Slachta Margit
Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

ESETMEGBESZÉLÉS ÉRTELMI FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ SZEMÉLYEKKEL FOGLALKOZÓ SZAKEMBEREK RÉSZÉRE

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és
VEKOP-7.5.1-16-2016-00001
kiemelt projektek
Cím: 1071 Budapest, Peterdy u. 15.
E-mail: efop382@nszi.hu
E-mail: vekop751@nszi.hu

SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Esetmegbeszélés értelmi fogyatékossággal élő személyekkel foglalkozó szakemberek részére

HALLGATÓI TANANYAG

Szerzők

Márián Anett
Sebán Zoltán

Szakmai lektor

Dr. Bagi Krisztina

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001 azonosítószámú, Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

A kiadvány a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 és a VEKOP-7.5.1-16-2016-00001

azonosítószámú,

Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében

készült

Kiadja Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet

1142 Budapest, Ungvár utca 64-66.

Telefon: +36 1 450 32 30, +36 1 450 32 35

www.nszi.hu

Felelős kiadó Dr. Tóth Tibor főigazgató

Budapest, 2022.

Tartalom

Előszó **5**

1. Az értelmi fogyatékosság/intellektuális képességzavar (IKZ) definíciója és megközelítései 6

1.1. Az intellektuális képességzavar/értelmi fogyatékosság meghatározásának főbb szempontjai **6**

1.2. Az intellektuális képességzavar orvosi-diagnosztikai szempontú megközelítése **8**

1.2.1. A BNO jelentősége 8

1.2.2. A DSM 5 jelentősége 10

1.2.3. Komorbiditás 11

1.2.4. Autizmus Spektrum Zavar 12

1.3. Az intellektuális képességzavar pszichológiai szempontú megközelítése **13**

1.4. Az intellektuális képességzavar társadalmi megközelítése **14**

1.5. Az intellektuális képességzavar pedagógiai megközelítése **15**

2. Értelmi fogyatékossággal/ Intellektuális képességzavarral élő személyek segítésének specialitásai 19

2.1. Az érzelmek szerepe az intellektuális képességzavarral élőkkel foglalkozó segítők munkavégzésében **23**

2.2. Az ellátást biztosító segítők kompetenciái **24**

3. Az esetmegbeszélés szerepe a munkahelyi kihívások kezelésében 26

Felhasznált irodalom 28

Internetes források 29

Törvények, rendeletek 30

Előszó

Köszöntjük a 25 tanórás „***Esetmegbeszélés értelmi fogyatékossággal élő személyekkel foglalkozó szakemberek részére***” c. szakmai személyiségfejlesztő foglalkozás típusú továbbképzésen!

Mit ad Önnek az „*Esetmegbeszélés értelmi fogyatékossággal élő személyekkel foglalkozó szakemberek részére*” c. továbbképzés, milyen kompetenciákkal bővül szakmai tudása?

Az „*Esetmegbeszélés értelmi fogyatékossággal élő személyekkel foglalkozó szakemberek részére”* című továbbképzés átfogó célja a személyes gondoskodást végző szakemberek mentálhigiénés támogatása, az esetvezetéssel kapcsolatos problémák megbeszélése, az adott nehézség kreatív megoldásának érdekében.
Az esetmegbeszélés - a csoport segítségével - elsődlegesen a résztvevő személyiségének, reakcióinak mélyebb szintű megértésére irányul. A megértés, a megszerzett többlet tudás nyomán kedvező irányba változik a segítő attitűdje kliense iránt. Kapcsolatuk további szakaszában éppen ez az attitűdváltozás válhat a klienssel végzett szakmai munka legfontosabb hatóényezőjévé.
Ebben a felfogásban a segítő érzelmi teherbíró képességének erősödése inkább másodlagos cél, illetve hozadék. A kliens reakciómódjainak és a segítő kapcsolat dinamikájának mélyebb szintű megértése nyomán a segítő szakember szakmailag kompetensebbnek érzi magát, és a korábbinál nagyobb kontrollt tud gyakorolni saját szakmai tevékenysége fölött. Szakmai személyisége fejlődik, erősödik. Az esetmegbeszélés tehát a hivatásszemélyiséget erősítő, támogató szerepet is betölt (empowerment).

Hogyan épül fel a „ *Esetmegbeszélés értelmi fogyatékossággal élő személyekkel foglalkozó szakemberek részére*” c. továbbképzés?

Tananyagegység	Óraszám	Forma
1. Továbbképzési nap	8 tanóra	jelenléti
2. Továbbképzési nap	8 tanóra	jelenléti
3. Továbbképzési nap	9 tanóra	jelenléti

1. Az értelmi fogyatékosság/intellektuális képességzavar (IKZ) definíciója és megközelítései

Összefoglalás: Az értelmi fogyatékosság/IKZ fogalma, és megítélésükkel, az őket illető bánásmóddal kapcsolatos társadalmi szemlélet jelentős változáson ment keresztül az elmúlt években. Változott a terminológia, és a fogalomhasználat is az elmúlt években a gyógypedagógia tudományterületén. Ezek összefoglalása következik.

Cél: A résztvevő új ismereteket sajátítson el, és azokat a gyakorlati munkájában is valósítsa meg.

Kulcsszavak: intellektuális képességzavar, ellátást biztosító, ellátást igénybe vevő,

Tanulást segítő kérdések: Mi a különbség az értelmi fogyatékosság és az intellektuális képességzavar fogalma között? Miért fontos a Maslow féle szükséglethierarchia ismerete?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Lányiné Engelmayer Ágnes 2017. Intellektuális képességzavar és fejlődés. Medicina kiadó, Budapest.
- Nirje, B., Perrin, B. (1998). A normalizációs elv és félreértelmezései. Vezérfonal az értelmileg akadályozott emberek bemutatásához. Értelmi fogyatékosok és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, Budapest. ERFO Kft. ISBN9630359340.

A jelen továbbképzés célja, hogy ismertesse röviden az értelmi fogyatékossággal/intellektuális képességzavarral élő személyek ellátásában történt módszerbeli és fogalmi változások irányelveit. Ezzel is szeretnénk segítséget nyújtani a gyakorlati életben, bővebb információkat és szemléletet adva a gyakorlás útján történő tanulás módszerét alkalmazva.
További ismereteket szeretnénk megosztani az értelmi fogyatékossággal, azaz intellektuális képességzavarral élő személyekkel való foglalkozás gyakorlati sajátosságairól. A jelen tananyag az új ismeretek egyik lehetséges értelmezését mutatja be, a klasszikus értelmi fogyatékosság fogalmát és kapcsolódó diagnosztikai jelenségeit is részletezve.
Az értelmi fogyatékossággal élő személyeket az összefoglalásban két teljesen újnak tűnő megnevezéssel fogom leírni: **ellátást igénybe vevő** (aki tulajdonképpen a társadalmi segítséget veszi igénybe a segítőtől, akinek ez a foglalkozása munkahelyi keretek között, és ezért őt díjazás illeti meg), illetve az új terminus szerinti **intellektuális képességzavarral élő személy** vagy annak rövidítése (továbbiakban: IKZ személy). A hagyományos jogi, orvosi terminus szerinti értelmi fogyatékossággal élő személy használatos a bürokráciában. Az olvashatóság megkönnyítéséért, törekszünk elkerülni a gyakori ismétlődést.

1.1. Az intellektuális képességzavar/értelmi fogyatékosság meghatározásának főbb szempontjai

Az intellektuális képességzavar (értelmi fogyatékosság) fogalmának meghatározása bizonyos tekintetben függ attól, hogy mely szakterület szempontjából vizsgáljuk. Eltérő szakterületek más-más szemszögből világítják meg a fogalom jelentéstartományát, egymást kiegészítő módon. A mindenkori meghatározások pedig hűen tükrözik az adott korszellem tudományokban is megfigyelhető hatását.

A politikai intézkedések általában nem tartják szükségesnek annak a részletes leírását, hogy mit is lehet érteni a “fogyatékosság”- illetve jelen esetben az “értelmi fogyatékosság” kifejezés alatt. Ugyanakkor ezen legmagasabb szintű intézkedések meghozatala minden esetben példát jelent, valamint mintát közvetít a

társadalom számára is: ha célja a valódi hatékonyság a célcsoport számára, ez esetben foglalkozik a meghatározást illető kérdésekkel is. **A mindenkori definíció tehát különösen fontos, hiszen a társadalmi megítélés befolyásolása által a képességeket növelő – illetve a képességeket csökkentő hatása is lehetséges** (Könczei, 2009).

A fogalom történelmet átívelő alakulása során is megfigyelhető volt ez az átváltozás: az 1900-as években zajló „értéktelen élet" felfogástól indult- és egészen a 20. századi szociológiai, társadalomtudományi nézőpontokig tartott. Ekkor ismerték fel annak a negatív hatását, hogy a nem megfelelő társadalmi sztereotipizálás, a hibás minősítések, és az előítéletek mennyire negatívan befolyásolják a fogyatékosság fogalmát. Ugyanis mind a minősítés, mind a diagnosztikus címkék az egyént egész élete során kísérik egyfajta „bélyegként", amely által **a fogyatékosság társadalmi minősítésből kialakuló kategóriává válik (Lányiné, 2017)** - ami akár lényegesen eltérhet a valóságtól. Ilyen példa a magas támogatási szükségletű személyekkel történő kommunikációs gát is: az emberek nagy része azt gondolja, hogy az érintett „úgysem ért semmit" - azaz nem lehet közvetlenül beszélni vele, ezért nem a személyhez beszél, hanem pl. a kísérőjéhez.

Ugyanakkor sem az átlagos fejlődésmenet, sem pedig az átlagostól eltérő fejlődésmenet nem írható le egyszerű ok-okozati kapcsolatban álló folyamatokkal – az egyedi, személyes tényezők ismerete nélkül. Ezek azok az ismeretek, amik **a kiindulópontot jelentik** az összetett hatásmechanizmusok megértéséhez. Az értelmi fogyatékosság tehát többtényezős gyűjtőfogalom, összefoglalása mindazoknak a különböző súlyosságú, az első életévektől jelentkező állapotoknak, „*melyekre elsősorban az egyén általános értelmi képességének károsodása, fejlődésének széleskörű és számottevő lelassulása, így az intellektuális teljesítés jelentős elmaradása a jellemző. Ez az állapot (egyénenként eltérő mértékben) befolyásolja a személyiségfejlődést, a kommunikációt, a tájékozódást, a tanulást, a társadalmi alkalmazkodást"* (Csató, et al. 13.o.,2009).

A komplex mögöttes interakciók (genetikai, biológiai, környezeti és pszichoszociális tényezők) következtében a kutatók **„multifaktoriális"** (többszörös rizikótényezős) modellt javasolnak a meghatározáshoz. Bizonyos tényezők önmagukban is eredményezhetik az IKZ kialakulását, de a jellemző klinikai kép, a súlyosság és viselkedéses kimenet általában a rizikó- és a védő/protektív faktorok együttes hatásának következtében jön létre (Csákvári, 2012).

Kialakulásának oka lehet a magzati korban hiányos tápanyagbevitel, genetikai (kromoszómális, pl. a Down-szindróma, Autizmus Spektrum Zavar, Fragilis X-szindróma, Williams-szindróma, Klienefelter-szindróma, Angelman-szindróma, Rett-szindróma, Turner-szindróma stb.) és/vagy a központi idegrendszert, az agy működését a fejlődés korai szakaszában – születés előtt, közben és után – ért károsító hatások pl. vírus és bakteriális fertőzések, anyagcserezavarok, vércsoport összeférhetetlenség, oxigénhiány, szülési sérülések, agyvelő- és agyhártyagyulladás, valamint egyéb ártó hatású kémiai anyagok(drog, alkohol, dohányzás), továbbá a súlyos elhanyagolás vagy depriváció (Csató et.al, 2009; Csákvári, 2012). *Enyhe fokú IKZ esetében* a kialakult esetek 40-60%-ban ismeretlen eredetűek a kóroktani tényezők, a legnagyobb számban multifaktoriális háttérokok kerülnek felderítésre, illetve a méhen belüli élet idejéből, valamint a szülés körüli történésekből. *Mérsékelt és súlyos (vagy organikus) IKZ* esetén az esetek egyharmadában prenatális kromoszóma, - vagy génrendellenességekre vezethető vissza, illetve toxikus környezeti és terratogén ártalmak hatására. 10-15 % -a a méhen belüli élet és a szülés körüli eseményekre /koraszülés, kis súly, szülés körüli károsodás, hypoxia, agyvérzés stb. / 3-12%-ban szülés utáni sérülés eredménye, illetve 30-40%-ban nem tisztázott az eredete(Csákvári, 2012*).*

A mögöttes okok esetleges felderítése fontos a gyermek fejlesztése céljából, mert a pedagógiai tevékenység csak alapos orvosi kivizsgálást követően kezdődhet meg. A tünetcsoport ennek ellenére

véglegesen nem határozza meg az egyén sorsát sem súlyosságának minősítésében, sem az értelmi fogyatékosság minősítésében, hiszen fejlődés bármikor bekövetkezhet (Hatos, 1996).
Megkülönböztethetünk enyhe, középsúlyos, súlyos és igen súlyos fokú értelmi fogyatékosságot. A súlyosság szerinti felosztás azonban csak a mesterséges tartományokat adja meg. A magyar gyógypedagógia jelenleg a tanulási akadályozottság (tanulásban akadályozottak – enyhe értelmi fogyatékosság), és az értelmi akadályozottság (mérsékelt, - súlyos, igen súlyos értelmi fogyatékosság) kifejezéseket használja. A fogyatékosság megítélése és mértéke ekként változhat a szemlélettől függően (Csákvári és Mészáros, 2012).

Az intellektuális képességzavarral élő személyek megközelítéséhez érdemes toleráns, támogatásra törekvő álláspontot képviselni, és a segítő folyamat tervezésekor a személyes szükségleteiket figyelembe venni. Fontos, hogy ne a hiányzó képességeikre fókuszáljunk, hanem azt szükséges feltérképezni, milyen segítségre van szükségük abban a környezetben, amelyben élnek, vagy iskolába/ munkába járnak. Azt szükséges felmérni, mire képes az adott gyerek vagy felnőtt, és nem elsősorban azt, mire kellene képesnek lennie - hiszen a meglévő képességekből lehet facilitálni a hiányzókat (Csató, et al., 2009).

1.2. Az intellektuális képességzavar orvosi-diagnosztikai szempontú megközelítése

A fent röviden leírt összefoglalásból is jól kitűnik, hogy az állapot összetettsége révén a pontos megítéléshez sok szakember együttes munkájára van szükség. Ennek megfelelően a diagnózis felállítása orvos (többnyire neurológus, pszichiáter, gyermekorvos, stb), pszichológus és gyógypedagógus közös munkáját igényli. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO minden tagállamára nézve ajánlott, ugyanakkor a tagállamok ratifikálását követően kötelezően elfogadott orvosi-diagnosztikai sztenderdeket ír elő. Ez alapján az értelmi fogyatékosságnak kétféle nemzetközi klasszifikációs rendszerben történik a meghatározása hazánkban is, az első a Betegségek Nemzetközi Osztályozása, azaz a BNO-10 (hamarosan a **BNO-11** vagy másként ICD-11) illetve a **DSM-5** (A **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) 5,** a *"Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve 5.kiadás*", ez utóbbi az American Psychiatric Association (APA), azaz az Amerikai Pszichiátriai Társaság gondozásában került összefoglalásra. Mindkét klasszifikációs rendszer célja a minél pontosabb fogalmi rendszerek kialakítása, összehangolása és a minél teljeskörűbb meghatározása, emiatt jelentős változásokon mentek keresztül az elmúlt 30 évben is. Ennek folyományaként az utóbbi években jelentős változások történtek a fogyatékosság meghatározásában is.

1.2.1. A BNO jelentősége

A hivatalosan 1994-től 2021. december 31-ig használatos BNO-10 klasszifikációs rendszer az *értelmi* fogyatékosságot a következőképpen foglalta össze: *"abbamaradt vagy nem teljes mentális fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása - készségeké, amelyek a fejlődés során jelennek meg és az intellektus minden szintjét érintik"* (pl. megismerő funkciók, motoros, nyelvi, és szociális készségek, képességek) (BNO-10, 2004). Ez a kifejezés több szempontból sem volt megfelelő: az aktuális működési szinten történő megítélés, "abbamaradt vagy nem teljes szellemi fejlődés", illetve az az állítás, hogy értelmi fogyatékosság esetén a motoros és szociális készségek, képességek minden esetben érintettek (Csákvári, 2012). Ezt már a gyakorlati életben tapasztaltak szerint korrigálták a BNO 11-ben.

A BNO-10 megkülönböztet enyhe (IQ 50–69), közepes (IQ 35–49), súlyos (IQ 20–34) és igen súlyos (IQ 20 alatti) értelmi fogyatékosságot (korábbi szóhasználatában még a 'mentális retardáció' fogalma szerepelt).
Pedagógiai szempontból ugyanakkor a "közepes, súlyos és igen súlyos" értelmi fogyatékosság-terminust mintegy "gyűjtőfogalomként", értelmi akadályozottságnak nevezzük hazánkban (Hatos, 2008).

Az értelmi fogyatékosság súlyossági csoportjai	Megközelítőleges IQ értékek	BNO-kódok
Enyhe értelmi fogyatékosság	50-69	F.70
Közepes értelmi fogyatékosság	35-49	F.71
Súlyos értelmi fogyatékosság	20-34	F.72
Igen súlyos (extrém) értelmi fogyatékosság	>20	F.73

1. sz. ábra: Az értelmi fogyatékosság súlyossági csoportjai (Forrás: saját szerkesztés. Hatos Gyula alapján, 2008)

A 2018-ban megjelent BNO-11-be már beépítésre kerültek a fenti kritikák mentén szükséges változtatások a meghatározást illetően, amelyet tartalmilag is az értelmi fogyatékosság "evidence-based" jellemzőivel egészítettek ki. **Ez alapján új kategórianevet hoztak létre, amely az "Idegfejlődési zavarok" nevet kapta, utalva ezzel a 18 év alatti, többnyire korai kezdetre.** A következőkben az áttekinthetőség kedvéért táblázatban hasonlítom össza a BNO-10 és BNO-11 jellemzőit.

BETEGSÉGEK NEMZETKÖZI OSZTÁLYOZÁSA (BNO) (International Classification of Disease=ICD)	
BNO-10 (ICD-10)	**BNO-11 (ICD-11)**
1996-tól alkalmazzák hazánkban a BNO kódokat	2018.-ban jelent meg
2006-os újrakiadás	A WHO tagállamok ratifikálták 2019-ben, ezért hivatalosan 2022.január 1-től lép(ett) érvénybe. Online is elérhető katalógus forma
az értelmi fogyatékosság megnevezése: „mental retardation" - „mentális retardáció"	az értelmi fogyatékosság megnevezése "Disorder of Intellectual Development" – **Az „értelmi fejlődés zavara"/ „Intellektuális fejlődési zavar"**
A „Mentális és Viselkedészavarok (F00-F89)" kategóriában található	Új kategorikus számozás: (6A00-6A0Z) **Mentális, viselkedéses és idegfejlődési zavarok** (06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders)
F70.- Enyhe mentális retardáció	– ezen belül **"Idegfejlődési zavarok"** kategóriába tartozik
F71. - közepes mentális retardáció	– utalás szinten tartotta meg az IQ alapján történő felosztást
F72.- Súlyos mentális retardáció	
F73.- Igen súlyos mentális retardáció	
F79.- nem osztályozott mentális retardáció	

2. sz. ábra: BNO (Forrás: saját szerkesztés, a BNO-10 és a BNO-11)

1.2.2. A DSM 5 jelentősége

A “Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve”, a DSM 5 az Amerikai Pszichiátriai Társaság gondozásában jelent meg, leírásai pedig a paradigmális változások alapján készültek. A DSM 5 (előző kiadásához képest) -ben a megnevezés után a legnagyobb változás **a támogatásorientált szükségleti szempont bevezetése.** Az intellektuális képességzavar (értelmi fogyatékosság) alapvető jellemzője az értelmi képesség általános elmaradása, a mindennapi adaptív készségek károsodása az egyén életkorban, nemben, és szociokulturális környezetben illeszkedő kortársaihoz viszonyítva (DSM 5, 2021).

DSM “Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve” (**Diagnostic and Statistical** Manual of Mental Disorders)	
DSM-4	**DSM-5 (2021.09.)**
1994-2013-ig volt érvényben	2013.-tól napjainkig. 2021. szeptemberben történt frissítés
az értelmi fogyatékosság megnevezése: „mental retardation” - „mentális retardáció”	az értelmi fogyatékosság megnevezése: Intellectual Developmental Disorder (Intellectual Disability) – Intellektuális/Értelmi Fejlődési Zavar
A „Mentális és Viselkedészavarok (F00-F89)” kategóriában található	Az Idegrendszer fejlődési zavarai (77)
F70.- Enyhe mentális retardáció	- ezen belül "Intellektuális Fejlődési Zavar (Értelmi fogyatékosság)", hazai fordításban: **„Intellektuális képességzavar”** kategória
F71. - közepes mentális retardáció	- csak utalás szinten tartotta meg az IQ alapján történő felosztást, a támogatási szükségletet hangsúlyozza
F72.- Súlyos mentális retardáció	F70. Enyhe
F73.- Igen súlyos mentális retardáció	F71. Közepes
F79.- nem osztályozott mentális retardáció	F72. Súlyos
	F73. Igen súlyos
	F88. Globális fejlődési késés
	F84. 0 Autizmus Spektrum Zavar

3. sz. ábra: DSM (Forrás: Saját szerkesztés, a DSM-IV. és a DSM-V alapján)

Az intellektuális képességzavar (értelmi fogyatékosság) lényegi jellemzői tehát a DSM 5 (2021) szerint a következők:

1. *A kritérium*: az általános értelmi képességek hiányosságai
2. *B kritérium*: a mindennapi alkalmazkodási képességek károsodása, összehasonlítva az egyén életkorban, nemben és szociokulturális szempontból megfelelő társaihoz képest
3. *C kritérium*: a betegség kialakulása a fejlődési időszakban történik.

A diagnózis a klinikai értékelésen (az intellektus és a képességek, valamint neuropszichológiai tesztek alkalmazkodási képességeket is mérő standardizált tesztekkel való mérésén) alapszik.
A *B kritérium* akkor teljesül, ha az adaptív működés legalább egy területe (legyen az fogalmi, a szociális, vagy a praktikus képességek) oly mértékben károsodott, hogy folyamatos támogatásra van szükség ahhoz, hogy a személy megfelelően tudjon teljesíteni a különböző környezetekben (pl. iskolában, munkahelyen, otthon vagy a közösségben).

A *C krtiérium*, a fejlődési időszakban történő megjelenés annak felismerésére utal, hogy az intellektuális és alkalmazkodási hiányosságok gyermek vagy serdülőkorban jelentkeznek. A 2021.09.30-i módosításban eszközölték a fenti változtatásokat, mert a 2018-ban megjelent verzió nyelvi fogalmai megváltoztatták a fogalom jelentéstartományát bizonyos tekintetben.

A BNO meghatározásokat ért jogos kritikák újragondolását követően, valamint a fenti DSM-5 definíció alapján a szakmailag **jelenleg is érvényben lévő** *AAIDD* (American Association of Intellectual and Developmental Disabilities) **2002-es** definícióját támasztja alá (Mészáros & Csákvári, 2012; Mándoki, 2019). "***Ez alapján az értelmi fogyatékosság a szignifikánsan csökkent értelmi működés (IQ 70 alatti) és az adaptív viselkedés zavarát jelenti,*** *amely megmutatkozik a* ***fogalmi*** *(beszéd, olvasás, írás, pénz elemi használata, vásárlás, önszabályozás, szabályok betartása), a* ***szociális*** *(kapcsolatok, szabályok követése, másik ember elfogadása, a cselekvések és ezekért érzett felelősség) és a* ***praktikus*** *(napi élettevékenységek, önellátás)* ***adaptív*** *készségekben is"* (Mándoki, 2019, 3.o.). Fontos kritériumfeltétel, hogy 18. életév előtt keletkezik. **Megfigyelhető, hogy nem alkalmazza a hagyományos, IQ szintekre alapozott osztályozási rendszert, hanem elsődlegesen a támogatás és segítségnyújtás mértékére helyezi a hangsúlyt.**

	FOGALMI	SZOCIÁLIS	PRAKTIKUS
ADAPTÍV KÉSZSÉGTERÜLETEK	beszéd, kommunikáció	kapcsolatok kialakítása, fenntartása	napi élettevékenységek
	olvasás-írás	szabályok követése	önellátás
	vásárlás, pénz elemi használata	másik ember elfogadása	
	önszabályozás	cselekvések és ezekért érzett felelősség	
	szabályok betartása		

4. sz. ábra: Adaptív készségterületek (Forrás: Saját szerkesztés, az Adaptív készségterületek (AAMR, 2002) és Mándoki, 2019 alapján)

Az intellektuális képességzavar (IKZ) – a nemzetközi terminológiai változásokhoz csatlakozva – egy olyan új kifejezés, amely az értelmi fogyatékosság és a mentális retardáció fogalmát helyettesíti. Azon személyekre vonatkozik, akik az intellektuális működés, valamint az adaptív magatartás akadályozottságát mutatják (Lányiné, 2017, Mándoki, 2019).

Az értelmi fogyatékosság kezdetben hülyeség, majd idiotizmus, gyengeelméjűség, gyengetehetség fogalmaival élt a közéletben, és vált napjainkra némelyik korábban tudományos kifejezés a közéleti szóhasználat részévé- sajnos többnyire pejoratív értelemben. Ez indikálta a hazai gyógypedagógusok azon törekvését, hogy egy egységes, és objektív terminológiát alkossanak. Mára a különböző non-profit szervezetek, alapítványok és szülőcsoportok is küzdenek azért, hogy ne legyen sértő a fogyatékos emberek számára az őket megjelölő terminus. Összegezve tehát a DSM és a BNO korábbi változataiban is szereplő mentális retardáció mára kifejezetten negatívnak számít, helyette **az "*intellektuális képességzavar (IKZ)",* illetve az értelmi fogyatékosság, pedagógiai értelemben pedig az értelmi akadályozottság fogalma** használatos.

1.2.3. Komorbiditás

Az intellektuális képességzavar mellett egyéb fejlődési, és pszichiátriai zavarok is megjelenhetnek, melyek tünetei olykor együtt, vagy egymással átfedésben jelentkezhetnek. Ezek felderítése és kezelése nagyon

fontos. **Az értelmi fogyatékosság tehát a fent vázoltaknak megfelelően nem azonos a bármely életkorban előforduló, környezeti ártalmakból adódó (pl. baleset, mérgezés, stb.) másodlagos értelmi elmaradottsággal. Nem azonosítható más pszichiátriai betegségekkel sem (például demenciával, vagy a pszichózis különböző fajtáival).** Állapot, amely a korai idegrendszeri károsodás következtében az egyén egész életén át tart, valamint megjelenhet más fejlődési zavarokkal közösen (pl. autizmus), és/vagy pszichiátriai betegségekkel is együttesen (hangulatzavarok, szkizofrénia, stb.).

1.2.4. Autizmus Spektrum Zavar

Gyakran, és tévesen azonosítják az intellektuális képességzavar mintegy "alternatívájaként" az autizmus spektrum zavart. 2020-ban hazánkban készült egy egészségügyi-szakmai ajánlás, ami jelentős segítség a szakemberek számára diagnosztikai, és kezelési szempontból. Összegzi az aktuális és korábbi kutatási eredmények alapján rendelkezésre álló információkat. A következőkben ismertetjük a főbb pontjait.
Autizmusnak tekintjük „*a humán idegrendszer egész életen át fennálló, átható fejlődési zavarát, mely a születéstől kezdve alapvetően meghatározza a gyermek fejlődését és viselkedését"*. Ez alapján egész személyiséget átható, ún. pervazív fejlődési zavarnak tekinthető. Nem betegség, hanem egy élethosszig tartó állapot, amely a megfelelő terápiák, egyéni fejlesztések révén befolyásolható, formálható az egyéni adottságok függvényében (Rutter,2007).
Az állapot jelenleg egy olyan multidimenzionális spektrumként értelmezhető, amelynek megjelenését a következő jellemzők befolyásolják leginkább: az életkor, az autizmus súlyossága (autisztikus triász/diád, stb), az intelligenciaszint, a beszédprodukció és a beszédértés szintje, a személyiség, a környezeti hatások (pl. családi környezet, a beavatkozás intenzitása és minősége), valamint a társuló állapotok, betegségek, zavarok. Az eddigi kutatási eredmények alapján nem lehetséges a spektrumon belül valid alcsoportokat elkülöníteni. Pszichogén (lelki eredetű) tényezők nem játszanak szerepet kialakulásában. Olyan komplex, több génből álló öröklődésmenetet valószínűsítenek, amelynek valamennyi elemét, illetve azok lehetséges kombinációit még vizsgálják. Genetikailag az autizmus az egyik legerősebben meghatározott fejlődésmenet a gyermekpszichiátriai/pszichiátriai állapotok között (EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020).

- **Jelentős mértékben változtak az autizmus és az intellektuális képességzavar együttjárására vonatkozó adatok.** Korábban 25–30 százalékra becsülték az értelmi fogyatékossággal nem társuló autizmus gyakoriságát, manapság – a spektrum alaposabb feltérképezése miatt – **azok vannak többségben (kb. 50–60%), akiknek intellektusa ép (**EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020)**.**

- **Autizmus spektrum zavarokban szignifikánsan gyakrabban fordul elő intellektuális képességzavar**, fragilis X szindróma, sclerosis tuberosa, epilepszia, figyelemzavar és hiperaktivitás, valamint alvási és étkezési zavarok. Az utóbbi évtizedben figyelték meg, hogy az esetek megközelítőleg 30%-ában pszichiátriai problémák (különösen szorongásos és hangulati zavarok) is társulnak az autizmushoz (EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020).

- Az autizmus meghatározásának egységességét az úgynevezett **"autisztikus triász/diád" adja** (DSM-5, BNO-10). A korábbi meghatározások szerint az autizmusra utaló tünetek három viselkedéses területhez sorolhatóak: a reciprok szociális interakciók és a reciprok kommunikáció minőségi eltéréseihez, valamint a szűk körű, sztereotip, repetitív érdeklődés, aktivitás, viselkedés területéhez. Az autizmus viselkedéses képét leíró kutatások eredményeinek bővülése vezetett az autisztikus triász újraértelmezéséhez: a DSM-5 már az autisztikus diádról beszél, ami az ún. **"tartós deficit a szociális kommunikációban és szociális interakciókban"**, valamint "**szűk körű repetitív mintázatok a viselkedésben, érdeklődésben, aktivitásban**" – jellemzi a tüneti képet. Triászon/diádon kívüli jellegzetességeknek tartjuk az autisztikus triászba be nem sorolható, de az állapotot gyakran jellemző viselkedések közül: **a szokatlan szenzoros reakciókat** (atipikus túl- vagy alulérzékenység bizonyos

ingerekre, szenzoros élménykereső viselkedés), valamint triászon/diádon kívüli jellegzetességként értelmezzük a gyakran jelentkező **egyenetlen képességprofilt, illetve a szigetszerű képességeket** (EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020)**.**

- Az autizmus spektrumába tartozó állapotok egész életen át befolyásolják a fejlődést és a viselkedést - hasonlóan az intellektuális képességzavarhoz - azaz egy **biológiailag meghatározott fejlődési zavarról beszélünk, ami** az idegrendszeri fejlődés sajátos útja, amely okozati hátterét és jellegzetes viselkedéses mintázatait tekintve szerteágazó. A rizikót fokozó tényezők mellett rizikót csökkentő, védő tényezők vizsgálata is folyik. A frissebb epidemiológiai vizsgálatok alapján a prevalencia meghaladja az 1 százalékot. Az utóbbi 50 évben az esetek száma évente, egyenletesen, körülbelül 3-4 százalékkal emelkedik, ez az érték meghaladhatja akár a 2 százalékot is (EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020).

"Az autizmusspecifikus beavatkozások elsődleges célja az autonómia és a társadalmi részvétel erősítése, a kommunikáció és a társas képességek fejlesztése, a szorongás és stressz megelőzése. Mindez az autizmushoz és az individuális szükségletekhez adaptált környezetben, olyan keretek között zajlik, ahol a fejlődési megközelítést (pozitív érzelmi közeg, természetes helyzetek kiaknázása) modern kognitív viselkedéses megközelítéssel kombinálják" (EüK. 12. szám EMMI irányelv 3,2020).

1.3. Az intellektuális képességzavar pszichológiai szempontú megközelítése

A pszichológiai megközelítés az intellektuális képességzavart a pszichés működési területek, másképpen a képességek vizsgálatán keresztül értelmezi. Ennek révén összhangban állnak az értelmi fogyatékosság vagy az azt felváltó intellektuális képességzavar megnevezésekkel. Az érintett személyek intellektuális működési eltérései, jellemzői széles skálán figyelhetőek meg: egészen az iskolai és munkahelyen történő tartós helytálláshoz szükséges képességek, és az ezeket kísérő érzelmi, fizikai vagy egészségügyi feltételek vonatkozásáig (Mészáros és Csákvári, 2012). A társadalomba történő beilleszkedés szempontjából ugyanakkor az intelligencia, valamint az adaptív viselkedés a legmarkánsabb területek, amelyek mérésére egyre nagyobb figyelmet fordítottak az elmúlt 50 évben.

Intelligenciatesztekkel az intelligenciaszint mértéke (IQ) számokban is kifejezhető az értelmi fogyatékosság megállapításához. A számszerűsített IQ jeleníti meg a mindennapi alkalmazkodási képességek károsodását, összehasonlítva az egyén életkorban, nemben és szociokulturális szempontból megfelelő társaihoz képest (B kritérium, DSM-V, Csákvári 2012). Hagyományosan a Wechsler-féle intelligenciatesztekkel kerül meghatározásra.

Az adaptív viselkedés és önállóság fogalmai egyre fontosabbá válnak az egyén fejlesztése, támogatása, valamint a közösségekbe történő "beillesztése" - beilleszkedése során. Az önállóság fogalma többnyire az egyénnek arra a képességére utal, hogy mennyire tudja a személyes függetlenségét kialakítani, valamint a társadalmi és közösségi elvárásokhoz igazodni. Ilyen önállósági terület például a fizikai szükségletek kielégítése, valamint a társadalmi normáknak való megfelelés és az emberi kapcsolatok fenntartása. Az önálló működés területeiben való jártasság a korral valamint az elsajátított ismeretekkel, és a fejlettségi szinttel változik, és az alkalmazkodás, beilleszkedés során nyilvánul meg. Maga a változás kora gyermekkortól a felnőttkorig bármelyik fejlődési szakaszban bekövetkezhet. Az önálló működés és alkalmazkodási képesség társadalmilag meghatározott szempontrendszer alapján kerül megítélésre, ezért az egyén teljesítményét azoknak a társadalmi és környezeti elvárásoknak megfelelően kell vizsgálni, amik az egyén működésére kihatással vannak (Mészáros és Csákvári, 2012).

Viszonylag új adaptív mérési skálának számít a SIB-R, ami az adaptív és a problémás viselkedés átfogó mérésére készített skála. Az önálló működést vizsgálja otthoni, iskolai, munkahelyi vagy közösségi

környezetben (Csákvári, 2013). Bruininks és társai (1996) a SIB-R skála szerzői, szerintük három fő készségterület jelzi az adaptív viselkedés változását:

- "az idegrendszeri érettséget tükröző funkciók kifejlesztése és tökéletesítése (mint a beszéd, járás és szobatisztaság)
- iskolai/tanulási készségek és fogalmak fejlődése
- személyes, társadalmi és foglalkozásbeli beilleszkedés" (Bruininks et al. 1996, in. 15.o. Csákvári, 2013).

A pszichológia fejlődésével nőtt a különféle mérő teszteknek a száma, illetve a tesztek specializálódtak, és egyre pontosabban mérnek. Ezt a fogyatékosságtípusok különbözősége, és eltérő súlyossági foka is indikálta.

1.4. Az intellektuális képességzavar társadalmi megközelítése

A fentebb összegzett akadályozottság következményesen jelentkezik az egyén és környezet egymásra hatásában a társadalmi élet különböző területein. Az egyéneket ez az állandó kölcsönhatás formálja, alakítja az életút és a tanulás során. A társas léthez kapcsolódó szemlélet nagymértékben segíti az attitűdök, előítéletek megértését, illetve azok leküzdését (Csákvári, Mészáros 2012).

A fogyatékossággal élők jogi- és közvetetten társadalmi megítélését alapjaiban befolyásolta a 2000-ben az Európai Unió tagállamaival is közösen létrehozott, a fogyatékossággal élő személyek jogairól szóló ENSZ egyezmény (CRPD), 2007-ben pedig megalakult az Európai Unió Alapjogi Ügynöksége, az FRA Bécsben, ami a gazdasági, szociális, polgári és politikai felügyeletével foglalkozik.

Magyarország az elsők között ratifikálta az egyezményt – 2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről (továbbiakban: Egyezmény) -, amely paradigmaváltást jelentett mind a hazai, mind a nemzetközi fogyatékosságügy területén: az emberi jogi megközelítést mutatta be. Iránymutatása szerint minden fogyatékossággal élő személy "a törvény előtt egyenlő"(12. cikk) és joga van az "Önálló életvitelhez és közösségbe való befogadáshoz" (19.cikk), amelyek a hétköznapokban egymástól elválaszthatatlan jogokat fogalmaznak meg.

Alapelve, hogy a fogyatékos emberek nem jótékonykodás alanyai, hanem a társadalom többi tagjához hasonlóan, velük egyenlő mértékű jogok birtokosai. Őket elsősorban nem segélyekkel és kedvezményekkel, hanem az önrendelkezés, az önálló életvitel, valamint a munkához és a szolgáltatások igénybevételéhez történő, egyenlő esélyű hozzáférés megteremtésével kell támogatni. A törvény elsődleges célkitűzése tehát a fogyatékos személy jogainak biztosítása, ezáltal esélyegyenlőségének, önálló életvitelének és a társadalmi életben való aktív részvételének előmozdítása. Az 1998. évi hazai XXVI. törvény (másképpen Fot.) is hasonlóképpen biztosítja az elméleti jogegyenlőséget, és lényeges eleme a fogyatékossági támogatás, amely nem alanyi jogon, hanem az olyan, súlyosan fogyatékos személy részére járó pénzbeli juttatást jelenti, aki önálló életvitelre egyáltalán nem képes, illetve mások állandó támogatására, együttműködésére szorul. A támogatás célja, hogy - a súlyosan fogyatékos személy jövedelmétől függetlenül - anyagi segítséggel járuljon hozzá a súlyosan fogyatékos állapotból eredő társadalmi hátrányok mérsékléséhez.

1.5. Az intellektuális képességzavar pedagógiai megközelítése

A magyar gyógypedagógia jelenleg a tanulási akadályozottság (tanulásban akadályozottak – tanulási zavarok és enyhe értelmi fogyatékosság), valamint az értelmi akadályozottság (közép/mérsékelt/, súlyos- és igen súlyos fokú) kifejezéseket használja. Multifaktoriális háttere lévén ez a súlyosság szerinti felosztás azonban csak mesterséges határokat jelöl ki, nem lehet kizárólagos pontossággal meghatározni.

A korábbi évekre visszatekintve azt láthatjuk, hogy a gyógypedagógiai gyakorlat során az állapot – leírás jellemzője a „deficit-diagnózis" volt. A tesztekkel történő mérések során az átlagos gyermeki fejlődéstől való eltéréseket, hiányokat rögzítették. („Mit nem tud a gyermek?") **Jelenleg napjainkban a „fejlesztési – diagnosztika" van érvényben, mely a fejleszthetőségre utal, segít a fejlesztéshez szükséges eszközök megtalálásában, s a kérdés a gyermek képességeire utal, így a hangsúly azon van, („Mit tud a gyermek, hol tart?")** (Hatos, 1996). Az értelmi akadályozottság pedagógiai vonatkozásában a szemléletváltozások egyik jelentős mozzanatát jelzi, ahogyan a nehezített nevelési folyamatra, ezen belül a tanítás – tanulás interakciójának módjára utalnak. Eszerint a lassabb, hosszabb, és egyedül kevésbé hatékony tanulási technikát az értelmileg akadályozottak pozitív tulajdonságaira kell építeni. Bach rendkívül tömören és lényegretörően fogalmazta meg az értelmi akadályozottak tanulási tevékenységét. Szerinte azok tartoznak az értelmileg akadályozottak körébe, akiknek „tanulási magatartása az életkorra vonatkoztatott elvárásoktól lényegesen visszamaradt, a tanulási tartalmat döntően csak szemléletes úton tudják felfogni, feldolgozni és megtartani, érdeklődésük a tanulásban a közvetlen szükségletek kielégítésére összpontosul." (Bach, 1979, in: Hatos, 1996, 19.o.)

A pedagógiai megközelítés alapján leginkább a tünetek súlyossága, a támogatások igénye, az alkalmazkodó viselkedés és a nevelhetőség-oktathatóság csoportjai kerülnek előtérbe. A pedagógiai (nevelhetőségi) nézőpont alapján jött létre az értelmi akadályozottság és a tanulásban akadályozottság csoportja (Hatos, 2008).

A tanulási akadályozottság koncepció alapvetően az iskoláztatás keretein belül értelmezi a jelenséget. Mesterházi fogalma alapján *„a tanulásban akadályozottak csoportjába tartoznak azok a gyermekek, akik az idegrendszer biológiai és/ vagy genetikai okokra visszavezethető gyengébb funkcióképességei, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak*." (Mesterházi, 1998, 54.o.) A tanulásban akadályozott népesség két típusát különbözteti meg, de e fogalom alá tartoznak: egyrészt a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság (SZRB) által enyhén értelmi fogyatékosnak diagnosztizált tanulók (a teljes tanköteles korú népesség 2-3%-a), továbbá az általános iskolában tanulási nehézségekkel küzdő tanulók (a tanköteles népesség 10-12%-a) (Mészáros és Csákvári, 2012).

A közoktatásról szóló, 1993.évi LXXIX. törvény 2003. szeptember elsején hatályba lépő módosítása az oktatásban való részvétel szempontjából a célcsoportot kiterjesztette az integrált oktatással és a gyógypedagógiai neveléssel-oktatással összefüggő közoktatási szolgáltatásokra, valamint a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók fogalmi körére is. A "neki megfelelő tanulás elve" és annak szabályozást képviselő elve teszi lehetővé az általános oktatási rendelkezésektől való eltérést, valamint a "neki megfelelő tanuláshoz való jog" által a jogi egyenlőség objektív megteremtését jelenti (Bíró, 2016).

A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről már pedagógiai szempontból különíti el a fogyatékos gyermekek ellátását, és tágabb kategóriába sorolja a 13.-as pont alapján:

13. kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló:
a) különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló:
aa) sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló.

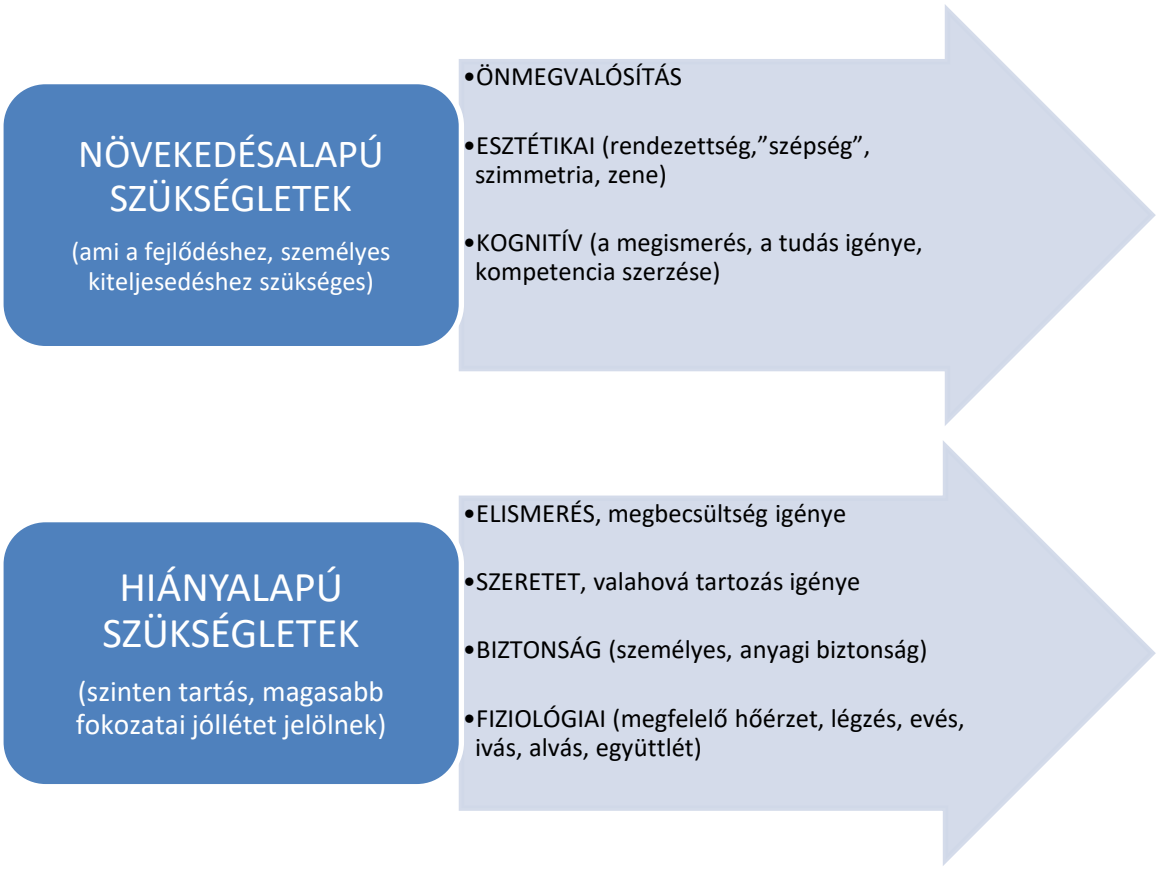
Meghatározása szerint **"*sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló,* *aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd*"(2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről).

A XX. század közepétől kezdve az értelmi fogyatékosság értelmezésében sokféle változás következett be a szociológiai, szociálpszichológiai - azaz a társadalom szempontjából újragondolt nézetek alapján. Felfigyeltek arra, hogy az IKZ/értelmi fogyatékosság nem olyan határozott, megváltoztathatatlan kategória, mint azt addig feltételezték. Általános jelenségként lehet megnevezni, hogy egy és ugyanazon emberről más szakemberek, szakértők, hatóságok más-más megítélést adhatnak a társadalmi és szociális körülményektől függően. Ez azt bizonyítja, hogy maga a minősítés (avagy diagnosztikai címkézés) is bizonytalanságokat, és hibákat tartalmazhat. A legjobban érzékelhető mindez az enyhe értelmi fogyatékosság területén, a kora életkori és a felnőtt diagnózisok a valódi gyakoriságnak megfelelőek (Lányiné, 2017).

Mind az orvosi, pszichológiai és (gyógy)pedagógiai, antropozófiai információkat is összegző, kimunkált, informatív összefoglalás született Lányiné Engelmayer Ágnes (2017) újraalkotott definíciója alapján:
„Az intellektuális képességzavar az értelmi fogyatékosság fogalmát felváltó, új megjelölés. Azokra a személyekre alkalmazható, akik az intellektuális-kognitív működések, valamint a kortárs csoportokhoz viszonyított adaptív magatartás jelentős akadályozottságával jellemezhetőek. E képességzavar különböző súlyosságú megnyilvánulása nem befolyásolja a közös emberi szükségletek birtoklását, és nem kérdőjelezi meg az érintettek személystátuszát. Az intellektuális képességzavarral élő emberek az emberi létezés egy lehetséges változatát képviselik. Fejlődésre, tanulásra, társadalmi integrációra képesek, ehhez társadalmi segítséget igényelnek az esélyegyenlőség biztosítása érdekében. Az állapot hátterében lévő okok felderítése segíti a speciális szükségleteik kielégítését a gyógypedagógiai oktatás, fejlesztés, pedagógiai kísérés, a pszichológiai segítő beavatkozások és a különböző terápiás eljárások tervezésekor. Állapotuk megismerése nem csupán akadályozottságaik számbavétele, hanem erősségeik felderítését is jelenti az egyén és környezet interakciójának kontextusában."

A fenti komplex és minden területre kiterjedő összegzésnek **két nagyon fontos üzenete van**. A „fogyatékosság" jelenségét fejlesztési – diagnosztikai szemléletben, képességzavarként azonosítja, amely a fejlődésorientáltság jegyében dinamikusan változik az egyén fejlődésének, érésének következtében, és amelyhez nélkülözhetetlen a megfelelő társadalmi segítségnyújtás.

Az első és legfontosabb, hogy a fogyatékosság ténye nem befolyásolja az érintett emberi szükségleteit és emberi mivoltát. Az emberi szükségletek azért nagyon fontosak, mert fogyatékosságtól függetlenül, minden ember ezek mentén működik. Ismeretük segít jobban megítélni egy aktuális élethelyzetet is. Alapvető feszültséget generálnak a szervezetben (pl. éhség), ami egy következő cselekvésre ösztönöz (megyek, kinyitom a hűtőt és eszek valamit). Ez a fogalomrendszer Maslow „szükséglet hierarchiájaként, vagy szükséglet-piramisaként" terjedt el (Atkinson&Hilgard, 2008).



5. sz. ábra: Maslow szükségletrendszere (Forrás: Saját szerkesztés, Atkinson & Hilgard(2005) alapján)

A **fiziológiai szükségletek** a legalapvetőbb, biológiai igényeinkre vonatkoznak, mint a megfelelő hőérzet (fázás, túl meleg van), légzés, evés, ivás, alvás, együttlét, amelyeket rendszeresen biztosítani szükséges önmagunk számára, különben a szervezetünk vészreakciót generál (általában idegesebbek leszünk, vagy aluszékonyabbak stb.). Meglétük és hiányuk az általános egészségünkre is kihatással van. Amennyiben ezek nincsenek kielégítve, minden más szükséglet háttérbe szorulhat, és maguk alá kényszeríthetik a magasabb szintű szükségleteket. Pl. egy tanuló nem aludt eleget, és reggel az iskolában elalszik.

A **biztonsági szükséglet** szintén alapigény, amely a személyes biztonságot (az ember fizikai, pszichés nyugalmát), anyagi biztonságot, a balesetekkel szembeni, és az egészségünk védelmét jelenti a környezetünk által, a környezetünktől. Az általános egészségünkre is kihatással van. Például: kirándulásra megy egy iskolai csoport. Piros lett a lámpa az átkelőnél és a csoport megáll. Az egyik gyerek nem veszi észre és sétál tovább. A kísérő észleli a helyzetet, és megfogja a kezét.

Általában a tekintélyszemély (édesanya, édesapa, esetleg az őket helyettesítő személyek), és/vagy a számunkra érzelmileg fontos, a környezetünkben élő emberek társaságát keressük nehéz helyzetekben (kedvenc barátaink, tanáraink stb.). Az életünkben tartósan jelen lévő emberektől várunk védelmet és óvást a mindennapok összes percében, vagy esetenként akkor, ha számunkra olyan helyzet adódik.

A **szeretet, a közösséghez tartozás igénye** magában foglalja az emberszeretet utáni vágyat, új ismerkedések lehetőségét, az emberi kapcsolatok fontosságát, a szeretet és a barátság iránti igényt, a felnőtt élet során pedig a párkapcsolatok szükségességét.

A megbecsüléssel kapcsolatos igény összetettebb szükséglet, amely az elismerést és az alapvető tisztelet utáni vágyat jelenti. Az ember azt szeretné, hogy mások számára kölcsönösen fontos legyen, megbecsüljék, munkáját, teljesítményét elismerjék és tiszteljék szóban és tettekben, ennek révén az önbecsülését alapozzák meg és azt közvetítik irányába, hogy ő értékes.

Az önmegvalósítás igénye szintén összetett szükségletet jelent. Ezzel válhat teljessé a szükségletek kielégítése, amelynek eredményeként elérhető, hogy az ember azzal foglalkozzék, amihez a legjobban ért, amiben a leginkább kitűnhet.

Intellektuális képességzavar esetén ezen alapvető szükségletigények önálló kielégítése a zavar mértékétől függően korlátozott, éppen ezért vesznek igénybe társadalmi segítséget. Az őket körülvevő emberek figyelmén, értelmezésén, és hozzáértésén múlik, hogy milyen ellátásban részesülnek – hogy valóban azt kapják-e, amire szükségük van.

A második hangsúlyos üzenet pedig a fenti definícióból, hogy **az adaptív, azaz a különféle körülményekhez igazított, segítésorientált munkavégzést hangsúlyozza az IKZ személyekkel való együttműködés során.** A „társadalmi segítség" különösen fontos rész, hiszen akik a velük való közös munkát választják saját foglalkozásuknak, azok a személyek egy másik,- és egyben mindenki számára ismeretlen szűrőt is szükséges alkalmazzanak a munkavégzésük során: az akadályozott személy fogyatékosság(ai)nak nézőpontjából véghez vinni a mindennapi cselekvéseket. Ennek a valódi milyenségét csak az érintett személy egyedi visszajelzései alapján lehetséges leírni, és képet kapni róla. Ugyanakkor ilyenkor is fontos azt szem előtt tartani, hogy az értelmezés kerete megfelelő volt-e? Ha a ránk bízott személy szóbeli, vagy ennek hiányában testi jeleinek visszajelzése alapján nem szükséges további teendő, akkor sikeres volt a megértés.

Az intellektuális képességzavarra irányuló szakmai állásfoglalás a társadalmi beilleszkedés, és a velük végezhető közös munka szempontjából is bemutatásra kerül Lányiné által, sérüléstípustól függetlenül. Miszerint a kortársakhoz viszonyított, **különféle körülményekhez alkalmazkodó** viselkedés/magatartás, valamint az „intellektuális-kognitív működések" akadályozottsága alapjellemző, ez utóbbi alatt a megismerési, információfeldolgozási és gondolkodási tevékenységeket érthetjük, amelyekkel érzékeljük, felfogjuk és felhasználjuk megszerzett tudásunkat. Ezek a képességek teszik lehetővé az értelmi működést.

2. Értelmi fogyatékossággal/ Intellektuális képességzavarral élő személyek segítésének specialitásai

Összefoglalás: A fogyatékosság biológiai eredetének ismerete és mértéke, valamint a pszicho-szociális következményei irányadóak a fejlesztési tervek kialakításakor, és az intellektuális képességzavarral élő személyekkel történő együttműködés során. Egészségi és lelki állapotuk folyamatos gondozása szükséges, de mindig az egyén jellegzetességeinek, igényeinek megfelelően!

Cél: A résztvevők általános képet kapjon a fogyatékosság során felmerülő kihívásokról.

Kulcsszavak: kommunikáció, kapcsolatkialakítás, szindrómák, hospitalizáció

Tanulást segítő kérdések: Mi a normalizációs elv? Miért fontos? Milyen kommunikációs nehézségekkel szoktál találkozni munkád során? Tudsz-e a felsorolt szindrómákhoz speciális jellemzőket mondani?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Radványi, K (2017). A legbelső kör: a család.
- Radványi, K. (2020). Hogy értsük egymást. ELTE-BGGYK. Budapest.
- Csabai, M & Papp-Zipernovszky,O. (2015). Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai **és** a változás lehetőségei. Oriold és társai kiadó, Budapest.

Az értelmi fogyatékosság területeinek megkülönböztetését a hagyományos rendszerben IQ alapján tették, ma pedig már kiegészül az adaptivitással, mint az önellátáshoz és a társadalmi alkalmazkodáshoz való képességgel, melyet a pszichológiai megközelítésnél már ismertettünk. Célunk az általános segítési területeknek csak a részleges felsorolása, hiszen minden intellektuális képességzavarral élő személynél egyedileg szükséges kiegészíteni a fejlesztési/fejlődési/segítségnyújtási irányt, az egyén személyre szabott megismerése révén, az érintett környezete és a specifikus szakemberek közreműködésével (sokszor már az is sokat segít, ha kollégánkkal tapasztalatcserét folytatunk). (Az esetmegbeszélő csoportokon lesz lehetőség ezeket személyre szabni.)

Elsődlegesen tehát a **biológiai szükségleteket szükséges feltérképezni, ami a képességeken túl a kóreredet meghatározó szerepét is jelenti**. A kóreredet az állapot pszichológiai jellegzetességeinek megismerésében és a specifikus megsegítésben nagyon fontos tényekkel szolgál. A genetikai háttér érintettsége révén akár szindrómához kötött egészségi problémák is felléphetnek az életkor előrehaladtával. Ilyenkor speciális, orvosi segítség is szükséges az egészség fenntartásához. Pl. Down-szindróma esetén előfordul a szívbillentyű probléma, amelyet általában műteni szoktak. Ilyen ismert," *gyakori tünetek és okok együttes*"-ét, azaz *szindrómák jelenlétét* a megfelelő gyógypedagógiai, pszichológiai, általános ellátáshoz minden esetben figyelembe kell venni, mert számos genetikai hátterű szindróma az életminőségre súlyos hatást is gyakorolhat és nem feltétlenül jár együtt intellektuális képességzavarral (Lányiné, 2017). Néhány ilyen előforduló szindróma pl. Down, Williams, Rett, Prader-Willi, Fragilis X, Martin-Bell, Fenilketonúria, Cri Du Chat- szindróma stb. A viselkedéses, és alkati jellemzőket, amelyek ezekhez a szindrómákhoz társulnak, gyakorisági előfordulás alapján írták le a szindrómák felismerői, éppen ezért bár nagy valószínűséggel előfordulhat akár az összes jellemző is egy adott személynél, de MINDEN esetben az egyedi személyiségi jellemzők alapján szükséges a felülvizsgálatuk. Minden ember más és más, így nem szabad egységesíteni.

A támogatási szükséglet mértéke a biológiai adottságokra, lehetőségekre is támaszkodik. Magas támogatási szükségletűként azonosítjuk azokat a személyeket, akik igen súlyos értelmi fogyatékossággal és/vagy súlyos-halmozott fogyatékossággal élnek.

A fogyatékosság pszicho-szociális következményei közül a legszembetűnőbb a különböző szinten és mértékben jelentkező kommunikációs akadályoztatottság. A **kommunikáció** részeiben (beszédprodukció, beszédértés vagy metakommunikatív formák érintettsége) jelentkező fő tünetek és a súlyosság (enyhe-, a középsúlyos-és súlyos) foka általában együttjárnak, azaz a súlyos értelmi akadályozottsághoz súlyos kommunikációs nehezítettség is kapcsolódik. Fordított esetben, súlyos fokú kommunikációs nehezítettséghez nem feltétlenül társul súlyos intellektuális képességzavar (Földesiné,—2020). Az érzékszervi- és mozgásfogyatékosságokhoz intellektuális szinten más-más mértékű eltérések társulhatnak, ezért az adaptív, azaz a sérüléshez igazított segítségnyújtás esetükben létfontosságú.

Az intellektuális képességzavarral élő személyekkel való **kapcsolatkialakítás**, és maga a **kommunikáció** is egy kihívásokkal teli terület. Sérüléstípustól függően más, és mást jelenthet a kommunikáció szavak szintjén történő értelmezése is. Ezért fontos cél a kapcsolatfelvételt követően mindenekelőtt a közös fogalmi keret kialakítása (pl. beszélgetés, bemutatkozás, több alkalommal, ugyanolyan tartalommal). Többféle kommunikációs segítségnyújtási eszköz is elérhető, érdemes utánanézni az augmentatív és alternatív (AAK), illetve a képcserés kommunikációnak (PECS) is, illetve ezek alapján lehet egyénileg is egyedi kommunikációs ötleket készíteni.

Ha megvan a közös fogalmi keret, ez eredményezi azt az érzést, hogy van egy összhang. Mert egy nyelvet beszélünk, és az egymás kölcsönös megértése révén közös tanulási folyamat kezdődik, az ellátást biztosító és az érintett intellektuális képességzavarral élő személy között.

Akárcsak átlagos fejlődésmenetű gyermekek esetén, az intellektuális képességzavarral élő gyermekek fejlődésének is **természetes velejárója az, minden életkorban,** a magatartás érése során, hogy a környezettel való harmonikus együttműködés kialakulása során egyidejűleg **zökkenők, elakadások és nehézségek** jelentkeznek. Ezek nem egyenlőek a zavar, vagy a rendellenesség fogalmával (Lányiné,2017), mégha nagyon nagy problémának is tűnnek elsőre. Az életkornak kiemelkedő jelentősége van a gyermekekkel foglalkozó vizsgálatokban, hiszen fiatal felnőttkorig a fejlõdés fizikai, mentális, illetve lélektani szempontból egyaránt dinamikusan zajlik (Radványi, 2017). Egyedi forgatókönyvek jellemzőek eltérő életkorokban, valamint a családban, illetve intézményben nevelt személyek esetén is. A magatartás és viselkedészavar megállapítása pszichológusi és pszichiátriai kompetenciakörbe tartozik, minden esetben a személy és társas környezetével, vele tartósan foglalkozó szakemberek visszajelzése alapján lehetséges. Ilyen nehéz szituáció történik akkor is, amikor pl. a családból kerül ki a felnőtt személy, nagyintézményi keretek közé. Ez egy jelentős helyzet, ami átmenetileg sok nehézséget fog okozni mind a sérült személy, mind pedig az intézmény (a dolgozók és a lakók) életében is. Megfelelő menedzselése révén minden résztvevője sokat fejlődik, a konfliktusok pedig az élet természetes velejárói. Mindig a “hogyan” a kérdés.

Speciális csoportot jelent **a halmozottan fogyatékos személyek** gyógypedagógiai megsegítése, ugyanis ez csak akkor lehet eredményes, amikor mint sérülésspecifikus beavatkozás minden részfogyatékosságot figyelembe vesz. A halmozott fogyatékossággal élő személyek esetében az *értelmi és testi fogyatékosság* tényei mellett még markáns és variábilis pszichiátriai kórformák is társulhatnak. A szándékos cselekvéseket ilyen módon a szituatív keretek befolyásolják a legjobban, az impulzusok irányítják cselekedeteik nagy részét, a figyelmi funkciók sérülése nehezíti a késleltetést bármilyen cselekedet esetében (Radványi, 2008). A kommunikációs feszültségcsökkentési formák az érthető beszéd alapvető hiányában nem kivitelezhetőek, mindenképpen valamilyen tevékenységet generálnak.
Intézeti speciális normarendszerben ez a halmozottság fokozódik az állandó társas jelenlét során, az egyéni belső kontroll sok esetben felborul, és jelentősen kiszolgáltatottá teszi az egyént az őt aktuálisan körülvevő környezet állapotának, valamint a jelen lévő emberek érzelmi állapotának is.

A személyes kötődés biztonságának hiánya jelentős következménnyel jár a magatartás fejlődésében és az énfejlődésben is. Éreznie kell minden embernek, így a fogyatékossággal élő személyeknek is, hogy személyük fontos valakinek. Ez az alapja az énerők kibontakozásának. Ha ezt nem tapasztalja meg, Spitz fogalmával élve *"krónikus magára hagyottság", hospitalizációs* szindróma alakul ki, tartós, állandó stresszt okozva. Ennek az állapotnak a legjellegzetesebb megnyilvánulásai a következők: a kontaktusok elutasítása, a kapcsolatfelvételkor agresszivitás, álmatlanság, bevizelés, beszékelés, motivációhiány, ritmikus törzshimbálás, apátia, üres tekintet, "túlmozgás", és más ismétlődő viselkedésformák jelennek meg. Ezeket a tüneteket sokáig a súlyos értelmi fogyatékossággal törvényszerűen együttjáró magatartásnak ítélték meg, és nem gondoltak arra, hogy többnyire az elhanyagolás következményes tünetei. A személyes kötődés biztonságának kialakulását az intézetekben nehezíti a személyzet gyakori cserélődése, az alacsony fizetések, a rossz presztízsű munka, egyéb okok (Lányiné, 2017) (pl. szervezeti problémák, személyes gondok stb).

További nehézséget jelent még, ha az érintett új közösségbe kerül, vagy a dolgozók/ szakemberek cserélődnek körülötte. Ilyenkor minden új kapcsolatot újra kell tanulni, és a közös kommunikációs formát is újra kialakítani. Ez jelentős erőket igényel minden résztvevőtől.

Az értelmi fogyatékossággal élőkkel való bánásmód gyakori jelensége a "gyermek" szerepében tartás, életkortól és értelmi képességektől függetlenül. Sajnos, ez alapvető gátat szab a fenti elvek érvényesülésének. Éppen ezért az életkornak megfelelő kezelési mód irányadó minden esetben, és a normalizációs elvek eszerinti alakítása és figyelembevétele. Pl. hogy egy 35 éves intellektuális képességzavarral élő személy szobája az érdeklődésének megfelelő dolgokkal legyen dekorálva (pl. ha az autókat szereti, akkor közösen válogatott poszterekkel, amit ő szeretne) Erről bővebben a Professzionális támogatás c. anyagban fogunk írni.

Lehetséges és szükséges is bizonyos alapelveket megfogalmazni a velük való munkához, amely segíti a minőségi ellátást és amelyek mentén hosszabb távon a képességeiknek megfelelő módon teljesen önállóvá, vagy részben önállóvá válhatnak, melyeket Bengt Nirje 1969-ben publikált. A következőkben ismertetett elvek egyben praktikus tanácsok is, amelyek a mindennapokba átvehető témákat, ötleteket is összefoglalnak. Az elvek hazánkban az Értelmi Fogyatékossággal Élők és Segítőik Országos Szövetségének (ÉFOÉSZ) gondozásában „normalizációs elv" néven jelentek meg 1998-ban és azóta is aktuálisak a gyakorlatban. Ezek a támpontok azt is jelentik, hogy segítenek határokat kialakítani és közös megmunkálásuk esetén egyben közösséggé is kovácsolják például egy bentlakásos intézet működését, vagy bármilyen intézmény rendjét. Segít a szülőknek, segít a dolgozóknak a könnyebb, átláthatóbb munkavégzésben, és a sérült személynek is segít az igazodásban.

Az alapelvek a következők:

1. ***Az intellektuális képességzavarral élő személynek joga van ahhoz, hogy az életkörülményei és az életmódja igazodjon (az egyén speciális szükségleteit is figyelembe véve) a társadalom más tagjai számára is fennálló lehetőségekhez. Például egy magas támogatási szükséglettel rendelkező személy is ugyanúgy járhasson uszodába, moziba (stb.) mint ép társai. A következő szempontokat biztosítani szükséges minden intellektuális képességzavarral élő személy számára e cél elérése érdekében:***
   - napirend, ritmus
   - hetirend, ritmus
   - éves rendszer (születésnap, húsvét, karácsony, évszakok, időjárási változások megtapasztalása)

- átlagos életszínvonal (anyagi lehetőségek, munkához való hozzáférés biztosítása- önálló kereset, stb.)
- átlagos életkörülmények (oktatás, lakhatás, ügyintézés, közlekedési lehetőségek, szabadidős programok igénybevétele, stb.)
- egészlegesség segítése: a „teljes élet megélésének elősegítése" életkorhoz igazítottan. Az embertársi kapcsolatok létesítésének és fenntartásának biztosítása (párkapcsolat, családtagokkal, barátokkal, új emberek megismerésének lehetősége pl. táborozással stb.)
- Empowerment – felhatalmazás az önálló cselekedeteket illetően: az értelmi fogyatékossággal/intellektuális képességzavarral élő személy saját élete felett belátása szerinti kontrollt gyakorolhasson. Például: bentlakásos intézményben nagy rendezvényre hivatalos Géza, de a rendezvény napján úgy dönt, mégsem vesz részt rajta.
- Az intellektuális képességzavarral élő személy támogatása a kockázattal járó helyzetek sérülésmentes megtapasztalásához.

Az ellátást igénybe vevő fizikai és érzelmi jólétének előmozdítása az egyéni, személyhez rendelt (személyközpontú) támogatás és méltóságteljes bánásmód révén lehetséges. Ez alapján a következő fontos megállapításokat tehetjük.

2. ***Minden ellátás (fejlesztés és/vagy gondozás) nevelésnek számít.***
Ugyanis ez ahhoz segíti hozzá a személyt, hogy a közösségbe történő beilleszkedése sikeres legyen hosszú távon, és ezáltal teljesebb életet élhessen. Mindemellett ~~A~~ megfelelő, azaz az egyén sérüléseihez igazított támogatás megvalósítása révén lehetősége van az önmegvalósításra is, amelynek része a társadalmi integritás élménye. A velük foglalkozó segítők (fejlesztő pedagógusok, mentálhigiénés szakemberek, gyógypedagógusok, pszichológusok, ápolók, nevelők, orvosok) tulajdonképpen ezt a társadalmi segítséget támogatják vagy a társadalom más tagjai viselkedésükkel üzennek az érintetteknek (így a szakács, aki az ételüket készíti, vagy a portás, a sofőr) mind-mind társadalmi üzenetet közvetít irányukba (Nirje, 1998).

3. ***A segítő/ellátást végző viselkedése normaként, és példaként hat.***
Ezért létfontosságú a velük dolgozók véleménysemleges kommunikációja, és ezt tükröző viselkedése. Alapvetően tartózkodni szükséges a negatív ítéletek, értékítéletek, vélemények, sztereotípiák, kimondásától az ellátást igénybe vevőkkel, az adott élethelyzettel, vagy a mindennapi folyamatokkal kapcsolatban.

4. ***Az alapvető bánásmód (beszédstílus és viselkedés szintjén is) kölcsönös tiszteleten alapszik.***

5. ***Alapvető jog és képesség az egész életen át tartó tanulásra és fejlődésre, életkortól függetlenül***.
Például 35 évesen is megtanulhat beszélni, annak ellenére, hogy most nem tud – ilyen esetben más fejlesztési célok lesznek. A személyiség érése egész életen keresztül tart.

6. ***Az ellátást igénybe vevő véleményének felismerése és tiszteletben tartása.***

7. ***Igazságosság és méltányosság elve alapján történő gondoskodás.***
Nevelési feladat, szabályok és határok betartása és betartatása részrehajlás nélkül a lakók és a dolgozók, kollégák között is. Az együttműködés előnyös a közösség számára (Atkinson&Hilgard,2008).

8. ***Érdekképviselet és védelem biztosítása: támogatni szükséges az ellátást igénybe vevőt a saját döntésének meghozatalában.***

9. ***Rugalmasság.***
   Minden ember egyedi és megismételhetetlen, rá jellemző egyedi viselkedésmintákkal és szokásokkal (például ébrenléti ciklusok, étkezési preferenciák, aktivitási szint) rendelkezik, ebben időnként magasabb fokú rugalmasság szükséges a környezet részéről. Van, hogy Ivettnek a hét egyik napján nincs kedve tökfőzeléket ebédelni, helyette inkább joghurtot és kenyeret kér. Vagy ha beteg az érintett, akkor csak mesét/televíziót nézne pizsamában, betakarózva.

10. ***Felelősséggel tartozunk önmagunkért, a tetteinkért és a ránk bízottakért. A felelősségvállalás növeli az elkötelezettséget és a gondoskodást*** (Atkinson & Hilgard, 2008).

Mindezzel az a fő cél, hogy **a fokozottabb önállóság megtanulása révén nem "kiszolgáló"** tevékenységet végez a segítő, hanem olyan aktív, partneri kapcsolatot alakít ki, amelyben mindkét fél **kölcsönösen elégedett lesz**. A segítő szerepe sokkal inkább iránymutatóvá válik (pedagógiai szerepkör) és a **"kis lépések"** elve alapján fokozatosan hozzásegítik őket az önálló tevékenységhez, így kevesebb munkát fog jelenteni a hétköznapi gyakorlatban az elején befektetett többletenergia (Nirje, 1998).

2.1. Az érzelmek szerepe az intellektuális képességzavarral élőkkel foglalkozó segítők munkavégzésében

Az érzelmek nagymértékben meghatározzák a munkát végző személyek esetében a munkavégzést. Zapf (2002) véleménye szerint a munkavégzés alapvető követelménye az emocionális involválódás: hogy a munkát végző személy képes legyen a munkájába belemerülni, és érzelmeit kifejezni abban. Az érzelemkifejezés alatt a hiteles, de a szervezeti (munkáltatói-kívánt) kereteknek megfelelő érzelemkifejezést hangsúlyozza. Úgy véli, hogy minden cselekedetnek van egy érzelmi vonatkozása, amely csak az adott egyénre jellemző. Ezeknek az érzelmeknek a kifejezése azonban nagyon egyedi, és sokat kell dolgozni vele, hogy az elvárt kifejezésmódokhoz igazodjon. Érzelmi munka alatt érti továbbá a klienssel történő „szemtől-szembe", és a „hangtól-hangig" kölcsönhatásokat, amelyek alapján a mimikában, és a hangunkban megjelenő érzelmek nagymértékben befolyással vannak a kliens attitűdjére, hangulatára, érzelmeire. A hangunkban/arcunkon megjelenő érzelmek tükröződnek a másik személy viselkedésében is, így közvetlenül jelennek meg a szituációban (Zapf, 2002).

Ha már bevonódtunk a munkánkba, akkor viszont elkerülhetetlen, hogy a munka során érzelmek keletkezzenek. Az érzelmek nem hirtelen jelennek meg, hanem vannak kiváltóokaik, és következményeik (Frijda, 1986 in. Oatley & Jenkins, 2009). Az érzelmeket rendszerint események váltják ki, és van valamilyen tárgyuk. Az ember pl. nem csak szeret, hanem valakit szeret, és általában nem csak fél, hanem valamitől fél. Tehát belső és külső világokat kötnek össze: az egyén gondolkodását, érzelmeit, vágyait, nézetrendszerét az aktuális környezettel.

Dolf Zillmann vizsgálta korábban az érzelemkifejezés elméleti és gyakorlati hátterét. A kommunikációban elhangzott agresszív tartalmak és kifejezésmódok átadásának hatásait és nyomait kereste (ún. indulatátviteli agresszivitás). Azt találták, hogy már a kommunikációs kontextus is nagymértékben számít: a szervezetünkben megjelenő testi izgatottságot okoz (pl. megjelenhet izzadás, gyorsabb levegővétel, hangszín megváltozása, remegés stb.), amely a későbbi kommunikáció során késleltetve, de kifejezésre kerül. Mindez Schachter kétténye zős érzelemelméletére alapozható: az utóhatások intenzitását is az eredeti fiziológiai izgalmi szint határozza meg, de az egyéni jellegzetességeknek megfelelően (Zillmann, 1971).

Így minden kétséget kizáróan az elsődleges kulcs az intellektuális képességzavarral élő személyekkel való munka során, hogy a saját érzelmeinket annak érdekében tudjuk menedzselni, hogy munkánkat mindenki számára a legkevesebb feszültséggel tudjuk végezni és konstruktív, azaz önmagunk számára is előrevivő,

egymást emelő módon tudjunk felülemelkedni a nehézségeken. Fontos tény, hogy megjelenő érzelmeink erőssége és tartóssága változó. Mégis, az általuk okozott hatás (a cselekvés és annak hatása) megmarad. Hogy kapcsolataink pozitívak legyenek, érdemes jól választani az érzelmeket kísérő cselekvéseinket, és azt szabályozni, hogy mi mit teszünk (Mérő, 2010). Kopp Mária (2008) szerint az érzelmek szabályozása a kifejezések módosításával kezdődik, amit a gondozó/szülő jelenít meg, és később a gyermek internalizál. A szabályozó funkció első lépése az, amikor a szülő megnyugtatja a gyereket. A féken tartás, a bizalom kiépítése és az intimitás kulcstényezők, mert ezáltal tudja azt is megtanulni, hogy önmagát hogyan nyugtassa meg. Az érzelmi egyensúly fenntartását segítő legfontosabb tényező a támogató emberek jelenléte a környezetben.

Érzelmi kapacitásaink végesek, ezért az önmagunkra való odafigyelés és saját pozitív erőtartalékaink fenntartása és hasznosítása mindig kulcsfontosságú. Az egészségügyi dolgozók mentálhigiénés állapotát vizsgáló kutatás során a kiégés, az érzelmi munka, a megküzdési mechanizmusok és a társas támogatás tükrében azt a szakmai állásfoglalást tették, hogy a kiégésnek visszafordíthatatlan negatív következménye lehet például a betegekkel, a hozzátartozókkal és a kollégákkal történő kommunikációban. A halmozódó, feldolgozatlan stressz következtében pedig létrejöhet a „lelki kiégés”is, ami súlyos testi tüneteket okoz a külvilág számára nehezen értelmezhető lelki sebek mellett. Mindezek a magánélet kudarcaiban és nehézségeiben is manifesztálódnak (Kulcsár, 2008; Kovács, E., Kovács, M.&Hegedűs, 2012). Ilyen mentálhigiénés állapotban nem csoda, hogyha a mások felé irányított kommunikáció, a gesztusok és egyáltalán a másokra való érzékenység, az empátiás kapacitás kimerül, és cinizmussal, valamint személytelen bánásmóddal és alacsony hatékonyságérzettel társul, ami az ellátást igénybe vevő személyekkel való munkában is láthatóvá válhat (Csabai & Papp-Zipernovszky, 2015).

2.2. Az ellátást biztosító segítők kompetenciái

Az ideális segítői személyiség, és a speciális kapcsolat jellemzői után elsődleges az empátia, mint képesség és fejleszthető „munkaeszköz”, hiszen a segítségnek alapvető kritériuma, hogy a segítő a segítségre szoruló személy helyzetét, problémáját átérezze. Ehhez járulnak hozzá a különféle személyiségbeli vonások, a megfelelő megküzdési, problémamegoldási stratégiák, és a konfliktuskezelési módszerek. A segítő - segített kapcsolatra közvetlenül hat a segítő mentálhigiénés állapota, amit befolyásolnak a „visszajelzési rendszerelemek”, mint a vezetők, vagy a segítők „segítői”, a szupervízorok, és a munka-életkörülmények. Nagymértékben számít ezeknek az elemeknek a jelenléte és minősége a pozitív hangulat kialakításához (Hegedűs, 2012; Kulcsár 2008).

Éppen ezért az egyén szükséges kompetenciáit mérlegelve a következőkre biztosan szükség van ahhoz, hogy az intellektuális képességzavarral élő személyekkel magabiztosan, konstruktívan együtt tudjunk dolgozni. Kompetencia alatt a munkavégzéshez szükséges készségeket, képességeket, magatartási, és viselkedési jegyeket értjük, amelyek révén az adott tevékenységet sikeresen el tudjuk látni.

Ezek a kompetenciák a felsorolás szintjén a következők:

- Segítőkészség: tudjon és akarjon segíteni olyan helyzetekben, amikor az érintett konkrét segítséget kér, vagy a helyzet megindokolja a segítségadást.
- Türelem – amely által időt és lehetőséget biztosítunk az intellektuális képességzavarral élő személynek a cselekvésre.
- Empátia – a másik helyzetébe, érzelmi állapotába való beleélés képessége, amelyhez szorosan kapcsolódik.
- Az ellátást igénybe vevőre irányuló minőségi figyelem biztosítása: metakommunikációs jelek (testbeszéd és hangok) értelmezésének képessége.

- Rugalmasság – lásd a Nirje szerinti hétköznapi, ún. “normalizációs” elvek.
- Kitartás.
- Elkötelezettség egy probléma megoldása érdekében, és az ellátást igénybe vevők segítésének irányában.
- Kommunikációs tudatosság: az ellátást igénybe vevő egyéni képességeihez igazított kérések megfogalmazása, valamint a meghallgatás képessége és a konstruktív visszajelzés adásának képessége.
- A segítés, mint szerep és ennek a tudatossága a munkahelyi helyzetekben: a szakmai határok felállítása és azok tartásának képessége.
- Az együttműködés szem előtt tartása az ellátást igénybe vevővel nehéz körülmények között is.
- Az etikai szempontok egy-egy adott helyzetben történő felismerése.
- Ertelmi fogyatékossággal élő személyek és más szereplők (pl. az intézményben dolgozók, hozzátartozók, és más társak) szerepének, érdekeinek felismerése és értékelésének képessége.
- A lehetséges cselekvési irányok felismerése, a helyes út kiválasztása és az erkölcsi, etikai normák betartása.
- Ha szükséges, kiegészítő erőforrásokat (információ, szakismeret, jogi iránymutatás) megtalálni és felhasználni az ellátást igénybe vevő személy segítéséhez.

Nagyon fontos, hogy ezen kompetenciák nagy része tanulható, és a gyakorlatban elsajátítható. Kitartással pedig egyre hatékonyabbak lehetünk benne. Az esetmegbeszélési csoportokon a közös problémák, nehézségek átbeszélése révén növelhető a szakmai tudatosság, amely segít a hétköznapok során.

3. Az esetmegbeszélés szerepe a munkahelyi kihívások kezelésében

Összefoglalás: A munkahelyi kihívások minden dolgozó számára adottak, függetlenül a munkavégzés típusától. Az emberekkel foglalkozó (segítő szakmákban) ez ugyanakkor nagyobb megterhelést jelent. A tapasztalatok megbeszélése révén van lehetőség a társas támogatás megtalálására, csökken a szakemberek izolációja. Mindemellett erősödik a szakmai tudás, és javul a dolgozók közérzete is.

Cél: Azonosítani a munkahelyi nehézségeket, kimondani azokat és közösen megvitatni.

Kulcsszavak: esetmegbeszélés, tréning, szupervízió

Tanulást segítő kérdések: Miért fontos, hogy részt vegyünk esetmegbeszélési csoportokon?

Ajánlott magyar nyelvű irodalom:

- Csabai, M & Papp-Zipernovszky,O. (2015) Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai **és** a változás lehetőségei. Oriold és társai kiadó, Budapest.
- Márián, A. (2012). Eset? - tanulmány: Halmozottan fogyatékos személyeket ellátó, bentlakásos intézetben élõ személy kommunikációjának fejlesztése Gyógypedagógiai Szemle - 40. évf. 3. sz. (2012. július-szeptember) (oszk.hu)

A szakmai személyiségfejlesztő foglalkozás fogalmát a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról szóló 9/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet így írja le: „a szakmai személyiségfejlesztő foglalkozás: a szakmai önismeretet, készséget, képességet fejlesztő legalább 25 órából álló csoportmunkát - ideértve az esetmegbeszélő és szupervíziós csoportot is - feltételező foglalkozás, amelyen való részvétellel legalább 25, legfeljebb 35 továbbképzési pont szerezhető". A szakmai személyiségfejlesztés jól meghatározható céllal rendelkezik: arra törekszik, hogy azokat a reagálás- és viszonyulásmódokat, viselkedési formákat fejlessze ki/ erősítse meg, amelyek a hivatásgyakorlásban és az ehhez szükséges lelki kondíció, illetve állapot fenntartásában meghatározó szerepet játszanak (Bagdy, 2005). Ezt a fejlődést tudatosan, tervezetten megvalósító programok dolgozhatnak az esetmegbeszélés, a szupervízió, és a tréning módszertanával is. A következőkben röviden ezeket fogjuk ismertetni.

Az esetmegbeszélő csoportban az eset a munka tárgya és az esethez kapcsolódó, sokrétű kontextusa. Abszolút központi szerepet tölt be, és klienskapcsolatot feltételez. A figyelem középpontjában az eset szereplői állnak, a szereplők egyéni sorsával és annak aprólékos elemzésével. A csoportmunka hozadéka, hogy az esethozó nem marad magára az eset érzelmi terheivel, és mentálisan megerősödve továbbléphet, a csoporttársak összeadódó szaktudásának visszajelzése révén (Bagdy, Wiesner 2005). Esetmegbeszélő csoport során a többféle visszajelzés által van lehetőség a nagyobb szakmai tudatosság megszerzésére az ellátást igénybe vevőkkel folytatott munka gyakorlati jellegzetességeinek áttekintése révén. A csoportos módszer által a csoporttagok és a vezető(k) gyakorlati segítségnyújtása, és az egymástól való tanulás gördülékenyebben segítheti a mindennapi munkát is, illetve a közös átdolgozás révén segíti a módszerek bővülését. A tapasztalatok megbeszélése egyúttal lehetőség a társas támogatás megtalálására, csökken a szakemberek elszigetelődése. Mindemellett erősödhet közvetetten a szakmai személyiség, és javul a dolgozó közérzete is. Véleményünk szerint az esetmegbeszélés során közvetetten történik a szakmai személyiségfejlesztés, míg a szupervízió során ez direkten zajlik.

Speciális az intellektuális képességzavarral élők csoportja az első és második fejezetben összegzettek szerint, így a velük foglalkozó szakemberek bizonyos problémái is azok. Tapasztalataink szerint az is nehezíti a feldolgozást, hogy a szakmában dolgozók gyakran érezhetnek kiszolgáltatottságot, „meg nem értettséget", sikertelenséget azáltal, hogy munkánkban az azonnali elismerés ritka jelenség, annak a

késleltetettsége, hogy a sok befektetett energiát követően látható csak az ellátást igénybevevő visszajelzései alapján is az elvégzett munka. Az is nehezíti ezt, hogy hirtelen belecsöppenve az elméleti képzést követően a gyakorlat meglehetősen máshogy néz ki, illetve megfelelő képzettség hiányában nem is minden információ áll azonnal rendelkezésre e speciális területről (Pl. ápolói, szociális végzettséggel). Mint minden, emberekkel történő munka, fokozott felelősséget is jelent a dolgozók részéről.

Ugyanakkor a munka során sok-sok pozitív érzelmet is átélünk, amelyeket ezen a szakterületen tapasztalhatunk meg:

- Különlegességet: nagyon fontosak vagyunk az érintetteknek,
- Tényleges „hihetetlen” sikereket (pl. fenti cikkajánló)
- Hálát
- Szeretetet
- Társadalmilag hasznos dolgot viszünk véghez
- Játékos önfeledtséget.

A fejlesztő tréning egy adott készség vagy képesség témájával foglalkozik (pl. kommunikáció, konfliktuskezelés, asszertivitás, reziliencia, kiégés), strukturált gyakorlatok révén célirányosan felépített munkatervet valósít meg, kis teret hagyva a csoportdinamika áramlásának. Fókuszában a résztvevők készségeinek, képességeinek a fejlesztése van, a kliens/eset kimarad a szereposztásból, csak érintőlegesen, a gyakorlat irányához rendelve jelenhet meg.

A szupervízió módszere résztvevői létszámától függően két típusra bontható, csoportos és egyéni formában is lehetséges szupervízióban részt venni. A csoportos szupervíziónak is két további fajtáját különböztetjük meg: beszélhetünk csoportszupervízióról és teamszupervízióról. Csoportszupervízió alatt érthetjük, ha a csoporttagok nem együtt dolgoznak, de általában hasonló területen. A csapat- vagy másképpen teamszupervízió résztvevőit a munkahelyen együtt dolgozó kollégák alkotják. Ilyen esetben a szupervízió lehetséges céljai lehetnek: az együttműködés fejlesztése, a kommunikáció javítása, stb. A csoportos szupervízió előnyei közé tartozik, hogy az egyéni problémák csoport előtti bemutatása révén a csoport tagjainak meglátásai is segíthetnek az egyéni megoldások gyorsabb megtalálásában. Módszereit tekintve sokféle eszköztárral lehetséges a munka, a leggyakoribbak a fókuszcsoportos, pszichodramatikus, Bálint-csoport típusúak, de a módszerválasztás függ a szupervízor szakmai irányultságtól és a konkrét céloktól is. Szupervízióban mindig a segítséget kérő személye a fontos, az eset – ami valamilyen történés-mellékszereplő (Adjukovic et al., 2017). A szupervízió munkamódja az esetmegbeszélés. A kiindulópont az esethozó által hozott konkrét szituáció. A téma például: én és a kliensem, én és a főnököm, én és a munkatársam, stb. közötti konfliktus, elakadás, valamint az “én és a szakmám”, valamint a szakmai identitás problémája. A szupervízió mindenképpen elkülönítendő az esetmegbeszélő csoporttól. A szupervízióban az esethozón, azaz a segítőn van a fókusz, annak a facilitálása, hogy a saját nehézségei feloldódása révén a klienssel való problémái is megoldásra kerüljenek (Ajdukovic et al., 2017; Bagdy, 2005).

Összegezve tehát az esetmegbeszélés során a csoportvezetők törekednek a csoportban rejlő lehetőségek kiaknázására: a résztvevőkkel megtörtént események, problémák közös, széleskörű átdolgozása, a társas támogatás facilitálása és a magasszintű szakmai, tapasztalati segítségnyújás révén van lehetőség a speciális szakmacsoporti (jelen esetben az intellektuális képességzavar) kezelésének sajátosságait figyelemmel kísérni annak érdekében, hogy mint legfőbb céljukat elérjék: mind az ellátást igénybe vevő, mind pedig az ellátást biztosító személy elégedettebbé válhasson.

Felhasznált irodalom

1. American Psychiatric Association(1995). A DSM-IV diagnosztikai kritériumai. Animula kiadó, Budapest.
2. American Psychiatric Association(2016). DSM-5 diagnosztikai klasszifikációs rendszer. Oriold és társai kiadó.
3. Atkinson & Hilgard (2005). Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest. ISBN 963 389 713 0
4. Bagdy, E., Wiesner, E. (2005). Szupervízió. Egyén-csoport-szervezet. Supervisio Hungarica.Kinizsi Nyomda.
5. Bíró, E. (2016). „A negatív diszkrimináció tilalmától az előnyben részesítésig." A fogyatékosság jelensége a jogtudományban. In. Verdes.,T., Zászkaliczky, P.(2016). A tágabb értelemben vett gyógypedagógia. 371-416.o., ELTE-BGGYK kiadó, Budapest.
6. BNO-10 (2006). 81.old.Betegségek Nemzetközi Osztályozása. Tizedik revízió. Animula Kiadó. 2006. ISBN 9639410810
7. BNO-10 (2006). Kódfejtő a BNO-10. osztályozásához. ISBN-10: 963-9410-969 ISBN-13:978-9639410-96-1. Animula Kiadó.
8. Csabai, M & Papp-Zipernovszky, O. (2015) Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai és a változás lehetőségei. Oriold és társai kiadó.
9. Földesiné, Cz. K. (2020). Súlyos és igen súlyos értelmi fogyatékos személyek kommunikációjának fejlesztése. in. Radványi, K. (2020). Hogy értsük egymást. ELTE-BGGYK. Budapest.
10. Hegedűs, K., Kovács, E., Kovács, M. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika (13) 219-241. DOI 10.1556.
11. Hatos, Gy. (1996). Az értelmi akadályozottsággal élő emberek, nevelésük, életük. Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola, Budapest.
12. Hatos, Gy. (2008). Az értelmi akadályozottsággal élő emberek, nevelésük, életük. APC Stúdió. ISBN 978-963-9844-01-8
13. Kovács, E., Kovács, M. & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 13 (2012) 2, 219—24.
14. Kulcsár, Zs. 2008. Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
15. Lányiné, E. Á. (2017). Intellektuális képességzavar és fejlődés. Medicina kiadó, Budapest.
16. Mesterházi, Á. (1998). A nehezen tanuló gyermek iskolai nevelése. ELTE BGGYFK, Budapest. ISBN 2050000034671.
17. Mérő László. Az érzelmek logikája. Tericum kiadó (2010). ISBN 978 963 9633 74 2
18. Nirje, B., Perrin, B. (1998). A normalizációs elv és félreértelmezései. Vezérfonal az értelmileg akadályozott emberek bemutatásához. Értelmi fogyatékosok és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége, Budapest. ERFO Kft. ISBN9630359340.
19. Oatley, K., Jenkins, J.M (2001). Érzelmeink. Osiris kiadó, Budapest.
20. Radványi, K (2017). A legbelső kör: a család. Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyerek a családban. ELTE. Eötvös kiadó, Budapest.
21. Radványi, K. (2008). Fogyatékos gyermek elfogadását befolyásoló tényezők a családban, Budapest. Kézirat.
22. Radványi, K. (2020). Hogy értsük egymást. ELTE-BGGYK. Budapest.
23. Radványi, K.(2008). Kognitív képességek. In. Kézikönyv: az akadálymentesség és egyetemes tervezés műszaki-tervezői szempontjai, követelményei: Társadalmi Megújulás Operatív Program. Pandula András szerk. Fogyatékos Személyek Esélyegyenlőségéért Közalapítvány, Budapest.
24. Rutter, M.D., F.R.S., Le Couteur, A., M.B.B.S., Lord, C.(2007). ADI-R. Autizmus diganosztikus interjú. Kapocs kiadó, Budapest.

25. Zapf, D. (2002). Emotional work-and psychological wellbeing. Human Resource Management Review,12. 237–268.
26. Zillmann, D. (1971). Excitation trasfer in communication- mediated aggressive behavior. Journal of experimental social psychology. 1(7), 419-434.

Internetes források

1. Ajdukovic, M., Cajvert, L, Judy, M., Knopf, W., Kuhn, H., Madai, K.,Voogd, M.(2017). A szupervízió és coaching európai fogalomtára. docx (anse.eu)
2. Betegségek Nemzetközi Osztályozása (2004). DSM-IV.-TR meghatározásokkal. Animula kiadó, Budapest. ICD-10 Version:2019 (who.int)
3. Betegségek Nemzetközi Osztályozása (2022). BNO-11. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (who.int)
4. Csákvári, J. (2012). Adaptív viselkedés mérése mérsékelt intellektuális képességzavarral élõ felnõttek magyar mintáján. Gyógypedagógiai Szemle, 41 (2). Gyógypedagógiai Szemle - 41. évf. 2. sz. (2013. április-június) (oszk.hu)
5. Csákvári, J., Mészáros, A., (2012). Értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő) gyermekek, tanulók complex vizsgálatának diagnosztikus protokollja. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. 4_fejezet.indd (tmpsz.hu)
6. DSM-5. frissítés 2021. szeptember Updates to DSM-5 Criteria & Text (psychiatry.org)
7. Emberi Erőforrások Minisztériuma (2020). Egészségügyi szakmai irányelve az autizmusról/autizmus spektrum zavarokról - Klinikai egészségügyi szakmai irányelv az autizmus spektrum zavarról. 2020_EuK_12_szam_EMMI_iranyelv_3.pdf (hbcs.hu)
8. Könczei, Gy.(2009). A fogyatékosság definíciói Európában, Összehasonlító elemzés. Második, javított kiadás Fogyatékosságtudományi tanulmányok III. – Disabilitys Studies. Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest. q03-3.qxp (oszk.hu)
9. Mándoki, N. (2018). A fogyatékossággal élő gyermek nevelése: anya-gyermek interakciók, anyai nevelési viselkedés és szubjektíven megélt megterheltség eltérő fejlődésmenet esetén. In: 2018/3. GYERMEKNEVELÉS Online folyóirat DOI 10.31074/20183118 Gyermeknevelés - Böngészés - szerző: "Mándoki, Noémi" (elte.hu)
10. Márián, A. (2012). Eset? - tanulmány: Halmozottan fogyatékos személyeket ellátó, bentlakásos intézetben élõ személy kommunikációjának fejlesztése. *Gyógypedagógiai Szemle* 40 *(3),* Budapest. Gyógypedagógiai Szemle - 40. évf. 3. sz. (2012. július-szeptember) (oszk.hu)
11. Radványi, K (2017). A legbelső kör: a család. Eltérő fejlődésű vagy krónikus beteg gyerek a családban. ELTE. Eötvös kiadó, Budapest. Radványi Katalin: Legbelső kör – a család | ELTE Reader

Törvények, rendeletek

1. **A segítő foglalkozásúak szakmai továbbképzésének törvényi és rendeleti háttere**
   A szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 1999. évi módosítása és az annak kapcsán kiadott, a személyes gondoskodást végző személyek továbbképzéséről és a szociális szakvizsgáról szóló 9/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet (továbbiakban rendelet) a személyes gondoskodást végző szakemberek számára kötelezővé tette a szakmai továbbképzéseken való részvételt. A rendelet értelmében a továbbképzési ciklus négy éve alatt a felsőfokú végzettségű szakembereknek összesen 80, az egyéb szakképesítéssel rendelkezőknek pedig összesen 60 kreditpontot szükséges összegyűjteni. Ezzel összefüggésben a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet közleményben teszi elérhetővé a továbbképzéseket, amelyek a hatályos rendeletnek megfelelnek.

2. **1998. évi hazai XXVI. törvény (másképpen Fot.)**
   „*A fogyatékos emberek a társadalom egyenlő méltóságú, egyenrangú tagjai, akik a mindenkit megillető jogokkal és lehetőségekkel csak jelentős nehézségek árán vagy egyáltalán nem képesek élni. A fogyatékos emberek hátrányainak enyhítése, esélyegyenlőségük megalapozása, illetve a társadalom szemléletmódjának alakítása érdekében az Országgyűlés - összhangban az Alaptörvénnyel és a nemzetközi jog által általánosan elismert szabályaival - a következő törvényt alkotja:*
   1. § E törvény célja a fogyatékos személyek jogainak, a jogok érvényesítési eszközeinek meghatározása, továbbá a fogyatékos személyek számára nyújtandó komplex rehabilitáció szabályozása, és mindezek eredményeként a fogyatékos személyek esélyegyenlőségének, önálló életvitelének és a társadalmi életben való aktív részvételének biztosítása."

3. **2007. évi XCII. törvény a Fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről (továbbiakban: Egyezmény).** Az ENSZ Alapjogi Chartájának jogi összeállítása alapján a teljesértékű, törvényi fordítása.

4. **A közoktatásról szóló, 1993.évi LXXIX. törvény legutóbbi, 2003. szeptember elsején** hatályba lépő módosítása az oktatásban való részvétel szempontjából a célcsoportot kiterjesztette az integrált oktatással és a gyógypedagógiai neveléssel-oktatással összefüggő közoktatási szolgáltatásokra, valamint a sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók fogalmi körére is. A "neki megfelelő tanulás elve" és annak normatív garanciarendszere lehetővé teszi az általános oktatási rendelkezések alól történő eltérést, valamint a "neki megfelelő tanuláshoz való jog" gyakorlásával a jogi egyenlőség objektív létrehozását jelenti.

5. **A 2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről már pedagógiai szempontból különíti el a fogyatékos** gyermekek ellátását, és tágabb kategóriába sorolja a 13.-as pont alapján:
   13. kiemelt figyelmet igénylő gyermek, tanuló:
   a) különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló:
   aa) sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló.

Meghatározása szerint **"*sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló,* *aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi (látási, hallási), értelmi vagy beszédfogyatékos, több fogyatékosság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.* "(2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről).