

Praca zbiorowa pod redakcją Kazimiery 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



Spis treści

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

Rozdział 5. 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
Rozdział 6. 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
Zakończenie	219
Noty biograficzne	221

Ewa Domagała-Zyśk

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Instytut Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Specjalnej

Agnieszka Dłużniewska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Instytut Pedagogiki Specjalnej

Zasady postępowania diagnostycznego w badaniach uczniów ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi

Model diagnozy, prezentowany w niniejszym opracowaniu, mieści się w nurcie diagnozy funkcjonalnej (por. Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017), w której oceniane są przede wszystkim funkcje zachowań ucznia, a nie tylko ich statyczna struktura. Diagnoza obejmuje przejawy trudności i deficytów oraz zasoby, czyli dokonywana jest w sposób holistyczny, z uwzględnieniem zarówno aspektów biologicznych, poznawczych, jak i społecznych oraz emocjonalnych.

Diagnoza ma charakter dynamiczny i jest procesem, co oznacza, że działania diagnostyczne wyznaczają cele terapii, zaś ewaluacja postępów stanowi podstawę do podejmowania kolejnych ocen funkcjonowania dziecka. Oceny te dokonywane są w taki sposób, by nie prowadzić do etykietowania, ale raczej przedstawić pewien profil zmieniających się osiągnięć i trudności danej osoby.

Proces diagnozy funkcjonalnej postrzegany jest jako ściśle związany z możliwościami interwencji w postaci działań postdiagnostycznych i wspomagających. Tak rozumiana diagnoza stanowi rodzaj procesu badawczego (Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017), w którym określa się obszar badań, stawia jej cele, dobiera odpowiednie narzędzia, przeprowadza badania właściwe, dokonuje ich interpretacji w świetle wiedzy naukowej i doświadczeń praktycznych oraz przygotowuje wnioski (zalecenia) oraz dokonuje ewaluacji całego procesu.

Psycholodzy i pedagodzy powinni respektować w procesie diagnozowania określone zasady, z których podstawową wydaje się wczesna diagnoza, rozpoczęta z chwilą zauważenia u dziecka trudności. Realizacja tego postulatu zależy przede wszystkim od ciągle rosnącej świadomości rodziców i nauczycieli, dostrzegających początkowe symptomy zaburzeń, na co istotny wpływ ma popularyzacja wiedzy i współczesnych osiągnięć naukowych oraz wspólny wysiłek różnych środowisk w celu zmiany postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnościami i trudnościami rozwojowymi. Równie ważnym czynnikiem, zwiększającym szanse na wczesną diagnozę, jest powszechny dostęp do specjalistów, zapewniający rodzicom możliwość konsultacji nie tylko poważnych trudności dziecka, ale także wszelkich niepokojących objawów.

Diagnoza powinna być pozytywna (Kaja, 2003; Al-Khamisy, Kosmala, Piotrowicz, 2012; Wysocka, 2013), co znaczy, że musi wskazywać nie tylko trudności, deficyty czy zaburzenia, ale także mocne strony, zasoby psychologiczne, zdolności i szczególne talenty – nie tylko artystyczne, ale także dotyczące np. wyjątkowych zdolności do wchodzenia w relacje z innymi, czy też wybitnych umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie (por. np. Clifton, Buckingham, 2003; Domagała-Zyśk, 2012 b). Pozytywny wynik diagnozy nie powinien stwarzać pozorów – nie może wskazywać mocnych stron tam, gdzie ich obiektywnie nie ma. W każdej jednak sytuacji diagnostycznej, szanując zasadę prawdomówności, można wskazać zasoby stanowiące podstawę do budowania programu wsparcia i terapii.

Kolejną kwestią zasadniczą jest **przeprowadzenie diagnozy przez specjalistów posiadających określone kwalifikacje**. Każde z narzędzi diagnostycznych wyposażone jest w metryczkę, która informuje o możliwościach zastosowania narzędzia przez danego specjalistę – nauczyciela, psychologa, logopedę. Przestrzeganie tych zasad jest konieczne, ponieważ proces diagnozy powinien przebiegać nie tylko z wykorzystaniem określonego narzędzia, ale także w kontekście wiedzy i całokształtu doświadczenia diagnosty legitymującego się określonym przygotowaniem. Z tego powodu szczególnie ważne jest tworzenie zespołów diagnostycznych, w których mniej doświadczeni diagnostyci mogliby konsultować prowadzone przez siebie badania z doświadczonymi specjalistami.

Osoba diagnosty ma istotne znaczenie dla dobrze przeprowadzonej diagnozy. Oprócz już omówionych, formalnych kwalifikacji zawodowych, ważne jest posiadanie tzw. kompetencji miękkich, takich jak m.in. komunikatywność, umiejętność współpracy ze specjalistami i niespecjalistami, kreatywność i innowacyjność działania czy umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Szczególnie istotne jest nawiązanie dobrego kontaktu diagnostycznego z dzieckiem i jego rodzicami/opiekunami, aby w atmosferze bezpieczeństwa mogło ono w pełni ujawnić swoje kompetencje i trudności.

Diagnosta powinien – na ile to możliwe – dostosować sposób komunikowania się do potrzeb dziecka. Dzieci prezentują różne style rozmowy, w związku z tym mogą bardziej lub mniej chętnie współpracować z diagnostą, w zależności od sposobu dopasowania się do ich stylu wypowiedzi. Podczas diagnozy mogą też pojawić się różne sytuacje trudne, takie jak odmowa współpracy z diagnostą, brak motywacji do kontynuowania rozmowy, zmęczenie czy nadpobudliwość dziecka, utrudniające przebieg badania. Specjalista powinien wtedy, wykorzystując swoją wiedzę, zdecydować o przerwaniu i przełożeniu badania lub modyfikacji procedury, aby występujące trudności nie wpływały na uzyskane przez dziecko wyniki.

Diagnoza powinna mieć kompleksowy charakter, co oznacza zarówno wielość wykorzystywanych narzędzi, jak i prowadzenie jej przez różnych specjalistów. Należy oczywiście unikać niepotrzebnego stosowania zbyt wielu narzędzi, bo powoduje to przeciążenie dziecka i rodziców, a trzeba wybierać takie instrumenty diagnostyczne, które w danej sytuacji zapewnią najbardziej precyzyjne uchwycenie symptomów zaburzeń czy osiągnięć.

Kompleksowość procesu diagnostycznego oznacza włączenie do niego także rodziców dziecka. Zgodnie z zasadą diagnostyczną „270 stopni” dane kompetencje najpierw badane są u dziecka. Następnie rodzice oraz inne osoby, np. nauczyciele, wychowawcy czy opiekunowie, na podstawie własnych obserwacji oceniają występowanie tych kompetencji u badanego. Udział rodziców w procesie diagnozy ma w tej sytuacji charakter aktywny – rodzice stają się partnerami współodpowiedzialnymi za jej ostateczny wynik, muszą mieć zatem pełną świadomość, że ani zaniżanie, ani podwyższanie poziomu trudności/osiągnięć dziecka nie sprzyja trafnej diagnozie i podjęciu efektywnych działań wspierających. Nauczyciele z kolei, jako osoby przez wiele godzin obserwujące dziecko w środowisku szkolnym, mogą dostarczyć informacji niedostępnych w ramach tzw. diagnozy gabinetowej (Foryś, 2015), a także analizować i weryfikować wyniki diagnozy dziecka, wykonanej w poradni.

Duże znaczenie w prowadzeniu diagnozy ma język używany w komunikacji z dzieckiem i jego rodzicami – dlatego konieczne jest sformułowanie kolejnej zasady, mówiącej o **używaniu w procesie diagnozy języka zrozumiałego** dla dziecka i jego rodziców. Zasada dotyczy poleceń i instrukcji kierowanych do dziecka, które muszą uwzględniać jego aktualny poziom rozwoju językowego, język używany w środowisku domowym czy kulturowym (co jest szczególnie ważne dla dzieci-obcokrajowców i dzieci-reemigrantów) oraz trudności językowe wynikające z niepełnosprawności dziecka (np. dysfunkcje słuchu, zaburzenia komunikacji charakterystyczne dla autyzmu czy niepełnosprawności intelektualnej).

Zasada posługiwania się językiem zrozumiałym przez osoby niebędące specjalistami odnosi się także do sytuacji komunikowania się z rodzicami dziecka oraz z nim samym w warunkach przekazywania wyników diagnozy. Należy wówczas wyjaśniać niejasne terminy, np. „poziom niższy niż przeciętny”, „poniżej normy”, „w sytuacji zadaniowej” itp., oraz pozwalać na stawianie pytań dotyczących precyzowania użytej terminologii.

Kolejną zasadą dobrze przeprowadzonej diagnozy jest jej **znaczenie dla rozwoju** (Kowalik, 2001). Na tę cechę wskazywał także T. Witkowski (1993), pisząc, że dobre narzędzie diagnostyczne stanowi jednocześnie program terapii – pozwala bowiem zobaczyć zarówno problemy, jak i zasoby, oraz wyznacza drogę nabywania kolejnych kompetencji.

W potocznym odczuciu rodziców i części pedagogów diagnoza (rozumiana jako efekt, a nie proces) jest niejako zakończeniem wątpliwości i niepokojów dotyczących rozwoju dziecka. Uważają oni, że kiedy dziecko „ma diagnozę”, wiadomo, jak nazwać obserwowane trudności. Jednak kluczem do realnego wsparcia dziecka byłaby zmiana takiego pojmowania diagnozy i określenie jej miejsca jako stałego elementu wspierania rozwoju dziecka. W takim rozumieniu diagnoza – definiowana jako dynamiczny, powtarzany proces, w którym dostrzegane są zmiany w funkcjonowaniu dziecka, wynikające z jego rozwoju i podjętej terapii – stanowi punkt wyjścia do podejmowania działań wspierających jego rozwój.

Diagnozowanie dla rozwoju zakłada także – jako niezbędny element diagnozy – **przygotowanie zaleceń** czy wskazówek lub też zasugerowanie udziału badanego w programie działań postdiagnostycznych. Podobnie jak w przypadku komunikowania wyników diagnozy, rodzice i osoby zainteresowane potrzebują szczegółowego wyjaśnienia celu działań, które mają być podjęte, zakresu oraz realnych możliwości ich realizowania. Jeśli wskazania zakładają udział dziecka w zajęciach terapeutycznych, rewalidacyjnych czy też korekcyjno-kompensacyjnych, konieczne jest określenie miejsca ich odbywania się, czasu i okresu trwania oraz ustalenie możliwości rodziców/opiekunów w sprawach dowożenia/przyprowadzania dziecka na zajęcia. Celowe byłoby ustalenie możliwych do wykonania działań, uwzględniających funkcjonowanie rodziny dziecka jako systemu, w którym poszczególne osoby mają przydzielone właściwe sobie zadania, związane z pracą zawodową, opieką nad innymi członkami rodziny czy realizacją własnych potrzeb zdrowotnych i rozwojowych.

Słuszne jest zachęcanie rodziców/opiekunów do podjęcia jak najszerszych działań wspierających dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, jednak nie mogą one pozostawać w konflikcie z potrzebami innych członków rodziny. Czasem sytuacja wymaga poszukania również skutecznych rozwiązań alternatywnych, np. w razie trudności z dowożeniem dziecka na zajęcia – przeszkolenia rodziców, którzy następnie podejmują terapię dziecka w środowisku domowym, zorganizowania wsparcia przez wolontariuszy czy konsultacji telefonicznych/mailowych ze specjalistą. Szczególnie istotne jest wskazanie rodzicom, w jaki sposób mogą wspierać rozwój dziecka w toku codziennych czynności opiekuńczych, porządkowych i pielęgnacyjnych, ponieważ jest to najbardziej skuteczny sposób zwiększania zakresu wsparcia udzielanego dziecku.

4.1. Zasady diagnozowania dzieci w wieku od urodzenia do podjęcia nauki w szkole

Prawidłowo zaplanowany i przeprowadzony proces diagnostyczny pozwala na dokonanie oceny funkcjonowania dziecka oraz przygotowanie na tej podstawie adekwatnego wsparcia, polegającego na zorganizowaniu działań środowiska, w którym dziecko funkcjonuje, oraz zapewnieniu mu zindywidualizowanych i stymulujących określone obszary funkcjonowania działań terapeutycznych.

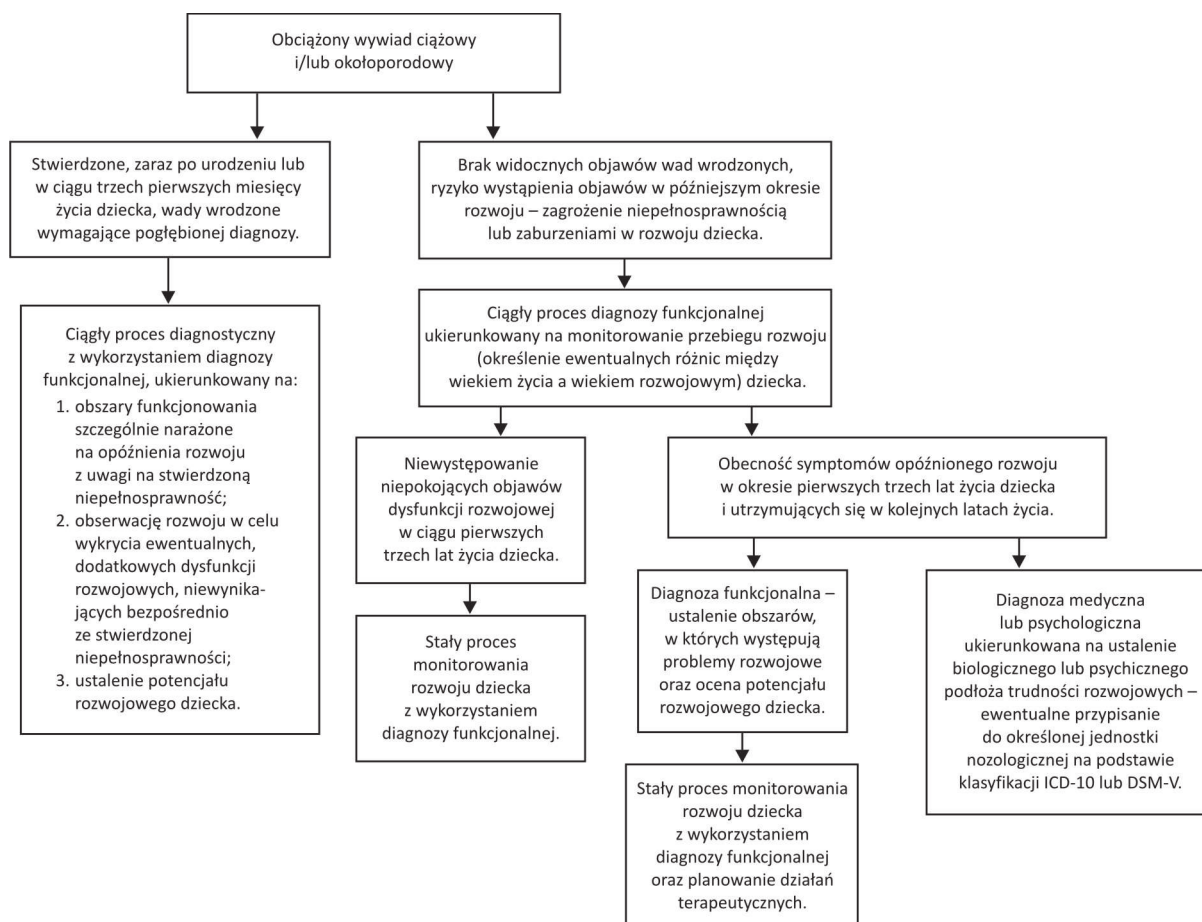
Należy zaznaczyć, że w takim rozumieniu diagnoza powinna mieć charakter ciągły – czyli musi umożliwiać rozpoznanie i zaklasyfikowanie do określonej grupy zaburzeń występujące u dziecka dysfunkcje rozwojowe oraz ułatwiać bieżącą ocenę czynionych przez dziecko/ucznia postępów, ich brak bądź regres, a także weryfikację oddziaływań terapeutycznych.

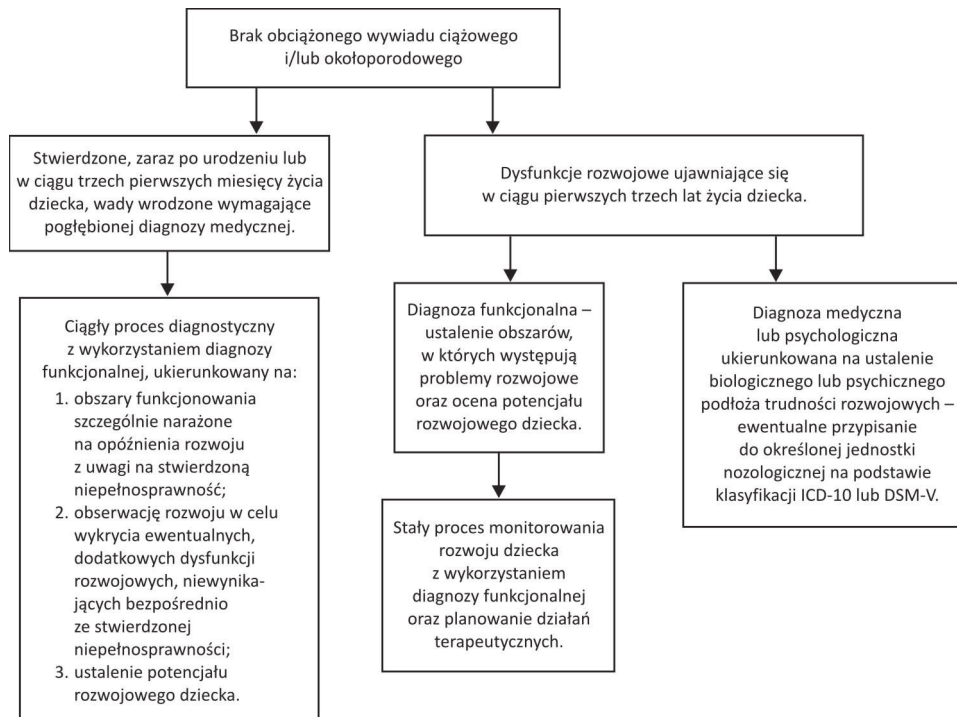
Zasady postępowania diagnostycznego w odniesieniu do dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju będą uzależnione między innymi od czasu ujawnienia się zaburzenia czy niepełnosprawności oraz nasilenia objawów. Proces diagnostyczny można podzielić na dwa etapy:

1. Diagnozę dzieci w wieku od 0 do rozpoczęcia nauki w szkole.
2. Diagnozę dzieci i młodzieży od rozpoczęcia nauki w szkole do jej ukończenia.

Organizując proces diagnostyczny w dla grupy dzieci od 0 do rozpoczęcia nauki w szkole, należy wziąć pod uwagę kilka możliwych sytuacji, które będą determinowały etapy postępowania diagnostycznego, a tym samym wyznaczały jego kierunek (zob. schemat 1).

Schemat 1. Organizacja procesu diagnostycznego u dzieci ze stwierdzoną niepełnosprawnością, zagrożonych niepełnosprawnością lub dzieci z grupy ryzyka





Źródło: opracowanie własne

Nawiązując do powyższego schematu, można wyodrębnić trzy grupy dzieci:

1. Dzieci z wadami wrodzonymi (wady słuchu, wzroku, zespoły wad wrodzonych), zdiagnozowanymi zaraz po urodzeniu lub w ciągu pierwszych trzech miesięcy życia.
2. Dzieci, u których nieprawidłowości rozwojowe ujawnią się w ciągu pierwszych trzech lat życia.
3. Dzieci, u których dysfunkcje mają charakter rozwojowy, a nasilenie się symptomów może wystąpić między trzecim a szóstym czy siódmym rokiem życia i dotyczyć głównie zaburzeń funkcji poznawczych, warunkujących późniejsze osiągnięcia szkolne.

W odniesieniu do pierwszej grupy na postępowanie diagnostyczne będą składały się następujące etapy:

- medyczne działania diagnostyczno-lecznicze, mające na celu ustalenie rodzaju, głębokości oraz zakresu zaburzeń, które mogą w przyszłości ograniczyć lub uniemożliwić prawidłowy rozwój dziecka;
- specjalistyczna diagnoza psychologiczno-pedagogiczna, z wykorzystaniem metod klinicznych, testowych oraz indywidualnie opracowanych niewystandaryzowanych prób diagnostycznych, ukierunkowana na określenie potencjału rozwojowego dziecka.

Należy podkreślić, że oczywiście nie każde dziecko, u którego stwierdzono wady wrodzone, będzie wymagało zintensyfikowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych, zakończonych wszczęciem procedury orzekania czy opiniowania. Wprowadzie w ramach diagnozy funkcjonalnej trzeba zwrócić uwagę na te obszary funkcjonowania, których prawidłowy rozwój może być zakłócony z powodu specyfiki zdiagnozowanej niepełnosprawności (np. w przypadku dzieci z uszkodzeniami słuchu będzie to rozwój komunikowania się z wykorzystaniem adekwatnych do możliwości percepcyjnych środków wyrazu), konieczne jest jednak stwierdzenie, że dziecko nie może być widziane jedynie przez pryzmat danego zaburzenia.

Rzetelna diagnoza funkcjonalna powinna zatem dostarczyć informacji o zaburzeniach rozwojowych, które mogą być konsekwencją danego zaburzenia, oraz tych, które nie są głównym przejawem danej niepełnosprawności, a stanowią dodatkowy czynnik ograniczający rozwój dziecka. Przede wszystkim jednak diagnoza ma określić potencjał rozwojowy, który – jeśli jest dobrze wykorzystany – może stanowić podstawę do uruchomienia mechanizmów kompensacyjnych. Istotne jest zatem, aby wykorzystywane narzędzia diagnostyczne oraz profesjonalizm diagnosty w interpretacji wyników umożliwiły właściwe ukierunkowanie działań terapeutycznych, przy czym warto pamiętać, że konieczne jest zapewnienie stałego monitorowania rozwoju dziecka i weryfikacja działań rehabilitacyjnych.

Drugą grupę stanowią dzieci, których rozwój wymaga stałego monitorowania z uwagi na ryzyko wystąpienia nieprawidłowości uwarunkowanych obciążonym wywiadem ciążowym i/lub okołoporodowym. W takich przypadkach diagnoza powinna być nastawiona na wczesne wykrycie ewentualnych różnic między wiekiem życia dziecka a wiekiem rozwojowym. W razie wystąpienia niepokojących symptomów konieczne jest uzupełnienie funkcjonalnej diagnozy psychologiczno-pedagogicznej diagnozą medyczną, przeprowadzoną w celu ustalenia biologicznych lub psychicznych czynników patogennych. Dane uzyskane z dotychczas przeprowadzonej diagnozy medycznej oraz diagnozy funkcjonalnej powinny zostać wykorzystane do określenia obszarów funkcjonowania dziecka, najbardziej narażonych – ze względu na rodzaj dysfunkcji – na wystąpienie nieprawidłowości rozwojowych, powinny także określić potencjał rozwojowy dziecka. Proces ten wymaga zatem systematycznego kontrolowania rozwoju.

W sytuacji gdy u dziecka z grupy ryzyka do trzeciego roku życia nie pojawią się symptomy świadczące o opóźnieniach rozwojowych, wskazane jest zastosowanie działań profilaktycznych w postaci stałego monitorowania rozwoju dziecka zarówno w aspekcie poznawczym, jak i emocjonalno-społecznym.

Do trzeciej grupy należą dzieci, u których dysfunkcje mają charakter rozwojowy, a z uwagi zarówno na ich fragmentaryczny charakter (np. dysfunkcje analizatora słuchowego, wzrokowego, kinestetyczno-ruchowego itp.), jak i przygotowywanie dziecka do podjęcia nauki w szkole, ich symptomy zaczynają być dostrzegane w okresie między trzecim a szóstym czy siódmym rokiem życia (np. ryzyko dysleksji). W takich przypadkach diagnoza funkcjonalna powinna być ukierunkowana na wczesne wykrywanie objawów nieharmonijnego rozwoju psychoruchowego.

4.2. Zasady diagnozowania dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

Diagnoza specjalnych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych dzieci i młodzieży powinna mieć charakter dynamiczny. Niektóre z tych potrzeb, jak wskazano powyżej, widoczne są bowiem już we wczesnym okresie rozwoju dziecka, inne zaś ujawniają się dopiero w późniejszym okresie życia. Część zaburzeń ma także charakter rozwojowy (np. dysleksja rozwojowa), co oznacza, że ich objawy zmieniają się wraz z rozwojem dziecka, a diagnoza powinna być powtarzana wielokrotnie.

Zasady diagnozowania dzieci i młodzieży w wieku szkolnym pozostają takie same jak dotyczące dzieci młodszych, jednak należy zaznaczyć, że grupa ta jeszcze wyraźniej niż młodsza funkcjonuje w diagnozie na **zasadach partnerstwa**. Na wcześniejszych etapach rozwoju rolę partnera diagnosty pełni rodzic, który zauważa trudności, wyraża zgodę na diagnozę, decyduje o jej zakresie, towarzyszy dziecku podczas diagnozy i komunikuje się z diagnostą oraz otrzymuje wyniki i ich interpretację.

Na etapie edukacji szkolnej to głównie uczeń, który w większym stopniu staje się partnerem diagnosty, dostrzega różnice w funkcjonowaniu swoim i rówieśników: zauważa, że pisze i czyta wolniej niż inni, popełnia więcej błędów, nie odnosi tylu sukcesów, szybciej się męczy itp.

Niebagatelną rolę w dostrzeganiu różnic dotyczących funkcjonowania dziecka odgrywają także rówieśnicy, którzy stosunkowo łatwo formułują wnioski ze swoich obserwacji w rodzaju: *kolega jest inny, dziwny, nie pasuje do naszej klasy*. Takie komentarze mogą być źródłem odrzucenia i izolacji rówieśniczej.

Trzeba zaznaczyć, że o ile proces diagnozy dzieci i młodzieży w wieku szkolnym powinien przebiegać zgodnie z omówionymi wcześniej zasadami, to w tej grupie wiekowej większą uwagę niż we wcześniejszych okresach edukacyjnych należy zwracać na przeżycia dzieci i młodzieży związane z diagnozą niepełnosprawności czy specjalnych potrzeb edukacyjnych. Posiadanie opinii czy orzeczenia może mieć bowiem wysoce stygmatyzujący charakter, gdyż w tym czasie ocena grupy rówieśniczej ma kluczowe znaczenie dla dobrego samopoczucia i prawidłowego obrazu młodego człowieka.

Poniżej zamieszczono analizę przeżyć dzieci i młodzieży w kontekście diagnozy niepełnosprawności/specjalnych potrzeb edukacyjnych, rozpoznanych w okresie dorastania (por. także Domagała-Zyśk, 2007 a, 2007 b, 2007 c).

Istnieją duże różnice między uczniami ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi, zależne od czasu zdiagnozowania niepełnosprawności lub wystąpienia zmian w jej natężeniu. Zaobserwowano, że jeśli niepełnosprawność czy zaburzenie towarzyszy dziecku nawet od narodzin, to okres dojrzewania jest czasem bardziej świadomego i pełnego zdania sobie sprawy z ich wpływu na obecne i przyszłe życie młodego człowieka. Mamy więc do czynienia niejako z ponownym przyjęciem diagnozy o własnej niepełnosprawności czy trudnościach rozwojowych. Dla przykładu: uczeń może wiedzieć, że ma autyzm, dysleksję czy niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim, ale dopiero w okresie szkolnym zdaje sobie sprawę z ograniczeń związanych z wyborem szkoły czy ścieżki kształcenia, ponadto wyraźniej odczuwa różnicę między swoją sytuacją a sytuacją innych uczniów, doświadcza mniejszej własnej atrakcyjności społecznej, np. z powodu konieczności przeznaczania czasu na terapię i zajęcia dowolne, czy też różnic w aspekcie dalszej edukacji i perspektyw wyboru zawodu.

Badacze zagadnienia niepełnosprawności mówią, że w warunkach diagnozy **każda osoba przechodzi przez różne stadia**, które w optymalnej sytuacji prowadzą do zaakceptowania siebie jako osoby z niepełnosprawnością, w innym zaś wypadku – do pozostawania w fazie niezgody na nią. Czas przeżywania określonego stadium jest kwestią indywidualną, tak więc wychowanek, z którym pracujemy, może znajdować się na jednym z kilku różnych etapów (por. Kornas-Biela, 2006). Stadia adaptacji można także odnieść do diagnozy specjalnych potrzeb edukacyjnych, znacząco zmieniających sytuację życiową młodego człowieka.

W pierwszej fazie po otrzymaniu diagnozy uczniowi towarzyszy **niedowierzenie diagnozie** – trudno mu przyjąć ją do wiadomości, szuka więc sposobów na jej zaprzeczenie: bagatelizuje objawy, nie informuje o nich rodziców, ukrywa je, nawet kosztem uciekania się do oszustwa. Uczeń zamiast żyć terażniejszością, oczekuje na cud, wyleczenie, obudzenie się ze złego snu. Emocje, które mu w tym czasie towarzyszą, mają charakter ekstremalny: przesadnej euforii w chwilach, gdy pojawia się nadzieja na inną, lepszą diagnozę, lub też krańcowej rozpacz w chwilach potwierdzenia diagnozy.

Kiedy jednak rzeczywistość nie zmienia się, nadchodzi **faza szoku**. Młoda osoba zdaje sobie sprawę z nieodwracalności posiadania określonych trudności oraz zaczyna uświadamiać sobie zakres ograniczeń z nimi związanych. W tej fazie nie jest w stanie przyjąć żadnych podsuwanych przez otoczenie konstruktywnych sposobów rozwiązania swojego problemu, sądząc, że jej świat zawalił się, a życie przestało mieć sens. Młodzież, ze względu na właściwą swemu wiekowi labilność emocjonalną, biało-czarny obraz rzeczywistości, związany z ograniczonym zasobem różnorodnych doświadczeń życiowych, silną potrzebę utożsamienia się z grupą rówieśniczą i potrzebę podjęcia decyzji co do swojej

przyszłości, przeżywa tę fazę wyjątkowo intensywnie (co może przejawiać się płaczem, krzykiem, uporem w odmawianiu kontaktu), ale też bardzo potrzebuje w tym czasie obecności bliskich osób, choćby milczącej i biernej.

Kolejnym etapem jest **etap smutku i żałoby**, kiedy młody człowiek w pełni zdaje sobie sprawę z utraty określonych szans. W tym czasie „opłakuje” swoją ewentualną przyszłość, żałując tego, kim mógłby być: *gdyby nie dysleksja, zostałbym tłumaczem; chciałbym zostać lekarzem, ale mam niski iloraz inteligencji i nie mogę tego dokonać* oraz rozpacza z powodu swojego obecnego stanu, użalając się nad istniejącymi i prawdopodobnymi ograniczeniami. Często na tym etapie obraz przyszłości wydaje się zupełnie pozbawiony nadziei, a człowiek jawi się sam sobie jedynie jako osoba godna pożałowania i litości ze strony innych. W tym czasie wyjątkowo trudno jest młodym ludziom podjąć wysiłek związany z terapią czy edukacją, tym bardziej że głęboki smutek jest też uczuciem towarzyszącym ich najbliższym.

Nierzadko młodzieży towarzyszy też **poczucie winy**. Młode osoby, analizując swoje życie, dochodzą do wniosku, że popełniły czyny, które ściągnęły na nie określone trudności: *za długo siedziałem przy komputerze, mogłem więcej się uczyć*. Czują się też winne trudności, które ograniczają innych członków ich rodziny (Sidor, 2005), uważają, że są powodem trudności finansowych: *terapia kosztuje bardzo dużo, rodzice muszą dodatkowo pracować, żeby ją opłacić*, społecznego odrzucenia czy dyskomfortu emocjonalnego przeżywanego przez rodziców i rodzeństwo.

Kolejną fazą jest **złość, agresja i odrzucenie świadomości własnych ograniczeń**. Młody człowiek, po zrozumieniu nieodwołalności swojej sytuacji, często podejmuje działania agresywne, skierowane przeciw sobie lub innym osobom. Autoagresja przejawiać się może „karaniem” samego siebie poprzez odmawianie sobie przyjemności związanych np. z zakupem ubrań, kosmetyków czy słodyczy: *mnie już się nic nie należy, po co mi to*, zaniechaniem stosowania leków czy poddawania się procedurom leczniczym i terapeutycznym (np. niestosowanie diety), aż po samookaleczanie czy podejmowanie prób samobójczych. W tej fazie – mimo pozornego odrzucenia przez dziecko wszelkich form pomocy oferowanej przez rodziców, wychowawców czy rówieśników – konieczne jest towarzyszenie młodej osobie, zapewnienie jej poczucia wsparcia oraz podejmowanie różnych prób przekucia emocji w konstruktywne działania o charakterze terapeutycznym czy edukacyjnym: „złość” na własne trudności często pomaga w pokonaniu jej skutków, mobilizuje do osiągnięcia sukcesu: *udowodnię, że pomimo dysleksji dobrze zdam egzamin/maturę*.

Końcowym stadium jest **akceptacja siebie jako osoby doświadczającej określonych trudności**, co wiąże się z podjęciem konstruktywnych działań na rzecz aktywnego kierowania własną sytuacją życiową i oznacza czynne uczestnictwo w terapii oraz pokonywanie kolejnych szczebli edukacji.

Jak wynika z powyższych rozważań, proces diagnozy funkcjonalnej wymaga niezwykle refleksyjnego podejścia diagnostycznego. Jego kluczowym elementem jest rzetelna ocena potencjału dziecka/ucznia, jak i jego trudności rozwojowych. W tak rozumianym procesie istotną rolę odgrywa kilka czynników, takich jak: troskliwe zaplanowanie przebiegu diagnozy, ustalenie zasad postępowania diagnostycznego, dobór narzędzi diagnostycznych, wiedza i umiejętności diagnosty w prognozowaniu tendencji rozwojowych oraz wytyczanie kierunku oddziaływań terapeutycznych.

Bibliografia

- Al-Khamisy D., Kosmala J., Piotrowicz R., (2012), *Poradnik dla nauczycieli i specjalistów edukacji włączającej oraz rodziców dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością opracowany w ramach projektu pomocy dla Gruzji*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Clifton D. O., Buckingham M., (2003), *Teraz odkryj swoje silne strony*, Warszawa: MT Biznes.
- Domagała-Zyśk E., (2007 a), *Problemy przeżywane przez młodzież ze specyficznymi trudnościami w nauce w szkołach ponadgimnazjalnych*, [w:] Stala J. (red.), *Wychowanie młodzieży na poziomie szkół ponadgimnazjalnych*, cz. 1, s. 369–382.
- Domagała-Zyśk E., (2007 b), *Specyfika problemów młodzieży gimnazjalnej z różnymi rodzajami niepełnosprawności*, [w:] Stala J. (red.), *Wychowanie młodzieży w średnim wieku szkolnym*, cz. 1 *Wychowanie ogólne*, s. 311–332.
- Domagała-Zyśk E., (2007 c), *Specyfika problemów młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych z różnymi rodzajami niepełnosprawności*, [w:] Stala J. (red.), *Wychowanie młodzieży na poziomie szkół ponadgimnazjalnych*, cz. 1, s. 383–402.
- Domagała-Zyśk E., (2007), *Specyfika problemów przeżywanych przez młodzież gimnazjalną z trudnościami w nauce*, [w:] Stala J. (red.), *Wychowanie młodzieży w średnim wieku szkolnym*, cz. 1 *Wychowanie ogólne*, s. 333–354.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa O., (2017), *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Foryś M., (2015), *Dwie diagnozy – jeden uczeń. Diagnoza nauczycielska i specjalistyczna*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kaja B., (2001), *Problemy psychologii wychowania. Teoria i praktyka*, Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.
- Kornas-Biela D., (2006), *Niepełnosprawność w rodzinie – czym jest, co znaczy, trudne początki*, [w:] Stala J., Osewska E. (red.), *Rodzina – bezcenny dar i zadanie*, Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, s. 703–723.
- Kowalik S., (2001), *Pomiędzy dyskryminacją a integracją osób niepełnosprawnych*, [w:] Kaja B., *Wspomaganie rozwoju: psychostymulacja i psychokorekcja*, Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.
- Otrębski W., Wiącek G., Mariańczyk K., (2017), *Diagnoza psychologiczna w procesie rehabilitacji kompleksowej osób z niepełnosprawnością*, [w:] Paluchowski J. W. (red.), *Diagnostowanie – wyzwania i konteksty*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Sidor B., (2005), *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Witkowski T., (1993), *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*, Warszawa: Małe Dzieło Bożej Opatrzności.
- Wysocka E., (2013), *Diagnostyka pedagogiczna. Nowe obszary i rozwiązania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Streszczenie

Celem opracowania jest przedstawienie zasad postępowania diagnostycznego, prowadzonego wśród dzieci i młodzieży ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Tekst składa się z trzech części. W pierwszej – autorki omawiają ogólne zasady prowadzenia badań w nurcie diagnozy funkcjonalnej. Druga część poświęcona jest szczegółowym zasadom wczesnego diagnozowania dzieci młodszych (do siódmego roku życia), natomiast w ostatniej części zostały omówione szczegółowe zasady diagnozowania starszych dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem zasady ich pełnego i świadomego uczestnictwa w procesie diagnostycznym.

Wnikliwa, refleksyjna, wieloaspektowa diagnoza jest podstawą do takiego zaplanowania procesu terapii, aby pomimo występujących ograniczeń, wynikających ze zdiagnozowanego zaburzenia, mogły się w pełni uaktywnić możliwości dziecka/ucznia. Celem autorek jest też podkreślenie, jak ważną rolę w procesie diagnozy pełni diagnosta lub zespół diagnozujący, który oprócz wiedzy niezbędnej do analizy i interpretacji uzyskanych danych powinien wykazywać się kompetencjami pozwalającymi na pozyskanie zaufania partnerów procesu diagnozy.

Słowa kluczowe: proces diagnozy, zasady diagnozy, diagnoza dzieci i młodzieży, specjalne potrzeby edukacyjne

Abstract

The aim of this chapter is to present diagnostic procedures for children and adolescents with special educational needs. The text consists of three parts. In the first one, the authors discuss the general principles of conducting research in the field of functional diagnosis. The second part is devoted to the detailed rules of an early diagnosis of young children (up to 7 years of age), while the last section discusses the detailed rules of diagnosing older children and adolescents, with particular emphasis on the principle of their full and conscious participation in the diagnostic process.

A thorough, reflective, multi-faceted diagnosis is the basis for planning the therapy process so that despite the limitations resulting from the diagnosed disorder, child's/student's abilities can be fully activated. The authors also wanted to emphasize the importance of the role of a diagnostician or team of diagnosticians who apart from the knowledge necessary for analyzing and interpreting the obtained data should have the competence to gain the trust of the partners in the process of diagnosis.

Key word: process of diagnosis, principles of diagnosis, diagnosis of children and adolescents, special educational needs