

VIDA GERGŐ

A tanulási zavarok hazai kategorizálásnak problémái

Magyarországon a sok szempontból korszerűnek mondható 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról sok évre kedvezőtlenül határozta meg a magyar rendszer értelmezhetőségét és kompatibilitását az OECD-n belül, annak ellenére, hogy új korszakot nyitott, hiszen a fent említett törvényben meghatározott kategóriák, melyek a tanulási problémákkal kapcsolatosak, nehezen voltak adaptálhatóak hazánkon kívül. A 2002-es adatok alapján az Európai Unió országokban a 14 év alatti gyermekek 2-2,5 %-a minősült fogyatékosnak, míg a magyar gyerekek 5,3 %-a, ami jelentős eltérésnek mondható. A PISA felmérések, illetve a hazai tapasztalatok nem igazolták ezt a feltevést, ezért indokolt, hogy megkeressük azokat a tényezőket, melyek az eredményeket ilyen mértékben torzították. A fentiekben felsorolt tényezők alapvetően meghatározták a gyógypedagógiai szemlélet hazai alakulását és így a szakmai protokollt. A fogyatékosság törvényi meghatározása döntően befolyásolja a diagnosztikus munkát és az intézményrendszer felépítését is. Ugyanis az eljárásrend, mely szerint a gyermek a hazai gyógypedagógiai ellátás rendszerébe kerül nagyban függ a kategória alkotás gyakorlatától. Ez pedig Magyarországon adott esetben fordított logika szerint halad, mint egyes OECD országokban. Ahhoz, hogy OECD kompatibilis legyen a rendszer és a hazai viszonyoknak szakmai szempontból is megfelelő, sok tényezőt kell vizsgálni. Alapjában a hazai rendszer sok esetben legnagyobb nehézsége, hogy egymás mellett él párhuzamosan a jogi, költségvetési, szakmai szempont, melyet nem hangoltak kellő képen össze. A fogyatékosság OECD-hez képest eltérő értelmezésének hátterében is ez állhat.

Jelen összesítés célja, hogy felszínre kerüljenek az inkompatibilitás okai és következményei, mely következmények közül részletesebben a tanulási nehézség és zavar diagnosztikájának problémáját és értelmezésének nehézségeit logikus elsődlegesen megfogalmazni, ugyanis a különbség itt a legnagyobb. Az eltérések ilyenfajta kiemelésével jól látszanak a hazai viszonyok között működő gyakorlat ellentmondásos pontjai, melyek tovább gondolása segíthet a tanulási nehézség és zavar szakmai, jogi, költségvetési értelmezésének szétválasztásában és így talán alkalmazhatóbbá teszi az OECD fogalmi kategóriáit a hazai viszonyokra.

Kulcsszavak: OECD, fogyatékos, SNI, kategória, eltérés

Előszó

A magyar szakirodalomban a tanulási zavar és a tanulási nehézségek meghatározása jól leírt téma. Ennek ellenére a diagnosztikus eljárások gyakorlatában már kevéssé jelenik meg egységesített irányelv a szakemberek számára, hogy milyen szempontok mentén különböztethető meg pontosan a tanulási nehézség a tanulási zavartól. Ezért szükséges, hogy adott definíciót gyakorlati szempontból közelítsünk meg, hiszen egy fogalom alkalmazása és felhasználásának módja egy rendszer felépítéskor döntő hatása van a működésre is. Azt kívánjuk bemutatni, hogy az OECD fogalmi meghatározásainak hazai adaptációja milyen

nehézségeket okozott és okoz még ma is a magyar gyógypedagógiai diagnosztikus rendszerben. Feltevésünket gyakorlathoz köthető tapasztalatokkal és adott statisztikai adatokból előtűnő anomáliáival, valamint a szakmai elvek gyakorlatra történő hatásával igyekszünk alátámasztani. A vizsgálódás tárgya főként a tanulási zavar és a tanulási nehézség diagnosztikai megkülönböztetésének problematikája. A hazai rendszer sajátosságának egyik oka vélhetően az, hogy a nehézség, a zavar és a fogyatékoság OECD által meghatározott fogalmát másképpen értelmezte, így azok adaptálása nem volt zökkenőmentes, és az nem sikerült teljes mértékben. Problémát jelent, hogy a törvényalkotó figyelmen kívül hagyta a korábbi hazai gyakorlatot, és az OECD fogalmait más aspektusból emelte „törvényi jogerőre”. Azaz nem aktualizálta megfelelőképpen a hazai rendszer sajátosságaira és eltérően az OECD-től, külön szempontok szerint alkalmazta a költségvetési területen a plusz normatíva megállapításához és megint más szempont szerint értelmezte jogilag a fogyatékoság fogalmát a diagnosztikus munka szabályozásához. Talán ezért tűnhet úgy, hogy a szakmai érvekre kisebb hangsúly került. A külföldi gyakorlat annyiban látszik ésszerűbbnek, hogy törekszik az egységes értelmezésre, melyben a szakmai elvek tűnnek prioritásban az elsőnek. Vélhetően a nehézséget a hazai rendszer felépítésekor az jelenthette, hogy a legfontosabb szempont az volt, hogy lényegi változtatás nélkül a korábbi rendszer konzerválható legyen, de ránézésre megfeleljen az OECD átlagnak, elvárásoknak. A diagnosztikus kategóriák pedig nehezen vagy egyáltalán nem tudtak lépést tartani a törvényi változásokkal, mely következtében a feszültség felhalmozódott, és csillapítása a jelenlegi oktatási reformok ellenére sem sikerült.

Annak magyarázata, hogy egy adott tanuló esetében a diagnózis megállapításakor nehézségről, zavarról vagy fogyatékoságról beszélünk-e, külön magyarázatot nem is igényel, hiszen mind a rehabilitáció folyamata és formája, mind pedig az a lehetséges lélektani és egyéb teher, amit a diagnózis az érintetteknek jelenthet, különböző mértékű, ezért mind a törvényalkotó, mind a „diagnózist adó” hatalmas felelősséggel tartozik. Arról nem is beszélve, hogy egy diagnózis hatása markánsan befolyásolhatja a tanuló iskolai előmenetelét, és végigkísérheti a gyermeket másfél éves korától, egészen huszonhárom éves koráig, függően a diagnózis jellegétől. Ennek megfelelően nem mindegy, miként határozzuk meg a nehézség és a zavar, valamint a fogyatékoság kategóriáit. Sok esetben egyszerűnek tűnhet a dolog, de az alábbi felsorolásból kiderülhet, hogy ez közel sincs így. Ehhez át kell tekinteni az OECD-n belül használt fogalmakat, és a fogalmak alkalmazását. Szükséges megérteni, hogy ezek a fogalmak miként kerültek a hazai rendszerbe, és miként fejtették ki hatásukat a hazai gyakorlatra.

Elsőként tekintsük át, hogy a nehézség, zavar és fogyatékoság, miként jelennek meg az OECD értelmezésében. A tanulási problémák felosztása az OECD szabályozása alapján A, B, C részre bontható. Az alapvető OECD stratégia az, hogy a problémákat az oktatáson belül milyen szempontból célszerű megközelíteni, és miként lehet optimálisan küzdeni ellenük. A kulcsa ennek a felosztási rendszernek az, hogy csak egy hosszabb folyamat után, a sikertelenségek és kudarcok sorozatát követően, sok információ birtokában igyekszik a tanulót elhelyezni az oktatási rendszerben. Azaz a legtöbb OECD országban egyfajta intervenció kezdődik el az iskolában, és csak e folyamatok sikertelensége esetén kerül sor arra, hogy részletesebb diagnózist fogalmazzanak meg.

A hazai rendszerben fejlesztőpedagógus, gyógypedagógus hivatalosan addig nem foglalkozhat a tanulóval, amíg a nehézségről vagy zavarról, esetleg fogyatékoságról nem kap diagnózist az adott tanuló. Így az iskolai problémák jelentkezésétől számítva esetleg hosszabb idő telik el a diagnózisig. Bár a hazai rendszer érzékelhetően törekszik az OECD kompatibilitásra, azonban a gyakorlat mást igazol. A soron következő felsorolásban sok esetben a kategória kifejezést a stratégia szóval egészítjük ki, annak ellenére, hogy írhatunk volna csoportot is, az angol szöveg más, magyar nyelvű értelmezéseként. A hazai

rendszer felfogásában és a szakmai szóhasználatban a diagnózis kifejezés tűnt kézenfekvőnek. Ezzel szemben az OECD gyakorlatára inkább a stratégia szó illik, ugyanis sokkal jobban érzékelteti azt, hogy az OECD-n belül nem diagnosztikus csoportról van szó, hanem ellátási formáról, rendszerről – összefoglalva stratégiáról (DELUCA, 2012). Nem arról van szó, hogy a diagnózis alkotás folyamata jobb vagy rosszabb, hanem sokkal inkább arról, hogy egy összehangoltabb jogi, költségvetési, oktatási rendszer működik együtt annak érdekében, hogy kialakíthassák azt a stratégiát, amivel képesek hatékonyan felzárkóztatni a lemaradókat. A lényeg a felzárkóztatás és az adekvát fejlesztés, amit nem nehezíthet olyan jellegű probléma, mint a korábbi hazai gyakorlat, hogy a fejlesztési órák elszámolásakor a fenntartó költségvetési évet vizsgál, még a fejlesztést nyújtó értelemszerűen a tanévnek megfelelően adminisztrál. Bár ez egy apróságnak tűnhet, de jó példa arra, hogy minden szinten érdemes összehangolni a rendszereket.

I. Az OECD A, B és C kategóriája

Az OECD rendszerein belül a konkrét diagnózist egy ellátási kategóriához rendelik. Nálunk az ellátás a diagnózis függvénye: előbb kap a gyermek diagnózist, aztán rendelünk hozzá ellátási formát. Hazánkban az intervenció minden formáját, melyet speciális képzettségű szakember lát el, diagnózisnak kell megelőznie. Ez Európa más országaiban nem feltétlenül van így. De térjünk rá az európai rendszerek alapjainak ismertetésére! Az európai rendszer működésének és kategóriájának feltárását egy 2007-es OECD tanulmány alapján végeztem (*Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages Policies, Statistics and Indicators: Policies, Statistics and Indicators – OECD*), mely igyekszik részletesen tárgyalni azt, hogy adott országon belül miképpen épül fel a gyógypedagógiai kategorizálás taxonómiája, és hogy az adott ország ehhez miképpen rendel intézményi keretet. 2007 óta történtek változások a hazai gyakorlatban is. A skandináv példát is említhetjük, ahol az SNI kategóriát a szakvéleményezéssel együtt el is törölték, tekintve, hogy túlságosan diszkriminatív (CSÁNYI, 2012).

„A típusú stratégia és kategória” (súlyos képességzavarok – disabilities): ebbe a csoportba kerülő gyerekekre, tanulókra jellemző, hogy a problémáik meghatározásánál elsődlegesen az orvosi szempontú károsodás, szervi rendellenesség a markáns faktor (szenzoros, motoros vagy neurológiai rendellenességek). Az intervenció fő céljaként a károsodásból fakadó hátrányok kompenzálása kerül megfogalmazásra. Magyarországon az érzékszervi és mozgásszervi fogyatékoság vizsgálatát kizárólag az Országos Szakértői Bizottság végezheti el. A hazai rendszer az orvosi diagnózisra is támaszkodik, de erről a későbbiekben kívánunk részletesebben beszélni.

„B típusú, nehézség alapú stratégia és kategória” (nehézségek – difficulties): a diákok a viselkedési vagy érzelmi rendellenességeik, speciális tanulási nehézségeik alapján kapnak „diagnózist”, vagy sokkal inkább ellátást. Az oktatás során megfogalmazandó beavatkozást elsősorban a diákok és az oktatási háttér kölcsönhatásának problematikáján keresztül állapítják meg. Ez nagyon hangsúlyos eltérés a hazai gyakorlathoz képest, mivel az oktatási folyamat kontextusában vizsgálja, hogy milyen intervencióra van szükség a hátrányok leküzdéséhez. Hazánkban egy adott diagnózishoz adott ellátási forma, óraszám, szakember stb., került meghatározásra. Ez merevnek tekinthető, annak ellenére, hogy sok esetben kiválóan működik. Más kérdés, hogy a hazai rendszerben dolgozó szakemberek kompetenciái működtetik-e jól, vagy jó a konstrukció. A hazai gyakorlat lényegi eleme, hogy bár a tanuló, gyermek tanulási problémáinak tükrében változhat a további ellátás összetétele és mértéke, annak meghatározását azonban a törvény itthon szigorúan diagnózishoz rendeli. Bár az új szabályozások igyekeznek mindezt finomra hangolni, de felvetődhet a kérdés, hogy nem

lenne-e egyszerűbb mindezt az adott tanuló és az iskola együttműködésére bízni, és abból a perspektívából tekinteni a helyzetre. Azaz mindezt nem a diagnózis szempontjából lehetne csak vizsgálni, hanem abból az aspektusból, hogy milyen segítség hozza meg a kívánt eredményt. Ha ugyanis a hazai törvényeket tekintjük, akkor a fejlesztést végző pedagógus csak a diagnózis megállapítása után kezdheti a közös munkát az érintett tanulóval, ráadásul a törvény meghatározta azt is, hogy melyik diagnózishoz milyen kompetenciával rendelkező pedagógus rendelhető. Ami elsőre nem tűnik nagy problémának és teljesen ésszerű is alapvetően, de ezek alapján kimondható, hogy hivatalosan gyógypedagógus addig nem fejleszthette a feltételezeten tanulási zavarral vagy értelmi fogyatékossgal bíró gyermeket, ameddig az nem rendelkezett a megfelelő diagnózissal. Szerencsére a gyakorlat a valóságban azért nem ennyire merev, de a normatíva központú ellátó rendszerben ennek ellenére mindez komolyabb nehézséget okoz, hiszen a fejlesztési órák utólagos elszámolása így problémás, ha esetleg mégis foglalkozik vele a gyógypedagógus a diagnózist megelőzően, hogy a lemaradás ne legyen egyre súlyosabb. Sok esetben pedig a diagnózisra, vizsgálatra történő várakozási idő több hónap is lehet a szakértői bizottságok leterheltsége miatt. Ha ezalatt az idő alatt nem kap fejlesztés a tanuló, az csak tovább fokozza a lemaradást. Az OECD-ben éppen ezért beszélhetünk stratégiáról, ugyanis a legtöbb országban először kapnak fejlesztést és ha ennek ellenére sem sikerül a felzárkózás, akkor csak utána keresik fel a szakértő bizottságokat, akik igyekeznek feltárni a probléma okát.

„C típusú, hátrány orientált stratégia és kategória” (hátrányok – disadvantages) lényege, hogy elsősorban a társadalmi-gazdasági, kulturális és/vagy nyelvi tényezőket helyezi előtérbe. Az oktatási igény az, hogy kompenzálja a hátrányokat, melyek e tényezőkből fakadnak. Nagyon érdekes, hogy miként jelenik ez meg az átrendeződő Európában, mely kezd egyre inkább multikulturális közeggé válni. Ide tartoznak egyes értelmzésben a különlegesen tehetséges gyermekek is, melyet az új köznevelési törvény Magyarországon szintén beemelt a látókörébe.

Elsőként érdemes azt is kiemelni, hogy a hazai szakmai terminusok ettől eltérnek, és ennek a kategorizálásnak nem felelnek meg maradéktalanul. Bár átvettük a „súlyos zavarok és a nehézségek”, valamint a „hátrányok” kifejezéseket, de a kategória leírásakor más az értelmezési tartomány, mely alapján az adott csoportba soroljuk az érintett gyerekeket. Arról nem is beszélve, hogy a „disabilities” kifejezés sokkal inkább jelent fogyatékossgot szó szerinti fordításban, mint súlyos zavart. A magyar használatban a fogyatékossg, a súlyos zavar és a nehézség kissé módosult, melynek oka, hogy nem elsődlegesen szakmai indokok szerint állították fel a kategóriákat. Ennek következménye az lett, hogy eleinte keveredett a „tanulásban akadályozottság” fogalma az „enyhe értelmi fogyatékossgal”, és a két fogalom között a törvényalkotó nem tesz különbséget a jogi csoportosítás során. Szakmailag azonban igen nagy a különbség a két kategória között. Ennek tulajdonítható, hogy eleinte „más fogyatékosnak” minősült az írás, olvasás, számolás stb. területén zavarokkal küzdő gyermek (ma egyéb pszichés zavarnak nevezik). Más országok is jelentősen módosították a szabályozást, de emellett adaptálhatóak és értelmezhetőek maradtak a többi ország és az OECD számára is. Számunkra is ez lenne a cél, és éppen ezért lenne nagyobb szükség arra, hogy adott kategóriák leírását véve alapul gondoljuk át a hazai rendszer felépítését. Szükség lenne arra is, hogy a szakember már szinte azonnal, a probléma jelentkezésekor foglalkozhasson az adott tanulóval és gyermekkel, hiszen a zavar és nehézség átjárható kategóriák, melyben az időfaktornak és a szakszerű rehabilitációnak és rehabilitációnak döntő szerepe van. (Ld itt és az alábbiakban OECD, 2007.)

Egy rövid áttekintés erejéig érdemes felsorolni, hogy a kategorizálás miként jelenik meg a gyakorlatban hazánkon kívül. Elsőként kezdjük Belgium flamand területének rövid vizsgálatát. Ott a B kategóriába sorolják a „súlyos érzelmi és / vagy viselkedési problémákat”, melyek „kezeléséhez” pszichoterapeuta segítsége szükséges. Ide tartozik a „súlyos tanuló-

si zavarral küzdők csoportja” is. Ebbe a csoportba az értelmi, látás- és hallássérülés miatt hátrányt szenvedő gyerekek tartoznak (magyar fogalmak szerint az értelmi és érzékszervi fogyatékosok) és a B kategóriába tartozik a „javító/gyógyító” tanítás, ahol a többségi iskolában gyógypedagógus foglalkozik a gyerekekkel. Ebben az esetben a tantervi munka segítségével és a differenciálás könnyítésén van a hangsúly. Nagy különbség a hazai rendszerhez képest, hogy az enyhe értelmi fogyatékosokat az „A csoportba” sorolják, annak ellenére, hogy az értelmi deficit miatti hátrány megjelenik a „B” csoportban is, ami kifejezetten a „tanulási zavar” csoportjához tartozik.

Belgiumban külön megfogalmazzák az értelmi deficitet is, ami a hazai gyakorlathoz sok szempontból hasonló, de míg nálunk az értelmi képességek egy tényezőként jelennek meg a tanulási zavar megállapításánál, addig itt önállóan is megjelenik. Ez a tanulásban akadályozottság példáján keresztül érthető, azaz az enyhe értelmi fogyatékoság esetében: intelligenciadeficit is megjelenik, ennek ellenére nem minden tanulásban akadályozott értelmi fogyatékos. Ráadásul igen jelentős különbség, hogy a tanulási zavart és az enyhe értelmi fogyatékosokat teljesen külön kezelik, és a tanulási zavarhoz nem rendelnek orvosi diagnózist, csak a fogyatékosághoz. A fogyatékoság és az érzékszervi fogyatékoság így az „orvosi” kategóriába kerül, azaz az „A” kategóriába. Belgium francia területein ehhez nagyon hasonló a helyzet, ugyanis ott is megtartották a személyiségzavarokhoz köthető differenciálást, illetve alkottak egy másik csoportot, melybe az érzékszervi és feldolgozási folyamatok zavara miatt kerülhetnek a tanulók, de nem érzékszervi fogyatékosok. Azaz a diszlexia stb. a francia régióban „feldolgozási diszfunkciónak” számít.

Csehország esetében a B kategóriába a „fejlődési, viselkedési és tanulási problémákkal küzdő diákok kerültek”, beleértve a diszgráfia, a diszlexiás gyerekeket is. A beszéd-fogyatékosok és értelmi fogyatékosok Csehországban az „orvosi” kategóriába kerültek. Tehát ott orvosi kompetencia alá is rendelik a beszéd-fogyatékosokat, de a tanulási zavarokat továbbra sem.

A finn gyakorlatban is az orvosi kategóriába sorolják az értelmi fogyatékosokat, de annak egy „kibúvót”: a B kategóriába sorolják az „egyéb speciális probléma” kategóriát. Ezt rész munkaidős, azaz időszakos gyógypedagógiai beavatkozással lehet kompenzálni, és a többi kategóriába nem sorolható (!), valamint a „javító/gyógyító” oktatás, mely a valami miatt lemaradt tanulók felzárkóztatását teszi lehetővé, szintén csak időszakos gyógypedagógiai megsegítés mellett. Mindkét beavatkozási forma azt szolgálja, hogy az általános tantervet követni tudják a diákok. Összességében kiváló és innovatív eljárásnak tekinthető, hogy a tananyagban valamiért lemaradó diákok is kaphatnak időszakos gyógypedagógiai segítséget a felzárkózáshoz, a diagnózis és az oki háttér firtatása nélkül.

A francia minta ettől nagyobb mértékben eltér, ugyanis csakis a tanulási nehézségeket veszi alapul, és azt is sajátos szempontból közelíti meg. Létrehoz speciális, különleges osztályokat a 3. és 4. tanévben, melyek egyfajta előkészítő osztályok. Céljuk, hogy segítsék a tanulók iskolai problémáinak a leküzdését. Egyfajta felzárkóztató osztályok, melyek szerves részét képezik az oktatási rendszernek, hogy így adjanak segítséget a beilleszkedéshez. A SEGPA-s (speciális szakaszok általános vagy szakmai képzés) beépülnek az állami és magán középiskolák alsó évfolyamaiba is. Az értelmi és érzékszervi fogyatékoság és a beszéd-fogyatékoság, valamint a viselkedészavarok azonban itt az „A”, azaz az „orvosi” kategóriába kerülnek. Ez szintén nem elhanyagolható különbség a többi példához képest – hiszen bővíti az orvosi diagnózis kompetenciaterületét.

A német példa abban különbözik, hogy a viselkedészavarokat a „B” csoportba helyezi (eltérően a francia rendszertől). A többi részegység megegyezik, de jelentős különbség, hogy megjelenik a „Diagnosztikai és támogató osztály”. Ez egy speciális osztály, ahol lehetőség van megfigyelni a tanulót, aki a sajátos nevelési igény kialakulásának az elején jár, így egyfajta előkészítése a pontos és egzaktt intervenció megfogalmazásának. Ennek meg-

felelően nagyon precízen megállapítható a későbbiekben az a speciális támogató ellátás és speciális iskolai keret, mely lehetővé teszi a szakszerű integrációt.

A hazai rendszerhez talán a görög hasonlít a leginkább, ahol a fogyatékoság elkülönül ugyan, és szintén az „A” kategóriába kerül, de ennek ellenére sokszor összetett „diagnózist” kap a tanuló (pl.: autista és/vagy szellemi fogyatékos). Ez a hazai gyakorlatban is fellelhető, és az intervenció megfogalmazásakor a vezető tünet határozza meg a fejlesztési lehetőségeket. Emellett központosítás figyelhető meg a görög rendszerben, mely szerint a „Kerületi Oktatási Hivatal” és az iskola gyógypedagógiai tanácsadója határozza meg a kívánatos oktatási formát és a fejlesztési lehetőségeket.

Az olasz rendszerben a „B” kategória teljesen eltűnik, és minden nehézség és zavar az „A” kategóriába kerül – tehát ilyen szempontból analóg a hazaival. Ezek ellenére sem nevezik fogyatékoságnak a tanulási zavart, de az itthoni gyakorlathoz hasonlóan orvosi diagnózist is igénybe vesz. A legnagyobb különbséget Olaszország mutatja, ugyanis a hátrányos helyzetű vagy a különlegesen tehetséges gyerekek helyett az olasz rendszer a „C” kategóriát csakis a külföldi bevándorlóknak tartja fent. Ráadásul külföldi állampolgárok nem jogosultak többletellátásra, a plusz forrást az iskola kapja, hogy növelje az tevékenységek / projektek számát, melyek interkulturális oktatást, nyelvvoktatást tesznek elérhetővé ezen réteg számára.

A svéd modellből is eltűnik a B kategória, de összességében nagy különbségek nem találhatók a rendszerben a korábban ismertetett példákhoz képest. Talán a svájci rendszer lehet még érdekes abból a szempontból, hogy az összes tanulási zavart a B kategóriába sorolja, mely ugyan nem tér el a korábban bemutatott gyakorlatokból, azonban mindegyik „rendelleneséget” speciális osztályi körülmények között találja csak fejleszhetőnek. Azaz a hazai terminológiában elterjedt kifejezéssel élve szegregál és nemcsak a fogyatékoság, hanem a tanulási zavarok esetében is! Volt hasonló példa és gyakorlat a hazai oktatási rendszerben is, de törvényi félreértelmezés miatt szegregációnak minősült, és tiltottá vált, hogy például diszlexiás gyerekeknek külön osztályt indítsanak. Ennek egyik oka részben a fogyatékoság és a tanulási zavarok összemosisából eredeztethető *(egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény (Ebtv.) 10. § (2) 8. §-ban meghatározott tulajdonságok: nem, faji hovatartozás, bőrszín, nemzetiség, nemzeti vagy etnikai kisebbséghez való tartozás, anyanyelv, fogyatékoság, [...])*.

II. A hazai rendszer OECD inkompatibilitásának problémái

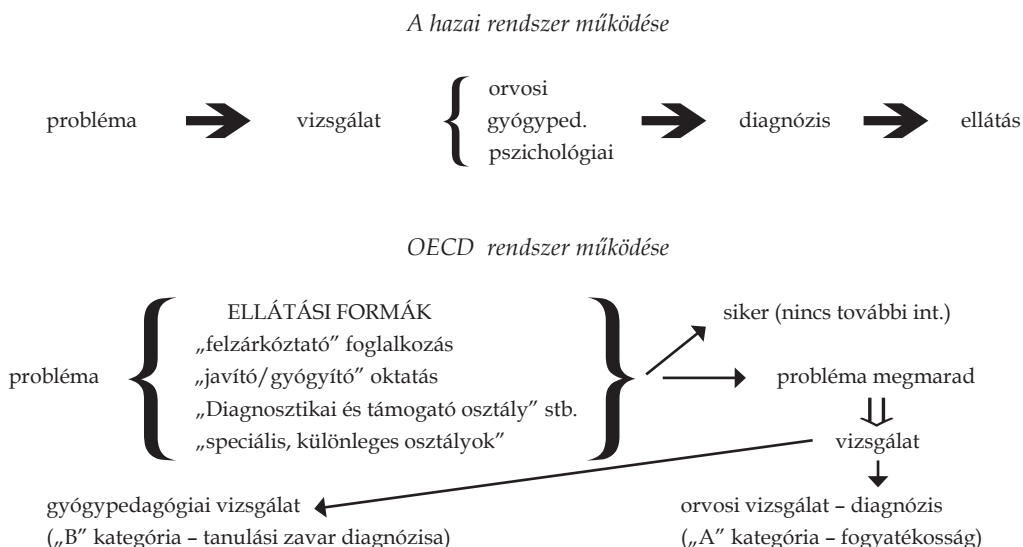
A legmarkánsabban megjelenő különbség, hogy az OECD felsorolásában a B kategória, azaz a tanulási zavar nem köthető orvosi diagnózishoz. Hazánkban a súlyos tanulási zavart mindig orvosi diagnózissal kell alátámasztani. A 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről megengedi, hogy a tankerültei vagy járási szakértői bizottság (korábban nevelési tanácsadó) is vizsgálhassa a tanulási zavart. Ez a megoldás közelít az OECD ajánláshoz, azonban ennek ellenére a tanulási zavart csak a megyei szakértői bizottság mondhatja ki, holott nem az végezte a diagnosztikát. Viszont orvosi vizsgálat csak a megyei szakértői bizottságokban történik (és az országos szakértői bizottságban). Látható, hogy a változtatások ellenére sem engedi el a hazai rendszer az orvosi diagnózist. Ennek okai a hazai rendszer kialakulásának gyökereiben keresendők, ugyanis korábban a B típusú kategóriába tartozott Magyarországon az „*egyéb fogyatékos.*” *(Az egyéb fogyatékoságot először a 1993. évi LXXIX. törvény, a közoktatásról vezeti be).*

Ennek értelmében a különböző formájú tanulási zavarokat is fogyatékoságként értelmezte a hazai rendszer (diszlexia, diszkalkulia, diszgráfia stb.), melyek „csak” részleges kognitív diszfunkciók, és nem okoznak fogyatékoságot. Mindez visszaköszön az SNI ak-

kori és korábbi meghatározásban: 30. § (1) A testi, az érzékszervi, az enyhe vagy közép súlyos értelmi, a beszéd- vagy más fogyatékos gyermeknek, tanulónak joga, hogy állapotának megfelelő pedagógiai, gyógypedagógiai vagy konduktív pedagógiai ellátásban, állapotának megfelelő óvodai nevelésben, iskolai nevelésben és oktatásban részesüljön attól kezdődően, hogy fogyatékoságát megállapították. stb.; tehát a tanulási zavarokat a „más fogyatékoság” körébe emelték törvényi szinten, azaz fogyatékoságként kezelték, és így íródott be a köztudatba is. Ennek megfelelően mindig orvosi diagnózissal kellett a fogyatékoságot alátámasztani, mely teljesen egybevág az OECD gyakorlattal is. Ám mindezek ellenére szakmailag mindenképpen vitatható, hogy vajon egy ép intellektussal rendelkező diszlexiás tanuló fogyatékosnak minősül-e a szó hagyományos értelmében. Az ezzel okozott kár hosszú távú problémákat okozhat, melyek vizsgálata külön kutatási téma lehetne. (Amellett, hogy a fogyatékoság szó használata alapvetően nem bizonyosan célravezető, még olyanokat is e fogalom alá sorol, akik semmiképpen sem nevezhetők fogyatékosnak.) Ezzel szemben szerencsésebb volt a helyzet a hátrányos helyzetű és később a különlegesen tehetséges tanulók csoportjának hazai értelmezése során. Már a kezdetektől ezek valamivel jobban definiálható csoportnak tűntek a hazai rendszerben, melyet jól lefedett az OECD értelmezésében megalkotott C csoport.

Korábban a hazai gyakorlatban is létezett az orvosi diagnózis nélküli tanulási zavar, ami természetesen csak annyit jelent, hogy orvosi (idegrendszeri stb.) okok nem voltak fellelhetőek a zavar megállapításában. Ez volt a Közoktatási törvény 121. § (1) 29. b) értelmében a megismerő funkciók vagy a viselkedés fejlődésének *organikus okra vissza nem vezethető* tartós és súlyos rendellenessége, amely kategóriát később megszüntették.

Megállapítható, hogy a hazai rendszer egyik legfontosabb eltérése az OECD-hez képest, hogy az a tanulási probléma, ami nem rendelkezik organikus háttérrel, nem is lehet tanulási zavar (lásd 1. ábra). Ez súlyos kijelentésnek tűnhet, és egyértelműen utalás a diagnózis szempontú nézőpontra, hiszen az OECD fordít a logikán, és az oki háttérrel kevésbé törődve, az ellátás formájára koncentrál. Belátható tehát, hogy ez az aprónak tűnő különbség milyen nagy hatást gyakorol az egész rendszer felépítésére és működésére és hogy rengeteg gyerek, tanuló életét befolyásolta és befolyásolja jelenleg is.



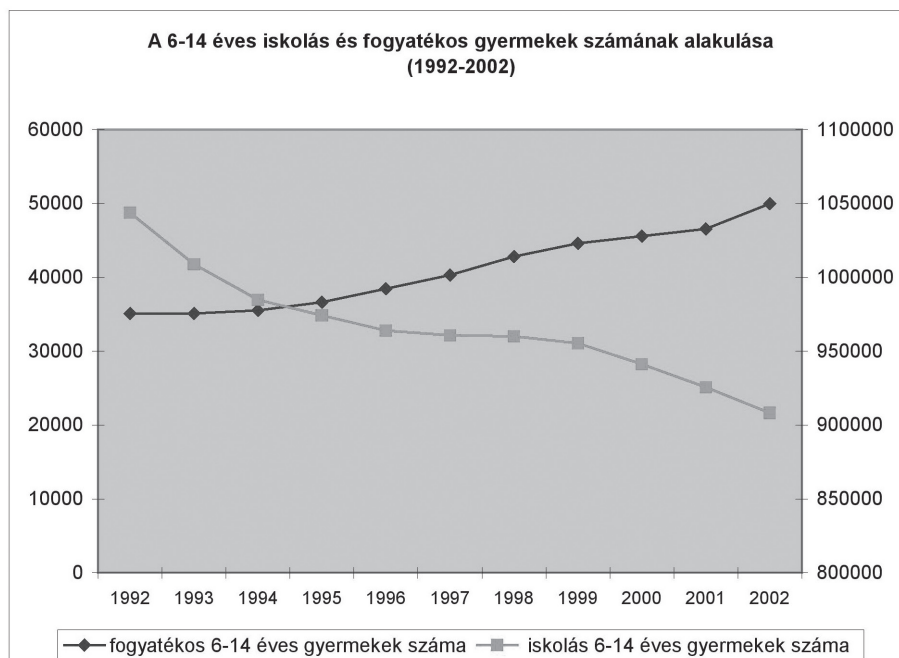
1. ábra A hazai és az OECD rendszer összevetése

III. A hazai rendszer inkompatibilitásának megjelenése a statisztikai adatokban

Az a látszólagos értelmezési probléma, hogy eleinte fogyatékosná minősült a tanulási zavar is, súlyos problémákat okozott, és véglegesen összekötötte a tanulási zavarok diagnózisát az orvosi kompetenciával. Mindezek az értelmezésbeli különbségek alapvetően eltávolították az OECD rendszerétől a hazait, hiszen az ellátási kategóriákban való gondolkodás helyett éveken keresztül diagnózis központú nézetet erőltettek a rendszerre. Természetesen ez a megállapítás sok szempontból sarkítás, hiszen a szakértői bizottságok minden esetben szem előtt tartották a diagnózis megállapítása során a szükséges ellátás biztosítását is a törvények által megszabott mozgástéren belül.

Az alábbi ábrán jól látható, hogy mekkora aránytalanság tapasztalható abban, hogy bár a gyermekek száma folyamatosan csökkent, ugyanakkor a fogyatékosnak minősített gyerekek aránya meredeken emelkedett. A fogyatékos gyerekek számának ilyen növekedését semmilyen szociológiai, egészségügyi vagy egyéb faktorok nem eredményezhették. Ennek egyik oka értelmezési probléma lehetett, mely során a diszlexiás, diszkalkuliás, diszgráfiás stb. tanulási, részképesség-zavaros tanulók is fogyatékosnak minősültek. Komoly hátulütő, hogy míg az Európai Unió országokban készített felmérésekben a 14 év alatti gyermekek 2-2,5 %-a minősül fogyatékosnak, addig a magyar gyerekek 5,3 %-a. Ezt az eredményt erősítette meg az Utolsó Padból Program is, habár annak a felmérésnek a kiváltó oka az volt, hogy a cigány-gyerekek túl nagy arányban kerülnek gyógypedagógiai intézményekbe. A probléma azonban ugyanaz, márpedig, hogy ezt a számot tényként elfogadta Magyarország, pedig ez semmiképpen sem valós, sokkal inkább fogalomalkotási zavar. Ezért kezdődött el egyfajta harmonizációs kísérlet. Ennek eredményeképpen a Nemzeti Fejlesztési Terv 3.1 intézkedésében két kultúra független teszt standardizálása kezdődött meg, valamint akkreditálásra került a Szakértői Bizottságok minőségfejlesztésére szolgáló képzési program. Összességében elmondható, hogy szigorodtak a fogyatékoság diagnózisainak feltételei. Mindezek ellenére megállapítható, hogy a modernnek mondható „1993. évi közoktatási törvény a fogyatékoság–más fogyatékoság dichotómia bevezetésével sok évre meghatározta az SNI-kérdésekhez történő általános és nem feltétlenül pozitív viszonyulást (Csépe, 2008)”. Tehát a magyar rendszer nem OECD-kompatibilis a fogyatékoság kategóriájának megállapításakor. Ebben ezért változtatás történt a 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről megfogalmazásában, mely már a sajátos nevelési igényt a következőképpen definiálja: „a 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 beszéd-fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd.”

Azaz újtásként bekerült a törvénybe az „*egyéb pszichés fejlődési zavar*”. Ezzel valamivel jobban konvergál az OECD által felsorolt országok modelljeihez a magyar rendszer is. Korábban komoly problémát okozott az értelmezés területén, hogy az OECD által „B” kategóriának nevezett csoportba bekerült a fogyatékoság: a súlyos tanulási zavart az „*egyéb fogyatékoság*” körébe rendelte, de nem tisztázta a zavar és nehézség közti értelmezésbeli eltérést. Természetesen emellett kérdéses az is, hogy „*az egyéb pszichés fejlődési zavar*” mennyivel kedvezőbb, illetve, hogy ténylegesen is kevésbé stigmatizáló címke-e?! Az is kérdéses, hogy bár már nem a „fogyatékoság” szó szerepel a meghatározásban, vajon mennyire értelmezhető hazánkon kívül az „*egyéb pszichés fejlődési zavar*”. Hiszen innentől a diszlexia, diszkalkulia, diszgráfia ugyan nem „*egyéb fogyatékoság*”, hanem „*egyéb pszichés fejlődési zavar*”. Alapjaiban ez kicsit könnyebbé teszi az OECD csoportokban való elhelyezést, de még mindig nem kompatibilis az OECD B csoportjával. Az pedig továbbra is kérdéses lehet, hogy vajon az olvasás és írászavar mennyire pszichés fejlődési zavar.

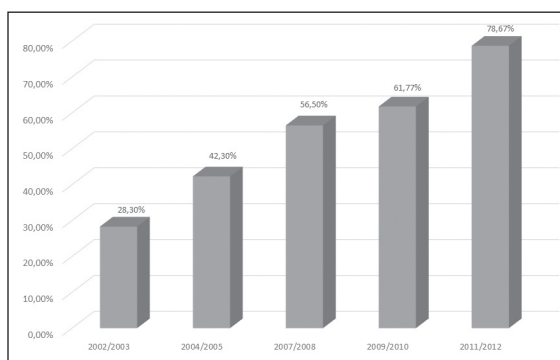


2. ábra. *Equal Opportunity and Efficiency* (konferencia Generace Fair, 14.11.2012, Bálint Magyar)
http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/gyogyped_diagr.pdf [2015.02.15.]

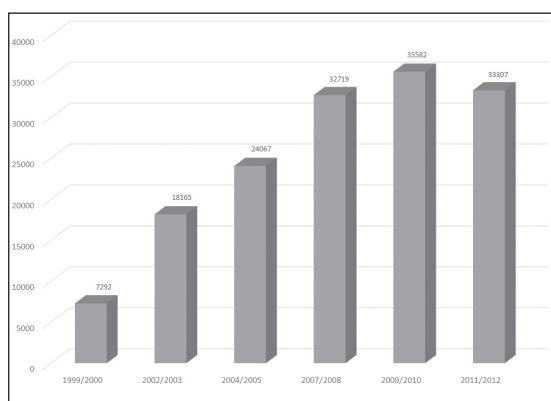
A KSH szerint „Az óvodások közül mintegy 7200 a sajátos nevelési igényű (SNI-) gyermek, 7,4%-kal több, mint a 2012-13-as tanévben. Az általános iskolákba ugyanannyi – 52 ezer sajátos nevelési igényű (SNI) – gyermek járt, mint azelőtte, és lényegében sem a régiók, sem a nemek szerinti eloszlás nem változott.” Tehát látható, hogy a 2013/14-es tanévben tovább emelkedett a rendszerbe újonnan belépő SNI státuszú gyermekek száma, ráadásul jelentős mértékben. (Statisztikai Tükör, 2014/39 KSH)

Jelenleg is nagy eltérések tapasztalhatóak a diagnózisok – a sajátos nevelési igényű tanulók arányának – eloszlásában országszerte. Ami pozitív változás, hogy az általános iskolákba járó SNI-s gyerekek száma a KSH szerint nem növekedett. Azaz, a stagnálás egyik vélhető oka, hogy a rendszerbe már bekerült tanulók diagnózisa nem változik, „a rendszerben maradnak”. Ez összhangban van azzal, hogy az organikus érintettség élettani okok miatt jelenleg állandónak tekinthető, és a legtöbb esetben ugyan a kiváló pedagógiai intervenció mellett is osztálytermi körülmények között „tünetmentessé” tehető, de speciális diagnosztikai eljárásokkal a felülvizsgálatok során a továbbiakban is kimutatható lesz.

Összefoglalva tehát a sajátos nevelési igény, azaz a súlyos tanulási zavar fogalmának értelmezési zavara és eltérései az OECD-ben használtakéhoz képest oda vezettek, hogy egy időben igencsak megnőtt a fogyatékos gyerekek száma hazánkban, de ez csak értelmezési probléma volt. Majd némi kompenzációt követően ez finomodott, de ami aggályos, hogy így is jelentős területi eltérések tapasztalhatóak a kiadott diagnózisok arányát tekintve. Ez két egymástól teljesen különböző probléma, azonban a hátterük nagyon hasonló. Csépe már 2008-ban ír arról, hogy egyes diagnózisok hatalmas területi szórást mutatnak, mint később utalok rá, van olyan megye, ahol a diszlexiások aránya 30%, még az országos átlag 10%. Hazánkban az uniós átlaghoz viszonyítva még mindig felül reprezentálnak tűnik a sajátos nevelési igényű gyermekek megjelenése az oktatásban. Ráadásul ez a tendencia folytatódik, „Az óvodások közül mintegy 7200 a sajátos nevelési igényű (SNI-) gyermek,



3. ábra. Az integrált gyermekek arányának alakulása (óvoda – középiskola)



4. ábra. Az integrált általános iskolai tanulók száma

7,4%-kal több, mint tavaly. Közülük a többség, 80% integrált nevelésben részesül. Ez az arány közel 2 százalékponttal magasabb, mint a 2012/2013-as tanévben.” (KSH, Statisztikai Tükör 2014/39).

Látható a 4. ábrán is (CSÁNYI, 2013), hogy az SNI tanulók száma folyamatosan nő és láthattuk a KSH adataiból, hogy ez a tendencia a 2013/14-es tanévben is emelkedett. Ez mindenképpen aggályos abban a tekintetben, hogy a gyermekszám pedig folyamatosan csökken.

Ebből levonható az a következtetés, hogy a korábban említett és a későbbiekben részletezett túldiagnosztizálás problémája még mindig nem oldódott meg sikeresen és továbbra is kedvezőtlenül befolyásolja a gyakorlatot. Ezért indokolt egy központi diagnosztikus, szakmai rendszer kialakítása, mely valós támpontot ad a szakemberek számára.

Tekintve az oktatási folyamatok sajátosságát és a lezajlott változtatásokat, csak hosszabb távon lesznek jól mérhetőek és szembetűnőek a kiváltott hatások, ezért is igényel nagyfokú előkészítést és átgondolt tervezést az oktatás átalakítása. Emellett elengedhetlenül szükséges lenne az integráció eredményességének vizsgálata is.

IV. A hazai rendszer inkompatibilitásának költségvetési okai

Teljesen kézenfekvő, hogy ha ilyen nyilvánvalóak az eltérések, akkor könnyen változtatni is lehetne rajta, azonban a gyakorlat nem ezt mutatja. Érdemes áttekinteni, hogy mi is állhat a hazai rendszer sajátos felépítésének a hátterében.

Kérdés tehát, hogy miért is állapítottak meg annyi „sajátos nevelési igényt”, és hogy miért emelkedett meredeken a vizsgálati szám. A szakértői bizottságok csakis kérelem küldése után vizsgálhattak gyereket, tehát egyik bizottság sem kezdett vagy kezdhetett önkényesen és szűrőpróbaszerű vizsgálatot. A háttérben az áll, hogy valami okból az iskolák egyre több vizsgálatot kezdeményeztek a megyei szakértői bizottságoknál. Ennek egyik vélhető oka az OECD számára is feltűnhetett, ugyanis a tanulmányában külön ki is tér arra, hogy a magyar rendszer háttérben húzódó törvényi sajátosság nagyon egyedi vonása, hogy a sajátos nevelési igényű gyermek az átlaglétszám számításánál két/három főnek számítanak. Nagyon udvariasan azonban csak a pozitívumokra tér ki, azaz ennek kedvező vonását abban látja az elemző, hogy így az osztálylétszám alacsonyabban tartható, így előremozdítja az integrációs folyamatokat. Az iskolának, mely sajátos nevelési igényű gyermeket fogad, speciális kompetenciákkal kell rendelkeznie, hogy megfeleljen az integrált fogadás különleges törvényi és egyéb igényeinek – ezzel előremozdítsa az inklúziót. (Ehhez nagyon hasonló rendszer Kanadában működik.)

Ha megnézzük a korábbi részben idézett grafikont, akkor egyértelműnek látszik, hogy csökkent a gyerekszám, de egyre több olyan tanuló kerül a rendszerbe, akik papíron két főnek számítottak, tehát ezzel az eljárással statisztikailag egyensúlyba hozható a valós létszám csökkenése a kettős normatíva okozta többlettel. Valószínűleg „normatívaszerző” magatartás állt e mögött, mely segített egyes iskoláknak egy ideig fennmaradni. Ennek lett részben az is a következménye, hogy elkezdődött egyfajta „szigorodás” a fogyatékoság diagnózisának megállapításában, hiszen felmerült a túldiagnosztizálás lehetősége. Mindez ott is érzékelhető, hogy az SNI a.) és b.) (*organikus okra visszavezethető és vissza nem vezethető*) zavart (*mely később felváltott a tartós és súlyos rendellenesség, illetve a súlyos rendellenesség*) végül felszámolták, és az organikus háttér igazolhatósága mellett van már csak lehetőség a sajátos nevelési igény megállapítására. És ez az a momentum, ahol már két nagyon fontos befolyásoló tényezőt látunk, ami alapjaiban jellemzi a mostani rendszert is, és mely nem változott.

Volt tehát egy értelmezési zavar, melyet az okozott, hogy a tanulási zavart is fogyatékoságnak tekintette a hazai rendszer, majd pedig, hogy rosszul definiálta a zavart. Ehhez társult, hogy a tanulási zavaros és fogyatékos tanulók két főnek számítottak, így iskolák bezárása volt elkerülhető a csökkenő létszám mellett. Ez azonban megterhelte a költségvetést, és szigorítani kellett a sajátos nevelési igény és a fogyatékos státusz megadásán. Ennek eredménye elsőként az lett, hogy megszüntették a nem organikus okra visszavezethető zavarok besorolási jogosultságát, azaz tanulási zavar diagnózist az már nem kaphatott, akinek nem volt bizonyíthatóan organikus érintettsége. Mivel azonban a korábbi gyakorlat alapján az orvosi diagnózist nagyon markánsan jelen volt és van ma is a tanulási zavar megadásakor, a teljes létszámhoz képest elhanyagolható volt az a szám, amivel az SNI B visszavonása csökkentette a normatív terhelést. Ezért ez feltételezhetően nem hozta meg a várt eredményt.

A másik tényező, hogy az SNI statisztikai, finanszírozási és jogi kategóriává vált Magyarországon, ezért szakmai értelmezése problematikus. Ami súlyosabb következménye mindennek, hogy egy csapással az addig oly hangsúlyos orvosi diagnosztika szükségessége alárendelt szerepbe került, így visszássá vált a helyzet. Azaz a magyar modell megalkotott egy finanszírozási kategóriát, mellyel az iskolák értelemszerűen élni kívántak, hogy fenntarthatassák magukat, ez volt a „nem organikus SNI”. Amikor ez már túl nagy költségvetési terhelést jelentett, akkor a jog eszközeivel szűkítették a kategóriákat. Ettől

a problémával küzdők köre nem szűkült a valóságban, csupán láthatatlanná lett. Hiszen egy gyerek szempontjából szinte mindegy, hogy organikus vagy nem organikus okra vezethető vissza a probléma. Ám mindez a szakmai szempontú ellátás szervezésében és tervezésében már közel sem közömbös. Arról nem is beszélve, hogy ha pénzügyi okok miatt kivesszük őket adott csoportból, akkor ellátatlanul maradnak vagy kedvezőtlenebb (kevesebb óraszámú stb.) felzárkóztatásban részesülnek. Ezzel azt sugallja a rendszer, hogy így az ő problémájuk már nem is olyan súlyos!

A plusz-normatíva jelentette vonzerőt mi sem példázta jobban, mint hogy gomba módra elszaporodtak az „integrálni képes”, azaz az alapító okiratukban erről nyilatkozó, gyógypedagógust és egyéb feltételeket biztosító iskolák is – sok esetben az SNI integráció volt az egyetlen mód az iskola megmaradására. Azonban az SNI B kivonása a forgalomból jól mutatta, hogy a korlátozott erőforrások felülírhatják a kategóriaalkotás egyéb – adott esetben szakmai – szempontjait. Ez tovább látszik szigorodni, ugyanis jelenleg már „fejlesztési csoportokra” igényelhető a támogatás, ami önmagában pozitívum lehetne, de gyanítható, hogy e mögött főleg inkább a források erőteljes elvonása áll, ismételten kevésbé szakmai érvek.

V. A hazai rendszer inkompatibilitásának törvényi okai

Létezik tehát költségvetési vonzata az SNI megállapításának, ami igen markáns faktor. Emellett a szakmai és törvényi kategóriák sem vágnak feltétlenül egybe.

Ennek miéértje csak a hazai fogalomalkotás tükrében érthető meg, azaz annak fényében, hogy nincs egységes szakmai szemlélet, és az irányelveket a törvény szövegére alapozza a rendszer, mely nem feltétlenül egyezik a szakmai kategóriákkal. A részletesebb kifejtés előtt egy rövid példát vázolok. A tanulási nehézség és tanulási zavar a törvény szerint a következőképpen meghatározható:

2012. évi CXXIV. törvény a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény módosításáról:

Tanulási nehézség kategóriája:

„3. beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdő gyermek, tanuló: az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján az életkorához viszonyítottan jelentősen alulteljesít, társas kapcsolati problémákkal, tanulási, magatartásszabályozási hiányosságokkal küzd, közösségbe való beilleszkedése, továbbá személyiségfejlődése nehezített vagy sajátos tendenciákat mutat, de nem minősül sajátos nevelési igényűnek,”

Tanulási zavar kategóriája:

„25. sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló az a különleges bánásmódot igénylő gyermek, tanuló, aki a szakértői bizottság szakértői véleménye alapján mozgásszervi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos, több fogyatékoság együttes előfordulása esetén halmozottan fogyatékos, autizmus spektrum zavarral vagy egyéb pszichés fejlődési zavarral (súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavarral) küzd”, (melyet egyéb pszichés fejlődési zavart – súlyos tanulási, figyelem- vagy magatartásszabályozási zavart) is érteni kell.” – azaz a továbbiakban egyéb pszichés fejlődési zavar terminológia használatos.

Mindezzel most párhuzamba állítok néhány neves hazai szakember által megfogalmazott definíciót, hogy láthassuk, vajon mennyire felel meg a törvényi kategória a szakmai, tudományos kategóriának.

A tanulási nehézség szakmai kategóriája:

„A tanulási nehézségekkel rendelkező tanulók – akik valamilyen oknál fogva elmaradtak a tanulásban, de rendelkeznek a fejlődés potenciális lehetőségeivel. Speciális bánásmód esetén lemaradásuk behozható, a tanulmányi teljesítmény emelhető.” (PORKOLÁBNÉ – GERGENCSIK, 1989:126.)

„A tanulási nehézségekkel küzdő gyerekek tehát azok, akik általában korosztályuknál szerényebb szellemi képességekkel rendelkeznek. A tény, hogy nem tudnak a társak többségével azonos szinten teljesíteni, az iskola előtti, alatti, és az állás- és pályakeresés éveiben teljesítményük minden területét áthatja.” (MONTGOMERY, 1990)

A tanulási zavar szakmai kategóriája:

„Tanulási zavarnak tekintjük azt az – intelligencia szint alapján elvárhatónál lényegesen – alacsonyabb tanulási teljesítményt, amely gyakran neurológiai deficit vagy funkciózavar talaján jön létre, sajátos kognitív tünet együttesel. Ezek a részképesség zavarok alapvetően nehezítik az iskolai tanulás során az olvasás, az írás és/vagy a matematika elsajátítását. A teljesítménykudarok gyakran másodlagos neurotizációhoz vezetnek. A tanulási zavar a legkoraiabb időszakban alakul ki és tünetei felnőtt korban is fellelhetők. Kognitív és tanulási terápiával jól befolyásolható. Társuló tünetként megjelenhet különböző fogyatékoságoknál.” (SARKADY – ZSOLDOS, 1999)

„A tanulási zavarok általános, összefoglaló kifejezés különböző – figyelmi funkciókban, beszédképesség, olvasási, írási és számolási készségek elsajátításában és használatában akadályozó, de nem a képességhiányok hagyományos kategóriába (vakág, sükettség és értelmi fogyatékoság) tartozó – képességdeficitekkel küzdő heterogén csoport megjelölésére. Bár a tanulási zavar más deficitekkel (pl. érzékszervi gyengeség, érzelmi zavarok) vagy negatív környezeti hatásokkal (pl. hátrányos szociokulturális háttér, nem megfelelő oktatás) együtt is jelentkezhet, azoknak nem egyenes következménye.” (YEWCHUK – LUPART, 1993).

Látható tehát, hogy a definíciók igencsak különböznek egymástól. Egy fogalom meghatározásakor nem elegendő, ha csak nagyjából egyeznek, főleg, ha erre építjük fel a rendszer működését. Igazából jogi és költségvetési kategóriára kellene ma is szakmai kategóriát építeni, ami szinte képtelenség, mert csak mellette, azzal párhuzamosan lehetséges. Csakis holisztikus szemlélet alapján állapítható meg diagnózis, mivel a tanulási problémák megjelenése és a háttérben meghúzódó okok egy része változékony, nem pedig merev struktúra.

VI. A tanulási zavar és nehézség diagnosztikai differenciálásának gyakorlati nehézségei

A törvényi, költségvetési és szakmai érvek ütközésének egyik járulékos következménye, hogy előtérbe került a tanulási zavar és tanulási nehézség szakmaiatlan és diagnosztikus megkülönböztetésének erőltetése. Ennek egyik oka a tankerületi és a megyei szakértői bizottságok feladatának átfedése, amely a korábbi értelmezési zavarokat továbbgörgette,

hiszen az OECD alapvetően más szempont szerint alkot kategóriákat. A funkciók átfedéséből származó problémák történeti oka, hogy korábban a nevelési tanácsadó vizsgálata során a tanulási zavar gyanújának felmerülése esetében azonnal küldeni kellett a tanulót a megyei bizottsághoz. A nevelési tanácsadó most már a vizsgálatot teljes mértékben lefolytathatja, de nem diagnosztizálhat. Mivel nincs egységes módszertan, felmerül a kérdés, hogy mi alapján lehet különbséget tenni a két tünet (tanulási zavar és tanulási nehézség) között. Mind a tankerületi, mind a megyei bizottságok nyomás alá kerültek, hogy különbséget tegyenek a két probléma között – látszólag a súlyosság alapján. Ez szakmailag problematikus és nehezen megfogalmazható eljárás, hiszen nem markáns diagnosztikus különbségekről van szó, hanem ellátási kategóriáról, azaz, hogy adott esetben a gyerekek éppen mennyire intenzív fejlesztésre van szükségük. A kategóriaalkotás ebben az esetben „prioritási” alapon kell, hogy működjön, holisztikus szemlélet alapján. Ám ezt a jelenlegi rendszer nem vagy csak nagyon nehézkesen képes értelmezni. Ugyanis a jogi és költségvetési hangsúlyú rendszer legfontosabb kérdése, hogy a tanulási nehézség nem számít két főnek.

Ha a szakmai szempontokat tekintjük, akkor tanulási nehézség és a tanulási zavar a legtöbb esetben két megjelenési formája ugyanannak a problémának, mely metaforikusan úgy jellemezhető, mint a köd és a felhő. A felhő a tanulási nehézség, mely a gyerek teljesítménye felett lebeg, a köd pedig, ami már képtelenné teszi a távolra látást, de semmiképpen sem merev módon elkülöníthető „súlyosabb vagy enyhébb” forma. A jogalkotás ezt a nézetet erőlteti, és ez nehezíti a gyakorlatot. Hiszen erőteljesen a finanszírozás felől közelít, nem pedig a hátrány csökkentésének legjobb módszere felől, ahogy azt az OECD rendszerében láthattuk. Ennek megfelelően sem a szakmai terminológia, sem a jogi kategória nem került harmonizálásra, ami pedig elengedhetetlen lenne. Ráadásul a tanulási nehézség nem minősül sajátos nevelési igénynek, ami tovább rontja a helyzetet. A hazai rendszer egyszerre akar jogi, költségvetési, statisztikai és szakmai szempontokat egy kategóriába gyűrti. Ennek pedig hátulütője, hogy mivel mindegyik más szempontból közelít a probléma felé, sohasem lehet egységes. Emellett pillanatnyilag is hiányzik egy egységes diagnosztikai rendszer, egységes, országos érvényű diagnosztikai protokoll a sajátos nevelési igény meghatározására és elkülönítésére. Ez fejeződik ki abban, hogy a sajátos nevelési igény diagnosztizálásának megjelenési arányai között Magyarországon nagy szóródás tapasztalható. Emiatt számos eljárás is indul és továbbiak indulása várható, amit adott esetben az országos átlagot jelentősen meghaladó, feltételezett „túldiagnosztizálás” vált ki. Jelenleg azonban – a legtöbb megyében bevált és alkalmazható modell és a főbb differenciáldiagnosztikai szempont – az a 3-as kritérium, mely szerint a szakorvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai vizsgálatokban is tüneteket, pozitívumokat kell felfedezni. Ennek megfelelően szükséges a fogyatékoság etiológiai hátterének tisztázása, szükséges, hogy igazolható legyen a zavarok korai kezdete és feltétlenül szükséges a nem pedagógiai vagy művelődési esélyegyenlőtlenségből származó sikertelenség kizárása. Ez már sokkal inkább kompatibilis az OECD szemléletével, mint a korábbi rendszer, annak ellenére, hogy az egységesítés még várat magára.

VII. A gyakorlathoz köthető tapasztalatok összefoglalása

Tekintve a probléma sokrétűségét, indokolt, hogy ismételt és rendszerezve összegezzük azokat a problémákat, melyek továbbra is megoldatlanok és a diagnosztikát végző szakemberek munkáját nehezítik. Legfontosabb és nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy nincs egységesen bevezetett vizsgálati eljárás, mely szavatolná, hogy minden szakértői bizottságban ugyanon az úton kapják meg a vizsgálati eredményeket. Ez a fő oka annak, hogy egyes megyékben például a diszlexia megjelenési arányai milyen kiugróak, hiszen

tudományosan kevésbé védhető tény, hogy akár két szomszédos megyében ekkora szórást lenne adott tanulási zavar előfordulásában. Egyszerűen a tanítási gyakorlat vagy az eltérő szociális háttér sem okozhat ilyesfajta szórást. Ennek hátterében az eltérő diagnosztizálási gyakorlat áll vagy sokkal inkább az eltérő szakmai vélekedés arról, hogy mi is a különbség adott zavarok morfológiája között. Ha egy adott szakember másképpen tekint arra, hogy mi minősül zavarnak vagy nehézségnek, mint egy másik megyében dolgozó és ebben nincs egységes, országos konszenzus, akkor nem elvárható, hogy ugyanolyan eredményekre jussanak. Ezt nehezíti, hogy már a korábbiakban említett módon van, aki súlyosság szerint különbözteti meg, van aki költségvetési kategóriaként tekint rá, megint mások a fogyatékoság, nem fogyatékoság szűrőjén nézik és ki tudja, hogy még milyen és hány egyéni nézőpont tarkítja a képet.

Számtalan esetben előfordult korábban, hogy egyes szakértői bizottságok a tanulási zavar diagnosztizát például IQ határhoz kötötték, azaz bizonyos érték alatt kaphatott csak valaki tanulási zavarról szóló szakértői véleményt mert hogy azt súlyosabb „tünet együttesként” értelmezték. Felmerül a kérdés, hogy akkor miképpen érvényesülnek a gyógypedagógus észrevételei? Számos esetben, főleg a figyelemzavaros gyerekek vizsgálatakor előfordul, hogy egy akár átlagnál is jobb intellektuális teljesítményhez logikus módon szerényebb iskolai teljesítmény párosul. . Akkor vajon ilyen esetben csak nehézség állapítható meg, mely egészen más fejlesztési óraszámot és módszert jelenthet? Számos ilyen kérdés felmerül még a vizsgálaton, mely a gyerek és a szülő életét döntően befolyásolja és ilyenkor a döntés a szülővel való konszenzus és a vizsgálatot végző szakemberek párbeszédén és tapasztalatán múlik szinte kizárólag. Kérdés, hogy ha nem áll fel ez a fajta kedvező együttműködés bármi okból is, akkor képes-e a rendszer azt elviselni? Vajon kívánatos lenne-e egy erősebb szabályzó mechanizmus, mely ugyan szűkíti ezt a szabadságot, de valahogy mégis keretet és segítséget ad a diagnosztikus munkának?

Ellentmondásos módon a gyógypedagógia azonban nem rendelkezik olyan központilag elfogadott eszközökkel és tesztekkel, mint a pszichológiai a WISC-IV teszt esetében, mely egyértelműen számosítja a teljesítményt (a WISC-IV is 4-5 terület faktoranalízisére támaszkodik!). Ám komoly szakmai kérdés, hogy lehet-e egyáltalán ilyen eszközt alkotni, illetve, hogy szükség van-e rá, ha már a pszichológus egzakt módon, teszteredményekkel tudja alátámasztani a gyógypedagógus tapasztalatait. Ha belegondolunk, nem várhatjuk el, hogy olyan teszt kerüljön bevezetésre, mely élesen meghúzza a határokat kimondja azt, hogy „20 pont alatt diszlexia – 21 ponttól csak olvasás nehézség”. Érezhető, hogy ilyen teszt nem hozható létre és ezért szükséges az a gyakorlat, hogy a pszichológus, orvos, gyógypedagógus, szülő és a gyermeket tanító pedagógus csapatban dolgozva összesítse a tapasztalatait és egy holisztikus vizsgálat után, több lencsén keresztül vizsgálva mondja ki a tanulási zavart vagy nehézséget.

Ma a szakembereket magukra hagyták abból a szempontból, hogy akkor mit is értsenek a zavar és a nehézség közti különbségen. Emellett a hazai gyakorlatban nem feltétlenül kedvező, hogy élesen meghúzzák az értelmi fogyatékoság diagnosztizához tartozó IQ határokat, de talán könnyíti a diagnosztizálást, azonban nem feltétlenül segíti az érintett gyerek iskolai nevelését, inklúzióját. Ráadásul, mint említettem a tanulási zavar és nehézség nem egy végleges állapot, hanem az idő múlásával progrediáló folyamat. A diagnosztizálás célja a folyamat feltárása, megfordítása, a kialakult hiányok csökkentése, kompenzálása. Ráadásul a most érvényben lévő protokoll is már erre utal, hogy a szakértői vélemény megfogalmazásakor ne „hiánylistát” adjanak a szakemberek a gyerekről (habár ez a korábbiakban is megvalósult).

Az egységes protokoll tehát azért szükséges, hogy azonos utat járjon végig a szakember és a vizsgált gyerek, így csökkentve a diagnosztikus szórást. Emellett azonban biztosítani kellene „ajánlott”, „erősen ajánlott” és „választható” vizsgálati gyógypedagógiai eszközö-

ket és eljárásokat a gyógypedagógusok számára, hogy legyen egy közös értelmezési tartomány. Ami azonban ennél is szükségesebb, az az lenne, ha megfogalmaznának központilag egy ajánlást, hogy milyen ismérvek alapján sorolható egy tanuló egyik vagy másik csoportba. Mindebbe bevonva a lehető legtöbb érintett felet. Akár deduktív módon is közelíthetne a szabályzó, azaz, hogy milyen esetekben nem sorolható egy adott csoportba. Ez jelenleg talán a legnagyobb nehézsége a diagnózis alkotásának, a tanulási nehézség és tanulási zavar elkülönítésének, hogy az így vagy úgy kapott eredményeket miképpen értelmezzék a szakemberek. Természetesen cél lehet, hogy az eredményeket is minél inkább hasonlatos úton kapják a szakemberek, de ennek egységesítése azért nem lehetséges mert az iskolai képességeket külön-külön is számtalan tényező befolyásolja, így főként inkább az „erősen ajánlott” megfogalmazás lehet célravezető, hogy a vizsgáló szakembernek is legyen mozgáster, ha esetleg valamilyen körülménynél fogva, egyik vagy másik eljárást nem tudja alkalmazni.

Érdekes módon a rendszerben még meglévő tapasztalt, de nem sokkal a nyugdíjazás előtt álló, diagnosztikát végző kolléga képes ennek ellenére is jól működtetni önszabályozó módon a rendszert. Érdemes lenne ezt a potenciált kihasználni és a törvények tervezésekor beépíteni a folyamatba, hogy a szakma, a jogalkotás, a költségvetés is harmonizációba kerüljön és segítse egyik rendszer a másik működését.

VIII. Következtetések

Korábban már megjelentek azzal kapcsolatos kritikák, hogy mi is okozza a legkomolyabb problémát a magyar rendszerben, de ezek a felvetések rövid, összefoglaló jelleggel bírtak és talán kevésbé a gyakorlatban dolgozó, diagnosztikát végző szakemberek perspektívájából íródtak, habár nagyon jól körvonalazták a nehézségeket. Csányi Yvonne 2012-es tanulmányában kiváló szakértelemmel felsorolja azokat a faktorokat, melyek köré a problémák szervezhetőek és ezek ismételt áttekintése a már említett gyakorlat felőli oldalról, az aktuális helyzetet elemezve, talán hozhat újat. Érdemes ugyanis arra időt szentelni, hogy ismételten megnézzük, mi változott azóta, az elmúlt három évben, illetve érdemes új szemszögből is közelíteni itt az összefoglalásban, hiszen jól summázza a mondanivalóját jelen tanulmánynak.

Elsőként a formális integrációt említi meg Csányi, mely végletesen leegyszerűsítve annyit jelent, hogy gyakorlatilag csak a bürokrácia szintjén történik integráció, azaz „papíron” minden ellátás megtörtént és annak minden feltétele adott. Ám mivel hatástanulmány és szakmai ellenőrzés nincs a rendszerben, sajnos az már vitatható, hogy ez a valóságban tényleg így van-e. Bár vannak pozitív változások, sajnos 2012 óta ez a sajátosság továbbra is súlyos teherként nehezedik a hazai rendszer vállára. Ennek a problémának a háttérben a korábbiakban kifejtett zavaró tényező áll, azaz a törvényalkotás a szakmai elvek háttérbe szorításával, a költségvetési oldalt erősítve közelíti a forrásfelhasználáshoz és az ellenőrzések során, semmilyen gyakorlati és szakmai ellenőrzést nem rendel a működéshez. Másképpen fogalmazva, azt hogy miképpen zajlik a foglalkozás, amiért a támogatást a biztosító intézmény kapja vagy hogy egyáltalán tényleg lezajlott-e, senki nem ellenőrzi a valóságban. Az ellenőrzés minden esetben a papíron vezetett fejlesztési órák és az ezekre az órákra kifizetett összegek mérlegének összevetését jelenti csak.

A második kitévelt Erőstől (2008) kölcsönzi, mely az „ál-SNI” megnevezéssel definiálható. Ezek szerint előfordul, hogy valakit hátrányos szociális helyzete miatt sorolnak enyhe értelmi fogyatékos kategóriába. Ezzel azonban a gyakorlati oldal felől mindenképpen vitatkozni érdemes, ugyanis aki a gyakorlatban találkozik ezzel a felvetéssel, az jól tudja, hogy a diagnosztikára kötelezően felhasználandó WISC-IV teszt lényege pont a kultúra

függetlenség. A teszt standardizálása során ez a cél volt az elsődleges. Így már magában ez a teszt is komplex, ugyanis a tesztet faktoranalízis segítségével alakították ki és az általános intelligenciát egy négy vagy ötfaktoros modell alapján írja le (VETRÓ, 2008). A teszt kézikönyvében erről részletesen lehet olvasni is. Valamint az ilyen fajta tévedés lehetőségét az a tény is minimalizálja, hogy több szakember, köztük szakorvos és gyógypedagógus együttes javaslata esetén kerül diagnózis kimondásra. Valamint léteznek a felülvizsgálatok olyan rendszere, mely átjárást biztosít a diagnózisok között, ezért az ilyenfajta félrediaosztizálások száma olyan alacsony, hogy lehetősége inkább már csak teoretikus és ezáltal a rendszer működését semmiképpen sem befolyásolhatja. Ezt bizonyítja, hogy az „Utolsó Padból Program” eredménye is. A baranyai gyakorlatot tekintve, több száz vizsgálatra bontva alig volt vitatható eset, melyek esetében aztán végül a szülők kérvényezték az eredeti döntésnek megfelelően gyermekének visszahelyezését az eltérő tantervű általános iskolába. Baranya megye esetében látható tehát, hogy nem volt hibás a gyakorlat. Az „Utolsó Padból Program – kutatási összefoglaló” sajnos azóta már nem elérhető a Nemzeti Erőforrás Minisztérium honlapján. Tehát az elmondható, hogy az alkalmazott gyakorlat, mely szerint a komplex szakértői vélemény kerül kiállításra, azaz több szakember egybehangzó döntése után lehet valaki csak sajátos nevelési igényű, valamint az a tény, hogy standardizált, kipróbált és bizonyítottan kultúra független pszichológiai teszt kerül felhasználásra, mind arra utal, hogy kizárja azt a zavaró tényezőt, melyet a kedvezőtlen társadalmi helyzet okozna.

Ami már sokkal gyakorlatiasabb kérdés, hogy Csányi megemlíti az SNI, BTMN minősítésének elhatárolási nehézségeire, ám nem részletezi azt, hiszen összegzést akar adni. Gyakorlatilag jelen tanulmány is ennek apropóján született, hogy feltáruljanak azok a nehézségek, mely a valóságban ténylegesen befolyásolják a munkát és a háttérben végig meghúzódnak. Talán mindez sikerült felfedni a korábbi oldalakon.

Ezentúl megemlíti még a diagnózisok irreális szórását is, ahogyan azt ez a tanulmány is tesz. Itt arra kell gondolni, hogy például volt olyan megye, ahol a megállapított diszlexiások aránya háromszorosa volt az országos átlagnak. Ez azóta is problémája a hazai rendszer működésének, ahogy az a felvetés is, hogy a helyi sajátosságoknak megfelelően, adott iskolák pedagógusai „SNI diagnózist rendeltek”, hogy az adott intézmény a plusz normatíva elnyerésével fennmaradhasson. Ez a magyar gyógypedagógiai rendszer működésének egy kísérlete, mely régóta ott lebeg a rendszer felett. Mint utaltam rá, van egy cél és terv, hogy központosítják a vizsgáló eljárásokat és látszik törekvés egy szakmai ellenőrzés létrehozására, de olyan szintű előre lépés azóta sem történt, mely a gyakorlatot jelentősen befolyásolta volna.

Összefoglalva tehát sok a teendő, kívánatos a diagnosztikus, költségvetési, jogi, statisztikai kategóriák átgondolása, összehangolás, ennek tükrében az integráció újragondolása (CSÉPE, 2008). Szükség van tehát átlátható és nyomon követhető finanszírozási rendszer kidolgozására. Egységesített diagnosztikus eljárásra van szükség, mely megszüntetheti adott esetben a „túldiagnosztizálást” és a szakmai bizonytalanságot. Olyan rendszer és protokoll kialakítására van szükség, mely az ellátásra fókuszál és kevésbé a finanszírozásra és a költségcsökkentésre, forráskivonásra. Indokolt lehet, a szakmai kategóriák megtartása és még hangsúlyosabbá tétele. Mindebből eddig elkészült az intézmények munkájának rendszerbe szervezése, az SNI diagnózis kettős rendszerének kialakítása, azaz a kétszintű eljárási modell már kialakult, mely országos protokollokban rögzített. Emellett a korszerű, komplex és egységesített diagnosztikai rendszer kialakítása még folyamatban van. Folytatódik a rendszer szigorodása, habár „adott csoportok kivonása a finanszírozási körből nem oldja meg a kérdést”. Kiépülőben van egy nyomkövető rendszer (INYR), hiszen mind a finanszírozás rendszer-, mind a szakmai munka áttekinthetőbbé tétele javít a rendszer működésén.

Érdemesebb lenne arra koncentrálni, hogy a bármilyen okból leszakadó gyermekek és tanulók mielőbb ellátásban részesülhessenek, és ne kelljen megvárni a diagnózist egyik prob-

léma esetében sem. Szem előtt kell tartani azt is, hogy ameddig a fogyatékoság összekapcsolható az orvosi szempontokkal, addig ez nem egyértelmű a tanulási zavar esetében. A tanulási zavar és nehézség diagnosztikus megkülönböztetése pedig kérdéses, hiszen a tanulási problémák adott formájú megnyilvánulásai is lehetnek, hátterüket tekintve nagyon változatos képet mutathatnak és nem állíthatóak hierarchikus rendszerbe súlyosság szerint.

Hivatkozások

- CSÁNYI Yvonne (2007): Adatok az OECD sajátos nevelési igényű tanulókkal foglalkozó munkabizottságának anyagából, 2002/2003-as tanév. *Új pedagógiai szemle* 57. évf. 11. sz. 81-85.
- CSÁNYI Yvonne (2013): Integráció/inklúzió és a szakvéleményezés összefüggései. *Gyógynevelési szemle* 2013 – XLI. évfolyam 165-173.
- CSÉPE V. (2007): Az SNI sajátos helyzete Magyarországon – referátum az Oktatási és Gyermekesély kerekasztal számára, Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó – Kulturális Szemle 2008.05.14 http://fppti.hu/szakteruletek/sajatos/hasznos/csepe_sni_ref.pdf [2015.03.22.]
- FAZEKAS K., KÖLLŐ J., VARGA J., (2008): *Zöld könyv – A magyar közoktatás megújításáért*, Ecostat Kormányzati Gazdaság- és Társadalomstratégiai Kutató Intézet, Budapest
- MARCELLA, D. (2012): Children with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages (SENDDD). *EU/OECD countries in compulsory education: Statistics and Indicators* https://www.ucl.ac.uk/lc-ccr/seminars/resources/Deluca_Futures_seminar_29_Nov_2012.pdf [2015. 02.19.]
- MOHAI Katalin (2009): A diagnosztika szerepe a sikeres fejlesztésben – tanulmány a „Kompetencia mindenkinek” nemzetközi konferencián elhangzott szekcióelőadás kibővített változatából. *Gyógynevelési szemle* 2009/5 http://www.prae.hu/prae/gyosze.php?menu_id=102&jid=30&jaid=430 [2015.03.22.]
- MONTGOMERY, D. (1990): *Children with Learning Difficulties*. Nichols Publishing, Cassel.
- Oktatási adatok, 2013/2014 In: STATISZTIKAI TÜKÖR 2014/39 KSH
- PORKOLÁBNÉ Balogh K. – S. GERENCSIK Eszter (1989): *Pedagógia-pszichológia*, Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest 126.
- SARKADY K. – ZSOLDOS M. (1999): *Szűrőeljárás óvodáskorban a tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára*, ELTE Bárczi Gusztáv Gyógynevelési Főiskolai Kar, Budapest, (10.)
- Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages Policies, Statistics and Indicators: Policies, Statistics and Indicators (2007) OECD
- YEWCHUK, C. – LUPART, J. L. (1993): Gifted Handicapped: A Desultory Duality. In: (Eds.) Heller, Mönks & Passow: *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent*. Pergamon, Oxford. 709-726.