

Praca zbiorowa pod redakcją Kazimierzy Krakowiak

# Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży



**Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowywania  
i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży  
z wybranymi specjalnymi potrzebami  
rozwojowymi i edukacyjnymi**



Praca zbiorowa pod redakcją Kazimierzy Krakowiak

# Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży

Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowywania  
i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży  
z wybranymi specjalnymi potrzebami  
rozwojowymi i edukacyjnymi

Ośrodek Rozwoju Edukacji  
Warszawa 2017

Praca zbiorowa pod redakcją  
prof. dr hab. Kazimiery Krakowiak

Zespół autorów:

dr Aleksandra Borowicz, dr Agnieszka Dłużniewska,  
dr hab. Ewa Domagała-Zyśk, dr Renata Kołodziejczyk,  
prof. dr hab. Kazimiera Krakowiak, dr hab. Bogusław Marek,  
dr Ewa Niestorowicz, dr hab. Jolanta Panasiuk,  
dr Magdalena Szubielska

Recenzja naukowa:

prof. dr hab. Stanisław Grabias  
dr hab., prof. APS Bernadeta Szczupał

Konsultacja merytoryczna:

Izabella Lutze

Redakcja językowa i korekta:

Elżbieta Gorazińska, Karolina Strugińska

Konsultacja tekstów w wersji angielskiej:

Elżbieta Witkowska

Projekt okładki, opracowanie graficzne, skład:

Barbara Jechalska

Na okładce wykorzystano zdjęcia: © Christian Schwier/Fotolia.com; © lordn/Fotolia.com;

© WavebreakMediaMicro/Fotolia.com

ISBN 978-83-65450-95-1

© Copyright by Ośrodek Rozwoju Edukacji

Warszawa 2017

Wydanie I

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Aleje Ujazdowskie 28

00-478 Warszawa

[www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl)



# Spis treści

<b>Wstęp</b>	5
<b>Część 1</b>	
<b>Ogólne standardy, wytyczne i wskazówki do postępowania diagnostycznego w badaniach dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi</b>	9
<b>Rozdział 1.</b> Założenia koncepcji diagnozy specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży – <i>Kazimiera Krakowiak</i>	11
<b>Rozdział 2.</b> Diagnoza – definicja, klasyfikacje, modele, narzędzia – <i>Agnieszka Dłużniewska, Magdalena Szubielska</i>	20
<b>Rozdział 3.</b> Etapy diagnozy dziecka ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi – <i>Jolanta Panasiuk</i>	45
<b>Rozdział 4.</b> Zasady postępowania diagnostycznego w badaniach uczniów ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi – <i>Ewa Domagała-Zyśk, Agnieszka Dłużniewska</i>	58
<b>Część 2</b>	
<b>Adaptacje procesu diagnostycznego i narzędzi diagnostycznych</b>	69
<b>Rozdział 1.</b> Adaptacja procesu diagnostycznego – <i>Aleksandra Borowicz</i>	71
<b>Rozdział 2.</b> Wskazówki dotyczące dostosowania języka narzędzi diagnostycznych do specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych badanych osób – <i>Renata Kołodziejczyk, Kazimiera Krakowiak</i>	79
<b>Rozdział 3.</b> Graficzna forma narzędzi diagnostycznych a specjalne potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży – <i>Ewa Niestorowicz, Magdalena Szubielska, Bogusław Marek</i>	89
<b>Rozdział 4.</b> Możliwości dostosowania testów psychometrycznych do specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych badanych osób – <i>Magdalena Szubielska</i>	104
<b>Część 3</b>	
<b>Szczegółowe standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego</b>	119
<b>Rozdział 1.</b> Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniami wzroku – <i>Ewa Niestorowicz, Magdalena Szubielska, Bogusław Marek</i>	121
<b>Rozdział 2.</b> Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z uszkodzeniami słuchu – <i>Kazimiera Krakowiak, Aleksandra Borowicz, Agnieszka Dłużniewska, Renata Kołodziejczyk</i>	137
<b>Rozdział 3.</b> Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży ze spektrum autyzmu oraz zespołem Aspergera – <i>Jolanta Panasiuk</i>	154
<b>Rozdział 4.</b> Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z afazją dziecięcą – <i>Jolanta Panasiuk</i>	174

<b>Rozdział 5.</b> Standardy wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz trudnościami w uczeniu się – <i>Ewa Domagała-Zyśk</i>	195
<b>Rozdział 6.</b> Standardy wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży odmiennych językowo i kulturowo – <i>Kazimiera Krakowiak, Renata Kołodziejczyk</i>	206
<b>Zakończenie</b>	219
<b>Noty biograficzne</b>	221

**Ewa Domagała-Zyśk**

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Instytut Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Specjalnej

### **Standardy, wytyczne i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną oraz trudnościami w uczeniu się**

Uczniowie z trudnościami w uczeniu się stanowią grupę zróżnicowaną, zarówno ze względu na etiologię, jak i zakres doświadczanych trudności. Badając przyczyny i uwarunkowania tego zjawiska, wskazuje się bowiem zarówno na występowanie czynników biologicznych, jak i społecznych (Kupisiewicz, 1996; Domagała-Zyśk, 2004).

Biologiczne uwarunkowania obejmują przede wszystkim uszkodzenia centralnego układu nerwowego, jak również uszkodzenia sensoryczne i motoryczne powstałe na różnych etapach życia, zarówno w okresie prenatalnym, jak i w późniejszych latach życia dziecka. Wśród przyczyn społecznych wymieniane są zarówno te związane ze środowiskiem rodzinnym: typ rodziny, pochodzenie, struktura rodziny, jej status materialny, świadomość wychowawcza rodziców i inne, jak i te mające związek ze środowiskiem szkolnym. Wśród tych ostatnich ważną rolę odgrywa otoczenie: nauczyciel i rówieśnicy, ale także organizacja systemu oświaty oraz pracy szkoły i danej klasy.

Wysokie i wczesne nasilenie czynników utrudniających rozwój, np. głębokie uszkodzenie mózgu o charakterze genetycznym lub wrodzonym, może spowodować wystąpienie u dziecka niepełnosprawności intelektualnej różnego stopnia. Deficyty parcjalne, mikrouszkodzenia mózgu i inne czynniki o charakterze biologicznym mogą być z kolei przyczyną częściowych zaburzeń funkcjonowania, przejawiających się u dzieci i młodzieży przede wszystkim trudnościami w nauce.

Celem niniejszego rozdziału będzie omówienie standardów i wskazówek przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz trudnościami w uczeniu się.

#### **5.1. Uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną i trudnościami w uczeniu się – podział na grupy ze względu na zakres i rodzaj doświadczanych trudności**

Ta grupa uczniów została podzielona na cztery podgrupy, a jako kryterium podziału przyjęto zakres i rodzaj doświadczanych trudności:

1. Uczniowie z lekką niepełnosprawnością intelektualną.
2. Uczniowie o inteligencji niższej niż przeciętna, mający niespecyficzne trudności w uczeniu się.

3. Uczniowie ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się – z dysleksją, dysgrafią, dysortografią lub dyskalkulią.
4. Uczniowie z zespołem deficytów uwagi (ADD) oraz zespołem nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD).

Wszyscy ci uczniowie realizują podstawę programową kształcenia ogólnego i podlegają obowiązującym w szkołach procesom diagnozy pedagogicznej oraz sprawdzianom i egzaminom kończącym kolejne etapy edukacji. Uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim mają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, które może być realizowane w szkole specjalnej, w szkole integracyjnej lub w szkole ogólnodostępnej. Dla każdego z nich zespół specjalistów przygotowuje indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET), w którym zawarte są wskazówki dotyczące modyfikacji i adaptacji programów nauczania oraz metod i technik dydaktycznych. Uczniowie z wymienionymi powyżej trudnościami po przejściu diagnozy psychologiczno-pedagogicznej mogą otrzymać opinię potwierdzającą i określającą szczegółowo ich trudności oraz wskazującą ich mocne strony i możliwe formy wsparcia.

## 5.2. Konieczność dostosowania narzędzi diagnostycznych do specjalnych potrzeb uczniów

Uczniowie z trudnościami w uczeniu się, a także uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim w procesie diagnozy pedagogiczno-psychologicznej powinni mieć możliwość korzystania z narzędzi diagnostycznych dostosowanych do ich specjalnych potrzeb. Nowe narzędzia diagnostyczne powinny być przygotowywane zgodnie z zasadami projektowania uniwersalnego (*Universal Learning Design*), czyli takiego tworzenia usług i produktów, aby mogły być używane przez różne osoby, bez potrzeby adaptacji. Projektowanie uniwersalne w uczeniu się stanowi zatem pewien model edukacji, który – w oparciu o wyniki badań psychologicznych, pedagogicznych i neurobiologicznych – proponuje rozwijanie elastycznego (*flexible*) środowiska uczenia się, odpowiadającego specjalnym potrzebom edukacyjnym różnych grup uczniów (Rose, Meyer, Hitchcock, 2005).

Zasadniczo projektowanie uniwersalne odnosi się do procesu dydaktycznego. Zakładając jednak, że diagnoza psychologiczno-pedagogiczna stanowi element tego procesu, należy postulować korzystanie z modelu projektowania uniwersalnego także w zakresie tworzenia narzędzi diagnostycznych i projektowania procesu diagnozowania. Zgodnie z założeniami tego modelu należy zatem:

1. Zapewnić uczniom możliwość korzystania z różnorodnych form narzędzia diagnostycznego.
2. Stworzyć możliwość udzielania odpowiedzi na pytania diagnostyczne i rozwiązywania zadań diagnostycznych w różnych formach.
3. Stosować zróżnicowane sposoby motywowania ucznia do udziału w procesie diagnozy i wykazywania się pełnią swoich możliwości (por. także Gruszczyk-Kolczyńska, 2014).

### 5.2.1. Zasady projektowania uniwersalnego narzędzi diagnostycznych

W projektowaniu uniwersalnym powszechnie stosowanych jest siedem zasad równego dostępu (Scott, McGuire, Shaw, 2001; Rose, Harbour, Johnston, Daley, Abarbanell, 2006), które powinny być uwzględniane także przy konstruowaniu narzędzi diagnostycznych. Ich zastosowanie pozwoli na korzystanie z narzędzi nie tylko dzieciom i młodzieży nieprzejawiającym trudności w uczeniu się, ale także różnym grupom uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi – w tym uczniom ze specyficznymi i niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się, zespołem deficytu uwagi i nadpobudliwością psychoruchową oraz niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.



Poniżej omówiono **zasady projektowania uniwersalnego** oraz możliwości ich zastosowania w procesie tworzenia uniwersalnych narzędzi diagnostycznych i diagnozowania otwartego na zróżnicowane potrzeby uczniów.

1. **Zasada równości w dostępie** – polega na takim konstruowaniu narzędzi, aby były one w tym samym stopniu dostępne dla uczniów z trudnościami w uczeniu się i lekką niepełnosprawnością intelektualną, co dla innych uczniów. Oferta diagnostyczna powinna obejmować wszystkie narzędzia, które mogą okazać się przydatne w diagnozie uczniów z tej grupy. Ważne jest także, aby procedura badawcza była przeprowadzona w sposób dostosowany do potrzeb uczniów i aby umożliwiała każdemu z nich ujawnienie nie tylko indywidualnych problemów, ale także mocnych stron. Może to oznaczać np. wydłużenie pracy o czas potrzebny na zapoznanie się z poleceniami, podzielenie badania na etapy, możliwość korzystania z przerw w trakcie badania. Takie modyfikacje należy postrzegać jako wyrównywanie szans tej grupy uczniów w dotarciu do rzetelnej diagnozy, a nie jako „przywileje” czy „nieuprawomocnione ułatwienia”. Należy jednak zadbać także o to, by zastosowane modyfikacje i dostosowania nie wpływały na zafałszowanie wyników badania – np. jeśli mierzony jest czas wykonywania zadania, należy zmotywować ucznia do jak najszybszego jego wykonania i nie zezwalać na działanie poza wyznaczonym limitem czasowym.
2. **Zasada elastyczności użycia** – narzędzia powinny być tak przygotowane, aby mogły być używane w różnych formach, np.: drukowanej albo elektronicznej, w druku znormalizowanym albo z powiększoną czcionką, w wydruku czarno-białym albo na papierze innego koloru (z badań wynika, że osoby z dysleksją łatwiej czytają tekst na papierze w kolorach pastelowych). Jeśli narzędzie wymaga od badanego udzielania dłuższych odpowiedzi pisemnych (a badanie nie dotyczy sprawdzenia poprawności pisania), uczniom z trudnościami w pisaniu można zaproponować nagranie wypowiedzi na nośnik elektroniczny lub zapisanie jej na komputerze, co umożliwi im lepsze kontrolowanie poprawności zapisu.
3. **Zasada intuicyjności użycia** – instrukcje i polecenia do zadań powinny być wyrażone jasnym, precyzyjnym językiem – tak, aby nie zachodziła konieczność korzystania z dodatkowych objaśnień. Jeśli narzędzie ma postać elektroniczną, warto je tak przygotować, aby obsługa była intuicyjna i nieskomplikowana.
4. **Zasada dostępności informacji** – skuteczność przekazu informacji powinna być wzmocniona bodźcami wizualnymi (np. ilustracjami, symbolami), dźwiękowymi (np. zadaniu mogą towarzyszyć sygnały dźwiękowe czy komendy informujące o przejściu do kolejnego etapu lub zadania). W przypadku omawianej grupy uczniów należy zadbać przede wszystkim o używanie przystępnego, zrozumiałego języka (zarówno w instrukcjach pisemnych, jak i słownych), dostosowanego do możliwości percepcyjnych i poznawczych uczniów.
5. **Zasada tolerancji błędów** – narzędzie winno być tak przygotowane, aby popełnienie błędu (np. podczas zakreślania odpowiedzi czy zaznaczania jej na monitorze) nie niszczyło pracy ucznia, a błąd był możliwy do poprawienia. Wskazane, by w opcjach elektronicznych istniała możliwość automatycznego zapisu działań ucznia. Uczeń powinien mieć także możliwość powrotu do wcześniej zaznaczonych odpowiedzi i ich ewentualnej zmiany.
6. **Zasada niskiego poziomu wysiłku fizycznego** – zakłada się, że dzieci z trudnościami w uczeniu się wykazują wyższy poziom męczliwości, dlatego ważne jest, by procedura badawcza nie była dla nich zbyt męcząca. Uczniowie powinni mieć zapewnione przerwy w czasie badania, a w przypadku konieczności przygotowania dłuższych wypowiedzi pisemnych – zwłaszcza uczniowie z trudnościami w zakresie motoryki małej – powinni otrzymać więcej czasu na wykonanie zadania. Niektórzy mogą także potrzebować podzielenia standardowego procesu badania na krótsze etapy.
7. **Zasada dostępności przestrzennej** – dotyczy wielkości przyrządów i obiektów używanych w badaniach, a także wielkości arkuszy i elementów graficznych w narzędziach elektronicznych. Powinny one mieć odpowiednią wielkość – tak, aby zbyt mały rozmiar nie utrudniał

odnalezienia elementów zadania. Arkusze (zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej) powinny zawierać odpowiednio dużo miejsca na wpisanie odpowiedzi, aby brak wystarczającej przestrzeni nie przyczyniał się do obniżenia jakości wykonywanych zadań.

Zasady projektowania uniwersalnego wdrożone na etapie tworzenia narzędzia pozwalają na takie jego przygotowanie, aby bez dodatkowych dostosowań mogło być wykorzystywane przez jak najszerszą grupę odbiorców. Proponowane rozwiązania w niczym nie przeszkadzają i nie utrudniają pracy dzieciom i młodzieży bez specjalnych potrzeb edukacyjnych, natomiast mogą w znaczący sposób podnieść jakość diagnozowania uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz z trudnościami w nauce. Przykładem takich narzędzi może być pakiet diagnostyczny TROS-KA – modelowy zestaw narzędzi do diagnozy kompetencji społeczno-emocjonalnych uczniów szkoły podstawowej (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017 a; Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017 b).

### **5.3. Standardy i wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim**

Przez niepełnosprawność intelektualną rozumiemy zaburzenie, które charakteryzuje się znaczącymi ograniczeniami zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowań adaptacyjnych, wyrażających się w zdolności do tworzenia pojęć oraz umiejętnościach społecznych i praktycznych.

Istotą niepełnosprawności intelektualnej jest występowanie u ucznia szeregu ograniczeń w zakresie funkcjonowania podstawowych procesów poznawczych. Dzieci z tej grupy charakteryzują się niską zdolnością koncentracji uwagi, małą pojemnością i podzielnością uwagi, zwłaszcza wtedy, gdy konieczne jest skupienie się na treściach abstrakcyjnych, zbyt trudnych lub mało atrakcyjnych spostrzeżeniowo. Słabo rozwinięta jest także analiza i synteza – zarówno wzrokowa, jak i słuchowa. Dokonywana analiza jest niedokładna, chaotyczna, nie różnicuje części podobnych i wymaga dłuższego namysłu. Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie mają trudności z wyróżnieniem istotnych szczegółów (jakościowych, ilościowych, wielkościowych, znaczeniowych). Jednakże jeszcze większe problemy uczniowie ci mają z syntezą – nawet kiedy zauważą poszczególne części obrazu, mają trudności w powiązaniu ich ze sobą. Zakres wsparcia udzielanego niepełnosprawnemu intelektualnie uczniowi przez nauczyciela zależy od jakości procesów spostrzegania, która warunkowana jest nie tyle przez iloraz inteligencji dziecka, ile przez jego codzienne doznania i przeżycia (Obuchowska, 1991), zasoby doświadczenia życiowego oraz długość trwania nauki szkolnej.

U osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną zazwyczaj obniżona jest długotrwała pamięć mechaniczna oraz krótkotrwała i długotrwała pamięć logiczna. Jednocześnie obserwuje się u nich niską selektywność pamięci i ograniczenie jej pojemności. Czasem pojawiają się zmyślenia i konfabulacje luk pamięciowych (Sękowska, 1989). U większości osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną obserwuje się jednak stosunkowo dobrą pamięć mechaniczną. Stwierdzono także, że uczniowie z tej grupy są w stanie zapamiętywać określone treści sprawniej, jeśli podczas nauki pojawia się więcej powtórzeń na zróżnicowanym materiale poglądowym, łatwiej zapamiętują także treści nasycone emocjonalnie. U osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną zauważa się również opóźniony rozwój mowy. Ich słownictwo jest ubogie i nie zawsze adekwatne, zazwyczaj słownictwo bierne ma szerszy zakres od czynnego. Zdarza się, że uczniowie używają wyrażen bez rozumienia ich znaczenia. Jako istotne wymieniają cechy szczegółowe przedmiotów, ale utrudnione jest wykrywanie zależności, powiązań, kojarzenie, uogólnianie, porównywanie, rozumowanie przyczynowo-skutkowe, myślenie pojęciowo-słowne, wnioskowanie (Bogdanowicz, 1991).

### 5.3.1. Dostosowanie narzędzi diagnostycznych i procedury diagnostycznej dla dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Dostosowanie narzędzi diagnostycznych dla tej grupy dzieci i młodzieży polega na uwzględnieniu następujących wskazań:

1. Materiał diagnostyczny powinien być bliski doświadczeniom codziennym dzieci i młodzieży, odnosić się do znanych im zjawisk i czynności, które są one w stanie wykonywać pomimo kłopotów, jakie napotykają w codziennym życiu.
2. Ilustracje, symbole i schematy muszą być przygotowane w sposób czytelny, schematyczny, typowy dla danych zjawisk. Materiał wizualny powinien zawierać tylko elementy niezbędne w procesie diagnostycznym. Poszczególne elementy nie mogą zachodzić na siebie. Jeśli używane są kolory, poszczególne elementy ilustracji należy wyróżniać innymi barwami.
3. Polecenia do zadań oraz treść zadań powinny być formułowane w języku prostym, łatwym do zrozumienia. Należy unikać długich i skomplikowanych słów oraz określić nieprecyzyjnych i wieloznacznych czy też metaforycznych.
4. Jeśli uczeń zgłasza taką potrzebę, konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczonego na wykonanie zadań – o ilość czasu równą nawet 50% czasu podstawowego.
5. W trakcie badania warto podnosić motywację ucznia i mobilizować go do kontynuowania procesu badania – poprzez pozytywne wzmocnienia werbalne i niewerbalne.
6. W trakcie interpretacji wyników badań należy z dużą ostrożnością korzystać z norm przewidzianych dla określonego wieku – wskazane jest korzystanie z narzędzi, które mają opracowane normy dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.
7. W trakcie omawiania diagnozy należy wskazać nie tylko obszary problemowe, ale także mocne strony ucznia.

## 5.4. Wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się

Niespecyficzne (uogólnione, zwykłe) trudności w uczeniu się dotyczą sytuacji ucznia, który ma trudności w zakresie osiągnięcia celów edukacyjnych na danym etapie nauczania (Domagała-Zyśk, 2012 a; 2012 b). Trudności te mogą wiązać się z rozwojem na poziomie dolnej normy intelektualnej, wynikającym albo z ogólnie niskiego poziomu funkcjonowania poznawczego, albo z nieharmonijnego rozwoju dziecka. Wciąż jeszcze pedagodzy i psycholodzy spotykają się z sytuacjami, gdy ogólnie niski poziom funkcjonowania intelektualnego wynika z uwarunkowań kulturowo-społecznych. Czasem także na poziomie dolnej normy intelektualnej funkcjonują uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną, którzy dzięki wczesnemu wspomaganiamu rozwoju i/lub korzystaniu z terapii osiągają w testach wyniki zawyżone.

### 5.4.1. Podgrupy uczniów z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się

J. Kostrzewski i I. Wald (1981) dokonali podziału grupy uczniów z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się na podgrupy:

1. **Dzieci i młodzież zaniedbani pedagogicznie** – ich trudności w nauce wynikają z braku wiadomości, które posiadałyby, gdyby wychowywały się w środowisku bardziej korzystnym pod względem wychowawczym.
2. **Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim** – na skutek starannej stymulacji domu rodzinnego, ze względu na wysokie wyniki w niektórych podtestach testu inteligencji (np. w zakresie słownictwa) osiągają globalny wynik, który pozwala sytuować ich w normie intelektualnej.

3. **Dzieci i młodzież ze sprzężonymi deficytami parcjalnymi** – osiągają niskie wyniki w zakresie kilku kategorii testu inteligencji (np. spostrzeganie wzrokowe czy słuchowe), przy wysokich wynikach w innych kategoriach.
4. **Dzieci i młodzież o powolnym przebiegu funkcji intelektualnych** – osiągają niskie wyniki w podtestach, w których mierzony jest czas przeznaczony na wykonanie poszczególnych zadań.
5. **Dzieci i młodzież o inteligencji niższej niż przeciętna** (w sensie ścisłym) – osiągają niskie wyniki w większości podtestów, podczas gdy żadne z uprzednio wymienionych uwarunkowań nie tłumaczy takiego stanu.

Psychospołeczna charakterystyka funkcjonowania uczniów z tej grupy jest złożona. G. Kwaśniewska i A. Wojnarska (2001) uznają, że główny problem tych dzieci stanowią wolne tempo pracy intelektualnej i mniejsza samodzielność poznawcza. Zazwyczaj zaburzona jest u nich także pamięć słuchowa, która cechuje się węższym zakresem, mniejszą wiernością oraz nietrwałością (Kwaśniewska, Wojnarska, 2001). Osłabione są także inne funkcje (Kostańska, 1995): gorzej rozwija się umiejętność myślenia abstrakcyjnego, niskie są zdolności prowadzenia analizy, wyodrębniania cech istotnych, uogólniania, rozumienia związków przyczynowo-skutkowych i wnioskowania logicznego. Dominuje pamięć mechaniczna, która jednak okazuje się mało wierna i ma ograniczoną pojemność, charakterystyczna jest także koncentracja tych uczniów na zadaniach praktycznych i doświadczanie sporych trudności w radzeniu sobie z zadaniami wymagającymi myślenia abstrakcyjnego.

Od pierwszych dni nauki szkolnej dzieci te doznają trudności w zakresie uczenia się i doskonalenia umiejętności czytania, pisania oraz liczenia. Dzieje się tak pomimo ich początkowo silnej motywacji do uczenia się i dużego wysiłku wkładanego w pracę intelektualną. Trudnościom intelektualnym towarzyszą często problemy emocjonalne, wynikające z przeżywania frustracji, niepokoju i lęku szkolnego, które w złożonej formie mogą prowadzić do rozwinięcia się fobii szkolnej. Kłopot sprawia tym uczniom także przyswojenie norm społecznych, które często przecież opierają się na rozumieniu komunikatów językowych.

Dzieci i młodzież z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się narażeni są, nie tylko na konieczność radzenia sobie z problemami w nauce, lecz także na przeżywanie wielu sytuacji trudnych związanych ze sferą ich funkcjonowania w środowisku domowym i rówieśniczym (Witkowski, 1993). Odczuwają swoją pozycję w otoczeniu jako coś nienormalnego, pragną więc stać się podobni do innych. Martwią się swoją sytuacją i obwiniają się za przeżywane niepowodzenia, wykazują podwyższony niepokój, osłabioną motywację do pracy, utrwalają negatywny obraz samych siebie. Również w sferze rodzinnej nasilenie problemów jest u tych dzieci większe niż u ich rówieśników: mają one świadomość bycia dla swoich rodziców ciężarem – kimś, kto nie spełnia pokładanych w nim oczekiwań. Z drugiej strony ci młodzi ludzie martwią się także o swoją przyszłą rodzinę: czy zostaną przez kogoś wybrani jako kandydat na małżonka, czy będą w stanie zdobyć wykształcenie umożliwiające im znalezienie i wykonywanie pracy pozwalającej utrzymać rodzinę.

Młodzi ludzie z tej grupy przeżywają także liczne problemy w dwóch kolejnych badanych przez Witkowskiego sferach: zawodowej i społecznej. Podstawowy problem stanowi skrępowanie i zażenowanie odczuwane przez nich w sytuacji nawiązywania nowych znajomości: uczniowie zastanawiają się nad tym, co inni o nich myślą, jak są postrzegani przez rówieśników. Pragną być osobami bardziej popularnymi, ale mają też świadomość, że z powodu niskich wyników w nauce ich atrakcyjność jest obniżona. Problemy w relacjach z rówieśnikami ograniczają także ich pozycję w zespole klasowym i przyczyniają się do snucia przez nich przewidywań, że w przyszłości ich odmiennosć stanie się powodem trudności w trakcie poszukiwania pracy.

### 5.4.2. Dostosowanie narzędzi diagnostycznych i procedury diagnostycznej dla grupy dzieci i młodzieży z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się

Działania diagnostyczne adekwatne do potrzeb tej grupy powinny uwzględniać następujące wskazania:

1. Materiał diagnostyczny powinien dotyczyć codziennych doświadczeń dzieci i młodzieży.
2. Ilustracje, symbole i schematy muszą być przygotowane w sposób czytelny, powtarzalny, typowy dla danych zjawisk. Materiał wizualny powinien zawierać niemal wyłącznie te elementy, które są niezbędne w procesie diagnostycznym – wyraźnie wyeksponowane, łatwe do wychwycenia. Poszczególne elementy graficzne nie mogą zachodzić na siebie. Jeśli używane są kolory, konkretne części ilustracji należy wyróżnić innymi barwami.
3. Polecenia oraz treść zadań należy formułować w języku prostym, łatwym do zrozumienia. Należy unikać długich i skomplikowanych sformułowań oraz określeń nieprecyzyjnych.
4. Jeśli uczeń zgłasza taką potrzebę, konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczanego na wykonanie zadań – o ilość czasu stanowiącą do 50% czasu podstawowego.
5. Niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się często towarzyszy niska motywacja i słabe przekonanie o własnej sprawczości – dlatego konieczne jest w większym zakresie niż w odniesieniu do innych uczniów motywowanie i zachęcanie do podejmowania działań i ich kontynuacji – poprzez pozytywne wzmocnienia werbalne i niewerbalne.
6. W trakcie omawiania diagnozy należy wskazać nie tylko obszary problemowe, ale także mocne strony ucznia.

### 5.5. Wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się

Specyficzne trudności w uczeniu się to: dysleksja, dysgrafia, dysortografia i dyskalkulia. Zaburzenia te mają podłoże neurobiologiczne i przejawiają się jako kłopoty w zakresie płynnego rozpoznawania słów oraz jako niskie zdolności dekodowania oraz pisanie. Problemy te wynikają z deficytów fonologicznych, często nieproporcjonalnych do stosunkowo dobrego funkcjonowania poznawczego. Mogą także wystąpić trudności w czytaniu i rozumieniu czytanego tekstu oraz poprawnym pisaniu. Charakterystyczną cechą tych zaburzeń jest fragmentaryczny charakter doświadczanych przez dziecko trudności – przy ogólnie wysokim ilorazie inteligencji (pełnej normie intelektualnej) – uczeń ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu doświadcza wybiórczych trudności w zakresie dekodowania pojedynczych słów, co najczęściej jest wynikiem niedostatecznych umiejętności przetwarzania fonologicznego (Bogdanowicz, 2006).

Trudności te, w świetle definicji Międzynarodowego Towarzystwa Dysleksji (ang. *International Dyslexia Association* – IDA), są niewspółmierne do wieku życia oraz innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych, nie powstały także w wyniku ogólnego zaburzenia rozwoju ani zaburzeń sensorycznych (Bogdanowicz, 2005). Z kolei w przypadku specyficznych trudności w uczeniu się matematyki mówimy o występowaniu dyskalkulii, określanej jako specyficzne zaburzenie zdolności matematycznych w kontekście prawidłowego rozwoju umysłowego (Oszwa, 2005). Jednostkom tym towarzyszą często zaburzenia w zakresie psychomotoryki: obniżona spostrzegawczość wzrokowa, słuchowa oraz słaba sprawność manualna.

Wczesna diagnoza i terapia specyficznych trudności w uczeniu się pozwala w wielu przypadkach na wyeliminowanie lub znaczące zminimalizowanie trudności doświadczanych przez ucznia, co umożliwia wykorzystanie przez niego pełni swych predyspozycji intelektualnych, a w efekcie osiągnięcie sukcesu edukacyjnego.

### 5.5.1. Dostosowanie narzędzi diagnostycznych i procedury diagnostycznej dla dzieci i młodzieży ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się

Działania diagnostyczne adekwatne do potrzeb tej grupy powinny uwzględniać następujące wskazania:

1. Materiały diagnostyczne (z wyjątkiem narzędzi diagnozujących specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu) nie powinny zawierać elementów trudnych oraz podobnych percepcyjnie – zarówno pod względem werbalnym, jak i wizualnym (np. słów krab/karp) występujących obok siebie.
2. Materiał wizualny powinien być przygotowany w sposób czytelny, raczej schematyczny, ułatwiający percepcję elementów najważniejszych dla procesu diagnostycznego.
3. Jeśli w narzędziu występuje tekst do odczytania przez ucznia, powinien być przygotowany zgodnie z normami WCAG (ang. *Web Content Accessibility Guidelines* – zalecenia dotyczące tworzenia dostępnych serwisów internetowych): wyrównany do lewego marginesu (bez justify), podzielony na fragmenty, opatrzone nagłówkami, zawierający wyliczenia, wypunktowania, pogrubienia i inne elementy formalne ułatwiające czytanie; poszczególne fragmenty tekstu mogą być wydrukowane innym kolorem czcionki, a tło tekstu powinno być pastelowe.
4. Polecenia oraz treść zadań powinny zostać zapisane w sposób ułatwiający odczytywanie: czcionką bezszeryfową, o wielkości co najmniej 14 pkt, z podwójną interlinią.
5. Dla większości uczniów z tej grupy konieczne jest wydłużenie czasu przeznaczonego na wykonanie zadań – o ilość czasu stanowiącą do 50% czasu podstawowego.
6. W niektórych przypadkach silnej dysleksji lub u dzieci z grupy ryzyka dysleksji (z klas I–III) może być wskazane odczytanie instrukcji lub treści zadania przez diagnostę.
7. Jeśli procedura standardowa przewiduje wpisywanie rozwiązań na karcie odpowiedzi – uczeń ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu powinien mieć możliwość zapisywania ich bezpośrednio na arkuszu z zadaniami.
8. Uczniowie ze specyficznymi trudnościami w nauce mogą łatwo się zniechęcać, jeśli zadanie jest trudne: konieczne wydaje się zatem monitorowanie procesu diagnostycznego i wzmacnianie motywacji do kontynuowania badania.
9. W trakcie omawiania diagnozy należy wskazać nie tylko obszary problemowe, ale także mocne strony ucznia.

### 5.6. Wskazówki do przygotowywania oraz adaptacji narzędzi diagnostycznych i procesu diagnostycznego dla dzieci i młodzieży z ADHD

Nadpobudliwość psychoruchowa jest to zespół cech zachowania widoczny w postaci nadruchliwości fizycznej, zaburzeń koncentracji uwagi oraz labilności i nadreaktywności emocjonalnej (Kołakowski i inni, 2016). Opisując ją w sposób bardziej szczegółowy, można stwierdzić, że jest to złożone zaburzenie o charakterze neurobiologicznym, uwarunkowane nieprawidłowościami w zakresie działania neurotransmiterów – substancji chemicznych odpowiedzialnych za prawidłową pracę mózgu. Nieprawidłowości w zakresie ilości neurotransmiterów, jakości ich funkcjonowania oraz współpracy między nimi powodują, że mózg staje się mniej aktywny w zakresie zadań takich jak myślenie logiczne, wnioskowanie, kontrola i integracja funkcji zarówno poznawczych, jak i wykonawczych. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej manifestuje się trudnościami w trzech sferach: poznawczej, ruchowej i emocjonalnej. Uczniowie z ADHD mają więc trudności w zakresie koncentracji uwagi – zarówno na etapie rozpoczęcia wykonywania zadania, jak i w trakcie jego wykonywania – a także w doprowadzaniu pracy do końca. Jeśli trudnościami takim nie towarzyszą inne objawy, mówimy o zespole deficytu uwagi (ADD), który kilkakrotnie częściej diagnozowany jest u dziewczynek niż u chłopców.

W pełnoobjawowym zespole nadpobudliwości psychoruchowej trudnościami związanym z koncentracją towarzyszy także wzmożona ruchliwość i silna potrzeba ruchu (w tym potrzeba mówienia)

oraz labilność emocjonalna, trudności w zakresie wzbudzania wewnętrznej motywacji do działania oraz negatywny obraz siebie. Objawy ADHD są różne w zależności od stopnia zaburzenia, a ponadto zmieniają się z wiekiem, zwłaszcza wtedy, kiedy dziecko uczestniczy w terapii. Jednakże nawet jeśli w okresie adolescencji obserwujemy wyciszenie objawów ADHD, należy pamiętać, że diagnoza psychologiczno-pedagogiczna stanowi dla ucznia sytuację trudną, która może wywoływać jego niepokój i utrudniać koncentrację uwagi. Cechą ADHD u dzieci bywają zaburzenia w rozwoju motoryki: uczniowie okazują się mniej sprawni zarówno w zakresie motoryki całego ciała (mają trudności w koordynacji wzrokowo-ruchowej, potrzebnej np. do jazdy na rowerze czy uczestnictwa w grach zespołowych), jak i sprawności manualnej.

### **5.6.1. Dostosowanie narzędzi diagnostycznych i procedury diagnostycznej dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami koncentracji uwagi i zespołem nadpobudliwości psychoruchowej**

Działania diagnostyczne adekwatne do potrzeb tej grupy powinny uwzględniać następujące wskazania:

1. Miejsce prowadzenia badań powinno zostać tak przygotowane, aby nie było w jego obrębie żadnych niepotrzebnych dystraktorów, zarówno wizualnych, jak i dźwiękowych czy zapachowych. Uwaga ta dotyczy zarówno pomieszczenia, jak i biurka lub stołu, przy którym wykonywane są badania.
2. Polecenia należy formułować w sposób zdecydowany, krótki, konkretny i precyzyjny, wskazując, od czego uczeń powinien rozpocząć wykonywanie zadań.
3. Narzędzia (arkusze, plansze) powinny mieć przejrzystą strukturę, zawierać tylko elementy niezbędne, bez dodatkowych elementów graficznych.
4. Procedura badawcza powinna uwzględniać wyższy poziom męczliwości dzieci – warto zaplanować przerwy w badaniu, a jeśli jest to potrzebne – podzielić badanie na kilka etapów.
5. Uczeń powinien być informowany o przebiegu badania tak, by zwiększyć jego samokontrolę, np. za pomocą formuły: *Wykonałeś już zadanie 1, teraz przejdziemy do zadania nr 2.*
6. W czasie trwania badania uczniowie potrzebują motywowania i zachęty do kontynuacji działań – może ona mieć formę werbalną lub niewerbalną.
7. Jeśli to potrzebne, należy wydłużyć czas wykonywania zadań – o długość wynoszącą do 50% czasu podstawowego.
8. Jeśli procedura standardowa przewiduje wpisywanie odpowiedzi na karcie odpowiedzi – uczeń nadpobudliwy powinien mieć możliwość zapisywania ich bezpośrednio na arkuszu z zadaniami, co pozwala uniknąć błędów wynikających z roztargnienia.
9. W trakcie omawiania diagnozy należy wskazać nie tylko obszary problemowe, ale także mocne strony ucznia.

## Bibliografia

- Bogdanowicz M., (1985), *Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 216–220.
- Bogdanowicz M., (2005), *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk: Harmonia
- Bogdanowicz M., (2006), *Dziecko z dysleksją w domu*, Gdańsk: Harmonia.
- Domagała-Zyśk E., (2004), *Autonomia czy odłączenie? O roli osób znaczących w życiu młodzieży z trudnościami w nauce*, Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 272.
- Domagała-Zyśk E., (2004), *Definicja niepełnosprawności intelektualnej formą społecznego wsparcia*, „Nasze Forum – Kwartalnik Pedagogiczno-Terapeutyczny”, 3–4 (15–16), s. 37–42.
- Domagała-Zyśk E., (2009), *Osoby z trudnościami w uczeniu się – nowi wykluczeni w społeczeństwie wiedzy*, [w:] Krause A., Rutkowiak J. (red.), *Obszary społecznej marginalizacji – niepełnosprawność*, Olsztyn: Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego, s. 165–172.
- Domagała-Zyśk E., (2012 b), *Relacje rówieśnicze uczniów z niespecyficznymi trudnościami w nauce*, [w:] Domagała-Zyśk E. (red.), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku rówieśniczym*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 13–28.
- Domagała-Zyśk E., (2012 c), *Wspieranie ucznia z chorobą przewlekłą w środowisku szkolnym*, [w:] Domagała-Zyśk E. (red.), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku rówieśniczym*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 111–128.
- Domagała-Zyśk E. (red.), (2012 a), *Uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w środowisku rówieśniczym*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 194.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017 a), *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017 b), *TROS-KA. Zestaw narzędzi diagnostycznych i materiałów postdiagnostycznych w obszarze emocjonalno-społecznym*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Gruszczuk-Kolczyńska E., (2014), *Dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się matematyki: Przyczyna, diagnoza, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kołąkowski A., Pisula A., Skotnicka M., Wolańczyk T., (2016), *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kostańska L., (1995), *Procesy intelektualne i poznawcze dzieci o niższym od przeciętnego poziomie inteligencji – próba charakterystyki*, [w:] Gaś Z. B., *Psychologia wychowawcza stosowana. Wybrane zagadnienia*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kostrzewski J., Wald I., (1981), *Podstawowe wiadomości o upośledzeniu umysłowym*, [w:] Kirejczyk K., *Upośledzenie umysłowe – pedagogika*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kwaśniewska G., Wojnarska A., (2001), *Formy pomocy uczniom z inteligencją niższą niż przeciętna w przezwyciężaniu trudności i niepowodzeń szkolnych*, [w:] Osik D., Wojnarska A., *Wspomaganie rozwoju uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 23–30.
- Obuchowska I. (red), (1991), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Oszwa U., (2005), *Zaburzenia rozwoju umiejętności matematycznych. Problem diagnozy i terapii*, Kraków: „Impuls”.
- Rose D. H., Harbour W. S., Johnston C. S., Daley S. G., Abarbanell L., (2006), *Universal Design for Learning in Post secondary Education: Reflections on Principles and their Application*, „Journal of Postsecondary Education and Disability”, nr 19(2), s. 135–151.
- Rose D. H., Meyer A., Hitchcock C., (2005), *The universally designed classroom: Accessible curriculum and digital technologies*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Scott S., McGuire J., Shaw S., (2001), *Principles of Universal Design for Instruction*, Storrs: University of Connecticut, Center on Postsecondary Education and Disability.



Sękowska Z., (1989), *Pedagogika specjalna*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.  
Witkowski T., (1993), *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Małe Dzieło Bożej Opatrzności.

### **Streszczenie**

Celem rozdziału jest przedstawienie standardów przygotowania narzędzi do diagnozy psychologiczno-pedagogicznej dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz trudnościami w uczeniu się. W grupie tej wyróżniono: 1. uczniów z niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się, 2. uczniów z trudnościami specyficznymi (ryzyko dysleksji, dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia) oraz 3. uczniów z zaburzeniami koncentracji uwagi i zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. Wszyscy ci uczniowie doświadczają trudności w zakresie percepcji materiału werbalnego i niewerbalnego oraz ekspresji własnej wiedzy i umiejętności w sposób pozwalający na zaprezentowanie pełni swoich możliwości. Wymagają zatem pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalnych dostosowań oraz modyfikacji zarówno przebiegu procesu dydaktycznego, jak i procedur diagnostycznych. W rozdziale zawarto krótką charakterystykę specjalnych potrzeb każdej z tych grup uczniów oraz wskazówki do dostosowywania narzędzi diagnostycznych do ich specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych.

### **Abstract**

The aim of the following chapter is to present the standards of tools preparation for psychological and pedagogical diagnosis of children and adolescents with mild intellectual disability and learning difficulties, among which there are following groups: 1. students with non-specific learning disabilities, 2. students with specific learning difficulties (with the risk of dyslexia, dyslexia, dysgraphia, dysorthographia, dyscalculia) and 3. students with attention deficit disorder and attention deficit hyperactivity disorder. All these students experience difficulties in perceiving verbal and nonverbal material and expressing their own knowledge and skills in such a way as to be able to present their full potential. Therefore, they require psychological and pedagogical assistance as well as special adaptations and modifications both in the course of educational process and during diagnostic procedures. This chapter provides a brief characteristics of the special needs of each of these groups of students and guidelines for adjusting the diagnostic tools to their special developmental and educational needs.