ELTE Gyakorló Gyógypedagógiai és Logopédiai Szakszolgálat, Szakértői és Rehabilitációs Bizottság és Országos Gyógypedagógiai-szakmai Szolgáltató Intézmény (1),
ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet (2)

3 A szociális képességek és a viselkedésszabályozás megítélése

SZABÓ CSILLA (1), NAGYNÉ RÉZ ILONA (1), MÉSZÁROS ANDREA (1,2), JUHÁSZ ANDREA (1)
szabo_cs@yahoo.com, pepiszo78@gmail.com,
andrea.meszaros@barczi.elte.hu, gyoszi@barczi.elte.hu

Absztrakt
Egy tanuló megismerése túlmutat a kognitív képességeket vizsgáló teszteken elért eredmények értelmezésén. A szociális érettség és a viselkedésszabályozás feltérképezését célzó vizsgálat lehetőséget nyújt a tanulók mélyrehatóbb, tanulási helyzeten kívüli kompetenciáinak megismerésére is. Így betekintést nyerhetünk a vizsgált tanuló önállóságára, szociális, társas kapcsolataira, szabadidős tevékenységeire, önérvényesítésére vonatkozóan is, melyek fejlettsége vagy nem megfelelő volta differenciáldiagnosztikai jelentőséggel is bírhat. Jelen tanulmány célja két olyan eszköz bemutatása, melyek ezen területek feltérképezésére irányulnak.

Kulcsszavak: szociális érettség, Vineland Szociális érettségi skála, CBCL

Az SNI b) kategóriába sorolt gyermekek felülvizsgálati protokolljának összeállításakor több területre kiterjedő, a diagnosztikai eljárás szempontjából relevánsnak tartott terület feltérképezését tartottuk fontosnak. Így a kognitív képesség vizsgálata mellett a szociális, emocionális és környezeti faktorok szerepét is igyekeztünk feltárni. Felmerülhet természetesen a kérdés, hogy miért is fontos a szociális érettség vizsgálata az SNI b) kapcsán. Bár előzetes elképzeléseink szerint leginkább a tanulási zavar, a figyelemzavar súlyosságának megítélése volt hangsúlyos, de komplex vizsgálati protokoll lévén egy bio-pszicho-szociális rendszerszemléletben gondolkodtunk. Mindezen faktorok megfelelő kiaknázása szükséges egy adott személy sajátos működésének feltérképezéséhez és megértéséhez. A szociális érettség vizsgálat lehetőséget nyújtott a tanulók mélyrehatóbb, tanulási helyzeten kívüli kompetenciáinak megismerésére is. Így betekintést nyerhettünk a vizsgált tanuló önállóságára, szociális, társas kapcsolataira, szabadidős tevékenységeire, önérvényesítésére vonatkozón is. Mindezen területek fejlettsége vagy nem megfelelő volta differenciáldiagnosztikai jelentőséggel is bírhat.

Miért tartottuk fontosnak a viselkedésszabályozás feltérképezését? Fontos, mert – ugyan a viselkedési problémák (depresszió, szorongás, hangulatavar, pszichoszomatikus tünetek) megléte alapján a tanuló nem minősül SNI-snek, ugyanakkor – ezek fennállása súlyos tanulási problémákat okozhat. Ilyen megközelítében ennek felismerése és szakszerű kezelése elengedhetetlen fontosságú. Továbbá a figyelemzavar és hiperaktivitás szindróma gyakran viselkedésszabályozási problémákkal is jár (The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD Cooperative Group 1999; MICHANIE és mtsai

2007; PIERCE 2003), így a pontos és alapos diagnózis érdekében szükséges ezen területek vizsgálata. Nem szabad ugyanakkor arról sem elfeledkeznünk, hogy például ADHD esetében a bipoláris zavar komorbiditásának felismerése – az átfedő diagnosztikai kritériumok miatt (hiperaktivitás, túlzott beszédkésztetés stb.) – komoly nehézséget okozhat (BURGIC-RADMANOVIC–BURGIC 2010). A tanulási zavar és ADHD igen magas, 73-75%-ra tehető komorbid együttjárása (MÁRKUS 2010; MAYES–CALHOUN 2006) mellett, úgy az ADHD, mint a tanulási zavar további zavarokkal társulhat.

A pontos diagnózis felállításához, illetve a tanuló terápiás ellátására vonatkozó javaslattételéhez mindezen információk erős relevanciával bírnak.

Vineland Szociális érettségi skála

Arnold Edgar Doll dolgozta ki 1935-ben, majd később 1953-ban jelent meg a skála átfogó kézikönyve „A szociális alkalmasság mérése" címmel. Használata világszerte elterjedt. A skálát magyar nyelvre Lányiné dr. Engelmayer Ágnes fordította le és ő adaptálta a hazai viszonyokra. Ezt követően az értelmi fogyatékosság megállapításának egyik fontos diagnosztikai eszközévé vált (LÁNYINÉ ENGELMAYER 1970). Hazánkban a különböző fogyatékossági területeken széles körben alkalmazzák gyógypedagógiai pszichodiagnosztikai eljárásként. Látássérülteknél pedig ennek speciális változata, a Maxfield-Buchholz szociális érettségi skála terjedt el (MAXFIELD–BUCHHOLZ 1957, magyarul: 1976).

Doll definiciója szerint a szociális érettség olyan képesség, amelynek birtokában az egyén gondoskodik önmagáról, sőt másokról is. A skála alapját szolgáló elméleti hipotézisek szerint a gyermek viselkedése a teljes szociális függőségi állapotból a független, autonóm viselkedés felé halad. A mások részéről irányuló felügyelet, irányítás, ellenőrzés, segítség szükségessége progresszíven csökken. A fejlődés során bontakozik ki a felelős emberi viselkedés (másokról való gondoskodás, a társadalomért vállalt felelősség), a gyermek fejlődési, érési folyamata a szociális inkompetenciától a kompetens szociális viselkedés felé halad.

A skála nyolc kompetenciakörhöz kapcsolódó szociális érési folyamatot vizsgál: az általános önkiszolgálást (SHG), az étkezéses önkiszolgálást (SHE), az öltözködéses önkiszolgálást (SHD), az önirányítást (SD), az elfoglaltságot (O), a kommunikációt (C), a helyváltoztató mozgást (L) és a szocializációt (S). Ez utóbbi terület tárgya elsősorban a személyközi kapcsolatok alakulását érinti. Az életkor előrehaladásával bizonyos kompetenciák megjelenésének, illetve fejlettségének eltérő szerepe lehet.

Az SNI b) vizsgálatának szempontjából elsősorban az önirányítási, elfoglaltság-szervezési, kapcsolatteremtési képességek feltérképezésének volt differenciáldiagnosztikai jelentősége.

A skála szerkezetét tekintve horizontális elrendezésű, hiszen életkori övezetenként eltérő kompetencia-tartalmak határozzák meg a szociális alkalmasságot. Kultúrafüggő eljárás, a tanult (direkt vagy spontán) ismereteknek fontos szerepe van a minősítő értékelésben. A bármely életkorban használható skála teszttételeinek kikérdezése – kellő kérdezési rutinnal – rövid idő alatt (körülbelül 20 perc) megvalósítható. A tesztfelvétel interjú-technikával, kikérdezéssel történik. A tanulási, magatartási, beilleszkedési, illetve viselkedésszabályozási zavarok megismerésében nagy szerepe van annak, hogy a skála felvételekor az informátor lehet maga a vizsgált gyermek vagy tanuló, lehet a közvetlen hozzátartozó (szülők, nagyszülők) és lehet a gyermeket jól ismerő egyéb személy is (tanár, nevelő, orvos, védőnő stb.).

A skála korszerűbb változatával – minthogy már létezik két revidiált változata, amely hazánkban még nem honosodott meg – a szociális viselkedés még részletesebb felmérésére van lehetőség. Alkalmas továbbá maladaptív viselkedésjellemzők és speciális csoportok szociális viselkedés-változásainak megállapítására is. Egy külön skálát pedig az iskolai osztályban megismerhető szociális viselkedés megragadására alakítottak ki (Sparrow–Balla–Cicchetti–Doll 1984). A második revidiált változatában (Sparrow–Balla–Cicchetti 2005) pedig a szülők és az ellátásban, gondozásban résztevők számára is készült kérdéssor. Erősödött a szocio-ökologiai megközelítés jelentősége a gyermekek, tanulók adaptív viselkedésének megítélésében.

Visszatérve az SNI b) kategóriába sorolt tanulók vizsgálata során alkalmazott Szociális érettségi skálára, a szociális érettség mértékét jelző teljesítmények értékelése a skála kézikönyve által előírt kritériumoknak való megfelelés alapján, differenciáltan történik. A teljesítés: +=1 pont, a nem teljesítés: –=0p, az átmeneti teljesítés: ±=½ pont értékű. Az értékelésnél figyelembe kell venni, hogy a gyermek egy-egy teszttételt bizonyos tőle független feltétel hiánya vagy átmeneti hiánya miatt vagy ezek megléte ellenére sem tud teljesíteni. A pontszámok összegéhez szociális korekvivalens rendelhető. A szociális kor és az életkor hányadosának százszorosa adja a Szociális Kvócienst (SZQ). A kvóciens az átfogó értelmességhez és tanulási eredményességhez képest is már differenciál. Az SNI b) megállapítása vagy kizárása esetén a profilrajzolás, a kategóriák és a teszttételek egymáshoz való viszonya, együttjárása vagy éppen a hiányzó kompetenciák, a kompetenciaterületekkel szembeni averzió vagy pozitív viszonyulás mutathatja az adaptív viselkedés, érettség minőségét.

A szociális érettség szempontjából történő értékelés segítséget nyújt a gyermek nevelésében, mert rámutat a szociális alkalmasság relatív aspektusaira. Eszközt ad a környezet, a kulturális helyzet és például a fogyatékosságokból eredő hátrányok kiértékelésére, az emberi alkalmazkodás megítélésére. Doll szerint a teljesítőképesség és a tényleges teljesítmény nem korrelálnak szükségszerűen egymással. Nem okvetlenül az a fontos, hogy milyen értékei vannak az egyénnek, hanem az, hogy hogyan használja fel azokat.

A rendszerszemléletű diagnosztikában pedig – amikor a személyiség pszichés fejlődési problémáit annak a rendszernek a zavaraként kezeljük, amelynek az egyén is része – különösen fontos az egyén hatékonyságát a környezettel való interakciókban lemérni.

A skála segítségével rávilágíthatunk a gyermek/tanuló direkt tanulási helyzeteken kívüli kompetenciáira: az önellátásra, az elfoglaltságok szervezésének, a viselkedésszabályozás és társas kapcsolatok fejlettségére, a kommunikációs képességek, helyváltoztatási (közlekedési) képességek szintjére.

Mindezeknek a képességeknek a fejlettsége, vagy éppen nem megfelelő volta tanulási vagy viselkedési zavarok megállapításában differenciáldiagnosztikai jelentőséggel bírnak. Lehetnek a tanulási/viselkedési/beilleszkedési zavart megerősítő vagy elvető, súlyosságát differenciáló, árnyaló szerepük. Bár a skála klinikai kipróbálása hazánkban már több évtizede történt, alkalmazásának hasznossága a minőségi kritériumok figyelembe vételével és kellő diagnosztikus gyakorlat segítségével nem vitatható. Ugyanakkor szükségszerű megújított változatának bevezetésére erőfeszítéseket tenni.

CBCL (Child Behaviour Checklist) Gyermekviselkedési Kérdőív

A CBCL a gyermek és serdülőkorúak emocionális és viselkedészavarainak feltárására és mérésére kifejlesztett kérdőív, melyet Achenbach és munkatársai dolgoztak ki a 80-as években (Achenbach 1991a,b,c). A kérdőív két részből áll: az első a kompetenciaskálát foglalja magába, míg a második rész egy olyan 114 tételből álló problémalistát (mely 8 problémaskálára bontható) tartalmaz, amelynek megítélésében a megelőző félévben megfigyeltekre kell támaszkodni. A nyolc problémaskála a következő: visszahúzódás, szomatikus panaszok, depresszió/szorongás, figyelmi zavarok, társas problémák, gondolkodási zavarok, agresszió és deviancia. A problémaskálák értékei alapján lehetőség nyílik internalizációs és externalizációs viselkedési mutatók kiszámolására is. Ez előbbi meghatározása a visszahúzódás, a szomatikus panaszok és a szorongás/depresszió skálán kapott értékek alapján történik, míg az utóbbi az agresszió és a deviancia értékek segítségével kerül kiszámításra. Az átlag feletti értéket mutató externalizációs skála olyan viselkedési tendenciát jelez, amely a külvilág számára kellemetlen indulatkitörésekkel, a szabályok és a keretek betartásának nehézségével jellemezhető. Az átlag feletti internalizációs skála klinikai szintű túlkontrollálás, introverzió fennállására utal.

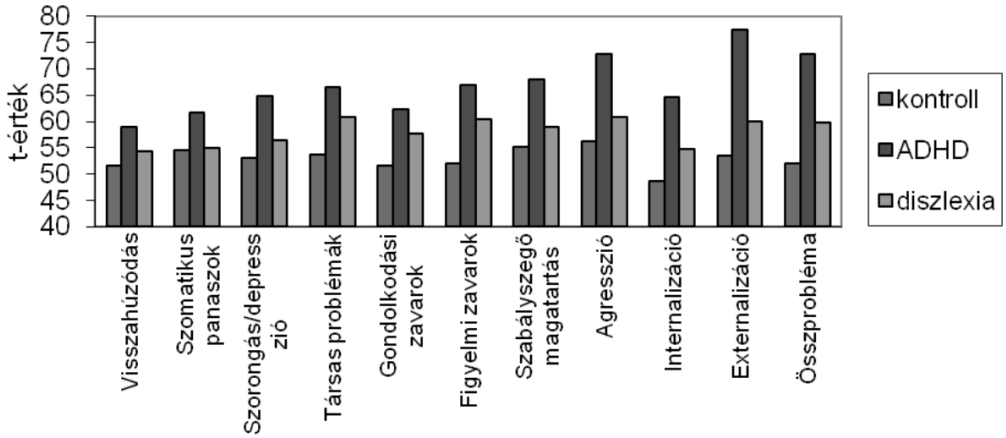
A kérdőívnek három változata létezik: szülői, tanári és önjellemzés. Az eredmények kiértékelésekor t-értékeket kapunk (átlag: 50, szórás: 10). A kérdőív hazai sztenderdizációja 1998-ban történt meg (Rózsa–Gádoros–Kő 1998).

A nemzetközi epidemiológiai és klinikai vizsgálatokban egyaránt gyakran használt mérőeszköz. Kultúrafüggetlenségét 12 országból (Ausztrália, Belgium, Kína, Németország, Görögország, Izrael, Jamaica, Hollandia, Puerto Rico, Svédország, Thaiföld, Egyesült Államok) származó adatok alapján történt összehasonlító elemzés támasztja alá (Crijnen–Achenbach–Verhulst 1999). A kérdőív (Figyelem skála mutatója) itthon és külföldön is – úgy a klinikumban, mint a különböző kutatások során – a figyelemzavar és hiperaktivitás diagnózis felállításához gyakran használt eszközök egyike. Klinikai ADHD-s mintán történt hosszmetszeti kutatás a skálákon kapott eredmények hosszú távú stabilitását igazolta (Biederman és mtsai 2001).

További kutatások az ADHD és egyéb komorbid zavarainak a CBCL segítségével történő azonosítását vizsgálták. Azok a személyek, akiknél az ADHD valamilyen komorbid zavarral társult, a CBCL további skáláin is magasabb értékeket értek el, mint azok, akiknél csak „tiszta" ADHD állt fenn. Az ADHD viselkedési zavarral és/vagy bipoláris zavarral történő együttjárását leginkább az agresszió és deviancia, míg a depressziót a szorongás/depresszió skála értékei jelezték (Biederman és mtsai 2005). Azokban a kutatásokban, ahol a komorbid zavarok kiszűrése nem vagy mindössze egy zavarra vonatkozóan történt meg, a CBCL Figyelem skálán túli mutatókban is emelkedett értékeket kaptak (Klein és mtsai 2006; Szabó–Honbolygó–Csépe 2014).

Életkorban, nemben és osztályfokban illesztett ADHD-s, diszlexiás és tipikusan fejlődő gyermekek CBCL skáláinak összehasonlítása során minden mutatóban a figyelemzavarral küzdő gyermekek kapták a legtöbb pontszámot. A diszlexiás csoport az ADHD-s és kontroll csoport között helyezkedett el, a következő három mutatóban pedig szignifikáns eltérést mutatott a tipikusan fejlődő gyermekek értékeitől: társas problémák, gondolkodási zavar és figyelmi skála *(1. ábra)*. Ez utóbbi azért érdekes, mert annak ellenére mutattak az olvasási zavarral küzdő gyermekek szignifikánsan

emelkedettebb figyelmi problémákat, hogy diszlexiás csoport kialakításakor a figyelmi zavarok kiszűrésre kerültek (Mohai–Szabó 2012).



1. ábra. CBCL mutatók ADHD-s, diszlexiás és tipikusan fejlődő gyermekek esetében (Mohai–Szabó 2012)

Több kutatás is a CBCL Figyelemskálájának magas fokú ADHD diagnosztikus specifikusságát és viszonylag magas fokú szenzitivitását igazolta (Hudzaik és mtsai 2004; Chen és mtsai 1994), amikor azonban az ADHD-ra jellemző végrehajtó funkciókat vizsgáló tesztek és a CBCL Figyelem mutatója közötti kapcsolatot vizsgálták, az eredeti CBCL figyelemskála szerint kialakított csoportok jelentősen átalakultak (Kóbor–Takács–Csépe 2010; Szabó 2013). Hazai mintán történt kutatások arra engednek következtetni, hogy a figyelmetlenséggel kapcsolatos problémákat a szülők inkább a társas-érzelmi dimenziók, mintsem a figyelmi-végrehajtó működésének feltárását célzó skála mentén ragadják meg (Takács–Kóbor–Csépe 2010).

Elmondható tehát, hogy a CBCL egy gyorsan felvehető, alacsony költségvetésű, hatékony eszköz, mely a diagnosztikus munkában igen hasznos szerepet tölthet be. Ugyanakkor hangsúlyozni szeretnénk, hogy a skálán kapott eredményeket mindössze irányadónak lehet tekinteni, az így szerzett adatokat csak óvatosan, mindössze útmutatóként szabad kezelni. Az adatokat ugyanis egyrészt nagy mértékben ferdítheti, hogy a kitöltő személy (általában szülő) nem minden esetben tudja a tételeket megfelelően értelmezni, értékelni. Másrészt azt sem szabad elfelejtenünk, hogy egy kérdőív mindössze a viselkedéses szinten megfigyelhető szimptómák súlyossága, a pszichiátriai zavarok komorbiditása és az interperszonális deficitek alapján azonosít (Biederman és mtsai 2007).

Összefoglalás

E tanulmány célja olyan vizsgálati eszközök rövid bemutatása volt, melyek segítségével a kognitív funkciókon túl a tanulási helyzeteken kívüli kompetenciákra is rátekintést kaphatunk. Mindez szükséges, mert a kognitív képességek megfelelő működése elengedhetetlen fontosságú, de nem elégséges az iskolai követelmények megfelelő teljesítéséhez. A bemutatásra került eszközök segítségével a pszichikum működésének egy-egy

olyan aspektusáról nyerhetünk információkat, melyek önmagukban diagnosztikai értékekkel ugyan nem rendelkeznek, de a végső diagnózis felállításakor és ennek alapján történő fejlesztési javaslattételek kidolgozásakor igen fontos szerepet játszhatnak.

Irodalom

ACHENBACH, T. H. (1991a): *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile.* University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.

ACHENBACH, T. H. (1991b): *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile.* University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.

ACHENBACH, T. H. (1991c): *Manual for Youth Self/Repost and 1991 Profile.* University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, VT.

BIEDERMAN, J.–MONUTEAUX, M. C.–GREENE, R. W.–BRAATEN, E.–DOYLE, A. E.–FARAONE, S. V. (2001): Long-term stability of the child behavior checklist in a clinical sample of youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,* 492–502.

BIEDERMAN, J.–MONUTEAUX, M. C.–KENDRICK, E.–KLEIN, K. L.–FARAONE, S. V. (2005): The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Archives of Disease in Childhood, 90,* 1010–1025

BIEDERMAN, J.–PETTY, C. R.–FRIED, R.–BLACK, S.–FANEUIL, A.–DOYLE, A. E.–SEIDMAN, L. J.–FARAONE, S. V. (2007): Discordance Between Psychometric Testing and Questionnaire-Based Definitions of Executive Function Deficits in Individuals With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 20,* 1–11

BUDAYNÉ BALKAY S. (1973): *Siketek intelligenciájának mérése.* ELTE BTK, Budapest. Szakdolgozat.

BURGIC-RADMANOVIC, M.–BURGIC, S. (2010): Comorbidity in children and adolescent psychiatry. *Psychiatris Danubina, 22,* 298–300.

CHE, W. J.–FARAONE, S. V.–BIEDERMAN, J.–TSUANG, M. T. (1994): Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: A receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 1017–1025.

CRIJNEN, A. A.–ACHENBACH, T. M.–VERHULST, F. C. (1999): Problems Reported by Parents of Children in Multiple Cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *The American Journal of Psychiatry, 156,* 569–574

DOLL, E. A. (1953): *The Measurement of Social Competence: a manual for the Vineland Social Maturity Scale.* Education Publishers, Philadelphia.

HUDZIAK, J. J.–COPELAND, W.–STANGER, C.–WADSWORTH, M. (2004): Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45,* 1299–1307.

KLEIN, C.–WENDLING, K.–HUETTNER, P.–RUDER, H.–PEPER, M. (2006): Intra-Subject Variability in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry, 60,* 1088–1097.

KÓBOR A.–TAKÁCS Á.–CSÉPE V. (2010): A végrehajtó funkciók neuro-pszichometriai perspektívából. *Pszichológia, 30,* 233–252

LÁNYINÉ ENGELMAYER Á.–MARTON K. (1991): *Értelmi fogyatékosok szociális teljesítményének vizsgálata.* (Pszichológia a gyakorlatban sorozat) Akadémiai Kiadó, Budapest. 36–63.

MÁRKUS, A. (2010): Számok, számolás, számolászavarok a kognitív neurológia megközelítésében. *Ideggyógyászati Szemle, 63,* 95–112.

MAYES, S. D.–CALHOUN, S. L. (2006): Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences, 26,* 145–157.

MAXFIELD, K. E.–BUCHHOLZ, S. (1957): *Social maturity scale for blind preschool children: A guide to its use.* American Foundation for the Blind, New York. / Magyarul: *Maxfield–Buchholz szociális érettségi skála 6 éves kor alatti vak gyermekek számára* (ford. PRÓNAY B., 1976). Kézirat. Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet, Budapest.

MÉREI F.–SZAKÁCS F. (szerk., 1988): *Pszichodiagnosztikai Vademecum I–VI.* Tankönyvkiadó, Budapest.

MICHANIE, C.–KUNST, G.–MARGULIES, D. S.–YAKHKIND, A. (2007): Symptom Prevalence of ADHD and ODD in a Pediatric Population in Argentina. *Journal of Attention Disorders, 11,* 363–367.

MOHAI K.–SZABÓ CS. (2012): Kognitív és viselkedési találkozási pontok fejlődési diszlexia és ADHD esetén. In VARGHA A. (szerk.): *A tudomány emberi arca: A Magyar Pszichológiai Társaság XXI. Országos Tudományos Nagygyűlése.* Kivonatkötet. 64–65.

PIERCE, K. (2003): Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbidity. *Primary Psychiatry, 10,* 69–76.

RICHARDSON, A. (2001): Fatty Acids in Dyslexia, Dyspraxia, ADHD. *Nutrition Practitioner, 3,* 18–24.

RÉZ I. (1974): *A Vineland skála adaptálása siket gyermekekre.* Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest. Szakdolgozat, irányító tanár: Budayné Balkay Sarolta.

RÓZSA, S.–GÁDOROS, J.–KŐ, N. (1998): *A Gyermekviselkedési Kérdőív.* ELTE, Budapest. Belső Kiadvány.

SPARROW, S.–BALLA, D.–CICCHETTI, D.–DOLL, E. (1984): *Vineland Adaptive Behavior Scales: interview edition, survey form manual.* American Guidance Service.

SPARROW, S.–BALLA, D.–CICCHETTI, D. (2005): *Vineland-II (Vineland Adaptive Behavior Scales, Survey forms manual: survey interview form and parent/caregiver rating form). 2nd ed.* Pearson Publishing, Cambridge.

SZABÓ CS. (2013): *A végrehajtó funkciók működése eltérő fokú figyelmi mintázatok tükrében.* Doktori (PhD) disszertáció. ELTE Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest.

SZABÓ CS.–HONBOLYGÓ F.–CSÉPE V. (2014): Az externalizációs és internalizációs problémák hatása a munkamemória-teljesítményre ADHD veszélyeztetett kisiskolásoknál. *Pszichológia, 34,* 1–26.

TAKÁCS Á.–KÓBOR A.–CSÉPE V. (2010): Zavarok a diagnózisban? A figyelmi atipikusság „intuitív diagnosztikája" és neuropszichológiai profilja. *Pszichológia, 30,* 253–271.

The Multimodal Treatment Study of Children with ADHD Cooperative Group (1999): A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56,* 1073–1086.

MAGYAR LOVASTERÁPIA SZÖVETSÉG

Ismét akkreditált lovasterapeuta képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány

A korábbi évekhez hasonlóan idén is **akkreditált lovasterapeuta** képzést indít a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány. Az országban egyedülálló programra olyan gyógypedagógusok és gyógytornászok jelentkezését várjuk, akik hippoterápia vagy gyógypedagógiai lovaglás és lovastorna szakágakon szeretnének továbbtanulni.

A jelentkezési kérelemhez rövid szakmai önéletrajzot, valamint az alapképzettséget igazoló dokumentum fénymásolatát kell csatolni.

A kétéves, összességében mintegy 185 órás tanfolyam várhatóan 2014 októberében indul, a lovas felvételi vizsgákra szeptember folyamán kerül sor.

Részletes információk a **www.lovasterapia.hu** weboldalon, a „Képzések" menüpont alatt találhatóak.