

Amel Alić

OSOBE POSEBNIH POTREBA IZMEĐU MEDICINSKOG I SOCIJALNOG MODELA

Abstract

Cilj ovog kratkog prikaza je ponuditi presjek promjena koje su se desile u protekle četiri decenije, a koje su odredile bitno drugačiji pristup osobama posebnih potreba. Promjene se, naravno, nisu desile naglo, a o stvarnim učincima se još uvijek ne može govoriti budući da proces nije okončan. Nova znanstvena saznanja, te određene konsekvence koja su ona imala na izrastanje nove paradigme, moguće je promatrati u rasponu od medicinskog do socijalnog modela. Dok je prvi nudio odvojene škole, etiketiranja, stigmatizaciju i marginaliziranje, socijalni model je otvorio široku polemiku o ulozi pojedinaca i društva u cjelini, te njihovoj odgovornosti da se nehumani karakter odnosa spram osoba posebnih potreba promijeni. Premda inkluzija u obrazovanju u mnogim svojim postavkama nastoji realizirati vrlo složene i prečesto nerealne zadatke, o inkluziji kao pokušaju da se humanizira škola i društvo, svakako vrijedi razmisliti.

Ključni pojmovi: Inkluzija u obrazovanju, medicinski model, psihologijski model, socijalni model, dualni i objedinjeni sistem

Neke od temeljnih postavki inkluzije u obrazovanju

Premda savremena promišljanja o novom konceptu organiziranja školskog sistema, te života općenito, sugeriraju prevazilaženje različitosti i isključivosti među ljudima, svijet u kojem živimo je nametnuo dominirajuće ekskluzivne obrasce, naglašavajući različitosti. Koncept inkluzije i pored različitih tumačenja i brojnih definicija prevashodno je nastao na temeljima potrebe da se društvo bitno drugačije odredi prema osobama posebnih potreba.

“Ako se specifična situacija definira kao jedina moguća stvarnost, tada će ona biti takvom stvarnošću u svim svojim konsekvencama”
(Thomas & Thomas, 1932)

Tako, Skrtić (1994, prema Stainback and Stainback, 1996., str.11) inkluziju definira kao *novu paradigmu razmišljanja i postupanja na način koji uključuje sve osobe u društvo, gdje su različitosti postale više normom nego izuzetkom.*

Prema Lipsky i Gartner (1996, str.763), *inkluzija je priprema za uključivanje učenika sa poteškoćama, kao i onih sa više ustanovljenih potreba, u susjedne škole, sa vršnjacima, uz neophodnu podršku službi i dopunske pomoći, kako bi se istovremeno realizirao uspjeh i na planu učenja, kao i na planu pripreme djece za ravnopravno participiranje u društvu.*

Već ova dva pokušaja definiranja inkluzije upućuju na ambiciju da se unutar jedne ideje smjeste sva nastojanja proistekla iz nove paradigme promišljanja. Tako bi inkluzija imala pretenziju da se poboljša stanje i to na planu: društvenih uređenja, organizacija školskih sistema, važećih zakona (što je i proizvelo opći trend segregiranja i odvajanja na “normalne” i “specijalne”); te suptilne probleme koji su zapravo procesi čije odvijanje počiva u samim ljudima, kroz vrednovanja, uvjerenja, stavove i obrasce ponašanja.

Zbog toga već temeljne postavke inkluzije ističu važnost razumijevanja inkluzije kao načina razmišljanja baziranog na uvjerenjima i stavovima koji su u službi stvaranja inkluzivnog društva, zajednice i škole. Izreku s početka teksta, te većinu definicija inkluzivnog obrazovanja, Thousand i Villa (1990) razrađuju kroz tri ključne tačke:

sva djeca su sposobna da uče (shodno svojim sposobnostima);

sva djeca imaju pravo da budu odgajani i obrazovani sa svojim vršnjacima u heterogenim razredima unutar svojih lokalnih škola, te

odgovornost je na školskom sistemu da se suoči i (adekvatno) riješi različite odgojno-obrazovne i psihologijske potrebe svih učenika.

Upravo ove tri stavke i predstavljaju okosnicu promjena koje su se desile u školi i društvu općenito, vremenski smještene u protekle četiri decenije. Navedeno razdoblje donijelo je, sasvim

sigurno, promjenu paradigme, apelirajući na svijest pojedinaca i zajednice, te evoluirajući od medicinskog ka socijalnom modelu, na kojem je i izrasla ideja inkluzije.

Od medicinskog modela do «nove paradigme»

U teorijskom i praktičnom smislu, vrijednosti su različito birane i razumijevane u pogledu odnosa prema osobama posebnih potreba.

Različita društva su na različite načine interpretirala psihofizičke nedostatke. Premda se u svetim spisima monoteističkih religija prepoznaje nedvosmislen imperativ da se sa osobama posebnih potreba postupa na način koji će potvrditi njihovu ravnopravnost u odnosu na ostale članove zajednice, povijest psihofizičke nesposobnosti, zapravo je povijest dehumaniziranog čovjeka¹. Autori koji su se bavili historijom stavova prema hendikepiranima, konstatovali su tri odvojena perioda ili tri faze odnosa društva u odnosu na položaj osoba posebnih potreba²:

¹ "Karakteristika prvog perioda je napuštanje i ubijanje defektne dece. Herodot i Demokrit su smatrali da je pravo svake društvene zajednice da se oslobodi nesposobnih za rad i to ubijanjem. Spartanci su svoju defektnu decu bacali sa jedne stijene. Kroz duгу historiju ljudskog društva srećemo, uglavnom, negativan odnos prema osobama sa slušnim oštećenjima. Mada je Bog još starim Jevrejima, preko Mojsija, naredio da budu saosjećajni prema gluhima, njihovi zakoni su ih diskriminirali u pogledu rada i sopstvene imovine. Stari Grci također su pokazivali negativne stavove prema gluhima. Krez, kralj Lidije, imao je dva sina od kojih je jedan bio gluh. Krez je odbio da ga prizna i da mu svoje prezime. Aristotel je izjednačavao gluhoću sa nesposobnošću mišljenja. Grčka reč "coffos" označava da je neko istovremeno gluh i mentalno zaostao. Posljednjih decenija dešavaju se mnoge pozitivne promjene u odnosu prema svim kategorijama hendikepa, pa i prema gluhima. Moderno društvo pokazuje sve veću brigu prema hendikepiranima ali i pored ostvarenog napretka hendikepirani su još izloženi stereotipijama i nepovoljnom odnosu okoline" (Radoman V. (1995). *Empirijsko istraživanje stavova prema različitim hendikepima, naročito prema gluvoći i prema gluvima*, U: Defektološka teorija i praksa, god. XXXIX, br.1, Beograd, 106-113).

² Radoman V. (1995). *Empirijsko istraživanje stavova prema različitim hendikepima, naročito prema gluvoći i prema gluvima*, U: Defektološka teorija i praksa, god. XXXIX, br.1, Beograd., 106-113.

period primitivnog i surovog odnosa (nerijetko zagovarajući potrebu fizičke likvidacije “nesposobnih” i “hendikepiranih”)

period azila, odnosno segregacije, ali i određene vrste staranja o hendikepiranima (u specijalnim institucijama);

period socijalne integracije.

Praćenje razvoja ideje inkluzivnog obrazovanja i pored različitih interpretacija i periodizacija, gotovo po pravilu vraća nas do '60-tih godina prošlog vijeka. Tako zagovaranje uključivanja osoba posebnih potreba u društvene tokove kao punopravne i ravnopravne članove društva, redovno polazi od perioda u kojem je dominirao medicinski pristup. Autori kao što su Peter Clough i Jenny Corbett (2002), već sami naziv ovog perioda povezuju sa logikom promatranja i cjelovitog odnosa spram osoba posebnih potreba: u centru interesovanja je deficit, naglašava se bespomoćnost i slabost, a osobi koja se promatra (ili tretira) nametnuta je uloga pacijenta. Klijent je u takvoj poziciji pasivan, a osoba zadužena za rad sa ovakvim osobama je u ulozi “nadređenog”.

«medicinski model»	
fokusiran je na: bolest etiologiju problema patologiju specifični tretman reagirajuća mjerenja	više nego na: zdravlje individualno iskustvo vanjske faktore cjelovitu podršku preventivna mjerenja

Tabela 1. Neke karakteristike “medicinskog modela”
Adaptirano prema Baley, J. (1998, prema Clough and Corbett, 2002, str. 11).

Sa aspekta škole i dominantnog oblika građenja odnosa u procesu edukacije, ovaj model reducira mogućnost šire društvene intervencije (ili ulogu razrednog ozračja), pa je učenik samo objekat u interakciji. U tom smislu, učenicima posebnih potreba i nije bila namijenjena mainstream škola, već odvojeni program u okviru specijalnih škola i razreda.

No, kritika koja se izriče kada se govori o ovom modelu, mnogo više je usmjerena na samu suštinu interpretacije i generalnog percipiranja osoba posebnih potreba. U okviru ovog modela, društvo praktično intervenira otvarajući specijalne institucije u kojima nakon smještaja, prestaje dalje interesovanje za takve osobe. Oni se u takvim institucijama predaju na brigu specijalnim službama, te od najranijeg djetinjstva bivaju isključena i distancirana od društva. Kao nesposobnima da privređuju, stvaraju dohodak i budu "korisnim" članovi društva, njima je bila namijenjena uloga potpuno marginaliziranih članova, bez adekvatne brige, pažnje i ljubavi koje se mogu naći samo u primarnom socijalnom jezgri i lokalnoj zajednici, te u okruženju vršnjaka.

Pored ovako intoniranih kritika, zapaža se i dehumanizirajući karakter odnosa terapeut – pacijent, u kojem se pored autoritarne pozicije prvih, pojavljuje i efekat rangiranja. Kritički odnos prema medicinskom modelu naglašava i nespremnost da se pozicija profesionalno – centrirane brige i podrške usmjeri više na vođenje zdravstvene zaštite, u kojoj bi pacijent imao aktivniju ulogu (Bailey, 1998; prema Clark, Dyson and Millward, 1998).

Pozivajući se na nalaze i istraživanja Eastman i Oates, Bailey (prema Clark, Dyson and Millward, 1998, str. 52) nudi definiciju i proširuje razumijevanje medicinskog modela kroz pet ključnih elemenata:

Pažljivo proučavanje problema s ciljem pronalaženja uzročnih faktora. Ovo uključuje prikupljanje podataka kako bi se shvatio medicinski aspekt problema.

Eksperimentalna faza radi dijagnosticiranja najefikasnijeg tretmana liječenja.

Intervencija kroz koju se podrazumijevao određeni tip tretmana.

Rigorozna evaluacija rezultata eksperimenta i tretmana.

Dugoročno praćenje pacijenta s ciljem bilježenja napretka, vrednovanja uspješnosti tretmana i mogućih štetnih efekata.

Najslikovitiji primjer funkcioniranja odnosa terapeut – pacijent, u okviru medicinskog modela, moguće je prepoznati kroz razvoj shvatanja pojma "poteškoće u učenju" (learning disabilities).

Pojašnjenja i primjedbe medicinskog modela	Obrazloženje komentara	Autori
Sužen i redukcionistički pristup; pacijenti se promatraju sa aspekta individualne patologije; skrb je usmjerena na psihološke uzročnike i bolest, pa fragmentiranje u pristupu često zanemaruje društvene uzročnike	Istraživanje sugerise da cjelovitiji pristup uz istovremeno uvažavanje psiholoških i socioloških faktora unapređuje zdravstvenu brigu	Reed and Watson (1994)
Medicinski model poklanja nedovoljnu pažnju ulozi klijenta u procesu liječenja; klijentu se nameće receptivna i pasivna uloga	Uključivanje pacijenta s ciljem preuzimanja odgovornosti za napredak u liječenju dokaz je za potrebom aktivnije uloge i modela usmjerenog na participaciju	Chewning and Sleath (1996)
Dominirajuća paradigma znanstvene medicine ugrožava prava pacijenta; pacijentu je uskraćen subjektivni sadržaj; organi i tkivo su u centru pažnje; mali značaj se poklanja mogućnostima i sposobnostima pacijenta	Potiče raspravu o filozofskim utemeljenjima i ljudskim pravima	Stambolovic (1996)
Medicinsko osoblje je u privilegovanom položaju u odnosu na pacijente, kojima je namijenjena uloga onih koji se trebaju sažaljevati	Zagovara pomak od akutne brige ka društveno utemeljoj zdravstvenoj zaštiti s ciljem uključivanja zajednice u partnerski odnos, a sve zbog činjenice da ovakav pristup nije moguć u okviru medicinskog modela	Schroeder (1994)
Dijagnosticiranje je srž medicinskog modela; to je multifunkcionalan i složen proces	Dijagnoza počiva na četiri razloga: opisu, klasifikaciji i taksonomiji; predviđanju prognoze; ustanovljavanju terapije; te razumijevanju patologije	Eastmen (1992)

*Tabela 2. Pregled komentara i kritika medicinskog modela
Adaptirano prema Bailey, J. (prema Clark, Dyson and Millward, 1998,
str. 51.)*

Tradicionalna razumijevanja poteškoća u učenju razvili su kroz svoje radove Strauss i Lehtinen (1947, prema Stenberg & Spear-Swerling, 1999). Njihov rad bio je baziran na opserviranju djece čiji su se problemi u školovanju i ponašanju na sličan način ispoljavali kao i kod djece sa dijagnosticiranim oštećenjima na mozgu. Istovremeno, oni su se bavili i ispitivanjima koja su imala za cilj da se utvrdi stupanj povezanosti između školskog neuspjeha učenika i problema u ponašanju, prvobitno pretpostavljajući da razlozi za obje pojave počinju u određenim oštećenjima mozga. Ovakav način razmišljanja imao je za konsekvencu preovladavajuće mišljenje tokom 60-tih godina po kojima su se za poteškoće u učenju po pravilu uzroci tražili u neurološkoj i patološkoj prirodi.

Termin “poteškoće u učenju”³ uveo je Kirk (1962, prema Stenberg & Spear-Swerling, 1999) da bi opisao učenike koji “ispoljavaju retardiranost, poremećaj ili usporeni razvoj u jednom ili više procesa kao što su govor, čitanje, pisanje, aritmetika, ili ostali problemi koji su rezultanta psihološkog hendikepa uzrokovanog mogućim cerebralnim disfunkcijama i/ili poremećajima (smetnjama) emocionalnog ponašanja”. U kasnijim radovima, korištene su različite varijable kao indikatori patologije mozga u slučajevima poteškoća u učenju, pa tako:

Kerpart govori o *neadekvatnosti u motornom razvoju*,

Prema Frostingu i Wepmanu to je *vizuelna i auditivna percepcija*,

Kirk & Kirk isto prepoznaju kao *psiholingvističku sposobnost*

Connor kao *vještinu memorijskog i informacijskog procesuiranja* (sve prema Stenberg & Spear-Swerling, 1999).

Tokom proteklih desetljeća brojne definicije imale su za cilj opisati djecu sa oštećenjima mozga, hiperkinetikom⁴,

³ U literaturi na engleskom jeziku: “learning disabilities”.

⁴ Prema Defektološkom leksikonu (1999., str. 417.), hiperkinetički sindrom, svodi se na puku disharmoničnost u razvoju struktura psihomotorike i ličnosti djeteta u cjelini. Na simpozijumu o hiperkinetičkom sindromu održanom u Londonu 1962.godine, učesnici su iznosili različite opise ove kliničke pojave, koristeći pri tom i svoje termine. Utvrđeno je da se sve opisane kliničke slike svode na slijedeća četiri simptoma: *poremećaj pažnje, povišena potreba za pokretom i kretanjem, impulsivnost i slab uspjeh u školi*.

neurološkim poteškoćama, disleksijom⁵ i afazijom⁶. Svi ovi različiti termini na sličan način su tretirani s obzirom da za polazište izučavanja poteškoća u učenju uzimaju pretpostavku da uzroci za istu počinju u mozgu. Preciznije rečeno, neuspjeh učenika razumijevan je kao individualna patologija, pripisujući se medicinskom/zdravstvenom stanju. Svjetska neurološka federacija⁷ definisala je razvojnu disleksiju kao: “poremećaj manifestovan teškoćama u učenju čitanja uprkos konvencionalnim instrukcijama, adekvatnoj intelektualnoj sposobnosti i socio-kulturološkim mogućnostima”.

Uprkos pojednostavljenom načinu promatranja deficita i protivrječnosti neuspjeha u školovanju, sva ova razmatranja nisu mogla zaobići kritičke osvrte. Tradicionalni model promatranja poteškoća baziran je na medicinskom modelu po kojem su *simptomi* bolesti znak izražene *patologije*. Precizna *dijagnoza* treba da identifikira patologiju i otvori put ka odgovarajućem *tretmanu*. Tretman treba da neutrališe patologiju i pruži odgovarajući *lijek*. Npr.:

Simptom →	školski neuspjeh
Patologija →	insistiranje na neurološkom deficitu
Dijagnoza →	psihološka testiranja
Tretman →	individualizacija (IEP – individualized education program)

Iako ovakav postupak realizatore čini svojevrsnim “specijalistima”, ostalo je neriješeno pitanje između formalne definicije, karakteristika učenika identificiranih kao «učenici s poteškoćama u učenju» i mogućih (adekvatnih) dijagnostičkih instrumenta ili kliničkih procedura.

⁵ Prema Defektološkom leksikonu (1999., str. 110.), «disleksija podrazumijeva teškoće u učenju čitanja koje se ispoljavaju kod neke djece, dok su teškoće u toj oblasti već savladali njihovi vršnjaci iste inteligencije, istog sistema i kvaliteta obuke i sličnih porodičnih i socioekonomskih uvjeta života».

⁶ Afazija (aphasia; grč.a – bez, phanai – govoriti) podrazumijeva «gubitak ili poremećaj stečenih jezičkih funkcija prouzrokovan oštećenjem mozga. Ispoljava se poremećajem jednog ili više aspekata složenog procesa verbalne komunikacije koji može da se manifestuje teškoćama u razumijevanju, imenovanju, spontanom govoru, ponavljanju, čitanju, pisanju ili verbalnom mišljenju» (citirano prema: Defektološki leksikon, (1999). Beograd, str. 34.)

⁷ izvorno: «World Federation of Neurology»

Nasuprot prvobitnim analizama, naknadne dijagnostičke procedure sa djecom označenom kao «djeca s poteškoćama u učenju», rijetko su pokazivala vidljive znakove neuroloških problema, ili različitih formi psiholoških poremećaja. Shepard, Smith i Vojir (1983, prema Stenberg & Spear-Swerling, 1999) ustanovili su kako u populaciji učenika sa poteškoćama u učenju manje od 1% njih pokazuju neurološke znakove teškog oštećenja mozga, neznatna manjina učenika pokazuju više dvoznačne znakove (prije kao neurološko-razvojne razlike nego kao defekte). 4, 7% demonstriraju kliničke znakove “visoko-kvalitativnih dokaza” procesuiranih dokaza i 11, 1% markirano je kao “srednje-kvalitativni” klinički dokazi deficita. Više od 97% učenika sa poteškoćama u učenju u ovom istraživanju ne pokazuju znakove psihičkih nedostataka. Zakratko su, u tom smislu, mnoga istraživanja unosila konfuziju po pitanju ustanovljavanja dokaza o strogom razlikovanju između školskih postignuća i potencijala. Tako su se, u principu, sva dotadašnja istraživanja svodila na pretpostavke kako će učenici sa ranijim slabijim uspjehom imati i ubuduće slabije rezultate, dok će djeca kod koje su ustanovljeni određeni neurološki nedostaci i imaju slab uspjeh, i ubuduće imati slabe rezultate zbog slabog potencijala.

Medicinski model počiva na pretpostavci kako će tačna dijagnoza rezultirati tačnim tretmanom. Ipak, u heterogeno formiranim grupama učenika označenih kao učenici s poteškoćama u učenju (a u kojima su bili i oni sa blagim nesposobnostima), mnoge metode i instruktivne tehnike nisu rezultirale uspjehom. Tako su mnoga istraživanja pokazala da različite tradicionalne pretpostavke bivaju neprimjenljive u školskoj praksi.

* * *

Premda se u većini teorijskih razmatranja razdvajaju medicinski i psihologijski pristup osobama posebnih potreba, moguće je susresti se i sa poistovjećivanjima u razumijevanju ova dva pristupa. Tako Clough (2002) poistovjećivanje ova dva pristupa ne prepoznaje samo u njihovoj istovremenoj prilagodljivosti na teorijskoj i prepoznatljivosti na praktičnoj ravni. U stvarnosti, jasno shvaćanje ovih termina nastupilo je tek u periodu kritičkog odnosa spram njih. Clough naglašava i to da razumijevanje ovih pojmova “ne obuhvata samo konceptualni

identitet, već uključuje i operacionalno značenje” (Clough, 2002., p.11).

Potreba da se pristup osobama posebnih potreba određuje medicinskim tretmanom i klinički orijentiranim testiranjima, zahtijevali su, prevashodno, angažman liječnika, psihijatara, te u najmanjem obimu školskih psihologa. Ispitivanja su uglavnom uključivala jednu sesiju, tokom koje bi se uz normativno testiranje i projektivno testiranje ličnosti, donosili sudovi, određivao tretman i “pacijent” eventualno upućivao u odgovarajuće kategorije unutar specijalnih škola.

Uslijed izlaganja osoba posebnih potreba testiranju, uz segregaciju se javljao i problem stigmatizacije, kategorizacije i, općenito, svakog oblika markiranja. Istovremeno, ništa se nije poduzimalo na planu mijenjanja stavova “sposobnih” članova društva kako bi oni bili spremni tretirati osobe posebnih potreba kao ljudska bića (u punini tog značenja). Oba navedena modela bavila su se samo vidljivim manifestacijama potencirajući zatečeno stanje, bez konkretnih ciljeva u smislu prihvatanja ovih osoba unutar društva, ne dajući recepte koji bi uključili društvenu intervenciju. Tako je škola, pravilima nametnutim izvana, ostajala zatvorenom za osobe posebnih potreba, zatvarajući oči pred konkretnim problemima, prepuštajući brigu specijalnim službama.

Ipak, i pored činjenice da veliki broj autora, koji se bave pitanjem inkluzije, insistiraju na kritičkom odnosu spram medicinskog i psihologijskog modela, od iznimnog je značaja naglasiti kako u svim ovim kritikama ne treba pretjerivati. Istina je, zapravo, da su ova dva modela bila zaokupljena poboljšanjem stanja osoba posebnih potreba, te ih, u tom smislu, treba tako i promatrati. Mnogi elementi i karakteristike ovog perioda i daljnje su aktuelni, a u nešto drugačijem općedruštvenom kontekstu, osnovna obilježja dijagnoze i tretmana ne prestaju da važe. U najkraćem, modeli iz kojih se iznjedrila ideja inkluzije mnogo više su bili upućeni na bitno mijenjanje svijesti drugih članova zajednice spram osoba posebnih potreba.

Izrastanje novog modela

Model deficita po prvi put je ponudio nešto humaniji pristup, dopuštajući osobama posebnih potreba da u izvjesnom

smislu budu dijelom škole i društva. U okviru ovog modela po prvi put se javlja pojam integracije, otvarajući mogućnost postupnog i djelimičnog uključivanja djece s manjim teškoćama u postojeći, redovni sistem edukacije.

Socijalni model je, zapravo, prvi istinski otvorio pitanje društvene odgovornosti i intervencije, naglašavajući potrebu mijenjanja dominirajućih uvjerenja, vrijednosti i stavova. Prema socijal-konstruktivistima, testiranje i ispitivanje nisu dovoljni kako bi se ustanovila geneza specifične potrebe. U tom smislu, neophodan je mnogo složeniji proces koji uključuje upravo spomenuto mijenjanje društvene stvarnosti. Potencirajući uvjerenje kako je stvarnost onakva kakvom je mi konstruiramo⁸, socijal-konstruktivisti nastoje obeshrabriti nastojanja koja tendiraju svim vrstama stigmatiziranja i kategorizacije⁹. Nasuprot ovome, prethodni, individualistički model, nudio je isključivo tri stupnja prihvatanja stavova:

eksternalizaciju,
objektivizaciju i
internalizaciju.

Ova tri stupnja predstavljaju put informacije od nametnute "istine" ka općeprihvaćenoj "istini". U konkretnom primjeru, stigmatizirani učenik biva prihvaćen takvim kroz nametnute obrasce razmišljanja, sve do same internalizacije shvatanja šire (školske ili razredne) zajednice. Markirani pojedinac osuđen je na nametnutu ulogu, bez mogućnosti ili pružanja šanse da se predstavi u drugačijem svjetlu.

U cilju mijenjanja procesa od nametnute "istine" ka stigmatizaciji, socijalni model nudi proces "analiziranja" koji predstavlja reverzibilni tok razmišljanja:

konstrukciju,
dekonstrukciju i
rekonstrukciju.

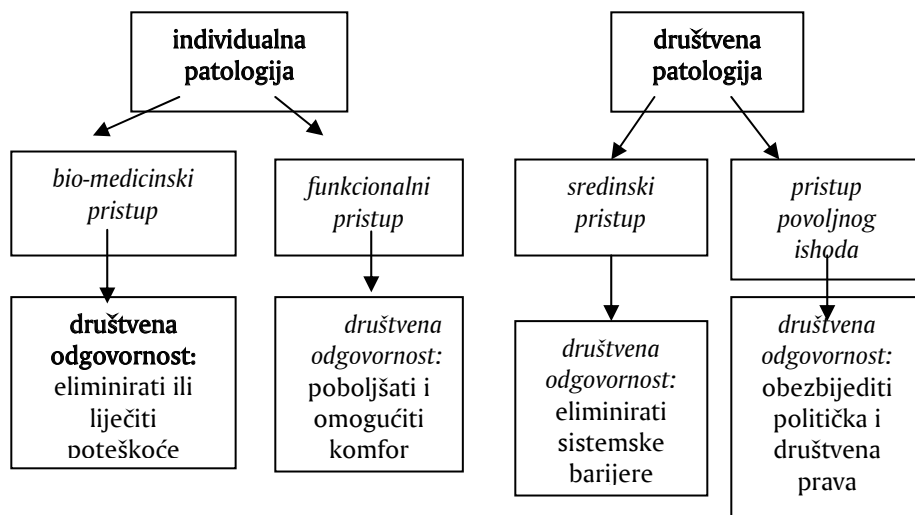
Ovaj reverzibilni proces počinje od pitanja: "zašto je neki učenik stigmatiziran", a završava mijenjanjem društvenog, školskog ili razrednog ambijenta, eliminirajući uzroke markiranja

⁸ radi usporedbe vidjeti Stainback, S. & Stainback, W., (1996). Inclusion, a guide for educators, Baltimore: Brookes Publishing Co.

⁹ opširnije: Clark, C., Dyson, A., and Millward, A., (1998). Theorizing special education, London: Routledge.

i segregacije. Na ovaj način, socijalni model ističe individualna prava pojedinca i traži rekonstrukciju i intervenciju društva.

U svojim razmatranjima odnosa pojedinac-društvo, društvo-pojedinac, M.R. Rioux¹⁰ nudi slikovit prikaz socijalne i sredinske formulacije posebnih potreba, od kojih su prve dvije rezultat individualne, a druge dvije rezultat socijalne patologije¹¹. Upravo u rasponu od individualne do socijalne patologije, moguće je i razumijeti suštinu zaokreta kada je u pitanju odnos spram osoba posebnih potreba.



Pozicija osoba sa posebnim potrebama promatrana sa aspekata individualne i društvene patologije

M.H. Rioux (1997).

Kao što prikaz demonstrira, bio-medicijski pristup predstavlja dio modela individualne patologije i apostrofira bio-medicijski uzrok posebnih potreba. Tretman koji se zagovara unutar ovog modela baziran je na potrebi hirurške intervencije, upotrebu lijekova, prenatalno snimanje i genetsku intervenciju.

¹⁰ Rioux M.H. (1997, april). *Disabilty: The Place of Judgment in a World of Fact*, Journal of Intellectual Disability, Volume 41, part 2, str. 102-111.

¹¹ Termin «patologija» ne treba poistovjećivati sa svim oblicima društvenih i individualnih devijantnosti, kao što su kriminal, asocijalno ponašanje, narkomanija i slično. Kontekst cjelokupnog rada M.H. Riouxu upućuje isključivo na poziciju osoba posebnih potreba.

Društvo kao činjenica potpuno je zanemareno, a pažnja je usmjerena na naslijeđene sposobnosti.

Funkcionalni pristup tretira funkcionalne nedostatke, te kako takvu osobu pripremiti da bude funkcionalni i u što većoj mjeri produktivni član društva. Unutar ovog modela istražuju se putevi unaprijeđenja vještina i sposobnosti u cilju podizanja korisnog pripadnika zajednice.

Socio-politička priroda deficita podrazumijeva pod poteškoćom naslijeđe socijalne strukture. Unutar socijalne patologije, pristup koji razmatra uticaj sredine teži dokazati kako društvo ima glavnu ulogu u prilagođavanju mikro i makro nivoa osobama posebnih potreba. Društvena odgovornost počiva na činjenici da je upravo ono (društvo) najodgovornije za otklanjanje sistematskih barijera koje onemogućavaju ili otežavaju socijalnu integraciju.

U okviru ovog modela, pristup “najpovoljnijeg ishoda” zagovara tezu da je društvo najodgovornije za nepovoljnu poziciju osoba posebnih potreba. Glavni cilj ovog pristupa je osvijestiti druge članove zajednice kako bi se kroz sistematska rješenja i društvenu podršku osigurao dostojanstven položaj osoba posebnih potreba.

Tako se na temeljima socijalnog modela javlja ideja inkluzije. Razmatranje navedenih modela nužno nas vraća na potrebu razumijevanja inkluzije kao koncepta koji ima za cilj obezbjeđenje neophodnih prava svakog pojedinca. Ona sama po sebi nema ambiciju izjednačiti sve ljude, nego apostrofirati važnost uvažavanja svakog pojedinca.

Slijedeći ideje socijalnog modela, proklamiran je osnovni dokument UN-a, Standardna pravila za izjednačavanje mogućnosti za osobe sa invaliditetom (48. Zasedanje Glavne skupštine UN, 20.12.1993., Rezolucija 48/96). Ovaj dokument nudi smjernice za politiku svih država, ističe obavezu država da osiguraju sva potrebna prava kao što su prava na zdravstvenu zaštitu, pomagala i rehabilitaciju. Traži se zakonsko eliminiranje svih prepreka koje osobe posebnih potreba distanciraju od društvenih tokova, između ostalog i od prava na obaveznu edukaciju, stručno usavršavanje i zapošljavanje.

Dualni i objedinjeni sistem školovanja

Razlike dualnog i objedinjenog sistema¹² na sažet način predstavljene su tabelom:

Kategorija	Dualni sistem	Objedinjeni sistem
Karakteristike učenika	Dihotomija učenika na specijalne i regularne bazirana na "normalnim" i "devijantnim" karakteristikama	Uvažavanje učenikovih intelektualnih, fizičkih i psiholoških karakteristika i specifičnosti
Individualizacija	Individualizacija za učenike označene kao "specijalni"	Individualizacija za sve učenike
Instrukcione strategije	Potreba korištenja specijalnih strategija za "specijalne" učenike	Odabir najpovoljnije metode za poučavanje s obzirom na učenikove sposobnosti i potrebe
Tip edukacijske podrške	Podobnost općenito vezana za pripadnost određenoj kategoriji	Podobnost bazirana na potrebama svakog učenika
Dijagnosticiranje	Identifikacija bazirana na kategorizaciji	Identifikacija bazirana na specifičnim potrebama svakog učenika
Profesionalni odnosi	Vještačke barijere podstaknute natjecanjem i otuđenjem	Promoviraju kooperativnost i saradnju
Kurikulum	Determiniran pripadnošću određenoj kategoriji	Prilagođen individualnim potrebama
Pažnja se posvećuje...	Da li je učenik sposoban pratiti redovni program; ako nije, tada se upućuje na specijalnu edukaciju	Regularni edukacijski program prilagođen potrebama svih učenika
"stvarni" svijet	Neki učenici educiraju se u vještačkom "specijalnom svijetu"	Svi učenici educiraju se u regularnim školama
Stavovi	Sažaljenje upućeno učenicima koji ne mogu pratiti redovnu nastavu	Svim učenicima pruža se prilika za normalnu i regularnu edukaciju

Adaptirano prema Stainback, Stainback & Bunch (1989)

¹² Izvorni termin «Unified system» (prema: Stainback, Stainback & Bunch, 1989), preveden je kao «objedinjeni sistem», a navedeni prijevod preuzet iz magistarske teze «Inkluzija u djelu Vigotskog», kolege Harisa Cerića.

Postojeći školski sistem u mnogim zemljama, pa i u Bosni i Hercegovini, izgrađen je na temelju podjele: “regularne” i “specijalne škole”. Već ovakva podjela budi sumnju u stupanj moguće implementacije inkluzije, bar u samom začetku realizacije, te u mnogim svojim postavkama svjedoči mnogo veću bliskost medicinskom nego socijalnom modelu. Stoga razmatranja rješenja koja vode ka mogućem prevazilaženju ove dvojnosti obrazovnog sistema predlažu stvaranje objedinjenog školskog sistema (Stainback, Stainback & Bunch, 1989), kao bitne pretpostavke za eliminiranje svakog oblika segregacije i uvođenja inkluzije.

Premda ponuđeni prikaz budi osjećaj futurističkog i utopijskog nadahnuća, vrijedi razmisliti o ključnim pojmovima koji se daju prepoznati u ova dva koncepta. Ako u dualnom sistemu dominiraju pojmovi: specijalni i regularni, kategorizacija, specijalne strategije za specijalne učenike, natjecanje i otuđenje, te termin “neki” (učenici); tada na drugoj strani, kod objedinjenog sistema dominiraju pojmovi: prilagodba metoda, odgovarajuće potrebe, kooperativnost, saradnja i “svi” (učenici). Čini se kako već novi set pojmova, sam po sebi, provocira na zapitanost u kolikoj mjeri su ovakvi kvaliteti bili prisutni do sada i u redovnim školama.

Umjesto zaključka

Premda se ideja inkluzije pretežno razumijeva kao koncept koji nastoji uključiti u redovne škole djecu posebnih potreba (u smislu različitih psiho-fizičkih deficita), raspoloživa teorijska promišljanja i praksa nerijetko inkluziji pripisuju ambiciju promatranja svakog djeteta djetetom “posebnih potreba”.¹³ To bi značilo da inkluzija na jednak način treba da bude zaokupljena brigom i o talentiranoj djeci, kao i svim drugim kategorijama djece koja su stigmatizirana ili marginalizirana. Ipak, u ovom radu, inkluzija u obrazovanju promatrana je isključivo u kontekstu novog odnosa prema djeci sa određenim poteškoćama u učenju i ponašanju.

Organizacija škole, kao mjesta ostvarivanja inkluzije u obrazovanju, odraz je društveno prihvaćenih normi i vrijednosti.

¹³ U tom slučaju, bilo bi teško ustanoviti jasnu razliku između individualizacije i inkluzivnog obrazovanja

Ukoliko je društvo otvoreno za eliminiranje svakog oblika segregacije, tada će i škola imati veće šanse implementirati vrijednosti inkluzije u obrazovanju. Upravo kroz razumijevanje promjena koje su se desile u rasponu od medicinskog do socijalnog modela, moguće je razumjeti i promjene koje su zahvatile i samu školu. Od nekadašnje potpune razdvojenosti na redovne i specijalne škole, stiglo se do ozbiljnih promišljanja o mogućnostima objedinjavanja do razine potpunog uključivanja djece posebnih potreba u mainstream škole.

Međutim, stiče se dojam kako inkluziju u obrazovanju za sada prate samo slogani i razučene definicije, ali pri tome izostaju konkretna metodička rješenja. Kao što se da vidjeti, pred inkluzivno obrazovanje se postavljaju brojne zadaće koje dobrim dijelom zadiru u probleme zvanične politike i onoga što bi trebali riješiti političari na svim nivoima društvenog organiziranja. Ambicija da se razriješe svi problemi koji su sedimentirani tokom proteklih decenija je, u osnovi plemenita, ali često i prezahtijevna.

Na tragu prethodno rečenog, nedvosmisleno se nameće zaključak kako bi inkluziji u obrazovanju bilo neproduktivno prilaziti sa neodmjerenim ushićenjem u jednakoj mjeri kao ni što pretjerana sumnjičavost ili sklonost neumjerenoj kritici zatvara prostor za preispitivanje objektivnih mogućnosti i prednosti ovakvog načina organiziranja nastave.

S obzirom da inkluzija jeste jedan humaniji pristup obrazovanju te podrazumijeva i brigu za svako dijete, tada bi se djelovanjem nastavnika mogli nadati nekoj "novoj" školi, a potaknuti razmišljanjem o etimologiji pojma "škola". Promišljajući o potrebama djece i sve većim problemima koncentracije, Winkel (1996, str. 110-111) nas vraća izvornom shvaćanju pojma "s'chola":

"S'chola su Grci nazivali klupu na rubu arene u Ateni. Na njoj se nije borilo, nego odmaralo; s nje se nije promatralo niti gledalo u daljinu, nego se razmišljalo i zadubljivalo u samog sebe; nju nitko nije demolirao, nego su je naprotiv štitili svi koji su smatrali da su razmišljanje, mir i prisebnost isto tako važni za razvoj čovjeka..."

Literatura

- Banks, J. & McGee Banks, Ch.A., (1997). Multicultural Education, Issues and perspectives, New York, John Wiley & Sons Inc.
- Booth, T., Ainscow, M., Black-Hawkins, K., Vaughan, M., & Shaw, L., (2000). Index for Inclusion, Developing learning and participation in schools, Bristol, UK: CSIE
- Clark, C., Dyson, A., Millward, A.J., & Skidmore, D., (1997). New Directions in Special Needs, Innovations in mainstream schools.
- Clark, C., Dyson, A., & Millward, A., J., (2002). Theorising Special Education, RoutledgeFalmer, New York.
- Clough, P., (1998). Managing Inclusive Education, From Policy to Experience, SAGE Publications, London.
- Clough, P., Corbett, J., (2000). Theories of Inclusive Education, SAGE Publications, London.
- DEFEKTOLOŠKI LEKSIKON, (1999). Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.
- Hegarty, S., Pocklington, K., & Lucas, D., (1984). Educating Pupils with Special Needs in Ordinary Schools, NFER-Nelson Publishing Co.
- Hegarty, S., Alur, M., (2002). Education & Children with Special Need – From Segregation to Inclusion, SAGE Publications, London.
- Hinson, M., (1991). Teachers and Special Education Needs: Coping with change, Longman.
- Lipsky, D., K., & Gartner, A., (1996). Inclusion and School Reform, Transforming America's Classrooms, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Radoman, V., (1995). Empirijsko istraživanje stavova prema različitim hendikepima, naročito prema gluvoći i prema gluvima, U: Defektološka teorija i praksa, god. XXXIX, br.1, Beograd, 106-113.
- Rioux M., H., (1997, april) Disability: the place of judgment in a world of fact, Journal of intellectual disability, volume 41, part 2, pp 102-111, .
- Stainback, S., & Stainback, W., (1996). (Eds.) Inclusion a Guide for Educators, Baltimore: Brooks Publishing Co.

Stainback, S., Stainback & Bunch, (1989). Support Networks for Inclusive Schooling, Baltimore Brookes Publishing Co.

Sternberg, R.J. and Spear-Swerling, L., (1999). Perspectives on learning disabilities.

THE NEW HANDBOOK OF CHILDREN'S RIGHT, (2002). edited by Bob Franklin, London Routledge.

Thousand, J., S., & Villa, R., A., (1990). Restructuring for Caring and Effective Education: Piecing the Puzzle Together, Second Edition

Winkel R., (1996). Djeca koju je teško odgajati, Educa, Zagreb.

Zbornik radova, (2003). Inkluzija u školstvu u BiH, TEPA, Sarajevo.

Summary

The main aim of this short article is to offer summary of changes that have happened during the last four decades, and have determined certainly different approach as well as attitude toward persons with special needs. These changes, of course, have not happened suddenly, and the real effects are still not obvious, in regards to that process has not finished yet. New scientific findings, and certain consequences which produced growing up of new paradigm, are possible to observe within range from medical to social model. While the first one has offered divided school system, as well as etiquette, stigmatization, and marginalization, social model has opened widespread discussion about individual and social responsibility toward persons with special needs.

Although inclusive education strives to implement very complicate, and too often, unrealistic tasks, inclusion, as an effort to humanize social relationships, at least is worth thinking about.