

Psychometryczna diagnoza psychologiczna w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności dzieci.

Wybrane zagadnienia pracy poradni psychologiczno-pedagogicznych¹

Krystian Barzykowski

Celem wystąpienia jest prezentacja opracowania, kierowanego w głównej mierze (choć nie tylko!) do osób zajmujących się diagnozą psychologiczną dzieci w Poradniach Psychologiczno-Pedagogicznych. Do współpracy przy tworzeniu opracowania zaproszono specjalistki oraz specjalistów z ośrodków naukowo-badawczych z całej Polski, zajmujących się na co dzień zagadnieniami dotyczącymi praktyki oraz diagnozy psychologicznej, psychologii wielojęzyczności, psychologii kulturowej, problematyki migracji, mniejszości narodowych i etnicznych oraz stosowania testów psychologicznych. Ze względu na ograniczenie czasowe w wystąpieniu poruszone zostaną zagadnienia: osoby prowadzącej diagnozę psychologiczną (postaw wobec odmienności kulturowej, wiedzy psychometrycznej, kompetencji kulturowej), osoby uczestniczącej w badaniu (pochodzenia kulturowego, zaplecza językowego, sytuacji zmiany kultury przez dziecko).

1. Osoba prowadząca diagnozę psychologiczną

Warto przez chwilę zastanowić się, czy psychologowie rzeczywiście są „wolni” od zjawiska stereotypowego postrzegania przedstawicieli grup mniejszościowych? Czy fakt wykonywania zawodu psychologa chroni przed zachowaniem się w dyskryminujący sposób? Zdaniem badaczy zajmujących się kwestiami diagnozy psychologicznej w kontekście wielokulturowości najbliższa prawdy jest odpowiedź negatywna na obydwa z powyższych pytań. Uświadomienie sobie tego stanu rzeczy powinno stanowić pierwszy etap pracy nad poszerzeniem świadomości dotyczącej własnych przekonań i postaw względem odmienności kulturowej (etnicznej), językowej, co jest szczególnie ważne w praktyce diagnostycznej.

Postawy wobec odmienności kulturowej. Negatywne postawy wobec osoby uczestniczącej w badaniu diagnostycznym (mniej lub bardziej uświadomione), zazwyczaj prowadzą do nawiązania niekorzystnej relacji diagnostycznej. Postawy takie mogą przejawiać się, między innymi brakiem naturalnej ekspresji mimicznej, nerwowością w kontakcie, zmienionym czy nieprzyjemnym tonem głosu. Upředzenia te mogą dotyczyć takich cech osoby badanej jak pochodzenie etniczne, (nie)znajomość języka, kolor skóry, czy status społeczno-ekonomiczny. I choć upředzenia tego typu nie wiążą się tylko z odmiennością kulturową, to przy tej okazji występować mogą najczęściej. Istotną kwestią z perspektywy osoby prowadzącej diagnozę psychologiczną osoby o pochodzeniu kulturowym innym, niż pochodzenie osoby

¹ Tekst stanowi wyciąg z publikacji (pod tym samym tytułem, w przygotowaniu) opracowywanej merytorycznie przez: mgra Krystiana Barzykowskiego, prof. dr hab. Halinę Grzymała-Moszczyńską, mgra Daniela Dzidę, mgr Joannę Grzymała-Moszczyńską i mgr Magdalenę Kosno. Planowany termin wydania: wrzesień 2013. Wszelkie informacje znaleźć będzie można na stronach internetowych Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



OŚRODEK
ROZWOJU
EDUKACJI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



diagnozującej jest zagadnienie etnocentryzmu. **Etnocentryzm** to przekonanie danej grupy kulturowej o tym, że jej standardy kulturowe są niejako w centrum rzeczywistości i w związku z tym są bardziej wartościowe niż te z innych grup. W modelu rozwojowym wrażliwości międzykulturowej przyjmuje się, że etnocentryzm jest początkiem drogi ku wrażliwości kulturowej. Etnocentryzm jest naturalną reakcją na różnice kulturowe, którą jednak dzięki refleksji i doświadczeniom można zmieniać tak, aby móc adekwatnie radzić sobie z sytuacjami kontaktu międzykulturowego. Wyróżnia się trzy etapy etnocentryzmu: (1) Zaprzeczenie – jednostka zaprzecza istnieniu różnic kulturowych, w związku z czym unika grup o innej kulturze; (2) Obrona – osoby będące na tym etapie są świadome istnienia różnic kulturowych, ale zdecydowanie wyżej oceniają cechy swojej kultury, deprecjonując inne kultury, niekiedy starają się „pomóc” osobom z innych kultur stać się takimi jak większość; (3) Minimalizacja – osoby w tej fazie trywializują różnice i podkreślają podobieństwa między ludźmi jako istotami biologicznymi i podobieństwa pomiędzy różnymi grupami kulturowymi. Jednak aby móc rozwinąć w sobie wrażliwość kulturową, konieczne jest przejście do kolejnych etapów **etnorelatywizmu**. Wyróżnia się trzy fazy etnorelatywizmu: (1) Akceptacja różnic – osoby na tym etapie uznają swoją kulturę jako jeden z wielu możliwych światopoglądów. (2) Adaptacja – osoby w tej fazie potrafią poszerzyć i dostosować swoje postrzeganie sytuacji i zachowanie do norm obowiązujących w danej kulturze, co umożliwia im adekwatne funkcjonowanie w zróżnicowanym kulturowo środowisku. (3) Integracja – stan, w którym osoba doświadcza pełnej biegłości w przełączaniu się pomiędzy kulturami. Dla prowadzenia prawidłowej diagnozy najbardziej wskazane są etapy etnorelatywizmu – od akceptacji poczynając. Podejście takie pozwala osobie prowadzącej diagnozę na świadome uwzględnienie znaczenia różnic kulturowych dla tego procesu a także potencjalnie może zmniejszyć ryzyko popełnienia błędów z nimi związanych. Pomocne w zakresie uświadamiania sobie własnych postaw oraz nabywania wiedzy dotyczącej różnorodności kulturowej oraz związanych z nią wyzwań może być uczestnictwo w warsztacie antydyskryminacyjnym lub treningu wrażliwości kulturowej. Umożliwić one mogą z jednej strony przyjrzenie się swojemu stosunkowi do osób różnorodnych kulturowo, z drugiej strony zaś umożliwią nabycie odpowiedniej wiedzy dotyczącej różnic kulturowych. Warsztaty i treningi poświęcone przeciwdziałaniu dyskryminacji i nabywaniu wrażliwości kulturowej mogą być ważnym doświadczeniem z perspektywy prowadzenia rzetelnej i trafnej diagnozy. W jaki zatem sposób można ustrzec się przed pułapkami związanymi z wpływem stereotypów, uprzedzeń i etnocentryzmu na diagnozę? Jednym ze sposobów uniknięcia stereotypowego myślenia o diagnozowanym dziecku jest poszukiwanie jego specyficznych cech oraz uwzględnianie niepowtarzalnej historii jego życia. Można również skorzystać z metody zapisywania – przed rozpoczęciem diagnozy – swoich (pozaawodowych) oczekiwań lub też pierwszego wrażenia. Jeśli końcowa diagnoza jest do nich podobna, może to sugerować udział stereotypu w postępowaniu diagnostycznym.

Kompetencja kulturowa jako kompetencja profesjonalna. Wśród kompetencji osoby prowadzącej diagnozę psychologiczną wymienia się również **kompetencję kulturową**, czyli wiedzę, umiejętności i postawy niezbędne do pracy psychologicznej (w tym diagnozy) z osobami o różnym pochodzeniu etnicznym w kontekście ich pozostałych aspektów tożsamości (takich jak: płeć, wiek, niepełnosprawność, wyznanie, status społeczno-ekonomiczny itp.). Rzetelna diagnoza wymaga umiejętności: (a) identyfikacji zaplecza społeczno-kulturowego, z którym osoba badana do nas przychodzi, (b)

dostrzeżenia, w jaki sposób uwarunkowania kulturowe mogą wpływać na relacje osoba badana–osoba badająca oraz na sam wynik diagnozy, (c) dostrzeżenia własnych przekonań, stereotypów i uprzedzeń wobec osób odmiennych kulturowo, a także świadomości własnej tożsamości społeczno-kulturowej.

Stosowanie testów psychologicznych w praktyce diagnostycznej. By można było mówić o teście jako narzędziu psychologicznym, musi spełnić ono ściśle określone naukowe standardy. W praktyce diagnostycznej należy więc korzystać tylko z narzędzi, które zostały odpowiednio do tego celu przygotowane i których zasadność stosowana w określonych wypadkach została odpowiednio dowiedziona. Niejednokrotnie zdarza się używanie „testów”, które nigdy nie spełniały wymogów stawianych testom psychologicznym. W szczególności należy zwrócić uwagę na testy, które pomimo ugruntowanej pozycji poza granicami Polski, nie zostały nigdy w odpowiedni sposób zaadaptowane do warunków polskich. Pozbawione polskich norm oraz odpowiedniej adaptacji nie mogą być stosowane na potrzeby diagnozy indywidualnej.

Testy: niewerbalne, wykonaniowe, neutralne kulturowo. Testy wykonaniowe są użyteczne dla dzieci ze środowisk ubogich edukacyjnie i materialnie. Testy niewerbalne (o ile **nie zawierają** werbalnych instrukcji) są natomiast wskazane do badania wszystkich dzieci, nie mówiących po polsku, ponieważ nie wymagają używania języka. Wśród nich znajdziemy zarówno testy typu papier-ołówek jak i testy wykonaniowe. Te pierwsze będą lepsze dla dzieci, o których wiemy, że dobrze radzą sobie z wykonywaniem czysto umysłowych zadań opartych na materiale abstrakcyjnym bądź symbolicznym (zapis alfabetyczny, numeryczny czy figuralny), a te drugie – lepiej stosować w przypadku dzieci o ubogim doświadczeniu edukacyjnym. Należy jednak pamiętać, że nawet w przypadku tego typu testów, porównywanie ich wyników z normami powstałymi w oparciu o badania jednorodnej kulturowo grupy polskojęzycznej jest obciążone błędem innym niż szacowany przez standardowy błąd pomiaru i trudno wycenić, nawet znając poziom rozwoju językowego dziecka dla języka badania (w tym przypadku: języka polskiego), jak duży jest ten błąd.

Pomiar psychologiczny w praktyce diagnostycznej. Nie ma nic odkrywczego w stwierdzeniu, że pomiar obciążony jest błędem. Bezpośrednią realizacją wiedzy dotyczącej błędu pomiaru jest przedziałowe szacowanie wyniku prawdziwego. Innymi słowy, za każdym razem uzyskując wynik, należy pamiętać, że jest on zaledwie „półproduktem” diagnozy, który służy do budowania przedziału, w którym z określonym prawdopodobieństwem mieści się wynik prawdziwy. Tym samym, znając rzetelność narzędzia (a więc dokładność pomiaru) można oszacować udział błędu w wyniku otrzymanym w trakcie badania. Stąd też interpretacja wyników testu powinna opierać się zawsze na przedziale ufności. Punktowy wynik nie powinien nigdy stanowić podstawy formułowania diagnozy indywidualnej, ponieważ nie uwzględnia on danych o dokładności pomiaru.

2. Osoba uczestnicząca w badaniu diagnostycznym

Właściwe warunki badania. Przygotowując pomieszczenie do przeprowadzenia procesu diagnostycznego, warto wziąć pod uwagę charakterystyki dziecka, aby zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa (a przynajmniej zminimalizować odczucie lęku i niepewności) oraz zagwarantować najlepsze warunki pracy podczas rozwiązywania poszczególnych zadań, czy testów. Można w tym miejscu podkreślić wrażliwość osób diagnozowanych na obecność elementów symbolicznych wyposażenia sali, w której odbywa się badanie. Mogą to być przede wszystkim artefakty kultury, które w tradycji społecznej kultury polskiej są uważane za normalne, powszechne i stanowią niejako integralny element otoczenia. Tymczasem dla dziecka wychowywanego w odmiennej od większości kulturze mogą one stanowić element utrudniający otwartość i budujący dystans.

Pochodzenie kulturowe osób badanych. Różnorodność kulturowa może przejawiać się w zróżnicowanej dynamice rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Chodzi tu nie tyle o poziom rozwoju (stanowi on właściwy przedmiot pomiaru), co o treść doświadczeń rozwojowych, która w znacznej mierze uzależniona jest od aktywności podejmowanych przez dziecko. Te z kolei wyznaczane są przez środowisko i ramy kulturowe, które w różnym stopniu dostarczają dziecku stymulacji oraz modelują jego zachowania. To, co dla dziecka z polskiego kręgu kulturowego jest znane – na przykład: (a) rodzaj czynności wymaganych podczas badania, (b) przedmioty wykorzystywane w badaniu, (c) sama sytuacja zabawy o charakterze czysto poznawczym – może być niezrozumiała dla dziecka z odmiennej kultury, ze względu na brak takich doświadczeń na co dzień. W zabawie dziecka mogą pojawiać się elementy dotyczące jego wcześniejszych traumatycznych doświadczeń. Nie zawsze świadczą one o zaburzeniach (np. antyspołecznym zaburzeniu zachowania), a mogą sygnalizować przeżytą wcześniej traumę. Dodatkowo różnice kulturowe mogą wpływać na dynamikę oraz jakość kontaktu między osobą badającą a badaną osobą. Należy zwrócić uwagę na fakt, że sposób w jaki nawiązuje się kontakt z drugą osobą jest ściśle związany z regułami danej kultury. Na przykład, dziewczynka może porozumiewać się niechętnie (czasami wcale), odpowiadając zdawkowo na pytania lub zaledwie poruszając głową, z prowadzącym badanie psychologiem – mężczyzną. Dzieci socjalizowane w obrębie tradycyjnych wspólnot etnicznych (por. dalej) będą prawdopodobnie przejawiały zachowania informujące o respektowaniu autorytetu diagnosty i będą starały się wykonywać wszelkie polecenia diagnosty, nawet wtedy, kiedy nie będą w stanie zrozumieć polecenia czy też kiedy będą spostrzegać je jako działania bezsensowne. Rzadko kiedy będą pytać, a odpowiedzi na pytania będą raczej ukierunkowane na przewidywanie „prawidłowej” odpowiedzi niż odpowiedzi zgodnej z ich własnym zdaniem. Dzieci z treningiem w obrębie kultury nowoczesnej, o silnym natężeniu indywidualizmu, będą miały natomiast tendencje do zadawania dużej ilości pytań oraz kwestionowania zasadności poleceń. Prawdopodobnie będą również podawać wiele informacji skoncentrowanych wokół własnej osoby lub też stanowczo (co spostrzegane może być jako „złe zachowanie”) odmówią udzielania jakichkolwiek informacji.

Zaplecze językowe. Proces przeprowadzania diagnozy jest nieodłącznie związany z użyciem języka do celów komunikacji z diagnozowanym dzieckiem i jego rodzicami/opiekunami. W realiach poradni psychologiczno-pedagogicznych w Polsce odbywa się on w języku polskim. W przypadku dzieci dwujęzycznych, a także ich opiekunów, dla których język polski nie

musi być jedynym, lub pierwszym językiem (o ile w ogóle go znają) zarówno pierwszy kontakt, wywiad, jak i część diagnozy polegająca na przeprowadzaniu testów, są potencjalnie obciążone większym ryzykiem napotkania przeszkód w komunikacji, które mogą skutkować (nie zawsze uświadamianym) wzajemnym niezrozumieniem. Jeżeli diagnoza przeprowadzana jest wyłącznie w języku polskim, to nawet jeśli nie dotyczy bezpośrednio sprawności i umiejętności językowych, należy pamiętać, że może być istotnie zaburzona przez brak możliwości użycia przez diagnozowane dziecko drugiego języka. Osoby mogą też posługiwać się językiem polskim tylko w określonych sytuacjach (np. w szkole, pracy), podczas gdy w sytuacjach mniej formalnych posługują się językiem właściwym dla grupy, z której się wywodzą. Biegłość językowa w tym wypadku może zależeć od poruszanej tematyki, która jest zbieżna bardziej lub mniej z kontekstem nawykowego posługiwania się danym językiem. Obserwować można również rozbieżność między umiejętnościami rozumienia a mówienia czy pisanie w każdym z języków, ograniczenie znajomości języka do określonych sytuacji/kontekstów. Znajomość języka polskiego wystarczająca do swobodnej rozmowy może okazać się dalece niewystarczająca do wykonania testu wymagającego płynnego posługiwania się językiem w określonych obszarach tematycznych (wyjaśnianie definicji słów, opisywanie różnych sytuacji społecznych), jak również pisanie lub czytanie w zakresie wymaganym przez test. Zagadnienie znajomości języka jest szczególnie istotne w przypadku pomiaru poziomu funkcjonowania poznawczego. Wynik ten może być zaniżony, a w ekstremalnych wypadkach osoba może zostać uznana na tej podstawie za osobę niepełnosprawną intelektualnie. Jeżeli to możliwe, należy stosować testy w języku, który znany jest osobie badanej w najlepszym stopniu.

Sytuacja zmiany kultury. Szczególną uwagę należy poświęcić grupie dzieci, które mogą trafiać do Poradni z powodu trudności edukacyjnych związanych ze zmianą przez rodzinę miejsca zamieszkania. W tej grupie znajdują się między innymi: (a) dzieci cudzoziemskie z rodzin migrantów przymusowych (uchodźców), (b) dzieci z rodzin migrantów dobrowolnych, którzy przybyli do Polski, (c) dzieci polskie, które powróciły (niekiedy po raz pierwszy) do Polski wraz z rodzicami po krótszym lub dłuższym pobycie emigracyjnym. Pierwsza z tych grup (dzieci cudzoziemskie) może przeżywać trudności adaptacyjne określane mianem „szoku kulturowego”, druga zaś i trzecia – trudności opisywane jako „szok kulturowy powrotny”. Pojęcie „szok kulturowy” odnosi się do reakcji, związanych ze znalezieniem się w obcym otoczeniu kulturowym. Dla większości osób sytuacja tego typu może być źródłem stresu. W odniesieniu do dzieci i młodzieży szczególnie warto zwrócić uwagę, między innymi, na sześć elementów stanowiących definicję „szoku kulturowego”: napięcie psychiczne wywołane wysiłkiem związanym z adaptacją psychologiczną do nowego kraju i kultury, poczucie utraty w odniesieniu do przyjaciół lub niektórych członków rodziny pozostawionych w kraju pochodzenia lub kraju emigracji, poczucie tęsknoty za szczególnie bliskimi miejscami, poczucie odrzucenia w nowej kulturze przez środowisko rówieśnicze lub sąsiedzkie, niepewność co do właściwych sposobów zachowania, zachwiane poczucie własnej tożsamości, zdziwienie, lęk, bezsilność, a nawet niesmak i oburzenie towarzyszące uświadomieniu sobie różnic między nową kulturą a kulturą własną. W literaturze „szok kulturowy” zazwyczaj jest opisywany jako zjawisko przebiegające w postaci kilku faz. Pierwsza faza „miesiąca miodowego”, występująca zwykle w pierwszym okresie pobytu w nowym kraju, gdy różnice kulturowe postrzegane są jako pozytywne i wywołują zainteresowanie oraz ekscytację – nie wystąpi

ona jednak u dzieci uchodźców, gdy przybycie do nowego kraju jest efektem ucieczki przed zagrożeniem zdrowia i życia w kraju rodzinnym (niekiedy jest poprzedzone przeżyciem traumy wynikającej ze znajdowania się w strefie walk). W drugiej fazie następuje dezorientacja, poczucie nieadekwatności własnego sposobu funkcjonowania w nowym otoczeniu. Wywołuje to obniżony nastrój (może przybrać formę depresji) i dążenie do izolowania się. Obserwowana jest również utrata pozytywnej samooceny. W trzeciej fazie – reintegracji – następuje odrzucenie nowej kultury. Jest ona postrzegana nie tylko jako odmienna, ale również jako „zła”. U imigranta dominują wówczas frustracja oraz emocje takie jak gniew i nienawiść do nowego miejsca i ludzi. Samoocena zmienia się na pozytywną, gdyż wina za niepowodzenie w nowym środowisku zostaje przerzucona na to środowisko. Czwarta faza – autonomii – jest związana z pojawieniem się tolerancji wobec odmienności nowej kultury. Jednostka stopniowo odzyskuje poczucie kontroli nad swoim funkcjonowaniem w nowym środowisku. Faza piąta – niezależności – charakteryzuje się odzyskaniem możliwości kompetentnego funkcjonowania, wyboru sposobów zachowania z jednej lub drugiej kultury, sprawnego posługiwania się nowym językiem. W zależności od tego, na jakim etapie opisanego procesu znajduje się dziecko trafiające do Poradni, może ono prezentować nie tylko trudności poznawcze, ale również trudności emocjonalne (np. w radzeniu sobie z rozwiązywaniem testów i kwestionariuszy). Fazy szoku kulturowego nie występują zawsze w tej samej kolejności, ani nie są wypełnione tą samą treścią. Im bardziej kultura, z której pochodzi dziecko, różni się od kultury polskiej pod względem systemu wartości, relacji międzyludzkich czy sposobu funkcjonowania szkoły, tym trudniejsze będzie dla tego dziecka dostosowanie się do polskiego środowiska kulturowego i szkolnego. Jednak należy pamiętać o tym, że nawet pozornie niewielkie różnice kulturowe pomiędzy krajami mogą wywołać u dziecka duży stres związany ze zmianą środowiska. Inny rodzaj stresu dotyczy przeżycia niedopasowania kulturowego. Zazwyczaj doświadczane jest ono przez osoby powracające do swojego kraju po dłuższym pobycie za granicą. Określa się go mianem „szoku kulturowego powrotnego”. Towarzyszy on bardzo często dzieciom powracającym wraz z rodzicami z czasowego wyjazdu emigracyjnego, które odbyły część nauki szkolnej za granicą, a jego fazy są analogiczne do tych, doświadczanych podczas kontaktu z nową kulturą.

