PTE Nyelvtudományi Doktori Iskola

A nyelvfejlődési zavarok logopédiai diagnosztikai megközelítésével kapcsolatos problémák

BERTALAN REGINA
bertalanreginafrida@tvn.hu

Absztrakt
A nyelvfejlődési zavarok felmérésével kapcsolatban számos elvi és gyakorlati probléma merül fel. Fontos a nyelvi képességek egységes klasszifikációs rendszerének kialakítása. A terápiareleváns diagnosztikai munka feltétele a megbízható diagnosztikus eszközpark létrehozása. A korai felismerésnek pedig a tipikus fejlődésmenet alapos ismeretét is magában foglaló, széleskörű tudásbázison kell alapulnia.
A felelősségteljes logopédiai megsegítés kiindulópontja a professzionális szinten művelt diagnosztikai tevékenység.

Kulcsszavak: nyelvfejlődési zavarok, logopédiai diagnosztika

Gyógypedagógiai diagnosztika

A gyógypedagógiai-logopédiai tevékenységnek kritikus komponense a diagnosztika, hiszen ez a kiindulópontja a vizsgált személy megsegítését szolgáló összes további műveletnek: a terápiás terv kidolgozásának, a környezet befolyásolása és az életminőség javítása érdekében tett lépéseknek.

A diagnosztika a gyógypedagógiai folyamat szerves része. Sohasem öncélú, mindig gyógyító nevelést, terápiát, rehabilitációt előz meg, illetve a terápia menetében hozzájárul a fejlődési-fejlesztési folyamatok dinamikájának, irányának módosításához (JUHÁSZ 1999: 7; VASSNÉ–FEHÉRNÉ 2001: 18; FEHÉRNÉ 2004: 543; GEREBENNÉ 2004: 87). A diagnosztikai tevékenység a cél megjelöléséből, a vizsgálóeszközök kiválasztásából, a diagnosztikus eredmények összegzéséből, a nevelhetőség megállapításából, valamint a segítségnyújtási formák megválasztásából áll (vö. MESTERHÁZI 2004: 24).

Az alább következő felvetések elsősorban a nyelv- és a beszédállapot-felmérésekre vonatkozóan fogalmazódtak meg, de hasonló elvi és gyakorlati problémák más képességvizsgálatokkal kapcsolatban is felmerülhetnek. Felismerésükkel és átgondolásukkal a napi diagnosztikus munka olyan kontextusba kerül, amelynek ismerete hozzájárulhat a gyógypedagógusok tudatos eszközválasztásához.

Diagnóziskényszer

Az akadályozottságnak és az akadályozottság hiányának, az atipikus fejlődés veszélyének és a veszélyeztetettség hiányának egyértelmű, éles fogalmi elhatárolása nem lehetséges, mégis szükségszerű: az intézményesített döntéshozatal kényszere az iskolakötelezettségből fakad (Speck 1980: 715). A vizsgálati eredményekre alapozott diagnózis felállítása után nyílik lehetőségünk a gyakorlati teendők megfogalmazására és elvégzésére: segítségadásra az iskola vagy a munkahely megválasztásában, a társadalmi beilleszkedés támogatására, terápiás programok összeállítására, a környezet szükséges módosításainak megtervezésére (Gerebenné 2001: 10; Paul 2001: 11). A jelenségek meghatározásának, besorolásának és egymástól való elkülönítésének igényét egyértelműen mutatják azok a gyógypedagógiai szakmai törekvések, amelyek az ellátásban részesülő népességre vonatkozó fogalomkészletek összeállítására és módosításaira, terminológiaegyeztetésekre, és -egységesítésre irányulnak. A deficitek megragadását célzó szakkifejezések pejoratív, stigmatizáló köznyelvi címkékké válása meg-megújuló szakmai-társadalmi vitákat vált ki (Gordosné 2004: 63–77). A kategorizáció azonban megkerülhetetlen, fontos eleme a gyógypedagógiai tevékenységnek. Ez teszi lehetővé a problémák megfogalmazását, ezen alapul a megsegítés szükségességének kinyilvánítása, ez az intervenció megkezdésének, végső soron az esélyegyenlőség biztosításának a jogalapja.

Csoportképzés és differenciálás

A klasszifikáció kritikus pont a gyógypedagógiai diagnosztikában. A tipikus és a tipikustól eltérő értelmi, érzékszervi, nyelvi stb. állapotok megkülönböztetésének igénye hívta életre a speciális megsegítésért felelős ellátórendszert. Az intézményes kategorizáció a költségvetést érintő egészségügyi, oktatáspolitikai és szociális döntéseket alapoz meg (vö. Levelt 2004: ix). A határvonalak meghúzásához és a besorolási döntések meghozatalához szükséges ismereteink azonban nem teljesek. A nyelvi defektusok elhatárolása és definiálása különösen nehéz, jól tükrözik ezt azok a bizonytalanságok, amelyek például az eltérő nyelvi fejlődésmenetekkel kapcsolatos kategóriaképzést övezik.

A nyelvfejlődési problémákat mutató gyermekek csoportja nem egységes sem nyelvi, sem kognitív tulajdonságok tekintetében (Marton 2009b: 64; Pléh 2004: 279–280; Leonard 1998: 19, 25). Jelenlegi ismereteink alapján nem tudjuk általános érvénnyel meghatározni azokat a nyelvi vagy nem nyelvi változókat (ha vannak ilyen általános jellemzők egyáltalán), amelyek ezeket a gyerekeket egy közös, homogén csoport tagjaivá teszik (inkluzív diagnózis). De nem tudjuk pontosan megmondani azt sem, hogy melyek azok a független tulajdonságok, amelyek biztosan nem tehetők felelőssé a nyelvelsajátítás nehézségeiért (exkluzív diagnózis, vö. Leonard 1998: 10). Bishop szerint a nyelvelsajátításban jelentkező problémák klasszifikálása körüli viták legfőbb forrása az, hogy a közös diagnosztikus címkével ellátott populáció meglehetősen heterogén (Bishop 2004: 309). Ennek a tapasztalatnak a nyomán egyre erősebbé válik az a felismerés, hogy minden egyes klienst egyedi esetként kell(ene) kezelni, hogy a képességelőnyöknek és a képességhiányoknak a teljes és részletes leírása és elemzése jelent terápiareleváns diagnózist, a tág diagnosztikus kategóriákba sorolás ugyanis csak felületes megközelítése a valódi problémáknak, ráadásul magában hordozza a tévedés lehetőségét (vö. Perkins–Howard 1995: 18). Nem szabad elfelejteni azonban, hogy

a mesterséges és leegyszerűsítő címkék mégis lehetővé teszik a gyermekek problémáinak gyors beazonosítását, és ezzel az ellátás kezdeti irányának meghatározását (BISHOP 2004: 317).

A „tüneti" sokszínűség nemcsak az atipikus, hanem a tipikus nyelvelsajátításban is jelen van. Bates és munkatársai (BATES et al. 2004) genetikai és környezeti hatások együttes következményének tekintik a korai (16–30. hónap) nyelvfejlődés egyéni tempóiban mutatkozó nagymértékű variabilitást. A beszédfeldolgozás és a beszédprodukció fejlődési rátájának egyénen belüli aszinkronitásait szerintük az okozza, hogy ezeket a komponenseket eltérő kognitív mechanizmusok és idegrendszeri struktúrák alapozzák meg. A hagyományosan „analitikus", illetve „holisztikus" stílusnak nevezett nyelvelsajátítási stratégiák hátterében az információfeldolgozásnak mint általános (horizontális[1]) kognitív képességnek az egyéni különbségei állnak, a nyelvi defektusokat pedig a tipikus fejlődésben is megtalálható, de extrém mértékben eltérő variánsoknak – tehát mennyiségi eltérések következményeinek – tekintik. A szerzők konklúziója szerint a korai nyelvfejlődésben mutatkozó variabilitással nemcsak mint releváns, hanem egyenesen esszenciális tényezővel kell számolnunk, ha a tipikus nyelvi működés feltárására törekszünk. A klasszifikációban a normalitás határainak kijelölése az elsődleges, ezután következhet az abnormalitás fogalmának definiálása.

A kutatói oldalon számos teória született és vizsgálat zajlott a tipikustól eltérő nyelvelsajátítás gyökereinek megtalálására. Ezek a megközelítések azonban egyelőre csak parciális magyarázatokat tesznek lehetővé. A nemzetközi szakirodalomban, elsősorban a kutatási oldalon használatos SLI (Specific Language Impairment) kifejezés mégis annak a próbálkozásnak a terméke, amelynek keretében a nyelvfejlődési problémákkal küzdő gyerekek közös csoportba sorolását kísérlik meg. Az SLI egyfajta ernyődiagnózisként funkcionáló gyűjtőfogalom csupán (LEONARD 1998: 25). A tüneti kép változatossága egyre kifinomultabb és diszkrétebb klasszifikációk kidolgozását teszi szükségessé. Leonard a tipikustól eltérő nyelvfejlődés öt különböző módját tartja lehetségesnek, ezek alkategória-specifikus tünetei a következők: behozható késés, végleges, fel nem zárkózó elmaradás, az egyes nyelvi szintek egyenetlen fejlődésmenete, túlságosan nagy hibaarány, illetve atipikus, deviáns fejlődési jellemzők (LEONARD 1998: 31–36).

A hazai logopédiai praxisban a hagyományos késés-deviancia (delay-deviance) dichotómia a megkésett beszédfejlődés és a fejlődési diszfázia (korábban: akadályozott beszédfejlődés) mint alapkategóriák megkülönböztetésében jelenik meg. A Gerebenné által közölt alkategorizációs rendszerben a megkésett beszédfejlődés elsősorban a nyelv formai (hangtani és grammatikai) aspektusának behozható lemaradását jelenti, a motoros diszfáziában ez a tüneti kép súlyosabb, és a prozódia érintettségével egészül ki. A szenzomotoros diszfáziában és a súlyosabb szenzoros dominanciájú szenzomotoros diszfáziában a nyelv tartalmi oldala (szemantikai komponense) is sérült, ezért ezekben a kórképekben a nyelvtől független értelmi állapot feltárása nehezebb (GEREBENNÉ 1995a, 1995b).

1 Fodor szerint az információfeldolgozás az elme feladatspecifikus, vertikális moduljaiban zajlik, majd az itt kialakuló reprezentációk interfésze egymással, illetve a memóriában tárolt információkkal modalitásfüggetlen központi rendszerekben, területáltalános, vagyis horizontális programok futtatásával megy végbe. Az összevetések nyomán itt alakul ki az – a környezet aktuális tulajdonságaira vonatkozó – információs állapot, amely a válaszreakciók alapja lesz (FODOR 1986: 101–119).

A gazdag klasszifikációs rendszerek ellenére jelenlegi ismereteink a nyelv- és beszédfejlődési rendellenességek tüneti diagnózisának felállítását teszik lehetővé. Azoknál a gyerekeknél például, akiknek korai életéveiben gyakran fordult elő középfülgyulladás, az anamnesztikus adatokra támaszkodva kísérelhetjük meg a halláskárosodás és a „tiszta" diszfázia elkülönítését és az oki diagnózis felállítását (Marton 2009a: 7, 2009b: 64).

Miután a különböző kórképek tüneti definíciókon alapulnak, egyelőre nem tudjuk biztosan, hogy a nyelvfejlődési defektusok körébe sorolt, eltérő életkorokhoz kötött felszíni tulajdonságmintázatok egy közös háttérprobléma különböző manifesztációinak tekinthetők-e, él-e a „tünetváltás" jelensége a nyelvfejlődésben. Tekinthetjük-e a diszlexiát és a diszfáziát a nyelvfejlődési zavar életkori változatainak, vagy az írott nyelv elsajátításakor jelentkező nehézségeket a korábban esetleg fel nem ismert nyelvfejlődési defektusok maradványtünetének (Gerebenné et al. 2009: 216)? A kérdésben folytatott számos vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a két kórkép kapcsolatba hozható egymással, gyakori együttes előfordulásuk nem véletlen (áttekintésükre lásd pl. Stark–Tallal 1988: 138–139; Stackhouse 2007: 75–76). A hatéves kor előtt megjelenő nyelvi zavarok és az iskolában fellépő olvasási zavarok hátterében álló közös tényező a beszédfeldolgozó rendszer elégtelen működése. Az elégtelen percepciós folyamatok gátolják az anyanyelvi fonológiai és morfológiai paradigma kiépülését, korlátozzák a fonológiai tudatosság[2] kialakulását és ezzel az írott nyelv elsajátítását (Stackhouse 2007).

Az intézményes besorolás kényszere kétségkívül a beiskolázáskor a legerősebb. Azt ezt megelőző időszakban a nyelvelsajátítási problémák miatt kezelt gyermekek nyelvi, értelmi, érzelmi-akarati jellemzőinek, családi támogatottságának egyre mélyebb megismerésén alapuló napi terápiás munkát sokkal kevésbé zavarják azok a klasszifikációs nehézségek, amelyek a kutatásban alapvető problémának számítanak.

Terminológia

Egyazon jelenség különböző megnevezései eltérő elméleti megközelítéseket közvetítenek. A nyelvfejlődési problémákkal kapcsolatos terminushasználatban a nyelvfejlődés gyökereire és mechanizmusára vonatkozó teóriák, attitűdök és feltételezések tükröződnek. A gyermekkori vagy kongenitális afázia (childhood/congenital aphasia) kifejezés arra a 19. századi neurológusok által képviselt meggyőződésre utal, hogy a gyermekkorban megjelenő fejlődéses nyelvi deficitek hasonlóak a felnőtt afáziások nyelvvesztési problémáihoz. A megkésett beszédfejlődés (language delay) terminus magában hordozza azt a feltevést, hogy a nyelvelsajátítás állomásai a szokásoshoz képest lassabban ugyan, de a megfelelő sorrendben és minőségben követik egymást. Ehhez viszonyítva a nyelvi deviancia (language deviance)[3] terminus a fejlődésmenet minőségi eltérését, sőt a végeredmény deficites voltának prognózisát is implikálja. A nyelvfejlődési problémákkal kapcsolatos nemzetközi és hazai fogalmi és terminológiai bonyolultság (vö. Gerebenné 1995b: 8–9; Leonard 1998: 5–8; Marton 2009b: 62) jelentős mértékben megnehezíti a diagnózisállítást.[4] A hazai logopédiai szakirodalomban a nyelvelsajátítási deficitek

2 A fonológiai tudatosság az a képesség, amely lehetővé teszi, hogy a jelentéstől elvonatkoztatva ítéleteket alkothassunk szavak szerkezetéről, illetve hogy manipulálni tudjuk őket (szótagokra vagy hangokra bontás).

3 A magyar logopédiai szakterminológiában a fejlődési diszfázia kategóriájának feleltethető meg.

4 A 2/2005. (III. 1.) OM rendelet (a Sajátos nevelési igényű gyermekek óvodai nevelésének irányelve és a sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelve) meghatározza a beszédfogyatékosok körét.

megnevezésére a beszédre irányultságot implikáló diszfázia, illetve megkésett beszédfejlődés kifejezések használatosak (Gerebenné 1995b: 7–18), a nyelvtudományi, pszichológiai, kognitív kutatások irodalmában pedig a nyelv moduláris voltára utaló SLI (Specefic Language Impairment, pl. Csépe 2003: 577–578, 2005: 185–192; Mészáros–Kas 2008), SNYK (Specifikus Nyelvi Károsodás, pl. fordításban: Pinker1999: 47–49, 321–323, 487), SNZ vagy SNyZ (Specifikus Nyelvi Zavar, előbbire pl. Csépe 2002: 224; utóbbira pl. Kas 2009), SNYS (Kassai 2004: 581), illetve a grammatikai deficitre fókuszáló gSLI (grammatical Specific Language Impairment, pl. Van Der Lely–Stollwerck 1997; Bishop et al. 2000) terminusokkal találkozhatunk.

A teljesítmények értelmezésének viszonylagossága, elméletvezéreltség vs. elméletmentesség

A kutatási célokkal és a megsegítés keretében végzett nyelvfejlődési vizsgálatokban is az alkalmazott módszerek elméleti hátterei képezik azokat a sajátos vonatkoztatási rendszereket, amelyekben a szakemberek a gyerekek teljesítményét értelmezik. A megfigyelt jelenségek leírása minden vizsgálatban tulajdonképpen tények elméleteknek megfelelő értelmezései. A jelenségmagyarázatok – függetlenül elvi vagy praktikus céljuktól – nem tisztán leíró, hanem elméleti koncepciók által meghatározott, implicit definíciókat tartalmazó, „teoretikus nyelven" megfogalmazott állítások (vö. Popper 1997: 73, 140). A nyelvfejlődésre irányuló elméleti indíttatású munkában ez azért nem jelent problémát, mert a vizsgálódások elsődleges célja elméletek kipróbálása vagy falszifikálása, illetve az elsajátítási elvek és mechanizmusok megismerése.

A klinikai vizsgálatok funkciója azonban konkrét gyakorlati tennivalók megfogalmazása, a segítő folyamat magalapozása. A diagnosztikus megközelítés objektivitása ellen általánosan ható tény, hogy a felhasznált eszközök és módszerek mindig elméleti háttereket képviselnek. A klinikai diagnosztikában szükség van az „elméletvezéreltség" sajátos minimumára, egy olyan klasszifikációs rendszerre, amely az egységesen működő ellátórendszer egyik alappillére. A diagnosztikus kategóriák, tipológiai rendszerek és definíciók minden esetben feltevéseket, nézőpontokat képviselnek, mégis szükség van rájuk, mert a segítő szakma elemi és megkerülhetetlen referenciapontjaiként szolgálnak, az intervenciós tevékenység közös elvi keretét és nyelvezetét kell, hogy adják. Tovább árnyalja a képet, hogy – törvényi szabályozás hiányában – az eszközválasztás egyéni döntéseken alapul: a nyelv- és beszédterápiát végző klinikai szakemberek saját előkép-

---

Egymástól különböző kórformának tekinti (mások mellett) a diszláliát, a megkésett/akadályozott beszédfejlődést, a diszfáziát, valamint a beszédészlelési és beszédmegértési zavart. Ez a felosztás nem egyezik a szakértői véleményben kötelezően feltüntetendő BNO-szabvány szerint kódolt kategóriákkal: artikulációs zavar, expresszív beszédzavar, receptív beszédzavar, egyéb nyelvi és beszédfejlődési zavar, a beszéd és a nyelvfejlődés k. m. n. zavara (vö. BNO 2004, 138–140). Nem egyezik továbbá a jelenleg érvényes logopédiai gyakorlatban használt kategorizációval sem: ebben inkább szenzoros, illetve inkább motoros pöszeséget, megkésett beszédfejlődést és inkább szenzoros, illetve inkább motoros dominanciájú fejlődési diszfáziát különböztetünk meg.

A helyzet zavaró ellentmondásosságát fokozza, hogy a törvényhozó az Irányelvekben a „súlyos beszédészlelési és beszédmegértési zavart" a beszédbeli akadályok külön csoportjaként szerepelteti (2/2005. (III.1.) OM rendelet 7.1 k), és az összes megnevezett kórforma közül ez az egyetlen, amelyre irányuló rehabilitációs tevékenységet konkrétan megnevezett diagnosztikai eljárásra alapoztatja (2/205 (III.1.) OM rendelet 7.2.6.1.).

zettségük, ismereteik és fogalomrendszereik – sokszor talán nem elégséges rálátással ezek eredetére – keretében válogatnak az elérhető eljárásokban és végzik diagnosztikus tevékenységüket, emiatt sem tekinthető a munkájuk maradéktalanul elméletmentesnek, objektívnek (vö. SPECK 1995: 88; PERKINS–HOWARD 1995: 11; BISHOP 2004: 316).

Az elméleti orientációjú és rehabilitációs tevékenységet végző szakemberek közös munkálkodását megnehezíti a célok különbözősége. A kutatók érdeklődése elsősorban azokra a klinikai adatokra irányul, amelyek egy adott teória megerősítését szolgálják, vagy átgondolására, esetleg elvetésére késztetnek, ezzel szemben a praxisban a különböző hátterű módszerek alkalmazhatósága és hatékonysága a döntő. Az elmélet és a gyakorlat távolságát erősíti, és a praktizáló szakemberek eligazodását hátráltatja, hogy a nyelv mentális reprezentációjával és fejlődésével kapcsolatos koncepciók túlságosan absztraktak, emiatt tudományos korrektségüket nehéz megítélni, csak részlegesen vethetők össze egymással, ráadásul állandó változásban vannak (vö. PERKINS–HOWARD 1995: 11–13). A klinikai kutatást végző nyelvész dolga sem könnyű: előképzettsége hiányában korlátozott a speciális ellátásban részesülő populációhoz való közvetlen hozzáférése, ezért az adatgyűjtésben a diagnosztikai vagy a terápiás munkát végző szakemberre van utalva. A kapott információk helyes értelmezése és felhasználása érdekében kénytelen megismerni és értelmezni azt a gyógypedagógusok-logopédusok által használt terminológiát, amely esetenként bizonytalan, következetlen és szubjektív lehet (vö. CRYSTAL et al. 1990: 109). A két oldal közeledését, a szakmaközi együttműködés erősítését és ezzel az elméleti diszkussziók és a praxis eredményességének növelését célozza meg például Crystal és munkatársai a grammatikai zavarok feltárására alkalmas, teóriasemleges, leíró-analitikus eszköz, a LARSP (Language Assessment, Remediation and Screining Procedure) kidolgozásával (CRYSTAL et al. 1990). Az elméleti hatások csökkentésére irányuló törekvés nyilvánul meg a nyelvfejlődési problémák leíró-fejlődési modelljének kialakításában (PAUL 2001: 17–19). A modell keretében a nyelvi és a kommunikációs készségek formai, tartalmi és használati oldalának lehető legrészletesebb leírása a cél. A felállított kiterjedt nyelvi profil adja az intervenciós program vázát. A diagnosztikai és a terápiás munka viszonyítási alapja a nyelvelsajátítás tipikus menete, míg az etiológiai, az auditív percepciós és a szenzomotoros készségek csak másodlagos szerepet játszanak a probléma meghatározásában. A modell gyenge pontja az, hogy a leegyszerűsített intralingvisztikai klasszifikáció csak óvatos terápiás terv kialakítását teszi lehetővé.

Korai felismerés és intervenció

A tipikustól eltérő fejlődésmenetek lehető legkorábbi felismerését és a beavatkozás mielőbbi megkezdését akadályozza az a tény, hogy vannak olyan problémák, amelyekkel kapcsolatban kategorikus diagnózist csecsemő- és kisgyermekkorban nem lehet biztonsággal felállítani, és ekkor még nagyobb az esélye a tévedéseknek (vö. BECKER 1980: 694; GEREBENNÉ 1995a: 97; CSÉPE 2005: 196–197; LÁNYINÉ 2004: 44). A nyelvi és/vagy beszédfejlődési zavarok különböző aspektusainak (pragmatikai, szemantikai, grammatikai, hangtani deficitek) manifesztálódása eltérő életkorokhoz kötött, ezért a diagnózisukat is különböző időpontokban tudjuk elvégezni. A korai diagnosztika helyett inkább csak prognosztikai lehetőségeink vannak (vö. FEHÉRNÉ 1998: 41; GEREBENNÉ et al. 2009: 221). A prognózisok felállításához a tipikus rendben zajló nyelvelsajátítás állomásainak alapos ismerete szükséges (pl. VINTER 1995: 130–132). A gyermeknyelvi változók (preverbális

hangadások fonetikai jellemzői, szókincs mérete, átlagos mondathossz stb.) között feltárt kapcsolatok alapján pedig megjósolhatjuk egy-egy korán megjelenő tulajdonság fejletlenségéből egy későbbi komponens fejlődési elégtelenségét (Kassai 1997; Zollinger 1987: 140[5]). A Benasich és Tallal által közölt adatok szerint már az első életévben felmérhető a gyermekek elemi akusztikus feldolgozó képessége. Azoknál a csecsemőknél, akik a gyorsan változó akusztikai ingereket nem jól különítik el egymástól, a későbbiekben számítani lehet a nyelvi és beszédfejlődési zavar megjelenésére (Benasich–Tallal 1993; Tallal–Gaab 2006). Vinter szerint a siket és a súlyosan nagyothalló gyermekek korai vokalizációinak, majd kanonikus gagyogásának mind a szegmentális, mind a szupraszegmentális tulajdonságaiban felfedezhetők a későbbi nyelvi diszfunkcióra utaló korai jelek (Vinter 1995). Chalumeau a diszfázia egyik lehetséges prekurzorának tekinti azt, ha a kisgyermekkori megnyilvánulásokból hiányzik a hangmagasság és a hangerő szimultán, a kommunikációs funkciónak megfelelő modulálása. (Chalumeau 1995).

A korai felismerésre és megsegítésre irányuló munkában egyre nagyobb teret nyer a gyerekek gondozóival való együttműködés (vö. pl. Kassai 1997, Oller et al. 1995). A szakemberek értelmezik, és mintegy visszacsatolásként tudatosítják a szülőkben saját (irányított) megfigyeléseik és tapasztalataik jelentését és jelentőségét. A gondozók felkészítése és bevonása a diagnosztikus és a terápiás munkába komoly előrelépést jelent, mert az ő észrevételeik és intuícióik értékes információkként használhatók fel, illetve ők töltik a legtöbb időt is a gyerekekkel, így a fejlődésükre is ők gyakorolhatják a legmélyebb hatást.

A szülői kérdőívekben összegyűjtött adatokra támaszkodó nyelvfejlődési diagnosztikának a kiindulópontja ugyancsak az a feltevés, hogy a korai problémafelismerés lehetővé teszi preventív beavatkozások megkezdését. Az anyai beszámolók szisztematikus kérdéssorok alapján készülnek, a kért adatok a gyermek beszédfeldolgozására és megnyilatkozásaira vonatkoznak. Ezzel az eljárással megállapítható az, hogy a nyelvfejlődési zavar szempontjából veszélyeztetett-e egy gyermek vagy sem. Az amerikai CDI (Communicative Development Inventories) magyar nyelvű adaptációja, a KOFA (Kommunikatív Fejlődés Adattár) már elkészült, érvényességi vizsgálatai jelenleg is folynak (Kas et al. 2010).

A prognosztikai lehetőségek egy másik, szélesebb módját kínálja, ha elfogadjuk azt a feltevést, hogy a nyelvelsajátítás szorosan összefügg a perceptuális és a kognitív fejlődéssel, illetve a szociális-kommunikatív kompetencia kialakulásával, így defektusának prekurzorait más, nem nyelvi területeken is kereshetjük. Az affolteri elméleti keretben például az alapvető taktilis-kinesztetikus gyökérmodalitás közös és elsődleges fejlődési tényező, és a később, legkorábban 3–4 éves korban megjelenő nyelvelsajátítási problémák visszavezethetők ennek anomáliáira. Affolter feltételezése szerint már az első két életévben tetten érhetők a későbbi nyelvet érintő problémák előjelei (Affolter–Bischofberger 2000: 162–165). Ayres a nyelv neurológiai alapjait vizsgálva felveti azt a lehetőséget, hogy

5 Zollinger szerint a nyelv kommunikációs, szemiotikai, szerkezetépítő és absztrakciós funkcióját időben egymást követő életkori szakaszokban sajátítjuk el. Mindegyik funkcióra érvényes, hogy a területén megszerzett kompetencia megalapozza az őt követő, ráépülő továbbiak zavarmentes kialakulását. A fejlődési zavarok az egyes funkciókra jellemző saját életkori időintervallumokban jelentkezhetnek, különböző típusú nyelvi deficitek képében manifesztálódnak, és hátráltatják a későbbi funkciók kiépülését. A nyelvi zavarok logopédiai értelmezésére nézve ennek a felfogásnak jelentős a szemléletformáló hatása: a nyelvi és a beszédállapot feltérképezésének az összes funkció vizsgálatát magában kell foglalnia a releváns terápia érdekében, és a fejlődési lépcsők ismeretében pl. kommunikációs problémákat nem helyes beszédtanítással orvosolni (Fehérné 2004: 546–547).

a nyelvfejlődési zavarok egy része a vesztibulum és a hozzá mind filogenetikusan, mind ontogenetikusan szervesen kapcsolódó auditív percepciós rendszer hibájából ered. Az auditoros feldolgozás a kortikális, a talamikus és az agytörzsi szinteken megvalósuló interszenzoros integráció szerves része. A diagnosztikus munkában ezért szerinte a nyelvfejlődési problémák feltárása mellett fel kell mérni a diszpraxiában, illetve a vizuális percepció és a mozgás bilaterális integrációjának zavarában megnyilvánuló interszenzoros integrációs hiányokat és diszfunkciókat is (Ayres 1978: 235–246).

A nem nyelvi előjelek megfigyelésére és fejlesztésére fókuszáló klinikai módszerek bírálói elismerik ugyan az eljárások hasznosságát és akár empirikusan is kimutatható hozzájárulásukat a nyelvfejlődéshez, de hangsúlyozzák, hogy jelenleg nincsenek megbízható ismereteink arra vonatkozóan, hogy pontosan milyen kapcsolat áll fenn a nyelv és az említett (rész)képességek között. A nyelvelsajátítási problémával küzdő gyerekek gyakran valóban gyengébben teljesítenek a percepciót vagy a neuropszichológiai folyamatokat vizsgáló tesztekben, ez azonban nem bizonyítja ezeknek a vizsgált funkcióknak a direkt kapcsolatát a nyelvvel (pl. Paul 2001: 16–17).

Sajátos vizsgálati metódust kíván a beszédfeldolgozó folyamatok hiányosságainak feltárása, hiszen ezek spontán csak közvetett módon, másodlagos, motoros tünetek formájában: a viselkedésben (pl. figyelmetlenség, feledékenység) és a beszédprodukcióban (pl. halandzsa beszéd, makacs pöszeség) nyilvánulnak meg (Gerebenné 1996: 71–72). Affolter hangsúlyozza, hogy a nyelvi defektusok és a velük párhuzamosan mutatkozó, gyakran egyszerűen motoros problémának tekintett taktilis és szenzomotoros integrációs tünetek nem függetlenek egymástól, közös inadekvát feldolgozási deficit áll a hátterükben (Affolter–Bischofberger 2000: 201).

A veszélyeztetettség megállapítását célzó prognosztikai tevékenységgel és a korai, „megelőző" beavatkozással kapcsolatos etikai kérdéseket feszegetve Paul felhívja a figyelmet arra, hogy a fals pozitív prognózis alapján megkezdett intézményes nyelvi fejlesztés felesleges károkat okozhat a gyermekek személyiségfejlődésében. A későn meginduló beszédfejlődésű gyermekek (SELD: slow expressive language development)[6] túlnyomó többsége ugyanis – ha a fejlődést veszélyeztető további tényező nem merül fel – kisiskoláskorban már a tipikus tartományba eső nyelvi és tanulási teljesítményt produkál. A korai életkorban mutatott relatíve gyengébb nyelvi és beszédképesség ezért szerinte nem elégséges ok a beavatkozásra, mert ezzel a másság, csökkent értékűség érzését keltjük az egyébként segítség nélkül is felzárkózó gyermekben (Paul 2007: 195–209).

Nehezítik a problémafelismerést és a fals pozitív diagnózisok elkerülését is a tipikus fejlődésmenet természetes velejárói: az „élettani pöszeség", az „élettani diszgrammatizmus" vagy az „élettani nonfluens" beszéd. Ezek spontán megszűnő, átmeneti jelenségek, és elhúzódó fennmaradásuk utalhat nyelvelsajátítási problémára. A téves diagnózisállítás hibájába eshetünk, ha – ismerethiány miatt – sajátos elsajátítási stratégiákat (vö. Bates et al. 2004: 120–133) esetleg a nyelvi szocializációt meghatározó kulturális háttér eltéréseiből következő másságot értékeljük fejlődési deficitként (Réger 1990; Paul 2001: 165–197). Az esetleg téves diagnózisra alapozott terápia során olyan másodlagos tünetek kialakulását próbáljuk megelőzni, amelyekre nagy valószínűséggel beavatkozás nél-

6 A SELD gyermekek beszéde 2 éves korig nem indul meg. Diagnosztikus profiljuk alapján a magyar logopédiai szakterminológiában a „megkésett beszédfejlődés" kategóriájába illenek. A különbség az, hogy a „megkésett beszédfejlődés" a hazai logopédiában diagnosztikus kategória, míg a SELD inkább tünet.

kül se kerülne sor, ellenben olyan, például nyelvhasználati problémákat hagyhatunk kezeletlenül, amelyek pedig hátrányosan befolyásolhatják a gyerekek verbális viselkedésbeli teljesítményét.

A hazai ellátórendszer gyenge pontjai is hozzájárulhatnak a problémafelismerés késéséhez: a logopédiai hálózat felvevőképessége elégtelen, a beszédhibások szűrővizsgálataira pedig sok esetben csak nagycsoportos óvodás korban kerül sor. Ugyanakkor általánosnak tűnik az a – szintén a korai intervenció megkezdésének időpontját akár évekkel is kitoló – probléma, hogy a gyermekorvosok és a védőnők – talán elégtelen képzésük miatt – rendszerint azzal próbálják megnyugtatni a gyermekük eltérő fejlődése miatt aggódó szülőket, hogy csak enyhe éretlenségről, lassúbb, de normális fejlődésről van szó, és a gyermek időben be fogja érni társait (vö. Kassai 1997: 32; Mittler 1999: 88–90; Affolter–Bischofberger 2000: 165; Lannert–Kereki 2009: 30–32).

A tesztdiagnosztika értéke

A tesztdiagnosztikai eszközökkel mért, standard értékekhez viszonyított, számszerű eredmények a vizsgált személy teljes profiljához viszonyítva támpontként szolgálnak a deficitek és az esetleges képességelőnyök feltárásában. Maga a diagnózis tulajdonképpen mért adatok alapján megfogalmazott interpretációk és munkahipotézisek összessége (Speck 1995: 94), a teljesítmény minőségi megítélése a pontszámoknak mint mennyiségi mutatóknak a figyelembevételével. A diagnózisállításban az objektív, a vizsgált személy és az ellátórendszer viszonyát meghatározó oldalt képviseli a tesztes mérés, a terápiás feladatokra fókuszáló, szubjektív-intuitív oldalt pedig a számszerűsített teljesítményeket integráló kvalitatív értékelés. Tudatában kell lennünk annak, hogy a vizsgált személy tesztszituációban mutatott teljesítménye (performance) és valós képességei, ismeretei, tudása (competence) között jelentős különbségek lehetnek (Affolter–Bischofberger 2000: 164). A „steril" laboratóriumi körülmények között mutatott teljesítmények ökológiai érvényessége még jól megtervezett vizsgálat esetén is megkérdőjelezhető. Természetes, nem strukturált, összetett helyzetben végzett megfigyelések olyan információkat nyújthatnak, amelyek irányított vizsgálati helyzetben nem kerülnek felszínre. (vö. Baddeley 2005: 12–13). A nyelvi tesztekben elért eredményekből például nem feltétlenül derülnek ki a gyerekek hétköznapi kommunikációs képességei, kognitív és nyelvi természetű erőforrásaik felhasználásának sikeressége (Leonard 1998: 11; Marton 2009b: 64). A teljes klinikai kép összeállításakor figyelembe kell vennünk a tesztfelvétel körülményeinek lehetséges hatásait is. A teljesítmény értékét befolyásolják egyrészt a feladatok exponálási módjai, másrészt a vizsgált személy megfigyelt kommunikációs és megoldási stratégiái, mozgósított energiái, teljes cselekvésirányítása, időráfordítása és emocionális folyamatai. Figyelembe kell venni továbbá a vizsgálati helyzetben mutatott teljesítmény szélesebb kontextusát is: az anamnesztikus adatokat, a vizsgált személy korát, nemét, környezeti, illetve nevelési körülményei, valamint kompenzációs lehetőségeit.

A teljesítmények konstans és irreverzibilis volta ellen hatnak az individuum „öngyógyító erői", változási-fejlődési lehetőségei is. Főleg gyermekelhelyezési döntések meghozatalakor kell óvatosan megítélnünk a vizsgálatok eredményeit (Speck 1995: 88).

Metodológia: a tesztek standardizáltsága, validitása és specifikált volta

Gyógypedagógiai forgalomba kerülhetnek nem standardizált, nem ellenőrzött tesztek (Lányiné é. n.: 7; 2003: 7; Vassné–Fehérné 2001: 20). Előfordulhat, hogy az ilyen tetszetősségük, könnyen használható voltuk, szerzőjük magas tudományos fokozata vagy népszerűsége stb. miatt magas elfogadási validitású tesztek használata széles körben elterjed és szokásjog alapján hagyományozódik annak ellenére, hogy maga a teszt esetleg tartalmi szempontból invalid.[7]

A nyelvi zavarok vizsgálatával kapcsolatos alapkutatásban is felmerül az eljárások módszertani hibáinak: a tartalmi validitásnak, a tesztek esetleges konstrukciójának és statisztikai érvényességének, a homogén csoportok képzésének, valamint a kontrollok kiválasztásának a kérdése (Csépe 2002: 227–228).

A súlyos mérési hibák elkerülése érdekében ki kell dolgozni a tipikus populációra standardizált próba- vagy tesztmódszerek specifikus változatait: a különböző fogyatékossági csoportokra érvényes standardjaikat (vö. Illyésné–Lányiné 2004: 20). A speciális szükségletű gyerekek vizsgálatára használt, de előzetesen nem specifikált tesztekben elért eredmények érvényessége erősen megkérdőjelezhető (Borbély 1995: 190). A vizsgált személyek teljesítményének lényegében a tesztfeladatokra adott reakciókat tekintjük. A viselkedéses válasz kialakulásában több tényező is szerepet játszik. Ezek közül azok, amelyekkel nem számolunk, vagy amelyeket nem tudunk kiküszöbölni, pszichometriai szempontból „mérési hibát”[8] eredményezhetnek. A speciális populációkra (is) standardizált eljárások figyelembe veszik a vizsgált személyek teljesítményalakulásában szerepet játszó sérülésspecifikus tényezőket, és ezzel jelenlegi tudásunk szerint a lehető legkisebbre csökkentik annak a lehetőségét, hogy a hatásaik mérési hibákat okozzanak. Például az értelmi akadályozottság vagy az autizmus olyan nem nyelvre specifikus problémák, amelyek mégis jellegzetes hibamintázatok képében jelennek meg a nyelvi képességeket vizsgáló tesztek eredményeiben.

Vannak olyan magyar nyelvi adataink, amelyek szerint az értelmileg akadályozott gyermekek grammatikai profilja sajátos lefutású, a tipikus profiltól való eltérése nem egyenletes (Radványi–Pléh 2002). A beszédpercepciójuk pragmatikai oldalával kapcsolatos tapasztalat pedig az, hogy ezeknek a gyerekeknek nehézséget okoz a mondatfeldolgozás-feladat, ha a mondatokat magnószalagról kell hallgatniuk (Radványi 2009: 179). (Értelmileg akadályozott gyermekek beszédészlelésének és beszédmegértésének – a normál populációra kidolgozott – GMP-diagosztikával végzett, nehezen értelmezhető eredményeket adó vizsgálatára példa: Skoflek 1996: 188–199).

---

7 A tartalmi validitás azt mutatja meg, hogy a vizsgálandó jelenség, képesség minden lényeges összetevőjét lefedi-e egy adott eljárás, és megfordítva, egy teszt összes szubtesztje a vizsgálandó területre vonatkozik-e. Röviden: valóban azt a jelenséget méri-e a teszt, amelynek a mérésére a kidolgozója szánta.
A látszat- vagy elfogadási validitás arról tájékoztat, hogy egy teszt első ránézésre megfelelőnek tűnik-e. Előfordulhat, hogy egy „mutatós” teszt a minőségével kapcsolatos komoly kétségek esetén is népszerűvé, széles körben használttá válik. Előfordulhat, hogy az eszközös mérések pszichometriás vonatkozásaival kapcsolatos képzésben nem részesülő gyógypedagógusok teszthasználati preferenciáiban a látszatvalidítás meghatározó szerepet játszik.

8 A vizsgált tulajdonságok valódi értékéhez nem tudunk maradéktalanul hozzáférni. A mérési hiba azt mutatja meg, hogy a tulajdonságok valódi és mért értéke között mekkora az eltérés. Minél pontosabb képet tud adni egy teszt egy vizsgált jelenségről, annál kisebb lesz a mérési hiba, vagyis annál magasabb lesz a teszt reliabilitása.

A vizsgálatvezető szakmai kompetenciája

A teljesítmények kvalitatív értelmezéséhez szükség van a felhasznált diagnosztikai eljárások szélesebb elméleti hátterének, szakmai kontextusának az ismeretére is, ennek hiányában a téves diagnózisállítás lehetősége is felmerülhet (vö. VERSEGHI 2008: 40–42).

Az egyébként jól mérő, releváns módszerek használatakor is előfordulhat, hogy a tesztfelhasználók elégtelen képzettsége, hiányos szakmai kompetenciája miatt a tesztfelvétel és -értelmezés nem megfelelő (LÁNYINÉ é. n.: 7; 2003: 7). Reális elvárás, hogy a vizsgálatot végző szakemberek saját kompetenciahatáraik tudatában és önismeretük fényében állítsák össze saját eszközrepertoárjukat (vö. FEHÉRNÉ 2004: 549). A háttérismeretek elsajátítása iránti igény fogalmazódik meg a gyógypedagógia elméletibbé válásának sürgetésében (PLÉH 2002: 242; GEREBENNÉ 2008: 168–170).

A kompetenciaproblémák megoldásának és a professzionális diagnosztikus tevékenység megvalósulásának irányába hat a tudományközi együttműködés: ideális esetben a problémafeltárást eltérő háttértudással rendelkező szakemberek közös munkája jelenti. A feltáró teamek tevékenységében valósul meg a „holisztikus emberkép" elv: a különböző tudományterületek képviselői saját ismereteikkel és tapasztalataikkal járulnak hozzá ahhoz, hogy teljes képet kaphassunk a vizsgált személy képességstruktúrájáról, -előnyeiről és -hátrányairól. A team munka különböző formákban valósulhat meg. A multidiszciplináris munkacsoport tagjai egymástól függetlenül állítják fel diagnózisukat és közlik a klienssel terápiás javaslataikat. Az interdiszciplináris team tagjainak kommunikációja formális, a klienssel direkt kapcsolatban álló terapeutának konzultációk keretében nyújtanak segítséget a társszakmák képviselői. A transzdiszciplináris team tagjai között valódi az együttműködés: közvetlen megfigyeléssel és javaslatokkal segítik a gyermekkel foglalkozó terapeutát, megosztják egymással saját szakmai tapasztalataikat, és kölcsönös tréningben részesítik egymást (PAUL 2001: 21–22).

Felelősség és diagnosztika

A gyógypedagógusok és a fogyatékkal élők társadalmi értelemben véve egymást kölcsönösen konstruáló vonatkoztatási csoportok (BÁNFALVY 2004: 299–301): a fogyatékkal élők „létrehozásának" módja a fogyatékossá nyilvánító diagnózisok felállítása gyógypedagógiai hatáskörben. Ez a tény alapjaiban határozza meg a diagnosztikai eljárás lefolytatásával, az eredmények közlésével és a beavatkozással kapcsolatos szubjektív és szakmai-pedagógiai felelősséget (vö. MORAVCSIK 1998: 85; SPECK 1980: 719; PÁLOS 1998: 72–73).

Az intervenciós munkát megalapozó, magas színvonalú diagnosztikus tevékenységhez elengedhetetlen, hogy a gyógypedagógusok-logopédusok olyan tudásbázissal rendelkezzenek, amely lehetőséget ad a tapasztalataik leírására, a problémák megfogalmazására, a defektusok szakszerű jellemzésére és a valós terápiás szükségletek megállapítására. Minden gyógypedagógusnak jól kell tudnia gazdálkodni a képzésekor, illetve a továbbképzések során kapott ismereteivel: a hagyományozódás, a megszokotthoz való ragaszkodás, a tekintélyelven alapuló eszközválasztás kényelme és biztonsága helyett az ismeretek folyamatos frissítésére, az új vagy a már bevált fejlesztő és diagnosztikus módszerek egyaránt kritikus szemlélésére, értelmezést és átgondolást követő alkalmazására van szükség. Energiaráfordítással jár a segítségkérés a társszakmák képviselőitől, a szakmaközi kapcsolatok kiépítése, a team munka megszervezése is. Mégis ez vezet el

a megértő és a racionális gondolkodást ötvöző professzionális gyógypedagógiai diagnosztikai tevékenységhez.

Irodalom

AFFOLTER, F.–BISCHOFBERGER, W. (2000): *Nonverbal Perceptual and Cognitive Processes in Children with Language Disorders. Toward a New Framework for Clinical Intervention.* Lawrence Erlbaum Associates, London.

AYRES, A. J. (1978): *Sensory integration and learning disorders.* Western Psychological Services, California, Los Angeles

BADDELEY, A. (2005): *Az emberi emlékezet.* Osiris Kiadó, Budapest.

BATES, E. et al. (2004): Individual Differences and their Implications of Theories of Language Development. In: FLETCHER, P.–MACWHINNEY, B. (eds): *The Handbook of Child Language.* Blackwell Publishers, Oxford, 96–151.

BECKER, R. (1980): A korai nevelés folyamatának optimálisabbá tétele sérült gyermekeknél, különös tekintettel az értelmi képességek fejlesztésére. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve IX.* BGGYTF, Budapest, 693–701.

BENASICH, A. A.–TALLAL, P. (1993): An Operant Conditioning Paradigm for Assessing Auditory Temporal Processing in 6- to 9-Month Old Infants. In: TALLAL, P. et al. (eds): *Temporal Information Processing in the Nervous System Special Reference to Dyslexia and Dysphasia.* Annals of the New York Academy of Sciences Vol. 682., 312–314.

BISHOP, D. V. M. (2004): Specific Language Impairment: Diagnostic Dillemmas. In: VERHOEVEN, L.–BALKOM, H. (eds): *Classification of Developmental Language Disorders. Theoretical Issues and Clinical Implications.* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Yersey, 309–326.

BISHOP, D. V. M. et al. (2000): Grammatical SLI: A Distinct Subtype of Developmental Language Impairment? In: *Applied Psycholinguistics* 2. 159–181.

BORBÉLY S. (1995): Változó szemléletek a korai gyógypedagógiai diagnosztika és intervenció körében. In: ZÁSZKALICZKY P. (szerk.): *„…Önmagában véve senki sem…" Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* ELTE BGGYFK, Budapest, 186–197.

CHALUMEAU, P. (1995): Vocalisations chez deux enfants dysphasiques: aspects prédictifs? In: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L' ORTHO édition, Calais, 183–197.

CRYSTAL, D. et al. (1990): *Grammatical Ananlysis of Language Disability. Studies in Disorders of Communication.* Whurr Publishers Ltd, London.

CSÉPE V. (2002): A nyelvpatológia pszichológiai és nyelvészeti kérdései. Úton a konszenzus felé? *Pszichológia* 22/3. 223–238.

CSÉPE V. (2003): Nyelvi zavarok kognitív idegtudományi elemzése. In: PLÉH Cs. et al. (szerk.): *Kognitív idegtudomány.* Osiris Kiadó, Budapest, 561–584.

CSÉPE V. (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia.* Gondolat Kiadó, Budapest

FEHÉRNÉ K. ZS. (1998): Nyelvi képességek és a tanulási zavar. In: *Beszédgyógyítás* 9/1. 38–44.

FEHÉRNÉ K. ZS. (2004): Fejlesztődiagnosztika a logopédiában. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 541–558.

FODOR, J. (1986): *The Modularity of Mind.* MIT Press, Cambridge

GEREBENNÉ V. K. (1995a): Akadályozott beszédfejlődésű gyermekek fejlettségének mutatói, s ezek hatása a szelekcióra. In: GEREBENNÉ V. K. (szerk.): *Szemelvénygyűjtemény a beszédhibások pszichológiája köréből. II. kötet.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 76–103.

GEREBENNÉ V. K. (1995b): Szempontok a nyelvi fejlődés zavarának értelmezéséhez. In: GEREBENNÉ V. K. (szerk.): *Fejlődési diszfázia. Tanulmányok a gyermekkori nyelvi zavarok köréből.* BGGYTF, Budapest, 7–27.

GEREBENNÉ V. K. (1996): Auditív észlelési és beszédmegértési zavarok gyógypedagógiai pszichológiai megközelítésben. In: GÓSY M. (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok.* Nikol, Budapest, 54–82.

GEREBENNÉ V. K. (2001): A gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai problémákról neuropszichológiai megközelítésben. *Gyógypedagógiai Szemle* Különszám 29/2. 7–13.

GEREBENNÉ V. K. (2004): Diagnosztika és gyógypedagógia. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 87–104.

GEREBENNÉ V. K. (2008): Gyógypedagógia a változó világban. *Gyógypedagógiai Szemle* 36/3. 161–170.

GEREBENNÉ V. K. et al. (2009): A gyógypedagógiai pszichodiagnosztika táguló horizontja – képességzavarok neuropszichológiai megközelítése. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 203–229.

GORDOSNÉ SZ. A. (2004): *Bevezető általános gyógypedagógiai ismeretek.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

ILLYÉS GYULÁNÉ–LÁNYINÉ E. Á. (2004): Gyógypedagógiai pszichológia. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 12–33.

JUHÁSZ Á. (szerk.) (1999): *Logopédiai vizsgálatok kézikönyve.* Új Múzsa Kiadó, Budapest.

KAS B. (2009): Morfológiai rendszerek elsajátításának nehézségei nyelvfejlődési zavarban. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 103–121.

KAS B. et al. (2010): A korai nyelvi fejlődés új vizsgálóeszköze, a MacArthur – Bates Kommunikatív Fejlődési Adattár (KOFA) bemutatása és validitási vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle* 38/2. 114–125.

KASSAI I. (1997): Nyelvfejlődési zavarok korai felismerése. In: *Gyógypedagógiai Szemle* 25/1. 29–37.

KASSAI I. (2004): „…Az ember egyszerre teremtője és fogja saját nyelvének…" A fogyatékosság jelensége a nyelvtudományban. In: ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 561–597.

LANNERT J.–KEREKI J. (szerk.) (2009): *A korai intervenciós intézményrendszer hazai működése. Kutatási zárójelentés.* TÁRKI-TUDOK Tudásmenedzsment és Oktatáskutató Központ Zrt., Budapest.

LÁNYINÉ E. Á. (2004): Dinamikus összefüggések a gyógypedagógiai pszichológiában. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A gyógypedagógiai pszichológia elméleti problémái. Tanulmánygyűjtemény.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 34–51.

LEONARD, L. B. (1998): Children with Specific Language Impairment. MIT Press, Cambridge.

LEVELT, W. J. M. (2004): Preface In: VERHOEVEN, L.–BALKOM, H. (eds): *Classification of Developmental Language Disorders. Theoretical Issues and Clinical Implications.* Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Yersey, ix–xii.

MARTON K. (2009a): Előszó. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 7–9.

MARTON K. (2009b): Specifikus nyelvi zavar jellemzi-e a specifikus nyelvi zavart mutató gyermekeket? In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 61–101.

MESTERHÁZI ZS. (2004): A gyógypedagógiai folyamatról. In: GORDOSNÉ SZ. A. (szerk.): *Gyógyító pedagógia. Nevelés és terápia.* Medicina Könyvkiadó, Budapest, 19–40.

MÉSZÁROS A.–KAS B. (2008): A kognitív funkciók megismerésének szerepe a nyelvfejlődési zavar diagnosztikájában. In: *Gyógypedagógiai szemle* 36/2. 86–104.

MITTLER, P. (1999): A szülők és a szakemberek közti kapcsolat újragondolása. In: ZÁSZKALICZKY P. et al. (szerk.): *A gyógypedagógia új útjai – rendszerfejlesztés, tanácsadás, integráció.* ELTE BGGYFK, Budapest, 81–102.

MORAVCSIK Á. (1998): A korai fejlesztés dilemmái. In: CSANÁDI G. (szerk.): *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe.* Comenius Bt., Pécs, 83–89.

OLLER, D. K. et al. (1995): La stabilité du dévéloppement vocal chez les bébés à risque. In.: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L' ORTHO édition, Calais, 113–123.

PÁLOS K. (1998): Sérült gyermek a családban. (Az első interjú helye és szerepe a korai fejlesztésben.) In: CSANÁDI G. (szerk.): *Bevezetés a korai fejlesztés témaköreibe.* Comenius Bt., Pécs, 72–74.

PAUL R. (2001): *Language Disorders from Infancy through Adolescence. Assessment and Intervention.* Elsevier, St. Louis, Missouri.

PAUL , R. (2007): Predicting outcomes of early expressive language delay: Ethical implications. In: BISHOP, D. V. M.–LEONARD, L. B. (eds): *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome.* Psychology Press, New York, 195–209.

PERKINS, M.–HOWARD, S. (1995): Principles of clinical linguistics. In: PERKINS, M.–HOWARD, S. (eds): *Case Studies in Clinical Linguistics.* Singular Publishing Group Inc, San Diego, California, 10–35.

PINKER, S. (1999): *A nyelvi ösztön.* Typotex, Budapest.

PLÉH CS (2002): A klinikai nyelvészet útjai és elméletei. In: *Pszichológia* 22/3. 239–244.

PLÉH CS. (2004): „A hatékony idegrendszeri hálózatkutatás az optimista rehabilitációkép alapja…" A fogyatékosság jelensége a kognitív tudományban. In: ZÁSZKALICZKY P.–VERDES T. (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia.* ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest, 271–283.

POPPER, K. R. (1997): *A tudományos kutatás logikája.* Európa Könyvkiadó, Budapest

RADVÁNYI K. (2009): A beszéd és a nyelv alakulására ható tényezők, a kognitív képességek zavara értelmi fogyatékosság esetén. In: MARTON K. (szerk.): *Neurokognitív fejlődési zavarok vizsgálata és terápiája. Példák a bizonyítékon alapuló gyakorlatra.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 177–201.

RADVÁNYI K.–PLÉH CS. (2002): Középsúlyos értelmi fogyatékos, iskoláskorú gyermekek beszédének néhány nyelvtani jellemzője. *Pszichológia* 22/3. 245–253.

RÉGER Z. (1990): *Utak a nyelvhez.* Akadémiai Kiadó, Budapest.

SKOFLEK K. (1996): Értelmi fogyatékosok beszédészlelésének és beszédmegértésének vizsgálatáról. In: GÓSY M. (szerk.): *Gyermekkori beszédészlelési és beszédmegértési zavarok.* Nikol, Budapest 188–199.

SPECK, O. (1980): A fejlődésükben veszélyeztetett gyermekek fejlesztésének gyógypedagógiai koncepciója. In: PÁLHEGYI F. (szerk.): *A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve IX.* BGGYTF, Budapest, 715–722.

SPECK , O. (1995): Az ökológiai rendszerelvű elméletek relevanciája a gyógypedagógiai pszichológiában. In: ZÁSZKALICZKI P. (szerk.): *„…Önmagában véve senki sem…" Tanulmányok a gyógypedagógiai pszichológia és határtudományainak köréből.* ELTE BGGYF Kar, Budapest, 85–97.

VERSEGHI A. (2008): Kvalitatív megközelítések a neuropszichológiában. In: KÁLLAI J. et al. (szerk.): *Bevezetés a neuropszichológiába.* Medicina, Budapest, 19–44.

STACKHOUSE, J. (2007): Barriers to literacy development in children with speech and language difficulties. In: BISHOP, D. V. M.–LEONARD, L. B. (eds): *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome.* Psychology Press, New York, 73–97.

STARK, R. E.–TALLAL, P. (1988): The Children with Reading Impairment. In: MCCAULEY, R. J. (ed.): *Language, Speech, and Reading Disorders in Children: Neuropsychological Studies.* College-Hill Press, Boston, 138–159.

TALLAL, P.–GAAB, N. (2006): Dinamic auditory processing, musical experience and language development. In: *Trends in Neurosciences* 29/7. 382–390.

VAN DER LELY, H.–STOLLWERCK, K. (1997): A Grammatical Specific Language Impairment in Children. In: *Brain and Language* 52. 484–504.

VASSNÉ K. E.–FEHÉRNÉ K. ZS. (2001): A logopédiai diagnosztika szemléletbeni változásai. In: *Gyógypedagógiai Szemle* Különszám 29/2. 14–21.

VINTER, S. (1995): L'analyse du comportement vocal de l'enfant: éléments de diagnostic des surdités et indices d'accès au language verbal. In.: KONOPCZYNSKY, G.–VINTER, S. (eds): *Le développement langagier: une prédiction précoce est-elle possible?* L'ORTHO édition, Calais, 127–151.

ZOLLINGER, B. (1987): *Spracherwerbsstörungen: Grundlagen zur Früherfassung und Frühterapie.* Haupt, Bern.