence, and to maintain health and a sense of well-being" (Majnemer, 1999). It is necessary because it covers such a broad range of issues that may need to be addressed in a child's life. "Occupational therapy aims to enable clients to engage in self-directed daily occupations in the areas of self-care/self-maintenance, productivity (school, work), and play or leisure" (Rodger & Ziviani, 1999). It can allow a child to successfully perform the little details in life that others do not have to think about, thus helping them to more easily adapt in society. "A major goal of occupational therapy is to enhance a person's ability to interact competently or effectively in his/her environment" (Rodger & Ziviani, 1999). It appears that occupational therapy can contribute to a disabled child acquiring proficiency in needed life skills.

Behavior Therapy: involves minimizing anxiety, learning alternative ideas and learning that feelings and moods alter behavior. It helps the child to identify their inner thoughts and replace bad thoughts with positive productive thoughts. Applied behavior analysis analyzes behavior and teaches the child different ways to respond to situations in a positive way. It also rewards positive behavior and punishes negative behavior.

Cognitive Therapy: cognitive therapy is a scientifically proven method of treatment that works for younger patients as effectively as it does for adults in the treatment of the anxiety disorders as well as such disorders as conduct disorder, depression, and physical complaints that are not caused by an actual physical condition. Cognitive therapy is actually most often used in conjunction with behavioral therapy when used with children and most often is aimed at trying to break the circle of emotion – thought – behavior that is thought to cause most of the symptomology that the therapy is intended to ameliorate. The idea is that a person feels an emotion which leads to a thought that is uncomfortable which in turn leads to a behavior that makes the feeling better, but the feeling is then affected by the behavior so that it leads to another uncomfortable thought which leads to another and possibly even more inappropriate behavior which leads to another feeling and so on. Cognitive therapy is an attempt to change the thought into a more realistic and helpful one thus breaking the circle.

*<http://www.kon.org/urc/v6/truelove.html>*

<http://www.kidsmentalhealth.org/cognitive-therapy-for-children-with-behavioral-and-emotional-disorders/>

<http://www.kidsmentalhealth.org/behavioral-therapy-for-children-with-emotional-disorders/>

2014. 09. 16.

### **Heilpädagogische Therapien**

Der Schwerpunkt der Heilpädagogik liegt auf der Behandlung von oftmals aus Entwicklungsverzögerungen und Teilleistungsschwächen resultierenden sozial-emotionalen Problemen, z.B. Schulverweigerung, Schulunlust, psychosomatische Symptome, mangelndes Selbstbewusstsein etc.

Es kommen Spiel-, Förder- und Therapieprogramme, sowie computergestützte Lern- und Übungsprogramme zum Einsatz. Ergänzend dazu können die Kinder beim heilpädagogischen Werken und Gestalten ihre eigene Kreativität über verschiedene Materialien wie Farben, Ton, Holz und Stein kennenlernen und erweitern.

Die individuell angepassten Anforderungen vermitteln den Kindern Erfolgserlebnisse und führen zu einer Verbesserung von Motivation und Ausdauer, zu einer Steigerung der Lernfreude und zu einem Zuwachs an Selbstbewusstsein.

Die damit verbundene emotionale Stärkung führt zu einer Verbesserung der Teilleistungen in den Entwicklungsbereichen Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Motorik, Sprache, Gedächtnis und Handlungsplanung.

Der gestaltungstherapeutische Ansatz im Rahmen der heilpädagogischen Einzelbehandlung verfolgt das Ziel, die Kinder über diverse Materialangebote wie Farben, Ton, Holz und Stein ihre kreativen Fähigkeiten erkennen zu lassen, um Erfolgserlebnisse und ein verbessertes Selbstwertgefühl entwickeln zu können.

[http://www.asklepios.com/sanktaugustin\\_kjp\\_heilpaed.Asklepios](http://www.asklepios.com/sanktaugustin_kjp_heilpaed.Asklepios)

2015. 02. 21.

### **Equinoterapia**

Terapia en la que el elemento central es el caballo independientemente de la técnica que se utilice. Ésta requiere la participación de un equipo pluridisciplinar, configurado en función de la patología a tratar. Los ámbitos en los que repercute el caballo son: motórico, sensorial y social. Las modalidades que podemos encontrarnos son:

Hipoterapia: terapia con el caballo para el tratamiento con personas con discapacidades físicas.

Equitación Terapéutica: para mejorar la adaptación y los problemas de aprendizaje mediante el contacto con el caballo.

Equitación Adaptada: para personas con minusvalía que necesitan adaptaciones para practicar la equitación de una manera lúdica o deportiva.

Volteo terapéutico: consiste en hacer ejercicios de gimnasia sobre el dorso del caballo.

Disciplina ecuestre que consiste en hacer ejercicios de gimnasia sobre el dorso del caballo, se monta solo con una manta y un cinchuelo con asas diseñado para ello.

Equinoterapia Social: terapia para mejorar las relaciones afectivas y ayudar a personas con problemas de adaptación social y superación de conflictos.

#### Caninoterapia

La caninoterapia es la terapia basada en el uso del perro como “terapeuta”. Se utiliza en casos de depresión, problemas de adicción, etc.

Pueden ser útiles las caricias, la alegría y la felicidad que provoca un perro para alumnos con retraso mental, trastornos del desarrollo, parálisis cerebral, hiperactividad, el síndrome Alzheimer y el de Down. Además de que favorecen el aprendizaje, los hábitos de estudio y trabajo, la autoestima y el trabajo en equipo.

Muley, Aurora Mingorance (2009): “Terapias Alternativas Para Alumnos Con Necesidades Específicas De Apoyo Educativo En El Aula De Primaria”. In: Innovación y Experiencias. Revista Digital.

[http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_25/AURO-RA\\_MINGORANCE\\_2.pdf](http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_25/AURO-RA_MINGORANCE_2.pdf)

2014. 11. 02.

#### **La terapia cognitivo-conductual**

La terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en inglés) ayuda a mejorar el estado de ánimo, la ansiedad y el comportamiento del niño mediante el examen de los patrones confusos o distorsionados de pensar. Terapeutas CBT enseñan a los niños que los pensamientos causan sentimientos y estados de ánimo que pueden influir el comportamiento. Durante CBT, el niño aprende a identificar patrones de pensamientos dañosos. Luego, el terapeuta ayuda al niño a reemplazar este pensamiento con pensamientos que dan lugar a sentimientos y comportamientos más apropiados.

<http://www.mychildwithoutlimits.org/plan/common-treatments-and-therapies/cognitive-therapy/espanol-terapia-cognitiva-del-comportamiento/?lang=es>

2014. 11. 02.

#### **Hidroterapia**

Es una terapia donde la estimulación se hace a través del agua, dentro de una piscina en las que el niño comienza a recibir las sensaciones que produce el agua y esto le permite disminuir tensiones, mejorar su relación corporal con el medio. Se puede hacer en compañía de la madre o persona a cargo, lo que permite que se forme un contacto mayor entre los dos, una vinculación afectiva importante.

<http://www.ladiscapacidad.com/discapacidad/discapacidadcognitiva/discapacidad-cognitiva.php>

2014. 11. 02.



## Hallássérülés, halláskárosodás

Hallássérülésnek nevezzük a hallószerv valamely részének veleszületett vagy szerzett sérülését, illetve fejlődési rendellenességét, amelynek az éptől eltérő hallásteljesítmény lesz a következménye. Hallássérülés esetén a hallásküszöb megemelkedik, a személy csak az erősebb hangokat hallja meg – vagy még azokat sem hallja. Ezt nevezzük hallásvesztésnek.

A hallássérülés gyűjtőfogalom. Hallássérült személyek a nagyothallók, a siketek és a cochleáris implantátumot (CI) viselők. A beszéd felfogása szempontjából a legfontosabb szerepet a 250 és 4000 Hz közötti hangok érzékelése tölti be.

A hallássérülés orvosi szempontú meghatározása a gyógypedagógiai megközelítésnél jóval tágabb, Orvosi értelemben hallássérültnek tekinthetők mindazok, akiknek hallásteljesítménye az ép hallástól eltérést mutat. Az egyoldali enyhe fokú hallásvesztés, a kétoldali kismértékű hallásvesztés, a csak az igen magas frekvenciákat érintő hallássérülés, az átmeneti hallásromlás, illetve az időskori halláscsökkenés orvosi értelemben igen, azonban gyógypedagógiai értelemben nem tartoznak a hallási fogyatékosok körébe, mivel nem vagy csak kevéssé érinti a beszédértés, beszédelsajátítás területét.

A hallássérülés gyógypedagógiai fogalma elsősorban a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes vagy annál súlyosabb fokú nagyothallást, siketiséggel határos vagy siketégnek diagnosztizált hallásvesztésről jelent. Más megközelítésben a hallássérültek pedagógiája a hallássérült kifejezést olyan halláscsökkenésre alkalmazza, amelynek következményeként a beszédfejlődés nem indul meg, vagy a beszéd oly mértékben sérült, hogy a beszéd megindításához, korrekációjához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség.

A hangerő csökkent érzékelése szempontjából a következő kategóriák állíthatók fel a jobbi fülön főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásvesztésget alapul véve:

1. enyhe fokú nagyothallás: 25-40 dB
2. közepes fokú nagyothallás: 40-60dB
3. súlyos fokú nagyothallás: 60-90dB
4. átmeneti sáv a súlyos nagyothallás és a siketség között: 90-110dB
5. siketség: 110 dB felett

*Csányi Yvonne – Perlusz Andrea – Zsoldos Márta (2012): Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.*

### **Hearing impairment (HI)**

Pupils with an HI range from those with a mild hearing loss to those who are profoundly deaf. They cover the whole ability range.

For educational purposes, pupils are regarded as having an HI if they require hear-

ing aids, adaptations to their environment and/or particular teaching strategies to access the concepts and language of the curriculum. A number of pupils with an HI also have an additional disability or learning difficulty. Hearing loss may be because of conductive or sensorineural problems and can be measured on a decibel scale. Four categories are generally used: mild, moderate, severe and profound. Some pupils with a significant loss communicate through sign instead of, or as well as, speech.

<http://education.gov.uk/a0013104/glossary-of-special-educational-needs-sen-terminology>

2014. 08. 11.

Disability category under IDEA (Individuals with Disabilities Education Act – USA 1975 /2011); permanent or fluctuating impairment in hearing that adversely affects educational performance.

<http://wrightslaw.com/links/glossary.sped.legal.htm>

2014. 08. 11.

<http://www.parentcenterhub.org/repository/idea/>

2015. 07. 07.

Impairment in hearing, whether permanent or fluctuating, which adversely affects a child's educational performance, but is not included under definition of deafness.

<http://www.nhspecial.org/documents/Dictionary%20of%20common%20special%20education%20terms%20and%20acronyms.pdf>

2014. 08. 11.

### **Hörbehinderung**

Hörbehinderung ist eine Bezeichnung, einer Behinderung in jeden ihren Maßnahmen, Strukturen oder Verhaltensweisen, die Menschen mit Hörbeeinträchtigungen bzw. Hörschäden Lebensmöglichkeiten nimmt, mbeschränkt oder erschwert. Also ist eine hörbehinderte Person ein Wesen mit den unterschiedlichsten Hörschäden und ihren daraus resultierenden besonderen bzw. andersartigen Lebensumständlichkeiten.

Nach Hansen/Stein (ebd.) schließt Hörbehinderung die psychischen und sozialen Auswirkungen der Hörschädigung ein:

Die eigentliche Behinderung bei Hörgeschädigten ist nicht – wie bei Sehbehinderten – die Einschränkung oder der Ausfall eines Sinnes, sondern die daraus resultierende eingeschränkte Kompetenz in Sprachwahrnehmung, Sprachverfügbarkeit und Sprechfähigkeit mit allen Folgen auf die psychische und soziale Entwicklung. Hörbehinderte Menschen sind also nicht normale Menschen mit reduziertem oder ohne Gehör, sondern Menschen, die in der Kommunikation mit Hörenden behindert und in ihrer gesamten Entwicklung gravierend beeinflusst sind.

Thomas Wartenberg (2006): „Zur Bedeutung der Gebärdensprache in der Sprach- und Kommunikationsförderung hörbehinderter Menschen“, Erfurt  
[http://www.lvglth.de/download/diplomarbeit\\_towa.pdf](http://www.lvglth.de/download/diplomarbeit_towa.pdf)  
 2014. 08. 13.

**La discapacidad auditiva** se define como la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral. Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos

tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva del niño y la niña, a edades tempranas, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo, a sus procesos cognitivos y, consecuentemente, a su posterior integración escolar, social y laboral (FIAPAS, 1990).

*Manual De Atención Al Alumnado Con Necesidades Específicas De Apoyo Educativo Derivadas De Discapacidad Auditiva. Consejería de Educación. Junta de Andalucía. In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/SENSORIAL/AU-DITIVA/Discapacidad%20auditiva%20-%20Junta%20Andalucia%20-%20libro.pdf>*  
 2014. 11. 19.

## Hiperkinetikus zavarok

---

Olyan tünetegyüttes, amely az első öt évben alakul ki. Általános jellemzője a tevékenységek közötti csapongás, a figyelmetlenség, az impulzivitás, a meg gondolatlan-ság, a szabályokhoz való nehéz alkalmazkodás. Társuló tünetként előfordul a beszéd-készség és pszichomotoros fejlődés késése

*Forrás: Venterné Balogh Angelika (2006): Ajánlások a pszichés fejlődés zavarai-val küzdő gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez I. (magatartászavar esetén). Bu-dapest, Sulinova. 7. o.*

Már az első öt életévben kialakuló tünetegyüttes, amelyet a tevékenységek csapongása, a figyelmetlenség, a nagyfokú impulzivitás, a szabályok gyakori megszegése, a megfontolatlan-ság, a társakkal való ismétlődő konfrontáció jellemez. Igen gyakori a nyelvi és motoros képességek fejlődésének zavara. Másodlagos szövődmény lehet pl. az aszociális viselkedés, a csökkent éntudat.

*Forrás: Megyeri Józsefné (szerk.) (2006): Ajánlások a pszichés fejlődés zavarai-val küzdő gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez. Budapest, Sulinova*

F90 Hiperkinetikus zavarok

F90.0 Az aktivitás és a figyelem zavarai - (ld.: az ADHD szócikket)

F90.1 Hiperkinetikus magatartászavar

F90.8 Egyéb hiperkinetikus zavar

F90.9 Nem meghatározott hiperkinetikus zavar

*BNO-10*

### ***Hyperkinetic disorders***

BNO 10: The diagnosis of hyperkinetic disorder symptoms of both of these groups (inattention, hyperactivity and impulsivity) are required and the schedule is as follows:

- F90.0 activity and attention disorders, which the disease is showing typical symptoms of (9-9 symptoms are present for at least 6-6)
- F90.1 Hyperkinetic conduct disorder, which can be used when the symptoms of the disorder in addition to the diagnostic criteria of conduct disorder can be found,
- F90.8 other
- hyperkinetic disorders F90.9 also be marked undefined.

Hyperkinetic children display disorganized, poorly controlled and excessive activity; they lack perseverance in tasks involving thought and attention, and tend to move from one activity to the next without completing any. They are frequently accident-prone, reckless and impulsive, and may thoughtlessly (rather than defiantly) break rules. While they are commonly incautious and unreserved with adults, they may be isolated and unpopular with other children. Cognitive impairment and delayed language and motor development are more common in this group than in the general population; and they may experience low self-esteem and engage in dissocial behavior as a consequence of the disorder.

<http://psych.med.nyu.edu/patient-care/conditions-we-treat/hyperkinetic-syndrome>

2014. 08. 21.

### ***Hyperkinetische Störungen (F90)***

Diese Gruppe von Störungen ist charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Enge zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer

Distanzstörung und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind Dissoziales Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl.

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit 2014. 09. 09.*

#### F 90 **TRASTORNOS HIPERCINETICOS** (CIE 10)

F90.0 Trastornos de la actividad y de la atención

F 90.1 Trastorno hipercinetico disocial

F 90.8 Otros trastornos hipercinéticos

F 90.9 Trastorno hipercinético sin especificación

Se trata de un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, por la dificultad de concentrar la atención por mucho tiempo en una actividad determinada, y la hiperactividad, que se expresan clínicamente de forma variable afectando la integración social del niño, y su rendimiento escolar. Se presentan en las situaciones más variadas y persisten a lo largo del tiempo.

Es un trastorno neurobiológico que se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar.

Los trastornos hipercinéticos tienen un comienzo temprano (por lo general, durante los cinco primeros años de la vida), puede estar presente durante la niñez, adolescencia y aún en la vida adulta.

*Guía De Práctica Clínica En Salud Mental: Trastornos Hipercinéticos. In: <http://www.diresacusco.gob.pe/saludindividual/servicios/Normas/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas/Propuestas%20previas%20de%20GPC/Gu%C3%ADas%20Pr%C3%A1cticas%20Cl%C3%ADnicas%20en%20Salud%20Mental/GUIA%20DE%20PRACTICA%20CLINICA%20EN%20TRASTORNOS%20HIPERCINETICOS.pdf>*

2014. 11. 27.

## **Integráció/integrált oktatás**

---

Az 1970-es években kezdődött pedagógiai irányzat, amely a tanulásban valamilyen ok miatt akadályozott gyermekek lakóhelyéhez közeli, a kortársakkal együttes nevelését, oktatását jelenti. Elméleti alapjait a fogyatékossgal élő emberek jogaiért folyó polgárjogi mozgalmak, a kisebbségek diszkriminációja elleni fellépés és az ún.

normalizációs elv képezi, amely szerint a fogyatékos emberek életfeltételeit maximálisan közelíteni kell a többiekéhez. Ezzel kapcsolatosan új fogalom a speciális nevelési szükséglet, amely nem a gyermek alkalmatlanságára, hátrányos tulajdonságaira összpontosított, hanem a tanulás, a nevelés feltételeinek biztosítására. A fogyatékos személyek integrált iskoláztatásánál nem meghatározó jelentőségűek az orvosi, diagnosztikus jellemzések, a szelekciós mechanizmusok, inkább az eltérő nevelési szükségleteket kielégítő pedagógiát fejlesztő lehetőségek kerülnek előtérbe. Az integrált oktatás kezdő fázisában a többségi iskola fogadja a másság jeleit viselő és általában gyógypedagógussal is kapcsolatban álló tanulót, de elvárják tőle a maximális beilleszkedést, a többiekkel azonos teljesítményt, maga a pedagógia, az iskola alig vagy nem változtat semmit saját módszerein, feltételein. A tényleges integrációt az ún. inkluzív, befogadó iskola jelenti.

Az integrált iskoláztatás főbb típusai: a lokális integráció (közös épület, a gyermekek között nincs kapcsolat), szociális integráció (elkülönített foglalkozások, de tervezett, közös szabadidős program), a funkcionális integráció (közös tanulás).

*Kende Anna (2004): Együtt vagy külön. In.: Iskolakultúra 2004/1.*

### **Integration**

The 1970s began with pedagogical trends, which is due to any cause learning disabilities in children close to home, with peers combined education and teaching. local integration (common building but there is no relationship between children), social integration (separate sessions, but there is a common leisure activities), functional integration (common learning).

*Meeting Special and Diverse Educational Needs: Hannu Savolainen, heikki Kokkala, Hanna Alasuutari Helsinki, 2000*  
2014. 08. 19.

### **Integration**

Integration bezeichnet im weiteren Sinne Einbezug, Einbinden. Integration hat mehrere Formen (wirtschaftliche, politische) und Typen (Teilintegration, vollständig, umgekehrt). In der Pädagogik wird darunter das Einbinden von benachteiligten SchülerInnen, SchülerInnen mit besonderem Förderbedarf oder mit Behinderungen in den Schulunterricht verstanden. Hier geht es darum, die Behinderungen zu bekämpfen und gleiche Chancen für alle zu sichern. Diese Unterrichtsform gilt als erfolgreich, wenn die Kinder nicht nur zusammen sind, sondern auch Freundschaften miteinander schließen. Das Gegenteil ist die Segregation, die Absonderung.

*Osztrák-magyar projekt a hátrányos helyzetűek munkaerő-piacra történő integrálása a duális szakképzés keretében” (rövidített neve: AT-HU ISA) című L00148 számú projekt*  
2014. 07. 29.

**La integración** educativa se asocia con la atención de los alumnos que presentan NEE, con o sin discapacidad; lo que ha implicado en las instituciones educativas: un cambio en sus procesos de enseñanza-aprendizaje, beneficiando a todos los alumnos y a la comunidad educativa en general, ya que incide en la organización y gestión de las mismas, en la capacitación constante de los docentes, mejorando su práctica, y así como, promocionando los valores de solidaridad y respeto

Aguirre, Lucia Martinez (2012): *Sistemas de educación especial*. Mexico, ED TERCER MILENIO S.C.; p. 65

Los objetivos que persigue la integración son:

1. Integración física: Es cuando las unidades de educación especial y los alumnos con NEE ingresan a las instituciones ordinarias y comparten el espacio físico en un medio organizado y adaptado a las necesidades de todos los alumnos.
2. Integración social: Es cuando las unidades de educación especial se sitúan en las instituciones ordinarias y mantienen una currícula segregada para los alumnos con NEE pero comparten actividades extracurriculares con los alumnos del sistema regular.
3. Integración funcional: Es cuando no se tiene una currícula segregada sino que se comparte total o parcialmente, con los alumnos con o sin NEE, en las actividades instruccionales ordinarias o regulares, a tiempo parcial o completo. Sin embargo el fin último de la integración es la llamada integración funcional a la que las instituciones educativas deberían aspirar según Mary Warnock.

Aguirre, Lucia Martinez (2012): *Sistemas de educación especial*. Mexico, ED TERCER MILENIO S.C.;

**La integración:** Identificación y minimización de las barreras para el aprendizaje y la participación, comunicacional, metodológico, instrumental, programático, actitudinal y tecnológico que dificultan o inhiben las posibilidades de aprendizaje de los alumnos con dificultades de aprendizaje y participación.

Proceso sistemático de mejora e innovación educativa para promover la presencia, el rendimiento y la participación de todo el alumnado en la vida escolar de los centros donde son escolarizados, con particular atención a aquellos alumnos más vulnerables a la exclusión, el fracaso escolar o la marginación, detectando y eliminando, para ello, las barreras que limitan dicho proceso.

*Proyecto de Ley “De Educación Inclusiva”, presentado por la Senadora Iris Rocío González. Asunción, Paraguay, diciembre de 2012.*

## Iskolai készségek kevert zavara

---

Nehezen meghatározható csoportja az aritmetikai és az olvasási vagy (helyes)írási készségeknek, melyben mindkettő egyaránt károsodott. A zavar egyértelműen nem magyarázható az általános a mentális retardációval vagy nem megfelelő iskolázatással. Azokra a zavarokra alkalmazzuk, melyek megfelelnek az F81.2 és az F81.0 vagy F81.1 kritériumainak.

Kivéve: meghatározott zavara az:

- aritmetikai készségeknek (F81.2)
- olvasásnak (F81.0)
- (helyes)írásnak (F81.1)

*BNO-10, Népjóléti Minisztérium, Budapest*

### **Mixed disorder of scholastic skills**

An ill-defined residual category of disorders in which both arithmetical and reading or spelling skills are significantly impaired, but in which the disorder is not solely explicable in terms of general mental retardation or of inadequate schooling. It should be used for disorders meeting the criteria for both F81.2 and either F81.0 or F81.1.

**Excl.:**

specific:

- disorder of arithmetical skills (F81.2)
- reading disorder (F81.0)
- spelling disorder (F81.1)

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F81.3>

2014. 08. 23.

ICD-10

### **Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten**

Dies ist eine schlecht definierte Restkategorie für Störungen mit deutlicher Beeinträchtigung der Rechen-, der Lese- und der Rechtschreibfähigkeiten. Die Störung ist jedoch nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine unangemessene Beschulung erklärbar. Sie soll für Störungen verwendet werden, die die Kriterien für F81.2 und F81.0 oder F81.1 erfüllen.

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit*

2014. 09. 09.

### **Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar (F81.3)**

Están alterados de un modo significativo tanto el rendimiento aritmético como el de lectura u ortografía y en la que la inteligencia general está dentro del rango normal y



no está presente una mala enseñanza escolar. Esta categoría se utilizará para trastornos que satisfagan las pautas de F81.2 además de las de F81.0 ó F81.1.

[http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10\\_45.htm](http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_45.htm)

2014. 12. 01.

## **Kognitív funkciók/képességek**

---

A kognitív, vagy más szóval megismerő funkciók gyűjtőfogalom, melyhez a következő területek tartoznak: figyelem, érzékelés-észlelés, emlékezet, gondolkodási funkciók

*Csépe Valéria (2005): Kognitív fejlődés-neuropszichológia, Gondolat Könyvkiadó Kft.*

### **Kognitív képességek fejlesztése**

#### **1. A figyelem, megfigyelőképesség fejlesztése:**

A központi idegrendszer sérülése mind a spontán, mind az akaratlagos figyelem működésére kihat. A környezet ingereire történő spontán odafigyelés csak nagy intenzitású, hosszantartó és a gyermekek számára kifejezetten felszólító jellegű ingerek esetén megfigyelhető. Ugyanakkor az akaratlagos figyelem még egyéni foglalkozásokon is hamar elterelődik. Az aktivációs szint ingadozása és a motiváció gyengesége nem teszi lehetővé a koncentrált, pontos, alapos megfigyelést. A fejkontroll, a fixáció, a célirányos nyúlás és a manipuláció gyengesége vagy hiánya és a társuló érzékelési és észlelési zavarok jelentősen leszűkítik a megfigyelhető tárgyak és jelenségek körét.

#### **2. Az érzékelés, észlelés fejlesztése:**

A súlyosan-halmazottan fogyatékos gyerekeknel a súlyos agykárosodás miatt az érzékelés, észlelés is nehezített. A biológiai károsodás történhet az érzékszervben, az érzőideg mentén és az ingereket feldolgozó agyi központokban. A szintén az agykárosodás következtében kialakuló mozgáskorlátozottság tovább nehezíti az érzékelést, a mozgásos tapasztalatszerzést. Gyakran rontja a teljesítményt a meglassúbbodott pszichés tempó és az aktivációs szint ingadozása. Gyakori a figyelem és a motiváció gyengesége.

A legsúlyosabban sérült tanulók önállóan végzett tevékenységre csak nagyon korlátozott mértékben képesek, s ezen tevékenységek száma is nagyon kevés. Beszédképtelenségük miatt a beszéd kapcsolatteremtő, információkérő, aktivitást adó lehetőségeivel sem rendelkeznek. Ezért ahhoz, hogy ők is minél gazdagabb életet élhessenek, nagyon nagy szükségük van az őket körülvevő világ érzékszerveken keresztül megragadható tartalmaira.

### **3. Az emlékezet fejlesztése**

Az emlékezet sérülése a gyengébb, halványabb, hiányos, nehezen felidézhető és hamar elhalványodó emlékképekben nyilvánul meg. Mivel a beszéd hiánya és a manipuláció, valamint a fixálás gyengesége miatt a kommunikáció jelentősen akadályozottá válik, az emlékezet működésének objektív megítélése nehéz.

### **4. gondolkodás fejlesztése**

A halmozottan fogyatékos gyermekek esetében a gondolkodás kialakulásának elengedhetetlen feltétele a mozgás, mivel a gondolati síkon való műveletvégzés csak a konkrét tárgyakkal történő cselekvés és sok-sok gyakorlás talaján alakulhat ki. A tárgyi tevékenységek közben jelentkező problémák megoldása csak fokozatosan függetlenedik a cselekvéstől, és a szavakban történő kifejeződésen keresztül vezet a képzetben történő megoldások kereséséhez, a gondolkodáshoz. A beszéd, a mozgás és az értelmi képességek sérülésének következtében a gondolkodási műveletek kialakítására és gyakoroltatására még a cselekvés szintjén van szükség.

*Kerek Világ Alapítvány honlapja <http://www.kerekvilagalapitvany.hu>  
2015. 02. 22.*

### **Developing cognitive skills**

Cognitive abilities allow us to process the sensory information we collect. These include our ability to analyze, evaluate, retain information, recall experiences, make comparisons, and determine action. Although cognitive skills have an innate component, the bulk of cognitive skills are learned. When this development does not occur naturally, cognitive weaknesses are the result. These weaknesses diminish an individual's capacity to learn and are difficult to correct without specific and appropriate intervention. Like sensory and motor skills, cognitive skills can be practiced and improved with the right training. Changes in cognitive ability can be seen dramatically in cases where an injury affects a certain physical area of the brain. The correct therapy can actually "rewire" a patient's brain, and cognitive function can be restored or enhanced. This is also true in students. Weak cognitive skills can be strengthened, and normal cognitive skills can be enhanced to increase ease and performance in learning. <http://www.learningrx.com/cognitive-stages-for-child-development.htm#sthash.gH-8jaOcP.dpuf>  
2014. 08. 17.

### **Kognitive Fähigkeitsentwicklung**

Kognitive Fe.: Die kognitive Entwicklung umfasst die Ausbildung der Wahrnehmung, der Sprache, der Aufmerksamkeit, des Problemlösens und logischen Denkens, des Verstehens von Begriffen und des Gedächtnisses (Siegler, DeLoache, & Eisenberg, 2005). Um Merkmale der kognitiven Entwicklung zu erfassen, werden

u.a. Intelligenztests, Konzentrationstests, Schulleistungstest, Gedächtnistests und Wahrnehmungstest eingesetzt. Da neben den Schulleistungen im frühen Schulalter am häufigsten die Intelligenz und/oder Konzentrationsentwicklung als Merkmal der kognitiven Entwicklung herangezogen werden, folgen speziell Ausführungen zu diesen beiden Bereichen.

*Pieper, Mareike (2010): Motorische Entwicklungsförderung im frühen Schulkindalter, Ruprecht – Karls – Universität Heidelberg  
2014. 08. 09.*

**Las funciones cognitivas** son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea.

<https://www.neuronup.com/es/areas/functions>  
2014. 12. 02.

Las funciones cognitivas se pueden dividir en dos grandes grupos: dispersas y localizadas. Las funciones cognitivas dispersas (FCD) son aquellas que sus manifestaciones no asientan en una región o área cerebral única o específica. Por esta razón, sus cambios aparecen ligados a lesiones o alteraciones generalizadas del parénquima cerebral, generalmente afectando a ambos hemisferios cerebrales.

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-14.-fundamentos-biologicos-del/14.8-funciones-cognitivas>  
2014. 12. 02.

## **Korai fejlesztés – korai intervenció**

---

„A korai fejlesztés a fiatal gyermekek és családjaik számára biztosított, a gyermek bizonyos életszakaszában kérhető szolgáltatások/ellátások összessége, mely bármilyen cselekvést magában foglal, ami kialakulását. Mrazek és Haggerty (1994) szerint az elsődleges prevenció „olyan fejlesztés, mely a rendellenesség kialakulása előtt történik”. Az intézkedés lehet: a) univerzális, mint a minden gyermeknek és családnak nyújtott egészségügyi szolgáltatások, például az immunizáló oltások; b) szelektív, mely csak a népesség bizonyos részét, például a különösen veszélyeztetett csoportokat érinti; c) javasolt, például az azonosított kockázattal élők esetében. A másodlagos prevenció a probléma kialakulása után, de teljes kifejlődése előtt történik, célja a már létező esetek számának csökkentése. A *harmadlagos prevenció* a már azonosított problémával vagy körülménnyel összefüggő komplikációk csökkentése, és a már kialakult rendellenesség vagy fogyatékoság hatásának csökkentése, illetve korlátozása.

A WHO működőképességről és fogyatékoságról szóló bio-pszicho-szociális modellje alapján a prevenció három szintje szélesebb kontextusban is értelmezhető. Eszerint a korai fejlesztésben végzett prevenció során nemcsak az egyén egészségi állapotát, hanem szociális környezetét is figyelembe kell venni: ... *az egyén működőképessége egy bizonyos területen az egészségügyi feltételek és kontextuális tényezők (környezeti vagy személyes tényezők) kölcsönhatása vagy komplex viszonya. A kölcsönhatás dinamikusa: az egyik területen végzett fejlesztés potenciálisan módosíthat egy vagy több egyéb területet.*

„A korai fejlesztés a 0-5 (6) éves korú eltérő fejlődésű gyermekek tervszerűen felépített programja és a család segítése, mely gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást és különböző terápiás szolgáltatásokat foglal magába, a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve.”

<http://fejlesztok.hu/szekciok/fejlesztopedagogusoknak/80-korai-fejlesztas.html?s-howall=&start=1>

2015. 02. 22.

A kora gyermekkori intervenció a 0-5 (6) éves korú rizikócsecsemők eltérő fejlődésű, gyermekek tervszerűen felépített programja; a család segítése, mely szűrést, komplex diagnosztikai vizsgálatot, gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást, különböző terápiás szolgáltatásokat, a gyermek megfelelő közösségbe kerülésének elősegítése foglal magában a gyermek állapotát és a család körülményeit, valamint egyedi igényeit figyelembe véve.

*Czeizel Barbara: Budapesti Korai Fejlesztő Központ pdf dokumentum*

[http://mindenkinekbecsengettek.hu/sites/default/files/czeizel\\_barbara.pdf](http://mindenkinekbecsengettek.hu/sites/default/files/czeizel_barbara.pdf)

2015. 02. 22.

### **Early Childhood Intervention**

Early intervention is the process of providing specialist intervention and support services for a person who needs them, either early in the life course, and/or early in the development of an issue or problem. The term may be used in slightly different ways across different sectors. Early intervention can be used to refer to interventions for infants and young children who are known to have additional needs because of a developmental delay, learning difficulties, a disability, sensory impairment (eg vision or hearing), or a specific risk or disadvantage. We will call this Early Childhood Intervention, because it specifically occurs in the early years of life. The aims of early childhood intervention are to meet the child's additional needs and to promote their optimal development, wellbeing and community participation. Early childhood intervention may involve working with a range of professionals, eg paediatricians, speech therapists, audiologists, psychologists, occupational therapists, physiotherapists, special education, consultants, family support workers and inclusion support workers.

[http://www.responseability.org/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/4866/Early-Intervention.pdf](http://www.responseability.org/_data/assets/pdf_file/0006/4866/Early-Intervention.pdf)

2014. 08. 14.

### **Frühförderung**

„Der Begriff Frühförderung ist eine Sammelbezeichnung für pädagogische und therapeutische Maßnahmen für Kinder mit einer Behinderung oder die von einer Behinderung bedroht sind. Die Maßnahmen der Frühförderung umfassen den Zeitraum der ersten Lebensjahre und können sich bis zum Kindergartenentrtritt oder bis zur Einschulung erstrecken. Dies ist je nach Bundesland beziehungsweise Kanton oder ausrichtender Behindertenrichtung verschieden.“

<http://de.wikipedia.org/wiki/Fr%C3%BChf%C3%B6rderung>

2014. 09. 02.

**La estimulación temprana** es un conjunto de actividades dirigidas a los niños de 0 - 4 años, basadas en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen éstos, así como las técnicas que se emplean para apoyar el desarrollo de su inteligencia, su motricidad y su personalidad, contribuyendo de esta manera al desarrollo integral del niño.

Subsecretaría De Servicios Educativos Para El Distrito Federal Dirección General De Educación Física (1999): *Manual De Estimulación Temprana*.

[http://www.zona-bajio.com/manual\\_of.pdf](http://www.zona-bajio.com/manual_of.pdf)

2014. 12. 1.

**Estimulación Temprana:** toda aquella actividad de contacto o juego con un bebe o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos.

Tiene lugar mediante la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que aumentan, por una parte, el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce; y por la otra, amplían la habilidad mental, que le facilita el aprendizaje, ya que desarrolla destrezas para estimularse a si mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación.

Cuando a un bebé se le proporcionan medios más ricos y vastos para desarrollarse, florece en él un interés y una capacidad para aprender sorprendente. La estimulación se concibe como un acercamiento directo, simple y satisfactorio, para gozar, comprender y conocer a tu bebe, ampliando las alegrías de la paternidad y ensanchando su potencial del aprendizaje.

*Objetivos de la Estimulación:* el principal objetivo consiste en convertir la estimulación en una rutina agradable que vaya estrechando cada vez mas la relación madre-hijo, aumentando la calidad de las experiencias vividas y la adquisición de importantes herramientas de desarrollo infantil.

[http://html.rincondelvago.com/estimulacion-temprana\\_1.html](http://html.rincondelvago.com/estimulacion-temprana_1.html)

2014. 12. 01.

## Logopédia

A logopédia a görög eredetű. Beszédnevelés szóból származik és az V–IV. században Iszokratész használja először. A tudományági elnevezése Emil Froeschelstől ered, aki a beszédhibák tanaként, orvosi tudományként említette. Hirschberg Jenő a gyógypedagógia speciális ágának, Surján László különálló tudományágnak, Palotás Gábor pedig a beszédpatológia gyógypedagógiai területével foglalkozó tudományának tekinti. Értelmezésében a beszédpatológia a beszédzavarok kutatásával, megelőzésével, diagnosztikájával foglalkozó komplex tudomány, amelynek orvosi oldala a hangképzés és a beszéd rendellenességeivel foglalkozó szakterület, a foniatéria. Gordosné Szabó Anna felfogásában a logopédia a szűkebb értelemben vett gyógypedagógia kommunikációs zavarokkal foglalkozó ága. A logopédia tudományközi rendszerében Gordosné Szabó Anna a szűkebb értelemben vett gyógypedagógia területén kívül az orvostudomány, a pedagógia, a nyelvészet, a pszichopatológia, szociológia, kommunikációkutatás, pszicholingvisztika kapcsolatát tartja jelentősnek. A korszerű logopédiai tevékenység ezt a fogszabályozás és szájsebészet területével tovább bővítette. A logopédiai nevelés, gondozás célja, hogy biztosítsa a beszédhibás egyén személyiségének fejlődését, az egyén célkitűzéseinek megvalósulását, az optimális szocializációt, a sikeres rehabilitációt, ill. rehabilitációt. Formái: a megelőzés, felvilágosítás, a veszélyeztetettek korai kiszűrése és fejlesztése. A korszerű vizsgálata a terápia (gyógyító kezelés) egész folyamatát érinti, és a határtudományok egyre szélesebb képviselőjét kívánja meg. A hazai logopédia a századfordulón jött létre a gyógypedagógia egyik ágaként.

A logopédia kiemelkedő alakjai: Roboz József, Sarbó Artúr, Sulyomi-Schulmann Adolf, Kanizsai Dezső, Palotás Gábor, Montágh Imre, Subosits István, Mérei Vera. *Vassné Kovács Emőke (2001): Rinolália, rinofónia. In: Mesterházi Zsuzsa szerk.: Gyógypedagógiai Lexikon. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola, Budapest*

### **Speech – Language Pathology**

Speech language pathology services are those services necessary for the diagnosis and treatment of swallowing (dysphagia), speech-language, and cognitive - communication disorders that result in communication disabilities. Speech - language pathologists treat disorders of speech sound production (e.g., articulation, apraxia, dysarthria), resonance (e.g., hypernasality, hyponasality), voice (e.g., phonation quality, pitch, respiration), fluency (e.g., stuttering), language (e.g., comprehension, expression, pragmatics, semantics, syntax), cognition (e.g., attention, memory, problem solving, executive functioning), and feeding and swallowing (e.g., oral, pharyngeal, and esophageal stages).

<http://www.asha.org/uploadedFiles/SLP-Medical-ReviewGuidelines.pdf#search=%22speech%22>

*Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines*

*American Speech-Language-Hearing Association, 2011, p. 4. 2014. 08. 08.*

### **Logopädie**

Sprachheilkunde, die den durch eine Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- oder Hörbeeinträchtigung in seiner zwischenmenschlichen Kommunikation-sfähigkeit eingeschränkten Menschen zum Gegenstand hat.

<http://de.wikipedia.org/wiki/Logop%C3%A4die>

2014. 08. 25.

**La logopedia** es una disciplina científica del área de la salud que se encarga de estudiar la comunicación humana y sus desórdenes a nivel de lenguaje, habla-voz y audición, realizando actividades de promoción, prevención, evaluación, diagnóstico e intervención del proceso comunicativo tanto en niños, adultos y ancianos.

*Logopedia y Daño Cerebral Adquirido. Federación Española de Daño Cerebral FEDACE, Madrid, 2007; 16. p.*

**La logopedia:** especialidad que se dedica al diagnóstico, prevención y tratamiento de alteraciones del habla y del lenguaje. Ciencia que estudia los trastornos de lenguaje y audición en niños y adultos. En los más pequeños es una gran ayuda para que mejoren su comunicación. La logopedia se centra en la reeducación de los trastornos innatos o adquiridos del lenguaje en niños o adultos, comprendiendo tanto los aspectos relativos al lenguaje oral como escrito. La logopedia, por tanto, se dedica al diagnóstico, prevención y tratamiento de las alteraciones del habla y del lenguaje (hablado o escrito, tanto en comprensión como en expresión).

Su actuación se desarrolla en varios entornos: el educativo, el lingüístico, el conductual, el clínico, etc. El patólogo del lenguaje o logopeda es un profesional que:

1. Dispone de un caudal de conocimientos pertinentes a los desórdenes del habla y del lenguaje.
2. Está entrenado en la aplicación de dichos conocimientos a la solución de problemas clínicos.
3. Tiene una autoridad referida a la ayuda de la persona, su paciente, que consiste en comprender y tratar sus problemas de habla y lenguaje.

Y además, el logopeda evalúa posibles dislexias, discalculias (problemas para la adquisición de los conceptos básicos matemáticos y el cálculo) o disgrafías (escritura defectuosa sin causa neurológica o intelectual que lo justifique). En muchas ocasiones, ciertas dificultades escolares como la falta de comprensión lectora está relacionada con alguno de estos factores.

*Logopedia para niños*

<http://www.guiainfantil.com/educacion/logopedia/index.htm>

2014. 11. 21.

## Magatartászavarok

Jellemzői a visszatérő és tartós disszociális, agresszív vagy dacos magatartássémák. A viselkedés egészen a kornak megfelelő szociális erős áthágásához vezethet, sokkal súlyosabb lehet, mint egy hagyományos gyerekcsíny, vagy egy serdülőkori lázadás, és elég hosszan kell tartania, 6 hónap vagy annál hosszabb ideig. A magatartászavar része lehet egy meglevő pszichiátriai szindrómának, ebben az esetben ezt a diagnózist kell előnyben részesíteni. A diagnózis olyan viselkedéseken alapszik, mint például: extrém mértéke a harcnak, fenyegetésnek, emberekkel, állatokkal, tárgyakkal való durva bánásmód, tulajdonnal szembeni extrém destrukció, tűzokozás, lopás, ismételt hazudozás, iskolakerülés, gyakori elszökés otthonról, gyakori és súlyos indulatkitörések, szófogadatlanúság. Bármelyek a fentiek közül, ha kellően markáns, elegendő a diagnózishoz, de izolált diszszociális cselekedetek sem.

*BNO-10, I. kötet, Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995.*

### **A magatartászavar kialakulásának okai**

A magatartászavarok kialakulásának pontos okát nem ismerik a kutatók, de számos elképzelés született a probléma magyarázatára

**Genetikai háttér:** Mivel a jelenség előfordulása a fiúknál kb. háromszor gyakoribb, mint a lányoknál, ezért feltételezhető az oki tényezők között a nemi különbség örökletesen meghatározott sajátossága. Ezek a zavarok az X-kromoszóma rendellenességeire vezethetők vissza. Mivel a fiúknál egyetlen X-kromoszóma van, így ennek hibája nem korrigálható. A lányoknál viszont a két X-kromoszóma miatt a rendellenesség korrekciója nagyobb valószínűséggel következik be. Kutatások azt is igazolták, hogy elsősorban az apáknál figyelhető meg gyakran azonos probléma. Ezen faktor vizsgálatok bizonyítást nyert, hogy a gyerekek 45–50%-ban hasonló zavarokkal küzdenek. Viszont sok megfigyelés utal arra is, hogy a funkciózavarokat direkt módon nem lehet örökölni.

**Biokémiai tényező** – Számos kutató gondolja úgy, hogy a magatartásprobléma mögött veleszületett temperamentum problémát kell keresnünk. Ennek oka az idegsejtek közötti ingerületi kapcsolatot biztosító neurotranszmitter anyagok hiányos vagy csökkent volta. Az agyban több tucatnyi ilyen anyagot izoláltak már, legismertebbek a szerotonin, az adrenalin, a dopamin. Ezeknek a neurotranszmittereknek az aktivitása és a mennyisége az idegrendszer érésével változik, ez magyarázhatja azt, hogy miért javul az állapotuk idősebb korra. A homloklebenynek lehet még kiemelt szerepe a magatartászavar kialakulásában, a homloklebeny irányítja ugyanis a figyelmet és az információ feldolgozását. Itt történik az ingerek szétválogatása, a cselekvések tervezése, az idő becslése. Ha ez nem jól működik, a gyerek nehezen tervezi meg magatartását, szétesnek a fázisok, nem látja cselekedete következményeit, az önszabályozás, önirányítás rosszul működik. Miután számos figyelemhiányos hiperaktivitással



diagnosztizált gyermek agyát műszeres vizsgálatnak vetették alá, kiderült, hogy homloklebenyük, amely a magasabb szintű intellektuális és szociális tevékenységek irányítója, valamint a homloklebenyhez kapcsolódó belsőbb agyi struktúrák a normálisnál, mint egy tíz százalékkal kisebbek.

**Aktiváció, éberség szerveződés** – Az utóbbi években sok kutató azzal magyarázza a hiperaktivitást, hogy a szervezet általános izgalmi, készenléti szintje a szükségesnél alacsonyabb. Tehát a túlmozgásos gyermekek mintegy ingeréhségben szenvednek, amit a mozgásból származó szenzoros hatásokkal próbálnak ellensúlyozni. Nem szelektálják az ingereket, mindent befogadnak, lényegeset és lényegtelenet egyaránt. A mozgással emelik fel az aktivációs szintet a normál tartományba. Kísérletek bizonyítják, hogy az igen erős környezeti hallási és látási ingerek egyáltalán nem zavarják a hiperaktív gyerekeket. Sőt, motoros aktivitásuk csökken, miközben teljesítményük nem változik. Tapasztaljuk, hogy a hiperaktív gyerekek mennyire szeretik a mozgatható játékokat, a mozgókép, az utazás leköti őket.

**Az idegrendszer részleges érési zavara vagy éretlensége** - Vannak kutatások, amelyek a terhesség alatti, szülés körüli oxigénhiányos állapotokból eredő agyi funkciózavaroknak döntő jelentőséget tulajdonítanak. Ez a központi idegrendszer valamilyen sérülését vagy funkcionális zavarát jelenti, ami késlelteti az agy érési folyamatait. A tanulási folyamat zavara jelentkezhet akkor is, ha még nem következtek be a tanuláshoz szükséges, éréssel összefüggő agyi változások. Annál a gyereknél, akinél a gátlás folyamatai nem erősödtek meg, és a serkentés dominál, iskolaéretlensége miatt jelentkezhetnek tanulási problémák.

**Szociális, környezeti tényező** - Megint más kutatók azt állítják, hogy a figyelemhiányos hiperaktivitás tünetegyüttesének kialakulásában nem játszanak közre mentális rendellenességek, ez egyértelműen a gyermek és környezete közti konfliktus megnyilvánulása. A baj szerintük pszichoszociális eredetű, és abból az egyszerű tényből fakad, hogy vannak olyan gyerekek, akik több figyelmet, szeretetet, gondoskodást igényelnek, mint társaik. Nehéz az ok-okozati kérdést vizsgálni. A születéstől kezdve problémás gyermek rengeteg feszültséget gerjeszt a családban. És ugyanez igaz lehet fordítva is: az, hogy a család hogyan viszonyul egy magatartás-zavart mutató gyermekhez, döntő fontosságú lehet. Mennyire tolerálják, vagy éppen megszegyenítik, kizárják, esetleg a szülők mennyire teszik bűnbakká a gyermeket a konfliktusaik miatt. A környezeti tényezőknek elsősorban a másodlagos ártalmakban van szerepük; az esetleges későbbi neurotizálódásban, devianciákban.

A sok különböző elmélet kutatási eredményeinek bizonyítása és cáfolata is megszületett. Napjainkban erősödik az egyetértés, hogy neurokémiai egyensúlyhiány – pontosabban a dopamin vagy a noradrenalin működési mechanizmusának problémája – játszik központi szerepet a hiperaktivitás kialakulásában. A kutatók feltételezik, hogy a hiperaktív gyerekek többségénél ez az idegrendszeri probléma veleszületett (tehát vagy öröklött, vagy a terhesség, illetve a szülés komplikációi idézik elő), míg

kisebbség részénél neurológiai betegség vagy agysérülés okozza az egyedfejlődés folyamán. A kutatások nem igazolják azokat a pszichodinamikus és viselkedés-lélektani koncepciókat, amelyek a hiperaktivitás létrejöttéért környezeti tényezőket tesznek felelőssé. Amikor a hiperaktivitás családi háttérében a szülői magatartás hiányosságai, rendezetlen, kaotikus környezeti feltételek mutathatók ki, szinte mindig bizonyítható, hogy a szülők maguk is érintve vannak egy olyan genetikai folyamatban, amely a gyermek hiperaktivitásához vezetett. Számos genetikai vizsgálat bizonyította például, hogy a hiperaktív gyerekek családjában az apák alkoholizmusa és antiszociális magatartása, illetve az anyák hisztéria jellegű pszichiátriai betegsége jóval gyakoribb, mint az átlagos populációban. Ezek a tünetek akkor is kimutathatók, ha a gyermek nem a vér szerinti szüleivel él, tehát a zavar kialakulásában nem a környezeti feltételek, hanem a genetikai tényezők játszzák a döntő szerepet. Tehát minden esetben van egy elsődleges szervi ok, és soha nem a hibás nevelés vezet a magatartászavar kialakulásához.

*Venterné Balogh Angelika (2006): Ajánlások a pszichés fejlődés zavaraival küzdő gyermekek kompetencia alapú fejlesztéséhez I. (magatartászavar esetén). Sulinova, Budapest*

### **Conduct disorders**

Conduct Disorders are characterized by a repetitive and persistent pattern of dissocial, aggressive, or defiant conduct. Such behaviour should amount to major violations of age-appropriate social expectations; it should therefore be more severe than ordinary childish mischief or adolescent rebelliousness and should imply an enduring pattern of behaviour (six months or longer). Features of conduct disorder can also be symptomatic of other psychiatric conditions, in which case the underlying diagnosis should be preferred.

Examples of the behaviours on which the diagnosis is based include excessive levels of fighting or bullying, cruelty to other people or animals, severe destructiveness to property, fire-setting, stealing, repeated lying, truancy from school and running away from home, unusually frequent and severe temper tantrums, and disobedience. Any one of these behaviours, if marked, is sufficient for the diagnosis, but isolated dissocial acts are not.

Excl.:

- mood [affective] (F30-F39)
- pervasive developmental disorders (F84.-)
- schizophrenia (F20.-)

when associated with:

- emotional disorders (F92.-)
- hyperkinetic disorders (F90.1)

*F91.0 Conduct disorder confined to the family context*

Conduct disorder involving dissocial or aggressive behaviour (and not merely oppositional, defiant, disruptive behaviour), in which the abnormal behaviour is entirely, or almost entirely, confined to the home and to interactions with members of the nuclear family or immediate household. The disorder requires that the overall criteria for F91.- be met; even severely disturbed parent-child relationships are not of themselves sufficient for diagnosis.

*F91.1 Unsocialized conduct disorder*

Disorder characterized by the combination of persistent dissocial or aggressive behaviour (meeting the overall criteria for F91.- and not merely comprising oppositional, defiant, disruptive behaviour) with significant pervasive abnormalities in the individual's relationships with other children.

Conduct disorder, solitary aggressive type

Unsocialized aggressive disorder

*F91.2 Socialized conduct disorder*

Disorder involving persistent dissocial or aggressive behaviour (meeting the overall criteria for F91.- and not merely comprising oppositional, defiant, disruptive behaviour) occurring in individuals who are generally well integrated into their peer group.

- Conduct disorder, group type
- Group delinquency
- Offences in the context of gang membership
- Stealing in company with others
- Truancy from school

*F91.3 Oppositional defiant disorder*

Conduct disorder, usually occurring in younger children, primarily characterized by markedly defiant, disobedient, disruptive behaviour that does not include delinquent acts or the more extreme forms of aggressive or dissocial behaviour. The disorder requires that the overall criteria for F91.- be met; even severely mischievous or naughty behaviour is not in itself sufficient for diagnosis. Caution should be employed before using this category, especially with older children, because clinically significant conduct disorder will usually be accompanied by dissocial or aggressive behaviour that goes beyond mere defiance, disobedience, or disruptiveness.

F91.8 Other conduct disorders

F91.9 Conduct disorder, unspecified

Childhood:

- behavioural disorder NOS
- conduct disorder NOS

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F91>

ICD-10

### **Störungen des Sozialverhaltens (F91)**

Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Das anhaltende Verhaltensmuster muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben. Störungen des Sozialverhaltens können auch bei anderen psychiatrischen Krankheiten auftreten, in diesen Fällen ist die zugrunde liegende Diagnose zu verwenden. Beispiele für Verhaltensweisen, welche diese Diagnose begründen, umfassen ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegenüber anderen Personen oder Tieren, erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum, Feuerlegen, Stehlen, häufiges Lügen, Schulschwänzen oder Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und schwere Wutausbrüche und Ungehorsam. Jedes dieser Beispiele ist bei erheblicher Ausprägung ausreichend für die Diagnose, nicht aber nur isolierte dissoziale Handlungen.

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit 2014. 08. 05.*

**Tastornos de la conducta (CIE-10: F 91):** trastornos caracterizados por un patrón repetitivo y persistente de conducta asocial, agresiva o desafiante.

Es necesario que este comportamiento alcance niveles importantes de violación de la conducta socialmente esperada para la edad del paciente, razón por la cual debe ser más grave que la travesura infantil corriente o la rebeldía de la adolescencia, y suponer un patrón perdurable de comportamiento (de seis meses o más).

Los rasgos de trastorno conductual pueden ser también sintomáticos de otras afecciones psiquiátricas, en cuyo caso debe ser preferido el diagnóstico subyacente.

Entre los ejemplos sobre los cuales se fundamenta el diagnóstico se cuentan niveles excesivos de pelea y de fanfarronería, crueldad hacia las demás personas y hacia los animales, destrucción grave de la propiedad, conducta incendiaria, robo, mentira repetitiva, falta a la escuela y fuga del hogar, y rabietas y desobediencia extraordinariamente frecuentes y graves.

Cualquiera de estas conductas, si es marcada, es suficiente para el diagnóstico, pero no lo son las acciones asociales aisladas.

*CIE- 10: Clasificación Internacional de Enfermedades. In: eCIE10*

*[http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_2008.](http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F90.9&index=enf&searchId=1407148358131&historyIndex=4)*

*[html#search=F90.9&index=enf&searchId=1407148358131&historyIndex=4](http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F90.9&index=enf&searchId=1407148358131&historyIndex=4)*

*2014. 08. 04.*

## Mentális retardáció

Abbamaradt vagy nem teljes szellemi fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása, olyan készségeké, melyek a fejlődés során jelennek meg, és készségeké, amelyek az intellektus minden szintjét érintik, mint pl. a kognitív, nyelvi, mozgásbeli, szociális készségek, képességek. A retardáció létrejöhet minden más mentális vagy fizikai állapotától független is.

A mentális retardáció mértékét hagyományosan az intelligencia tesztekkel határozzuk meg. Ezeket kiegészíthetik tájékozódó skálák az adott környezethez való szociális adaptációról. A diagnózis függ még a gyakorlott diagnoszta teljes intellektuális képességekre kiterjedő vizsgálatától. Intellektuális képességek és a szociális adaptáció változhatnak idővel, még az alacsony (gyatra) mentális teljesítményt is javíthatja a rehabilitáció és a tréning. A diagnózisnak mindig a pillanatnyi működési szinten kell alapulnia. A 4. karakter a társulós viselkedés romlás mértékét fejezi ki az F70-79-es F csoportban:

- .0 Nincs, vagy nagyon enyhe romlása a viselkedésnek
- .1 Markáns romlása a viselkedésnek, ami figyelmet vagy terápiát igényel.
- .8 Egyéb romlása a viselkedésnek
- .9 Nem jelezték a viselkedés romlását
- F70 Enyhe mentális retardáció
- F71 Közepes mentális retardáció
- F72 Súlyos mentális retardáció
- F73 Igen súlyos mentális retardáció
- F78 Egyéb mentális retardáció
- F79 Mentális retardáció k.m.n..

*BNO-10, Népjóléti Minisztérium, 1995*

Gyógypedagógiában a meglassult értelmi fejlődést értjük alatta, mely reverzibilis, és főként környezeti tényezők (pl. szociális hátrány) folytán alakul ki. IQ pontértékek 85 – 70 között.

*Czeizel Endre – Lányiné Engelmayer Ágnes – Rátay Csaba (1978): Az értelmi fogyatékosok kóreedete a „Budapest-vizsgálat” tükrében. Tankönyvkiadó, Budapest*

### **Mental retardation**

Mental Retardation (now referred to as Intellectually Disabled): This term has recently been changed. This disorder is characterized by below average cognitive functioning in two or more adaptive behaviors with onset before age 18.

<http://www.understandingspecialeducation.com/special-education-terms.html>

Significantly sub-average general intellectual functioning existing concurrently with deficits in adaptive behavior and manifested during the developmental period, which adversely affects a child's educational performance.

<http://www.nhspecial.ed.org/documents/Dictionary%20of%20common%20special%20education%20terms%20and%20acronyms.pdf>

Disability category under IDEA; refers to significantly sub-average general intellectual functioning with deficits in adaptive behavior that adversely affects educational performance.

<http://wrightslaw.com/links/glossary.sped.legal.htm>  
2014. 08. 11.

### **Mentale Retardierung**

Eine Intelligenzminderung, definiert als ein IQ von unter 70, hat eine Prävalenz von 1,5 bis 2%; frühere Angaben lagen bei 2 bis 3 %. Schwerere Formen mit einem IQ von < 50 haben eine Prävalenz von 0,3 bis 0,4% (Leonhard H). Jungen/Männer sind aufgrund X-chromosomaler Gene häufiger betroffen. Die Ursachen einer Intelligenzminderung sind vielfältig; genetische Faktoren sind aber zu mindestens 50% beteiligt. Häufig sind Komorbiditäten wie Verhaltensstörungen und/oder Epilepsien.

Eine eindeutige Diagnose ist für die Betroffenen und ihre Familien von großer Bedeutung, da bei genauer Kenntnis der Ursache einer Behinderung in der Regel die Abschätzung der Prognose möglich ist, ggf. individuellere Fördermaßnahmen eingeleitet werden können, auf weitere aufwendige diagnostische Maßnahmen zur Ursachenfindung verzichtet werden kann und Aussagen zu einem eventuellen Wiederholungsrisiko möglich sind. Bei nicht geklärter Ursache einer Intelligenzminderung muss für weitere Schwangerschaften ein empirisches Wiederholungsrisiko von 8% angegeben werden.

Obwohl in den letzten Jahren eine zunehmende Anzahl neuer genetischer Syndrome mit einer Intelligenzminderung als Teilsymptom identifiziert werden konnte, bleibt die Ursache einer Intelligenzminderung in mindestens der Hälfte der Fälle bisher ungeklärt.

Bei syndromalen Formen der Intelligenzminderung kann eine charakteristische Kombination an Fehlbildungen, kleineren äußeren Auffälligkeiten oder auch charakteristischen Verhaltensweisen eine Verdachtsdiagnose nahelegen, die dann mit einer Zieldiagnostik abgeklärt werden kann (z.B. Fragiles X, Rett-Syndrom, Angelman-Syndrom). Sehr viele Patienten zeigen aber eine uncharakteristische Symptomatik, die auch dem erfahrenen Pädiater oder klinischen Genetiker keine Diagnose ermöglicht. In dieser Situation war der diagnostische Ansatz bei Verdacht auf eine genetische Ursache seit jeher ein globaler, d.h. das gesamte Erbgut des Patienten wurde untersucht, aber im Laufe der Zeit mit einer immer besseren Auflösung,

wodurch eine Vielzahl „neuer“ Ursachen definiert werden konnte. Am Anfang der Untersuchungen stand - und steht bei uns derzeit noch immer – die Chromosomenanalyse, bei der Fehlverteilungen ganzer Chromosomen, wie z.B. Trisomien, oder kleinerer Chromosomenanteile, wie z.B. partielle Trisomien, erfasst werden können. Ca. 15% der Entwicklungsstörungen sind durch lichtmikroskopisch erkennbare Chromosomenstörungen verursacht. Auch mit einer sehr guten in der Routinediagnostik erreichbaren Auflösung von 550 bis 600 Banden pro haploiden Chromosomensatz können allerdings Veränderungen, die 5-10 Mb unterschreiten, nicht erkannt werden. Daher wird als zweiter diagnostischer Schritt eine hochauflösende Chromosomenanalyse, die Array-CGH, durchgeführt. Große Studien haben gezeigt, dass sog. Copy Number Variations (CNV), also submikroskopisch kleine Deletionen oder Duplikationen, für ca. 10 bis 15% der Fälle einer Intelligenzminderung bei unauffälliger Chromosomenanalyse verantwortlich sind. Dabei zeigt sich, dass solche CNV auch häufig bei Autismspektrumstörungen gefunden werden, die ja sowohl isoliert als auch in Kombination mit einer Entwicklungsstörung auftreten. Die Array-CGH wurde von den gesetzlichen Krankenkassen mit einer eigenen Ziffer (11500) im neuen indikationsbezogenen Kapitel 11.4 im EBM versehen; bei gegebener Indikation kann die Array-CGH somit abgerechnet werden.

Mit den erwähnten Untersuchungen bleiben aber immer noch ca. 60% der Ursachen von Entwicklungsstörungen ungeklärt.

<http://www.medizinische-genetik.de/index.php?id=7758>

2015. 02. 22.

**El retraso mental** es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

*Alonso, Miguel Ángel Verdugo (2003): Portaciones de la definición de retraso mental (aamr, 2002) a la corriente inclusiva de las personas con discapacidad. Universidad de Salamanca*

**El retraso mental** significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo. El retraso mental se presenta en personas de todas las razas y etnicidades y es el trastorno más frecuente del desarrollo, ya que afecta a aproximadamente un 1% de la población general. Las personas con retraso mental obtienen una puntuación baja en las pruebas de inteligencia (cociente intelectual [CI]), pero los efectos sobre el funcionamiento de la vida diaria dependen de su gravedad y de los deterioros asociados. Los niños con retraso leve (alrededor de un 85% de los que presentan retraso mental) suelen aprender a hablar y llegan a ser independientes para cuidar de sí mismos, a pesar de que su ritmo de desarrollo es más lento de lo normal.

El retraso mental se debe a muchas causas diferentes, aunque en ocasiones no se identifica una evidente.

- Las causas genéticas incluyen el síndrome de Down, que es consecuencia de poseer un cromosoma 21 adicional, y el síndrome del X frágil, resultado de tener un cromosoma X anómalo.
- Las enfermedades metabólicas son problemas de la degradación o eliminación de algunas sustancias químicas del cuerpo. Por ejemplo, la fenilcetonuria (FCU) es una enfermedad metabólica que origina lesión cerebral y retraso mental a menos que se modifique la dieta para limitar el consumo de una sustancia llamada fenilalanina.
- Durante el embarazo las infecciones aumentan el riesgo de dar a luz un bebé con retraso mental. En el futuro bebé, además de problemas auditivos y visuales, virus como el de la rubéola provocan retraso mental.
- Durante el embarazo el consumo de alcohol puede ser causa del trastorno de espectro de alcoholismo fetal (TEAF). Los niños con TEAF presentan una serie de problemas físicos y retraso mental. Durante el embarazo, el consumo de otras drogas es ocasionalmente causa de retraso mental.
- Otras posibles causas de retraso mental son lesión del cerebro después del nacimiento debido a falta de oxígeno, traumatismo físico o desnutrición

<http://www.psicopedagogia.com/retraso-mental>  
2014. 11. 19.

## **Mozgássérülés/mozgáskorlátozottság**

---

Gyógypedagógiai szempontból mozgáskorlátozottak nevezük azokat a személyeket, akik a tartó vagy mozgató szervrendszer struktúrájának vagy funkciójának sérülése/hiánya következtében, a fizikai teljesítőképesség megváltozása miatt az életkori tevékenységek végzésében maradandóan korlátozottak, nevelésük, személyiségfejlődésük átmenetileg vagy tartósan speciális feltételeket, eljárásokat igényel.

A maradandó mozgásbeli állapotváltozás az élet bármely szakában felléphet. Lehet veleszületett vagy későbbi életkorban szerzett, ami baleset vagy betegség következtében a megtanult mozgásfunkciók részleges vagy teljes elvesztését jelenti, tehát más életminőség alakul ki. A mozgáskorlátozottság okai között említhetjük a genetikai problémákat, a vírusos, gyulladásos folyamatokat, az anyagcserezavarokat, a daganatos megbetegedéseket, szülés közben történt sérüléseket, stb.

Ágoston Gabriella (2006): Ajánlások mozgáskorlátozott gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez, sulíNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest  
2015. 02. 22.



### ***Physical disability***

Physical disability pertains to total or partial loss of a person's bodily functions (eg walking, gross motor skills, bladder control etc) and total or partial loss of a part of the body (eg a person with an amputation).

What are some examples of life-long physical disabilities?

Examples of physical disability include

- amputation;
- arthritis;
- cerebral palsy;
- upper limbs;
- multiple-sclerosis;
- muscular dystrophy;
- acquired spinal injury (paraplegia or quadriplegia);
- post-polio syndrome;
- spina bifida.

There are many different kinds of disability and a wide variety of situations which people experience.

Common questions about the classification of disability are noted below:

Does this mean one has the disability from birth or childhood?

The disability may exist from birth or be acquired later in life.

A person may have one disability or a number of disabilities.

A person may be treated as having a disability when in fact he or she does not.

A person's disability may be apparent, such as loss of a limb; or hidden, such as epilepsy or post-polio syndrome.

Disability may be more or less severe in its impact.

People with the same disability are as likely as anyone else to have different abilities.

How is this different from a broken arm or leg?

A broken arm or leg usually heals up with a functional return to activity similar or the same as the ability before the fracture (break). The Physical Disability Council of NSW priorities focus on those people who have a physical disability which exists for the rest of their lives.

What sort of life can a person with a life-long physical disability lead?

Having a physical disability is not a colossal tragedy and your life is not over once you acquire one. People with a physical disability lead rich and fulfilling lives. The hindrance is society, not the disability itself.

Like anyone else, people with a physical disability get married or have children, make decisions about their own lives, go to work, play sports and by and large tend to be like anyone else.

People with a physical disability are not a burden on the community or a drain on the resources of the economy or their friends and families.

People with a physical disability have normal comprehension and do not need to be spoken to in a loud voice or treated like a child. People with a physical disability are human beings who deserve dignity and respect not pity or charity.

What are some of the priorities that a person with a life-long physical disability may have?

Some of the priorities that a person with a physical disability might have include much the same priorities as anyone else - rent, groceries, recreation, families, friends and career.

Sometimes the way the society or community is set up, places hurdles in the way to achieving these very usual goal - like access to the built environment, getting into a home, accessible public transport and more. For these reasons PDCN (Physical Disability Council of NSW) focuses on striving for an inclusive society where people with a physical disability are involved in every aspect of political, social, economic and cultural life.

[http://www.pdcnsw.org.au/index.php?option=com\\_content&id=49%3Awhat-is-physical-disability&Itemid=118&limitstart=1](http://www.pdcnsw.org.au/index.php?option=com_content&id=49%3Awhat-is-physical-disability&Itemid=118&limitstart=1)  
2015. 02. 22.

### **Gehbehinderung/Körperbehinderung**

Eine Körperbehinderung ist - im allgemeinen Sprachgebrauch - eine überwindbare oder dauernde Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssysteme oder einer anderen organischen Schädigung.

Körperbehinderungen machen den überwiegenden Teil der Behinderungen aus.

Die häufigsten Formen sind:

- Schädigung des zentralen Nervensystems
- Schädigung des Skelettsystems
- Fehlbildungen des Skelettsystems
- Amputationen
- Muskelsystemerkrankungen
- Entzündliche Erkrankungen der Knochen und Gelenke

[http://www.kita-portal-mv.de/documents/behinderung\\_begriff.pdf](http://www.kita-portal-mv.de/documents/behinderung_begriff.pdf)  
2014. 08. 19.

**La discapacidad motora** se define como la dificultad que presentan algunas personas para participar en actividades propias de la vida cotidiana, que surge como consecuencia de la interacción entre una dificultad específica para para manipular objetos o acceder a diferentes espacios, lugares y actividades que realizan todas las personas, y las barreras presentes en el contexto en el que se desenvuelve la persona.

Las barreras, son de distinto tipo, por ejemplo, si la dificultad de un niño o niña se refiere a la movilidad de sus extremidades inferiores, no podrá acceder autónomamente, a las dependencias de edificios o viviendas que no tengan rampas o ascensores adecuados, no podrá usar los servicios higiénicos que no estén habilitados, no podrá acceder a los medios de transporte público, difícilmente podrá practicar deportes si no están adaptados, o simplemente, trasladarse cómodamente por las calles de la ciudad las que están llenas de obstáculos. Así, más allá de sus limitaciones o dificultades físicas efectivas, las barreras de un entorno hecho por y para personas sin discapacidad, condicionarán en el niño o niña, una percepción alterada de sus posibilidades reales, y una dependencia absoluta de los otros u otras.

La discapacidad motora puede deberse a diferentes causas y se puede originar en diferentes etapas de la vida de un ser humano (pre-natal, peri-natal y post-natal), por alguno de los siguientes factores:

Factores congénitos: alteraciones durante el proceso de gestación, como malformaciones congénitas (espina bífida, amputaciones, agenesias, tumores, Parálisis Cerebral, etc).

Factores hereditarios: transmitidos de padres a hijos, como Distrofia Muscular de Duchenne, Osteogénesis Imperfecta, entre otras.

Factores adquiridos en la etapa post-natal: traumatismos, infecciones, anoxia, asfixia, accidentes vasculares, Parálisis Cerebral, etc.

*Guía de Apoyo técnico-pedagógico: necesidades educativas especiales en el nivel de educación parvularia. Necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad motora. Gobierno de Chile. Ministrério de Educación. Santiago de Chile, 2007; 2015. 04. 05.*

## **Nagyothallás**

---

A hallássérülés gyűjtőfogalom. Hallássérült személyek a nagyothallók, a siketek és a cochle- áris implantátumot viselőik. A beszéd felfogása szempontjából a legfontosabb szerepet a 250 és 4000 Hz közötti hangok érzékelése tölti be (Frerichs, 1998). A hallássérülés orvosi szempontú meghatározása a gyógypedagógiai megközelítésnél jóval tágabb. Orvosi értelemben hallássérültnek tekinthetők mindazok, akiknek hallásteljesítménye az ép hallástól eltérést mutat. Az egyoldali enyhe fokú hallásvesztés, a kétoldali kismértékű hallásvesztés, a csak az igen magas frekvenciákat érintő hallássérülés, az átmeneti hallásromlás, illetve az időskori halláscsökkenés orvosi értelemben igen, azonban gyógypedagógiai értelemben nem tartoznak a hallási fogyatékoság körébe, mivel nem vagy csak kevésbé érinti a beszédértés, beszédelsajátítás területét. „A hallássérülés gyógypedagógiai fogalma (hallási fogyatékoság) elsősorban a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes vagy annál súlyosabb fokú nagyothallást, siketséggel határos vagy siketségnek diagnosztizált

hallásvesztéséget jelent. Más megközelítésben a hallássérültek pedagógiája a hallássérült kifejezést olyan halláscsökkenésre alkalmazza, amelynek következményeként a beszédfejlődés nem indul meg, vagy a beszéd oly mértékben sérült, hogy a beszéd megindításához, korrekciójához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség.” (Farkas és Perlusz, 2000) A hangerő csökkent érzékelése szempontjából a következő kategóriák állíthatók fel a jobbik fülön főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásvesztéséget alapul véve: • enyhe fokú nagyothallás: 25–40 dB, • közepes fokú nagyothallás: 40–60, • súlyos fokú nagyothallás: 60–90 dB, • átmeneti sáv a súlyos nagyothallás és a siketség között: 90–110 dB, • siketség: 110 dB felett. (Pytel, 1996)

*Csányi Yvonne – Perlusz Andrea – Zsoldos Márta (2012): Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., 5. p*

### **Hard of hearing**

Being hard of hearing is defined as having some degree of hearing loss ranging from mild to profound. People who are hard of hearing may benefit from the use of hearing aids or other assistive listening devices. They depend primarily upon spoken language in communicating with others.

[http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET\\_DYNAMIC\\_CONVERSION&dID=152685](http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&dID=152685)

2014. 09. 05.

### **Schwerhörigkeit**

Als schwerhörig gelten Menschen, die die Umgangssprache im normalen, vom Störschall durchsetzten Umfeld nicht mehr hinreichend über das Ohr aufnehmen können, um in Gesprächs- und Unterrichtssituationen gesprochene Texte zu verstehen, ohne aber gehörlos zu sein.

*Jasmin Stieger (2004/2005): GEHÖRLOSIGKEIT*

[http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/Sozialmanagement.pdf](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/Sozialmanagement.pdf)

2014. 08. 13.

### **Hipoacusia / implicaciones de la discapacidad auditiva**

Hipoacusia leve o ligera (20-40 dB): la voz débil o lejana no es percibida. En general el niño o la niña es considerado como poco atento y su detección es importantísima antes y durante la edad escolar.

Hipoacusia media o moderada (40-70 dB): el umbral de audición se encuentra en el nivel conversacional medio. El retraso en el lenguaje y las alteraciones articulatorias son muy frecuentes.

Hipoacusia severa (70-90 dB): es necesario elevar la intensidad de la voz para que

ésta pueda ser percibida. El niño presentará un lenguaje muy pobre o carecerá de él. *Manual De Atención Al Alumnado Con Necesidades Específicas De Apoyo Educativo Derivadas De Discapacidad Auditiva. Consejería de Educación. Junta de Andalucía. In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/SENSORIAL/AUDITIVA/Discapacidad%20auditiva%20-%20Junta%20Andalucia%20-%20libro.pdf> 2014. 11. 19.*

## Neurolingvisztika

---

Az emberi agy szerkezete és az emberi agy nyelvtanának szerkezeti összefüggéseivel, valamint az agyműködés és a beszédprodukciónak, beszédértés szerveződése közötti összefüggésekkel a neurolingvisztika foglalkozik (Bánréti 1999).  
Gósy Mária (2000): *Pszicholingvisztika. Osiris Kiadó, Budapest*

### Neurolinguistics

Neurolinguistics is the interdisciplinary study of language processing in the brain, with an emphasis on the processing of spoken language when certain areas of the brain are damaged.

The journal *Brain and Language* offers this description of neurolinguistics: „human language or communication (speech, hearing, reading, writing, or nonverbal modalities) related to any aspect of the brain or brain function» (quoted by Elisabeth Ahlsén in *Introduction to Neurolinguistics, 2006*).

### Examples and Observations:

#### Interdisciplinary Nature of Neurolinguistics

„Which disciplines have to be taken into account in neurolinguistics? *Brain and Language* states that its interdisciplinary focus includes the fields of linguistics, neuroanatomy, neurology, neurophysiology, philosophy, psychology, psychiatry, speech pathology, and computer science. These disciplines may be the ones most involved in neurolinguistics but several other disciplines are also highly relevant, having contributed to theories, methods, and findings in neurolinguistics. They include neurobiology, anthropology, chemistry, cognitive science, and artificial intelligence. Thus, the humanities, and medical, natural, and social sciences, as well as technology are all represented.” (Elisabeth Ahlsén, *Introduction to Neurolinguistics. John Benjamins, 2006*)

#### Co-evolution of Language and the Brain

„It is uncontroversial, in scientific circles at least, that the human brain has undergone very rapid growth in recent evolution. The brain has doubled in size in less than one million years. The cause of this ‚runaway’ growth (Wills, 1993) is a matter of

conjecture and endless debate. A strong case can be made that the expansion of the brain was a consequence of the development of spoken language and the survival advantage that possessing a language confers. The areas of the brain that underwent greatest development appear to be specifically associated with language: the frontal lobes and the junction of the parietal, occipital and temporal lobes (the POT junction)."

(John C. L. Ingram, *Neurolinguistics: An Introduction to Spoken Language Processing and Its Disorders*. Cambridge University Press, 2007)

#### Neurolinguistics and Research in Speech Production

„The nature of neurolinguistic programmes has attracted a great deal of research in recent years, especially in relation to speech production. It is evident, for example, that the brain does not issue motor commands one segment at a time. . . . When we consider the whole range of factors that affect the timing of speech events (such as breathing rate, the movement and coordination of the articulators, the onset of vocal-fold vibration, the location of stress, and the placement and duration of pauses), it is evident that a highly sophisticated control system must be employed, otherwise speech would degenerate into an erratic, disorganized set of noises. It is now recognized that many areas of the brain are involved: in particular, the cerebellum and thalamus are known to assist the cortex in exercising this control. But it is not yet possible to construct a detailed model of neurolinguistic operation that takes all speech-production variables into account.”

Crystal, David (2010): *The Cambridge Encyclopedia of Language*, 3rd ed. Cambridge Univ. Press

<http://grammar.about.com/od/mo/g/Neurolinguistics.htm>

2014. 08. 14.

#### **Neurolinguistik**

In der experimentellen Neurolinguistik werden mit neurophysiologischen Methoden diejenigen Vorgänge im menschlichen Gehirn untersucht, die der Kognition und auch der Sprachfähigkeit zugrundeliegen. Es handelt sich somit um einen Teilbereich der kognitiven Neurowissenschaft (*Cognitive Neuroscience*). Alle psychischen Vorgänge bei Lebewesen, die in irgendeiner Weise intelligentes Verhalten bewirken können, werden als kognitive Prozesse bezeichnet und unter dem Begriff „Kognition“ zusammengefasst. Abhängig von der Entwicklungshöhe sind die jeweils für ein Lebewesen typischen Kognitionsprozesse jedoch unterschiedlich komplex. Zusätzlich bestehen die komplizierten Kognitionsleistungen zumeist aus vielen Teilprozessen des Gehirns, die nur im Zusammenspiel funktionieren. Eine der kompliziertesten und aus vielen Teilprozessen bestehende Kognitionsleistung ist die menschliche Sprachfähigkeit, die ihre Ursache in vielen Eigenschaften und Funktionen des Gehirns hat.

[http://www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/ag\\_fachber/neuroling/neurolinguistik.html](http://www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/ag_fachber/neuroling/neurolinguistik.html)

2015. 02. 22.

**La neurolingüística** es el estudio de los mecanismos neurales en el cerebro humano que controlan la comprensión, la producción, y la adquisición de la lengua. Como un campo interdisciplinario, la neurolingüística se basa la metodología y la teoría de los campos como la neurociencia, la lingüística, la ciencia cognitiva, la neurobiología, trastornos de la comunicación, la neuropsicología y la informática.

[http://centrodeartigo.com/articulos-informativos/article\\_60178.html](http://centrodeartigo.com/articulos-informativos/article_60178.html)

2014. 11. 30.

### **Pervazív fejlődési zavar**

---

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

Típusai:

F84.0 Gyerekkori autizmus (autismus infantilis)

F84.1 Atípusos autizmus

F84.2 Rett szindróma

F84.3 Egyéb gyerekkori dezintegratív zavar

F84.4 Mentális retardációval és sztereotip mozgászavarral társuló túlzott aktivitás

F84.5 Asperger szindróma

F84.8 Egyéb pervazív (átható) fejlődési zavar

F84.9 Nem meghatározott pervazív (átható) fejlődési zavar

*BNO-10 I. kötet, Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995.*

### **Pervasive developmental disorders**

**F84 Pervasive developmental disorders**

F84.0 Childhood autism

F84.1 Atypical autism

F84.2 Rett's syndrome

F84.3 Other childhood disintegrative disorder

F84.4 Overactive disorder associated with mental retardation and stereotyped movements

F84.5 Asperger's syndrome

F84.8 Other pervasive developmental disorders

F84.9 Pervasive developmental disorder, unspecified

This group of disorders is characterized by qualitative abnormalities in reciprocal social interactions and in patterns of communication, and by restricted, stereotyped, repetitive repertoire of interests and activities. These qualitative abnormalities are a pervasive feature of the individual's functioning in all situations, although they may

vary in degree. In most cases, development is abnormal from infancy and, with only a few exceptions, the conditions become manifest during the first 5 years of life. It is usual, but not invariable, for there to be some degree of general cognitive impairment but the disorders are defined in terms of *behaviour* that is deviant in relation to mental age (whether the individual is retarded or not). There is some disagreement on the subdivision of this overall group of pervasive developmental disorders.

In some cases the disorders are associated with, and presumably due to, some medical condition, of which infantile spasms, congenital rubella, tuberous sclerosis, cerebral lipidosis, and the fragile X chromosome anomaly are among the most common.

However, the disorder should be diagnosed on the basis of the behavioural features, irrespective of the presence or absence of any associated medical conditions; any such associated condition must, nevertheless, be separately coded. If mental retardation is present, it is important that it too should be separately coded, under F70-F79, because it is not a universal feature of the pervasive developmental disorders.

*ICD-10*

2014. 09. 05.

### **Tief greifende Entwicklungsstörungen**

Diese Gruppe von Störungen ist gekennzeichnet durch qualitative Abweichungen in den wechselseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern und durch ein eingeschränktes, stereotypes, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten. Diese qualitativen Auffälligkeiten sind in allen Situationen ein grundlegendes Funktionsmerkmal des betroffenen Kindes. Sollen alle begleitenden somatischen Zustandsbilder und eine Intelligenzminderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

*Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD-10). Revision, Bundesministeriums für Gesundheit*

2015. 02. 22.

**Los trastornos generales del desarrollo (TGD) (CIE F-84):** se trata de un conjunto de trastornos caracterizados por retrasos y alteraciones cualitativas en el desarrollo de las áreas sociales, cognitivas y de comunicación, así como un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de conductas, intereses y actividades. En la mayoría de casos, el desarrollo es atípico o anormal, desde las primeras edades siendo su evolución crónica. Sólo en contadas ocasiones las anomalías se presentan después de los cinco años de edad. Los T.G.D. comprenden un amplio conjunto de trastornos. Algunas clasificaciones diagnósticas como el C.I.E.-10 (Clasificación multiaxial de los Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes) intentan poner cierto orden y permiten el diagnóstico diferencial dentro de los T.G.D. en función de la discriminación de los diferentes síntomas. A saber distingue entre: Autismo Infantil, Autismo atípico, Síndrome de



Rett, Otros trastornos desintegrativos de la Infancia, Trastorno Hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados, Síndrome de Asperger, Otros Trastornos Generalizados del desarrollo y Trastorno generalizado del desarrollo sin especificar.  
<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdcaracteristicas/>  
 2014. 11. 26.

### **Pre-, peri- és posztnatális ártalmak**

A mentális retardáció etiológiája rendkívül heterogén. A háttérben álló okok lehetnek öröklött, genetikai ártalmak vagy pre-, peri-, vagy posztnatális életben szerzett betegségek.

Az értelmi fogyatékosághoz vezető okok között a prenatálisan ható exogén vagy endogén ártalmak említendők: intrauterin infekciók, taratogén ártalmak (pl. magzati alkohol szindróma), anyai szervi vagy anyagcserebetegségek (pl. súlyos szív-, vagy tüdőbetegségek, anyai PKU stb.).

A perinatális időszakban súlyos agyi károsodást és következményes mentális retardációt okozhatnak az elhúzódó szülés, a következményes hipoxia, a koraszülés, asphyxia, agyvérzés, szülés alatt szerzett infekció (pl. herpes simplex).

A posztnatális ártalmak lehetnek központi idegrendszeri infekciók, agyvérzés, koponyasérülés, stb.

*Szabó Gabriella (2013): Szubtelomerikus kromoszóma átrendeződések kimutatása és a Smith-Lemli-Opitz szindróma genetika és biokémiai eltéréseinek vizsgálata mentálisan retardált betegekben. Debreceni Egyetem, Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola. Debrecen. Ph.D értekezés. 3–4. p*

[https://www.google.hu/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Szab%C3%B3+Gabriella+\(2013\)%3A+Szubtelomerikus+kromosz%C3%B3ma+%C3%A1trendez%C5%91d%C3%A9sek+kimutat%C3%A1sa+%C3%A9s+a+Smith-Lemli-Opitz+szindr%C3%B3ma+genetika+%C3%A9s+biok%C3%A9miai+elt%C3%A9r%C3%A9seinek+vizsg%C3%A1lata+ment%C3%A1lisan+retard%C3%A1lt+betegekben.](https://www.google.hu/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Szab%C3%B3+Gabriella+(2013)%3A+Szubtelomerikus+kromosz%C3%B3ma+%C3%A1trendez%C5%91d%C3%A9sek+kimutat%C3%A1sa+%C3%A9s+a+Smith-Lemli-Opitz+szindr%C3%B3ma+genetika+%C3%A9s+biok%C3%A9miai+elt%C3%A9r%C3%A9seinek+vizsg%C3%A1lata+ment%C3%A1lisan+retard%C3%A1lt+betegekben.)

2015. 05. 13.

### **Pre-, peri- and post-natal disease**

Pre: Physical teratogens among the oldest known mutagenicity of X-ray radiation, which causes severe chromosomal aberrations. Ionizing radiation, trauma addition, also give rise to differences.

Chemical teratogens very broad. This includes the drug-chemical effects of malnutrition due to deficiency diseases, consumer goods (alcohol, coffee, cigarettes, LSD ...) - which may be associated with developmental disorders as well.

Virus and mycoplasma infections of the rubella virus cytomegalia in the central nervous system play a role in triggering inflammation. The toxoplasmosis common infectious disease that can cause fetal harm.

peri: Which covers the period around childbirth over. This includes hypoxia during childbirth, mechanical trauma, hyperbilirubinemia. The first birth trauma infants substantial, but the late-born children may also experience more complications of childbirth (pool location, maternity long time).

Post: Occurring in the aftermath of a birth injury, illness can be caused disability changes. The most important of those accidents are the injuries that reach the skull and the senses, or cause bleeding within the skull.

<https://books.google.hu/books?id=FFmsbicGZEkC&printsec=frontcover&dq=Neurological,+Psychiatric,+and+Developmental+Disorders+meeting+the+challenge+in+the++developing+world&hl=hu&sa=X&ei=rTFPVZ3B-Fom9yPWjoAY&ved=0CB4Q6AEwAA#v=onepage&q=Neurological%2C%20Psychiatric%2C%20and%20Developmental%20Disorders%20meeting%20the%20challenge%20in%20the%20developing%20world&f=false>  
2014. 08. 23.

### **Prä-peri-postnatale Schädigung**

#### *Pränatale Schädigung*

- Infektionen der Mutter
  - Toxoplasmose, virale Infekte wie Röteln, Herpes, Mumps, Poliomyelitis, Influenza, bakterielle Infekte wie Lues, Listeriose
- Sauerstoffmangel mit Embryopathie
- Toxische Schäden insbesondere durch:
  - potentiell ototoxische Medikamente wie bestimmte Antibiotika, Salicylate, Zytostatika, Chinin
  - Alkohol und Drogen

#### *Perinatale Schädigung*

- Asphyxie, Hypoxie
- Frühgeburtlichkeit
- Hyperbilirubinämie

#### *Postnatale Schädigung*

- Infektionskrankheiten
- Toxische Schäden
- Traumata

*Thiel, M. M. (2000): Logopädie bei kindlichen Hörstörungen*

### **Factores de riesgo prenatales**

- *Edad de la madre*: aquellas mujeres mayores de 36 años y menores de 16 tienen una mayor probabilidad de tener un hijo con algún tipo de problema médico. En concreto, lo más común es un peso menor en el bebé, y especialmente las adolescentes.
- *Atención prenatal*: ocurre en determinadas situaciones que hay mujeres que, bien sea por desconocimiento o por opinión personal, no usan los servicios de asistencia sanitaria prenatal. Esta falta de atención prenatal puede ocasionar un mayor riesgo de que se rompan antes de tiempo las membranas amnióticas, dando lugar a un bebé prematuro y de bajo peso al nacer.
- *Problemas de salud de la madre*: existen una serie de enfermedades de la madre que aumentan considerablemente el riesgo de que el bebé, al nacer, tenga algún tipo de problema. Las más destacadas son la epilepsia, la diabetes o el VIH.
- *Salud y nutrición de la madre*: ambos aspectos tienen efectos considerables la salud del bebé (por ejemplo, una dieta rica en grasas y baja en proteínas puede provocar enfermedades cardiovasculares en el bebé). Una vitamina importante que la madre debe añadir en su dieta como suplemento alimenticio, principalmente durante el primer trimestre de la gestación, es el ácido fólico, ya que puede reducir la incidencia de un tipo de defecto como es la espina bífida.
- *Consumo de tabaco, alcohol u otras drogas durante el embarazo*: el tabaco es el factor de riesgo más importante para que el bebé tenga bajo peso al nacer, y aunque no está asociado con malformaciones importantes del feto, si que existe relación entre el consumo de tabaco por parte de las madres gestantes y un aumento del número de abortos y mortalidad perinatal, además de alteraciones del crecimiento, de la capacidad cognitiva y del desarrollo pulmonar del bebé.
- Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol durante el embarazo puede dar lugar al llamado Síndrome Alcohólico fetal, que se caracteriza por una serie de alteraciones en el bebé tales como bajo peso al nacer, defectos en el corazón o microcefalia, entre otros.
- Finalmente, el consumo de drogas (como la cocaína y la metanfetamina) por parte de la mujer embarazada, también se asocia con problemas en el desarrollo del bebé, como pueden ser bajo peso al nacer o un menor perímetro craneal y tamaño del bebé. Puede ocurrir que también se den ciertas anomalías neurológicas o urogenitales, así como a nivel de la conducta.
- *Infecciones*: las cinco infecciones congénitas más comunes son: la toxoplasmosis, la rubéola, el citomegalovirus, el herpes y la sífilis.

<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-prenatales>  
2015. 07. 07.

### **Factores de riesgo perinatales**

- *Prematuridad*: para determinar si un bebé es prematuro o no, se deben diferenciar los tiempos de gestación debido a las distintas repercusiones que pueden tener para el recién nacido. Así, se entiende como parto a término aquel que se da entre las 37 y las 42 semanas de gestación; parto prematuro sería aquel que nace antes de las 37 semanas y parto postmaduro, aquel que nace con más de 42 semanas de gestación.
- *Bajo peso al nacer*: del mismo modo que hay que comprobar los tiempos de gestación para ver los posibles efectos en el desarrollo del bebé, también se debe tener en cuenta su peso. De este modo, diferenciamos niños con bajo peso (cuando nace con un peso comprendido entre los 1.500 y los 2.500 gramos), muy bajo peso (el bebé nace con un peso entre los 1.000 y los 1.500 gramos) y extremadamente bajo (un peso menor a 1.000 gramos).
- Entre los factores que se observan como posibles causantes de la prematuridad del bebé y del bajo peso al nacer nos encontramos con embarazos múltiples, algún tipo de infección materna durante el embarazo, factores genéticos, consumo de drogas y tabaco o problemas de nutrición por parte de la madre.
- *Problemas respiratorios*: el problema más importante del niño prematuro es el Síndrome de Distress Respiratorio, el cual consiste en una insuficiencia respiratoria debida a la falta de una lipoproteína (que se comienza a producir en cantidades suficientes a partir de la semana 34) que recubre la superficie de los alvéolos pulmonares y evita que se colapsen durante la respiración normal.
- Tras recibir tratamiento para esta insuficiencia respiratoria, muchos niños desarrollan una enfermedad crónica denominada displasia broncopulmonar, teniendo más probabilidad de padecerla aquellos niños que estén más de 30 días con respiración asistida o con un peso inferior a 1.250 gramos (además, suelen presentar algún tipo de retraso en el desarrollo o problemas de lenguaje según van creciendo).
- Por otro lado, los bebés prematuros también pueden sufrir apnea: un patrón respiratorio irregular que se caracteriza por pausas prolongadas debido a que el Sistema Nervioso Central aún está inmaduro o presenta algún tipo de daño.
- *Asfixia perinatal*: es debida a una disminución de la cantidad de oxígeno que se produce y se envía al flujo sanguíneo cerebral del bebé. Se evidencia dando una puntuación baja en el test de APGAR, mostrando el bebé cierta irritabilidad, respuestas exageradas o pérdida de sensibilidad y tono muscular bajo. También pueden aparecer convulsiones persistentes y graves e incluso el coma.
- Las causas pueden ser varias, entre las que se deben mencionar los problemas con la placenta o el cordón umbilical, parto difícil o bebé demasiado grande.

Aquellos niños con un problema de este tipo pueden presentar desde cierta hipotonía general hasta retraso evolutivo y parálisis cerebral.

- *Problemas metabólicos*: son los niños que presentan bajo peso al nacer o prematuridad aquellos que son más susceptibles a padecer problemas de este tipo. Las deficiencias pueden darse en productos esenciales para el metabolismo cerebral (como la glucosa) o la insuficiencia de minerales como el calcio, potasio, sodio, fósforo, hierro y magnesio. No obstante, existen programas de screening para detectar estas posibles alteraciones metabólicas, como la prueba del talón.
- *Hiperbilirrubinemia*: la mayoría de los bebés desarrollan algún grado de ictericia, la cual se debe a una elevada cantidad de bilirrubina (pigmento amarillo que se produce cuando se descomponen los glóbulos rojos de la sangre). En el caso de bebés prematuros y bebés de bajo peso con niveles de bilirrubina elevados existe un mayor riesgo de parálisis cerebral e hipoacusia neurosensorial.

<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-perinatales>  
2014. 12. 01.

### **Factores de riesgo postnatales**

- *Factores de riesgo ambiental*: entre los factores de riesgo ambiental nos encontramos aquellos casos donde la calidad del apego entre padres e hijos. Éste es un factor muy importante ya que la relación más importante en la vida de un niño es aquella que tiene con sus padres (en especial con la madre).
- El estatus socioeconómico de la familia también es algo que puede repercutir en la evolución del niño, ya que tienen más posibilidades de generar algún tipo de enfermedad cardíaca o alguna enfermedad mental y/o física. Se cree que es debido al estrés y a las carencias que pueden provenir de este tipo de situación.
- También nos encontramos dentro de los factores de riesgo ambiental la adecuación de la red de apoyo familiar, especialmente en aquellos casos de embarazos adolescentes ya que, a pesar de llegar a ser madres maravillosas, necesitan un gran apoyo familiar y social para cuidar de sus pequeños, tanto a nivel económico como a nivel emocional.
- *Factores de tipo biológicos*: podemos encontrarnos con factores de tipo biológico que afectan a su crecimiento. Bien sea por su prematuridad al nacer o por tener algún tipo de discapacidad, pueden existir problemas a la hora de tener una nutrición adecuada.
- Podemos observar falta de crecimiento en niños que, por distintos motivos, no llegan a alcanzar el peso o la talla esperada para su edad cronológica. Podemos diferenciar dos tipos de interrupción: la orgánica (es decir, aquella

que se puede identificar por una razón de tipo médico, como pueden ser la poca coordinación de los órganos encargados de llevar a cabo la deglución, es decir: labios, lengua..., o el reflujo gastroesofágico) o no orgánica (donde nos podemos encontrar con la privación materna y/o el abandono ambiental).

- Las crisis convulsivas son otro tipo de factores de tipo biológico que pueden afectar al correcto desarrollo del niño. Dichas crisis son contracciones musculares que se suceden como consecuencia de descargas eléctricas anormales en las neuronas cerebrales. El origen de las convulsiones es muy variada, siendo la epilepsia la más frecuente.
- Dentro de las convulsiones que se pueden dar en el niño, podemos diferenciar:
  - *Crisis de ausencia*: también llamada petit mal, ya que no se acompaña de ningún tipo de convulsión. Ocurre de forma repentina y origina una pérdida de conciencia en el niño de entre unos 5 y 15 segundos. Puede acompañarse de movimientos de los párpados o músculos de la cara, dilatación de pupilas y cambio del color de la cara.
  - *Crisis tónico-clónicas*: las crisis generalizadas se producen en un 4%-10% de todos los casos de epilepsia, llegando a durar esta crisis varios minutos. En primer lugar se da una pérdida de conciencia y rigidez de todo el cuerpo (fase tónica); seguidamente se da una fase donde existen movimientos del cuerpo en forma de sacudidas rítmicas (fase clónica) para terminar en un profundo sueño.
  - *Convulsiones febriles*: este tipo de convulsiones suelen estar asociadas con enfermedades respiratorias de fiebre alta, infecciones del oído, gripe y la vacuna contra tétano-difteria-tos ferina.
  - *Crisis neonatales*: en los recién nacidos, estas crisis suelen ser espasmos que se limitan a un único brazo o pierna, sacudida rápida en un grupo de músculos o una desviación tónica del tronco o de los ojos, de modo que no resultan fáciles de diagnosticar.
  - *Espasmos infantiles*: a este tipo de convulsiones también se les conoce como Síndrome de West. En él se dan una serie de movimientos rápidos de extensión y flexión en los que el cuerpo repetidamente se desplaza hacia delante y pueden producirse en intervalos de 10 minutos.
  - Otras enfermedades graves como la meningitis, las lesiones por accidentes y daño (por ejemplo, la afasia infantil) o lesiones no accidentales (como el abuso o maltrato infantil) son también factores de riesgo que se pueden dar después del embarazo.

<http://www.bebesymas.com/salud-infantil/factores-de-riesgo-postnatales>

2014. 12. 01.

## **Pszicholingvisztika**

---

„George Miller több mint tíz évvel az új tudományág deklarált életre hívása után úgy érzi, ez a távlat már lehetővé teszi a pszicholingvisztika pontos definícióját. Töbör megfogalmazásában ez a következő: a pszicholingvisztika feladata, hogy leírja azokat a folyamatokat, amelyek az emberben végbemennek, miközben mondatokat használ. Még egyszerűbben fogalmazva: a pszicholingvisztika a nyelvhasználat közben végbemenő folyamatokat kívánja megismerni. Mit jelent itt a nyelvhasználat? Valamennyi olyan folyamatot, amelynek működése a nyelvvel kapcsolatos; ilyen tehát a beszélés, az elhangzó beszéd megértése, a beszéd elsajátítása, egy idegen nyelv megtanulása, a kóros nyelvhasználat, avagy az írás, az olvasás, a fogalmazás.”

*Gósy Mária (2005): Pszicholingvisztika. Osiris Kiadó, Budapest*

### **Psycholinguistics**

Etymology:

From the Greek, „mind” + the Latin, „tongue”

„Psycholinguistics . . . draws on ideas and knowledge from a number of associated areas, such as phonetics, semantics and pure linguistics. There is a constant exchange of information between psycholinguists and those working in neurolinguistics, who study how language is represented in the brain. There are also close links with studies in artificial intelligence. Indeed, much of the early interest in language processing derived from the AI goals of designing computer programs that can turn speech into writing and programs that can recognize the human voice.”

*(Psycholinguistics: A Resource Book for Students. John Field, Routledge, 2003)*

„Psycholinguistics has classically focused on button press tasks and reaction time experiments from which cognitive processes are being inferred. The advent of neuroimaging opened new research perspectives for the psycholinguist as it became possible to look at the neuronal mass activity that underlies language processing. Studies of brain correlates of psycholinguistic processes can complement behavioral results, and in some cases . . . can lead to direct information about the basis of psycholinguistic processes.”

<http://grammar.about.com/od/pq/g/psycholinguisticsterm.htm>

2014. 08. 14.

### **Psycholinguistik**

Psycholinguistik (synonym: Sprachpsychologie) erforscht das kognitive (mentale) System, das den Sprachgebrauch erlaubt.

Teilgebiete der Psycholinguistik

Können danach klassifiziert werden, was wir mit Sprache machen:

1. Spracherwerb
  - Erstspracherwerb
  - Zweitsprachlernen
2. Sprachverstehen
  - auditives Sprachverstehen (Hören)
  - visuelles Sprachverstehen (Lesen)
  - somatosensibles Sprachverstehen (Lesen)
3. Sprachproduktion
  - Sprechen
  - Schreiben
  - Zeichensprache

Typische Fragestellungen in der Psycholinguistik

  - Wie erwerben Kinder ihre Muttersprache (Erstspracherwerb)?
  - Wie lernt man eine Fremdsprache (Zweitsprachlernen)?
  - Wie ist die Sprache im Laufe der menschlichen Evolution entstanden?
  - Wieso gibt es individuelle Unterschiede in der Sprachentwicklung und -verwendung?
  - Denken wir in Sprache?
  - Besitzt nur der Mensch Sprache oder gibt es auch Tiere, die übersprachliche Fähigkeiten verfügen?
  - Wie wird der kontinuierliche akustische Strom in Teile, insbesondere Wörter, zerlegt?
  - Wie lange dauert es, ein Wort zu verstehen?
  - Wie werden mehrdeutige Wörter verstanden?
  - Wird beim leisen Lesen die phonologische Form eines Wortes aktiviert?
  - Wie wird aus den einzelnen Wörtern, die einen Satz ausmachen, beim Sprachverstehen eine zusammenhängende syntaktische Struktur aufgebaut?

[http://ling.uni-konstanz.de/pages/allgemein/study/introoling06/Psycholing\\_1\\_handout.pdf](http://ling.uni-konstanz.de/pages/allgemein/study/introoling06/Psycholing_1_handout.pdf)

2014. 08. 19.

**La psicolingüística** es una disciplina que trata de descubrir cómo se produce y se comprende el lenguaje por un lado y cómo se adquiere y se pierde el lenguaje por otro. Muestra, por tanto, interés por los procesos implicados en el uso del lenguaje.

Es, además, ciencia experimental: exige que sus hipótesis y conclusiones sean contrastadas sistemáticamente con datos de la observación de la conducta real de los hablantes en situaciones diversas.



Objetivos de la la Psicolingüística:

Son básicamente dos:

1. Análisis de las actividades de producción y comprensión del lenguaje.
2. Estudio de aspectos evolutivos y patológicos de la lengua.

*Conde, Xavier Frías (2002): Introducción a la Psicolingüística. Ianua. Revista Philologica Romanica; 2015. 02. 15.*

## **Pszichológia**

---

A pszichológiát úgy határozhatjuk meg, mint a viselkedés és a mentális folyamatok tudományos tanulmányozását.

Főbb területei:

**Biológiai pszichológia** – Ez azok területe, akik biológiai nézőpontból közelítenek a pszichológiához. A biológiai pszichológusok (vagy fiziológiai pszichológusok) a biológiai folyamatok és a viselkedés közti kapcsolatok feltárására törekednek.

**Kísérleti pszichológia** – A kísérleti pszichológus általában behaviorista vagy kognitív pszichológus, aki kísérleti módszereket használ olyan kérdések vizsgálatára, hogy hogyan reagálnak az emberek (és az állatok) az érzékleti ingerekre, hogyan észlelik a világot, hogyan tanulnak és emlékeznek, és milyen érzelmi reakcióik vannak.

**Fejlődés-, szociál- és személyiségpszichológia** – E három terület között átfedés van. A fejlődéspszichológusok azzal foglalkoznak, hogy hogyan fejlődik az ember, és milyen tényezők befolyásolják a viselkedést a születéstől az öregkorig. Egyesek egy-egy területre specializálódnak, például a gyermek nyelvi képességeinek fejlődésére vagy valamely életkorra, például a csecsemőkorra, óvodáskorra vagy a serdülőkorra. A fejlődéslélektan nagy részben szociálpszichológia is. A szociálpszichológusokat az érdekli, hogy a más személyekkel való kapcsolatok hogyan befolyásolják az attitűdöket és a viselkedést. Ugyancsak foglalkoznak a csoportok viselkedésével. Amilyen mértékig a személyiség a fejlődés és a társas hatások eredménye, olyan mértékig fedi át a személyiségpszichológia az előző két területet. A személyiségpszichológusokat az egyének közti különbségek foglalkoztatják. Az érdekli őket, hogy gyakorlati szempontból hogyan lehetne besorolni az embereket csoportokba, és az is, hogy milyen teljesen egyedi tulajdonságaik vannak az egyes embereknek.

**Klinikai pszichológia és tanácsadás** – A pszichológusok többsége klinikai pszichológus, ami azt jelenti, hogy pszichológiai elveket használnak érzelmi és viselkedési problémák feltárására és gyógyítására. A lelki betegségek, a fiatalkori bűnözés, a kábítószerfüggés, az értelmi fogyatékoság, a családi vagy házassági konfliktusok és más kevésbé súlyos problémák megoldásával foglalkoznak. Sok klinikai

pszichológus pszichoanalitikus megközelítést alkalmaz, bár a behaviorista, kognitív és fenomenológiai nézőpont is gyakori. A tanácsadó pszichológusok hasonló munkát végeznek, mint a klinikai pszichológusok, de általában kevésbé súlyos problémákkal foglalkoznak. Legtöbbjük iskolásoknak vagy egyetemistáknak ad tanácsokat a társas beilleszkedéssel és a pályaválasztással kapcsolatban.

Iskola- és szervezetszichológia – Mivel a komoly érzelmi problémák kezdetét gyakran kisiskoláskorban kell keresni, számos általános iskola olyan pszichológusokat alkalmaz, akiknek szaktudása a gyermekek fejlődésével, a neveléssel és a klinikai pszichológiával kapcsolatos ismereteket kombinálja. Ezek az iskolapszichológusok egyénileg foglalkoznak a gyermekekkel tanulási és érzelmi problémák feltárása céljából. Ezzel szemben a neveléslélektannal foglalkozók a tanulás és a tanítás szakemberei. Néha iskolákban dolgoznak, legtöbbször azonban az egyetemi pedagógiai tanszékek alkalmazzák őket, ahol az oktatási módszerekkel kapcsolatos kutatásokat végeznek, valamint részt vesznek a tanárok és az iskolapszichológusok képzésében.

Munka- és szervezetszichológia – A szervezetszichológusok általában egy adott vállalatnál dolgoznak. Olyan kérdésekkel foglalkoznak például, hogy hogyan kell kiválasztani egy adott állásra a legmegfelelőbb embereket, munkaköri betanítási programokat szervezni, és részt vesznek azokban a vezetői döntésekben, melyek a dolgozók hangulatával és motiválásával kapcsolatosak. A munkapszichológusok (ezeket időnként ergonómusoknak is nevezik) azzal foglalkoznak, hogy minél kielégítőbbé tegyék az emberek és gépek közötti kapcsolatot; olyan gépeket segítenek tervezni, melyek minimálisra csökkentik az emberi hibázást.

*Atkinson, R.L. – Atkinson, R.C. – Smith, E.E. – Bem D.J. – Nolen-Hoeksema, S. (1999): Pszichológia. Osiris, Budapest*

## **Psychology**

Psychology is the scientific study of mind and behavior. The word psychology comes from the Greek words “psyche”, meaning life, and “logos”, meaning explanation.

The psychology fields, his descriptions and career opportunities.

Biopsychology and neuroscience: This field examines the physiological bases of behavior in animals and humans by studying the functioning of different brain areas and the effects of hormones and neurotransmitters on behavior. (Most biopsychologists work in research settings—for instance, at universities, for the federal government, and in private research labs.)

Clinical and counseling psychology: These are the largest fields of psychology. The focus is on the assessment, diagnosis, causes, and treatment of mental disorders. (Clinical and counseling psychologists provide therapy to patients with the goal of improving their life experiences. They work in hospitals, schools, social agencies, and in private practice. Because the demand for this career is high, entry to academic programs is highly competitive.)

**Cognitive psychology:** This field uses sophisticated research methods, including reaction time and brain imaging to study memory, language, and thinking of humans. (Cognitive psychologists work primarily in research settings, although some (such as those who specialize in human-computer interactions) consult for businesses.)

**Developmental psychology:** These psychologists conduct research on the cognitive, emotional, and social changes that occur across the lifespan. (Many work in research settings, although others work in schools and community agencies to help improve and evaluate the effectiveness of intervention programs such as Head Start.)

**Forensic psychology:** Forensic psychologists apply psychological principles to understand the behavior of judges, attorneys, courtroom juries, and others in the criminal justice system. (Forensic psychologists work in the criminal justice system. They may testify in court and may provide information about the reliability of eyewitness testimony and jury selection.)

**Health psychology:** Health psychologists are concerned with understanding how biology, behavior, and the social situation influence health and illness. (Health psychologists work with medical professionals in clinical settings to promote better health, conduct research, and teach at universities.)

**Industrialorganizational and environmental psychology:** Industrial-organizational psychology applies psychology to the workplace with the goal of improving the performance and well-being of employees. (There are a wide variety of career opportunities in these fields, generally working in businesses. These psychologists help select employees, evaluate employee performance, and examine the effects of different working conditions on behavior. They may also work to design equipment and environments that improve employee performance and reduce accidents.)

**Personality psychology:** These psychologists study people and the differences among them. The goal is to develop theories that explain the psychological processes of individuals, and to focus on individual differences. (Most work in academic settings, but the skills of personality psychologists are also in demand in business—for instance, in advertising and marketing. PhD programs in personality psychology are often connected with programs in social psychology.)

**School and educational psychology:** This field studies how people learn in school, the effectiveness of school programs, and the psychology of teaching. (School psychologists work in elementary and secondary schools or school district offices with students, teachers, parents, and administrators. They may assess children's psychological and learning problems and develop programs to minimize the impact of these problems.)

**Social and crosscultural psychology:** This field examines people's interactions with other people. Topics of study include conformity, group behavior, leadership, attitudes, and person perception. (Many social psychologists work in marketing, advertising, organizational, systems design, and other applied psychology fields.)

Sports psychology: This field studies the psychological aspects of sports behavior. The goal is to understand the psychological factors that influence performance in sports, including the role of exercise and team interactions. (Sports psychologists work in gyms, schools, professional sports teams, and other areas where sports are practiced.)

*Stangor, Charles (2006) Introduction to Psychology. Flat World Knowledge. 10. p. and 40-42. pp.*

### **Psychologie**

Psychologie ist die Wissenschaft, die sich mit der Beschreibung und Analyse des Verhaltens und der geistigen Prozesse befasst.

Wichtige Teilgebiete der Psychologie:

Biologische Psychologie. Biologische Psychologen (auch: Physiologische Psychologen) suchen nach Beziehungen zwischen biologischen Prozessen und dem Verhalten.

Allgemeine Psychologen untersuchen mit Hilfe von experimentellen Methoden, wie Menschen und andere Lebewesen auf sensorische Reize reagieren, die Welt wahrnehmen, lernen, erinnern, denken und fühlen.

Entwicklungspsychologen befassen sich mit der menschlichen Entwicklung und den Faktoren, die das Verhalten von der Geburt bis ins Alter formen.

Sozialpsychologen interessieren sich dafür, wie Menschen ihre soziale Umwelt wahrnehmen und interpretieren und wie die reale oder imaginierte Gegenwart anderer ihre Überzeugungen, Gefühle und Verhaltensweisen beeinflusst.

Persönlichkeitspsychologen untersuchen die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen, die den persönlichen Stil im Umgang mit der Welt ausmachen.

Klinische Psychologen diagnostizieren und behandeln psychische und verhaltensbezogene Probleme nach psychologischen Prinzipien.

*Smith, Edward E. – Nolen-Hoeksema, Susan – Fredrickson, Barbara L. – Loftus, Geoffrey R. Bem, D.J – Maren, S. –Grabowski, Joachim In: Atkinson (2007): Hilgards Einführung in die Psychologie. Spektrum Akademischer Verlag*

**La psicología** es la ciencia que estudia la conducta de los individuos y sus procesos cognitivos y fisiológicos, incluyendo las influencias que se producen en su entorno físico y social. Entendemos por todos aquellos actos de un organismo que pueden ser conducta observados y registrados. Se entiende por el conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la cognición recepción de estímulos y la respuesta a éstos.

Desde los datos aportados por los sentidos, o datos de entrada, pasando por todas las etapas internas de retraducción, elaboración y almacenamiento para su utilización posterior, la Psicología ha descrito una serie de etapas interdependientes, los procesos

cognitivos, que definen diferentes momentos del procesamiento, los fundamentales son: percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia.

Los son acciones funcionales (respuestas) de los sistemas, procesos fisiológicos aparatos o tejido celular de un organismo vivo que se desencadenan ante estímulos biológicos, físicos o químicos con el fin de regular biológicamente ese organismo.

Estudia las influencias que tanto el como el en que se mueve el entorno físico social individuo afectan a su comportamiento y a sus procesos mentales.

*Introducción a la Psicología.*

*In: <http://iesjmbza.educa.aragon.es/Documentos/Distancia/minimos%20tema1.pdf>  
2014. 11. 22.*

## **Pszichopedagógia**

---

A gyógypedagógia azon ága, amely a teljesítmény- és viselkedészavarokkal küzdők közül a gyermekek és fiatalok gyógyító nevelésével foglalkozik.

*Volentics Anna (2001): Pszichopedagógia (szócikk). In: Mesterházi Zsuzsa Gyógypedagógiai lexikon, ELTE BGGYFK, Budapest*

A gyógypedagógia azon ága, mely a különböző okok miatt súlyos érzelmi sérülések következményeként viselkedési és teljesítményzavarokat mutató gyermekekkel foglalkozik. *Rózsáné Czigány Enikő (2004): A pszichopedagógia létjogosultsága az egészségügyben. In: Gordosné Szabó Anna: Gyógyító pedagógia. Medicina Könyvkiadó, Budapest*

## **Psycho-pedagogy**

Psychopedagogy is a combination of two main branches of study, Pedagogy and Psychology. Traditionally understood psychopedagogy is a scientific discipline that concentrates on searching the psychical processes connected with upbringing, education and formation. Close to educational and developmental psychology, it is a discipline that uses methods of psychology as a basic discipline and analyses educational situation from its own point of view. On the other hand it is considered a pedagogical discipline and using the methods characteristic for pedagogy, it possesses the characteristics of applied science. In its area many projects of pedagogical therapy, psycho-educational training, educational and self-educational programmes, etc. have been designed.

*[http://www.kul.pl/chair-of-psychopedagogy.art\\_14520.html](http://www.kul.pl/chair-of-psychopedagogy.art_14520.html)*

Psycho-pedagogical knowledge has been specified and consolidated in recent years, as one of the fundamental elements of the structure of support of the educational system. In such a way that the current Higher Education Act includes among the principles of education in our country (Valencia – Editor’s Note): the “educational

and professional orientation of students”; “education for conflict prevention and for the pacified decision of students” or “the development of the effective equality between men and women”. Those proposals have been developed in much more detail in the regulations that regularise the primary and secondary schools, by means of the creation of Pedagogical Coordination Committees and those of Orientation Departments. All of these have consolidated the figure of the educational psychologist, to such an extent that it has been turned into a fundamental element of the intervention with the students, firmly established in the structure of the educational system. The professional of the Educational Psychology focuses its functions on the educational processes of orientation and teaching, learning, by developing its task in a wide range of occupations, both in the educational and socio-labour environment.

[http://www.uv.es/uvweb/futuros\\_estudiantes/en/oferta-postgrau/master-1285848941532/Titulacio.html?id=1285859343205](http://www.uv.es/uvweb/futuros_estudiantes/en/oferta-postgrau/master-1285848941532/Titulacio.html?id=1285859343205)

Traditionally understood psychopedagogy is a scientific discipline that concentrates on searching the psychical processes connected with upbringing, education and formation. Close to educational and developmental psychology, it is a discipline that uses methods of psychology as a basic discipline and analyses educational situation from its own point of view. On the other hand it is considered a pedagogical discipline and using the methods characteristic for pedagogy, it possesses the characteristics of applied science. In its area many projects of pedagogical therapy, psycho-educational training, educational and self-educational programmes, etc. have been designed.

[http://www.kul.pl/chair-of-psychopedagogy/art\\_14520.html](http://www.kul.pl/chair-of-psychopedagogy/art_14520.html)  
2014. 08. 14.

### ***Psychopädagogischen Ansatz:***

Pädagogische Psychologie ist ein Teilgebiet der Psychologie, das sich mit der Beschreibung und Erklärung der psychologischen Komponenten von Erziehungs-, Unterrichts- und Sozialisationsprozessen, einschließlich ihrer Formen und Situationen, befasst. Die Erkenntnisse der Pädagogischen Psychologie werden zur Optimierung pädagogischen Handelns bzw. zu seiner zielbezogenen Veränderung anzuwenden versucht. Der Aufgaben- und Anwendungsbereich der Pädagogischen Psychologie umfasst alle Sozialfelder und Institutionen der Erziehungs-, Bildungs- und Sozialisationssysteme unterschiedlicher Gesellschaften und Kulturen.

[http://de.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4dagogische\\_Psychologie](http://de.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4dagogische_Psychologie)

Themen der Pädagogischen Psychologie sind – wie bereits aus der Definition dieses Faches hervorgeht – die Optimierung von Erziehung, von Förderung, Unterricht und Lehre in Vorschule, Schule, Hochschule, in der Erwachsenenbildung sowie im Elternhaus. Erkenntnisse der Pädagogischen Psychologie kommen in der

Erziehungsberatung, der Schulpsychologie und allgemein in der Beratungspsychologie zum Einsatz. Voraussetzung dafür ist u. a. die Kenntnis der pädagogisch-psychologischen Diagnostik, der Lern- und Instruktionspsychologie, der entwicklungspsychologischen Gegebenheiten beim Kind, der sozialpsychologischen Einflüsse in den jeweiligen Kontexten der verschiedenen Institutionen sowie der spezifischen Gegebenheiten bei Erziehern, Lehrern und Eltern. Weitere Themen der Pädagogischen Psychologie sind:

1. Interaktion: Grundlegende, pädagogisch relevante Perspektiven aus dem Blickwinkel der Psychologie sind z. B. Sozialisationstheorien des Menschen, die Interaktionen von Eltern und Kind bzw. die Lehrer-Schüler-sowie die Schüler-Schüler-Interaktion und deren Folgen für die daran beteiligten Personen (Kinder, Eltern; Schüler, Lehrkräfte). Die Pädagogische Psychologie nutzt dabei entwicklungspsychologische und sozialpsychologische Erkenntnisse.
2. Intervention, Prävention, Förderung: Einen weiteren Aspekt der Pädagogischen Psychologie bilden Prävention und Intervention, die in Vorschulförderungsprogrammen, Förderprogrammen für Schüler mit Lernstörungen oder mit Verhaltensauffälligkeiten und auch in der Begabtenförderung zum Ausdruck kommen. Dabei werden verschiedene Aspekte des Lernens wie selbstreguliertes Lernen bzw. selbstgesteuertes Lernen und verschiedene Lernstrategien berücksichtigt. Darüber hinaus gehört zu diesem Aspekt auch die Entwicklung curricularer Vorgaben und das multimediale Lernen. Förder-, Präventions- und Interventionsmaßnahmen können sich auch auf Erzieher (Lehrkräfte, Eltern) beziehen (z. B. Elternteraining, Programme zur Förderung von Lehrergesundheit, zum Abbau von Lehrerangst oder zur Förderung von Unterrichtskompetenz).
3. Diagnostik: Einen zusätzlichen Aspekt bildet die pädagogisch-psychologische Diagnostik, die sich mit Lernkontrollen im Sinne von kriteriums- oder sozialnormbezogenen Tests sowohl formeller wie auch informeller Art, der schulischen Notengebung im Allgemeinen sowie der Evaluation im Schulleistungsvergleich – in letzten Jahrzehnt auch TIMSS und PISA – beschäftigt. Zudem muss bei jeder Intervention der Erfolg einer Maßnahme durch entsprechende diagnostische Maßnahmen nachgewiesen werden.

Wichtige Themen der Pädagogischen Psychologie sind:

- Intelligenz, Begabung, Hochbegabung
- Leistungsangst
- Motivation, extrinsisch vs. intrinsisch
- Lernmotivation, Leistungsmotivation
- Interpersonale Wahrnehmung,
- Aspekte des Schulunterrichts

- Unterrichtsqualität
- Leistungsbeurteilung in der Schule
- Familie, Migrantenkinder, Behinderte, soziale Benachteiligung

[http://de.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4dagogische\\_Psychologie](http://de.wikipedia.org/wiki/P%C3%A4dagogische_Psychologie)  
2014.08.17.

**La psicopedagogía** es „la rama de la psicología aplicada a la educación que investiga problemas educacionales por medio de métodos y conceptos psicológicos, muchos de ellos creados para este propósito”.

Según esta definición la psicopedagogía en la actualidad se le asigna la capacidad de extraer del campo al que se aplica experiencias y principios independientes de orden psicológico, útiles y necesarios para la investigación y el tratamiento de los problemas de aprendizaje.

Hoy, se define la Psicopedagogía como una disciplina dedicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de las dificultades de aprendizaje escolar y de aprendizaje en sentido más amplio.

*Teorico, Marco: Definiciones Y Antecedentes De La Psicopedagogía. Universidad Francisco Gavidia;*

<http://www.wisis.ufg.edu.sv/www.wisis/documentos/TE/371.9-A973e/371.9-A973e-CAPITULO%20II.pdf>

**La psicopedagogía**, por su parte, formó parte desde el comienzo del currículum que imparten las escuelas de educación y pedagogía para el trabajo con niños que tienen dificultades para aprender. En los cursos de psicopedagogía se seguían preferentemente las corrientes europeas –francesas, belgas, suizas, alemanas y españolas– de la psicología pedagógica y su desarrollo tuvo un origen algo diferente que la psicología educacional. Partió del fenómeno educativo mismo de sus necesidades en el aula, considerándose una disciplina aplicada que utiliza los aportes de la psicología para enriquecer el quehacer educacional.

Para la psicopedagogía, tal como se imparte hasta hoy día en las escuelas pedagógicas, la educación es su objetivo central y su intercambio con ella, su fuente de sustentación, sea en el trabajo con los niños, sea en el trabajo en el aula, o con los maestros. De este modo, por ejemplo, un enfoque psicológico piagetano o vigotskiano son utilizados en la medida en que su aplicación derive de una necesidad escolar y sea una contribución importante para mejorar el aprendizaje.

El término psicopedagogía deriva probablemente de “psicología pedagógica”, concepto ya utilizado en la década de los años cincuenta por Claparède en Suiza.

El Diccionario de la Real Academia Española define la “psicopedagogía” como “rama de la psicología que se ocupa de los fenómenos de orden psicológico para llegar a una formulación más adecuada de los métodos didácticos y pedagógicos.”



El Diccionario de Educación Especial de Brito, (1983), define “psicopedagogía” como “la pedagogía que está fundamentada esencialmente en la psicología como ciencia. Utiliza esta pedagogía, recursos psicológicos para hacerla más efectiva”. En una segunda definición cita a H. Pièron que la describió como una “Pedagogía científicamente basada en la psicología del niño”. De estas definiciones y descripciones se desprende que el término psicopedagogía se refiere a una especialización psicológica y pedagógica, cuya acción concreta consiste, principalmente, en la aplicación de los conocimientos derivados de ambas ciencias a problemas concretos que surgen en el campo de la educación.

Coll (1991), por su parte, estima que el término psicopedagogía designa los aspectos aplicados y profesionales de la psicología de la educación, sin delimitar su esfera de acción. En un sentido más restringido, Brito (1991) también menciona los términos “psicopedagogía terapéutica” o “correctiva”, coincidiendo en este aspecto, con la función profesional que ejercen los profesores de educación especial que atienden a los niños con trastornos escolares del aprendizaje y de la conducta.

Desde otra perspectiva, la psicopedagogía ha sido definida como “la disciplina que estudia la naturaleza y los procesos del aprendizaje humano, formal y contextualizado, y sus alteraciones” (Careaga, s/f: 145). Esta definición destaca como primer objetivo el estudio del “aprendizaje formal y contextualizado” que se realiza en un medio social determinado y también “sus alteraciones”, o deficiencias por déficits en los “procesos que sustentan el aprendizaje”, sean cognitivos, afectivo sociales y/o del entorno educativo. Para este autor “el hecho psicopedagógico” tendría dos pilares fundamentales: La “Investigación evaluativa de la naturaleza y los procesos del aprendizaje y sus alteraciones y “la intervención en dicho proceso”. (Careaga, s/f: 147). Estos “dos pilares fundamentales” relacionan directamente la psicopedagogía con la educación especial.

\_ Bravo, Luis (2009): *Psicología Educacional, Psicopedagogía Y Educación Especial*. Universidad Católica de Chile, Revista de investigación en Psicología – Vol. 12, n. 2; 219. p.

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v12\\_n2/pdf/a15v12n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a15v12n2.pdf)  
2014. 11. 21.

### **El concepto psicopedagógico**

La creación de la psicopedagogía como quehacer pedagógico autónomo significó una innovación dentro del ambiente educacional, ya que no sólo implicó la creación de una nueva especialidad profesional en el campo de la pedagogía, sino que implicaba una dura crítica a la rigidez de las metodologías de enseñanza que no asumían la diversidad psicológica de los niños. La creación de estos especialistas fue junto con proposiciones concretas para flexibilizar el currículum imperante en pedagogía

básica, que favoreciera la integración real de los niños que presentaban dificultades y la proposición de nuevas metodologías de evaluación de sus habilidades para aprender.

La educación especial fue definida como una rama de la educación general, que tiene por finalidad educar a niños cuyas características psicológicas o físicas les impide tener éxito en el aprendizaje, dentro del sistema educacional normal y que necesitan un apoyo individual e institucional.

Por la naturaleza de su quehacer, esta especialidad está ubicada en los límites de la educación normal con la psicología educacional y con la neuropsicología cognitiva. Con la educación normal, pues actúa donde ésta no logra cumplir sus objetivos más importantes en el aprendizaje y desarrollo de los niños. Con la psicología educacional y la neuropsicología cognitiva, requiere de ellas marcos teóricos de referencia e investigaciones empíricas para dar mayor solidez a su quehacer profesional. Esta especialización educacional no desconoce la importancia del contexto educativo ni tampoco de las condiciones socioculturales y familiares de los niños ya que están presentes en las estrategias de atención a cada niño.

La educación especial así concebida tiene por objetivo ayudar a los niños que presentan alguna diversidad que les impide tener un eficiente rendimiento escolar. Son alumnos que no logran los niveles de aprendizaje esperados, debido principalmente a interferencias originadas por algunos déficits cognitivos o verbales de su desarrollo. Se caracteriza por asumir la “diversidad” de esos niños, dentro del mismo sistema escolar, tratando de lograr la plena integración escolar de ellos al aula común. La intervención psicopedagógica especial tiene por objetivo darles la ayuda complementaria que les permita superar la segregación invisible que los aísla en el interior de las salas de clases.

Algunas de nuestras investigaciones muestran que, con mucha frecuencia, los niños de aprendizaje lento o los disléxicos, son ignorados durante la clase por sus propios maestros, quienes omiten interrogarlos, ayudarlos o corregirle sus trabajos, pasando a constituir un grupo invisible, que no es tomado en cuenta, en la medida en que no perturben la clase. Es decir, que la integración que busca la psicopedagogía especial debe efectuarse en primer lugar con los propios alumnos que tienen dificultades para seguir la clase.

En el caso de los niños con trastornos más severos de aprendizaje no se trata solamente de ayudarlos a integrarse, sino de evitar que esta segregación invisible origine repitencias de cursos y retiros prematuros no voluntarios. En este sentido, la educación especial debe utilizar estrategias psicopedagógicas derivadas de la psicología para ayudarlos, tanto en un trabajo individual, como también familiar. En consecuencia, sus métodos de trabajo son esencialmente “psicopedagógicos”, y sus estrategias dependen mucho de los aportes que reciban de la psicología cognitiva, de la psicolingüística y de la neuropsicología.

En algunos lugares, los psicopedagogos y los profesores especiales actúan también como consultores de los maestros dentro de las escuelas, lo cual plantea una similitud de funciones con los psicólogos educacionales.

*Bravo, Luis (2009): Psicología Educacional, Psicopedagogía Y Educación Especial. Universidad Católica de Chile, Revista de investigación en Psicología – Vol. 12, n. 2; In: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v12\\_n2/pdf/a15v12n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a15v12n2.pdf)*

2014. 11. 21.

### **Siket (lásd még: hallássérülés)**

---

A hallássérülés gyógypedagógiai fogalma elsősorban a beszédértéshez szükséges hallásterületen közepes vagy annál súlyosabb fokú nagyothallást, siketséggel határos vagy siketégnek diagnosztizált hallásvesztéséget jelent. Más megközelítésben a hallássérültek pedagógiája a hallássérült kifejezést olyan halláscsökkenésre alkalmazza, amelynek következményeként a beszédfejlődés nem indul meg, vagy a beszéd oly mértékben sérült, hogy a beszéd megindításához, korrekciójához speciális beszédfejlesztő módszerek alkalmazására van szükség.

A hangerő csökkent érzékelése szempontjából a következő kategóriák állíthatók fel a jobbik fülön főbb beszédfrekvenciákon mért átlagos hallásvesztéséget alapul véve: siketség: 110 dB felett

*Csányi Yvonne – Perlusz Andrea – Zsoldos Márta (2012): Hallássérült (hallásfogyatékos) gyermekek, tanulók komplex vizsgálatának diagnosztikus protokollja, Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft.*

### **Deafness**

Deafness is defined as a hearing impairment that is so severe that a child is impaired in processing linguistic information through hearing, with or without amplification, which adversely affects educational performance.

*Dictionary of common special education terms and acronyms*

2014. 09. 05.

### **Taubheit/Hörlosigkeit**

Unter Gehörlosigkeit (Taubheit) versteht man die Minderung des Hörvermögens soweit, dass Gesprochenes trotz Hörhilfen nicht mehr verstanden werden kann.

„Taubstumm“ ist ein veralteter Begriff und bezeichnet Personen, die weder sprechen noch hören können. Da Taube heutzutage durch gezieltes Sprechtraining normalerweise sprechen können, wird der Begriff „taubstumm“ nicht mehr verwendet und ist zu vermeiden, da dieses Wort von tauben Menschen als diskriminierend und abwertend empfunden wird.

Jasmin Stieger (2004/2005): *GEHÖRLOSIGKEIT*  
[http://www.taubenschlag.de/cms\\_pics/Sozialmanagement.pdf](http://www.taubenschlag.de/cms_pics/Sozialmanagement.pdf)  
 2014. 08. 13.

En **pérdidas auditivas profundas** o **sordera**, las consecuencias derivadas de la discapacidad, son muchas y repercuten en aspectos tan importantes como el desarrollo cognitivo, el desarrollo socio afectivo, la comunicación, la personalidad, etc. La principal consecuencia que se presenta en el alumnado con sordera es su dificultad para comunicarse con el mundo que le rodea y de ella se van a derivar el resto de implicaciones. Estas son tan amplias y afectan a tantas áreas, que sería muy extenso su desarrollo, por lo que nos centraremos en los aspectos más relevantes.

*Manual De Atención Al Alumnado Con Necesidades Específicas De Apoyo Educativo Derivadas De Discapacidad Auditiva. Consejería de Educación. Junta de Andalucía. In: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/DISCAPACIDADES/SENSORIAL/AUDITIVA/Discapacidad%20auditiva%20-%20Junta%20Andalucia%20-%20libro.pdf>*  
 2014. 11. 19.

## Stigmatizáció

---

Az emberek ősidők óta űznek egy érdekes játékot, amit nem unnak meg, amibe nem fáradnak bele, de folyton megújítják és rendkívül változatos formában adják elő. A játék abban áll, hogy egyes személyeket valamilyen módon megjelölnek. A jel vagy „bélyeg” azután a közösséget sajátos viselkedésre készíteti a megjelölttel szemben, a megjelölt pedig szintén a jelnek megfelelően viselkedik, sőt magáról alkotott képét is a jelhez igazítja.

A stigma tehát a környezet felé felszólító jellegű, sajátos viselkedést vált ki, a személynek pedig énképformaló erővel bír.

A stigmatizálódás elkerülése érdekében a személy megpróbálhatja elrejteni problémáját. A hátrányos testi jegyek – mint stigmák – állandó belső feszültség forrásai lehetnek, önértékelési krízist okozhatnak.

A környezet elvárja, hogy a címkének megfelelően, az épek fejében megjelenő fogyatékos-sztereotípiá szerinti viselkedjenek. (fennáll az önmagát beteljesítő jóslat veszélye is, Rosenthal, Jacobson, 1968)

A stigmatizáció következményei lehetnek:

1. A stigma eltüntetésének kísérlete
2. Kompenzáció az épen maradt funkciók területén
3. Valósággal való szakítás: játék, álmodozás, téveszmék
4. Másodlagos haszon a stigmából: minden kudarcát ezzel magyarázza
5. A stigma átértelmezése

Az épekkel való kapcsolattartásban a stigmára adott reakciók:

1. Agresszív kapcsolatteremtés
2. Előre védekező visszahúzódás – szubkultúrák

*Pálhegyi Ferenc szerk. (1992): A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény. Kézirat. Tankönyvkiadó, Budapest*

### **Social stigma**

Social stigmas can occur in many different forms. The most common deals with culture, obesity, gender, race and diseases. Many people who have been stigmatized feel as though they are transforming from a whole person to a tainted one. They feel different and devalued by others. This can happen in the workplace, educational settings, health care, the criminal justice system, and even in their own family.

*Brenda Major, Laurie T. O'Brien (2005), „The Social Psychology of Stigma”, Annual Review of Psychology 56*

Stigma may also be described as a label that associates a person to a set of unwanted characteristics that form a stereotype. It is also affixed. Once people identify and label your differences others will assume that is just how things are and the person will remain stigmatized until the stigmatizing attribute is undetected. A considerable amount of generalization is required to create groups, meaning that you put someone in a general group regardless of how well they actually fit into that group. However, the attributes that society selects differ according to time and place. What is considered out of place in one society could be the norm in another. When society categorizes individuals into certain groups the labeled person is subjected to status loss and discrimination.

*Jacoby A, Snape D, Baker GA. (2005), „Epilepsy and Social Identity: the Stigma of a Chronic Neurological Disorder”, Lancet Neurology 4 (3)*

### **Stigmatisierung**

Stigmatisierung bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf innerhalb einer Gesellschaft bestimmte äußere Merkmale von Personen und Gruppen, zum Beispiel farbige Haut oder eine sichtbare Behinderung (behindert), mit negativen Bewertungen belegt und die Betroffenen, als „die Farbigen“, oder „die Körperbehinderten“ in eine Randgruppenposition gedrängt werden. Stigmatisierte Personen werden somit bei gesellschaftlichen Interaktionen primär über dieses negativ konnotierte Merkmal wahrgenommen; andere Merkmale, zum Beispiel der Charakter oder Bildungsstand können dieses Stigma nicht kompensieren.

Ein stigmatisierter Mensch ist diesem Prozess meistens hilflos ausgeliefert und wird die ihm zugeschriebene negative Bewertung im Normalfall allmählich verinnerlichen. Dies hat zur Folge, dass der Betroffene sich selbst als defizitär erlebt und sich

zum Beispiel bemüht, das negativ bewertete Merkmal geheimzuhalten. Immer kleiner werdende Hörgeräte unterstützen zum Beispiel das Bemühen vieler stark schwerhöriger Menschen, trotz Hörbehinderung möglichst unauffällig zu bleiben.

Gleichzeitig ist Stigmatisierung aber auch relativ: Was in einer Gesellschaft oder in einer Gruppe als positives Merkmal oder Normalität gesehen wird, kann woanders oder zu einem anderen Zeitpunkt zu Stigmatisierung führen. Dies lässt sich gut am Beispiel der Gebärdensprachkultur verdeutlichen: Hier ist es normal, in Gebärdensprache zu kommunizieren, eine differenzierte Gebärdensprache wird sehr positiv bewertet. Die gleiche Gebärdensprache ist in der hörenden Gesellschaft aber schnell eine Auffälligkeit, die zur Stigmatisierung führt („Der Mann kann ja nicht mal richtig sprechen.“).  
<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/154/15402.htm>  
 2015.02.22.

### **La estigmatización**

La palabra estigma es de origen griego y se refiere a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad. Con frecuencia algunas de estas características inducen para que parte de una sociedad no acepte a dichas personas entre sus miembros.

El término “estigma” ampliamente usado y difundido en el discurso cotidiano, logra obtener un status teórico en la sociología a través de las formulaciones de Erving Goffman. Dicho planteamiento teórico se basa en torno a un proceso psicosocial conocido como “categorización social” en el cual, con base en ciertos indicadores aprendidos culturalmente, se crean diferentes categorías, construidas desde lo social colectivo a través de las interacciones cotidianas, en las que se puede agrupar a las personas a través de ciertos rasgos.

*Callejas Fonseca, Leopoldo - Piña Mendoza, Cupatitzio (2005): La Estigmatización Social Como Factor Fundamental De La Discriminación Juvenil. In: El Cotidiano, noviembre-diciembre, año/vol. 21, número 134, Universidad Autónoma Metropolitana - Azcapotzalco Distrito Federal, México;*

### **Tanulásban akadályozottak**

---

A tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és / vagy genetikai okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézséget, tanulási képességzavart mutatnak.

*Mesterházi Zsuzsa (1998): A nehezen tanuló gyermekek iskolai nevelése. ELTE BGY-GYFK, Budapest*

### **Tanulásban akadályozottság**

A tanulásban akadályozottak mindazok a gyermekek és fiatalok, akik a tanulási képesség fejlődési zavara következtében tartósan és feltűnően nehezen tanulnak. A tanulásban akadályozottak a hazai gyógypedagógia új szakkifejezése, amelyet az enyhén értelmi fogyatékos, valamint a nehezen tanuló gyermekek csoportjának megjelölésére kezdenek használni. Kialakulásának hosszú folyamata van. A fejlődést akadályozó okok nem kizárólag a gyermek biológiai pszichológiai adottságaiban keresendők, hanem igen gyakran a családi, iskolai, szociális- kulturális környezet kedvezőtlen hatásaiban. A különböző okok összegződve igen változatos tanulási problémákhoz vezetnek. A hátrányos szociális, környezeti hatások és a tanulási sikertelenségek nagyon gyakran a tanulási motiváció tartós csökkenését idézik elő. Hosszabb távon kialakulhat a tanulás eredményességét akadályozó oksági láncolat. A tanulásban akadályozottak a gyógypedagógiai segítséget igénylők legnagyobb számú csoportja. Ők azok, akik az általános iskolába járó nehezen tanuló gyermekek közül a leggyengébbek, illetve azok, akik a tanulási sikertelenségeik súlyossága folytán többnyire az eltérő tantervű általános iskolában tanulnak. Jellemző tanulási tulajdonságuk: bármely pszichikus tevékenység akkor okoz számukra nehézséget, amikor az egész személyiségnek fokozottan aktívvá kellene válnia. Lehetőleg mindig elkerülik az erőfeszítést kívánó tanulási tevékenységet, ennek következtében pszichikus funkcióik nem gyakorlódnak megfelelően. Praktikus gondolkodásuk általában fejlettebb, mint a verbális-logikus gondolkodási folyamataik. A tanulási akadályozottság változtatható állapot. A folyamatosan ható kiváltó okok feltárásával, ezek kedvező irányú befolyásolásával a tanulási akadályozottság részben megelőzhető, részben súlyosságának mértéke csökkenthető. A tanulásban akadályozottak tanulási képességének fejlesztéséhez a pedagógiai, gyógypedagógiai eszközök mellett szükséges a környezeti-szociális feltételek javítása is.

*Mesterházi Zsuzsa (2001): Tanulásban akadályozottság. Gyógypedagógiai lexikon, 155. p.*

**Specific learning disability/Multiple disabilities/Learning disabilities/Multiple disabilities.** Disability category under IDEA; concomitant impairments (such as mental retardation-blindness, mental retardation-orthopedic impairment, etc.) that cause such severe educational problems that problems cannot be accommodated in special education programs solely for one of the impairments; does not include deaf-blindness.

<http://wrightslaw.com/links/glossary.sped.legal.htm>

*(This Glossary of Special Education and Legal Terms is from Wrightslaw: From Emotions to Advocacy, 2nd Edition.)*

**Specific learning disability (SLD).** Disability category under IDEA; includes disorders that affect the ability to understand or use spoken or written language; may manifest in difficulties with listening, thinking, speaking, reading, writing, spelling, and doing mathematical calculations; includes minimal brain dysfunction, dyslexia, and developmental aphasia.

<http://wrightslaw.com/links/glossary.sped.legal.htm>

*(This Glossary of Special Education and Legal Terms is from Wrightslaw: From Emotions to Advocacy, 2nd Edition.)*

**Learning disability.** An eligibility category under IDEA (Individuals with Disabilities Education Act). Law that modifies and extends the Education for All Handicapped Children Act (EHA.) and described in detail within the statute.

<http://disabilityrights.org/glossary.htm>

### **Learning Disability**

Learning Disability is a general term that describes specific kinds of learning problems. A learning disability can cause a person to have challenges learning and using certain skills. The skills most often affected are: reading, writing, listening, speaking, reasoning, and doing math.

[http://inclusivechildcare.org/inclusion\\_glossary.cfm](http://inclusivechildcare.org/inclusion_glossary.cfm)

### **Learning Disability (LD)**

A disorder that affects people's ability to either interpret what they see and hear or to link information from different parts of the brain. It may also be referred to as a learning disorder or a learning difference.

<http://www.ldonline.org/glossary>

2015. 07. 07.

### **Lernbehinderung**

Die Begriffe „lernbehindert“ und „Lernbehinderung“ sind um 1960 im Zusammenhang mit der Umbenennung in der Schule für Lernbehinderte entstanden. Es ist nicht einfach, sie inhaltlich klar zu fassen und von anderen Begriffen wie z.B. Schulleistungsschwäche, Lernversagen oder Lernstörungen abzugrenzen. Was bei einem Kind als Lernbehinderung bezeichnet wird, fällt nicht direkt auf, springt nicht „ins Auge“, wie z.B. die Bewegungsbeeinträchtigung bei einem körperbehinderten Kind.

Wir bezeichnen als lernbehindert ein Kind, das trotz seiner für schulische Belange ausreichenden Voraussetzungen in den Bereichen Sinneaufnahme, Motorik, Sprechen und Sprache sowie Verhalten unter den üblichen Bedingungen der Allgemeinen Schule nicht hinreichend gefördert werden kann, für das jedoch begründete Hoffnungen bestehen, dass es durch einen auf seinen Lebenszusammenhang und



seine Bildungsbedürfnisse ausgelegten Unterricht dazu befähigt werden kann, sein künftiges Leben – möglichst auf der Basis anständig bezahlter Erwerbstätigkeiten – hinreichend selbständig zu führen und seine gesellschaftlichen Rechte und Pflichten wahrzuhehmen.

[http://www01.ph-heidelberg.de/wp/konrad/download/ab\\_behinderung.pdf](http://www01.ph-heidelberg.de/wp/konrad/download/ab_behinderung.pdf) p.3  
2014. 08. 03.

**Dificultades en el Aprendizaje** es un término general que se refiere a un grupo de problemas agrupados bajo las denominaciones de: Problemas Escolares (PE), Bajo Rendimiento Escolar (BRE), dificultades Específicas de Aprendizaje (DEA), Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH) y Discapacidad Intelectual Límite (DIL). Que se manifiestan como dificultades – en algunos casos muy significativas – en los aprendizajes y adaptación escolares. Las Dificultades en el Aprendizaje pueden darse a lo largo de la vida, si bien mayoritariamente se presentan antes de la adolescencia y en el curso de procesos educativos intencionales de enseñanza y aprendizaje, formales e informales, escolares y no escolares, en los que interfieren o impiden el logro del aprendizaje que es el objetivo fundamental de dichos procesos. Algunos de estos trastornos (como TDAH, DIL y DEA) son intrínsecos al alumno, debidos presumiblemente a una disfunción neurológica que provoca retrasos en el desarrollo de funciones psicológicas básicas para el aprendizaje (como la atención, la memoria de trabajo, el desarrollo de estrategias de aprendizaje, etc.). Otros, en cambio, (como PE y BRE) pueden ser extrínsecos al alumno, es decir, debidos a factores socio-educativos y/o instruccionales (como inadecuación de pautas educativas familiares, prácticas instruccionales inapropiadas, déficit motivacional, etc.), que interfirieren la adecuación necesaria del alumno a las exigencias de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Las Dificultades en el Aprendizaje pueden ocurrir conjuntamente con otros trastornos (por ejemplo deficiencia sensorial, discapacidad intelectual, trastornos emocionales graves) o con influencias extrínsecas (por ejemplo deprivación social y cultural<sup>9</sup>, aunque no son resultado de estas condiciones o influencias.

*Pérez, Juan Francisco Romero – Cerván, Rocío Lavigne (2005): Dificultades en el Aprendizaje. Unificación de Criterios Diagnósticos. Technographic*

## **Veszületett fejlődési rendellenesség**

---

A veszületett fejlődési rendellenességek a magzati életben kialakuló alaki vagy működésbeli fejlődési zavarok. A szervek, szervrendszerek vagy funkcionális rendellenességei bizonyos esetekben már a magzati élet során vagy születéskor, illetve születést követően diagnosztizálhatóak. A rendellenességek olyan állapotot jelentenek, amelyben egészséges állapotot, teljes gyógyulást elérni csak ritkán lehet, ezért

különösen fontos megelőzésük. A veleszületett fejlődési rendellenességek kialakulása többféle okra vezethető vissza: genetikai, környezeti, fizikai, kémia, biológiai.

*Langman (2008): Orvosi Embryologia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest*

### **Congenital malformation**

Congenital malformation is a physical defect present in a baby at birth that can involve many different parts of the body, including the brain, heart, lungs, liver, bones, and intestinal tract. Congenital malformation can be genetic, it can result from exposure of the fetus to a malforming agent (such as alcohol), or it can be of unknown origin. Congenital malformations are now the leading cause of infant mortality (death) in the US and many other developed nations. Examples include heart defects, cleft lip and palate, spina bifida, limb defects, and Down syndrome.

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=2820>

2014. 08. 25.

### **Entwicklungsanomalien**

Die Entwicklungsanomalien sind verantwortlich für Hälfte der spontanen Aborte. 24% der Todesfällen der Neugeborenen und 10% der Todesfällen im Kindesalter sind auf Entwicklungsanomalien zurückzuführen. Die Entwicklungsanomalien können physische und mentale Behinderung bei Erwachsenen verursachen. Entwicklungsfehler können genetische Krankheiten und Exogene Noxen entstehen.

*Kiss András: Referat - Genetik und Entwicklungsanomalien, Semmelweis Universität, Budapest*

**Las anomalías congénitas**, también llamadas defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas, pueden ser estructurales, pero también funcionales, como ocurre con los trastornos metabólicos presentes desde el nacimiento.

No es posible asignar una causa específica a cerca de un 50% de las anomalías congénitas. No obstante, se han identificado algunas de sus causas o factores de riesgo.

### **Factores socioeconómicos**

Aunque puede tratarse de un determinante indirecto, las anomalías congénitas son más frecuentes en las familias y países con escasos recursos. Se calcula que aproximadamente un 94% de los defectos de nacimiento graves se producen en países de ingresos bajos y medios, en los que las madres son más vulnerables a la malnutrición, tanto por macronutrientes como por micronutrientes, y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones. La edad materna

avanzada también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down.

### **Factores genéticos**

La consanguineidad aumenta la prevalencia de anomalías congénitas genéticas raras y multiplica por cerca de dos el riesgo de muerte neonatal e infantil, discapacidad intelectual y anomalías congénitas graves en los matrimonios entre primos hermanos. Algunas comunidades étnicas, como los judíos asquenazíes o los finlandeses, tienen una mayor prevalencia de mutaciones genéticas raras que condicionan un mayor riesgo de anomalías congénitas.

### **Infecciones**

Las infecciones maternas, como la sífilis o la rubéola, son una causa importante de defectos de nacimiento en los países de ingresos bajos y medios.

### **Estado nutricional de la madre**

Las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural.

### **Factores ambientales**

La exposición materna a pesticidas, fármacos y drogas, alcohol, tabaco, productos químicos, altas dosis de vitamina A al inicio del embarazo y altas dosis de radiación aumentan el riesgo de que los niños nazcan con anomalías congénitas. El hecho de trabajar en basureros, fundiciones o minas o de vivir cerca de esos lugares también puede ser un factor de riesgo.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>

2014. 11. 28.

---

## **Zeneterápia**

A zenei eszközök klinikai és tapasztalatokon alapuló alkalmazása terápiás keretek között, személyre szabott célok elérése érdekében. Zeneterápiát csak hivatalos zene-terapeuta-képzésben képesítést nyert személyek végezhetnek.

*Harmat László (2010): A zene terápiás hatásainak vizsgálata az alvászproblémák és a szorongás csökkentésében – Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest*

[http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/harmatlaszlo.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/harmatlaszlo.d.pdf)

2015. 05. 13.

### **Music therapy**

Music therapy the use of music in therapy, the therapeutic use of music. There are many different definitions of music therapy ranging from the trivial (a form of distraction that uses music as an aid to relaxation) to the lofty (the prescribed use of music to restore, maintain, and improve emotional, physical, physiological, and spiritual health and well-being).

Music therapy facilitates the creative process of moving toward wholeness in the physical, emotional, mental, and spiritual self in areas such as: independence, freedom to change, adaptability, balance and integration. The implementation of music therapy involves interactions of the therapist, client and music. These interactions initiate and sustain musical and non-musical change processes which may or may not be observable. As the musical elements of rhythm, melody and harmony are elaborated across time, the therapist and client can develop relationships which optimize the quality of life. (Based on the definition of music therapy in the Joint Declaration of the 1982 International Symposium of Music Therapists)

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=25789>  
2014. 09. 05.

Music therapy is the skillful use of music and musical elements by an accredited music therapist to promote, maintain, and restore mental, physical, emotional, and spiritual health. Music has nonverbal, creative, structural, and emotional qualities. These are used in the therapeutic relationship to facilitate contact, interaction, self-awareness, learning, self-expression, communication, and personal development.

*Canadian Association for Music Therapy / Association de Musicothérapie du Canada Annual General Meeting, Vancouver, British Columbia, May 6, 1994*  
<http://www.musictherapyontario.com/page-1090464>  
2014. 09. 05.

### **Musiktherapie**

Es hat sich als außerordentlich schwierig erwiesen, den Begriff Musiktherapie so zu bestimmen, daß die Definition allgemein akzeptiert wird. Grundsätzlich sollte man davon ausgehen, daß jeder Einsatz von Musik, der zu einer Verbesserung des körperlichen und seelischen Befindens führt, als Musiktherapie anzusehen ist. Musiktherapie deckt ein sehr weites Tätigkeitsgebiet ab, das im Spannungsfeld zwischen Psychotherapie, Pädagogik und Medizin liegt. Man kann aufgrund ihrer Zielorientierung vier Richtungen unterscheiden: erlebniszentrierte, konfliktzentrierte, übungszentrierte Musiktherapie und therapeutisches Musizieren.

Erlebniszentrierte Musiktherapie soll den Klienten neue Erfahrungen ermöglichen: Insbesondere in der Arbeit mit Schwerstbehinderten ist deutlich geworden, daß mit musikalischen Mitteln eine Kommunikation eingeleitet werden kann, die mit sprach-

lichen Mitteln nicht möglich ist. Über diese Kommunikation wird die Umwelt neu erfahren: Neugier kann geweckt werden, das Gefühl von Geborgenheit kann vermittelt werden – als neue Erfahrung im Umgang mit anderen Menschen wird den Behinderten eine Erleichterung für den Alltag verschafft. Erlebniszentrierte Musiktherapie fördert Vertrauen, Selbstsicherheit, Selbstbewußtsein und Selbstwertgefühl. Gerade bei Körperbehinderten kann man mit Musiktherapie zu einem besonders effektiven Entspannungsverfahren gelangen.

Konfliktzentrierte Musiktherapie ist eine Form der Psychotherapie. Mittels Musiktherapie werden die Gefühle und Befindlichkeiten der Klienten erkundet und schließlich bewußt gemacht. In der anschließenden Arbeit verändert der Musiktherapeut gemeinsam mit dem Klienten die Umstände, die dazu geführt haben, daß Musiktherapie notwendig wurde. Konfliktzentrierte Musiktherapie ist immer an eines der psychotherapeutischen Paradigmen geknüpft. Übungszentrierte Musiktherapie kommt insbesondere im Rahmen der Sonderpädagogik zum Einsatz: Musik kann als Übungsinstrument eingesetzt werden, wenn mit Liedern und rhythmisiertem Text Inhalte gelernt werden sollen. Musik und Musizieren hilft, Übungswiederholungen aufrechtzuerhalten und dadurch Verhalten selbst von Schwerst- und Geistigbehinderten zu. In der Arbeit mit Blinden läßt sich die Orientierung im Raum üben. Bei Schwerhörigkeit helfen musikalische Interventionen, die Reste der Sinneswahrnehmung weiter zu schulen. Ebenfalls übend wird Musiktherapie in der Rehabilitation nach Unfällen oder Schlaganfällen eingesetzt: Beim Musizieren können geschädigte oder sogenannte stille Nervenverbindungen aktiviert werden. Therapeutisches Musizieren ist überwiegend als Freizeitangebot anzusehen. Diese Arbeit ist ihrem Ursprung nach musikpädagogisch. Wird jedoch mit Behinderten, Verhaltensauffälligen, sozial Verwahrlosten oder Drogenabhängigen musiziert, so ist aufgrund der besonderen Anforderungen eine musiktherapeutische Qualifikation unverzichtbar. In den meisten Arbeitsbereichen von Musiktherapeuten verschränken sich die vier Zielrichtungen. Im Umgang mit autistischen Kindern fällt die erste Kontaktaufnahme z. B. in den Bereich der erlebniszentrierten Musiktherapie: Zunächst wird lediglich eine emotionale Basis für die weitere Arbeit gesucht. Bei der Musiktherapie schafft der Therapeut eine Balance zwischen Distanz- und Nähebedürfnis von Autisten, die ein positives Erleben der Therapiesituation ermöglicht. Im weiteren Verlauf treten übungszentrierte Aspekte und konfliktzentrierte Aspekte in den Vordergrund. In der Zusammenarbeit mit Medizinern finden sich ebenfalls Anwendungen aller vier Zielrichtungen: Veränderung des Erlebens bei der Vorbereitung und Durchführung von Operationen, übender Einsatz in Rehabilitationsmaßnahmen und Einsatz als Psychotherapie in der Psychosomatik.

Aktuell entwickelt sich der Einsatz von Musiktherapie in der Altenarbeit, der bereits seit den 80er Jahren im Gespräch ist. Im allgemeinen wird Musiktherapie in Altersheimen angeboten, um die Erlebnisfähigkeit aufrechtzuerhalten und den Hei-

maufenthalt angenehmer zu gestalten. Ausgehend vom therapeutischen Musizieren und gemeinschaftlichen Singen wird Musikpsychotherapie in die Versorgung alter Menschen einbezogen. Die Arbeit schließt auch die anderen Familienmitglieder ein und begleitet die Klienten zum Teil bis in den Tod.

<http://www.stange-elbe.de/grundkurs-musikwissenschaft/artikel/bruhn-musiktherapie.pdf>

2014. 08. 19.

### **La musicoterapia**

La traducción correcta de **la musicoterapia** sería la de “terapia a través de la música”. Esta está relacionada de alguna manera con la educación musical, ya que utiliza algunos de los métodos de la educación musical activa, desde la perspectiva de provocar cambios en la conducta. Los puntos de unión entre Musicoterapia y educación musical están en la metodología utilizada (activa, vivencial, participativa) y en la utilización de los mismos elementos musicales (sonido, ritmo, melodía) y medios sonoros (cuerpo, objetos, instrumentos). Las diferencias se encuentran en las metas a conseguir; mientras para la educación musical el objetivo final es la música en sí misma, su conocimiento y disfrute, en la Musicoterapia la música no es un fin sino un instrumento, un medio. Los efectos curativos de la música se conocen desde tiempos inmemoriales. La musicoterapia es el uso de la música para mejorar el funcionamiento físico, psicológico, intelectual o social de personas que tienen problemas de salud o educativos.

La musicoterapia se usa con niños, con adultos y personas de la tercera edad con diferentes problemas. También se emplea con personas que no están enfermas o que no tienen algún problema, para mejorar el bienestar personal, para desarrollar la creatividad, mejorar el aprendizaje, las relaciones interpersonales y para el manejo del estrés.

La idea de base es reconocer que gran parte de las enfermedades tienen su origen en el cerebro, que luego transmite a una parte del cuerpo un estímulo determinado que reproduce una enfermedad.

Con la musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad, a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes.

*Vallejo, María Pérez (2010): La Musicoterapia. In: Innovación y Experiencias Educativas;*



