

EWA DOMAGAŁA-ZYŚK
TOMASZ KNOPIK
URSZULA OSZWA

ZNACZENIE DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ W EDUKACJI UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

WSTĘP

Zmiany w polskim systemie oświaty wprowadzane od 2017 roku, choć z pozoru dotyczą przede wszystkim struktury szkolnictwa, w istocie obejmują też redefiniowanie roli szkoły i instytucji z nią współpracujących (Knopik, 2018). Zgodnie z ideą zrównoważonego rozwoju, szkoła powinna być otwarta na każdego ucznia, a jej działania, wspomagane zaangażowaniem podmiotów zewnętrznych, mają na celu wyrównywanie szans rozwojowych i edukacyjnych uczniów.

W związku z tym postulatem szczególna uwaga została ukierunkowana na uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, którzy z powodu różnych trudności (fizycznych, psychicznych, środowiskowych) nie mogą w pełni uczestniczyć w procesie edukacji. Rozporządzenie MEN z dnia 9 sierpnia 2017 roku w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach precyzyjnie określa funkcje pomocy psychologiczno-pedagogicznej: „Pomoc psychologiczno-pedagogiczna

Dr hab. EWA DOMAGAŁA-ZYŚK, prof. KUL – Katedra Pedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II; adres do korespondencji: ul. Droga Męczenników Majdanka 70, 20-355 Lublin; e-mail: ewadom@kul.pl

Dr TOMASZ KNOPIK – Pracownia Wspomagania Rozwoju Człowieka, Katedra Psychologii, Wydział Pedagogiki Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie; adres do korespondencji: ul. Ingardena 4, 30-060 Kraków; e-mail: szamot7@wp.pl

Dr hab. URSZULA OSZWA, prof. UMCS – Zakład Metodologii i Diagnostyki Psychologicznej UMCS, Instytut Psychologii, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; adres do korespondencji: plac Litewski 5, 20-020 Lublin; e-mail: u.oszwa@umcs.pl

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”.

Warto podkreślić, że istotnym *novum* w tym rozporządzeniu jest wyeksponowanie roli otoczenia w kształtowaniu się zachowań dzieci i uczniów. Pokazuje to wyraźny trend w zbliżaniu się do modelu biopsychospołecznego, który oprócz komponentów biologicznych (medycznych) i osobowych, akcentuje znaczenie czynników środowiskowych w aktualizowaniu (lub blokowaniu) potencjału podmiotu. Zgodne jest to z pojmowaniem niepełnosprawności według klasyfikacji ICF: „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, polskie tłumaczenie, s. 17).

Trudność oczywiście polega na realizacji tych formalnych zapisów w codziennej praktyce przedszkolnej i szkolnej. Ważną propozycją w tym zakresie, systematyzującą i integrującą jednocześnie wiele podejść diagnostyczno-terapeutycznych, jest diagnoza funkcjonalna, która, choć wywodzi się z behawioralnego paradygmatu analizy zachowania, aktualnie przewartościowuje swoje koncepcyjne źródła i może stanowić uniwersalny model pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Oczywiście przez uniwersalność należy rozumieć ogólny model (strukturę) udzielania wsparcia: od procesu identyfikacji zasobów, poprzez plan terapeutyczno-rozwojowy, jego rzetelną walidację, na ustaleniu kolejnych celów edukacyjnych kończąc. To od wiedzy i kompetencji nauczycieli i specjalistów, a także zakresu trudności i zaobserwowanych barier środowiskowych zależy dobór konkretnych metod, technik i środków niezbędnych do praktycznej realizacji diagnozy funkcjonalnej. W tym sensie nie należy traktować diagnozy funkcjonalnej jako zbioru algorytmów postępowania w przypadku każdego ucznia z danym typem specjalnych potrzeb edukacyjnych (np. z dysleksją, niepełnosprawnością ruchową czy intelektualną), ale jako modelową i elastyczną zarazem strategię włączania go w środowisko i działania szkolne, która musi być obligatoryjnie uzupełniona umiejętnościami i doświadczeniem zarówno nauczycieli, rodziców i specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych, jak i samowiedzą samego ucznia.

1. DIAGNOZA FUNKCJONALNA – KONCEPCJE UKRYTE

W naukach społecznych dobrą praktyką w definiowaniu pojęć i zjawisk jest sięganie po potoczne wyjaśnianie terminów i konfrontowanie ich z naukowymi ujęciami. Dzięki temu zabiegowi możliwe jest zebranie i uporządkowanie dominujących skojarzeń ewokowanych przez dane pojęcie, które warto wykorzystać podczas implementacji przygotowanego modelu teoretycznego. Uczyniono tak np. w przypadku fundamentalnych terminów psychologicznych, takich jak „inteligencja” czy „mądrość” (por. Neisser, 1979; Baltes, Smith, 2008). Okazało się, że niektóre ukryte ujęcia zbieżne były z modelami naukowymi, co pośrednio potwierdziło trafność opracowanych koncepcji.

W celu opisanego aktualnych przekonań nauczycieli i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych na temat diagnozy funkcjonalnej, 126 osobom (wśród których byli nauczyciele, pedagodzy i psychologowie) zadano pytanie: Jak rozumie Pan/Pani pojęcie „diagnoza funkcjonalna”? Badanie było przeprowadzone w okresie od października do grudnia 2017 roku podczas szkoleń z zakresu zmian w organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej, które to zmiany w dużym stopniu dotyczyły wdrażania elementów diagnozy funkcjonalnej do przedszkoli, szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych. Warto dodać, że pytanie zadano na początku szkolenia – przed wyjaśnieniem znaczenia tego terminu. Można zatem potraktować je jako element pomiaru wiedzy uczestników w ramach procesu walidacji efektów uczenia się.

Uzyskane wypowiedzi zostały pogrupowane w kategorie według podobieństwa treściowego. W ten sposób utworzono osiem różnych definicji lub *quasi*-definicji pojęcia „diagnoza funkcjonalna” (wyodrębniono tylko te definicje, które miały co najmniej pięć wskazań). Szczegółowy ich opis wraz z charakterystyką ilościową zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Potoczne definicje pojęcia „diagnoza funkcjonalna”

Lp.	Definicja	Liczba wskazań*	Procent wskazań
1	Ocena codziennego funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością.	41	32,5
2	Wielospecjalistyczna diagnoza, w którą zaangażowani są: psycholog, pedagog, logopeda, lekarz i inni specjaliści (np. fizjoterapeuta, psychoterapeuta).	33	26,2
3	Ocena środowiska, w którym funkcjonuje uczeń.	25	19,8
4	Wieloaspektowa diagnoza – dotyczy wszystkich obszarów funkcjonowania dziecka: poznawczego, emocjonalnego, społecznego, osobowościowego, moralnego.	19	15,1

5	Ocena stopnia wykorzystywania posiadanych możliwości – diagnoza w oparciu o próbki zachowania.	13	10,3
6	Diagnoza możliwości rozwojowych i edukacyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.	10	7,9
7	Diagnoza, która nie opiera się na klasyfikacji DSM-IV lub ICD-10, ale ICF (<i>Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia</i>).	6	4,8
8	Ocena społecznego przystosowania ucznia.	6	4,8

* Suma wskazań jest większa od liczby badanych ze względu na sformułowanie przez niektóre osoby rozbudowanych definicji, uwzględniających kilka aspektów.

Uzyskane definicje choć dotyczą tego samego pojęcia, znacząco różnią się od siebie. W zasadzie każda z nich odnosi się do wybranych właściwości diagnozy funkcjonalnej, ale nie oddaje w pełni struktury i znaczenia tego procesu (co w praktyce może oznaczać wybiórczość, parcjerność i fragmentaryczność diagnozy). Ta wielość podejść osób bezpośrednio zaangażowanych w udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej, której formalne modyfikacje przygotowujące praktyczne wdrożenie diagnozy funkcjonalnej już znalazły wyraz w obowiązujących rozporządzeniach MEN, budzi niepokój. Wynika on z ryzyka niskiej adaptacji do wprowadzanych zmian na skutek niezrozumienia kluczowej idei stojącej u ich źródła. Zasadne jest zatem podjęcie wysiłku konceptualizacji procesu diagnozy funkcjonalnej, w tym ustalenia znaczeń podstawowych terminów i kryteriów prowadzonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

2. DIAGNOZA FUNKCJONALNA – PROPOZYCJA MODELU

Diagnoza funkcjonalna, początkowo traktowana jako analiza funkcjonalna, dotyczyła głównie oceny tzw. *trudnych zachowań uczniów* (FBA – *Functional Behavior Assessment*). Analizie poddawano działania podejmowane przez ucznia z uwzględnieniem różnych kontekstów społecznych (rodzina, szkoła, zajęcia pozaszkolne, osiedle), a także zróżnicowanych gratyfikacji (pozycja socjometryczna, relacje z rodzicami, korzyści materialne, oceny szkolne). Analiza trudnych zachowań dotyczyła głównie osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz autystycznym spektrum zaburzeń. Można zatem stwierdzić, że diagnoza funkcjonalna zawężona była głównie do oszacowania ryzyka lub nasilenia niedostosowania społecznego osób z deficytami poznawczymi. W diagnozę wpisany był jednak *implicite* proces wsparcia, jego ewaluacja oraz modyfikacja wynikająca ze zmian obserwowanych w zachowaniu diagnozowanej i wspieranej osoby.

Gregory Hanley, Brian Iwata i Brandon McCord (2003) dokonali analizy badań prowadzonych w zakresie diagnozy funkcjonalnej w latach 1961-2001. Podobne zadanie wykonał zespół Brian Iwata i Gracie Beavers (2013), uzupełniając tę analizę o publikacje, które ukazały się w latach 2001-2012. Metaanalizie poddano więc badania dotyczące diagnozy i analizy funkcjonalnej, które ukazały się w latach 1961-2012, było to razem 981 prac. Artykuły pochodziły z baz PsycINFO, ERIC i ISI Web of Science, a wyszukano je stosując słowa klucze: *function, analysis* i *behavioral assessment*. Jako kryteria włączenia materiału do analizy przyjęto, że badania powinny dotyczyć diagnozy zachowania problemowego oraz analizy czynników środowiskowych, wpływających na pojawianie się danego zachowania lub/i jego zmianę. Konkludując swoje analizy, autorzy podkreślają (Iwata, Beavers, 2013) duży potencjał funkcjonalnej diagnozy zachowania oraz analizy funkcjonalnej, sugerując możliwość ich zastosowania nie tylko w aspekcie pracy nad eliminacją zachowań trudnych u osób z głębszymi zaburzeniami rozwojowymi, ale także u osób rozwijających się w sposób typowy, a wymagających jedynie czasowego wsparcia w rozwoju.

Dopiero w ostatnich latach model diagnozy funkcjonalnej stosowany jest także w diagnozie osób bez poważnych zaburzeń poznawczych i społeczno-emocjonalnych, jednak wykazujących niepokojące zachowania, wymagające interwencji psychologiczno-pedagogicznej. Celem procesu diagnostycznego jest przygotowanie strategii działań terapeutycznych (postdiagnostycznych), które prowadzą do redukcji zachowań niepożądanych i wypracowania zachowań akceptowanych (Gresham, Watson i Skinner, 2001; Scott i in., 2004).

Kompleksowy model tak rozumianej analizy zachowania zaprezentowali Brian Iwata, Michael Dorsey, Keith Slifer, Kenneth Bauman i Gina Richman (1994). W zaproponowanym przez nich opisie zachowania zawarte są informacje o jego przyczynach (*antecedants* – A), jego charakterystyce (*behaviour* – B) oraz występujących skutkach (*consequences* – C, por. Gresham, Quinn i Restori, 1999). Diagnoza ABC ma za zadanie określić funkcję, jaką pełni zachowanie w całościowym funkcjonowaniu podmiotu z uwzględnieniem zmian o charakterze kontekstowym, a także stworzyć ramy do udzielenia adekwatnej pomocy. W tym ujęciu diagnoza funkcjonalna dotyczy głównie trudności i zaburzeń podmiotu – ma więc raczej charakter negatywny.

Zmiany zachodzące w obszarze pedagogiki specjalnej, a także w polityce społecznej kształtowanej na podstawie zasady równych szans, które najwyraźniej oddają modyfikacje terminów używanych do określenia osób z niepełnosprawnością, spowodowały poszerzenie zakresu stosowania diagnozy funkcjonalnej.

Zacząto odnosić ją nie tylko do wyjaśniania i redukowania zachowań trudnych, ale wykorzystano do wielowymiarowego opisu funkcjonowania człowieka z uwzględnieniem kontekstu środowiskowego przeszłego, aktualnego i prognozowanego. Zwrócono uwagę na relatywność trudności rozwojowych i edukacyjnych uczniów: to, co obiektywnie traktowane jest jako deficyt danej osoby, np. z niepełnosprawnością ruchową, w jej aktualnym otoczeniu traktowane jest przez nią neutralnie, gdy tymczasem trudność może dotyczyć zupełnie innego aspektu – pomijanego w standardowym myśleniu o tej grupie osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (np. możliwość rozwijania uzdolnień matematycznych).

Odwołując się do współczesnych pedagogicznych, psychologicznych i medycznych ujęć procesów diagnozy oraz wsparcia, zasadna wydaje się następująca eksplikacja terminu „diagnoza funkcjonalna”: Diagnoza funkcjonalna jest to wielowymiarowe rozpoznanie: a) stanu funkcjonowania osoby w środowisku, uwzględniające opis i identyfikację źródeł jej aktualnego zachowania (w tym przejawianych zasobów i deficytów), oraz b) możliwości integralnego i zrównoważonego rozwoju badanej osoby, zarówno w aspekcie aktualizacji jej potencjału rozwojowego, jak i zakresu modyfikacji środowiska, w którym funkcjonuje.

Wydzielone części a i b definicji podkreślają konieczność wpisania w proces diagnozy programu działań terapeutyczno-rozwojowych, stąd rozpoznanie dotyczy nie tylko aktualnego funkcjonowania osoby, ale także możliwości jego zmiany (za sprawą rozwoju własnych zasobów, jak i modyfikacji środowiskowych). Zaproponowana definicja wskazuje ponadto na wielowymiarowe rozpoznanie, co oznacza:

a) wieloaspektowość – odnoszenie się do więcej niż jednej sfery funkcjonowania podmiotu (przykładowo: autorzy pakietu TROS-KA wskazują na rolę kompetencji emocjonalno-społecznych w diagnozie procesów poznawczych uczniów w wieku 9-13 lat, por. Domagała-Zyśk, Knopik, Oszwa, 2017a);

b) wielospecjalistyczność – zaangażowanie w proces diagnozy wielu osób: zarówno nauczycieli, specjalistów, jak i rodziców.

Użyte w definicji określenie „integralnego i zrównoważonego” rozwoju odnosi się do następujących założeń:

a) uczeń jest podmiotem o indywidualnej i niepowtarzalnej strukturze psychofizycznej, co wymaga od każdego diagnosty stosowania heurystyk zamiast algorytmów postępowania;

b) każdy uczeń posiada swoje indywidualne tempo i rytm rozwoju, które powinny być kontrolowane w ramach regularnie aktualizowanego indywidualnego

profilu rozwoju (przykładowo PREiS – *Profil Rozwoju Emocjonalnego i Społecznego* w opracowaniu Domagały-Zyśk, Knopika i Oszwy, 2017b);

c) uczeń przynależy do kilku grup społecznych (rodzina, grupa rówieśnicza, społeczeństwo lokalne i globalne) i te właśnie środowiska stanowią naturalną przestrzeń jego rozwoju;

d) uczeń ma potrzebę autonomii, przejawiającą się m.in. w chęci pełnego uczestnictwa w każdym etapie diagnozy z możliwością regulowania jej kształtu, w tym z ewentualnością odmowy dalszego udziału w postępowaniu diagnostycznym (Knopik, 2018);

e) w procesie terapii należy uwzględnić w miarę możliwości obszary rozwojowe tak, aby zafiksowanie na obszarze problemowym nie zaburzyło naturalnej tendencji podmiotu do dokonywania transgresji we wszystkich dziedzinach życia (Kozielecki, 2007).

Odwołując się do sprawdzonych już modeli diagnostycznych, w diagnozie funkcjonalnej można wyodrębnić trzy główne etapy (Pytka, 2005). Pierwszym z nich jest tzw. diagnoza konstatacyjna, czyli opisująca fakty, tj. zasoby i deficyty (trudności) ucznia. Kluczowym elementem tego etapu jest dostęp do rzetelnych i trafnych narzędzi pomiarowych, które dodatkowo nie stwarzają barier w korzystaniu z nich przez osoby z niepełnosprawnościami (np. sensorycznymi). Oparcie się na modelu uniwersalnego projektowania podczas konstruowania testów i innych pomocy diagnostycznych, pozwala na uniknięcie większości trudności związanych z tworzeniem specjalnych dostosowań i adaptacji dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Należy pamiętać o prowadzonej w przedszkolu i szkole ciągłej obserwacji nauczycielskiej, jako cennym źródle informacji o zachowaniu dziecka, a także o ocenie przeprowadzonej przez rodziców.

Drugi etap diagnozy funkcjonalnej obejmuje opracowanie programu działań o charakterze naprawczym, profilaktycznym bądź prorozwojowym, a następnie ustalenie strategii stopniowego wdrażania go w codzienną praktykę szkolną (tzw. diagnoza ukierunkowująca działania lub projektująca). Ciekawy przegląd tych strategii (łącznie 27) wraz z oceną ich efektywności dokonaną za pomocą metaanalizy zawiera publikacja D. Mitchella (2016). Przywołajmy kilka wybranych:

- a) kooperatywne nauczanie grupy;
- b) trening umiejętności społecznych;
- c) trening strategii poznawczych;
- d) wsparcie i zaangażowanie rodziców;
- e) nauczanie zespołowe;
- f) strategie behawioralne;

g) ocena formatywna i informacje zwrotne;

h) klimat w klasie.

Trzeci etap diagnozy funkcjonalnej to walidacja podjętych działań interwencyjnych (tzw. diagnoza weryfikująca). Jej celem jest ocena skuteczności udzielonego wsparcia, na bazie której podejmuje się decyzję o kontynuacji działań i zakresie niezbędnych modyfikacji. Pomocnym narzędziem na tym etapie diagnozy funkcjonalnej jest profil kompetencyjny ucznia, pozwalający w wymiarze indywidualnym ocenić skalę progresji/regresji.

3. DIAGNOZA FUNKCJONALNA W EDUKACJI UCZNIÓW ZE ZRÓŻNICOWANYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

Nadrzędnym celem diagnozy funkcjonalnej jest rozwiązywanie problemów istotnych społecznie. W tym ujęciu funkcjonalna diagnoza zachowania może i powinna być wykorzystywana zarówno w odniesieniu do osób z zaburzeniami zachowania, jak i tych funkcjonujących prawidłowo, ale wymagających wsparcia w osiągnięciu swojego potencjału rozwojowego – uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi. Funkcjonalna diagnoza zachowania może być narzędziem oceny zachowania osoby badanej w różnym wieku, począwszy od najmłodszych lat życia, zwłaszcza w aspekcie diagnozy ryzyka niepełnosprawności, szczególnie w kontekście niepełnosprawności intelektualnej, autystycznego spektrum zaburzeń i zaburzeń komunikacji. Wyjątkowo cenne jest stosowanie narzędzi diagnozy funkcjonalnej w ocenie funkcjonowania dzieci ryzyka bez zdiagnozowanej niepełnosprawności, których zachowanie budzi jednak niepokój ich rodziców czy wychowawców. Takie badania dotychczas określane były jako badania poziomu rozwoju psychomotorycznego dziecka czy też badania jego profilu psychoedukacyjnego. W nowym modelu diagnozy funkcjonalnej podstawowych kompetencji dziecka w zakresie rozwoju spostrzegania wzrokowego i słuchowego, motoryki, komunikacji i uwagi, konieczne jest jednak wyjście poza klasycznie rozumiany podział między diagnozą a terapią. W trzyetapowej diagnozie funkcjonalnej zaprojektowanie programu wsparcia, jego bieżący monitoring i ewaluacja oraz ciągle wprowadzanie zmian jest kluczowe dla skutecznego wspomaganie rozwoju osoby objętej programem pomocy psychopedagogicznej (Domagała-Zyśk, Oszwa, Knopik, 2017a).

W okresie szkolnym diagnoza funkcjonalna pozostaje podstawowym narzędziem identyfikacji zasobów i deficytów w sytuacji niepełnosprawności intelektu-

alnej i autyzmu, jednak wskazana jest także w diagnozie rozwoju psychospołecznego i emocjonalnego uczniów bez takich całościowych zaburzeń. Wykonywana jest najczęściej w kontekście diagnozy zaburzeń zachowania i emocji, ryzyka niedostosowania społecznego oraz niedostosowania społecznego (Oszwa, Knopik, Domagała-Zyśk, 2018, w druku), jednak może być dobrym narzędziem diagnostyki także innych specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów, np. ze specyficznymi i niespecyficznymi trudnościami w uczeniu się i/lub niepowodzeniami szkolnymi, z ADHD, chorego przewlekłe, ucznia-uchodźcy czy reemigranta, ucznia znajdującego się w sytuacji traumatycznej lub kryzysowej czy też wychowującego się w trudnych warunkach środowiskowych. Dotychczasowe badania wskazują na częste stosowanie diagnozy funkcjonalnej także w zaburzeniach o charakterze psychiatrycznym, np. zaburzeniach odżywiania, fobii szkolnej czy depresji (Iwata, Beavers, 2013). Ten model diagnozy używany jest także w psychopedagogicznej ocenie zasobów i potrzeb uczniów zdolnych (Knopik, Oszwa, Domagała-Zyśk, 2018, w druku).

Diagnoza funkcjonalna jest istotnym elementem praktyki pedagogicznej opartej na badaniach naukowych (*evidence-based practices in education*), która próbuje zasypać przepaść dzielącą praktykę pedagogiczną od badań naukowych (Mostert, Crockett 1999-2000). Nurt ten, powstały w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku na gruncie nauk medycznych, postuluje konieczność ścisłego związku praktycznych działań diagnostycznych, edukacyjnych i terapeutycznych z wynikami badań naukowych w danym obszarze, co stwarza szanse bardziej efektywnych oddziaływań wychowawczych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych (Cook, Odom, 2013; por. też Hejnicka-Bezwińska, 2015; Palka, 2018).

W ostatnich latach zwraca się szczególną uwagę na warunki, jakie musi spełniać określona procedura czy też praktyka, aby móc być uznaną za opartą na badaniach naukowych. Nie każde bowiem działanie pedagogiczne poparte opisem badań zasługuje na to miano: badania naukowe muszą spełniać najwyższe kryteria poprawności metodologicznej w zakresie procedury badań, liczby osób badanych oraz jakości procesu badawczego, a także jednoznacznie wskazywać, że badane działanie pedagogiczne (metoda, procedura) poprawia funkcjonowanie badanych osób (Cook, Odom, 2013). Jednym z istotnych warunków takich badań naukowych jest ich poprawna adaptacja kulturowa do warunków życia i rozwoju danej osoby (Cook, Odom, 2013; Wang, Lam, 2017) – niewskazane jest przenoszenie wzorców charakterystycznych dla danej kultury do praktyki pedagogicznej w społecznościach funkcjonujących w innej kulturze. Wnioski te mają szczególne znaczenie dla naszego kraju, w którym znaczna część stosowanych

metod diagnostycznych i terapeutycznych powstała w innych krajach i została zaadaptowana do warunków polskich. Konieczna jest szczególna troska o jakość takich adaptacji. Jednocześnie niezbędne jest promowanie prac nad tworzeniem oryginalnych metod diagnozy funkcjonalnej uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, które byłyby osadzone w specyfice społecznej i kulturowej naszego kraju (por. Domagała-Zyśk, Oszwa, Knopik, 2017), co zwiększa ich skuteczność diagnostyczną oraz pozwala na przygotowanie adekwatnych propozycji postdiagnostycznych.

WNIOSKI

Wdrażanie idei inkluzji, rozumianej jako dążenie do możliwie pełnego uczestnictwa uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w życiu szkoły ogólnodostępnej, powinno być wsparte systemowymi działaniami ukierunkowanymi zarówno na wspomaganie zasobów samych uczniów, jak i ich środowiska. Kompleksową propozycją tworzenia przestrzeni edukacyjnej i rozwojowej przyjaznej inkluzji jest diagnoza funkcjonalna, traktowana jako kompleksowy (wieloaspektowy) proces identyfikacji zasobów i trudności podmiotu z uwzględnieniem czynników zewnętrznych, zintegrowany ze wsparciem „szytym na miarę” zdiagnozowanych indywidualnych potrzeb. Warto raz jeszcze podkreślić walory tego podejścia tak, aby przygotować mentalną przestrzeń do implementacji diagnozy funkcjonalnej w praktykę przedszkolną i szkolną (co formalnie już się dzieje w ramach prowadzonych prac legislacyjnych przez MEN):

1. Diagnoza funkcjonalna nie tylko opisuje dane zachowania (najczęściej zachowania trudne), ale funkcję, jaką pełnią one dla ucznia bądź jego rodziców/opiekunów. Poszerza to pole diagnostyczne i możliwości interpretacji, ponieważ każde zachowanie umiejscowione jest w kontekście środowiska życia ucznia i odczytywane jako wynik interakcji zasobów i deficytów ucznia z aktualnym otoczeniem.

2. Diagnoza funkcjonalna pozwala na poznanie zasobów i deficytów ucznia w aspekcie rozwojowym – nie jest jednorazowym wydarzeniem, ale wieloetapowym procesem, z zachodzącymi cyklicznie czynnościami zbierania i reinterpretowania informacji, podejmowania działań postdiagnostycznych, ich monitorowania i ewaluacji, a w świetle analizy płynących z nich wniosków – dalszego poszerzania celów i strategii diagnostycznych.

3. Diagnoza funkcjonalna ma charakter procesualny i prognostyczny – poznanie mocnych stron i deficytów ucznia pozwala na przygotowanie indywidualnego programu działań postdiagnostycznych o charakterze ogólnorozwojowym lub terapeutycznym. Nie jest diagnozą służącą tylko selekcji uczniów czy też charakterystyce stanu ich obecnego funkcjonowania po to, żeby uczeń „miał opinię/orzeczenie”. Analiza funkcjonowania dziecka podejmowana jest zawsze w perspektywie działań rozwojowych i terapeutycznych. Diagnoza i terapia nie są więc pojęciami dychotomicznymi, ale elementami jednego procesu wspierania rozwoju i funkcjonowania dziecka – diagnozy funkcjonalnej.

4. Diagnoza funkcjonalna jest procesem nieinwazyjnym, zazwyczaj odbywa się w naturalnym środowisku funkcjonowania dziecka (w znanej mu szkole, a nie obcym budynku poradni diagnostycznej). Zakłada traktowanie ucznia jako osoby i aktywnie działającego podmiotu z poszanowaniem jego potrzeb i możliwości.

5. Diagnoza funkcjonalna jest diagnozą o charakterze wielospecjalistycznym i kompleksowym. W skład zespołu oceniającego włączeni są – oprócz specjalistów – także rodzice (opiekunowie) dziecka i jego nauczyciele (diagnoza 270 stopni) i rówieśnicy (diagnoza 360 stopni), co umożliwia zebranie wiarygodnych danych o funkcjonowaniu dziecka w naturalnych środowiskach jego życia (dom i szkoła) i skonfrontowanie ich w celu np. identyfikacji optymalnych warunków zewnętrznych do rozwoju.

6. Diagnoza funkcjonalna ma – postulowany w psychologii i pedagogice ostatnich lat (por. np. Byra, 2017) – charakter pozytywny: akcentuje możliwości i zasoby, a nie tylko deficyty, uszkodzenia czy trudności. W ten sposób przypomina diagnostom i terapeutom, że tzw. *efekt negatywności* (Knopik, 2018) polegający na zbytym koncentrowaniu się na trudnościach ucznia, nie tylko usuwa z pola widzenia jego mocne strony, ale także opóźnia sam proces terapii (kompensacja trudności bez osadzenia w mocnych stronach ucznia jest procesem długotrwałym, obniżającym jego motywację, a także ogólny obraz siebie).

Powyższe zalety diagnozy funkcjonalnej sformułowane jako postulaty, będą mogły zostać zrealizowane jednak pod pewnymi warunkami:

1. Ustawiczna praca w obszarze podnoszenia kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych zarówno nauczycieli, jak i specjalistów zatrudnionych w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Poszerzenie pola autonomii wpisane w model diagnozy funkcjonalnej musi iść w parze z bardzo dobrym przygotowaniem merytorycznym w obszarze pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej.

2. Opracowanie jednego spójnego systemu prawnego regulującego proces wspomaganie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi bez sztucznego

(i piętnującego) wydzielania obszaru pomocy psychologiczno-pedagogicznej i obszaru wspierania uczniów z niepełnosprawnościami (na podstawie wydanych orzeczeń).

3. Wzbogacenie warsztatu diagnostycznego nauczycieli i specjalistów z poradni psychologiczno-pedagogicznych o nowe, wystandaryzowane narzędzia umożliwiające rzetelne i trafne badania przesiewowe (w przedszkolu lub w szkole), a następnie pogłębione badania specjalistyczne w poradni psychologiczno-pedagogicznej (uwzględniające nie tylko obszar poznawczy, ale także społeczno-emocjonalny i osobowościowy).

4. Integracja działań pracowników sektora oświaty i służby zdrowia wokół wczesnej diagnozy zaburzeń rozwojowych dzieci.

5. Wdrożenie zasad uniwersalnego projektowania jako obligatoryjnych wymogów przygotowywania podręczników i pomocy dydaktycznych. Takie podejście nie tylko umożliwi uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi korzystanie z estetycznych i profesjonalnie przygotowanych materiałów, ale przede wszystkim pozytywnie wpłynie na autentyczną realizację inkluzji: wszyscy uczniowie korzystają z tego samego podręcznika bez dyskryminujących podziałów w postaci innych kart pracy lub też alternatywnych ćwiczeń.

Można zatem potraktować diagnozę funkcjonalną jako pewien horyzont, który ukierunkowuje zmiany w polskim systemie poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego. I choć metafora ta w swej istocie zawiera klasyczny paradoks: *im bliżej, tym dalej*, to stanowi jednak adekwatny wyraz myślenia o wsparciu uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Każdy bowiem model, choć zweryfikowany w praktyce, ulega dezaktualizacji. Zmieniają się czasy, ludzie, problemy, jedne trudności zanikają, by dać miejsce nowym. Diagnoza funkcjonalna ma w sobie jednak pewien bufor bezpieczeństwa: domaga się od diagnostów i terapeutów ciągłego definiowania tego horyzontu na nowo.

BIBLIOGRAFIA

- BALTES, P., SMITH, J. (2008). The fascination of wisdom: Its nature, ontogeny, and function. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 56–64.
- BYRA, S. (2017). Pozytywne zmiany w percepcji kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Roczniki Pedagogiczne*, 9 (45), 19–41.
- COOK, B.G., COOK, S.C. (2011). Unravelling evidence-based practices in special education. *Journal of Special Education*.
- COOK, B.G., ODOM, S.L. (2013). Evidence-Based Practices and Implementation Science in Special Education. *Exceptional Children*, 79, (2), 135–144.

- DOMAGAŁA-ZYŚK, E., KNOPIK, T., OSZWA, U. (2017a). *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9-13 lat*. Warszawa: ORE.
- DOMAGAŁA-ZYŚK, E., KNOPIK, T., OSZWA, U. (2017b). *TROS-KA. Diagnoza i wspomaganie rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9-13 lat. Podręcznik dla wychowawców i nauczycieli*. Warszawa: ORE.
- GRESHAM, F., QUINN, M. i RESTORI, A. (1999). Methodological issues in functional analysis: Generalizability to other groups. *Behavioral Disorders*, 24, 180-182.
- GRESHAM, F., WATSON, T. i SKINNER, C. (2001). Functional behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions. *School Psychology Review*, 30(2), 156-172.
- HANLEY, G., IWATA, B. i MCCORD, B. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 36, 147-185.
- HEJNICKA-BEZWIŃSKA, T. (2015). *Pedagogika. Podręcznik dla pierwszego stopnia kształcenia na poziomie wyższym*. Warszawa: Difin.
- ICF – Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (2009). Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- IWATA, B. i BEAVERS, G. (2013). Thirty years of research on the functional analysis of problem behaviour. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46, 1-21.
- IWATA, B., DORSEY, M., SLIFER, K., BAUMAN, K. i RICHMAN, G. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 197-209.
- KNOPIK, T. (2018). *Diagnoza funkcjonalna i planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej – działania postdiagnostyczne*. Warszawa: ORE.
- KNOPIK, T., OSZWA, U., DOMAGAŁA-ZYŚK, E. (2018, w druku). Diagnoza kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów zdolnych w środkowym wieku szkolnym z wykorzystaniem baterii TROS-KA – doniesienie z badań. *Ruch Pedagogiczny*.
- KOZIELECKI, J. (2007). *Psychotransgresjonizm. Nowy kierunek psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- MITCHELL, D. (2016). *Sprawdzone metody w edukacji specjalnej i włączającej*. Gdańsk: HARMONIA.
- MOSTERT, M.P., CROCKETT, J.B. (1999-2000) Reclaiming the history of special education for more effective practice. *Exceptionality*, 8(2), 133-143.
- NEISSER, U. (1979). The concept of intelligence. *Intelligence*, 3, 217-227.
- PALKA, S. (2018). *Wiązanie podejść metodologicznych w pedagogice teoretyczno-praktycznej*. Kraków: Impuls.
- OSZWA, U., KNOPIK, T., DOMAGAŁA-ZYŚK, E. (2018, w druku). Zasoby odpornościowe uczniów w środkowym wieku szkolnym a ryzyko niedostosowania społecznego. *Ruch Pedagogiczny*.
- PYTKA, L. (2005). *Pedagogika resocjalizacyjna*. Warszawa: APS.
- SCOTT, T., BUCALOS, A., LIAUPSIN, C., NELSON, C., JOLIVETTE, K. i DESHEA, L. (2004). Using functional behavior assessment in general education settings: Making a case for effectiveness and efficiency. *Behavioral Disorders*, 29(2), 189-201.
- WANG, M., LAM, Y. (2017). Evidence Based Practice in Special Education and Cultural Adaptations: Challenges and Implications for Research. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 42(1), 53-61.

ZNACZENIE DIAGNOZY FUNKCJONALNEJ
W EDUKACJI UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI EDUKACYJNYMI

S t r e s z c z e n i e

Celem artykułu jest zdefiniowane i opisanie diagnozy funkcjonalnej jako modelu udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ze względu na używanie tego terminu w wielu kontekstach naukowych (pedagogika, psychologia, medycyna), a także w obszarze praktyki diagnostyczno-terapeutycznej, trudno jest podać jego spójną eksplikację. Analizowane sposoby aplikowania pojęcia „diagnoza funkcjonalna” wskazują na wybiórcze rozumienie roli i zadań przypisywanych pedagogom, psychologom, nauczycielom i innym specjalistom. Powoduje to, że główny walor diagnozy funkcjonalnej, jakim jest kompleksowość wsparcia, nie jest w wystarczającym stopniu realizowany, co bezpośrednio przekłada się na jakość edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Słowa kluczowe: pedagogika; psychologia; analiza zachowania; diagnoza funkcjonalna; pomoc psychologiczno-pedagogiczna; specjalne potrzeby edukacyjne

THE IMPORTANCE OF FUNCTIONAL DIAGNOSIS
IN EDUCATION OF DISCIPLE WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

S u m m a r y

The aim of the article is to define and describe the functional diagnosis as a model for providing psychological and pedagogical assistance to students with special educational needs (SEN). Due to the use of this term in many scientific contexts (pedagogy, psychology, medicine), as well as in the area of diagnostic and therapeutic practice, it is difficult to give its coherent explanation. The analyzed methods of applying the concept of functional diagnosis indicate a selective understanding of the role and tasks attributed to educators, psychologists, teachers and other specialists. Because of that the main value of the functional diagnosis, namely the complexity of support, is not sufficiently implemented, which directly translates into the quality of education of students with special educational needs.

Key words: pedagogy; psychology; behavior analysis; functional diagnosis; psychological and pedagogical counseling support; special educational needs (SEN)