



Závoti Józsefné (szerk.):

A SEGÍTŐ PEDAGÓGIA ASPEKTUSAI

Tanulmánykötet

Závoti Józsefné (szerk.):

A SEGÍTŐ PEDAGÓGIA ASPEKTUSAI

Tanulmánykötet

A SEGÍTŐ PEDAGÓGIA ASPEKTUSAI

Tanulmánykötet

Szerkesztette:

Závoti Józsefné

A tanulmánykötet szerzői:

Frang Gizella
Gödéné Török Ildikó
Pusztafalvi Henriette
Révész József
Somogyi Anett
Trixler Bettina
Vida Gergő
Závoti Józsefné



SOPRONI EGYETEM KIADÓ
SOPRON, 2022

Felelős kiadó:
Prof. Dr. Fábián Attila
a Soproni Egyetem rektora

Szerkesztő:
Dr. Závoti Józsefné PhD, egyetemi docens
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Neveléstudományi és Pszichológiai Intézet

Szerzők:

Dr. Frang Gizella PhD,
egyetemi adjunktus
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Társadalom-, Szociális és Kommunikációtudományok
Intézet

Gödéné dr. Török Ildikó
ny. főiskolai docens
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Társadalom-, Szociális és Kommunikációtudományok
Intézet

Habil Dr. Pusztafalvi Henriette PhD,
egyetemi docens
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségbiztosítási Intézet
Egészségfejlesztési és Népegészségtani Tanszék

Révész József
egyetemi tanársegéd
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Művészeti és Sporttudományi Intézet

Somogyi Anett
egyetemi tanársegéd
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Művészeti és Sporttudományi Intézet

Trixler Bettina
PhD hallgató
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori
Iskola

Dr. Vida Gergő PhD
egyetemi adjunktus
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Neveléstudományi és Pszichológiai Intézet

Dr. Závoti Józsefné PhD
egyetemi docens
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Neveléstudományi és Pszichológiai Intézet

Lektor:
Tengerdi Antal, c. egyetemi docens
Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar
Társadalom-, Szociális és Kommunikációtudományok Intézet

ISBN (print) 978-963-334-437-8
ISBN (pdf) 978-963-334-438-5
DOI <https://doi.org/10.35511/978-963-334-438-5>

Copyright © Frang Gizella, Gödéné Török Ildikó, Pusztafalvi Henriette, Révész József,
Somogyi Anett, Trixler Bettina, Vida Gergő, Závoti Józsefné, 2022
Copyright © Soproni Egyetem Kiadó, 2022

Borítókép:
Értelmileg érintett felnőttek napközi otthonában egyetemi hallgatók és gondozottak által készített kéznyomat-montázs.
Fotó: Németh Tamás

Szakmai tanácsadás, technikai szerkesztés:
Ambrus Attila József

**A kiadvány támogatója: MTA Soproni Tudós Társaság
Pedagógiai Szakbizottság**



Nyomdai munkák:
Lővér-Print Nyomdaipari Kft, Sopron, Ady Endre u. 5.

Tartalomjegyzék

Előszó	7
<i>FRANG GIZELLA</i>	
A MAGYAR HAGYOMÁNYRENDSZER SEGÍTŐ ÉRTÉKKÖZPONTÚSÁGA.....	9
Bevezetés	9
Az ember helye a földgolyón	10
A teremtett világ és az ember	10
Kultúra és civilizáció	11
A műveltség és a hagyomány.....	12
A hagyomány	13
A néprajz önismereti és önfejlesztési tárház, egészséges együttélési normarendszer	14
A néprajz és a hagyományrendszer.....	14
A népi műveltség nevelő ereje a néprajzi területek felosztása alapján.....	15
Emberi és népi karakterek a népmese és a nevelés összefüggésében.....	20
Hogyan hasznosítható mindez a pedagógiában?.....	25
Irodalomjegyzék.....	25
<i>GÖDÉNÉ TÖRÖK ILDIKÓ</i>	
A MESE, A MESETERÁPIA, MINT AZ ÉLETVEZETÉS SEGÍTŐJE.....	27
Irodalomjegyzék.....	31
<i>TRIXLER BETTINA – PUSZTAFALVI HENRIETTE</i>	
MILYEN NEHÉZSÉGEK ADÓDNAK AZ AUTIZMUS SPEKTRUM ZAVAROKBAN ÉRINTETT SZEMÉLYEK ELLÁTÁSA SORÁN?.....	32
Bevezetés	32
Autizmus spektrum zavarok jellemzői.....	32
Előfordulási gyakorisági adatok.....	32
Egészségügyi ellátás jellemzői.....	33
Diagnózis és betegút	34
Az egészségügyi ellátással kapcsolatos néhány tudományos vizsgálat eredményeinek bemutatása.....	35
Hazai vizsgálatunk főbb eredményei.....	36
Megbeszélés	36
Irodalomjegyzék.....	37
<i>RÉVÉSZ JÓZSEF</i>	
FÓKUSZBAN A (ZENEI) KREATIVITÁS	41
Bevezetés	41
A zenei kreativitás megelőző vonatkozásai.....	41
A zene észlelési síkjai	43
A zene objektív vetületei	44
Produktív, reprodukív és improvizatív zenei kreativitás	44
Produktív zenei kreativitás	44
Reprodukív zenei kreativitás	45
Improvizatív zenei kreativitás	46
Irodalomjegyzék.....	49

SOMOGYI ANETT

A NEMEZ TÖRTÉNETE ÉS FELHASZNÁLÁSA AZ ÓVODAI NEVELÉSBEN	51
Bevezetés	51
A gyapjú és a nemez történeti gyökerei, tulajdonságai	51
A nemez története	51
A szkíták	51
A hunok	52
A Kárpát-medence nemezművészete.....	53
A gyapjú meghatározása.....	53
A gyapjú feldolgozása	53
A nemezelődés elve	53
A nemez mesterei Magyarországon.....	54
A szakralitás és a nemez kapcsolata	54
Népi játék, népművészeti anyagok az óvodában	55
A népi játékok szerepe az óvodában.....	55
A nemez és a népi játékok	55
Nemezelés az óvodában.....	56
Összefoglalás.....	56
Irodalomjegyzék.....	57

VIDA GERGŐ

MI A JOBB, A SZEGREGÁCIÓ VAGY INTEGRÁCIÓ?

TÉVES KÉRDÉSFELVETÉSEK ÉS FÓKUSZTÉVESZTÉSEK

A GYÓGYPEDAGÓGIÁBAN.....	58
Bevezetés	58
Az integráció elvi és gyakorlati lehetősége	58
A hatékonyság kérdése – kit integráljunk, kit szegregáljunk, mi is a fogyatékos?	59
Integráció, szegregáció és abdukció.....	63
Összegzés.....	67
Irodalomjegyzék.....	69

ZÁVOTI JÓZSEFNÉ

DIPLOMÁSOK EGZISZTENCIA TEREMTÉSE NYELVVIZSGA NÉLKÜL.....	71
Bevezetés	71
A fogyatékos hallgatók befogadása a felsőoktatásba.....	72
A pszichés fejlődés zavara (diszlexia, diszgráfia).....	73
Kutatás	74
A kérdéscsoportok témái a megkérdezettek felé.....	75
Összegzés.....	79
Irodalomjegyzék.....	79

Vida Gergő

Soproni Egyetem Benedek Elek Pedagógiai Kar

MI A JOBB, A SZEGREGÁCIÓ VAGY AZ INTEGRÁCIÓ? TÉVES KÉRDÉSFELVETÉSEK ÉS FÓKUSZELTÉVESZTÉSEK A GYÓGYPEDAGÓGIÁBAN

Bevezetés

A fogalomhasználat a neveléstudományon belül nem egységes az integráció és a szegregáció tekintetében, ezért a gyógypedagógia tudományterületén a szegregáció valójában semmilyen negatív konnotációhoz nem kapcsolható. Önmagában a gyógypedagógiai szegregáció vagy integráció meghatározás sokkal inkább egy konszenzusos oktatáspolitikai megfontolások mentén vezérelt szervezési metódus, semmint negatív és káros megkülönböztetése a gyógypedagógiai ellátásra szoruló gyermekpopulációnak. Létezik Európában jelenleg is olyan modell, mely a tanulási problémákkal küzdőket szegregálja (Réthy, 2013). Természetesen a sajátos nevelési igény és az azon belül felmerülő kategóriák lehetnek kedvezőtlen társadalmi megítélés alapjai, egyfajta stigmák is (Vida, 2017), azonban ez sokkal komplexebb jelenség, mint hogy ez alapján megítéljük az integráció vagy szegregáció létjogosultságát.

Más kérdés az integráció és a szegregáció hatékonysága vagy akár társadalmi elfogadottsága és implementációjának sikeressége egy olyan robusztus rendszerbe, mint amilyen az oktatás. Jelen összegzésünkben sorra vesszük azokat a törvényi változásokat és áttekintjük az integrációval kapcsolatos korábbi kutatásainkat. Mindezt abból a célból tesszük, hogy igazoljuk azon tézisünket, mely szerint nem az integráció vagy szegregáció alkalmazása a kérdés, hanem sokkal inkább a konzekvens és hatékony alkalmazás. A gyógypedagógiai szegregáció ugyanis nem a problémákkal küzdő gyermekek exklúziója (Varga, 2015) a többségi oktatási rendszerben. Ahogy a sajátos nevelési igényű gyermekek inklúziója sem egyenlő azzal, hogy segítő foglalkozások támogatása mellett beillesztjük őket nagy létszámú osztályba, mintegy megpróbálva „felzárkóztatni” őket a többiek szintjére. Ez a modell már az elejétől kudarcra ítéltetett, melynek háttere szintén komplex, de elegendő akár arra gondolnunk, hogy már az átlag teljesítmény meghatározása is problémákat jelent, akár csak a pedagógiai mérés és értékelés szintjén is, amihez a tanulási problémákkal küzdők teljesítményét szinte lehetetlen adekvát módon igazítani. Valójában tehát a hazai elképzelés és modell integrációnak kevéssé nevezhető és sokkal inkább asszimiláció (Serdült, 2015). Mindez az esélyegyenlőség biztosításának szempontjából (Závoti, 2012) sem elhanyagolható. Azonban továbbra is hangsúlyozzuk, hogy nem a fogalmak tartalmát és jelentését szeretnénk kritizálni vagy értékítélettel élni, csupán csak arra akarunk rávilágítani, hogy konzekvens alkalmazásuk is előrelépést jelenthetne az esélyegyenlőség szempontjából. Az integráció és a szegregáció is sajátos kompetenciákat és szerepeket igényel az oktatás valamennyi szereplőjétől.

Az integráció elvi és gyakorlati lehetősége

Komplex történeti ismertetése a hazai integráció ismertetésének hazánkban nem indokolt a felvetésünk alapján, így a fókuszhoz igazítottuk azon események tárgyalásának mélységét, melyek elvezettek a 2021-ben is alkalmazott modell létrejöttéhez.

A kategóriák tekintetében 1985-ös közoktatási törvényben is megjelenik az integráció elvi lehetősége (Hudáky, 2018). Ezt több szerző felveti és megismétli, de valójában annyi mondható

el az 1985. évi I. törvény az oktatásról meghatározásáról az integrációval kapcsolatban, hogy nem zárja ki, azonban az integráció szó ebben sehol nem jelenik meg. Dedukciót alkalmazva juthatunk legfeljebb csak arra a következtetésre, hogy az integrációt lehetővé teszi, hiszen úgy teszi lehetővé, hogy nem zárja ki. Az integráció és inklúzió gyógypedagógiai értelmezése és egyfajta „fokozatai” (Jenei, 2006) már régóta ismertek és ez nehezen lenne illeszthető bármelyikbe is. Azonban az valóban beismerhető, hogy a törvény alapján lehetséges. Mindez sokkal inkább vezethető vissza a nyolcvanas évek hazai és sajtósági oktatáspolitikai változásaira, melyek egyfajta expanzióként is értelmezhetők, akár az oktatási intézmények autonómiának növekedés terén (Sáska, 2001; Halász, 2009). Így ez a gyógypedagógiát sem kerülhette el, hiszen a gyógypedagógiai ellátórendszer része a teljes oktatási rendszernek is. Nincs hatástanulmány és elérhető kutatási információ azonban arról a 8 évről, hogy megvalósult-e és ha igen, milyen hatékonysággal az akkori nomenklatura alapján fogyatékosnak nevezett személyek, gyermekek és tanulók integrációja. Hiszen valójában az integráció a gyógypedagógia területén hazánkban csak 1993-tól biztosított törvény által.

Természetesen jóval korábban már a Budapest-vizsgálat (Czeizel – Lányiné, 1978) pontosan megmutatta, hogy miként működik a valóságban a kiegészítő iskolák rendszere és hogy az értelmi fogyatékosok csak másodlagos a szociális, családi háttérhez kapcsolhatóan a gyógypedagógiai szegregáció tekintetében az 1971-73 között elvégzett kutatás alapján. Bár szűkebb keresztmetszetű vizsgálat és eltérő fókusz igazolta, hogy ötven évvel később is megfigyelhető ennek bizonyos szegmense, még ha ez elsősorban durva sarkításnak is tűnik. 2019-ben végzett kutatás (Vida, 2019) igazolta ugyanis, hogy sajátos nevelési igényű, tanulási zavarral küzdő fiatalok esetében a felsőoktatásba jutás legrelevánsabb faktora a szülői háttér. Tehát a tanulási képességeket felülírja a családi háttér. Bár a szintér és a kategória különbözik, de a mechanizmus ugyanaz. Azt is sikerült igazolni egy 2016-os kutatás alapján (Vida, 2016), hogy a szociális hátrány döntő szerepet játszik abban, hogy a gyógypedagógiai ellátásra fog-e szorulni az érintett gyermek vagy sem. Nyilván ennek a mechanizmusa legalább annyira komplex, mint a teljes rendszer. Ennek oka ismét nem az integráció vagy szegregáció fogalmában keresendő, hanem a rendszer sajátossága.

A 1993. évi LXXIX. törvény – a közoktatásról. 121.§ (1) 28. pontjában már kitér kifejezetten az integrációhoz szükséges feltételek egy részére is. Tehát 1985 után már megjelenik az integráció szó is a törvényben, mely a hatékonyság szempontjából előrelépés. Hiszen deklarálttá válik az együttnevelés, mint lehetőség. Ami azonban továbbra is kimaradt a törvényből, hogy a rendelkezésre álló vizsgálati és kategorizáció eljárások tükrében vajon mi az együttnevelés teszteredményekben is manifesztálódó kvantifikációja. Ez 2021-ben ugyanúgy kérdés (Vida, 2022), mint 1985-ben vagy 1993-ban, esetleg 2011-ben. Ezek a dátumok azért relevánsak, hiszen a közoktatást-köznevelést szabályzó törvények létrehozásának időpontjai. Látható tehát, hogy a fogalmi meghatározások értelmezése neuralgikus pontja az oktatási rendszernek is és alapvető hatékonysággal bírhat a teljes rendszer működésére.

Az említett kutatások igazolták, hogy a fogalmak meghatározás, a kategóriaalkotásra használt tesztek és leírások, a törvényi szabályozások összekapcsolása nélkül a hatékonyságot csökkenthetik.

A hatékonyság kérdése – kit integráljunk, kit szegregáljunk, mi is a fogyatékosok?

Többfajta elmélet és modell tekintetében értelmezhető az oktatási rendszer hatékonysága az integráció tekintetében is (Mesterházi, 1998; Csányi 2000; Csépe, 2008; Réthyné, 2013). Általánosságban ez nem leválasztható a teljes rendszer hatékonyságáról és különösen igaz ez az integrációra, hiszen a fogalomhasználat és alkalmazás alapvető sajátossága mindennek. „Egy pedagógiai rendszer vagy oktatási program megfelelhet releváns a jogi előírásoknak és szakmai

standardok mindegyikének, de a gyakorlatban mégsem válik be, többek között azért, mert a szakmai standardok nem képesek tükrözni azt a komplexitást, amely a gyakorlatot jellemzi” (Halász, 2012:15). Esetünkben már a standardok lehatárolása problémákkal küzd és a többi eleme sem valósul meg az integráció tekintetében.

Adott esetben a tanulásban akadályozottság és az enyhe intellektuális képességzavar, korábbi meghatározás alapján enyhe értelmi fogyatékoság diagnosztikus megkülönböztetésére is igaz mindez (Pap, 2002; Szenczi – Fejes, 2010). Azaz, ameddig a szaktudományos meghatározás teljesen egyértelműen megkülönbözteti a fogalmakat, a diagnosztikus gyakorlat és a törvényi meghatározások és szabályozások terén ez már közel sem ennyire konzekvens. Mely a hatékonyság tekintetében alapvető gátló tényező (Halász, 2012). Összefoglalva tehát elmondható, hogy ameddig a gyógypedagógiai szaktudományos forrásai magabiztosan meg tudják különböztetni az értelmi fogyatékoságot a tanulásban akadályozottságtól, addig a valóságban a diagnosztikai gyakorlatban ez már több esetben összemosódik (Vida, 2020) és a törvény is inkonzekvensen kezeli a kettőt. A köznevelési törvényhez csatolható 32/2012. (X. 8.) EMMI rendelet a következőképpen fogalmaz:

„5.1. Az enyhén értelmi fogyatékos tanuló: Az enyhén értelmi fogyatékos tanulók a tanulásban akadályozott gyermekek körébe tartoznak, akik az idegrendszer biológiai és/vagy genetikai okra visszavezethető gyengébb funkcióképessége, illetve a kedvezőtlen környezeti hatások folytán tartós, átfogó akadályozottságot, tanulási nehézségeket, tanulási képességzavart mutatnak. Az enyhe fokú értelmi fogyatékoság (mentális sérülés) diagnosztizálása elsősorban orvosi, gyógypedagógiai és pszichológiai feladat. Pszichodiagnosztikai vizsgálatokkal állapítható meg a kognitív funkciók lassúbb fejlődése, valamint más, nem intellektuális területeken jelentkező eltérések.”

A jelenleg az integrációban ezzel kapcsolatos fogalmak az értelmi fogyatékoság, a mentális retardáció és a tanulásban akadályozottság, valamint az intellektuális képességzavar. A felsorolt fogalmak mindegyikével találkozhat a pedagógus a sajátos nevelési igény kódolásánál a szakértői véleményekben és a vizsgálat kezdeményezésekor is már élhet azzal a lehetőséggel, hogy utalhat a probléma hátterére, amiért a szakértői vizsgálatot kezdeményezi. Azaz kognitív deficit, tanulási zavar veszélyeztetettség stb. miatt indíthat a szülővel közösen vizsgálatot. Ám, mint a felsorolásból kitűnhet, a fogalmi lehatárolás nem egyértelmű és nem csak az értelmi fogyatékoság kifejezés használatának negatív konnotáció miatt.

Felmerül tehát a kérdés, hogy ki nevezhető fogyatékosnak ma Magyarországon a törvények alapján. Ezt a 2013. évi LXII. törvény § (1) határozza meg a fogyatékos személy fogalmának megadásával: 1. § : „az a személy, aki tartósan vagy véglegesen olyan érzékszervi, kommunikációs, fizikai, értelmi, pszichoszociális károsodással – illetve ezek bármilyen halmozódásával – él, amely a környezeti, társadalmi és egyéb jelentős akadályokkal kölcsönhatásban a hatékony és másokkal egyenlő társadalmi részvételt korlátozza vagy gátolja;”

Emellett a 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet 141/2000. (VIII. 9.) a súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól (3) A Fot. 23. § (1) bekezdése c) pontjának alkalmazása során értelmi fogyatékosnak azt a személyt kell tekinteni, akinek a fogyatékosága az 1. számú melléklet 3. pontjában meghatározott mértékű:

a) önellátásra képtelen, ezért állandó ápolásra szorul, beszéde nem alakult ki vagy tagolatlant, tartalom nélküli, s mindezek következtében a mindennapi élet szintjén csak kis mértékben képezhető, és élete más személy állandó segítségével nélkül veszélybe kerülne (IQ pontja 0-19 között határozható meg olyan teszttel, amelynek átlaga száznál van. BNO szerinti besorolása: F 73.), vagy

b) a hétköznapi élet elemi cselekményei területén másokra van utalva, mivel az általános értelmi képessége az adott korosztályú népesség átlagától az első évektől kezdve számottevően elmarad, s amely miatt az önálló élet vezetése jelentősen akadályozott (IQ pontja: 20-49 között

határozható meg olyan teszttel, amelynek átlaga száznál van és standard deviációja 15. BNO szerinti besorolása: F 71-F 72.).

c) IQ értékétől függetlenül autistának kell tekinteni azt a személyt, aki a fejlődés átható (pervazív) zavarában szenved, és az autonómia-tesztek alapján állapota súlyos vagy közép-súlyos (BNO szerinti besorolása: F 84.0-F 84.9)

Látható, hogy az enyhe értelmi fogyatékoság meghatározása kimaradt ezekből a törvényekből és rendeletekből. Nyilván indokolhatjuk azzal, hogy az ő esetükben nem releváns a meghatározás, hiszen nem jogosultak támogatási folyósításra. Nem lenne azonban megalapozott úgy kategóriát alkotni, hogy a, b, c csoport és mindenki más, aki nem a, b, c, csoport.

A kérdés azonban továbbra is nyitva marad, hogy mi a helyzet azokkal a gyerekekkel, akik a fent felsorolt egyik kategóriába sem tartoznak mert a problémájuk vélhetően enyhébb kognitív deficitre vezethető vissza. Deduktív módon azt mégsem mondhatjuk, hogy aki nem F71, F72 és F73, az F70, azaz enyhe értelmi fogyatékos, ahogy arra korábban utaltunk. És egyáltalán milyen diagnosztikus kritériumokat takar az F70 BNO kód? Bár az integráció és a szegregációval kapcsolatos kérdések állnak a tanulmány fókuszában, mégis orvosi meghatározások pedagógiai értelmezésére került most a sor, de ezt nem lehet mellőzni. Illetve a szakértői véleményekben is ezek a kódok szerepelhetnek, amikor a gyermek megérkezik az integrációba. Tehát ez a jelenlegi hazai rendszerben az integráció és a szegregáció része ez a fajta értelmezés és megfeleltetés, még ha nem is feltétlenül tesszük fel ezeket a kérdéseket napi rendszerességgel.

A fogalmi lehatárolást tehát a pedagógusoknak is el kell végezniük, ha vizsgálatot kezdeményeznek vélt vagy valós kognitív deficit kapcsán és adott esetben beigazolódik a gyanúja és megkapják a szakértői véleményt mind erről. A fejlesztési terv írásakor és a pedagógiai vélemény kiadásakor sem tekinthet el a fogalmak, meghatározások tartalmától.

A korábbiakban láthattuk, hogy mi az értelmi fogyatékoság törvényi kategóriája. Abból az is láthatóvá vált, hogy potenciálisan integrált gyermekekről nem mond sokat, azaz a korábban preferált terminológia alapján az enyhe értelmi fogyatékosokról. Legfeljebb kizárásos alapon, deduktív úton közelítve adhat támpontot.

Bár könnyen átugorhatnánk a problémát azzal, hogy azt mondjuk az értelmi fogyatékoság, a mentális retardáció és a tanulásban akadályozottság, valamint az intellektuális képességzavar ugyanazt takarják. Azonban ezt amiatt sem tehetjük mert mindez nem felel meg sem a törvényi, sem a szaktudományos ismereteknek és tévútra csalhat ez a fajta leegyszerűsítés.

Folytassuk tehát az enyhe értelmi fogyatékoság meghatározásával (*Csákvári, 2013:5*):

- „Jelentősen átlag alatti intellektuális teljesítmény: az egyénileg mért IQ kb. 70 vagy az alatti (kisgyerekeknél klinikai megítélés szerint: jelentősen átlag alatti intellektus).
- Az aktuális adaptív működés (azaz a személy teljesítménye korának és kulturális csoportjának megfelelő) egyidejű deficitje vagy károsodása az alábbiak legalább két területén: kommunikáció, önellátás, családi élet, szociális/kapcsolati készségek, közösségi források felhasználása, önirányítás, iskolai készségek, munka, szórakozás, egészség és biztonság.
- Kezdet 18 éves kor előtt. (DSM-IV-TRTM, 2001, 41-42.)”

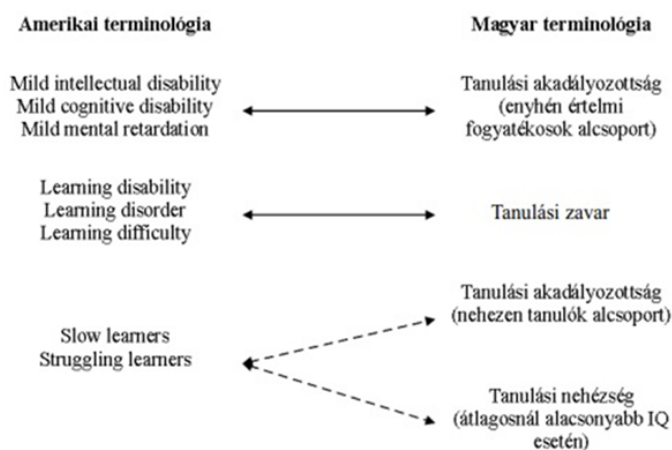
Ezt azonban a DSM V már felülírta és 'intellectual developmental disorder' meghatározást használja, azaz az intellektuális képességzavar (intellektuális fejlődés zavara) fogalmát vezeti be. Még akár így is kitarthatnánk amellett, hogy a fogalmak azonosak, azonban a leírásuk áttekintése ezt cáfolhatja. A diagnosztikus meghatározás ugyanis bővült és változott, mely az óvónők diagnosztikában betöltött szerepére is hatással lehet.

A DSM-5-ben az értelmi fogyatékoság diagnosztizálása, beleértve annak súlyossági fokát, akár a legenyhébb formáját is tekintve már nem az IQ deficitre épül hangsúlyosan, hanem a kommunikáció, önellátás, családi élet, szociális/kapcsolati készségek, önirányítás, iskolai kész-

ségek, munka, szórakozás, egészség és biztonság és még számtalan más területek együttes sérülésével járó probléma. Tehát az IQ mellett további, legalább két terület eltérése a kritérium (DSM-IV-ben ez ugyanígy jelent meg). Kérdés azonban, hogy ezeknek a kritériumoknak a feltérképezésében ki és mennyire kompetens, illetve, ha nem elmélet vezérelt a diagnosztika, akkor egy-egy faktor milyen súllyal eshet latba. Főleg, hogy a tesztorientált diagnosztikában a sajátos nevelési igényt megállapító bizottság vizsgálati helyzetében a DSM meghatározásaiban felsorolt területek többségére a diagnózis végző szakember rá sem lát, információja hiányos lehet a területekről. Így mivel és miként támasztható alá a „legalább két terület” sérülésének kritériuma? Ebben a helyzetben tehát felértékelődhet a családlátogatások és egyáltalán az óvónői kompetenciák súlya, hiszen a felsorolt kritériumterületek az óvodai nevelés területeinek szervesen kapcsolódó részei, de egy részükről az óvodapedagógus mindenképpen több információval rendelkezik, mint maga a vizsgálatot végző szakember.

A DSM-IV és DSM-V meghatározásainak tárgyalása láthatóan nem rendezte megnyugtatóan a kérdést. A fogalmak gyűjteményében azonban további meghatározások várnak magyarázatra. Így az orvosi paradigmában használt fogalom a kognitív deficitre a mentális retardáció, melyet BNO kóddal írnak le (F70): „Abamaradt vagy nem teljes szellemi fejlődés, amelyre jellemző a különböző készségek romlása, olyan készségeké, melyek a fejlődés során jelennek meg, és készségeké, amelyek az intellektus minden szintjét érintik, mint pl. a kognitív, nyelvi, mozgásbeli, szociális készségek, képességek. A retardáció létrejöhet minden más mentális vagy fizikai állapottól függetlenül is. A mentális retardáció mértékét hagyományosan az intelligenciatesztekkel határozzuk meg. Ezeket kiegészíthetik tájékozódó skálák az adott környezethez való szociális adaptációról. A diagnózis függ még a gyakorlott diagnoszta teljes intellektuális képességekre kiterjedő vizsgálatától. Intellektuális képességek és a szociális adaptáció változhatnak idővel, még az alacsony (gyatra) mentális teljesítményt is javíthatja a rehabilitáció és a tréning. A diagnózisnak mindig a pillanatnyi működési szinten kell alapulnia.” (BNO-10, 1998:119.)

Nem kell különösebben fejtegetni a BNO meghatározását sem, ugyanis több területen a DSM-V-el is fedésbe hozhat. Mindez felveti annak indokoltságát, hogy nem csak teszteredményekre alapozottan mondható ki a deficit. Erősebbe fogalmazva, valójában csak tesztre alapozva nem mondható ki. Ez tovább erősíti a korábbi felvetésünket, hogy az óvodapedagógus felelőssége nem elhanyagolható a kérdésben, hiszen alapvető információkkal járulhat hozzá a diagnosztikus folyamathoz, mely jelentősen túlmutat a teszteredmények által meghatározott kategóriarendszeren. A szakmaközi kommunikáció volt az első szerep vagy feladat, amit a bevezetőben megemlítettünk.



1. ábra
A tanulási korlátokhoz kapcsolódó
amerikai és magyar kifejezések megfeleltetése.
(Forrás: Fejes – Szenci, 2010)

A diagnosztikus rendszeren belül azonban a tesztek súlyának megítélésével kapcsolatos percepciónk nem feltétlenül igazodik a fent felsorolt tényekhez. A szabályozások alapján pedig nincs kizárólagos megkötés, hogy DSM vagy BNO használata szükséges-e a hazai diagnosztikus rendszerben, így változatos a hazai gyakorlat ebben a tekintetben is és ahogy látható, nem is igazodik teljes mértékben a szaktudományos meghatározásokhoz a diagnosztika. A korábban elvégzett kutatás, mely az SNI megállapítás elméleti háttérét vizsgálta, szintén erre a következtetésre jutott.

A tanulásban akadályozottság az integrált nevelés szempontjából kevésbé releváns és részletes kifejtése nem indokolt, viszont összemossa a kognitív deficittel, értelmi fogyatékkal már valós probléma, melyre van példa a jelenlegi hazai diagnosztikus gyakorlatban. A következő ábra azonban jól szemlélteti, hogy mi a különbség az intellektuális képességzavar és a tanulásban akadályozottság között. A tanulásban akadályozottság témakörével éppen ezért többet nem foglalkozunk jelen tanulmány fókuszából és a fogalmak további magyarázata után okafogyottá is válik.

Két meghatározás példáján keresztül, a tanulási zavar és értelmi fogyatékos fogalmán át szemléltettük (jelenleg preferált megnevezéssel intellektuális képességzavar), hogy az integrált nevelés helye és helyzete a diagnosztikus folyamatok szemszögéből is fajsúlyos terület. Viszont a fogalomhasználat további magyarázat még indokolt. A pedagógusok diagnosztikus kompetenciáinak súlya sem kérdőjelezhető meg ezáltal, hiszen a szakmaközi diskurzus aktivitása és a diagnosztikai rendszer felépítésének igazodni kellene a fogalmak kritériumrendszeréhez.

Az OH irányelvek, törvények és végrehajtási rendeletek pedig nem szűkítették a diverz értelmezhetőség lehetőségét, melyet a DSM-V és a BNO rendszere fenntart. Vélhetően a helyzet a tanulmány írásának időpontjában is változatlan.

Tehát alátámasztható az, hogy valójában az első és legfontosabb kérdés nem is az, hogy integráció vagy szegregáció, hanem sokkal inkább a hatékonyság, hiszen bármelyiket is választja adott oktatási rendszer, a jogosultak körének meghatározása alapvető fontosságú. A tanulási zavarok esetében a helyzet csak tovább romlik a fogalomhasználat és a teszteredmények fókuszából.

Integráció, szegregáció és abdukció

Az inklúzió fogalmának meghatározása a gyógypedagógia területén további kérdéseket vet fel, melynek tárgyalására már sort kerítettünk korábbi kutatásaink során (*Vida, 2019*). Ezért most részletes tárgyalás nélkül egyszerűen befogadásként értelmezzük, mely a jelen tanulmány fókuszához igazítható egyszerűsítés, de nyilvánvalóan ennél sokkal komplexebb a meghatározás (*Varga, 2015; Réthy, 2013*).

A jelenlegi fókuszunk, hogy sikeresen differenciáljuk a hazai rendszer sajátosságait az integráció és a szegregáció szempontjából, habár mindez azért problémás mert a hazánkban az integráció és a szegregáció is egyaránt megtalálható egymás mellett a gyógypedagógia ellátási körébe tartozó gyermekek, tanulók esetében.

Az viszont magabiztosan állítható, hogy az integrációt, inklúziót sem támogatja az, ha előbb diagnosztizáljuk egy gyermeknél az adott csoporttól és normától való eltérést, hogy aztán visszaillesszük a csoportba többlet források biztosításával, hogy aztán differenciáltan fejlesszük, hogy a többiekkel együtt tudjon majd dolgozni. Adott esetben pont a csoportból kiemelve. Azaz előbb a diagnosztika során emeljük ki, hogy igazoljuk, más, mint a többi gyerek. Ezek után külön csoportba fejlesztjük, hogy a többiekkel együtt nevelhető legyen. Ebben a folyamatban számos ellentmondás felfedezhető és ez biztosan nem az integráció felé mutat. Ráadásul a diagnosztika célja sokkal inkább az inklúziót könnyítő erőforrások és az azt potenciálisan nehezíthető faktorok feltárása lehet és a pedagógusok segítése, sem mint az eltérése feltérképezése bizonytalan vagy meghatározatlan standardok mentén. Megfelelő erőforrásokkal és munkaszervezéssel a gyerekek együttnevelhetők, ez nem vitatható. Ez nem diagnosztika, hanem akár oktatáspolitikai és módszertani döntés kérdése. Például, hogy akarjuk-e biztosítani az eszközöket erőforrásokat vagy hogy részt akarunk-e venni ebben? Annak feltárása, hogy milyen erőforrásokra és eszközökre van adott gyermek esetében szükség a csoporton belül, maga a fejlesztés-orientált diagnosztika. A felzárkóztatás ugyanis illúzió, hiszen képlékeny, hogy mihez képest

kellene felzárkózni. Tehát nem a csoportból való kiemelés, fejlesztés és felzárkóztatás majd visszaillesztés lehet a cél az integráció és inklúzió során.

Mindezt igazolja, hogy mind a DSM IV-V, mint a BNO felülemelkedik a teszteredményeken és széleskörűen határozza meg adott esetben akár a fogyatékoság kritériumát is, hogy teret engedjen a fejlesztésorientált diagnosztikának. Ezzel azonban új szerepkörbe helyezi mind a diagnosztikát végző szakembereket, mind az oktatást-nevelést folytató pedagógusokat, mellyel a hazai oktatási rendszer a kutatások alapján sem vette fel még a lépést. A pedagógus szerepe ebben tehát a vizsgálat kezdeményezésekor nem más, mint a segítség kérése és keresése ahhoz, hogy a csoporton belüli közös munka során milyen veszélyforrások és erősségekre számíthat. A diagnosztika feladat pedig annak a potenciális fejlődési ívnek a megrajzolása, hogy milyen ráfordítás esetén milyen megtérüléssel számolhatunk és hogy melyik területekre lehet érdemes inkább koncentrálni.

Korábbi kutatás (Vida, 2019) alátámasztotta, hogy a teszteredményekből kiinduló diagnosztika tévútra csalhat, hiszen adott mérőszámokkal leírt diagnosztikus csoportok hatalmas minőségi különbséget is jelenthetnek adott vizsgálaton résztvevő gyermek adott képességével kapcsolatban. Másképpen megfogalmazva, lehet, hogy két gyermek IQ teszt eredménye és minden más teszteredménye is pontszámra vagy akár szórásképre, kvantitatív mutatóra nézve azonos, viszont iskola előmenetelben vagy akár az óvodai életben mutatott sajátosságok alapján jelentősen eltér.

Az is láthatóvá vált a korábbi kutatásokból (Böddi, 2017; Vida, 2019) vagy akár ebben a tanulmányban bemutatott törvényi kategória értelmezés is igazolhatja, hogy adott meghatározásból történő következtetés nem feltétlenül megfelelő, hiszen a fogyatékoság meghatározása, akár törvényi, akár szaktudományos fogalmakat vizsgálunk, nagyon változatos értelmezéseknek engedhet teret.

A tanulási zavarral kapcsolatos 2020-ban végzett kutatás (Vida, 2020) viszont rámutatott arra is, hogy a merev diagnosztikus kategória alkotása és a követhetetlenül diverz értelmezések között egyensúlyozva található olyan megoldás, mely kiutat jelenthet. Ez pedig az abdukció (Sánta, 2011).

Dedukció	Indukció	Abdukció
<p>A) Minden tanuló szorgalmas. B) Péter tanuló. C) Péter szorgalmas.</p> <p>Ez deduktív következtetés, A-ból és B-ből következik C. A következtetés e formáját gyakran megtaláljuk a matematikában és a klasszikus logikában.</p>	<p>C) Péter szorgalmas. B) Péter tanuló. A) Minden tanuló szorgalmas. (?)</p> <p>Ez induktív következtetés, ahol C és B után, noha valószínű, de nem meggyőzően igaz A. Itt tűnhet fel a szubjektivitás, hiszen ha csak szorgalmas tanulókat ismerünk, akkor ebből az esetből kiindulva általánosítunk.</p>	<p>A) Minden tanuló szorgalmas. C) Péter szorgalmas. B) Péter tanuló. (??)</p> <p>Ez abduktív következtetés, ahol noha A és C szerint B lehetséges, de semmi esetre sem valószínű. A következtetés bizonytalan, helyességére nincs egyetlen bizonyított eset sem.</p>

1. táblázat
A dedukció, az indukció és az abdukció értelmezése
(Forrás: Sánta, 2011: 48)

A jelenlegi rendszerben a tesztek megadott kategóriába sorolást támasztják alá, bár azt is bizonytalan módon. A jelenlegi diagnosztikai rendszerben az IQ teszt az értelmi deficit alátámasztására szolgál, a figyelemvizsgáló eszközök a figyelemzavar felfedését stb. Az óvónőktől pedig azt várják, hogy az adott kategória kritériumainak (pl.: intellektuális képességzavar, figyelemzavar stb.) megfelelő faktorokat megtalálják a gyermek sajátosságaiban és a saját praxisukban, azokat a vizsgálati kérelmen rögzítsék, ezzel is alátámasztva a diagnosztikai folyamatot. Más kérdés, hogy erre milyen mértékben készítik fel az óvodapedagógusokat a képzésük során, illetve, hogy adott esetben a szaktudományos ismereteket mennyire írják felül az attitűd-komponensek, ahogy az látható volt korábban a sajátos nevelési igényű óvodások integrációjának vizsgálatakor (Böddi, 2017).

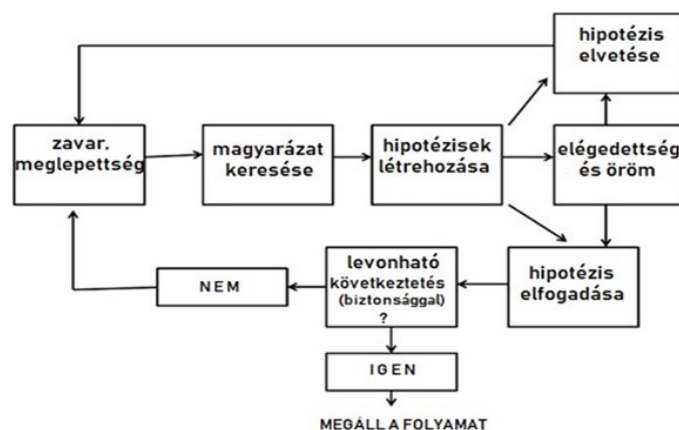
Ebben az esetben azonban mindig felmerülhet a kérdés, hogy a 71-es vagy 72-es IQ vajon melyik kategóriába tartozik? Hiszen a DSM IV is a következőképpen fogalma: „az egyénileg mért IQ kb. 70”. Tehát „kb. 70”. A gyermek életpályája szempontjából azonban kérdéses, hogy miként értelmezhető a „körülbelül” és hogy a felelősség kit terhel ennek értelmezésében vagy félreértelmezésében. Nyilvánvaló azonban az is, hogy a teszteredmények sem elengedhetők. Azonban az is teljes biztonsággal állítható, hogy egy gyermek képességének megítélésében a DIFER csak egy támpont lehet. Ugyanúgy, ahogy az értelmi deficit esetében az IQ teszt is.

Felmerül azonban az autonómia és a felelősség kérdése is ehhez kapcsolhatóan. Azaz, hogy adott esetben 70-es IQ mérése ellenére is mondhatja-e azt felelősen a szakember, hogy nem fogyatékos az adott gyermek? Erre kínál megoldást az abdukció úgy, hogy betartja a szakember a törvényeket is és megfelel adott szaktudományos meghatározásnak is, miközben fejlesztés-orientált javaslatot fogalmaz meg.

A tanulási zavar diagnosztikájában alkalmazott abdukciós modellt bemutattuk példákön keresztül az ahhoz a kutatáshoz csatolható tanulmányban (Vida, 2022). Így részletesen nem idézzük, ráadásul jelenlegi fókuszunkon kívül is esik. Jelen esetben az a fókuszunk, hogy mi az óvónők szerepe a sajátos nevelési igény diagnosztikájában. Ehhez szintén az abdukciót ajánljuk kutatási eredményeink alapján és példán keresztül be is mutatjuk. Az abdukció alkalmazása a pedagógiai praxisban a sajátos nevelési igény gyanújának felmerülésekor a korábbiakban vázoltak miatt is indokolható, hiszen áthidalhatja a diagnosztikus és fogalmi meghatározások bizonytalanságát és a döntés lehetőségét a szakember kezébe adja, aki autonóm és felelős szakemberré válik a folyamatban tesztkitöltő és értékelő helyett.

Az abdukciót a sajátos nevelési igény gyanújának azonosításában egy többlépcsős folyamat. A korábbi gyakorlattal egybehangzóan itt is ugyanúgy kezdődik a vizsgálat kérelmezése, mint dedukció vagy indukció esetében, azaz a diszfunkcióra utaló jeleket beazonosítjuk.

Szakértőként járunk el, olyan markereket keresve, melyek egy magyarázat konstrukcióját vetítik előre. Ez természetesen nem egyezik azzal a gyakorlattal, hogy adott jelek alapján diagnosztizálna bármit is a pedagógus. Egyszerűen lehetséges hipotéziseket keres, amelyek adott jelenség, eltérés, atipikus viselkedés háttérében állhatnak. Előfordulhat, hogy több lehetséges magyarázat is felmerül, de abból végül csak egyik marad meg. A folyamat a következő képen szemléltethető:



2. ábra
Az abdukció folyamata
(Forrás: Soldati et al, 2013:8)

De vegyünk egy konkrét példát, hogy miként is képzelhető el mindez a gyakorlatban! Tegyük fel, hogy egy gyermek esetében felmerül, hogy figyelemzavarral küzd, ezért szeretnénk a vizsgálatát kezdeményezni.

Elsőként megfogalmazzuk szakszerűen, hogy mi a zavar, meglepettség oka az ábra alapján. Rögzítjük, hogy a gyermek viselkedésével, figyelmével kapcsolatban mi az, ami zavar minket és mi az, ami a probléma forrása. Utána magyarázatot keresünk arra, hogy mi lehet ennek az oka. Felmerülhet magyarázatként, hogy ezt okozhatja magatartás és figyelemzavar ADHD is. Hipotézist alkotunk, hogy a tünetek sokkal súlyosabbak annál, mint amit a gyermek életkora vagy fejlődési szintje szerint még elfogadhatónak tartunk. A hipotézisünket megtarthatjuk, elfogadhatjuk, ha adott esetben a problémák eltérő helyzetekben (családban, óvodában/iskolában/munkahelyen) is megjelennek, hiszen ezt a BNO 10 figyelemzavarral kapcsolatos meghatározása is alátámasztja.

Ha elvetjük a hipotézist mert nem tudjuk megítélni súlyosság alapján, akkor ismételt „elemzési” kör kezdődik. Ebben az esetben újabb magyarázatot keresünk. Ismét magyarázatot keresünk és ismét felmerül az ADHD lehetősége. Hipotézist alkotunk az alapján, hogy az ADHD diagnózisát a BNO-10. diagnosztikus rendszere szerint akkor állíthatjuk fel, ha a figyelmetlenség 9 tünetéből legalább 6 és a túlzott aktivitás 5 tünetéből legalább 3 és az impulzivitás 4 tünetéből legalább 1 fennáll és ezek több, mint egy élethelyzetben megmutatkoznak (*Egészségügyi szakmai irányelv*, 2018). Ezek alapján tehát kezdeményezhető a figyelemzavar vizsgálata ugyanis a megfigyelésünk ezt alátámasztotta.

Látszólag nem nagy a különbség az eddigi óvodai vizsgálatkérelmezéshez képest pedig valójában több lényegi különbség is tapasztalható.

Elsőként elmondható, hogy a zavart keltő probléma megfogalmazása már kódolhatja a szakmai kompetenciákat és magába rejti a szakmaközi kommunikáció lehetőségét, hiszen egy szakmai reflexió jön létre egy hétköznapi jelenségre vonatkozóan. A magyarázat keresésekor diagnosztikus kategóriák kerülnek előtérbe és a hipotézisek létrehozásához azok leírására támaszkodunk, nem pedig intuíciókra és bizonytalan ismeretekre, nézetekre. A hipotézisek megfogalmazása, elfogadása vagy elvetése tehát pontosan a diagnosztikus kritériumokra támaszkodik, mely visszavezethető pontosan adott szaktudományos forrásra. Felmerülhet a kérdés, hogy ez miben több, mint az eddig alkalmazott intuitívnek nevezhető vizsgálatkérő lap. Elsőként szaktudományos ismeretekre szabott irányított reflexió. Egy iteratív folyamat (*Sántha*, 2011), melyben a jelenségek körét egyre szűkítjük egy hipotézis elvetésére vagy alátámasztására.

Másodsorban azért különbözik mert nem meghatározott, hogy milyen elméleteket és eszközöket emel a folyamatba a szakember. Ez adja az autonómiát és visszacsatol a professzióra, azzal hogy szaktudományos ismeretekkel reflektál egy jelenségre és keresi a megfelelő markereket. Ezáltal lesz feloldható a kategóriák rendszere is, hiszen nem a gyereket illeszti skatulyába, hanem elméletet keres, ami belepasszolhat a megfelelő kategóriába és a jelenségek, problémák egy részére választ adhat. Azaz nem a gyereket kategorizáljuk mérési eredmények és elméletek alapján, hanem a gyermek által produkált viselkedés magyarázatára keresünk passzoló elméleteket és mérési eszközöket. A mérési eredményeket próbáljuk elméletek aspektusából értelmezni és a jelenségeket magyarázni. Ezeket szabadon választjuk meg és ehhez igazodik a magyarázatunk is. A folyamatot végig követjük és reflektáljuk, nem pedig csak felsoroljuk a faktorokat. Azaz adott elmélet vagy eszköz megválasztását is minden esetben indokoljuk.

A bemutatott folyamat összegző végeredménye a következő szöveges vizsgálatkérelem lehet:
„XY vizsgálatát kezdeményezzük figyelemzavar gyanúja miatt. Megfigyeléseink alapján a tanórák során gyakran impluzív, opponál, az instrukciókat nem követi. Ezek alapján felmerült az ADHD, magatartás és figyelemzavar gyanúja. Meglátásunk szerint ezek a tünetek sokkal súlyosabbak annál, mint amit a gyermek életkora vagy fejlődési szintje szerint még elfogadhatónak tartunk. Eltérő helyzetekben, családban, ezek a problémák nem jelentkeznek a szülő elmondása szerint. Ez nem erősíti meg a felvetésünket. Azonban a BNO ADHD diagnosztikus

rendszere a figyelmetlenség 9 tünetéből legalább 6-ot, a túlzott aktivitás 5 tünetéből legalább 3-at és az impulzivitás 4 tünetéből legalább 1-et produkál. Ezek alapján figyelemzavar irányába vizsgálatát indokoltnak tartjuk.”

„Abdukciónál akkor beszélhetünk, ha a megfigyelt események vagy a rendelkezésünkre álló elmélet alapján nem vonhatunk le egyértelmű következtetést. Ebben az esetben tükröződik a kvalitatív vizsgálat sajátossága, hiszen újabb megfigyelések végeztével az eredményeket megpróbálhatjuk a rendelkezésünkre álló elmélettel magyarázni. A kvalitatív kutatás során a dokumentáció itt is kiemelkedő jelentőséget kap, hiszen egyrészt a hihetőséget, a hitelességet biztosíthatja, másrészt olyan mechanizmust írunk le a segítségével, amelyben minden körülmény fontos lehet. Ezért célszerű még azokat a mozzanatokot is dokumentálni, amelyeknek az adott szituációban nem tulajdonítunk különösebb jelentőséget, hiszen nem tudhatjuk, hogy a kutatás számára mikor és milyen jellegű információtöbbletet hordoznak (itt újból megjelennek az objektivitás–szubjektivitás kérdései és a metodológiai követelmények teljesíthetősége).” (Sántha, 2009:37).

Tehát a diagnosztikus folyamatban a pedagógusok feladata a megfigyelt események és az azokat magyarázó szakmai elméletek és fogalmak összekapcsolása és rögzítése. A pontos dokumentáció elengedhetetlen, hiszen ezáltal lesz végig követhető a következtetés, illetve a szakmaközi diskurzus során akár később olyan faktor is előkerülhet belőle, ami a diagnosztika megkezdésekor még nem tűnt relevánsnak. A szakmai reflexió és a beemelt elméletek és eszközök mintázata teszi egyedivé a folyamatot, autonóm és felelős szakemberré az óvodapedagógust. Hiszen semmi sem kötelezi rá, hogy a BNO leírását vegye alapul, de a válogatás szempontjai a szakember kvalitásának potenciális faktorai és sikeres diagnosztikus folyamat zálogai. Ez a fajta „fegyelmezett szubjektivitás” (Sántha, 2007:169) biztosítja, hogy értelmezhetővé és járhatóvá válik mások számára is a következtetés folyamat, mintegy érvényesíti a folyamatot. Ezáltal tehát, ahogy arra utaltunk, a diagnosztikai folyamat során az óvodapedagógus a megalapozott szakmai véleménye által autonóm és felelős partner.

Összegzés

Látható tehát, hogy az integráció és akár a szegregáció is komplexen értelmezhető csak a törvények, diagnosztika és a pedagógiai gyakorlat aspektusából. Mindenkinek adott feladat és szerepköre, felelőssége és autonómiája van, hogy hatékonyan működhessen a rendszer.

Az is látható, hogy akár a tanulási zavar, akár az intellektuális képességzavar tekintetében már a diagnosztikus kategóriák (DSM-V, BNO) is nyitottak abban az értelemben, hogy nem teszteredményektől teszik függővé a gyerekek atipikus fejlődésének leírását. Ezáltal hagynak teret az autonóm és felelős értelmezéshez. Az autonóm és felelős érvelésnek azonban szakmai kritériumai vannak, melyek az abduktív diagnosztikus modell alkalmazása során érvényesülhetnek vélhetően a legjobban, hiszen nem előre meghatározott elméleteknek kell megfelelni, hanem egyedi esetekhez igazítja a versengő elméletek sorát az alkalmazó. Akár integrál, akár szegregál egy adott oktatási rendszer, döntés kérdése, hogy mekkora autonómiát biztosít ebben a résztvevőknek. A kompetenciaterületek lehatárolása azonban nem maradhat olyan szinten bizonytalan, mint a hazai oktatási rendszerben.

A törvényi fogalmak dichotómiáira már több, mint egy évtizeddel ezelőtt felhívták a kutatók és szakemberek a figyelmet (Csépe, 2008). A centralizált és felülről lefelé irányuló oktatáspolitikai törekvések számára az egyértelmű pontértékekhez és azokhoz csatolt kategóriák használata jelentősen leegyszerűsíti a problémakezelést, azaz adott IQ-nak megfelelő diagnosztikus kategória és az ahhoz rendelt többlettámogatás ilyen módon idő és költségkímélő megoldás rövidtávon. Azonban a hazai SNI integráció mind az óvoda, mind iskola színterén arra utal, hogy a hazai sajátosságokhoz nem illeszkedik ez a rendszer. Ráadásul a mérési eredmények csak közvetve

vagy semmilyen szinten sincsenek adott kategóriához rendelve. Közvetve az intellektuális képességzavar és az IQ meghatározott, de a tanulási zavar esetében semmilyen konszenzusos mérési tartomány nem adott. Ami önmagában nem probléma, csak ha az autonómia minőségbiztosítási elvek mentén nem biztosított. Azok nélkül ugyanis nem autonómia, hanem anarchia, hiszen elérhetlenné válik, hogy mi alapján sorolt adott gyermeket adott csoportba a szakember.

Az oktatás előtt álló új kihívásokhoz mindez még kevésbé alkalmazkodik. Ezt közvetve igazolja az iskolai leszakadás mértéke (*Mrázik, 2017*), hogy az SNI tanulók több, mint 98%-a nem szerez felsőoktatásba lépéshez alkalmas érettségit (*KSH, 2019*) vagy az, hogy jelenleg Magyarországon a hátrányos helyzet és a halmozottan hátrányos helyzet potenciális háttérváltozója a sajátos nevelési igényűvé nyilvánításnak, hogy az SNI tanulók sikeres továbbtanulásának egyetlen releváns faktora a szülő iskolázottsága (*Vida, 2019*). A jelenlegi hatékonyság mellett így a hazai integráció mind az óvodában, mind az iskolában vélhetően nem hordoz több értéket, mint a hatékony szegregáció és a források tekintetében sem feltétlenül gazdaságosabb (*Ruggs – Enrica – Hebl, 2012*). Ha a korai iskolaelhagyás, leszakadás generálta hosszútávú gazdasági hatásokat helyezük a fókuszba, akkor szinte biztosan rosszabb egy nem működő integráció. Mindezek ellenére a diagnosztikus kategóriák és a jelenlegi finanszírozási rendszer megtartása mellett már az is előrelépés lehetne, ha a diagnosztikus folyamat a pedagógusok számára nem sablon-szerű szakértői véleményekkel és a jogosultság megállapításával zárulna, hanem a foglalkozásokat valóban támogató leírásokra. A kutatások alapján azonban az SNI diagnosztika továbbra sem ment át a paradigmatisma váltáson és a teszteredmények súlya továbbra is meghatározó.

A diagnosztikus kategóriák megtartása, a teszteredmények helyén kezelése és az abduktív diagnosztikus modell megoldás lehetne és a szegregáció és integráció békés egymás mellett élését is biztosíthatná. Feltételezhető, hogy a vizsgálatkérelmezés gyökeres átalakítása a fentiekben feltártak alapján változásra kényszeríthetné az SNI megállapítás módját. Természetesen ez fordítva is igaz, azaz egy másfajta diagnosztikai folyamat az oktatási rendszer hétköznapi gyakorlatára is hatással lehet.

Potenciális veszélyforrása mindennek, hogy a tesztek és a ponthatárok helyett így a szakembereknek kell felvállalni a döntések következményeit. Ugyanígy transzparenssé válhat a pedagógusok mérlegelési folyamata a vizsgálatok kérelmezésekor, mely nem ad sok teret a konfliktusok elkerülésére. A szülők, gondviselők számára is feladatot ad, hogy megismerhetik a döntések mögött álló szakmai érveket. A ponthatárok és tesztek, kategóriák helyett felelős szakemberekre hárulna a döntés. A szülő szerepe is ezáltal válhat kiegyensúlyozottá, hiszen a szakértői vélemény a teszteredmények helyett így sokkal inkább a gyerekről szólna, melyben hely jut az ő észrevételeinek is és elmondásai, meglátásai a diagnosztikai folyamat aktív része és alakítója lehetne. A jelenlegi gyakorlatban a szülői interjú a sajátos nevelési igény diagnosztikája során nem, vagy csak hiányosan kerül rögzítésre és bizonytalan módon kerül felhasználásra.

A másik és legnagyobb veszélyforrása mindennek, hogy ez a fajta diagnosztika idő és párbeszéd igényes folyamat, melyben a felek egyenrangúak. Mindannyian kooperálva, pozitívan egymásra utalva, de autonóm módon döntést hoznak és azért felelősséggel is tartoznak és egyénilig elszámoltathatók.

A valós kérdés tehát továbbra sem az, hogy integrálunk vagy szegregálunk, hanem sokkal inkább az, hogy milyen hatékonysággal és hogyan tesszük mindazt.

Irodalomjegyzék

- Böddi, Zs. (2017): *Az óvodai integrált nevelés vizsgálata (az eredményességet növelő tényezők és az óvóképzés fejlesztésének fókuszával)*, Kézirat, Doktori (PhD) értekezés tézise, ELTE PPK, Budapest, p. 243 – URL: <https://bit.ly/3xhBGkx> (2022. 04. 12.).
- Czeizel E. – Lányiné Engelmayer Á. (szerk.) (1978): *Az értelmi fogyatékosok köre eredete a Budapest-vizsgálat tükrében*. Medicina, Budapest, p. 323 – ISBN 963-240-355-x.
- Csákvári, J. (2013): *Intellektuális képességzavar és szociális kogníció : A szociális kogníció néhány aspektusának vizsgálata tekintetkövetéses módszerrel mérsékelt intellektuális képességzavarral élő felnőttek körében*. Kézirat, Doktori (PhD) értekezés, ELTE PPK, Budapest, p. 194. – URL: <https://bit.ly/3JwApIL> (2022. 04. 12.).
- Csépe, V. (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők In: Fazekas K. – Köllő J. – Varga J. (szerk.): *Zöld könyv a magyar közoktatás megújításáért*. Magyarország: Ecostat Kormányzati Gazdaság- és Társadalomstratégiai Kutató Intézet, Budapest, pp. 139-167.
- Fejes, J. B. – Szenczi, B. (2010): Tanulási korlátok a magyar és az amerikai szakirodalomban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 38. évf., 4. sz., pp. 273-287 – URL: <https://bit.ly/3O1yCPo> (2022. 04. 12.)
- Halász, G. (2012): A pedagógiai rendszerek általános hatás- és bevérvizsgálati rendszere. In: Falus I. – Környei L. – Németh Sz. – Sallai É. (szerk.): *A pedagógiai rendszer. Fejlesztők és felhasználók kézikönyve*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest, pp. 209-243.
- Hudáky, Z. (2018): Integrált nevelés a jogszabályok tükrében. Interjú dr. Kiss Lászlóval, az EMMI szakszolgálati és gyógypedagógiai referensével. *Új Köznevelés*, 74. évf., 5-6. sz. (május-június), pp. 8-11 – URL: <https://bit.ly/38zvdac> (2022. 04. 12.).
- Jenei, A. (2006): *Inkluzív nevelés – Ajánlások sajátos nevelési igényű gyermekek, tanulók kompetencia alapú fejlesztéséhez – Bevezető a szövegértési-szövegalkotási kompetencia-terület ajánlásaihoz*. SuliNova Közoktatás-fejlesztési és Pedagógus-továbbképzési Kht., Budapest.
- Kereki J. – Lannert J. (2015): A korai intervenció intézményrendszer hazai működése kutatási zárójelentés – URL: <https://bit.ly/3rkquQi> (2022. 04. 12.).
- KSH Statisztikai tükör – Oktatási adatok 2019/2020 (2019) – URL: <https://bit.ly/3xmpi2v> (2022. 04. 12.)
- Lányiné Engelmayer Á. (2014): Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika, *Neveléstudomány : oktatás – kutatás – innováció*. 2. évf., 3. sz., pp. 33-52 – URL: <https://bit.ly/3O6Y5H6> (2022. 04. 12.)
- Mrázik J. (2017): Kiürülnek az iskolák? Trendek és törésvonalak a közoktatásban In: Mrázik, J. (szerk.): *A tanulás új útjai*. Magyar Nevelés- és Oktatókutatók Egyesülete (HERA), Budapest, pp. 188-200 – URL: <https://bit.ly/3KzD85r> (2022. 04. 12.)
- Réthy E. (2013): *Befogadás, méltányosság, az inkluzív pedagógia rendszere*. Comenius Oktató és Kiadó Kft., Pécs, p. 253 – ISBN 978-963-968-735-6
- Ruggs, E. – Hebl, M. (2012): Diversity, Inclusion, and Cultural Awareness for Classroom and Outreach Education. In: Bogue, B. – Cady, E. (eds.): *Apply Research to Practice (ARP) Resources*, pp. 156-174.
- Sántha, K. (2007): A kvalitatív metodológiai követelmények problémái. *Iskolakultúra*, 17. évf., 6-7. sz., pp. 168-177 – URL: <https://bit.ly/3640KQI> (2022. 04. 12.).
- Sántha, K. (2009): *Bevezetés a kvalitatív pedagógiai kutatás módszertanába*. Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, p. 162 – ISBN 978-963-7338-99-1
- Sántha, K. (2011): *Abdukció a kvalitatív kutatásban. Bizonytalanság vagy stabilitás?* Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, p. 124 – ISBN 978-963-9955-21-9

- Sáska G. (2001): A közműveltség kiterjedtsége, a szakmai autonómia foka, a társadalmi egyenlőség kívánatos mértéke és hatása az iskola szervezetére 1945-ben és 1985-ben. *Új Pedagógiai Szemle*, 51. évf., 6. sz., pp. 33-47 – URL: <https://bit.ly/3jrgVLb> (2022. 04. 12.).
- Serdült S. (2015): Lenni és lehetni: Az identitás és az inkluzív kiválóság kapcsolata, In: Varga A. – Arató, F. (szerk.): *Befogadó Egyetem – Az Akadémiai kiválóság fejlesztése az inklúzió szempontjainak érvényesítésével*, PTE BTK NTI, Pécs, p, 211 – ISBN 978-963-642-905-8, URL: <https://bit.ly/365DIsJ> (2022. 04. 12.).
- Soldati, G. – Smargiassi, A. – Mariani, A. A. – Inchingolo, R. (2017): Novel aspects in diagnostic approach to respiratory patients: is it the time for a new semiotics? *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 2017 (27/12), pp. 17-98, – DOI <https://doi.org/10.1186/s40248-017-0098-z>.
- Varga A. (2015): *Az inklúzió szemlélete és gyakorlata*. PTE-BTK Neveléstudományi Intézet Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Pécs, p 302 – ISBN 978-963-642-782-5, URL: <https://bit.ly/34aCsmR> (2022. 04. 12.).
- Vida G. (2019): Reziliencia és SNI – Tanulási zavarral küzdő középiskolások lemorzsolódásának háttérváltozói. *Új Pedagógiai Szemle*, 69. évf., 9-10. sz., pp. 57-72 – URL: <https://bit.ly/37FQXkc> (2022. 04. 12.).
- Vida G. (2022): *Az abdukció mint szakértői eljárás a tanulási zavarok felfedésében*. *Neveléstudomány*. 10. évf., 1. sz., pp. 135-155 – DOI <https://doi.org/10.21549/NTNY.36.2022.1.7>
- Závoti J. (2012): Esélyegyenlőség biztosítása a gyakorlatban. In: Rostáné, Riez Andrea (szerk.): *A szociális képzés innovációjának narratívái*. Nyugat-magyarországi Egyetem Kiadó, Sopron, pp. 3-60. – ISBN 978-963-334-068-4
1993. évi LXXIX. törvény - a közoktatásról. 121.§ (1) 28. pont – URL: <https://bit.ly/3ql9xFv> (2022. 04. 12.)