

Változásban a pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztika

Lányiné Engelmayer Ágnes*

*A tanulmány áttekinti a különböző megközelítésű diagnosztikai modelleket, elsősorban a neveléstudományi, gyógypedagógiai alkalmazás területén. Kiindul a medicinális gyökerű, klasszifikáló, kategorizáló diagnosztikus rendszerekből. Meghatározza a differenciál- és szindróma-diagnózist és bemutatja a BNO és a DSM legújabb változatait. Ezek használatának ellenérvei között az inkluzív nevelés során előtérbe kerülő szükségletorientált állapotmegismerést ismerteti. A mérés igényének megjelenése hozza létre a pszichodiagnosztikát és a tesztpszi-
chológiát. Az expanzív fejlődés után lehetőség van az alkalmazás egyoldalúságainak áttekintésére. Új szemléleti elem a diagnosztizálás helyett az assessment kifejezés használata. A klasszikus gyógypedagógiai pszichológiai állapotmegismerés komplex rendszerben jár el, vizsgálati körébe vonva a gyermek szociális életterének és tapasztalatainak tényezőit is A jelenleg kialakítás alatt álló protokollok a szakszolgálati tevékenységek minőségének emelését és az egységesítést szolgálják.*

Kulcsszavak: kategorizáló diagnosztika, pszichodiagnosztika, komplex állapotmegismerés, protokollok

A diagnosztikus gondolkodás gyökerei és fejlődése az orvostudományban

A gyógyítás gyakorlata és az adott kor tudományos ismereteitől függő elmélete mindig kiindulópontnak tekintette a gyógyítandó egyén állapotának megismerését, valamint az elért változások megfigyelését a terápiás és ezzel összefüggésben a gyógyulási folyamatban. A tudománytörténetben korai felismerés tehát az, hogy eredményes gyógyítás csak úgy lehetséges, ha pontosan ismerjük az induló állapotot. Így már az ókori orvoslás szótárában megjelenik a *diagnósis* szakkifejezés. Ez a görög eredetű szó „átfogó ismeret”-et jelent. A medicina területén a betegség, kóros állapot felismerése, megismerése, meghatározása értelmében lett általánosan elfogadott. A későbbi magyar átültetésben a diagnózis a *kórisme* kifejezéssel lett egyenértékű. Az ókor nagyhatású orvosai (*Hippokratész*, Alexandria és Róma orvosai, *Galenosz*) és orvosi iskoláik szembefordultak a mágikus gondolkodással összefüggő kuruzslással és a megfigyelhető tényekre, adatokra épülő diagnózist a gyógyítási folyamat kiindulópontjának tekintették (*Benedek*, 1972).

A középkori hanyatlás után a reneszánsz és a felvilágosodás korában óriásit fejlődött az orvostudomány. Az emberi test boncolásából nyert ismeretek, a természettudományos gondolkodás és szakismeretek bővülése vezet el a modern kor orvoslásához, ahol a diagnosztika maga önálló diszciplínává válik (*Füredi, Németh és Tariska*, 2009). *A diagnosztika azon ismeretek, módszerek, eszközök összessége, melyek a diagnosztizálás során alkalmazásra kerülnek. A diagnosztizálás az a folyamat, mely elvezet a diagnózishoz. Magában foglalja a betegség, a kóros állapot felismerésének módszertanát, a diagnózishoz vezető út eszközeit, körülményeit és meghatározza a diagnózis különböző típusait. Hosszú évtizedeken keresztül öröklődött az a diagnosztikai felosztás, mely megkülönbözteti:*

1. az etiológiai, vagyis a keletkezés okára utaló
2. a patogenetikai, az állapot kialakulását figyelő
3. az anatómiai, kórbonctani, az elváltozás helyét meghatározó
4. a szimptomatológiai, vagyis a tüneteket számba vevő

* ELTE, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet. Címzetes egyetemi tanár, lanyi.engelmayer@gmail.com

5. a funkcionális, az okozott működési zavarokra koncentráló
6. a stádiumot, az előrehaladottság mértékét alapul vevő
7. a prognosztikai, a kimenetel esélyeit mérlegelő diagnózis fajtákat

A diagnosztika fejlődése magával hozta *diagnosztikus kategóriák* megalkotását. *A diagnosztikus kategóriák azonos esetek tanulmányozásából levont kritériumrendszerek, tünetlisták alapján szakmai (nemzetközi) közmegegyezéssel kialakított besorolási lehetőséget jelentenek.* Így jöttek létre a 20. században és öröklődtek a 21. századra is bizonyos diagnosztikus kézikönyvek a különböző homogén betegcsoportokra vonatkozóan (*Dux és Juhász, 2000; Petrányi, 2010*).

A 20. század második felében a nemzetközi tudományos kommunikáció bővülésével és az ENSZ szakosított szervezetének a WHO-nak, az Egészségügyi Világszervezetnek, valamint – a témánk szempontjából fontos orvosi társaságnak – az Amerikai Pszichiátriai Szövetségnek (APA, American Psychiatric Association) a kezdeményezésére jöttek létre nagy diagnosztikus adattárak. Az *International Classification of Diseases (ICD)*, magyarul a *Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO)* mindenfajta betegségcsoport diagnosztikus kódrendszerét tartalmazza. Egyúttal diagnosztikus útmutatóként is szolgál, és klinikai leírásokat tartalmaz. Ezt a fajta csoportosítást és szisztematikus betegségleírást nevezzük *nozológiai diagnosztikának*. Jelenleg a BNO-nak már a tizedik átdolgozott változata van hazánkban 1995 óta használatban. A WHO nagy nemzetközi kutatócsoportot mozgósítva dolgozik az ICD-11. verziójának kimunkálásán, melynek bevezetését 2017-re tervezik. Ez lesz a magyar BNO-11. alapja (WHO 1992–94.; BNO-10. 1994.; BNO-10. 1995.).

Az APA által kidolgozott DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve*) IV. változatát használják ma a klinikusok, de az 5. átdolgozás is megjelent már az USA-ban (DSM-5., 2013). A DSM elsősorban olyan diagnosztikus útmutató, mely a mentális és viselkedészavarok osztályozását, az egyes betegségek, kórképek, rendellenességek klinikai leírását és differenciáldiagnosztikáját tartalmazza (DSM-IV. 1995; DSM-IV, 2002.). Magyarországon a DSM-5. teljes diagnosztikus kézikönyve még nem jelent meg, csak egy referencia kézikönyv látott napvilágot, mely a diagnosztikus kritériumok használatához ad segítséget (DSM-5., 2013). A használatra történő átállás elősegítése érdekében mindenütt feltünteteti az új kódok mellett a régi BNO kategóriákat is. Szintén lefordításra került egy olyan zsebkönyv, amely térképként és gyakorlati útmutatóként szolgál a DSM-5.-ben szereplő diagnosztikus interjúkhoz. E zsebkönyv azonban nem helyettesíti magát a DSM-5.-t, sem a témával kapcsolatos tankönyveket (*Nussbaum, 2013*). Az ICD-11. és a DSM-5. figyelembe veszi az elmúlt 20 évben az orvostudományban, a DSM esetében – elsősorban az idegtudományokban – született új ismereteket és a nozológiai leírást meghaladva az etio-patogenezist és a terápiás konzekvenciákat is magában foglalja, tehát multidimenzionális megközelítést alkalmaz (*Möller, 2009*). „A DSM-5. a zavar súlyosságának felmérésével, a BNO-rendszerhez való igazodással és az idegtudományok legújabb vívmányainak alkalmazásával javítja a pszichiátriai diagnózisok pontosságát” (*Nussbaum, 2013. 13.*).

Ezekkel az adattárakkal párhuzamosan először 1980-ban a sérülések, fogyatékoságok, akadályozottságok nemzetközi osztályozásának a WHO által kidolgozott diagnosztikus kézikönyve is elkészült (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*) (WHO, 1980). 2001-ben jelentős, szemléletében új elemeket tartalmazó átdolgozása jelent meg (WHO, 2001.). A legutolsó, gyökeresen más szemléletű átdolgozás *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása, FNO* (Egészségügyi Világszervezet, 2004), ICF' (WHO, 2001). Az FNO is a WHO által kidolgozott nemzetközi klasszifikációs rendszerek egyik tagja. Értelmezési kerete annyiban is új, hogy nem betegségként határozza meg a fogyatékoságokat és nem besoro-

1. International Classification of Functioning, Disability and Health.

lási diagnosztikus kódrendszert jelent. A diagnosztikus kategóriába sorolás gyakorlata és bizonyos esetekben az egészségpolitika által történő kötelező előírása a következő okok miatt alakult ki:

1. *egészségügyi statisztikai adatok gyűjtése érdekében.* Minden ország számára fontos, hogy pontos adatai legyenek a megbetegedések számbeli előfordulásáról (morbidity statisztika), valamint a halálozások betegségcsoportok szerinti alakulásáról (mortality statisztika). Ezeknek az adatoknak a birtokában monitorizálni lehet az adott ország epidemiológiai helyzetét, mindez pedig segíti a megelőzést, az ellátórendszer tervezését, vagyis az egészségpolitikai döntéseket.
2. *a diagnosztikus kategóriákhoz rendelt finansziális támogatások érdekében.* A társadalombiztosítás által támogatott, befogadott betegségekhez kapcsolódó anyagi juttatások (a diagnosztizálás és a különböző kezelések költségei) megítéléséhez egyértelmű betegség-definícióra van szükség.
3. *a terápiás szolgáltatásokhoz, az ellátórendszerhez vezető út biztosításához* a kiinduló egységes diagnózis ad lehetőséget
4. *az egyes országok egészségügyi helyzetének nemzetközi összehasonlítása érdekében.* Az Egészségügyi Világszervezet így tud világméretű szervező munkát tervezni, az elmaradó országokban a fejlesztést ösztönözni és nemzetközi egészségpolitikai célokat kitűzni.
5. *a tudományos kutatómunka nemzetközi színterein a kölcsönös megértés elősegítése érdekében.* A tudományos kutatás és az eredmények publikálása is *egységes fogalomhasználatot és szakmai nyelvhasználatot* követel, melyet ezek a klasszifikációs rendszerek biztosítanak.
6. *a klinikusok munkájában a korszerű diagnosztikus kategóriák használatának elősegítése érdekében.*

A *differenciáldiagnosztika* nélkülözhetetlen a kategóriába soroláshoz. Ennek folyamán olyan diagnózis születik, mely számba veszi azokat a jellemző tüneteket, okokat, diagnosztikus vizsgálati eredményeket, melyek megléte kizárja egy másik diagnosztikus kategória alkalmazását. *A differenciáldiagnózis tehát hasonló állapotok – bizonyos jellemzők mentén történő – markáns elkülönítése alapján születik meg.* A kategorizálás és a differenciáldiagnosztika legkitüntetettebb területe a szindromatológia, vagyis az egyes kórképekbe, szindrómákba történő besorolás. A *szindróma* görög eredetű szó, mely törvényszerűen összetartozó tünetek és okok együttesét jelenti. A *szindromatológia* egy a fenotípusos jegyek elemzésén és molekuláris citogenetikai vizsgálatokon alapuló diagnosztikus módszer és tudományos diszciplína, amely a látszólag különálló tünetek közül azonosítja azokat, amelyek valójában közös etiológiát jelölnek, és amelyek alapján a diagnózis körvonalazható, a differenciáldiagnosztikai spektrum szűkíthető (*Semanova, 2002, idézi Szakszon, 2013*). A szindróma-diagnosztika szoros együttműködést igényel a genetikával, mivel a szindrómák nagy része genetikai eredetű. Ma már sok száz elkülöníthető szindróma ismert, melyek pontos identifikációja terápia releváns (*Kiss, Mücke és Osztovcics, 2000*).

Az eddig vázlatosan bemutatott diagnosztika az eltérő szemléletű diagnosztikai modellek közül a *klasszikus orvosi/medicinális gyökerű, kategorizáló diagnosztikus modell*, melyet szokás *orvosi-klinikai modellnek* is nevezni.

A klasszikus orvosi/medicinális gyökerű, kategorizáló diagnosztikus modell

Ebben a rendszerben a megállapítandó, diagnosztizálandó baj, rendellenesség, kóros állapot az egyén tulajdonsága. A létrehozó okokat, a kóros mechanizmusok gyökereit tehát az egyénben kell keresni. Bár az orvosi gondolkodásban és így a diagnosztikában is hosszú évtizedeken keresztül főleg a természettudományos megközelítés érvényesült, a 20. században egyre erőteljesebben kap hangsúlyt a társadalomtudományi, pszichológiai, szociológiai paradigma is, e szakmák közeledése és integrációja következtében (*Kullmann és Kun, 2004*). Ma

már az orvosok többsége számára evidencia, hogy nem betegségeket és beteg szerveket vagy szervrendszereket kell diagnosztizálni és gyógyítani, hanem magát a beteg embert. Ahogy fejlődik a tudomány és bővül a diagnosztika eszköztára (széleskörű laboratóriumi vizsgálatok, tökéletesedő képalkotó eljárások) úgy egyre több figyelem fordul a vizsgálat körülményei és a diagnosztizáló személy ismeretei, tudása felé. Felismerik ugyanis, hogy ezek a szubjektív körülmények a diagnózis objektivitását befolyásolhatják. A diagnosztikus tévedések elemzése is segíti ezek csökkentését.

Kategorizáló diagnosztika a neveléstudomány, a pszichológia és a gyógypedagógia gyakorlatában

Nem csak az egészségügyben használatos a BNO és a DSM, hanem ez a kategorizáló gyakorlat és szemléletmód a pszichológiára és a neveléstudományra, azon belül a gyógypedagógiára is hatással volt (Mesterházi, 2006). A klasszifikáció és a diagnózis összefüggéseinek problematikáját a pszichológiai gyakorlatban már igen korán jól összefoglalja és kritizálja is Eysenck (1960) az *Abnormális pszichológia kézikönyve* című jól ismert művében. Napjainkban a köznevelés területén a különleges bánásmód keretében juttatott, egyénileg megítélt többléttámogatások is diagnosztikus kategóriákhoz rendelődnek. Az 1993. évi közoktatási és a ma érvényes köznevelési törvény is nevesíti azokat az állapotokat, diagnosztikus kategóriákat, amelyek megbízható megállapítása lesz a jogosultság megszerzésének alapja. Volt olyan időszak is, amikor a juttatásokat mérlegelő és megítélő szakértői bizottságok számára kötelező volt a szakértői véleményben a BNO kód feltüntetése. Maga a BNO eredeti szövege is hangsúlyozza az alkalmazás feltételei között, hogy nem csak orvosok használhatják eredményesen, hanem pszichológus, tanácsadó szakember, szociális munkás, egészségügyi manager, rehabilitációs terapeuta is (ez utóbbi kategóriába sorolhatjuk a gyógypedagógust is).

A gyógypedagógia területén alkalmazott gyakorlatban nagyon mélyen gyökerezően élt és hagyományozódott tovább ez a kategorizáló, klasszifikáló diagnosztika. Nem csak a többléttámogatások biztosítása miatt, hanem azért is, mert a gyógypedagógiai nevelés alapp princípiuma volt, hogy a fogyatékos állapot pontos meghatározása, a súlyosság azonosítása fontos az alkalmazott nevelési, oktatási módszerek és a gyógypedagógiai iskolatípus megválasztása érdekében. A 20. század második felében érvényesülő új tendencia az integrált oktatás és a befogadó, inkluzív iskolai gyakorlat terjedése gyökeresen más igényekkel lépett fel a fogyatékos gyermekek állapotának megítélésében. A sérült, fogyatékos, akadályozott diagnosztikus kategória helyett az került előtérbe, hogy a gyermeknek milyen nevelési, oktatási szükségletei vannak, amelyek megállapítása és biztosítása lehetővé teszi az eredményes együttnevelést. Ezeknek a nemzetközi szinten érvényre jutó, az UNESCO állásfoglalásokban, az OECD és különböző szakmai szervezetek ajánlásaiban lefektetett követelményeknek a hatására hazánkban is 2003 óta a közoktatási törvénybe a „fogyatékos gyermek, tanuló” helyett a „sajátos nevelési igényű (SNI) gyermek, tanuló” került és ezt vette át a köznevelési törvény is (Csányi és Zsoldos, 2003; Csányi, 2013).² Ugyanakkor az SNI gyűjtőfogalom magyarázatában a köznevelési törvény szövege megtartja a kategorizáló diagnosztikus fogalmakat, amikor így fogalmaz: „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 magatartás-szabályozási zavarral) küzd” (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről). A szakértői bizottságnak, rendeletben meghatározott vizsgálati eljárásban kell tehát diagnosztizálnia és szakértői véleménybe foglalnia a fogyatékoság típusát, ami egyértelműen a kategorizáló, klasszifikáló diagnosztika öröksége (15/2013. (II.26.) EMMI ren-

2. Nem foglalkozunk az integráció, inklúzió közoktatás-politikai, neveléstudományi szakirodalmával – ennek jól hozzáférhető anyaga közismert – csak a diagnosztika-releváns témákat emeljük ki.

delet a szakszolgálati intézmények működéséről). A fogyatékoságnak és annak súlyosságának megállapításán vagy kizárásán túlmenően a szakértői véleménynek természetesen tartalmaznia kell a nevelési, oktatási, fejlesztési tennivalókat és az iskolaválasztást is, de ezek a javaslatok nem azonos súlyúak a diagnosztikus megállapításokkal.

A kategorizáló diagnosztika használatának ellenérvei.³ A nevelési, oktatási, fejlesztési szükségletekre koncentráló szemléletmód és ennek diagnosztikus következményei

Az európai uniós gyakorlatban a nevelési oktatási igények meghatározásának előtérbe kerülése egyúttal a kategorizáló diagnosztikával való gyökeres szakítást jelenti. Említhetjük a brit vagy a német gyakorlatot, ahol a szakértői véleményekben már nem jelenik meg a fogyatékoság kategóriájának megnevezése, hanem jól definiálva a nevelési tennivalóra utalás. Például értelmi akadályozottság helyett *„intellektuális, kognitív képességterületen fejlesztést igénylő gyermek”* vagy mozgáskorlátozott/ testi fogyatékos gyermek helyett: *„testi és motoros területen fejlesztést igénylő gyermek”*, beszéd fogyatékos helyett: *„a nyelvi- és beszédfejlődésre irányuló terápiás beavatkozást igénylő.”* A gyógypedagógiai szakmák és iskolák nevei is eszerint változtak pl. Németországban (*Verordnung*, 1997). Már a 90-es években beszámolnak arról a szemléletbeli és a gyakorlati praxisban is megmutatózó változásról, amely a klasszifikáló diagnosztika kritikájából indul és az integráció/inklúzió megvalósulásáig vezet (*Eggert*, 1997). Érdemes megemlíteni, hogy ezt a jelentős nézőpontbeli és módszertani átállást pont az a neves szakember, *Eggert* képviseli, aki Németországban a tesztek standardizálásának, adaptálásának és új pszichológiai tesztek kialakításának legfőbb szakértője. A legújabb nemzetközi gyógypedagógiai szaksajtót figyelve alig találkozunk a tanulók beiskolázását megelőző, vagy iskolaváltáshoz kapcsolódó diagnosztikus vizsgálatokat tárgyaló tanulmányokkal. Sokkal inkább az iskolai osztályokban megjelenő heterogenitás pedagógiai kezelésének módszertana került előtérbe. *Nem az egyes gyermek képességeit kell vizsgálni* – hangsúlyozzák egyes szerzők – *hanem a heterogenitás, diverzitás okait kell megérteni és ehhez találni pedagógiai stratégiákat* (*Sturm*, 2013). Előtérbe kerül annak a mérlegelése is, hogy hogyan lehet heterogén közösségekben a mindenkinek egyformán jogosan járó képzési kínálatot igazságosan biztosítani, mégis minden gyermeket egyéni bánásmódban részesíteni (*Bloch*, 2014). Ehhez persze szükséges ismerni az egyes gyermekek nevelési szükségleteit, amelyeket azonban más diagnosztikus eljárásrenddel tárnak fel, mint a kategorizáló vagy a tesztdiagnosztika. A gyermeket iskolai, tanórai környezetben megfigyelve, tanulási motivációját, sikereit és kudarcait elemezve születik meg a szakértői vélemény javaslata az *egyéni fejlesztési terv* lépéseiről, tennivalóiról, a teljesülés kontrollálásának időbeosztásáról (Code of Practice. Special Educational Needs, 2001). Az egyéni fejlesztési tervek mögött ezekben a rendszerekben nem áll noológiai diagnózis.

Tanulságos annak megfigyelése is, hogy, hogyan lett a diagnosztikus gyakorlatban a „sajátos nevelési igény” SNI rövidítéséből diagnosztikus kategória, ami ellentétes az eredeti szándékkal. Rövidítések rendellenes állapotok megnevezésére ismertek voltak a gyakorlatban, például: minimális cerebrális diszfunkció = MCD, beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézség = BTM, pszicho-organikus szindróma = POS. Előfordult, hogy a szülő azal jelentkezett vizsgálatra, hogy: „nekem is van egy POS-os gyermekem, kérem, vizsgálják meg”. Az igényre figyelő megközelítést megismerő szülő ezzel szemben így fogalmazna: „a gyermekemnek szüksége volna figyelemfejlesztő tréningre vagy finommozgásait fejlesztő gyakorlatokra, kérem, adjanak tanácsot”. Az elmúlt időszakban a szakértői bizottságnál készült szakértői véleményekben gyakran jelent meg a diagnózis rovatban az SNI rövidítés, azzal a megjegyzéssel, hogy „a törvény X. paragrafusa értelmében meghatározott többlétszámú

3. A következőkben nem követjük az orvostudományi szálát és az egészségügyi intézményekben folyó pszichológiai diagnosztikát sem, hanem a neveléstudományon belül alkalmazott pszichológiai és gyógypedagógiai diagnosztikára koncentrálunk.

tásra jogosult”. Lemaradt viszont annak elemzése, hogy a gyermeknek milyen egyéni adottságai vannak, hol vannak az erősségei, hogyan lehet motiválni. A fejlesztés számára azonban igen lényegesek ezek az információk. (A törvény is és az SNI definíciója, valamint az ezen a jogcímen járó kedvezmények köre is többször változott 2003 óta. Részletes áttekintést ad minderről *Lányiné Engelmayer Ágnes* és *Kiss László* tanulmánya, 2013.).⁴

Előnyök a diagnosztikus kategóriák használata esetén

Mi indokolhatta a magyar közoktatás-politikai gyakorlatban azt a kettősséget, hogy: a) a fő fogalmi kategória nevében a nevelési tennivalókra, a sajátos nevelési igényre utalás szerepel, viszont b) az elvárt vizsgálati vég-eredmény feltüntetése esetében a diagnosztikus kategóriák alkalmazása jelenik meg? Egyrészt az a) pont esetében a nemzetközi (európai uniós) előírásokhoz és közoktatás-politikai trendekhez történő kötelező alkalmazkodás kényszerítette ezt ki, másrészt a b) pontra vonatkozóan a gyógypedagógiai hagyományokhoz való ragaszkodás is tetten érhető ebben.

Felhozhatunk azonban a hagyományőrzésen kívül más érveket is a diagnosztikus kategóriák alkalmazásának hasznosságáról, például a szindróma diagnózisok használatának esetében. Azt leszögezhetjük, hogy *egy szindróma diagnózisként történő alkalmazása önmagában nem elegendő*. Két Down-szindróma diagnózisú, azonos életkorú gyermek egészen más képességekkel, szociális készségekkel, magatartási jellemzőkkel rendelkezhet. Például: az egyiknek szívfejlődési rendellenessége van és emiatt fizikai kíméletre szorul, emellett hízásra hajlamos, nyugodt, inkább passzív magatartású, intellektuálisan a súlyosabb szinten funkcionál. A másik gyermek pedig inkább nyugtalan, hipermotilis viselkedésű, de igen jó szociális kapcsolatai vannak, és értelmi színvonala meghaladja a Down-szindróma esetében megszokottat. Nyilvánvaló, hogy a két gyermek esetében máshol lesznek a fejlesztés hangsúlyai, tennivalói. Az is felülvizsgálatra szorul, hogy szabad-e mindig kötelezően elvárt szindróma-specifikus jegyeket kapcsolnunk az adott konkrét diagnózishoz? Tudjuk ugyan, hogy a Down-szindrómás gyermekek jelentős része az intellektuális képességzavar mérsékelt súlyosságú kategóriájába sorolódik, de ez a tudás nem jogosít fel arra a feltételezésre, hogy minden Down-szindrómás gyermek ilyen.

Viszont igenis sok mindent elárul a szindróma diagnózis és ennek a gyermekkel kapcsolatos sokoldalú tennivalók meghatározásában is fontos szerepe van. Az egyes képességzavarral, fogyatékossgal együtt járó szindrómákról, azok differenciáldiagnosztikai kritériumairól, a jellemző képességprofilról a tudományos kutatás sok lényeges információt szolgáltatott. Nagyon tanulságosak a Down- és a Williams-szindrómával diagnosztizált gyermekek összehasonlító pszichológiai vizsgálatait, például a nyelvi képességek területén. Míg a Williams-szindrómával diagnosztizált személyek esetében a későbbi életkorban a nyelvi képességek tartoznak az erősségek közé, de maga a nyelvfejlődés atipikus, a beszédértés sokkal gyengébb, mint a kiemelkedően jó színvonalú expresszív beszéd, a beszéd szint és az intelligencia színvonal általában nem esik egybe. Down-szindrómás gyermekeknél ennek éppen a fordítottját lehet megfigyelni a beszédfejlődés és a nyelvi rendszer szerveződése során. A nyelvi funkciókat illetően a receptív nyelvi folyamatok az expresszívokhoz viszonyítva magasabb szintet képviselnek és erősen korrelálnak az intelligencia színvonallal (*Ypsilanti, Gronios, Alevriadou és Tsapkini, 2005*). Ennek ismeretében egyértelműen *szindróma-specifikus fejlesztési koncepciót lehet tervezni és bevezetni*. Az autizmus spektrum zavar diagnózisa is ígér ilyen lehetőséget. Miközben tudjuk, hogy a spektrum különböző szélein elhelyezkedő autista személyek lehetnek értelmi fogyatékosok és intellektuálisan magasan funkcionálók is, de a jellemző „autizmus triász” megléte következetesen azonos struktúrájú, autizmus-specifikus módszertani elemeket tartalmazó terápiás és fejlesztési lépéseket kíván. A szindróma-specifikus fejlesztési koncepciók ismerete

4. Az anyaghoz egyelőre csak az FSZK által szervezett „A rehabilitációt, fejlesztést és tanácsadást megalapozó vizsgálatok és a beavatkozás gyakorlata a pedagógiai munkában” című pedagógus-továbbképzés résztvevői juthatnak hozzá.

nem tekinthető még kielégítőnek a gyógypedagógusok módszertani repertoárjában, amelyben a feladatok kis egységekre bontása és az apró lépésekben történő haladás viszont jól kidolgozott.

Pszichodiagnosztika, mint a pszichológiai eszközökkel történő állapotfelmérés, képességbecslés, személyiségmegismerés

Ellentétben az orvosi diagnosztizálással, a pszichodiagnosztika nem csak bajmegállapítást szolgál. Célja lehet: tehetség-kimutatás, munka-, pálya-, vezetői alkalmasság vizsgálata, átfogó személyiségvizsgálat is.

A pszichológia tudományának 19. századi önállósulása, a filozófiáról történő leválása után a természettudományos ismeretek és módszerek beemelése az elméleti és gyakorlati pszichológiai munkába hozza előtérbe a *mérés iránti igényt*. Nem feladata e tanulmánynak, hogy elemezze a pszichológia e korai korszaka elméletalkotóinak munkáiban az embermegismerésre vonatkozó nézeteket. Több tudományos munkában találunk erre vonatkozó forrásokat (*Reuchlin, 1987; Pléh, 1995; Rózsa, Nagybányai-Nagy és Oláh, 2006; Lányi, 2013; Lányiné Engelmayer, 2013*). Érdemes megemlíteni, hogy elődeink – a nemzetközi és hazai szinten egyaránt – igen sok máig érvényes kiindulópontot fektettek le, miközben természetesen vannak túlhaladott nézetek is. A lelki jelenségek mérése azt az értelmezési dilemmát vetette fel, hogy mivel maguk a szubjektumban lezajló folyamatok sem a megfigyelés, sem a mérés számára nem hozzáférhetőek, releváns viselkedéses megnyilvánulásait kell a vizsgálat tárgyává tenni. „A mentális folyamatokra és a lelki állapotra a közvetlenül megfigyelhető jellemzőkön keresztül tudunk következtetéseket levonni” (*Rózsa, Nagybányai-Nagy és Oláh, 2006. 23.*). Mindez felveti a teljesítmények és a mögöttes képességek viszonyának figyelembevételét a pszichológiai vizsgálatokban. Az első intelligenciatesztek készítői közül a francia *Alfred Binet* is jól látta ezt a problémát. A gyermeki intelligenciát vizsgáló tesztjében igyekezett az intelligenciának „velünk született” komponensét – mely az intelligencia képességoldala – megkülönböztetni a szerzett intelligenciától és a tanult ismeretektől is. Azonban az ilyen szemlélettel létrehozott „nívómegállapítás csak akkor érdekes, ha a nívót létrehozó okoknak az értelmezése kíséri” – hangsúlyozza *Binet* (1916. 132.). Ez a gondolat a mai pszichológiai vizsgálati stratégia számára is fontos és a pszichodiagnosztika elméletében jól kidolgozott.

A tesztpszichológia a 20. század során igen gyors és expanzív fejlődésnek indult és ezzel kialakul a pszichológia rész tudományaként a méréselmélet, vagyis a pszichometria. Pszichometriai tudományos szempontok figyelembevétele nélkül ma már nem lehet sem diagnosztikus, sem kutatási célból vizsgálati eljárásokat létrehozni és azok eredményeit értékelni. „A *pszichometria* az az alkalmazott pszichológiai rész tudomány, mely egyes képességek (szenzomotoros képességek, intelligencia, stb.), kognitív működések (emlékezet, figyelem, mentális reprezentáció), a viselkedés- és személyiségjellemzők pszichológiai eszközökkel történő mérését biztosítja egyéni vagy csoportos helyzetben, az eredményeket számszerű értékekben is kifejezi, ezzel egyének és csoportok teljesítményeinek összehasonlításához normákat képez. Fő kutatási, fejlesztési feladata egyrészt maguknak a pszichológiai mérőeszközöknek a kidolgozása, standardizálása, másrészt a mérés elméletének továbbfejlesztése” (*Lányiné Engelmayer, 2009, 2012. 66.*).

A lelki jelenségek mérését szolgáló tesztek megjelenése a „piacon”, robbanásszerű számbeli gyarapodásuk nemcsak a gyakorlati pszichodiagnosztikai munkát segítette, hanem a tudományos kutatómunkának is feladatot jelentett. Kialakul a tesztek hitelességének és érvényességének kritériumait vizsgáló *tesztelmélet*. Főleg az intelligencia vizsgálata területén beszélhetünk arról, hogy a kezdetben csak egy egyén intelligencia színvonalának megállapítását szolgáló tesztből és használatának tapasztalataiból hogyan alakult ki az általános emberi értelmesség átfogó magyarázó elmélete, az *intelligencia-elmélet*. Igen sok vita kísérte az intelligenciatesztek haszná-

latát és az IQ értelmezését, azt, hogy konstans mutató-e és képes-e előre jelezni a későbbi mentális teljesítménnyel összefüggő beválást, például, az iskolai eredményességet. Ezt a vonalat azonban nem követjük tovább jelen tanulmányban, az intelligencia-elmélet és a tesztelés legfontosabb tudnivalóit, valamint a vitatott kérdések elemzését jól foglalja össze *Neisser, Boodoo, Bouchard, Boykin, Brody, Ceci, Halpern, Loehlin, Perloff, Sternberg és Urbina, (1996)* részletes tanulmánya: Intelligencia – amit tudunk róla és amit nem. Röviden áttekintjük azonban azokat az egyoldalúságokat, néhol hibákat és vitatott gyakorlatot, melyek a tesztek diagnosztikai alkalmazása terén előfordultak:

1. Egyetlen teszt alkalmazásával készítettek diagnosztikus megállapításokat és erre alapítva fontos, az egyén életét befolyásoló döntéseket.
2. Az így készült diagnózist szolgáltatásokból, például az iskolázásból történő kizárásra használták (szelekciós diagnosztikai paradigma).
3. A teszt nem volt jogtiszt, különböző forrásból származó, másolt, utángyártott verziói voltak forgalomban.
4. Az alkalmazott teszt nem volt megfelelően standardizálva vagy normái régi standardizálásból származtak, nem volt revideálva.
5. A tesztet nem annak a képességnek, tulajdonságnak a mérésére használták, mint amire a tesztkészítők szánták.
6. A tesztet egyébként jogosan használó szakember tudása, felkészültsége nem volt kielégítő.
7. A pszichológiai tesztet arra nem kompetens szakember vette fel.
8. A kiértékelés során elsősorban a számbeli mutatókat (a kvócienseket: IQ, FQ, VQ, PQ, összpontszámokat stb.) vették figyelembe, nem történt minőségi értékelés.
9. A teszthasználatot nem ellenőrizte szakmailag kompetens szupervízor (*Lányiné Engelmayer, 1989*).

A hazai teszthasználatot, a tesztfejlesztést és a tesztelméletet nagyban hátráltatta a szocializmus éveiben az a politikai indíttatású kritika és tiltás, amely a teszteseteket népellenes eszköznek, burzsoá csökevénynek minősítette. Maga a pszichológusképzés is szünetelt egy ideig, majd pszichológusok generációi nőttek fel tesztelméleti, pszichometriai tudás nélkül. Így részben érthető, hogy a felsorolt hibák közül szinte mindegyik előfordult a hazai gyakorlatban. A nevelésügy területén a pedagógiai szakszolgálatok közül a nevelési tanácsadói, a korai fejlesztési és a szakértői bizottsági tevékenység területén jellemző a pszichológiai teszteset használata. Miközben köztudott volt az előzőekben részletezett problémáknak a megléte (*Csépe, 2008*), mégsem volt pontos adatokra támaszkodó tudásunk arról, hogy mennyire általánosak ezek az egyes intézmények esetében, milyen az országos helyzetkép. Felismerve a változtatás és a fejlesztés igényeit e téren, átfogó program indult részben a helyzet-elemzést, részben a teszthasználat jogtisztaságának legitimációját illetően, valamint új teszteset és (gyógy)pedagógiai vizsgáló eszközök beszerzését és standardizálását megcélózva. Nem csak a pszichológiai teszteset esetében követelmény ugyanis a tudományos igényű bemérés, hitelesítés, hanem az iskolai készségeket (olvasás, írás, számolás) mérő feladatoknál is. Ezek között hazánkban alig vannak megbízhatóan kidolgozott eszközök. Időközben azonban a pszichológiai teszteseteket illetően már jelentősen változott a helyzet, több teszt jogtiszt beszerzése vált lehetővé és a szakszolgálati munkában a Wechsler Gyermek-intelligenciateszt (WISC-IV) hazai standardizálásának tapasztalatait felhasználva lehet már dolgozni (*Bass, Kó, Kuncz, Lányiné Engelmayer, Mlin-kó, Nagyné Réz és Rózsa, 2008*).

A TÁMOP 3.4.2. B „Sajátos nevelési igényű gyerekek integrációja (Szakszolgálatok fejlesztése)” kiemelt projekt lebonyolítója az Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft. Elkészültek a zárótanulmányok a következő projektekről:

1. Helyzetelemzés készítése a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer működésének, működési feltételeinek feltárására, továbbá javaslatok megfogalmazása a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszer optimális működési gyakorlatának kialakításához című kutatási-fejlesztési program (*Bacsó, Hodossy, Mile, Papp, Perlusz és Torda, 2013*).
2. Legitimációs feltétel- és keretrendszer kialakítása a pszichodiagnosztikai, gyógypedagógiai diagnosztikai, pedagógiai diagnosztikai, illetve fejlesztő és terápiás eszközök pedagógiai szakszolgálati ellátórendszerben történő jog- és szakszerű használatához című kutatási-fejlesztési program (*Bacsó, Cserti-Szauer, Hodossy és Torda, 2013*).
3. Hiányterületek azonosítása a pedagógiai szakszolgálati tevékenység során használatos pszichodiagnosztikai, gyógypedagógiai diagnosztikai, pedagógiai diagnosztikai, fejlesztő és terápiás eszközök vonatkozásában című kutatási fejlesztési program (*Bolla, Füves, Farkasné Kristóf, Taufer és Torda, 2013*).

Ezek a programok értelemszerűen tágabbak voltak, mint csak a teszthasználat, de erre nézve is igen hasznos információkat szolgáltatottak. Tényszerűen bizonyították, hogy az előzetes terepismeret a tesztekkel – és azok között is a jogtisztákkal – való ellátottság hiányosságairól és a használathoz szükséges kompetenciák nem megfelelő voltáról megegyezik a tényfeltárás adataival. Egyetlen területen sem tapasztaltak szélsőséges hiányosságot: nem érvényesült az, hogy egyetlen teszt, például intelligenciateszt alapján hoztak volna a személy életét jelentősen befolyásoló döntést. Ennek extrém példái az USA gyakorlatából ismertek, különösen a 20. század elején a bevándorlók esetében, amikor egyetlen intelligenciateszt gyenge eredménye alapján utasították el a letelepedést (*Rózsa és mtsai., 2006. 16.*). (A teszteknek az iskolai szelekcióban betöltött szerepéről gyógypedagógiai diagnosztika címszó alatt lesz szó). Mára már a tesztpsychológia képviselői számára is fontos kiindulópont, hogy a pszichológiai állapot-megismerés nem csak tesztelés! A pszichológiai vélemény, mely tágabb értelmű, mint a diagnózis vagy a teszteredmény „magában foglalja az adott probléma emocionális, kognitív és viselkedésbeli jellemzőinek leírását, okainak meghatározását, hátterét, dinamikáját és folyamatát a pszichológiai vizsgálómódszerekre támaszkodva” (*Trull és Phares, 2004, idézi Perczel Forintos és Kiss, 2009. 161.*). A lelki jelenségek megismerését szolgáló pszichológiai vizsgálatok az utóbbi években az idegtudományok eredményeinek felhasználásával dinamikusan fejlődtek. Így alakult ki a *neuropszichológiai diagnosztikus vizsgálati modell*, mely az idegtudományok által közvetített megismerés alapján a lelki jelenségek, azon belül is elsősorban a kognitív és az executív funkciók és azok mögöttes agyi működéseinek, működési zavarainak megfigyeléséből indul ki.

Neuropszichológiai diagnosztikus vizsgálati modell

A neuropszichológia az utóbbi néhány évtizedben rohamos fejlődés során nem csak egyre több ismeretet halmozott fel, hanem differenciálódott is. Kialakult a kognitív neuropszichológia, a kognitív fejlődés-neuropszichológia, a klinikai és a kísérleti neuropszichológia. A képpalkotó eljárások és a molekuláris genetikai vizsgálatok segítségével egyre több agyi működés és jellegzetes működészavar mintázatát sikerült a kutatóknak kimutatniuk. Az agyi sérülés és a viselkedésben feltárható zavar mintázat összefüggésének vizsgálata segítette a neuropszichológiai tünettan kidolgozását (*Csépe, 2005*). A kóros jelenségek vizsgálata egyúttal hozzájárult az ép működési rendszerek architektonikájának megértéséhez is (*Racsmány, 2007*). A kóros jelenségekből az ép működésre történő visszakövetkeztetés a gyógypedagógiai pszichológia történeti alakulásában is fontos szempont, értelmezési keret volt (*Lányiné Engelmayer és Takács, 2004*). A kezdetben elsősorban kutatásra koncentrálnak neuropszichológia fokozatosan alakított ki olyan vizsgálati módszereket, melyeknek sajátos klinikai neuropszichológiai indikációja van. A kora gyermekkorban és a felnőttkorban szerzett agyi sérülések következményes tü-

neti képének vizsgálata, a bal-, ill. a jobboldali agyi lateralizáció leképeződése viselkedéses, motoros tünetekben, az afáziák és a diszlexia különböző típusainak és a kompenzáció lehetőségeinek feltárása ilyen területek. A helyreállítás esélyeinek megítéléséhez az agyi plaszticitásról vallott korábbi vélekedések neuropszichológiai újraértelmezésére is szükség volt. A neuropszichológia ma már önálló, a pszichológiai diplomára épülő szakképzettség. Sok területen, így a gyógypedagógiai pszichológiai diagnosztikában is nélkülözhetetlen, a fejlődési pszichopatológiai ismeretekkel együtt (*Gerebenné, 2000; 2014*).

Azonban egyik diagnosztikus vizsgálati modell sem kielégítő önmagában, mint ahogy egy adott klasszifikációs rendszer használata sem teszi szükségtelenné az individuális diagnosztika komplex, sokoldalú megközelítését, az egyéni mérlegelést és a minőségi elemzést. A következőkben bemutatásra kerülő gyógypedagógiai vizsgálati keret az eddig ismertetett modellek mindegyikéből felhasznál elemeket, és megkísérli azokat egy komplex, holisztikus megközelítésű rendszerbe integrálni.

Komplex gyógypedagógiai-pszichológiai-orvosi diagnosztikus modell

A gyógypedagógia területén – mint már volt szó róla – kiemelt jelentősége volt mindig is az érintett személyek esetében az állapotmegismerésnek, amihez diagnosztikus eljárásokra volt szükség. Jelentős különbség, sőt mondhatjuk, hogy *szélsőséges ellentmondás feszült* azonban a tudomány képviselőinek kutatásokra alapozott álláspontja, a törvényeknek és a rendeleteknek az adott kor oktatáspolitikájához alkalmazkodó hivatalos világa és a gyakorlati megvalósulás között. Ez a diszkrepancia, ha nem is olyan súlyos mértékben, mint a 20. század folyamán, ma is létezik.

A gyógypedagógiai tudomány képviselőinek álláspontja

A tudomány képviselői máig érvényes korszerű megállapításokat tettek már a gyógypedagógiai pszichológia kialakulásának korai, 20. század eleji időszakában a fogyatékos gyermekek és felnőttek diagnosztizálását illetően. Ha csak *Ranschburg Pál, Szondi Lipót, Illyés Gyuláné Kozmutza Flóra* munkásságában keressük a diagnosztikus megközelítés fő elveit, fontos mondanivalókra bukkanunk. Az egész személyiség, vagyis a biológiai és pszichológiai képességek összességének figyelembevétele fontos a diagnosztikus munkában – hangsúlyozzák (*Ranschburg, 1935.; Szondi, 1931, idézi Lányiné Engelmayer, 2013.*). „*A gyógypedagógiai lélektani diagnózist a sokoldalúság, a finom részletek kiderítése, az összefüggések feltárása, és a teljesség kell, hogy jellemezze. A fogyatékos gyermekek (ifjút vagy felnőttet) egyoldalú értékeivel, személyiségének globalitásában, fejlődésében és környezetében kell szemlélni.*” (*Illyés Gy-né, 1968. 263.*). Mai diagnosztikus elvárásaink szinte mindegyike megtalálható ebben a definícióban. *Illyés Gyuláné* azt a fontos szempontot is hangsúlyozta, hogy a fogyatékos személyeket nem csak az épekhez, hanem saját csoportjuk átlagos teljesítményeihez is szükséges hasonlítani. Ez a gondolat a mai vizsgáló módszerek kidolgozása terén például a *Snijders-Oomen* nem verbális intelligenciatest, külön halló és hallássérült vagy mozgáskorlátozottak számára készült speciális teszt esetében érvényesül. Az adekvát vizsgáló módszerek mellett a tudományos alapossággal kidolgozott fejlesztő eszközök fontosságát is kiemelik a kutatók. Különösen igényesen képviselte ezt a szempontot *Illyés Sándor*, amikor a csak gyakorlatban kidolgozott és beváltak ítélt módszereknél is igényelte a tudományos validálást. 2000-ben már korát megelőzve hangsúlyozta, hogy mind a diagnosztikus, mind a fejlesztő és terápiás munkában szükség van az eljárás-rendeket szakmailag szabályozó és egységesítő protokollokra (*Illyés, 2000*).

A nemzetközi gyógypedagógiai szakirodalomban megjelent az igény az egyszeri alkalommal végzett állapotleíró státuszdiagnosztikát felváltó *folyamatdiagnosztikára*, a fejlesztés szempontjából releváns diagnosztikai is-

mérveket képviselő *fejlesztésdiagnosztikára és a szükségletorientált diagnosztika* képviselőjére (Bundschuh, 1994.; *Handbuch*, 2005.). A fejlődéslelektan hatása is tükröződik ebben. Előtérbe kerül a teljes életívet átfogó nevelési és rehabilitációs szolgáltatások biztosítása, amely igényli az életkori határok kibővítését lefelé a csecsemőkor és felfelé a felnőtt- és idősor felé. Így kerülnek kimunkálásra az ezekhez az életkorokhoz illeszkedő diagnosztikus vizsgálatok és a csatlakozó fejlesztési, terápiás eljárások, például a korai fejlesztés elméletében és gyakorlatában, valamint az életminőség vizsgálata és a pedagógiai kísérés feladatai a fogyatékos felnőttek életében. Hazai kutatóink is ebbe az irányba terjesztették ki diagnosztikus tájékozódásukat (Gereben F.-né, 2004, 2012.; Lányiné Engelmayer, 2004.; Csákvári, 2012).

A törvényekben, rendeletekben tükröződő diagnosztikus szemlélet és eljárásrend

A fogyatékos gyermekek állapotának megismerését a 20. század első felében a gyógypedagógiai oktatás számára történő kiválogatás érdekében szorgalmazták. Az ép és a fogyatékos állapot közti határvonal megállapítása és az általános iskolai követelményeknek történő megfeleltetés voltak a vezető szempontok. A képezhetőség minősítése, illetve a képezhetetlenség megállapítása is ennek a gyakorlatnak volt része. A képezhetetlenek minősítettek pedig még a gyógypedagógiai nevelésből, oktatásból is kizárták. A többségi iskola kirekesztő gyakorlata pedig azáltal legitimálódott, hogy voltak olyan intézmények – a gyógypedagógiai iskolák – amelyekbe a többségi iskolai tantervi követelményeket nem teljesítőket ki lehetett emelni. Ezt a diagnosztikus megközelítést nevezzük *szelekció-orientált* diagnosztikus gyakorlatnak. E gyakorlat végrehajtói pedig az *áttelepítő bizottságok* lettek, melyek akkor csak ad hoc rendszerrel működtek, nem voltak állandósult intézményi keretei. Működésüket 1953-tól miniszteri utasítás szabályozta.

Az 1960-as évektől kezdve egyre nyilvánvalóbb lett, hogy az áttelepítő bizottságok munkája mind a személyes kompetenciákat, mind az alkalmazott vizsgálati módszereket illetően nem kielégítő. Ezt igazolták tudományos vizsgálatok, szociológiai felmérések, melyek bizonyították a gyógypedagógiai iskoláknak a tanulói összetételre vonatkozó diszfunkcióit. Mindez – persze ma már tudjuk – nem csak a vizsgálati hiányosságokkal, hanem az akkori oktatáspolitikával függött össze. Kétségtelen azonban, hogy felszínre kerültek diagnosztikus hibák is. Mindez reformok bevezetését sürgette. 1967-re elkészült a művelődésügyi miniszter rendeletére a reformbizottság munkájaként a *Gyógypedagógiai áthelyezési útmutató*, melyben megfogalmazást nyert, hogy: „A fogyatékosok okainak, szimptomáinak, súlyossági fokának és a fejlődés lehetőségeinek megállapítása csak *komplex vizsgálatok* segítségével valósítható meg. Általános iskolai pedagógus, orvos, pszichológus, gyógypedagógus együttműködése elengedhetetlen követelmény” (*Gyógypedagógiai áthelyezési útmutató*, 1967. 6.). A komplexitás és a különböző szakmák hozzájárulása a diagnosztikus folyamathoz mára is korszerű elv, mely tehát igen korán megjelent a hazai rendeleti világban, de megvalósulása sok ok miatt késlekedett.

Jelentős szemléletbeli és az eljárásrendben is tükröződő fejlődést jelentett az 1974. évben létrehozott és 1975-ben rendelettel szabályozott *Állandó Áthelyező Bizottságok* intézménye. Megszűnt a vizsgálatok kampány jellege, a munkatársak között gyógypedagógus, orvos, pszichológus szerepeltek, mint a komplex vizsgálatok megvalósítói. A komplexitás követelménye azonban a gyakorlatban sokáig – sőt bizonyos esetekben máig sem – érvényesült teljes körűen. Ezt igazolja a szelekciós diagnosztikát az esélyegyenlőség érdekében és az etnikai kisebbségeknek okozott hátrány miatt bírálók írásait összefoglaló tanulmány (Gerő, Csanádi és Ladányi, 2006) és az Utolsó padból program tanulsága is (Torda, 2008). A régi szelekciós eljárás az óvodai felvételt és beiskolázást segítő eljárásá alakult, mely függetlenedett az iskolák érdekeitől. A vizsgálati munka szemléletének és módszertanának egységesítését is megcélozta a rendelet. Követelmény lett a szülőkkel való együttműködés biztosítása, akiknek fellebbezési jogát biztosították egyet nem értésük esetén. Előírt lett a diagnózisok bizonyos

időközönként történő felülvizsgálata (részletes elemzés: *Lányiné Engelmayer, 1985*). Az 1985. évi Oktatási törvény, majd a rendszerváltást követően az 1993. évi közoktatási törvény és ennek kiegészítései, módosításai igen sok területen hoztak jelentős változásokat, feladatbővülést. Megjelennek a korai fejlesztést megelőző vizsgálatok, megszűnik a képezhetetlenség kategória, a tankötelezettségből történő kizárást felváltja a képzési kötelezettség intézménye, a súlyosan és halmozottan fogyatékos gyermekek fejlesztő felkészítésének biztosítása is sok új vizsgálati feladatot jelent. Mindennek tudományos feltételei már jól kidolgozottak eddigre a gyógypedagógiai tudományban. Az áthelyezési útmutatónak is több, továbbfejlesztett változata jelent meg, áthelyezési vizsgálat címmel, segítve a szakembereket az új törvényi feltételeknek való megfelelésben. Minderről részletes tájékoztatást ad – sok gyakorlati és elméleti szakember elemző tanulmányában – az az *Emlékkötet*, mely a szakértői bizottságok 25. éves jubileuma alkalmából jelent meg (*Nagyné Réz, 1999*). 2003-ban kerül be a közoktatási törvénybe a sajátos nevelési igényű gyermek, tanuló fogalma, melynek tartalma, definíciós kritériumai azonban a módosítások során többször változtak. A 2010-es rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról (4/2010. (I. 19.) OKM rendelet a pedagógiai szakszolgálatokról) már igen részletesen és jó szakmai szemlélettel határozza meg a vizsgálat tárgyi, személyi és szakmai feltételeit, a szakértői vélemény tartalmi követelményeit. A szakértői véleményben kell állást foglalni az iskoláztatás módját illetően, javaslatot tenni, hogy a gyermek a többi gyermekkel együtt (integráltan) vagy gyógypedagógiai iskolában tehet eleget a tankötelezettségének. Az azonban bírálat tárgyát képezheti, hogy a gyermeket csak olyan többségi iskolába lehet felvenni, amely a jegyző listáján úgy szerepel, mint ahol adottak az integráció feltételei. A nemzetközi elvárásoknak akkor felelnék meg, ha minden olyan iskolában, ahová sajátos nevelési igényű gyermek kerül, kötelezővé tennék az integráció feltételeinek megteremtését. Ekkor válna az iskolarendszer valóban befogadóvá, inkluzívá. Annak eldöntéséhez azonban, hogy ehhez mire van szükség, maga az orvosi, pszichológiai, gyógypedagógiai vizsgálat nem ad elég szempontot, ehhez más értékelési stratégiát kell alkalmazni. A 2011. évi köznevelési törvény (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről) sok területen megújítja a diagnosztizálást és tanácsadást végző intézménystruktúrát, az SNI meghatározást a szakmák által képviselt szempontokhoz igazítja. A 2013. évi EMMI rendelet a szakszolgálat intézmények működéséről konkretizálja a vizsgálati eljárásrendet, az adminisztratív tennivalókat és a tartalmi követelményeket.

Megállapítható, hogy a pszichológiai, gyógypedagógiai vizsgálati munkát szabályozó rendeletek a szelekció-orientált eljárásrendtől a komplex keretbe illeszkedő, szükséglet-orientált vizsgálati stratégia felé mozdultak el, követve ezzel a nemzetközi oktatáspolitikai trendeket.

Diszfunkciók a gyakorlati terepen, a szakszolgálatok közül elsősorban a nevelési tanácsadói és a szakértői bizottsági munka területén

A diagnosztikus és tanácsadó munkát végző szakemberek szakmai elkötelezettségét, hivatásszeretetét a velük kapcsolatban állókon kívül az a felmérés is igazolta, amely a TÁMOP 3.1.1. kiemelt projekt SNI programja keretében készülő *Diagnosztikai kézikönyv* kiindulópontját jelentette. „Ennek keretében áttekintő látélet készült az aktuális diagnosztikus szolgáltatás jellemzőiről, működésének erősségeiről és azokról a területeiről, melyek hiányosak vagy nem teljes körűen elérhetők a szolgáltatásban” (*Torda, 2013. 4.*). Az elkötelezettség megléte mellett azonban a szakemberek munkáját nagyban nehezítette, hogy az elmúlt évtizedekben nem volt állandóság és folyamatosság sem az intézményi keretekben, sem a fenntartót illetően, sem a munkát meghatározó szakmai fogalmak használatában. A pszichológus és orvos álláshelyek sokszor nem voltak betöltve, így nem érvényesülhetett a komplex vizsgálat. A szakemberek kompetenciái nem voltak világosan meghatározva. Szűkösek voltak az anyagi források és ez nem tette lehetővé sem a szükséges és előírt vizsgálati és terápiás eszközök beszerzését,

sem a munkatársak továbbképzését. A nevelési tanácsadói tevékenységben kevésbé érvényesültek a nem jogtiszta teszthasználat hibái, de az illetékességek tisztázatlansága miatt sokszor feleslegesen megismétlődtek a vizsgálatok a két feladatellátás között.

Az SNI fogalom értelmezésében a szakemberek között mutatkozó eltérések és a valóban előforduló diagnosztikus hibák miatt is, egyes megyék között jelentős különbségek alakultak ki elsősorban az akkor SNI/b kategóriába soroltak létszámát illetően. Ebbe a körbe tartoztak a diszlexiás, diszgráfiás, diszkalkuliás tanulók és a figyelemzavarral küzdők. Az SNI diagnózishoz kapcsolt többlettámogatásokat pedig a túl magas szám miatt az oktatáspolitikai nem tudta biztosítani. Így került sor 2007-ben arra a kötelezően előírt, több mint 30 000 SNI tanulót érintő felülvizsgálatra, mely a diagnózisok tényleges meglétének újra vizsgálatát és szükség esetén új kategória-besorolást írt elő (2007. évi LXXXVII. törvény 126. § 1.). A felülvizsgálat a gondos szakmai előkészítés és az anyagi feltételek biztosítása ellenére is komoly megterhelést jelentett a bizottságoknak, elsősorban a feszítően rövid határidő miatt. Az, hogy a felülvizsgálat során több mint 10 000 tanuló kikerült mind a BTM, mind az SNI körből, mutatja azt, hogy a kategorizáló diagnosztikát mennyire befolyásolják önkényes megállapodások a kategóriák hatáiról, valamint oktatáspolitikai megfontolások és a diagnosztikai rendszer felkészületlensége is (Közoktatás-statisztai adatszolgáltatások, 2007; 2008). Mindezek a – csak vázlatosan áttekintett – diszfunkciók tették sürgetővé a munka egységesítését szolgáló diagnosztikus kézikönyvek, majd protokollok kidolgozását.

Diagnosztikus kézikönyvek, útmutatók, a vizsgálati, tanácsadó és fejlesztő munkát szabályozó protokollok a szakszolgálati munkában

A TÁMOP 3.1.1. projekt 4. pillérének keretében kerültek kidolgozásra 2012–2013-ban az SNI körbe tartozó fogyatékosági területekre diagnosztikus útmutatók: autizmus spektrum zavarral élő gyermekek, tanulók; beszéd- és nyelvi zavart mutatók; értelmi fogyatékos (intellektuális képességzavarral élő); hallássérült (hallási fogyatékos); látássérült (látásfogyatékos); mozgáskorlátozott (mozgásfogyatékos); egyéb pszichés fejlődési zavarral (figyelemzavar, hiperaktivitás) küzdő gyermekek, tanulók. Ezeket a fogyatékosági területekre kidolgozott útmutatókat pedig megelőzte egy, az egységes témakezelést tárgyaló fejezet (*Mészáros és Nagyné Réz, 2013*). A vizsgálati útmutatók (melyek címükben a protokoll szót is tartalmazzák) egységes szerkezeti koncepcióban tekintik át az adott szakterület diagnosztikát ellátó intézményeit, módszereit, azok rendeleti háttérét néhány kiválasztott külföldi országban. A nemzetközi áttekintés után bemutatják a hazai gyakorlatot és javaslatot tesznek mind a szakmai fogalomhasználat megvitatására, mind a tárgyi, személyi feltételek javítására. Külön nagy értéke ezeknek az útmutatóknak, hogy feltérképezik a vizsgálati eszközök, tesztek nemzetközi piacán az egyes képességtartományok megismerésére szolgáló eszközöket, és javaslatot is tesznek ezek közül azokra, amelyek beszerzése feltétlenül fontos volna. E terjedelmes anyagok egységbe foglaltan, végül a *Diagnosztikai kézikönyv*⁵ fejezetei lettek, melynek alkotó szerkesztője *Torda Ágnes* (2013), a szakmai projekt vezetője az Educatio-nál *Kapcsáné Németi Júlia*.

A protokollok iránti igény a minőségellenőrzés és minőségbiztosítás területéről került át a köznevelés világába. A protokoll foglalkozik azzal a célcsoporttal, amelynek érdekében kidolgozták, a szolgáltatásban közreműködők kompetenciáival, a szolgáltatás eszközigényével, a szakmai és szakmaközi kommunikációval, a szakmai munka támogatásával, a továbbképzések iránti igénnyel, a szolgáltatás minőség-ellenőrzésével, a dokumentálással és a nyilvántartással. A protokollok tartalma bővebb, mint a diagnosztikus útmutatóé, mert az intézmény teljes működését szabályozza, nem csak magát a diagnosztikus folyamatot. Az első munka, mely protokolláris szemlélettel dolgozott ki kézikönyvet a szakszolgálati tevékenység egy meghatározott területére, 2008-ban je-

5. Elérhető: www.educatio.hu/hirfolyam/TAMOP311_4pillar

lent meg (*Mesterházi, 2008*). Azonban nem csak az SNI diagnosztikában, tehát a szakértői bizottsági munkában van szükség egységes standardok, szakmai szabályok, követelmények kidolgozására, hanem mind a tíz szakaszolgálati tevékenység esetében. Jelenleg ezek kidolgozás alatt vannak. Eddig elkészült a mintát adó *Alapprotokoll* (*Torda, és Nagyné Réz, 2014*) és *A szakértői bizottsági tevékenység területére kifejlesztett protokoll* (*Nagyné Réz, 2014*) már lektorált formában. A többi szakaszolgálati tevékenység protokollja jelenleg lektorálás alatt van. „A megváltozott jogszabályi környezet, a köznevelés területén érvényre jutó minőségfejlesztési törekvés, a tudományos fejlődés, a diagnosztikai eszközök világszerte robbanásszerű korszerűsítése, a szakértői bizottsági véleményekkel szembeni szülői opponálás, majd az ezek kapcsán elvégzett másodfokú eljárások tapasztalatai egyaránt rávilágítottak arra, hogy folyamatosan szükség van a szakértői bizottsági munka innovációjára. Nélkülözhetetlen a szakemberek megfelelő továbbképzése, a diagnosztikus eszközök revideálása, illetve újak bevezetése, amelyeket célszerű jól átgondolt szakmai protokoll formájában leírni” (*Nagyné Réz, 2014. 11*).

A protokolláris módszertani innováció előzményeiről, valamint a protokolláris szemlélettel végzett komplex állapotfelmérés indikációjáról, folyamatáról, eszközrendszeréről és a megvalósulás tapasztalatairól már nem csak a protokollokból tájékozódhatunk, hanem a legújabb szakirodalmi forrásokból is (*Nagyné Réz, 2014; Mézszáros, 2014*). *Fontos leszögezni, hogy sem a diagnosztikus útmutató, sem a szakaszolgálati protokoll nem lehet olyan merev szabályrendszer, szinte recept, mely háttérbe szorítaná a kompetens, jól felkészült szakemberek innovatív, kreatív munkáját.* Az utóbbi évtizedekben, bár sok diszfunkció volt észlelhető a diagnosztikus munkában, mégis leszögezhető, hogy minden területen érzékelhető a fejlődés. A szakértői vélemények részletesebbek, elemzőbbek, mint néhány évtizeddel ezelőtt, követik a tudományok fejlődését. Mind a kilenc diagnosztikus útmutató és az eddig elkészült protokollok szakmai lektoraként megerősíthetem, hogy ezek mögött komoly szak tudás, innovációs szándék, jó gyakorlati tapasztalat és széles körű terepismeret áll. A diagnosztikai kézikönyvben és a protokollokban foglalt ismeretek értelmezését és az alkalmazás módját a közeljövőben felkészítő továbbképzési programok fogják elősegíteni.

Korszerű követelmények a pszichológiai, gyógypedagógiai, pedagógiai állapotmegismerő vizsgálatok területén

1. *A diagnosztizálás kifejezés helyett kerüljön alkalmazásra az állapotmegismerés (assessment) fogalom, mely képességek, tulajdonságok, készségek megismerését, mérését, becslését egyaránt magában foglalja, és szakít az orvosi jelentésű diagnózis fogalommal. Ez jelenti a nemzetközi gyakorlathoz történő igazodást.*
2. *Érvényesítse a bio-, pszicho-, szociális modellben való gondolkodást.* Legyen tekintettel az etnikai, nyelvi, kulturális diverzitásra.
3. *Legyen komplex, vagyis igényelje különböző szakmák részvételét a vizsgálati folyamatban.* A vizsgáló szakemberek konzultáljanak egymással, ne csak írásban leadott diagnózisokat küldözgessenek egymásnak. A vizsgálat így válik holisztikus megközelítésűvé.
4. *Ne a fogyatékoságot, hanem az eltérő, atipikus fejlődést mutató gyermeket, ifjút, felnőttet tekintse vizsgálat tárgyának, illetve alanyának.*
5. *Vegye figyelembe a vizsgálatban résztvevők szakmai kompetenciáit.* A különböző szakemberek ismerjék ezeket és ne lépjék át saját szakmájuk kompetencia határait. Ez nem csak a pszichológust, orvost érinti, hanem a gyógypedagógus szakmán belül a szakterületi végzettséget is. Máshoz ért a logopédus, a szomatopedagógus vagy bármelyik fogyatékosági, atipikus fejlődést mutató csoportra képzett gyógypedagógus.

6. *Válaszoljon egy klinikai kérdésre, a vizsgálatot kezdeményező által megfogalmazott és előterjesztett nevelési szempontú kérésre. A vizsgálati stratégia tervezésekor ezt figyelembe kell venni és nem automatikusan, akár a protokollt mereven követve eljárni.*
7. *Ne legyen defektusleltár, vizsgálja és tárja fel az egyénben rejlő erősségeket, pozitív tulajdonságokat, épen maradt funkciókat. Ezek gyakran nem csak a kognitív képességekben és az ismeretekben nyilvánulnak meg, hanem a szociális kapcsolatok, az érzelmi élet, a motiváció területén.*
8. *A problémához adekvát, korszerű vizsgálati módszereket alkalmazzon. Legyen képes a vizsgálatot végző választani a széles eszköz-kínálatból, és ha a szükséges eszköz aktuálisan nem áll rendelkezésre, törekedjék azt beszerezni (kölcsonzés, bérlés, megvásárlás).*
9. *Tekintse „vizsgálati eszköznek” a megfigyelést is, mely kiemelt fontosságú a korai életkorban és a súlyosan, halmozottan sérült személyek vizsgálatában. Egy állapotmegismerést szolgáló vizsgálat nem csak tesztelés!*
10. *Vegye figyelembe az élettörténet eseményeit a vizsgálati eredmények értékelésekor. Tekintse az élettörténetet többnek, mint orvosi értelemben vett anamnézisnek. Vizsgálja tehát a gyermek szociális életterének körülményeit, szociális réteghelyzetét, kötődéseit, életének pozitív vagy negatív élményeit, személyiségfejlődését segítő és a hátráltató körülményeket.*
11. *A vizsgálati helyzeten kívül vonja be reális kommunikációs helyzetek, az iskolai és a hétköznapi élet szociális szituációinak megfigyelését is. Ha erre nincs lehetőség, támaszkodjon fontos referencia személyek írott vagy szóban közvetített beszámolóira.*
12. *A diagnosztikus folyamat és az ennek nyomán készülő szakértői vélemény tartalmazza mind az egyéni állapotleírást, mind a diagnosztikai kategóriákba való besorolást, ha jelenleg ehhez köti a hazai rendeletek világa a kedvezményekhez jutást.*
13. *Szorgalmazza a diagnosztikus kategóriák felülvizsgálatát és a nemzetközi gyakorlattal való egyeztetést.*
14. *Adjon lehetőséget a későbbi revízióra, hiszen az állapot változhat. Legyen képes a vizsgáló szakember a változásokat értelmezni*
15. *Legyen fejlesztésorientált, alapozza meg az egyéni nevelési, fejlesztési, rehabilitációs, terápiás terv kidolgozását.*
16. *Vegye számba a gyermek, tanuló nevelési, oktatási, fejlesztési szükségleteit. A szükségletek vizsgálata és a tennivalók meghatározása ne általánosságban mozgó, hanem konkrét legyen.*
17. *A diagnosztikai feladatok ellátásának az egyéni többlétszolgáltatásokhoz, kedvezményekhez való hozzáférést kell elsősorban szolgálnia, nem a címkézést és a kirekesztést.*
18. *Ne legyen szelekció-orientált, minden eszközzel az integrációt, inklúziót segítse elő.*
19. *Legyen képes a vizsgáló szakember saját tevékenységét reflektálni és megújítani.*

Az itt összefoglalt követelmények több nemzetközi diagnosztikus kézikönyv, irányelv, állásfoglalás áttanulmányozásán, a hazai gyakorlat elemzésén, tapasztalatainak általánosításán és több szakértői testületben végzett munkán, valamint saját klinikai gyakorlatomon is alapulnak (Stetson,2001; Walker,2001; Schalock, 2004; Reynolds és Fletcher-Janzen, 2007; Andreus, Saklovske, és Janzen, 2011).

Összefoglalás

A pszichológiai, gyógypedagógiai képességbecslő, -mérő, állapotmegismerő munka során „...szükség van arra, hogy megismerjük a gyermek adottságait, képességeit, mostanra elért teljesítményeit, és mindazokat a gyerme-

ken kívüli külső környezeti tényezőket, amelyek a képességek kibontakoztatását hátráltatták vagy éppen elősegítették. A pedagógiai-gyógypedagógiai vizsgálat tehát sohasem csak a gyermekre irányul, hanem arra a tág értelemben vett szocializációs és tanulási környezetre – az abban szerepet kapó felnőttekre, kortárs kapcsolatokra – ahol a gyermek mai teljesítményei kialakultak. A szülők szociális és réteghelyzete, a családi nevelési stílus, a pedagógusok attitűdje a gyermek és a szülők felé, az iskola légköre mind befolyásolja a teljesítmények alakulását. Segíteni is csak akkor tudunk, ha segítő beavatkozásunk nemcsak a gyermekre irányuló fejlesztő (korrekciós, felzárkóztató, egyéni vagy kiscsoportos) foglalkozások megszervezését, biztosítását szolgálja. Tudni kell felbecsülni a környezetben rejlő erőforrásokat és azokat is be kell kapcsolni a segítő beavatkozások körébe. Tudni kell tanácsot adni, ha a pedagógiai-gyógypedagógiai kompetenciát meghaladó tennivalókat, például gyermekvédelmi intézkedést, pszichológiai gondozást, terápiát vagy egészségügyi szolgáltatásokat kell igénybe venni” (Lányiné Engelmayer, 2013. 2.). A jelen tanulmányban kifejtett történeti aspektusok, a nemzetközi fejlődési irányok és a hazai diagnosztikus gyakorlat bemutatása nem teljes körű, de megkíséreltünk megfelelni a korszerű igényeknek. A hazai diagnosztikus gyakorlat hibáit pedig elméletvezérelt stratégiával kívánjuk megújítani.

Szakirodalom

1. Andreus, J.W., Saklovske, D. H. and Janzen, H. L. (2011): *Handbook of Psychoeducational Assessment*. Elsevier Inc., Amsterdam.
2. Bacsó Ágnes, Hodossy Attila, Mile Anikó, Papp Gabriella, Perlusz Andrea és Torda Ágnes (2013): *Helyzetelemzés készítése a pedagógiai szakszolgálati intézményrendszer működése, működési feltételeinek feltárására, továbbá javaslatok megfogalmazása a pedagógiai szakszolgálati ellátórendszer optimális működési gyakorlatának kialakításához*. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
3. Bacsó Ágnes, Cserti Szauer Csilla, Hodossy Attila és Torda Ágnes (2013): *Legitimációs feltétel- és keretrendszer kialakítása a pszichodiagnosztikai, gyógypedagógiai diagnosztikai, pedagógiai diagnosztikai, illetve fejlesztő és terápiás eszközök pedagógiai szakszolgálati ellátórendszerben történő jog- és szakszerű használatához*. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
4. Bass László, Kő Natasa, Kuncz Eszter, Lányiné Engelmayer Ágnes, Mészáros Andrea, Mlinkó Renáta, Nagyné Réz Ilona és Rózsa Sándor (2008): *Tapasztalatok a WISC-IV gyermek-intelligenciateszt magyarországi standardizálásáról*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Kht., Budapest.
5. Benedek István (1972): *A tudás útja*. Gondolat Kiadó, Budapest.
6. Binet, A. (1916): *Az iskolás gyermek lélektana*. Eggenberger, Budapest.
7. Bloch, D. (2014): *Ist differenzierender Unterricht gerecht?* Klinkhardt forschung, Bad Heilbrunn.
8. BNO-10. (1994): *A mentális és viselkedészavarok osztályozása. Klinikai leírás és diagnosztikus útmutató*. WHO-MPT, Budapest.
9. BNO-10. (1995): *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Tizedik revízió. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
10. Bolla Veronika, Füves Zsuzsa, Farkasné Kristóf Zsuzsa, Taufer Ildikó és Torda Ágnes (2013): *Hiányterületek azonosítása a pedagógiai szakszolgálati tevékenység során használatos pszichodiagnosztikai*

gyógypedagógiai diagnosztikai, pedagógiai diagnosztikai, fejlesztő és terápiás eszközök vonatkozásában. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.

11. Bundschuh, K. (1994): *Praxiskonzepte der Förderdiagnostik*. Klinghardt, Bad Heilbrunn.
12. *Code of Practice. Special Educational Needs.* (2001): Department for Education and Skills, London (szerző nélkül).
13. Csákvári Judit (2012): A Szupport Intenzitás Skála (SIS) és hazai alkalmazásának tapasztalatai. In: Radványi Katalin (szerk.) *A diagnosztika aktuális kérdései*. Magyar Pszichológiai Társaság, Budapest. 13–22.
14. Csányi Yvonne (2013): Integráció/inklúzió és a szakvéleményezés összefüggései. *Gyógypedagógiai Szemle*, 41. 3. 165–173.
15. Csányi Yvonne és Zsoldos Márta (2003): A sajátos nevelési igényekkel kapcsolatos OECD-politika és a magyar gyógypedagógia. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, 73–81.
16. Csépe Valéria (2005): *Kognitív fejlődés-neuropszichológia*. Gondolat Kiadó, Budapest.
17. Csépe Valéria (2008): A különleges oktatást, nevelést és rehabilitációs célú fejlesztést igénylő (SNI) gyermekek ellátásának gyakorlata és a szükséges teendők. In: Fazekas Károly, Köllő János és Varga Júlia (szerk.) *Zöld könyv. A magyar közoktatás megújításáért*. ECOSTAT, Budapest. 139–165.
18. DSM-IV. (1995): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. American Psychiatric Association, APA, Washington, DC.
19. DSM-IV (2001): *Text Revision*. A DSM-IV módosított szövege. Animula, Budapest.
20. DSM-5. (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth. Edition. American Psychiatric Association, APA, Washington, DC.
21. DSM-5 (2013): *Referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai, Budapest.
22. Dux László és Juhász Péter (2000): *Klinikai laboratóriumi diagnosztika*. Springer Tudományos Kiadó, Budapest.
23. Egészségügyi Világszervezet (2004): *A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása*, FNO. Budapest.
24. Eggert, D. (1997): *Von den Stärken ausgehen, Individuelle Entwicklungspläne in der Lernförderungsdiagnostik*. Borgman publishing, Dortmund.
25. Eysenck, H. J. (1960): Classification and the problem of diagnosis. In: Eysenck, H. J. (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology*. Pitman, London. 1–31.
26. Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (2001, szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
27. Gereben Ferencné (2000): A neuropszichológia szerepe a gyógypedagógiai pszichodiagnosztika megújulásában. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 55. 4. 583–590.
28. Gereben Ferencné (2004, 2012): Diagnosztika és gyógypedagógia. In: Gordosné Szabó Anna (szerk.) *Gyógyító pedagógia-Nevelés és terápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 87–104.
29. Gereben Ferencné (2014): Fejlődési pszichopatológia gyógypedagógiai nézőpontból. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42. 3. 171–175.

30. Gerő Zsuzsa, Csanádi Gábor és Ladányi János (2006): *Mobilitási esélyek és a kiegészítő iskola*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
31. *Gyógypedagógiai áthelyezési útmutató. Vitaanyag.* (1967): Tankönyvkiadó, Budapest. (szerző nélkül).
32. *Handbuch zur Förderdiagnostik* (2005). Staatsministerium für Kultus, Freistaat Sachsen.
33. Illyés Gyuláné (1968, szerk.): *Gyógypedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
34. Kiss Péter, Mücke, J., és Osztovics Magda (2000): *Szindróma Atlasz*. White Golden Book Kft., Budapest.
35. Illyés Sándor (2000): Tudomány a gyógypedagógiában tegnap és ma (A magyar gyógypedagógus-képzés centenáriumi konferenciáján, 2000-ben elhangzott előadás). *Gyógypedagógiai Szemle*, 2003, Különszám, 92–98.
36. Kullmann Lajos és Kun Helga (2004): „... El kell-e felejtenünk az orvosi modellt...” A fogyatékoság jelensége az orvostudományban. In: Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban. Tanulmányok Gordosné Szabó Anna tiszteletére*. ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest. 69–90.
37. Lányi Gusztáv (2013, szerk.): *Ranschburg Pál és a magyar pszichológia. Ranschburg Pál (1870-1945)*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
38. Lányiné Engelmayer Ágnes (1985): Az áthelyezési eljárás elveinek és gyakorlatának változása hazánkban és az azt befolyásoló tényezők. In: Illyés Sándor (szerk.): *Nevelhetőség és általános iskola*. 2. köt. Elméletek és viták. Oktatókutató Intézet, Budapest. 397–442.
39. Lányiné Engelmayer Ágnes (1989): A képességek és tulajdonságok diagnosztizálása. In: Gerebenné Várbiró Katalin (szerk.): *A differenciált beiskolázás néhány mérőeszköze*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 5–13.
40. Lányiné Engelmayer Ágnes (2004, szerk.): Képességzavarok diagnosztikája és terápiája a gyógypedagógiai pszichológiában. *Pszichológiai Szemle Könyvtár 7. Magyar Pszichológiai Szemle*, 59. Akadémiai Kiadó, Budapest.
41. Lányiné Engelmayer Ágnes és Takács Katalin (2004): „... Nem csak a sérült képességeket kell vizsgálni, hanem azt az embert, aki ezeknek hordozója...” A fogyatékoság jelensége a pszichológiában. In: Zászkaliczky Péter és Verdes Tamás (szerk.): *Tágabb értelemben vett gyógypedagógia. A fogyatékoság jelensége a gyógypedagógia határtudományaiban. Tanulmányok Gordosné Szabó Anna tiszteletére*. ELTE BGGYFK és Kölcsey Ferenc Protestáns Szakkollégium, Budapest. 233–268.
42. Lányiné Engelmayer Ágnes (2009; 2012): *Intellektuális képességzavar és pszichés fejlődés*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
43. Lányiné Engelmayer Ágnes (2013): Tudománytörténeti reflexiók a gyógypedagógia, a pszichológia és a gyógypedagógiai pszichológia kapcsolatához. In: Csocsán Emmy (szerk.): *Emlékkötet Gordosné dr. Szabó Anna tiszteletére. (1928–2012)*. *Gyógypedagógiai Szemle*, Különszám, Budapest. 3–12.
44. Lányiné Engelmayer Ágnes és Kiss László (2013): *A (gyógy)pedagógiai vizsgálat fő elvei, gyakorlati kérdései és illeszkedése a komplex diagnosztikus folyamatba*. FSZK, Nonprofit Kft, Budapest. 1–35.

45. Mesterházi Zsuzsa (2006): A gyógypedagógiai munkát segítő alapfogalmak: osztályozási rendszerek-állapotleíró fogalmak. In: Zsoldos Márta (szerk.): *(Gyógy)pedagógiai diagnosztika és tanácsadás*. OM. Fogyatékos Gyermek, Tanulók Felzárkóztatásáért Országos Közalapítvány, Budapest. 22–32.
46. Mesterházi Zsuzsa (2008, szerk.): *Kézikönyv a (tanulási képességet vizsgáló) szakértői bizottságok működéséhez*. Inkluzív nevelés sorozat. Educatio Társadalmi Szolgáltató Kht., Suli Nova, Budapest.
47. Mészáros Andrea (2014): Komplex állapotfelmérés protokolláris szemlélettel. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42. 3. 185–196.
48. Mészáros Andrea, Nagyné Réz Ilona (2013): A diagnosztikus protokollok egységes alkalmazásának koncepciója. In: Torda Ágnes (alkotószerkesztő) *Diagnosztikai kézikönyv*. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest.
49. Möller, H.J. (2009): Development of DSM-5 and ICD-11: *Tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63. 5. 595–612.
50. Nagyné Réz Ilona (1999, szerk.): *Emlékkötet a szakértői bizottságok 25 éves jubileumi tudományos tanácskozása alkalmából*. Cházár András Óvoda, Általános Iskola, Diákotthon, Speciális Szakiskola és Szakmunkásképző, Vác.
51. Nagyné Réz Ilona (2014): A protokolláris módszertani innováció előzményei. *Gyógypedagógiai Szemle*, 42. 3. 176–184.
52. Nagyné Réz Ilona, Csepregi András, Puhala Ildikó és Bozsikné Vig Marianna (2014): *A szakértői bizottsági tevékenység területére kifejlesztett protokoll*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
53. Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T.J., Boykin, A.W., Brody, N., Ceci, S.J., Halpern, D.F., Loehlin, J.C., Perloff, R., Sternberg, R.J. and Urbina, S. (1996): Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51. 2. 77–101. (Amit tudunk, és amit nem az intelligenciáról. Fordította: Pap-Davies Éva és az ELTE"Angol nyelvű szakszövegolvasás c. kurzus diákjai.)
54. Nussbaum, A. M. (2013): *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Oriold és Társai, Budapest.
55. Petrányi Gyula (2010, szerk.): *Belgyógyászati diagnosztika*. 9. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
56. Perczel Forintos Dóra és Kiss Zsófia (2001): Pszichológiai vizsgálatok. In: Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (szerk.): *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest. 160–175.
57. Pléh Csaba (1995): *Pszichológiatörténet*. 2. kiadás. Gondolat, Budapest.
58. Racsomány Mihály (2007): *A fejlődés zavarai és vizsgálómódszerei*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
59. Reuchlin, M. (1987): *A pszichológia története*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
60. Reynolds, C. R. and Fletcher-Janzen, E. (2007, eds.): *Encyclopedia of Special Education. A reference for the Education of Children, Adolescents and Adults with Disabilities and Other Exceptional Individuals*. 3. Ed. John Wiley&Sons, Inc., Hoboken. New Jersey.
61. Rózsa Sándor, Nagybányai Nagy Olivér és Oláh Attila (2006, szerk.): *A pszichológiai mérés alapjai*. Bölcsész Konzorcium, Budapest.

62. Schalock, R. L. (2004): The emerging disability paradigm and its implications for policy and practice. *Journal of Disability Policy Studies*, 14. 4. 204–215.
63. Schuler Dezső (1988, szerk.): *Gyermekgyógyászati diagnosztika és terápia*. 2. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
64. Stetson, E. G. and Stetson, R. (2001): Educational Assessment. In: Walker, C. E. and Roberts, M.C. (eds.) *Handbook of Clinical Child Psychology*. 3. Ed. John Wiley & Sons Inc., New York, Toronto. 124–150.
65. Sturm, T. (2013): *Lehrbuch Heterogenität in der Schule*. Reinhardt Verlag, München.
66. Szakszon Katalin (2013): *A ritka genetikai betegségek klinikai és genetikai diagnózisa*. Egyetemi Doktori (PhD) Értekezés Tézisei. Debreceni Egyetem Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola, Debrecen.
67. Torda Ágnes (2008, szerk.): *Utolsó padban... Egy program utóélete*. Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, Budapest.
68. Torda Ágnes (2013, alkotó szerk.): *Diagnosztikai Kézikönyv*. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
69. Torda Ágnes és Nagyné Réz Ilona (2014): *Alapprotokoll*. (Kézirat). Educatio Társadalmi Szolgáltató Nonprofit Kft., Budapest.
70. Trull, T. J. és Phares, E. J. (2004): *Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan és hivatás*. Osiris Kiadó, Budapest.
71. *Verordnung zur Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs vom 1. November 1997* (Nds.GVBl. S. 458; SVBl. 11/1997 S.384) (szerző nélkül).
72. Walker, C. E. and Roberts, M. C. (2001, szerk.): *Handbook of Clinical Child Psychology*. 3. Ed. John Wiley & Sons Inc., New York, Toronto.
73. WHO (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps. (ICIDH)*. Geneva.
74. WHO (1992–94): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-10*. Geneva.
75. WHO (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICF)* Geneva.
76. Ypsilanti, A., Gronios, G., Alevriadou, A. and Tsapkini, K. (2005): Expressive and receptive vocabulary in children with Williams and Down syndromes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49. 5. 353–359.