

Tomasz Knopik

Diagnoza funkcjonalna

Planowanie pomocy psychologiczno- -pedagogicznej

Działania postdiagnostyczne



Tomasz Knopik

Diagnoza funkcjonalna

Planowanie pomocy
psychologiczno-
-pedagogicznej

Działania postdiagnostyczne

Konsultacja merytoryczna
Izabella Lutze

Redakcja i korekta
Elżbieta Gorazińska

Projekt okładki, opracowanie graficzne,
redakcja techniczna i skład
Barbara Jechalska

Zdjęcie na okładce: © Syda Productions/Fotolia.com

ISBN 978-83-66047-11-2

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Warszawa 2018
Wydanie I

Publikacja jest rozpowszechniana na zasadach wolnej licencji
Creative Commons – Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne (CC-BY-NC)

Publikacja opracowana w ramach projektu pozakonkursowego „Opracowanie instrumentów do prowadzenia diagnozy psychologiczno-pedagogicznej” realizowanego przez Ośrodek Rozwoju Edukacji w ramach Osi Priorytetowej II, działanie: 2.10 Wysoka jakość systemu oświaty, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER).

Egzemplarz bezpłatny

Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
www.ore.edu.pl



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Spis treści

Wprowadzenie	7
1. Od modelu medycznego do biopsychospołecznego	9
2. Klasyfikacja <i>ICF</i>	13
3. Diagnoza funkcjonalna	18
4. Diagnoza funkcjonalna w obszarze emocjonalno-społecznym, z wykorzystaniem pakietu TROS-KA w kierunku dobrych praktyk	24
5. Działania postdiagnostyczne – sprawdzone strategie i praktyki	31
5.1. Strategia: Nauczanie i uczenie się w kooperacji	32
5.2. Strategia: Nauczanie rówieśnicze z elementami tutoringu	33
5.3. Strategia: Systemowe rozwijanie kompetencji społecznych	34
5.4. Strategia: Partnerstwo z rodzicami	36
5.5. Pozostałe strategie	38
Zakończenie	39
Literatura	40

Wprowadzenie

Realia współczesnego świata świetnie oddają znaczenie starożytnej maksymy Heraklita z Efezu – *pantha rhei*. Dzisiaj zmiana goni zmianę, trudno więc nadążyć za ich sensami i implikowanymi przez nie wartościami. Jednocześnie istnieje potrzeba uporządkowania złożonej rzeczywistości społecznej, ujęcia jej w pewne ramy, by nie zagubić się w poczuciu wszechogarniającego chaosu.

Jakie jednak mają być te ramy, skoro treść, którą powinny zamykać, wymyka się w tempie uniemożliwiającym uchwycenie jej istoty? Pytanie to zadają sobie wszyscy podejmujący się tworzenia standardów, formułowania przepisów i formalnych uregulowań, zastanawiając się nad opisaniem zjawisk nieustannie podlegających rewolucji, a jednocześnie takich, które mają funkcjonować jako zorganizowane.

Problem jest szczególnie dotkliwy, jeśli dotyczy instytucjonalnej pomocy niesionej drugiemu człowiekowi, a zwłaszcza dziecku. Z jednej strony bowiem pojawia się naturalna potrzeba wdrożenia standardów porządkujących, wymagających najwyższej odpowiedzialności za dziedzinę życia społecznego, z drugiej – świadomość niezwykłego zróżnicowania poszczególnych odbiorców pomocy, funkcjonujących dodatkowo w świecie ciągłych przeobrażeń, w którym to, co nowe, staje się momentalnie stare, a to, co aktualne, jest jednocześnie *passé*.

Jedynym rozsądnym wyjściem wydaje się regulowanie dynamicznego podejścia do zmiany, czyli tworzenie takich ram, które umożliwią włączenie każdego nowego lub innego odbiegającego od normy zjawiska do obowiązującego modelu pomocy, co pozwoli zarazem na elastyczne modyfikowanie wzorca pod wpływem elementu włączonego w jego strukturę.

A zatem – w warunkach współczesnych wyzwań – szczególnie interesująca staje się standaryzacja postawy otwartości na różnorodność i zmiany (standard w znaczeniu obowiązującego wszystkich systemu, możliwego do przemodelowania, z zachowaniem jego istoty) zarówno w wymiarze intraindywidualnym (zmiany wewnątrzsobnicze), jak i interpersonalnym (zmiany w obrębie najbliższego otoczenia) oraz społecznym (zmiany o charakterze globalnym).

Właściwsze też będzie – zamiast wskazywania w postaci algorytmów ścieżek wsparcia dla osób z konkretnymi trudnościami – przyswojenie wiedzy i umiejętności w zakresie samodzielnego i elastycznego rozpoznawania indywidualnych potrzeb dzieci i młodzieży oraz projektowania adekwatnego, ciągle modyfikowanego programu wsparcia.

Rok szkolny 2017/2018 to z pewnością czas intensywnych i wieloaspektowych przeobrażeń w polskiej edukacji. Zmiany wdrażane w systemie oświaty dotyczą zarówno sfery struktury, jak i funkcji – i nie chodzi tu o to, aby na nowo zaaranżować przestrzeń edukacyjną, ale przede wszystkim usprawnić sposoby korzystania z możliwości, jakie ta przestrzeń stwarza.

Ta pragmatyczna perspektywa jest szczególnie widoczna w nowym podejściu do dzieci i uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, co skrótowo można by nazwać przejściem od modelu medycznego do biopsychospołecznego.

Zróznicowanie obu paradygmatów trafnie oddaje metafora ryby w akwarium. W podejściu medycznym akwarium jest statyczne, i to ryba musi dostosować się do jego wymiarów i zawartości. W odniesieniu do edukacji rodzą się więc pytania zasadnicze:

*Jakie działania należy podjąć, aby upodobnić sposób funkcjonowania ucznia do standardu?
Co zrobić, aby uczeń ukończył dany etap kształcenia?*

Podejście biopsychospołeczne zakłada elastyczność i dynamikę struktury samego akwarium, które zmieniane jest w odpowiedzi na aktualne potrzeby pływających w nim ryb. Nie oznacza to jednak, że w takim akwarium (ujęciu) ryba zwolniona jest z trudu adaptacyjnego i nie musi podejmować żadnego wysiłku, aby oswoić nowe otoczenie. Przeciwnie – cały czas korzysta ze swoich zasobów przystosowawczych, przy czym czyni to raczej w celu zaktualizowania posiadanego potencjału, aniżeli po to, by jedynie przetrwać. I tu, na gruncie edukacji, zamiast zapytać:

Co zrobić, aby uczeń ukończył tę szkołę?

trzeba zadać inne główne pytanie:

Jakie działania należy podjąć, aby aktualne i przyszłe warunki otoczenia umożliwiły uczniowi samorealizację?

Model biopsychospołeczny próbuje połączyć różne konteksty postrzegania człowieka: medyczny, poznawczy, emocjonalny, motywacyjny, duchowy, uwzględniając ciągłość jego egzystowania w grupie społecznej – i w tym sensie jest bliższy traktowaniu jednostki jako podmiotu niż tylko organizmu.

Wieloaspektowość ujęcia biopsychospołecznego stanowi rdzeń diagnozy funkcjonalnej, pojmowanej jako dynamiczny i kompleksowy proces rozpoznawania potencjału człowieka i barier w jego rozwoju, służący opracowaniu i realizacji optymalnego procesu wsparcia podlegającego stałej ocenie i modyfikacji.

Publikacja niniejsza stanowi syntetyczne ujęcie tak rozumianej diagnozy funkcjonalnej, nawiązując też do praktycznych możliwości wzbogacenia jej o *Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia – ICF* (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*), opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia – WHO (ang. *World Health Organization*).

Druga część pracy zawiera opis tzw. dobrych praktyk, dotyczących głównie drugiego etapu diagnozy funkcjonalnej, czyli diagnozy projektującej, odnoszonej do samego ucznia oraz jego otoczenia, polegającej na działaniach terapeutyczno-rozwojowych.

1. Od modelu medycznego do biopsychospołecznego

Dotychczasowe podejście do niepełnosprawności koncentrowało się na rzetelnym rozpoznaniu deficytu/upośledzenia oraz określeniu jego etiologii i zakresu. Taki stan rzeczy wyraźnie prezentuje powszechnie używana *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*), która traktuje upośledzenie jako element tworzący chorobę, a nie jako problem funkcjonowania podmiotu, związany ze stanem chorobowym i środowiskiem, w którym on żyje (co dopiero czyni klasyfikacja *ICF*).

Opisywanie i pojmowanie zjawiska niepełnosprawności ewoluuje jednak zarówno w obszarze percepcji społecznej, jak i w oficjalnych dokumentach dotyczących polityki zdrowotnej i społecznej państwa. Początkowo niepełnosprawność traktowana była jako cecha człowieka, w całości definiująca go – używano zatem terminu „osoba niepełnosprawna”. Taka postawa powodowała redukowanie możliwości człowieka i jego wartości do zidentyfikowanych deficytów, i co najwyżej – umiejętności ich kompensowania. Niepełnosprawność, znajdująca się w centrum uwagi, rzutowała na wszystkie dziedziny życia danej osoby, skutecznie „kamouflując” jej zasoby, w tym uzdolnienia, wyznawane wartości, priorytety życiowe. W ten sposób przyczyniano się do pogłębienia i utrwalenia izolacji – wyłączenia osoby z grupy poprzez narzucenie jej tożsamości niepełnosprawnego i wynikających z niej implikacji praktycznych.

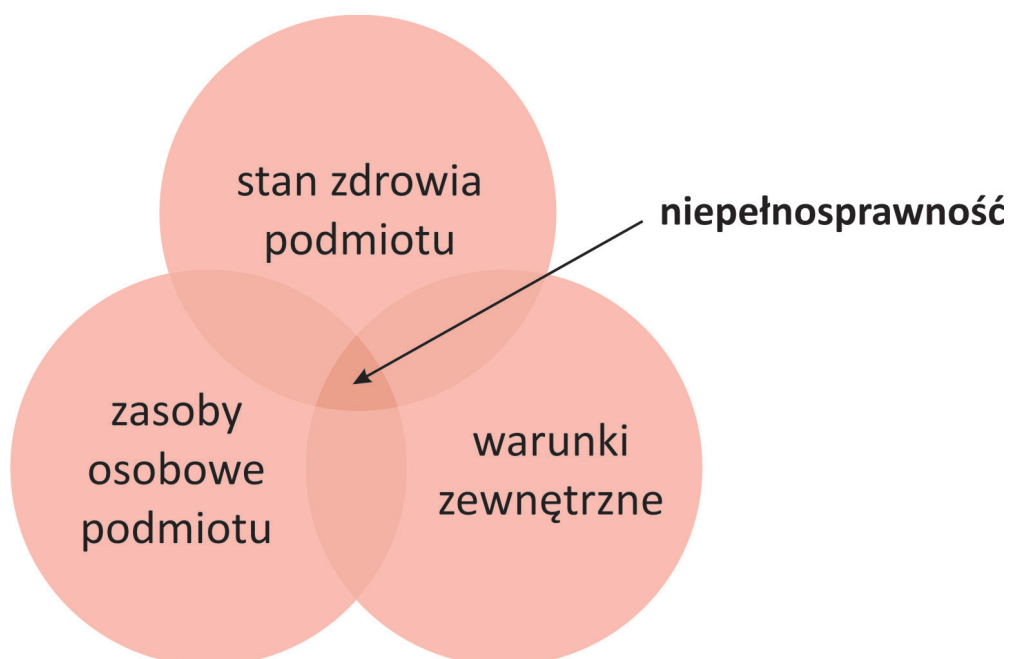
Z czasem uświadomiono sobie, że niepełnosprawność to tylko jedna z posiadanych cech, pewien atrybut oprócz wielu innych, jakie ma dany podmiot. Pojawiło się wówczas określenie „osoba z niepełnosprawnością”, odwracające uwagę od całościowego ujmowania człowieka przez pryzmat rozpoznanych deficytów.

Obecnie, dzięki przyjęciu przez WHO nowej definicji niepełnosprawności i zaprezentowaniu jej w klasyfikacji *ICF*, odchodzi się od podmiotowego ujmowania tego zjawiska na rzecz podejścia relacyjnego, tj. odniesionego do bliższego i dalszego otoczenia, w którym dany podmiot funkcjonuje. Zgodnie z definicją niepełnosprawność można scharakteryzować jako: *skutek lub wynik złożonych wzajemnych związków pomiędzy stanem zdrowia jednostki i czynnikami osobowymi a czynnikami zewnętrznymi, czyli warunkami, w jakich jednostka żyje* (*ICF*, 2009, s. 17).

Nowa definicja niepełnosprawności artykułuje następujące kwestie:

- to nie sam stan zdrowia podmiotu implikuje jego niepełnosprawność;
- ważnym elementem zasobów podmiotu, regulujących stopień niepełnosprawności, są oprócz stanu zdrowia czynniki osobowe, takie jak np. zasoby poznawcze, wartości, zainteresowania, sposoby spędzania wolnego czasu, kompetencje emocjonalno-społeczne itp.;
- niepełnosprawność jest zjawiskiem, które „dzieje się” w przestrzeni relacji społecznych, budowanej przez sam podmiot i jego zasoby oraz inne podmioty, również dysponujące własnymi zasobami;
- niepełnosprawność nie jest stanem chronicznym – jej dynamika i nasilenie zależą zarówno od stanu zdrowia podmiotu, aktualnej kondycji jego zasobów, jak i możliwości i barier, jakie stwarza mu dane otoczenie (które samo również się zmienia, a może być też zmieniane przez sam podmiot).

Rysunek 1. Relacyjne ujęcie zjawiska niepełnosprawności



Źródło: opracowanie własne

Znaczenie środowiska w funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością zostało podkreślone w modelu biopsychospołecznym, którego sama nazwa odślania obszary kluczowe dla niepełnosprawności, wskazane w definicji ICF:

- bio (B) – stan zdrowia podmiotu;
- psycho (P) – zasoby psychiczne stanowiące komponent zasobów osobowych podmiotu;
- społeczny (S) – odnoszący się do relacji podmiotu z otoczeniem i oddziaływań środowiska na podmiot.

Takie kompleksowe podejście obligatoryjnie zakłada indywidualizację, gdyż każdy z wyodrębnionych obszarów (B, P i S) dynamicznie się zmienia i pozostaje w zróżnicowanych konfiguracjach. Postulat indywidualizacji pociąga za sobą wymóg przeformułowania celów edukacji oraz zmodyfikowania stosowanych metod i podejść psychopedagogicznych. Szczegółowe zestawienie o charakterze konfrontacyjnym przedstawia tabela 1.

Przykład z praktyki

Zosia – 11-letnia uczennica z diagnozą dyskalkulii

Nauczycielka matematyki po półrocznej pracy z dziewczyną nie dostrzega jej specyficznych trudności w przetwarzaniu informacji liczbowych w takim stopniu, w jakim opisane zostały w opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej; z pewnością ta niewspółmierność obserwacji to nie efekt zaledwie kilkumiesięcznej pracy terapeutyczno-rozwojowej, ale wpływ kontekstu psychospołecznego na funkcjonowanie uczennicy z danym typem deficytu.

Skrócona charakterystyka Zosi uwzględniająca informacje z obszarów: bio (B), psycho (P) i społecznego (S):

B – zaburzona percepcja materiału liczbowego, trudności w wykonywaniu prostych obliczeń na materiale symbolicznym, nieumiejętność dostrzegania związków między danymi a niewiadomą w zadaniach z treścią, wzrastający lęk do matematyki.

P – wysokie poczucie kompetencji przejawiające się podejmowaniem wielu działań z różnych dziedzin, wypracowanie indywidualnych strategii radzenia sobie z trudnościami, wielość zainteresowań, uzdolnienia muzyczne, wysoka motywacja wewnętrzna połączona z silną potrzebą rywalizacji (potrzeba konfrontowania swoich osiągnięć z wynikami innych osób), szeroka sieć kontaktów społecznych, wysokie poczucie afiliacji w grupie rówieśniczej.

S – nauczycielka matematyki wdrożyła elementy programu „Matematyka bez słów”, polegającego na zwiększeniu wykorzystania w uczeniu się matematyki kodu obrazowego kosztem kodu werbalnego, ponadto podczas sprawdzianów wszystkie zadania miały postać zadań wielopoziomowych, dających szansę rozwiązania przynajmniej części z nich każdemu uczniowi (zwiększyło to poczucie sprawczości uczniów i zredukowało ich tendencje do rywalizacji); podczas zajęć w szkole muzycznej nauczyciel gry na pianinie uwrażliwiał Zosię na matematyczną strukturę partytury muzycznej i prezentował ją podczas wspólnych ćwiczeń; mama dziewczynki była przekonana, że dyskalkulia to wymysł naukowców, który nie ma potwierdzenia w faktycznym funkcjonowaniu szkolnym dzieci i młodzieży – utrudniało to współpracę matki ze szkołą i poradnią psychologiczno-pedagogiczną; z czasem postawa mamy zmieniła się – dziś z pełnym zaangażowaniem wspiera rozwijanie umiejętności matematycznych swojej córki.

Tabela 1. Porównanie modeli medycznego i biopsychospołecznego

Aspekt analizy	Model medyczny	Model biopsychospołeczny
Cel diagnozy	identyfikacja deficytów, niezgodności z tzw. normą	identyfikacja trudności i barier w rozwijaniu potencjału podmiotu; diagnoza przeszkód w samorealizacji
Zakres diagnozy	uczeń	uczeń i jego środowisko (rodzice/opiekunowie, nauczyciele, rówieśnicy w szkole i poza nią)
Metody diagnozy	ilościowe, podejście nomotetyczne – ogół wyznacza standard, operowanie pojęciami norm: • teoretycznej (wyznaczanie standardu w oparciu o jakąś koncepcję, np. dojrzała osobowość); • rozwojowej (opis prawidłowości rozwojowych i okresów krytycznych dla rozwoju poszczególnych funkcji i zachowań, np. okres krytyczny rozwoju mowy – do 6–7 roku życia); • statystycznej (standard określany przez statystyczne miary zróżnicowania cechy w populacji, tj. średnią i odchylenie standardowe, np. iloraz inteligencji – średnia 100, a odchylenie standardowe 15); • społecznej (opis wzorca zachowania utrwalonego w danej grupie społecznej jako pożądanego, powszechnie akceptowanego, np. grzeczne dziecko)	ilościowo-jakościowe, podejście idiograficzne (prymat podmiotu nad ogółem i normą); źródłem wnioskowania jest przede wszystkim obserwacja zmian w indywidualnym rozwoju podmiotu; odniesienie wyniku ucznia do poprzednich jego badań, a dopiero potem do normy

Model edukacji	specjalna, segregacja, wyłączenie	egalitarna, inkluzja, włączanie
Cel interwencji terapeutycznej	ograniczenie negatywnych skutków choroby/zaburzenia	pełny dobrostan psychofizyczny
Cel edukacji	adaptacja ucznia do otoczenia poprzez przyjmowanie gotowych – „sprawdzonych” wzorców; celem działań edukacyjnych (tj. kształcenia i wychowywania) jest maksymalne zbliżenie ucznia do powszechnie obowiązującego standardu	wsparcie ucznia w kształtowaniu indywidualnych (tj. opartych na posiadanych zasobach) – skutecznych strategii radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi; szkoła pobudza i wspomaga dążenie ucznia do samorealizacji poprzez zwiększanie puli środków umożliwiających osiągnięcie pożądanych efektów w obszarze kształcenia i wychowania
Używana klasyfikacja	ICD-10	ICD-10 i ICF (ujęcie kompleksowe)

Źródło: opracowanie własne

Idea modelu biopsychospołecznego i związanej z nim diagnozy funkcjonalnej znalazła silne podstawy w tzw. psychologii pozytywnej, która odchodzi od poszukiwania patomechanizmów na rzecz formułowania koncepcji udanego życia (*well-being*). W tym kontekście Martin Seligman, twórca psychologii pozytywnej, pisze:

Nauki społeczne tego stulecia staną się nie tylko naukami o tym, co najgorsze w kondycji ludzkiej, lecz także naukami o naszych najlepszych potencjałach. Praca nad profilaktyką daje nam wgląd w tę przyszłość. Jestem przekonany, że skutecznej profilaktyki chorób psychicznych nie zapewni model chorobowy. Nie zrealizuje się jej, zmieniając chemiczną równowagę mózgu ani naprawiając już wyrządzoną szkodę psychologiczną. Skuteczne zapobieganie wyniknie raczej z mierzenia i budowania silnych stron ludzi (Seligman, 2004, s. 31).

W ramach psychologii pozytywnej powstało wiele teorii konceptualizujących mocne strony człowieka. Wśród nich szczególnie inspirująca dla praktyki psychopedagogicznej jest *teoria inteligencji sprzyjającej powodzeniu życiowemu* autorstwa Roberta Sternberga (2002).

Według tej teorii o sukcesie podmiotu decyduje synergia pomiędzy trzema typami zdolności (inteligencji):

- inteligencją analityczną – odpowiedzialną za przetwarzanie informacji i nabywanie wiedzy (grupa zdolności mierzonych testami inteligencji, uzupełniona o metakomponenty, tj. składniki umożliwiające analizę własnych procesów poznawczych);
- inteligencją praktyczną – odnoszącą się do stopnia adaptacji podmiotu do otoczenia (według Sternberga człowiek może czuć się w pełni przystosowany do środowiska lub podejmować wysiłek zmieniania tego środowiska lub też w sytuacji braku pożądanych efektów decydować się na całkowitą zmianę otoczenia i adaptację do zupełnie nowych warunków);
- inteligencją twórczą – ujmującą takie właściwości podmiotu, jak: oryginalność myślenia, otwartość na nowe problemy, tolerancja dla różnorodności, poczucie sprawczości.

Idea koncepcji Sternberga bliska jest modelowi biopsychospołecznemu, gdyż z jednej strony zakłada:

- istotną rolę środowiska w kształtowaniu się dobrostanu podmiotu,
- z drugiej zaś podkreśla:
- znaczenie samodzielnych aktywności i inicjatyw człowieka, wspartych jego wewnętrznymi zasobami, w optymalnej adaptacji do otoczenia.

Ta synergia powinna być szczególnie wyartykułowana, gdyż wielu apologetów modelu biopsychospołecznego całkowicie błędnie zakłada, że jedynym źródłem niepełnosprawności jest nieprzychylnie środowisko, zupełnie zapominając o roli zasobów osobistych podmiotu.

2. Klasyfikacja ICF

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, określana skrótem ICF (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*), została uchwalona przez WHO w 2001 roku jako ukoronowanie prawie trzydziestoletnich prac, rozpoczętych ogłoszeniem międzynarodowego raportu dotyczącego skutków choroby. Jej aktualna, przetłumaczona na język polski wersja koncentruje się na opisie różnych stanów zdrowia i regulujących je czynników środowiskowych.

Przeniesienie w klasyfikacji ICF punktu ciężkości z charakterystyki stanów chorobowych na zdrowie dowodzi zmiany sposobu postrzegania niepełnosprawności i kwalifikowania jej jako wtórnej w stosunku do podstawowej kondycji zdrowotnej. Zmiana ta pozwala na zredukowanie tzw. efektu negatywności, tj. uogólnionego negatywnego pojmowania sytuacji osoby z niepełnosprawnością, pomimo jej wysokiego poczucia dobrostanu, i odwrotnie – zapobiega automatycznemu myśleniu o osobie niedotkniętej niepełnosprawnością jako w pełni zdrowej.

Klasyfikacja ICF została opracowana w celach takich jak:

- stworzenie naukowych podstaw zrozumienia i badania kwestii zdrowia i związanych z nim stanów, wyników i wyznaczników;
- ustalenie wspólnego języka stosowanego do opisu zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem, ze względu na konieczność usprawnienia porozumiewania się różnych użytkowników, np. pracowników służby zdrowia, pracowników naukowych, decydentów i ogółu społeczeństwa, z uwzględnieniem osób niepełnosprawnych;
- umożliwienie porównywania danych z różnych krajów, z wielu dziedzin opieki zdrowotnej, usług i okresów czasu;
- stworzenie usystematyzowanego schematu kodowania dla systemów informatycznych w dziedzinie zdrowia (por. ICF, 2009, s. 5).

Dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych i nauczycieli szczególnie ważny jest cel drugi, który odnosi się do postulatu opracowania wspólnego języka umożliwiającego rzetelny i trafny opis funkcjonowania danej osoby, zrozumiały dla lekarza, pedagoga, psychologa czy przedstawiciela sektora ubezpieczeń społecznych (warunek intersubiektywnej komunikowalności). Aktualne zróżnicowanie kodów językowych, obowiązujących w systemie poradnictwa

psychologiczno-pedagogicznego i opieki medycznej, rodzi liczne trudności interpretacyjne, co skutkuje niższą trafnością wydawanych orzeczeń lub opinii.

Klasyfikacja *ICF* zbudowana jest z dwóch części, a każda z nich zawiera po dwa składniki:

I część. Funkcjonowanie i niepełnosprawność

- a) funkcje i struktury ciała*
- b) aktywność i uczestniczenie*

II część. Czynniki kontekstowe

- a) czynniki środowiskowe*
- b) czynniki osobowe*

Znaczenie poszczególnych składników klasyfikacji *ICF* definiuje następująco:

- *funkcje ciała ludzkiego* są to procesy fizjologiczne poszczególnych układów ciała, obejmujące również procesy psychiczne;
- *struktury ciała ludzkiego* to jego części anatomiczne: narządy, kończyny i ich elementy składowe;
- *aktywność* jest to wykonanie przez daną osobę zadania lub podjęcie działania;
- *uczestniczenie* jest to angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe.

Aktywność i uczestniczenie opisywane są przez dwa kwalifikatory: *wykonanie* i *zdolność*. To rozróżnienie jest kluczowe, gdyż wskazuje na obszar potencjalności podmiotu:

- *zdolność* to możliwości wykonywania przez daną osobę zadania lub podjęcia działania, wskazuje najwyższy możliwy stopień funkcjonowania danej osoby w opisywanym obszarze/dziedzinie) oraz to, co aktualnie przejawia w zachowaniu;
- *wykonanie*, czyli to, co dana osoba robi w swoim aktualnym środowisku.

Rozbieżność między *zdolnością* a *wykonaniem* pozwala określić kierunek modyfikacji otoczenia, w którym aktualnie funkcjonuje badana osoba (por. tabela 2 i tabela 3):

- *czynniki środowiskowe* tworzą fizyczne i społeczne środowisko oraz system postaw, w którym żyją ludzie;
- *czynniki osobowe* odnoszą się bezpośrednio do podmiotu, obejmują takie cechy jak: wiek, płeć, status społeczny, doświadczenia życiowe;

Obecnie klasyfikacja *ICF* nie ujmuje tych czynników, ale użytkownicy sami mogą je włączyć do oceny za pomocą *ICF*.

Klasyfikacja *ICF* służy do oceny wybranych konstrukcji, ściśle odnoszących się do wyżej opisanych składników.

Istnieją cztery konstrukcje dla I części klasyfikacji:

- *zmiana w funkcji ciała*
- *zmiana w strukturze ciała*
- *zdolność*
- *wykonanie*

Konstrukcja dla II części klasyfikacji to:

- *ułatwienia lub bariery związane z czynnikami środowiskowymi.*

Poszczególne konstrukcje dla danego składnika oceniane są na uniwersalnej skali numerycznej według poniższej legendy:

- xxx. 0 – *brak problemu (żaden, nieobecny, nieistotny)*
- xxx. 1 – *nieznaczny problem (niewielki, mały)*
- xxx. 2 – *umiarkowany problem (średni, spory)*
- xxx. 3 – *znaczny problem (wielki, silny)*
- xxx. 4 – *skrajnie duży problem (zupełny)*
- xxx. 8 – *nieokreślony problem*
- xxx. 9 – *nie dotyczy*

Poniższe, przykładowo zaprezentowane dwie tabele, można wykorzystać do skonfrontowania dwóch poziomów wykonania danej czynności przez podmiot: aktualnego oraz optymalnego, zakładając występowanie sprzyjających warunków (tabela 2 dotyczy ogólnego ujęcia obszaru: *aktywność i uczestniczenie*, zaś tabela 3 zawiera szczegółową ocenę dziedziny d1: *uczenie się i zdobywanie wiedzy*).

Tabela 2. Ocena *wykonania* i *zdolności* dla poszczególnych dziedzin w obszarze: *aktywność i uczestniczenie*

Dziedzina	Wykonanie	Zdolność
d1 – uczenie się i zdobywanie wiedzy		
d2 – ogólne zadania i obowiązki		
d3 – porozumiewanie się		
d4 – poruszanie się		
d5 – dbanie o siebie		
d6 – życie domowe		
d7 – wzajemne kontakty i związki międzyludzkie		
d8 – główne obszary życia		
d9 – życie społeczności lokalnej, działalność społeczna i obywatelska		

Źródło: klasyfikacja ICF (2009)

Przykład: d4: *wykonanie* – 3, *zdolność* – 2;

otrzymane oceny wskazują na bariery środowiskowe w funkcjonowaniu badanej osoby i wskazują kierunek niezbędnych modyfikacji

Tabela 3. Ocena *wykonania* i *zdolności* dla dziedziny: *uczenie się i zdobywanie wiedzy*

Czynność*	Wykonanie	Zdolność
D110 – patrzenie		
D115 – słuchanie		
D120 – celowe posługiwanie się innymi zmysłami		
D129 – celowe posługiwanie się zmysłami, inne określone i nieokreślone		
D130 – naśladowanie		
D135 – repetycja (powtarzanie)		
D140 – uczenie się czytania		
D145 – uczenie się pisanie		

D150 – uczenie się liczenia		
D155 – nabywanie umiejętności		
D159 – podstawy uczenia się, inne określone i nieokreślone		
D160 – skupianie uwagi		
D163 – myślenie		
D166 – czytanie		
D170 – pisanie		
D172 – liczenie		
D175 – rozwiązywanie problemów		
D177 – podejmowanie decyzji		
D179 – stosowanie wiedzy, inne określone i nieokreślone		
D198 – uczenie się i stosowanie wiedzy, inne określone		
D199 – uczenie się i stosowanie wiedzy, nieokreślone		

Źródło: opracowanie własne na podstawie klasyfikacji ICF

* Każda z czynności została precyzyjnie zdefiniowana w klasyfikacji ICF, przykładowo: naśladowanie – imitowanie jako podstawowy element uczenia się, np. naśladowanie gestykulacji, dźwięków lub kopiowanie liter alfabetu.

Rozróżnienie między *wykonaniem* a *zdolnością* pozwala na ilościowe określenie poziomu barier środowiskowych. Identyfikacja rozbieżności między tymi dwoma wartościami powinna pociągnąć za sobą jakościową analizę aktualnych warunków funkcjonowania badanej osoby i zaprojektowanie strategii reedukacji zdiagnozowanych przeszkód.

Uwaga!

Klasyfikacja ICF nie dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością. Przy jej pomocy można opisać wszystkie aspekty zdrowia i stany związane ze zdrowiem każdego człowieka. Takie uniwersalne wykorzystanie klasyfikacji pozwala dostrzec, że niektóre osoby z niepełnosprawnością funkcjonują w wielu dziedzinach lepiej, niż osoby uważane za w pełni sprawne.

Przykłady z praktyki

Marek – 26-letni grafik komputerowy

Niepełnosprawność ruchowa, wybrane informacje z diagnozy, z uwzględnieniem klasyfikacji ICF, dotyczące kwalifikatora *wykonanie* w obszarze *aktywność i uczestniczenie*:

d2401.1 – nieznaczne trudności w zakresie radzenia sobie ze stresem

d2402.0 – brak trudności z radzeniem sobie w sytuacjach kryzysowych

d9204.0 – brak trudności w realizacji działań o charakterze hobbystycznym

Paweł – 25-letni korektor w wydawnictwie

W pełni sprawny, wybrane informacje z diagnozy, z uwzględnieniem klasyfikacji *ICF*, dotyczące kwalifikatora *wykonanie* w obszarze *aktywność i uczestniczenie*:

d2401.2 – umiarkowane trudności w zakresie radzenia sobie ze stresem

d2402.2 – umiarkowane trudności z radzeniem sobie w sytuacjach kryzysowych

d9204.2 – umiarkowane trudności w realizacji działań o charakterze hobbystycznym

Niewątpliwą zaletą klasyfikacji *ICF* jest rozpatrywanie danego deficytu w możliwie szerokim ujęciu i jednocześnie ukierunkowanie na wsparcie. Strategiczne myślenie, poczynwszy od struktury składającej się na *funkcje*, a następnie *aktywności* i *uczestniczenie*, doprowadza do identyfikacji katalizatorów i inhibitorów o charakterze środowiskowym, a także zasobów intraindywidualnych. Widzimy zatem system powiązań, który maksymalnie zbliża proces diagnozy i pomocy do osadzonego w rzeczywistości społecznej zjawiska uczestniczenia w niepełnosprawności, a oddala ten proces od zjawiska bycia niepełnosprawnym.

Klasyfikacja *ICF* a klasyfikacja *ICD-10*

Nie należy traktować klasyfikacji *ICF* jako zastępczej wobec klasyfikacji *ICD-10*. Obie zostały opracowane przez Światową Organizację Zdrowia w celu dostarczenia narzędzi kompleksowego opisu stanów zdrowia i/lub choroby, w praktyce powinny być stosowane łącznie.

Ujęcie *ICD-10* dotyczy etiologii zjawiska i jego struktury, co pozwala nazwać konkretny typ zaburzenia, zaś podejście *ICF* odnosi się do funkcji, które zarówno w sensie pozytywnym (możliwości działania), jak i negatywnym (ograniczenia działań) pełni dane zaburzenie.

Przykład z praktyki**Wiktor – uczeń klasy pierwszej szkoły podstawowej**

Badania diagnostyczne, wsparte raportem wychowawców z klasy zerowej i pierwszej, sporządzonym na podstawie obserwacji, pozwoliły na stwierdzenie występowania następujących kryteriów zespołu Aspergera, opisanych w klasyfikacji *ICD-10*:

- utrudniony kontakt wzrokowy, mimika nieadekwatna do sytuacji;
- trudności w nawiązywaniu relacji z rówieśnikami;
- brak zainteresowania zabawą z innymi i nieposiadanie wspólnych zainteresowań;
- specjalistyczne zainteresowania, całkowicie zajmujące uwagę chłopca;
- stereotypie ruchowe (chroniczne podrapywanie się po głowie, krzyżowanie palców).

Nie stwierdzono u chłopca opóźnień w rozwoju mowy i innych funkcji poznawczych. W diagnozie różnicowej wykluczono: inne zaburzenia rozwojowe, schizofrenię prostą, zaburzenia schizotypowe, obsesyjno-kompulsywne i anankastyczne zaburzenia osobowości.

Diagnoza, poszerzona o analizę wybranych kryteriów zawartych w klasyfikacji *ICF*, pozwala stwierdzić, że choć zachowania chłopca odbiegają od tzw. normy rozwojowej, to nie powodują bezpośrednich skutków w postaci znacznego obniżenia jego funkcjonowania w kluczowych obszarach, do których odnosiła się diagnoza przeprowadzona na podstawie *ICD*.

3. Diagnoza funkcjonalna

Pojęcie diagnozy funkcjonalnej występuje w poradnictwie psychologiczno-pedagogicznym w różnych znaczeniach i kontekstach, co powoduje, że jego źródłowy sens został w zasadzie zagubiony, i dziś trzeba go zrekonstruować.

Katalog możliwych użyczeń tego terminu, z którego możemy skorzystać chociażby za pomocą wyszukiwarki internetowej, pozwala stwierdzić, że najczęściej pojawia się on jako synonim oceny codziennego funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością.

Kolejnym kontekstem, w jakim funkcjonuje pojęcie diagnozy funkcjonalnej, jest wielospecjalistyczny charakter diagnozy, jako odnoszącej się do możliwie szerokiej gamy aspektów rozwojowych, i w tym ujęciu diagnoza funkcjonalna stanowi pogłębioną diagnozę psychopedagogiczną.

Popularne jest utożsamianie diagnozy funkcjonalnej z oceną środowiskową funkcjonowania ucznia – wówczas pewien dodatkowy element diagnozy psychopedagogicznej, podrzędny w stosunku do niej, odnosi się do kontekstu interpersonalnego i społecznego badanych.

Ostatnim sposobem ujmowania diagnozy funkcjonalnej jest podejście wielospecjalistyczne, zgodnie z którym w procedurę identyfikacji źródeł obserwowanych trudności zaangażowanych jest kilku specjalistów, próbujących jednak ustalić wspólne wnioski.

W zasadzie każde znaczenie pojęcia diagnozy funkcjonalnej odnosi się do wybranych jej właściwości, więc żaden z zakresów znaczeniowych nie oddaje w pełni struktury i funkcji tego procesu, co w praktyce oznacza wybiórczość, parcjalność i fragmentaryczność diagnozy.

Formalnym źródłem, umożliwiającym określenie ram diagnozy funkcjonalnej, jest *Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach*, które definiuje zadania pomocy psychologiczno-pedagogicznej:

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana uczniowi w przedszkolu, szkole i placówce polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych ucznia oraz rozpoznawaniu indywidualnych możliwości psychofizycznych ucznia i czynników środowiskowych wpływających na jego funkcjonowanie w przedszkolu, szkole i placówce, w celu wspierania potencjału rozwojowego ucznia i stwarzania warunków do jego aktywnego i pełnego uczestnictwa w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym.

Definicja ta akcentuje następujące kwestie:

- rozgraniczenie potrzeb rozwojowych i edukacyjnych;
- rozgraniczenie potrzeb i możliwości ucznia;
- wyodrębnienie czynników osobowych (możliwości psychofizycznych, potrzeb rozwojowych i edukacyjnych) oraz środowiskowych (wpływających na funkcjonowanie dziecka w przedszkolu, szkole i placówce, przy czym należałoby dodać „i poza nimi”, które choć nie są bezpośrednim przedmiotem obserwacji nauczycieli, silnie oddziałują na to, co dzieje się w szkole);

- ostateczny cel pomocy, którym jest aktywne i pełne uczestnictwo w życiu przedszkola, szkoły i placówki oraz w środowisku społecznym, przy czym warto dodać, że „pełne uczestnictwo” nie oznacza unifikacji, czyli obowiązku korzystania z całej oferty szkoły przez każdego ucznia, ale istnienie warunków do pełnej realizacji możliwości danego ucznia.

Każda z tych kwestii stanowi ważny element diagnozy funkcjonalnej, szczegółowo omówiony w dalszej części opracowania.

Diagnoza funkcjonalna pojawiła się w diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej w kontekście oceny zachowania – FBA (ang. *functional behavior assessment*). Zazwyczaj ocena ta dotyczy czynności podmiotu o charakterze nieprzystosowawczym, niezgodnym z obowiązującymi regułami grupowymi – dlatego model FBA odnosi się przede wszystkim do ryzyka lub pełnego niedostosowania społecznego, pomijając analizę zachowań pozytywnych.

Kompleksowy model diagnozy funkcjonalnej, zweryfikowany w toku badań podłużnych, przedstawili Brian Iwata, Michael Dorsey, Keith Slifer, Kenneth Bauman i Gina Richman (1994).

Model ten w opisie zachowania uwzględnia:

- informację o przyczynach danego zachowania trudnego – A (*antecedants*);
- charakterystykę zachowania – B (*behaviour*);
- informację o skutkach zachowania – C (*consequences*), (por. Gresham, Quinn i Restori, 1999).

Tak rozumiana diagnoza ABC ma za zadanie określić funkcję, jaką pełni zachowanie w całościowym działaniu podmiotu, przy czym warto podkreślić podwójne znaczenie pojęcia funkcji, pojmowanej jako:

- tzw. trudne zachowanie, które pozwala doraźnie poradzić sobie z danym problemem – pełni więc jakąś funkcję (wnioskowanie o przyczynach);
- dane zachowanie oddziałujące na inne struktury i funkcje (wnioskowanie o skutkach).

Z czasem poszerzono zakres stosowania diagnozy funkcjonalnej, odnosząc ją nie tylko do analizy zachowań trudnych, ale i do wielowymiarowego opisu funkcjonowania człowieka, z uwzględnieniem kontekstu środowiskowego przeszłego, aktualnego i prognozowanego (np. zmiana miejsca zamieszkania, szkoły, sytuacji rodzinnej). Uświadomiono sobie, że fragmentaryczne podejście do zachowań danego podmiotu redukuje zarówno pole poszukiwania przyczyn, jak i skutków tych zachowań. Stwierdzono ponadto, że stanowisko takie uniemożliwia skonfrontowanie różnych perspektyw oceny codziennego funkcjonowania ucznia (domowej, szkolnej, rówieśniczej, zadaniowej itp.), a tym samym oddala od poznania właściwego źródła zauważonych trudności.

Wielowymiarowość diagnozy funkcjonalnej polega na uwzględnieniu w prowadzonych badaniach następujących obszarów:

- sfery fizycznej oraz motorycznej (odnoszących się do strukturalnego aspektu zdrowia);
- sfery poznawczej (dotyczącej uwagi, percepcji, myślenia, pamięci, wyobraźni, mowy i języka);
- sfery emocjonalno-społecznej;
- sfery moralnej i duchowej;
- osobowości.

Nie oznacza to, że każda z tych dziedzin musi być w równej mierze uwzględniona w prowadzonym postępowaniu diagnostycznym, co w praktyce powodowałoby niezwykle wydłużony w czasie proces identyfikacji zasobów i deficytów. Natomiast konieczne jest zinterpretowanie każdej z zaobserwowanych trudności poprzez odniesienie jej do tych obszarów, np. agresję werbalną jako typ zachowania trzeba odnieść do funkcjonowania biologicznego, w tym hormonalnego ucznia, efektywności poznawczej, kontroli i rozumienia emocji, sieci wsparcia społecznego, preferowanych przez niego wartości, sposobów spędzenia wolnego czasu, stopnia rozwoju osobowości, w tym tożsamości.

Odwołując się do tradycji oraz współczesnych ujęć diagnozy funkcjonalnej Ewa Domagała-Zyśk, Tomasz Knopik, Urszula Oszwa (2018, w druku) proponują eksplikację pojęcia diagnozy funkcjonalnej poprzez twierdzenie, że diagnoza funkcjonalna jest wielowymiarowym rozpoznaniem:

- stanu funkcjonowania osoby w środowisku, uwzględniającym opis i identyfikację źródeł jej aktualnego zachowania (w tym przejawianych zasobów i deficytów);
- możliwości integralnego i zrównoważonego rozwoju badanej osoby, zarówno w aspekcie aktualizacji jej potencjału rozwojowego, jak i zakresu modyfikacji środowiska, w którym funkcjonuje.

Prowadząc diagnozę funkcjonalną, diagnosta przyjmuje, że uczeń:

- jest podmiotem o indywidualnej i niepowtarzalnej strukturze psychofizycznej;
- funkcjonuje w grupie społecznej, takiej jak: rodzina, rówieśnicy, społeczeństwo lokalne i globalne – i to właśnie grupa społeczna jest naturalną przestrzenią jego rozwoju;
- potrzebuje autonomii, przejawiającej się m.in. chęcią pełnego uczestnictwa w każdym etapie diagnozy, z możliwością regulowania jej kształtu i założeniem odmowy dalszego udziału w postępowaniu diagnostycznym;
- posiada indywidualne tempo i rytm rozwoju;
- jest istotą dynamiczną, pozostającą w ciągłym procesie rozwoju.

W przebiegu rozpoznawania zasobów i deficytów ucznia oraz katalizatorów i barier środowiskowych można wyróżnić trzy główne etapy (Pytko, 2005).

Etap pierwszy zwany diagnozą konstatającą, czyli opisującą fakty, w tym zasoby i deficyty ucznia, co odbywa się za pomocą różnorodnych narzędzi pomiarowych – wystandaryzowanych i niewystandaryzowanych – z zaangażowaniem samego ucznia, jak i osób reprezentujących kontekst społeczny – nauczycieli, rodziców, rówieśników. Istotnym warunkiem tego etapu rozpoznania jest zapewnienie równego dostępu do narzędzi diagnostycznych wszystkim uczniom, w tym z niepełnosprawnościami o charakterze sensorycznym.

Realia dostępności narzędzi diagnostycznych syntetycznie opisała prof. Kazimiera Krakowiak (2017), zaliczając do nich :

- warunki sprzyjające nawiązaniu bezpośredniego kontaktu osoby badającej z badaną;
- prawo ucznia do odmowy wykonania zadań diagnostycznych;
- prawo rodziców lub opiekunów do czynnego uczestnictwa w diagnozowaniu i do szczegółowych informacji o jego wynikach na każdym etapie;
- zmysłowy dostęp ucznia do wszystkich znaczących elementów narzędzia służącego do badania;

- dostęp ucznia do treści wypowiedzi, a zwłaszcza poleceń kierowanych do niego, m.in. w formie mówienia ułatwiającego rozumienie, stosowania prymarnego języka dziecka, mówienia wspomaganego, stosowania komunikacji alternatywnej;
- dostęp ucznia do treści zadań poprzez modyfikację języka poleceń, stosowanie prymarnego języka dziecka;
- dostęp ucznia do materiału potrzebnego do wykonania zadań, realizowany jako troska o dostępność zmysłową materiału;
- swobodę wyboru przez ucznia sposobu wykonywania zadań, np. doboru odpowiedniego kodu: kinetycznego, ikonicznego, fonicznego;
- prawo ucznia do niestandardowego wykonania zadań, np. indywidualnego doboru środków wyrazu, twórczego rozwiązywania problemów;
- możliwość wykonywania takiego rodzaju zadań, jakie badany jest w stanie wykonać, a jednocześnie takich, które wymagają aktywności ujawniających i mierzących badane sprawności.

Etap drugi określany jako diagnoza ukierunkowująca lub projektująca działania, która obejmuje opracowanie programu działań o charakterze naprawczym, profilaktycznym bądź prorozwojowym, a następnie ustalenie strategii stopniowego wdrażania go w codzienną praktykę szkolną.

W tej fazie kluczowa jest współpraca specjalistów z wielu dziedzin: psychologów i pedagogów z poradni, nauczycieli i rodziców. Istotne jest również zaangażowanie do współpracy osób z otoczenia ucznia: rodziców lub opiekunów, rówieśników i innych dla niego ważnych.

Wsparcie odpowiadające indywidualnym potrzebom i możliwościom ucznia powinno uwzględniać nie tylko pracę w obszarach problemowych, ale również ogólne działania prorozwojowe. Skupienie się na jednej sferze może skutkować obniżeniem efektywności w innych obszarach – to, co pierwotnie było mocną stroną ucznia po jednokierunkowej terapii, może stać się jego deficytem (np. kiedy intensywna praca w obszarze przystosowania społecznego, która nie uwzględnia ponadprzeciętnej kreatywności ucznia, doprowadza do znacznego obniżenia oryginalności i elastyczności w rozwiązywaniu problemów oraz zachowawczości w prezentowaniu pomysłów).

Etap trzeci zwany diagnozą weryfikującą polega na ewaluacji podjętych działań interwencyjnych, której celem jest ocena skuteczności udzielonego wsparcia. Ten etap pracy diagnostycznej stanowi podstawę decyzji o kontynuowaniu diagnozy w dotychczasowej lub zmodyfikowanej postaci.

Często na tym etapie wykorzystuje się model test – retest (postest), a więc ponownie przeprowadza się badanie, wykorzystując to samo narzędzie diagnostyczne lub jego wersję równoległą.

Kompleksowość diagnozy funkcjonalnej operacjonalizowana jest poprzez:

- **wielokontekstowość** – w diagnozie uwzględnia się oceny zachowania ucznia pochodzące z różnych źródeł: od samego ucznia, jego rodziców, nauczycieli, rówieśników oraz różnych specjalistów: pedagogów, psychologów, logopedów, lekarzy (wielospecjalistyczny wymiar diagnozy), co pozwala na włączenie roli kontekstu w kształtowanie się poszczególnych zachowań;
- **profilowość** – zastosowane w diagnozie narzędzia pomiarowe pozwalają na wykreślenie aktualnego profilu rozwoju ucznia w danej sferze lub sferach; profil ma charakter indywidualny – stąd bez odnoszenia się do norm statystycznych możliwe jest określenie silnych i słabych stron badanego i na tej podstawie zaprojektowanie programu terapeutyczno-

- rozwojowego; profil umożliwia również prowadzenie badań podłużnych i ewaluację podejmowanych działań – powtórne wykreślenie profilu, np. po upływie 8–10 miesięcy, i skonfrontowanie go z wersją pierwotną w celu określenia stopnia progresji lub regresji;
- **neutralność** – w diagnozie funkcjonalnej powinna zostać zachowana nieinwazyjność badania; nierzadko nowość sytuacji podlegania badaniu w gabinecie poradnianym modyfikuje uzyskiwane wyniki, np. poprzez spadek efektywności działań (w testach wykonawczych) lub silne poczucie podlegania ocenie (w badaniach kwestionariuszowych); warto zatem podkreślić rolę nieinwazyjnej obserwacji podłużnej, prowadzonej przez nauczycieli w szkole jako etapu ustawicznego rozpoznawania potrzeb ucznia; wyróżniane w literaturze pedagogicznej dwa rodzaje diagnozy: nauczycielska – przesiewowa i specjalistyczna – gabinetowa powinny stanowić etapy jednego procesu, a nie odrębne typy działań (por. Foryś, 2015);
- **prognostyczność** – wyniki diagnozy funkcjonalnej pozwalają na przewidywanie przyszłych osiągnięć i zachowań ucznia w poszczególnych sferach oraz uwzględniają sferę najbliższego rozwoju;
- **pozytywny charakter diagnozy** – diagnoza oprócz identyfikacji deficytów i trudności wskazuje zasoby i mocne strony ucznia, stanowiące zaplecze działań terapeutyczno-rozwojowych.

Poniższa tabela zawiera przykładową skalę obserwacyjną, uwzględniającą poszerzoną ocenę zachowania ucznia (oprócz ocen dokonywanych przez nauczyciela i rodzica możliwe jest również przeformułowanie pytań do formy pierwszoosobowej i przeprowadzenie badania bezpośrednio wśród uczniów). Skala stanowi punkt wyjścia do opracowania programu działań wychowawczych i terapeutycznych w obszarze emocjonalno-społecznym. Uwzględnienie w ocenie zachowania ucznia punktów obserwacyjnych rodzica i nauczyciela równoważy jednostronną perspektywę samooceny badanego (implikowaną aprobatą społeczną).

Tabela 4. Skala zachowań aspołecznych – SZA (podskala profilu PREiS)

Twierdzenie	Ocena rodzica	Ocena nauczyciela
1. Kłamie, aby uniknąć konsekwencji niepożądanych zachowań.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Rozładowuje złość na przedmiotach, kiedy coś nie jest po jego myśli.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. W stanach pobudzenia emocjonalnego jest wulgarny.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Wdaje się w bójki lub awantury.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Dokucza innym.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Naśmiewa się z innych.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Korzysta z mediów społecznościowych tak często, że przeszkadza to w jego funkcjonowaniu w domu i szkole (np. śpi zbyt krótko, nie ma czasu na odrabianie lekcji czy spotkania z kolegami).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Nie jest uzależniony (np. od mediów elektronicznych, papierosów itp.).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

9. Zachowuje się agresywnie fizycznie wobec rówieśników.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Zachowuje się agresywnie werbalnie wobec rówieśników.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Zachowuje się agresywnie fizycznie wobec osób dorosłych.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Zachowuje się agresywnie werbalnie wobec osób dorosłych.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Frustracje wyładowuje na słabszych lub przypadkowych osobach.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Nie okazuje żalu, kiedy sprawia komuś przykrość.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Źródło: Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017

Ocena twierdzeń:

- zupełnie nie pasuje
- pasuje w niewielkim stopniu
- pasuje umiarkowanie
- w dużym stopniu pasuje
- całkowicie pasuje

Twierdzenie nr 8 wymaga odwrócenia punktacji.

Badania standaryzacyjne, przeprowadzone wśród 1 209 uczniów w wieku 9–13 lat, pozwalają określić wyniki uzyskane w tej skali jako wysokie, tj. wskazujące na ryzyko niedostosowania społecznego – powyżej 24 pkt dla chłopców i 21 pkt dla dziewcząt.

Przykład z praktyki

Aneta – uczennica szóstej klasy szkoły podstawowej

Dziewczyna trafiła do poradni psychologiczno-pedagogicznej ze względu na niekontrolowane, wielokrotnie powtarzające się stany agresji fizycznej i werbalnej wobec rówieśników.

Podejmowane przez nauczycieli działania wychowawcze przyniosły zaledwie chwilową poprawę. Po pięciu tygodniach względnej stabilizacji zachowania Aneta powróciła do starych praktyk, takich jak: obrażanie nauczycieli, formułowanie wyzwisk wobec rówieśników, notoryczne kłamstwa, wagary, ostantacyjne niszczenie podręczników.

Psycholog przeprowadzający badanie miał dostęp do wyników Skali zachowań aspołecznych (SZA), zaczerpniętej z PREiS (bateria TROS-KA). Skala była uzupełniona zarówno przez uczennicę, jak i jej mamę oraz trzech nauczycieli (każdy oceniał twierdzenia osobno).

Wyniki badania:

- SZA (uczennica) = 12 pkt
- SZA (mama) = 15 pkt
- SZA (wychowawczynie) = 28 pkt
- SZA (polonista) = 16 pkt
- SZA (matematyczka) = 26 pkt

Znacząca rozbieżność ocen stanowiła punkt wyjścia pogłębionego wywiadu zarówno z Anetą, jej matką, jak i wychowawczynią. Okazało się, że agresja dziewczyny ma charakter wybiórczy. Nie jest to uogólniony repertuar zachowań, który mógłby wskazywać na niedostosowanie społeczne.

Na interesujących Anetę zajęciach, np. podczas lekcji języka polskiego, dziewczyna bardzo rzadko traciła kontrolę nad swoimi emocjami i tym rzadziej pojawiały się akty agresji werbalnej lub fizycznej. Podobne obserwacje miała matka. Jej dokładny raport opisujący zachowania córki w ostatnim miesiącu wskazywał co prawda na niską kontrolę emocjonalną, ale nie pociągała ona za sobą typowych zachowań aspołecznych.

Inną postawę prezentowała Aneta podczas np. lekcji matematyki, której, jak sama przyznała, „nienawidziła uczuciem wielkości oceanów” (stąd zupełnie inna ocena zachowania dziewczyny dokonana przez polonistę i matematyka, a także wychowawcę, który gromadził informacje pochodzące od wszystkich pracowników szkoły oraz uczniów).

Zaprojektowane działania terapeutyczne skoncentrowano na rozwijaniu umiejętności rozumienia i kontroli emocji oraz pracy w obszarze własnych zainteresowań. Pomoc polonisty, który sięgnął po biblioterapię i zaangażował się w zindywidualizowaną ścieżkę wspierania talentu literackiego Anety, okazała się kluczowa. Po rocznej pracy wszyscy zauważyli zdecydowany spadek liczby zachowań aspołecznych. Pozostał problem antypatii do matematyki, stanowiący kolejne wyzwanie w ramach permanentnego procesu diagnozy funkcjonalnej.

4. Diagnoza funkcjonalna w obszarze emocjonalno-społecznym, z wykorzystaniem pakietu TROS-KA w kierunku dobrych praktyk

Maksymalistyczne myślenie o diagnozie funkcjonalnej – jako wieloaspektowej procedurze identyfikowania i wspierania zasobów – powinno polegać na holistycznym ujmowaniu funkcjonowania ucznia, zamiast skupiać się na odseparowanych od siebie, pojedynczych analizach określonych struktur, np. inteligencji, motoryce, rozwoju języka. Taka laboratoryjna, sztuczna partycja człowieka, choć wprowadza pewien porządek, gubi bowiem istotę problemu i nie pozwala na uchwycenie go w innych kontekstach.

Wielokrotnie psycholodzy poddają w wątpliwość wynik testu inteligencji, wskazując na niewystarczającą gotowość badanego do samego zmierzenia się z rozwiązywanymi problemami. Może zatem być tak, że uzyskany rezultat będzie bardziej trafny w badaniu sfery sprawczości ucznia niż jego zdolności poznawczych, choć sama instrukcja do narzędzia wskazuje na diagnozę inteligencji.

Z uwagi na powyższe wyniki, a także środowiskowe i sytuacyjne uwikłanie kompetencji i cech mierzonych testami psychometrycznymi, zostało wprowadzone pojęcie **trafności ekologicznej**, które odnosi trafność uzyskaną w badaniach standaryzacyjnych do pojedynczych fenomenów bycia badanym (i indywidualnych czynników modyfikujących uzyskane wyniki). Takie podejście raz jeszcze podkreśla funkcjonalny i spersonalizowany charakter prowadzonej diagnozy, podczas której w równym stopniu poddaje się analizie wielkość uzyskanego wyniku oraz kontekst i przebieg samej procedury badania.

Wyartykułowania wymaga łatwa do obserwacji prawidłowość (choć rzadko uwzględniania w procedurze diagnostycznej), polegająca na przejawianiu przez ucznia zachowania w danej sferze, będącego efektem oddziaływania różnorodnych czynników o charakterze wewnętrznym, jak i środowiskowym, przy czym źródło tych czynników wykracza poza tę jedną analizowaną sferę.

Próba przekraczania granic między obszarami diagnostycznymi – w celu uzyskania trafniejszego opisu zachowania człowieka – jest stosowanie pakietu TROS-KA, w założeniu służącego identyfikacji przede wszystkim kompetencji emocjonalno-społecznych, które zostały uznane za rdzeń inicjacyjny wszystkich pozostałych aktywności.

W podejściu autorów modelu teoretycznego, stanowiącego podstawę pakietu TROS-KA, identyfikowane zasoby mają charakter transferowalny, tzn. wykorzystywane są w różnych kontekstach. Stanowią zatem bazę czynności rozumianych jako aktywności nakierowane na cel (Domagała-Zyśk i in., 2017). Zauważyć zatem można zaangażowanie kompetencji emocjonalno-społecznych zarówno podczas rozwiązywania problemów intelektualnych, prowadzenia rozmowy z przyjaciółmi, jak i planowania swojej przyszłości poprzez podejmowanie kluczowych decyzji.

Autorzy modelu podkreślają, że zasadniczą rolą szkoły w kształtowaniu zasobów transferowalnych jest wykorzystywanie podstaw programowych, gdyż to one stanowią największy kapitał, z którego uczniowie będą czerpali zyski już jako dorośli obywatele.

Koncepcją, która ustanowiła ramy teoretyczne dla baterii testów TROS-KA, było ujęcie rozwoju psychospołecznego jako procesu radzenia sobie z konfliktami, autorstwa Erika Eriksona (1997, 2004). Grupą wiekową, dla której przeznaczono te narzędzia, są uczniowie w wieku 9–13 lat (środkowy wiek szkolny), których głównym zadaniem rozwojowym jest wykształcenie względnie trwałego poczucia kompetencji. Uniwersalny, czyli niezbędny dla każdego człowieka, charakter tych narzędzi polega na tym, że z jednej strony mogą stanowić bufor podczas przeżywanego w okresie adolescencji kryzysu tożsamości, z drugiej zaś określić zakres i jakość zaangażowania podmiotu w poszczególne przyszłe działania. Z tego punktu widzenia dalszy rozwój ucznia – zarówno w sferze poznawczej, emocjonalno-społecznej, jak i osobowości – bardzo silnie uwarunkowany jest poziomem poczucia kompetencji.

Autorzy modelu, analizując standardowe strategie terapeutyczno-rozwojowe, mające na celu wspieranie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE), dostrzegli wyraźne deficyty w obszarze zaplanowanych i uporządkowanych działań, nakierowanych na kształtowanie poczucia kompetencji tych osób (por. Domagała-Zyśk i in., 2018). Stwierdzili również, że głównym polem aktywności jest tutaj kompensowanie lub usuwanie deficytów (efektu negatywności), z pominięciem pozytywnej strategii konstruowania zasobów transferowalnych, które powinny stanowić podstawę wszelkich podejmowanych czynności.

W celu osiągnięcia większej szczegółowości opisu poczucia kompetencji autorzy TROS-KI sięgnęli po teorię inteligencji sprzyjającej powodzeniu życiowemu autorstwa Roberta Sternberga (2003) oraz koncepcję autodeterminacji Richarda Ryana i Edwarda Deciego (2004). W ten sposób określili poczucie kompetencji jako zbiór umiejętności podmiotu, takich jak:

- radzenie sobie z trudnościami – T;
- relacje społeczne – R;
- obraz siebie – O;

- poczucie sprawczości – S;
- kontrola afektu – KA.

Z liter określających poszczególne kompetencje powstał akronim – nazwa pakietu TROS-KA. Dokładny opis poszczególnych kompetencji zawiera tabela 5.

Tabela 5. Opis kompetencji stanowiących zbiór umiejętności podmiotu

Skala/kompetencja	Wymiary kompetencji
T – radzenie sobie z trudnościami	• stosowanie strategii zaradczych • uczenie się na podstawie doświadczenia • stawianie sobie wyzwań w odpowiedzi na doświadczane trudności
R – relacje społeczne	• zakres i jakość relacji • rozumienie i kontrola emocji • współpraca z innymi
O – obraz siebie	• samowiedza (zdolności, zainteresowania, mocne/słabe strony) • samoocena – emocjonalny stosunek do własnej osoby
S – poczucie sprawczości	• motywacja wewnętrzna • przekonanie o wewnętrznej lokalizacji kontroli
KA – kontrola afektu	• ogół kompetencji emocjonalno-społecznych regulujących relacje podmiotu z otoczeniem – skala przesiewowa utworzona z najmocniejszych twierdzeń TROS-KA

Źródło: *Charakterystyka wymiarów TROS-KA*, Domagała-Zyśk i in., 2017

O możliwościach wykorzystania pakietu TROS-KA w diagnozie funkcjonalnej świadczą:

- opracowanie materiałów uwzględniających trzy etapy diagnozy funkcjonalnej – diagnozy konstatającej fakty, projektującej i weryfikującej;
- dwufunkcyjne zastosowanie pakietu TROS-KA do: identyfikacji ryzyka niedostosowania społecznego oraz oceny stopnia sprawczości podmiotu, niezbędnej do właściwej interpretacji uzyskanych wyników, np. w testach zdolnościowych;
- zrezygnowanie ze standardowego samoopisu badanych (który z punktu widzenia rozwojowego jest jeszcze poza możliwościami grupy wiekowej 9–13 lat) na rzecz próbek zachowania, bliższych codziennemu funkcjonowaniu uczniów, niż wymagające metapoznania i syntezy doświadczeń twierdzenia kwestionariuszowe (zmniejszenie dystansu między sytuacją badania a realnym życiem);
- badanie kontekstu środowiskowego (relacje społeczne: ich jakość i zakres);
- pogłębienie oceny zachowania ucznia poprzez wykorzystanie oceny otoczenia (rodziców, nauczycieli) – model oceny 270 stopni;
- zastosowanie zasady uniwersalnego projektowania podczas tworzenia pozycji testowych i materiałów postdiagnostycznych, z dokładnym opisem zakresu możliwych modyfikacji ze względu na specjalne potrzeby badanych uczniów;
- opracowanie wersji papierowej i elektronicznej narzędzi diagnostycznych (poszerzenie funkcjonalności pakietu);

- wieloaspektowość ujęcia poczucia kompetencji (radzenie sobie z trudnościami, relacje społeczne, obraz siebie, sprawczość), która zwiększa trafność analizy zachowania badanych;
- procesualne rozumienie postępowania postdiagnostycznego poprzez zamieszczenie w pakiecie TROS-KA materiałów przeznaczonych na cykl zajęć, a nie tylko epizodyczne spotkania dotyczące niepowiązanych ze sobą treści;
- przystosowanie materiałów zarówno do zajęć indywidualnych, jak i grupowych;
- wskazówki metodyczne zawarte w scenariuszach zajęć, umożliwiające dostosowanie proponowanych sytuacji dydaktycznych do potrzeb i możliwości uczniów ze SPE;
- umożliwienie psychologom i pedagogom elastycznego i zróżnicowanego konfigurowania wykorzystywanych testów, co może się odbywać dzięki zestawowi narzędzi diagnostycznych (nie jest wskazane badanie uczniów całym pakietem narzędzi, które można wybrać pod kątem informacji uzyskanych w szkole w ramach tzw. rozpoznania potrzeb – tylko jeden test, np. skalę O, lub dwa testy, np. skalę T i R – ze względu na uzyskane informacje dotyczące poczucia osamotnienia ucznia);
- ukierunkowanie proponowanych sytuacji dydaktycznych nie tylko na kształtowanie kompetencji emocjonalno-społecznych, ale również na rozwijanie kreatywności, innowacyjności, myślenia naukowego i kooperatywnego uczenia się (diagnoza funkcjonalna zakłada w procesie terapeutycznym obligatoryjne wychodzenie poza obszar problemowy);
- umożliwienie poprzez większość materiałów postdiagnostycznych prowadzenia ciągłej obserwacji zachowania ucznia/uczniów, kiedy proponowane sytuacje dydaktyczne mogą być odczytywane również jako sytuacje diagnostyczne, np. wizualizacja potrzeb własnego talentu, drzewa decyzyjne, wcielanie się w postać doradcy – aplikacja „Biuro porad”;
- uniwersalny charakter większości zaprojektowanych sytuacji dydaktycznych, stanowiących podstawę prowadzonych działań (modyfikacja/rozwinięcie sytuacji i sposobu prowadzenia zajęć zależy od indywidualnych potrzeb ucznia oraz specyfiki kontekstu środowiskowego);
- przeznaczenie pakietu TROS-KA zarówno dla psychologów, jak i pedagogów, ponadto umożliwienie systemowej współpracy pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych ze szkołami (stąd kreska rozdzielająca akronim TROS-KA: TROS – narzędzia dla pracowników poradni, KA – narzędzie dla wychowawców).

Tabela 6. Szczegółowy opis zawartości pakietu TROS-KA, z uwzględnieniem trzech etapów diagnozy funkcjonalnej

Etap diagnozy	Elementy pakietu możliwe do wykorzystania	Funkcja wskazanego elementu
Konstatująca fakty	Skala T (radzenie sobie z trudnościami) – wersja elektroniczna lub papierowa	Diagnoza specjalistyczna wykonywana w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu oceny kompetencji radzenia sobie z trudnościami; skala 18-itemowa; czas badania: ok. 25–30 minut.
	Skala R (relacje społeczne) – wersja elektroniczna lub papierowa	Diagnoza specjalistyczna wykonywana w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu oceny zakresu i jakości relacji społecznych; skala 18-itemowa; czas badania: ok. 25–30 minut.

	Skala O (obraz siebie) – wersja elektroniczna lub papierowa	Diagnoza specjalistyczna wykonywana w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu identyfikacji obrazu siebie badanego (samowiedza i samoocena); skala 20-itemowa; czas badania: ok. 25–30 minut.
	Skala S (poczucie sprawczości) – wersja elektroniczna lub papierowa	Diagnoza specjalistyczna wykonywana w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu identyfikacji obrazu siebie badanego (samowiedza i samoocena); skala 20-itemowa; czas badania: ok. 25–30 min.
	Skala KA (kontrola afektu) – wersja elektroniczna lub papierowa	Badanie przesiewowe przeprowadzane przez wychowawcę, pedagoga/psychologa szkolnego w klasie, służące rozpoznaniu potrzeb uczniów; ponadto wykorzystywane w modelu oceny 270 stopni (ten sam materiał ocenia uczeń, rodzic i wychowawca, a uzyskane wyniki są konfrontowane z celem identyfikacji zgodności/rozbieżności).
	Skala PREiS (profil rozwoju emocjonalnego i społecznego) – wersja papierowa	Skala obserwacyjna, zbudowana ze 100 twierdzeń odnoszących się do 14 kluczowych aspektów kompetencji emocjonalno-społecznych, wyodrębnionych w modelu TROS-KA. Skala wypełniana przez nauczyciela po skonsultowaniu niektórych twierdzeń z rodzicami/opiekunami ucznia. Dopuszcza się wariant samodzielnego wypełniania skali przez wychowawcę i rodzica/rodziców oraz wspólne konfrontowanie i omówienie wyników. Efektom jest aktualny profil rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych ucznia. Profil pozwala na wizualizację obszarów deficytowych i szczególnie rozwiniętych w odniesieniu do całego obszaru emocjonalno-społecznego badanej osoby. Wypełnienie skali przez wychowawcę – w ramach procedury rozpoznawania problemu w szkole – poszerza zasób informacji, z których może skorzystać specjalista w poradni psychologiczno-pedagogicznej, a także ukierunkowuje proces diagnostyczny, np. niskie wyniki w sferach takich jak: samowiedza i samoocena, uzyskane w skali PREiS, sugerują konieczność wykonania badania skalą O.

Projektująca	Scenariusze zajęć	Scenariusze zajęć, zebrane w czterech poradnikach multimedialnych, odnoszą się do pięciu diagnozowanych obszarów – każdy poradnik do innego obszaru. Zawierają propozycje sytuacji dydaktycznych, możliwe do wykorzystania w procesie rozwijania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów, oraz dodatkowe wskazówki w zakresie modyfikacji w przypadku specjalnych potrzeb edukacyjnych.
	Prezentacje multimedialne	Zbiór 20 prezentacji multimedialnych, wspomagających proces rozwijania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów poprzez: • bezpośrednie działania prowadzone z uczniami (scenariusze zajęć w formie gotowych prezentacji oraz materiały samokształceniowe dla uczniów); • pracę z rodzicami (scenariusze spotkań z rodzicami); • szkolenia rad pedagogicznych (prezentacje dla pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych).
	Gry i zabawy	Rozwijanie kompetencji emocjonalno-społecznych w ramach zajęć grupowych, wspomagane przez atrakcyjne gry i zabawy, które mogą stanowić stały element standardowych zajęć edukacyjnych, np. na lekcjach języka polskiego, historii czy matematyki. Proponowane gry pozwalają uczniom zmierzyć się z presją oceny grupy, lepiej się poznać, a także zaaranżować sytuacje wspomagające obecną i przyszłą kooperację.
Weryfikująca	Skala KA – postest	Pomiar kompetencji emocjonalno-społecznych po upływie 8–12 miesięcy od pierwszego badania. Konfrontacja wyników pozwala na ocenę efektywności udzielonego wsparcia.
	Skala PREiS	Prowadzenie regularnej obserwacji pozwala na opracowanie co 8–12 miesięcy aktualnego profilu rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów. Profil, przygotowywany dla każdego ucznia, ukierunkowuje spersonalizowane działania terapeutyczne i rozwojowe.

Źródło: Domagała-Zyśk i in., 2017

Przykład z praktyki**Łukasz – uczeń piątej klasy szkoły podstawowej**

Chłopiec z powodu narastających trudności w uczeniu się został objęty szczegółowymi badaniami diagnostycznymi w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Według opinii wychowawcy i rodziców rozwój poznawczy ucznia został zahamowany, a prowadzone działania wspierające nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Dodatkowym czynnikiem wskazującym na konieczność wykonania pogłębionej diagnozy specjalistycznej były bardzo wysokie osiągnięcia Łukasza w pierwszych latach edukacji.

Badania psychologiczne, dotyczące szczegółowego opisu sfery poznawczej, wskazywały na przeciętne wyniki w sferze werbalnej i poniżej przeciętnej w sferze wykonawczej. Jednocześnie zauważono zupełne nieradzenie sobie z zadaniami wymagającymi szybkości działania, jak i zadaniami wieloetapowymi z dłuższą instrukcją. Dodatkowo uzupełniono badania, stosując pomiar radzenia sobie z trudnościami i obrazu siebie (skale T i O z pakietu TROS-KA). Otrzymany profil rozwoju emocjonalno-społecznego ucznia wskazywał na niski poziom samowiedzy i samooceny, a także brak gotowości do mierzenia się z wyzwaniami oraz niską odporność na porażki.

Postawiono hipotezę, że to właśnie deficyty w obszarze emocjonalnym stanowią dystraktor w czynnościach o charakterze poznawczym. Wszystkie zadania wymagające uruchomienia dodatkowych zasobów (kontrola czasu, analiza długiej instrukcji, wieloetapowość zadania) wykonywane były na bardzo niskim poziomie.

Na podstawie przygotowanych materiałów postdiagnostycznych, zawartych w pakiecie TROS-KA, zaprojektowano siedmiomiesięczny trening emocjonalny, z uwzględnieniem kształtowania strategii metapoznawczych (zrealizowano 13 scenariuszy podczas 18 godzin wsparcia indywidualnego i grupowego; główne działania dotyczyły wypracowania skutecznych strategii radzenia sobie z problemami oraz mierzenia się z niepowodzeniami, a także podwyższenia i ustabilizowania samooceny). Ponowny pomiar kompetencji emocjonalno-społecznych wykazał wyraźny postęp, szczególnie w zakresie stosowania strategii zaradczych i odporności na stresory.

Ocena funkcjonowania poznawczego, przeprowadzona z wykorzystaniem innego, choć podobnie skonstruowanego testu niż w badaniu początkowym (konieczność uniknięcia efektu zapamiętania prób testowych), pozwoliła na wyodrębnienie obszarów rozwiniętych powyżej przeciętnej: myślenia przyczynowo-skutkowego, umiejętności dokonywania porównań, rozumienia werbalnego i koordynacji wzrokowo-ruchowej. Prawdopodobnie Łukasz dojrzał do gotowości mierzenia się z zadaniami i zamiast poddawać się na widok długiej instrukcji, zastosował odpowiednią strategię zaradczą.

Diagnoza funkcjonalna inspirowała zatem do zadania na nowo pytania, czy inteligencja to tylko szybkość i efektywność przetwarzania informacji, czy też uogólniona, względnie trwała postawa otwartości na problemy (nie tylko poznawcze) i umiejętności ich rozwiązywania.

5. Działania postdiagnostyczne – sprawdzone strategie i praktyki

Swoistą skarbnicą zweryfikowanych praktyk w zakresie skutecznych działań postdiagnostycznych, prowadzonych w duchu edukacji włączającej i diagnozy funkcjonalnej, jest publikacja autorstwa Davida Mitchella, zatytułowana *Sprawdzone metody w edukacji specjalnej i włączającej* (2016).

Badacz, opierając się na licznych studiach z obszaru pedagogiki i psychologii oraz obszernych bazach danych, dokonuje metaanalizy, czyli wnioskuje na podstawie syntezy wyników wielu zbliżonych badań, i tworzy zestaw strategii nauczania uwzględniających specjalne potrzeby edukacyjne i rozwojowe uczniów. Jednocześnie podkreśla, że proponowane strategie są równie skuteczne w kształceniu i wychowywaniu uczniów z tzw. normy.

Ten uniwersalizm – zgodny z ideą projektowania dla wszystkich – jest jednym z kluczowych elementów diagnozy funkcjonalnej, przy czym warto dodać, że metaanalizy pozwalają na określenie za pomocą liczb wielkości efektu, a więc siły oddziaływania danej strategii. Publikacja Mitchella zawiera tylko te strategie, których wielkość efektu jest wyższa niż 0,31, co wskazuje na dobre i znaczące dowody ich skuteczności.

Autor przed prezentacją 27 strategii formułuje swoje pedagogiczne *credo*, które celnie oddaje model diagnozy funkcjonalnej i istotę inkluzji. Na poglądy autora składają się:

1. Przekonanie, że od momentu narodzin wszyscy ludzie aktywnie przetwarzają dane otrzymywane z otoczenia, co czyni ich permanentnymi uczniami.
2. Uznanie różnorodności biologicznej ludzi oddziałującej na to, czego i jak się uczą, w tym na szybkość i trwałość uczenia się.
3. Przeświadczenie, że istotną rolę w procesie uczenia się oprócz czynników biologicznych odgrywają takie zmienne, jak indywidualne preferencje stylów myślenia, motywacja, zainteresowania, otwartość na doświadczenia.
4. Wiara, że wszystkie dzieci mają prawo do wysokiej jakości edukacji, adekwatnej do ich potrzeb i możliwości.
5. Przekonanie, że zadaniem szkoły jest wzmacnianie naturalnej skłonności człowieka do nauki i szanowanie samodzielności uczniów w stawianiu rusztowań dla swojej wiedzy (podejście konstruktywistyczne).
6. Wdrożenie wśród pedagogów podejścia całościowego do dziecka, tj. uwzględniającego zarówno cele poznawcze, jaki i emocjonalno-społeczne.
7. Uznanie za główny obowiązek pedagogów poszanowania różnorodności uczniów i dbałości o jakość ich życia.

Założenia Mitchella są bliskie koncepcji trzech ról ucznia, sformułowanej przez Doris Perkins (2006). Według autorki optymalna edukacja powinna uwzględniać funkcjonowanie każdego dziecka/ucznia jako:

- osoby aktywnej – śmiało włączającej się w dyskusję i swobodnie eksplorującej rzeczywistość, podejmującej trud samodzielnego rozwiązywania problemów;
- osoby twórczej – rekonstruującej napływającą z zewnątrz wiedzę i budującej swoje własne sensy i rozumienia;

- osoby społecznej – dostrzegającej wielość perspektyw widzenia świata i akceptującej pluralizm oglądów rzeczywistości społecznej.

Porównując koncepcje obojga autorów, zauważamy, że w każdej z nich na pierwszy plan wysuwa się związek dziecka/ucznia z grupą. Idea inkluzji eksponuje tę prawidłowość i wskazuje, że najodpowiedniejszą przestrzenią dla zrównoważonego rozwoju dziecka jest właśnie grupa rówieśnicza. Widać to jeszcze wyraźniej, kiedy dokonamy szczegółowego przeglądu wybranych dobrych praktyk w obszarze edukacji włączającej, których skuteczność została poparta badaniami (popularny nurt w polityce edukacyjnej określany jako *evidence-based practices*).

5.1. Strategia: Nauczanie i uczenie się w kooperacji

Strategia ta polega na organizowaniu procesu uczenia się poprzez tworzenie małych 5–8-osobowych grup, zazwyczaj z uczniów o zróżnicowanych zdolnościach. Istotne jest skonstruowanie zespołu, a nie przypadkowej konfiguracji osób, co często bywa praktykowane.

Uczenie się w zespole wymaga:

- współzależności – poczucia wykonywania działań w imię wspólnego celu, przy czym istotne są współzależność nagrody, zasobów i roli członków zespołu;
- odpowiedzialności indywidualnej – kontrolowania i odpowiedzialności każdego ucznia za swój proces uczenia, a tym samym przyczyniania się do realizacji wspólnego celu;
- współpracy – wykonywania czynności wspólnie, z równym zaangażowaniem każdego członka zespołu;
- oceny – gotowości do wprowadzania zmian w pracy zespołu na skutek zaobserwowania nieprawidłowości czy obniżonej wydajności (por. Mitchell, 2016).

Kooperatywne nauczanie uwzględnia partycypację w zadaniu każdego członka zespołu, również ucznia, który posiada specjalne potrzeby edukacyjne. Zadania przewidziane do efektywnej pracy zespołowej powinny opierać się na metaforycznym modelu układanki, której wykonanie uwarunkowane jest umiejętnym połączeniem elementów będących w posiadaniu każdego członka grupy.

Przykład z praktyki

Skutecznym pomysłem na zadania wspomagające kooperatywne nauczanie i uczenie się są zagadki detektywistyczne. Oczywiście, nie chodzi tylko o rozwiązywanie typowych historii z kryminalnym wątkiem w tle, ale takie skonstruowanie zadań, które do ich rozwiązania wymaga zdobycia informacji od każdego członka zespołu (stąd metafora śledztwa).

Takim zadaniem może być np. odgadnięcie nazwy państwa – „bohatera zajęć”. Prowadzący przygotowuje dla każdego członka zespołu inną wskazówkę w postaci krótkiego zadania do rozwiązania. Członkowie grupy – wspólnie lub indywidualnie – mogą rozwiązywać poszczególne zadania.

Kluczowym etapem pracy jest zespołowa konfrontacja pozyskanych informacji i wspólne wyciągnięcie wniosków. Prowadzący, który reguluje stopień trudności zadań-wskazówek i sposób ich przydziału, ma wpływ na wykorzystanie potencjału każdego członka grupy. Przynajmniej w początkowej fazie kooperatywnego uczenia się, przydzielając zadania, powinien uwzględnić preferencje i zainteresowania poszczególnych uczniów, aby dodatkowo zmotywować ich do takiej formy zajęć.

Wielu praktyków podkreśla efektywność kooperatywnego uczenia się, osiąganą dzięki odgrywaniu ról na podstawie zmieniających się scenariuszy, np. wydarzenia historycznego, koncertu, happeningu czy działania naukowego w laboratorium. Warto zauważyć, że taka forma zajęć – jeżeli będzie poprzedzona trafnym przydziałem zadań przez prowadzącego na początku wdrażania tego modelu uczenia się – później może zaowocować samodzielnością poszczególnych zespołów oraz zaangażowaniem każdego ucznia. Stąd słusznie Mitchell ocenia tę strategię jako jedną z najbardziej skutecznych w edukacji inkluzywnej (por. Mitchell, 2016, s. 54–61).

5.2. Strategia: Nauczanie rówieśnicze z elementami tutoring

Strategia ta nazywana jest również nauczaniem za pośrednictwem rówieśników. W najnowszej literaturze spotkać można także inne jej określenia, jak: wzajemne wspieranie się w nauce (*peer tutoring*) czy uczenie się z pomocą rówieśników (PALS – *peer-assisted learning strategies*). Mitchell przytacza kluczowe określenie, w pełni oddające sens tej strategii: wspólnota praktyków, i rozumie ją jako: *grupę osób dzielących zainteresowania i uczących się, w jaki sposób robić coś lepiej poprzez regularne interakcje* (Mitchell, 2016, s. 66).

Wdrażanie strategii nauczania rówieśniczego powinno mieć charakter systematyczny – nie można się ograniczyć do zdarzeń epizodycznych raz czy dwa razy w roku. Zazwyczaj są to sesje tutoringowe lub quasi-tutoringowe, przy czym należy pamiętać, że czysty tutoring zakłada jednak zróżnicowanie poziomu wiedzy i umiejętności między tutorem a podopiecznym, co nie zawsze obowiązuje w tutoringówce rówieśniczej.

Przyjmuje się, że sesje tutoringowe realizowane są trzy, cztery razy w tygodniu i trwają od 15 do 20 minut. Kluczem doboru par uczestniczących w sesji może być podobieństwo zainteresowań lub np. inne cechy wspólne wskazywane danego dnia jako kryterium tworzenia diad, np. kolor spodni lub długość imienia. Pary powinny co jakiś czas podlegać rotacji, co umożliwia różnicowanie doświadczeń społecznych uczniów.

Tutoring rówieśniczy rozwija empatię oraz pozwala uczniom na usprawnienie kompetencji komunikacyjnych. Poszerza również stopień autonomii w uczeniu się – nauczyciel staje się bardziej inspiratorem sytuacji dydaktycznej niż jej organizatorem, zaś pełną odpowiedzialność za jej kształt i przebieg przejmują sami uczniowie.

Wielu badaczy podkreśla, że oprócz walorów interpersonalnych tutoring rówieśniczy pozwala na restrukturyzację poznawczą nauczanych treści, co jest szczególnie wartościowe dla uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (por. Denham i in., 2006).

Przykład z praktyki

Tutoring rówieśniczy świetnie sprawdza się w pracy z uczniami szczególnie uzdolnionymi – wtedy przybiera zazwyczaj postać jednej z dwóch typów diad:

- 1) uczeń zdolny – uczeń zdolny;
- 2) uczeń zdolny – uczeń z trudnościami w uczeniu się.

W pierwszym typie diady kluczem do tworzenia pary jest dzielenie tych samych zainteresowań i/lub posiadanie takich samych albo podobnych uzdolnień. Naprzemiennosc ról w takiej diadzie

jest bardzo dynamiczna – w zasadzie trudno jednoznacznie zidentyfikować, kto jest tutorem, a kto *tutee*. Efektem relacji jest wzrost wiedzy i motywacji do rozwoju, a także rozwinięcie inteligencji emocjonalno-społecznej oraz zaspokojenie potrzeby przynależności, co stanowi wyjątkowo cenną wartość dla uczniów zdolnych.

Drugi typ diady pomaga uczniowi z trudnościami w uczeniu się zrozumieć omawiane treści poprzez przekształcenie ich przez rówieśnika i podanie w takiej formie, która często jest bardziej dostępna i atrakcyjna niż sposób, w jaki czyni to nauczyciel w ramach komunikacji masowej z klasą. Wartością dodaną tej relacji jest modelowanie pozytywnych postaw do wiedzy przez uczniów szczególnie uzdolnionych, czego dowodzą badania T. Knopika (2015) pokazujące, że nauczanie rówieśnicze, w którym rolę tutorów przyjęli uczniowie zdolni, w przypadku 45% uczniów z trudnościami w uczeniu się przyczyniło się do zwiększenia ich motywacji do nauki i zainteresowania przedmiotem.

Nauczanie rówieśnicze jest skuteczne również we wspomaganiu rozwoju uczniów z dyskalkulią. Diada: uczeń – uczeń okazuje się dużo bardziej efektywna niż diada: uczeń – nauczyciel matematyki, szczególnie przy omawianiu trudniejszych zagadnień. Wydaje się jednak, że w tym przypadku tutorem powinien być uczeń przeciętny, którego droga rekonstrukcji i konstrukcji na nowo wiedzy matematycznej będzie bliższa drodze pokonywanej przez osobę z dyskalkulią niż ekspresowej szosie przemierzanej przez ucznia wybitnego.

Nauczanie rówieśnicze okazuje się skuteczne także w przypadku uczniów zagrożonych niedostosowaniem społecznym. Indywidualna relacja, która nawiązuje się podczas uczenia się w parze, pozwala zredukować negatywne zachowania prawdopodobnie ze względu na intensywną uwagę, jaką tutor obdarza swojego podopiecznego-rówieśnika, a także zaspokojenie przez niego potrzeby przynależności. Nie bez znaczenia jest tutaj modelowanie zachowania, którego wspólnym celem – przy odpowiednio długim praktykowaniu, zgodnie z modelem rezyliencji – jest wzbogacenie zasobów odpornościowych podmiotu oraz przesuwanie się na dalszy plan dotychczasowych frustracji.

W wielu szkołach tutoring rówieśniczy stanowi komponent standardowych programów adaptacyjnych, określanych mianem *buddy schemes*. Starsi uczniowie – w ramach indywidualnej opieki – wprowadzają swoich młodszych kolegów w kulturę organizacyjną szkoły, a także regularnie świadczą na ich rzecz pomoc w nauce i rozwiązywaniu pozostałych problemów.

Trwające ponad dekadę wdrażanie programów typu *buddy schemes* w szkołach w Wielkiej Brytanii poskutkowało znaczącym spadkiem agresji i wzrostem ogólnego dobrostanu uczniów.

5.3. Strategia: Systemowe rozwijanie kompetencji społecznych

Przekonanie Mitchella, że rozwijanie inteligencji społecznej powinno być jednym z kluczowych zadań szkoły, jest zbieżne ze strategią przyjętą przez Ministerstwo Edukacji Narodowej. W *Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach* zostało powiedziane wprost, że jedną z form tej pomocy są zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne.

Mitchell, odwołując się do popularnego w Europie treningu umiejętności społecznych (ang. *Social Skills Training* – SST), wskazuje, że głównym celem tej strategii jest pomoc uczniom

w nawiązaniu i utrzymaniu pozytywnych interakcji z innymi poprzez tworzenie i analizowanie spektrum zachowań, z których uczniowie mogą wybrać odpowiednie dla danego kontekstu (Mitchell, 2016, s. 80).

Ten rodzaj wsparcia, realizowanego w celu optymalnej i satysfakcjonującej adaptacji do otoczenia, jest zatem kluczowy dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi oraz ich rówieśników ułatwiających im tę adaptację, a nie tworzących dodatkowe bariery. Trzeba ponadto zaznaczyć, że status kompetencji społecznych jako zasobów transferowalnych (por. Domagała-Zyśk i in., 2017) dowodzi ich znaczenia daleko wykraczającego poza aktualny kontekst szkolny.

W praktyce wskazuje się pięć podstawowych umiejętności rozwijanych w ramach SST:

- określenie celów interakcji społecznej;
- odbiór i interpretacja komunikatów w konkretnym kontekście społecznym (dostrzeganie relatywności komunikatów);
- wybór zachowań skutecznie realizujących cele osobiste w poszanowaniu interesów grupowych i społecznych;
- wprowadzanie zadeklarowanych zachowań w życie;
- ocena efektywności działania w odniesieniu do wyznaczonego celu.

Potwierdzona efektywność tej strategii dotyczy zarówno uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, szczególnie dzieci z zaburzeniami takimi jak spektrum autyzmu, zespół Aspergera, ADHD (ang. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), niedostosowanych społecznie, wybitnie zdolnych oraz osób w tzw. normie. Mitchell przywołuje ponad 30 różnych badań międzynarodowych wskazujących na skuteczność SST we wspomaganiu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (por. Mitchell, 2016, s. 89–92).

Na gruncie polskim jednym z przykładów systematycznego podejścia do zajęć rozwijających kompetencje emocjonalno-społeczne jest zestaw materiałów postdiagnostycznych, opracowanych w ramach pakietu TROS-KA. Scenariusze zamieszczone w części drugiej pakietu (R – relacje) mają na celu kształtowanie i rozwijanie wśród uczniów:

- poczucia autonomii w relacjach z rówieśnikami,
- postawy asertywnej,
- umiejętności rozumienia emocji własnych i cudzych,
- zdolności uświadamiania sobie roli emocji w procesie komunikacji z innymi,
- umiejętności uzasadniania własnych pomysłów i przekonywania do nich innych,
- świadomości w zakresie możliwości uzyskiwania wsparcia od osób znaczących,
- umiejętności w zakresie skutecznego radzenia sobie z przemocą,
- poczucia autonomii w relacjach z rodzicami,
- wiedzy na temat uczuć i emocji oraz ich znaczenia w procesie komunikowania się z innymi,
- umiejętności i gotowości do ponoszenia konsekwencji własnych zachowań,
- sprawności świadomego i kulturalnego korzystania z Internetu,
- umiejętności kontroli emocji.

Uwaga!

Pojęcie systemowości nie stanowi elementu nazwy tej strategii w przygotowanym przez Mitchella oryginalnym wykazie metod – stanowi jedynie uzupełnienie wprowadzone przez autora niniejszego opracowania, artykułujące znaczenie skonsolidowanych wysiłków wszystkich nauczycieli i innych osób zaangażowanych w działania na rzecz uczniów, które są związane z tym zagadnieniem.

Trenowanie kompetencji emocjonalno-społecznych jedynie w ramach dodatkowych zajęć czy godzin wychowawczych – choć jest z pewnością pomocne – nie spełnia do końca swojej funkcji. Istota efektywnych działań w tym obszarze tkwi w modelowaniu zachowań, tj. prezentowaniu umiejętności społeczno-emocjonalnych w praktyce, czyli podczas prowadzonych zajęć (nieważne, czy jest to lekcja wychowawcza czy matematyka), rozmów z uczniami i ich rodzicami, a także w relacjach między nauczycielami.

Ponadto kształtowanie postaw nie jest tylko kwestią treningu, wymaga także zmiany kultury organizacyjnej i mentalnej danej instytucji. A to oznacza, że trudno jest rozwijać kompetencje społeczne u uczniów bez udziału kompetentnych społecznie nauczycieli i specjalistów z poradni.

5.4. Strategia: Partnerstwo z rodzicami

Strategia ta odnosi się do bardzo ważnego aspektu każdego procesu terapeutycznego, tj. współpracy z najbliższym otoczeniem dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a zwłaszcza z rodzicami. Mitchell określa zaangażowanie rodzicielskie jako: *uczestnictwo rodziców w regularnej, obustronnej i sensownej komunikacji dotyczącej nauki i innych zajęć szkolnych* (Mitchell, 2016, s. 106).

Takie uczestnictwo jest partnerstwem, gdyż zakłada podejmowanie działań zmierzających do realizacji wspólnych celów; nie jest jakimkolwiek uczestnictwem, np.: *biorę udział, ale działam zupełnie inaczej niż inni*.

Można wymienić pięć poziomów rodzicielskiego zaangażowania:

- uzyskiwanie informacji (szkoła i/lub poradnia przekazuje informacje);
- udział w zleconych działaniach (rodzice starają się uczestniczyć w działaniach zaproponowanych przez szkołę/poradnię);
- wymiana poglądów (rodzice formułują opinie na temat propozycji płynących ze szkoły/poradni, oczekują uzasadnień, proszą o wyjaśnienia, konfrontują stanowiska);
- współdecydowanie (szkoła/poradnia przedstawia pewne propozycje działań i prosi o wspólne podjęcie decyzji; takie zaangażowanie jest sensowne, jeśli rodzic poznał problem i dysponuje wiedzą niezbędną do świadomego współdecydowania);
- odpowiedzialność za zadania (rodzice oceniają programy terapeutyczne i sami proponują modyfikacje, monitorują przebieg wsparcia i formułują rekomendacje na przyszłość; swoje zaangażowanie traktują jako element kontraktu i są obecni na każdym etapie diagnozy funkcjonalnej).

Należy podkreślić, że ostatni stopień zaangażowania rodziców jest bezpośrednio związany z ich wysokimi kompetencjami wychowawczymi i bogatą wiedzą na temat funkcjonowania własnego dziecka, jak i innych dzieci z danym typem trudności rozwojowych.

Refleksyjny rodzic może być dla szkoły i poradni doskonałym partnerem, gdyż potrafi ocenić potencjalną skuteczność proponowanych strategii działania. Zasadne jest zatem prowadzenie specjalnych szkoleń dla rodziców, ponieważ umożliwiają im one stanie się prawdziwymi partnerami dla szkoły i poradni w trosce o rozwój własnego dziecka.

Przykład z praktyki

Sieci wsparcia dla rodziców

Wiele poradni psychologiczno-pedagogicznych prowadzi stacjonarne sieci wsparcia dla rodziców dzieci z określonym typem specjalnych potrzeb edukacyjnych. Można więc znaleźć takie sieci, które przeznaczone są dla rodziców dzieci wybitnie zdolnych, z zespołem Aspergera, zespołem Downa, z niepełnosprawnością intelektualną czy dysleksją.

Ważny jest lokalny kontekst funkcjonowania takich grup, gdyż dzięki niemu rodzice – oprócz otrzymania wsparcia psychicznego i poczucia wspólnoty działań – mają okazję podzielić się pomysłami na wspomaganie rozwoju swoich dzieci, z wykorzystaniem regionalnych zasobów.

Niektóre sieci mają charakter nieformalny i wirtualny – istnieją tylko w portalach społecznościowych, łącząc osoby z całej Polski, a także spoza jej granic. Po przeanalizowaniu wypowiedzi pojawiających się na forach można wskazać wiele korzyści, jakie czerpią rodzice zaangażowani w sieci. Są to: poczucie solidarności, praktyczne wskazówki dotyczące specjalistów, instytucji, miejsc udzielających profesjonalnego wsparcia, swoboda w opisywaniu swoich codziennych doświadczeń.

Behawioralne szkolenia rodziców

Podczas tego typu szkoleń rodzice uczą się, w jaki sposób obserwować, kontrolować i interpretować zachowania dzieci w danym kontekście. Ważnym elementem treningu jest poznanie przyczyn możliwych reakcji dziecka na dany typ bodźca i opanowanie strategii jego modyfikacji w celu zredukowania, neutralizacji czy przewartościowania.

Program „Niezwyczajne lata”

Jest to cykl cotygodniowych dyskusji dla uczniów, rodziców i nauczycieli, dotyczących problematyki wybranych filmików obrazujących ponad dwieście różnych scen rodzajowych z udziałem rodziców i dzieci. Zadaniem uczestników dyskusji jest ocena prezentowanych reakcji i wspólne opracowanie optymalnej strategii działania.

Program pozytywnego rodzicielstwa

Popularna w krajach anglosaskich, wielopoziomowa strategia wsparcia rodziców i dzieci, obejmuje trzy poziomy interwencji:

- kampanię medialną promującą pozytywne praktyki rodzicielskie;
- konsultacje na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej oraz sesje informacyjne z aktywnym treningiem umiejętności;
- intensywne programy szkoleniowe dla rodziców dzieci z poważnymi problemami w zachowaniu, wzmocnione interwencjami o charakterze indywidualnym (studium przypadku).

5.5. Pozostałe strategie

Mitchell oprócz opisanych wyżej strategii jako skuteczne określił również:

- nauczanie zespołowe;
- trening strategii poznawczych (trening metapoznawczy);
- samodzielne uczenie się;
- strategie pamięciowe;
- powtórki i ćwiczenia;
- nauczanie wzajemne;
- strategie prowadzone w nurcie behawioralnym;
- ocena funkcjonalna zachowania;
- terapia poznawczo-behawioralna;
- nauczanie bezpośrednie;
- ocena formatywna i informacje zwrotne;
- technologie asystujące;
- alternatywne i wspomagające metody komunikacji;
- świadomość fonologiczna i przetwarzanie fonologiczne;
- jakość pomieszczeń;
- uniwersalny model nauczania;
- reakcja na interwencję;
- klimat klasowy;
- strategie ogólnoszkolne;
- współpraca pomiędzy instytucjami;
- edukacja włączająca (jako metastrategia).

W większości tych strategii występują wspólne komponenty, związane przede wszystkim z kooperacją i różnymi wymiarami funkcjonowania dziecka w grupie. Każda z nich zawiera jednak pewien element specyficzny, który powoduje, że dla danej grupy, będącej pod wpływem określonych czynników zewnętrznych, jedna z tych strategii może być zdecydowanie bardziej efektywna od pozostałych. W związku z tym wskazana jest elastyczność w ich stosowaniu oraz eklektyzm, np. połączenie strategii kooperatywnego uczenia się, strategii pamięciowych i oceny funkcjonalnej zachowania.

Zakończenie

Diagnoza funkcjonalna stara się unikać etykietowania i określania, kim jest uczeń dyslektyk, dziecko z zespołem Aspergera, człowiek niepełnosprawny, cukrzyk czy geniusz, na rzecz podjęcia bardziej pragmatycznych kwestii, np. jak sobie radzi ów uczeń lub jakie czynniki spowodowałyby, żeby radził sobie jeszcze lepiej.

Przejście od modelu medycznego do biopsychospołecznego w postępowaniu diagnostycznym pokazuje ewolucję myślenia o niepełnosprawności, od postrzegania jej jako stałej cechy danej osoby do pojmowania jako dynamicznie zmieniającej się właściwości środowiska, blokującej optymalne funkcjonowanie podmiotu. Jednym z katalizatorów tego mentalnego procesu jest zwiększenie elastyczności udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Należy jednak przyjąć, że nie można z góry zaplanować wsparcia dla wszystkich, posługując się uniwersalnym algorytmem. Standard określa bowiem zaledwie pewne formalne ramy pomocy, które powinny być wypełnione zindywidualizowanymi treściami, wypracowanymi podczas spotkania: uczeń – szkoła – rodzice – poradnia psychologiczno-pedagogiczna – ewentualnie inni specjaliści.

Wsparcie – stanowiące odpowiedź na jednostkowe potrzeby zainteresowanego – jest jedyną szansą na udzielenie autentycznej i adekwatnej pomocy uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Trzeba jednak pamiętać, że elastyczność – jako przejaw autonomii, ale przede wszystkim dojrzałości – wymaga bardzo wysokich kompetencji zarówno specjalistów, jak i nauczycieli. Każde bowiem uelastycznienie działań, nieoparte wiedzą i umiejętnościami, powoduje chaos i prowadzi do licznych błędów i nadużyć. Wdrażając model diagnozy funkcjonalnej, nie można pominąć tego kluczowego wątku i trzeba wiedzieć, że wzrost swobody działania powinien pociągać za sobą zwiększenie odpowiedzialności.

Kiedy zastanawiamy się, na jakim etapie znajdujemy się obecnie, musimy stwierdzić, że poznajemy zasady kooperatywnego uczenia się i wspólnego wypracowywania narzędzi wzmacniających nasze kompetencje. W przyszłości musimy stać się w pełni autonomiczni i profesjonalni w autentycznej trosce o drugiego człowieka, a zwłaszcza o dziecko, które dziś – już na starcie edukacyjnym – spotyka się z barierami skazującymi je na myślenie o sobie jako innym, obcym i dziwnym. A przecież czekało na komunikat: *Cudowny chłopak!*

Literatura

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.

Denham A., Hatfield S., Smethurst N., Tan E., Tribe C., (2006), *The effect of social skills interventions in the primary school*, „Educational Psychology in Practise”, nr 22(1), s. 33–51.

Domagała-Zyśk E., Knopik T., Oszwa U., (2017), *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emo-cjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Erikson E., (1997), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań: Rebis.

Erikson E., (2004), *Tożsamość a cykl życia*, Poznań: Zysk i Sp-ka. Wydawnictwo.

Gaś Z., (1993), *Profilaktyka uzależnień*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Gresham F., Quinn M., Restori A., (1999), *Methodological issues in functional analysis: Generalizability to other groups*, „Behavioural Disorders”, nr 24, s. 180–182.

Hanley G., Iwata B., McCord B., (2003), *Functional analysis of problem behavior: a review*, „Journal of Applied Behaviour Analysis”, nr 36, s. 147–185.

Hornowska E., (2007), *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*, Warszawa: Scholar.

Iwata B., Dorsey M., Slifer K., Bauman K. i Richman G., (1994), *Toward a functional analysis of self-injury*, „Journal of Applied Behavior Analysis”, nr 27, s. 197–209.

Knopik T., Oszwa U., Domagała-Zyśk E., (2017), *Diagnoza kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów zdolnych w środkowym wieku szkolnym z wykorzystaniem baterii TROS-KA – doniesienie z badań*, „Ruch Pedagogiczny”.

Knopik T. (red.), (2015), *Kotwice kariery*, Lublin: Wydawnictwo Lechaa Consulting.

Krakowiak K. (red.), (2017), *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, (2009), Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Mitchell D., (2016), *Sprawdzone metody w edukacji specjalnej i włączającej*, Gdańsk: Harmonia.

Oszwa U., Domagała-Zyśk E., Knopik T., (2017), *Zasoby odpornościowe uczniów w środkowym wieku szkolnym a ryzyko niedostosowania społecznego*, „Ruch Pedagogiczny”.

Paluchowski J., (2010), *Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”?*, „Roczniki Psychologiczne”, nr 12(2), s. 7–27.

Paluchowski W., (2007), *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Warszawa: Wydawnictwa Profesjonalne i Akademickie.

Perkins D., (2006), *Constructivism and troublesome knowledge*, [w:] Meyer J.H.F., Land R. (red.), *Overcoming Barriers to Student Understanding. Threshold concepts and troublesome knowledge*, London, New York: Routledge.

Pytka L., (2005), *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa: Akademia Psychologii Społecznej.

Ryan R., Deci E., (2004), *Autonomy is no illusion: Self-determination theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will*, [w:] Greenberg J., Koole S., Pyszczynski T. (red.), *Handbook of experimental existential psychology*, New York: Guilford Press, s. 449–479.

Seligman M., (2004), *Psychologia pozytywna*, [w:] Czapiński J. (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 18–32.

Sęk H., (2001), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Scholar.

Sęk H. (red.), (2005), *Psychologia kliniczna*, t. 1 i 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sternberg R., (1999), *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Sternberg R., (2001), *Psychologia poznawcza*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Sternberg R., (2003), *Wisdom, intelligence, and creativity synthesized*, New York: Cambridge University Press.

Sugai G., Horner R., Dunlap G., Hieneman M., Lewis T., Nelson C., Ruef M., (2000), *Applying positive behavior support and functional behavioral assessment in schools*, „Journal of Positive Behavior Interventions”, nr 2, s. 131–143.

Wygotski L., (1989), *Myślenie i mowa*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.



Ośrodek Rozwoju Edukacji
Aleje Ujazdowskie 28
00-478 Warszawa
tel. 22 345 37 00; fax 22 345 37 70
www.ore.edu.pl