

Tomasz Knopik

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Institut Psychologii

ORCID: 0000-0001-5253-7545

Urszula Oszwa

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Institut Pedagogiki

ORCID: 0000-0002-0300-909X

Ewa Domagała-Zyśk

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Institut Pedagogiki

ORCID: 0000-0002-2227-7102

Diagnoza funkcjonalna jako standard pomocy psychologiczno-pedagogicznej – od założeń teoretycznych do praktyki diagnostyczno-terapeutycznej

Summary

FUNCTIONAL DIAGNOSIS AS A STANDARD OF PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT
– FROM THEORETICAL ASSUMPTIONS TO DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PRACTICE

The article discusses existing ways of recognising functional diagnosis in theoretical models in the field of psycho-pedagogy. It also examines strategies for the use of these models in diagnostic and therapeutic activities. By systematising the collected information, the authors describe goals, stages and features of functional diagnosis. In addition, they propose a synthetic definition that takes into account contemporary trends in psychological and pedagogical counselling. The article presents an example of application of the functional diagnosis model in the emotional and social spheres, the original psycho-pedagogical diagnostic tool TROS-KA, which was standardised in a group of 1,227 Polish students.

Key words: behavioral analysis, functional diagnosis, psychological and pedagogical support, TROS-KA

red. Paulina Marchlik

Wstęp

W ostatnim czasie pojęcie *diagnoza funkcjonalna* za sprawą wdrażanych zmian w systemie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w Polsce (przejście od modelu medycznego do biopsychospołecznego), zyskało na popularności. Niestety panuje duża dowolność w definiowaniu tego terminu. Przegląd stron internetowych polskich placówek diagnostycznych pozwala na stwierdzenie, że pojęcie diagnoza funkcjonalna używane jest obecnie w rozmaitych znaczeniach: (a) jako synonim *diagnozy* lub *diagnozy opisowej*, (b) jako syntetyczny opis funkcjonowania dziecka, określenie mocnych i słabych stron ucznia, (c) jako proces badania rozwoju psychomotorycznego dziecka czy też jako (d) badanie profilu psychoedukacyjnego ucznia – rozumianego jako charakterystyka jego zachowań w poszczególnych sferach rozwojowych. Daje się więc zauważyć nadużywanie tego terminu, stosowanie go zamiennie z pojęciem *diagnoza psychologiczno-pedagogiczna*, czy też utożsamianie diagnozy funkcjonalnej z ogólną psychopedagogiczną diagnozą funkcjonowania badanej osoby.

Celem artykułu jest usystematyzowanie wiedzy na temat pojęcia, celów i zasad diagnozy funkcjonalnej, a także zaproponowanie modelu diagnostycznego, który może zostać wykorzystany w ramach instytucjonalnej pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Diagnoza funkcjonalna – ustalenia terminologiczne

Pojęcie *diagnoza funkcjonalna* pomimo ugruntowanej tradycji w pedagogice specjalnej, a także w psychologii klinicznej, ma zróżnicowany zakres semantyczny. W diagnostyce psychologiczno-pedagogicznej funkcjonalna ocena/diagnoza zachowania (FBA, *functional behavior assessment*) oraz funkcjonalna analiza zachowania (FA, *functional analysis*) są obecne od lat 60. ubiegłego wieku, a kompleksowy model takiej diagnozy przedstawili Brian Iwata wraz ze współpracownikami (1994). W praktyce i badaniach naukowych odróżnia się funkcjonalną ocenę zachowania (FBA) od funkcjonalnej analizy zachowania (FA), choć czasem te terminy używane są jako synonimy. *Funkcjonalna diagnoza zachowania* (FBA) definiowana jest jako systematyczny proces identyfikacji zachowań problemowych oraz czynników, które pozwalają przewidzieć pojawienie się danego zachowania w dłuższym okresie (Sugai i in. 2000). Taki model diagnozy

określany jest często jako diagnoza ABC – wielowymiarowy sposób opisu zachowania ucznia, uwzględniający informacje o przyczynach danego zachowania trudnego (*antecedants* – A), jego charakterystyce (*behaviour* – B) oraz omówieniu skutków (*consequences* – C, por. Gresham i in. 1999; Asmus i in. 2002). Celem tak prowadzonej diagnozy jest nie tylko statyczny opis struktury jakiegoś zachowania, ale przede wszystkim rozpoznanie funkcji, jaką pełni ono dla podmiotu.

Analiza funkcjonalna (FA) to jeden z elementów funkcjonalnej diagnozy zachowania (FBA). Zakłada ona świadome manipulowanie zmiennymi środowiskowymi w celu określenia, jakie sytuacje wywołują zachowanie problemowe oraz jak można je wykorzystać w celu zmiany zachowań trudnych na zachowanie pożądane (Iwata i in. 1994). Eksperymentowanie ze zmiennymi środowiskowymi wymaga dużej kompetencji od prowadzącego diagnozę funkcjonalną, dlatego opracowywane są liczne procedury, pozwalające na poprawne przeprowadzenie funkcjonalnej analizy zachowania także przez nauczycieli, wychowawców i opiekunów (por. Lewis i in. 2017).

Psychopedagogiczna diagnoza funkcjonalna jako dynamiczny proces analizy rozwoju i zachowań ucznia powinna obejmować charakterystykę wszystkich jego wymiarów, pozostających we wzajemnych zależnościach (Iwata i in. 2000). Ukazanie obszarów funkcjonowania ucznia dokonywane jest przez pryzmat opisu aktualnego stanu i jego specyfiki w zakresie: (a) rozwoju fizycznego (w tym ewentualnych chorób somatycznych) oraz motorycznego (w tym lokomocji i samoobsługi); (b) rozwoju poznawczego (w tym percepcji wzrokowej, słuchowej, pamięci, uczenia się, uwagi, myślenia); (c) rozwoju językowego (w tym mowy, języka i komunikacji); (d) rozwoju społecznego (w tym relacji rodzinnych i rówieśniczych), moralnego i emocjonalnego; (e) rozwoju tożsamości, osobowości, charakteru (Cierpiałkowska 2007).

Opierając się na klasycznych definicjach, jak i nowych ujęciach, autorzy artykułu proponują rozbudowaną eksplikację terminu diagnoza funkcjonalna. **Diagnoza funkcjonalna** jest to zatem 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 (Domagała-Zyśk i in. 2018).

Diagnoza funkcjonalna powinna mieć charakter dynamiczny, co oznacza nie tylko procesualne, wieloetapowe i elastyczne podejście do zdefiniowanego problemu, ale także oparcie jej na najbardziej aktualnych ustaleniach w obszarze badań naukowych. W tym znaczeniu diagnoza funkcjonalna wpisuje się

w nurt *Evidence Based Medicine* (EBM), czyli strategii zdobywania wiedzy opartej na poprawnie metodologicznie przeprowadzonych i zaktualizowanych badaniach naukowych (Paluchowski 2010). EBM funkcjonuje w psychologii od około dwóch dekad jako EBPP – *Evidence-Based Practice in Psychology* (por. Hunsley 2007) i rozumiana jest jako dążąca do ściślejszej formalizacji procedura społecznej kumulacji ocen narzędzi stosowanych zarówno w typowej diagnozie psychometrycznej, jak i w ocenie efektywności przeprowadzonej interwencji – ewaluacja terapii (por. Hunsley, Mash 2005; Paluchowski 2010). Na podstawie zgromadzonych danych możliwe jest uzupełnienie lub zmiana instrukcji danego testu, zakres i sposób dokonywanej interpretacji, wdrożenie ewentualnych modyfikacji samych itemów, czy wreszcie całkowite odrzucenie danego testu jako nieprzydatnego lub wręcz zagrażającego w diagnozie psychologicznej. Podkreśla się konieczność regularnej oceny zasad interpretacji wyników otrzymywanych za pośrednictwem poszczególnych narzędzi wykorzystywanych w diagnozie, gdyż opieranie się na normach pochodzących sprzed kilku lub kilkunastu lat, w dobie tak dynamicznych zmian jest całkowicie nieuprawnione (por. Hunsley, Mash 2005). Przedstawiciele nurtu EBPP uwrażliwiają również na rolę kompetencji samych diagnostów, które, o ile są wystarczające do tego, aby przeprowadzić badania pojedynczymi testami, w wielu przypadkach nie pozwalają jednak na dokonanie wiarygodnej i rzetelnej syntezy na poziomie kilku narzędzi i tym samym kilku obszarów zachowania pacjenta (por. Paluchowski 2007). W takiej sytuacji konieczne jest prowadzenie diagnozy przez kilku specjalistów wsparte przemyślanymi strategiami komunikacyjnymi (te same pojęcia mogą być inaczej rozumiane przez psychologa, pedagoga, lekarza, czy logopedę).

Cele i etapy diagnozy funkcjonalnej

Celem diagnozy funkcjonalnej jest ukazanie ucznia jako osoby niepowtarzalnej, wyjątkowej, na podstawie założenia, że jest on: (a) jednostką aktywną i poszukującą, (b) posiada indywidualne tempo i rytm rozwoju, (c) stanowi element systemu więzi rodzinnych, (d) przynależy do grupy rówieśniczej, z którą jest związany, (e) jest uwikłany w problemy współczesnego świata, które przenikają do jego psychiki za pośrednictwem osób z otoczenia oraz mediów, (f) posiada poczucie własnej godności i potrzebę autonomii (por. Iwata i in. 1994; O'Neill i in. 1997). Uczeń spostrzegany jest jako holistyczny podmiot, którego funkcjonowanie w poszczególnych obszarach jest ściśle ze sobą powiązane.

Podkreślić należy, że diagnoza funkcjonalna, podobnie jak diagnoza kliniczna (Sęk 2005), powinna być diagnozą całościową, tzn. obejmującą diagnozę negatywną (identyfikacja deficytów), jak i pozytywną (rozpoznanie zasobów).

W dalszej kolejności prowadzi to do zaprojektowania strategii oddziaływań interwencyjnych, mających na celu minimalizowanie zachowań problemowych i wzmacnianie zachowań pożądanых (Scott i in. 2008; Hershfeldt i in. 2010). Syntetycznie ujęty cel diagnozy funkcjonalnej ucznia powinien zatem prowadzić do: (a) **rozpoznania** etiologii problemu (R), (b) **opisania objawów** trudnych zachowań (O) oraz (c) udzielenia niezbędnego **wsparcia** uczniowi i jego otoczeniu (W). Wielofazowe postępowanie diagnostyczne podobnie jak w badaniu naukowym obejmuje: (a) postawienie problemu na podstawie wstępnych danych o osobie i jej otoczeniu; (b) sformułowanie hipotez o prawdopodobnym wyjaśnieniu trudności; (c) weryfikację hipotez za pomocą metod diagnostycznych (proces badania); (d) analizę i interpretację wyników (Sęk 2005). Kolejne etapy dotyczą: (e) opracowania rezultatów diagnozy w postaci opisowej (opis trudności i zasobów); (f) określenia przyczyn trudności; (g) wyjaśnienia mechanizmów zaburzenia (patomechanizm); (h) sformułowania kierunków oddziaływań interwencyjnych (Sęk 2001). Ze względu na dynamiczny charakter tego procesu, wskazane jest rewidowanie ustaleń i wprowadzanie zmian w każdej z faz, wskutek bieżących wydarzeń w życiu ucznia i powiązanych z nimi zmianami w rozwoju i zachowaniu.

W dynamicznym procesie rozpoznawania deficytów i zasobów ucznia, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych, wyróżnia się trzy główne fazy (Pytko 2005). Pierwszą z nich jest określenie opóźnień i trudności (tzw. diagnoza konstatacyjna fakty). Obok określenia obszarów deficytowych, diagnoza konstatacyjna powinna obejmować także rozpoznanie mocnych stron badanego. W fazie tej następuje również wskazanie na potencjalne źródła trudności.

Drugi etap obejmuje opracowanie programu działań o charakterze naprawczym, profilaktycznym bądź prorozwojowym, a następnie ustalenie strategii stopniowego wdrażania go w codzienną praktykę szkolną (tzw. diagnoza ukierunkowująca lub projektująca). W tej fazie kluczowa jest współpraca specjalistów z wielu dziedzin: psychologów i pedagogów z poradni, nauczycieli i rodziców.

Trzeci etap to ewaluacja podjętych działań interwencyjnych (tzw. diagnoza weryfikująca). W tym celu proponowane jest dokonywanie ponownego pomiaru funkcji i kompetencji ucznia w trakcie lub po zakończeniu oddziaływań (zgodnie z modelem: test-potest).

Wyróżnione dwie typologie faz diagnozy funkcjonalnej – badawcza i pragmatyczna – są ze sobą powiązane. Ze względu na dynamiczny charakter rozwoju

ucznia, celem diagnozy funkcjonalnej jest ukazanie pełnego i zmieniającego się obrazu jego osoby, a wyróżnione etapy mają jedynie w tym pomóc (Oszwa 2007).

Charakterystyka jakościowa modelu diagnozy funkcjonalnej

Diagnoza funkcjonalna jest procesem dokonywanym przez zespół przedstawicieli różnych grup społecznych, takich jak: nauczyciel, psycholog, pedagog, logopeda, rodzice, rówieśnicy (ocena wspomagająca). Wartością takiego modelu jest jego wielokontekstowość. Wymienione osoby mają z uczniem kontakt o różnym nasileniu i w zróżnicowanych warunkach życiowych, co pozwala na ukazanie jego sylwetki jako wielowymiarowego, aktywnie działającego podmiotu (Sęk 2001). W diagnozie funkcjonalnej akcentuje się fakt uwzględniania danych, pochodzących z wielu źródeł: (a) od samego ucznia (w procesie badania przez różnych specjalistów), (b) od nauczyciela-wychowawcy oraz (c) od rodziców, a także (d) od rówieśników. Powinna ona przebiegać w sposób ciągły w środowisku znanym uczniowi. Oznacza to, że badań i spotkań nie należy ograniczać do jednorazowego kontaktu z obcą osobą, badającą w miejscu mało znanym uczniowi (raczej szkoła niż poradnia).

Psychopedagogiczna diagnoza funkcjonalna powinna mieć charakter pozytywny. Przejawia się to w: (a) akcentowaniu potencjału ucznia, (b) identyfikacji obszarów do rozwoju, (c) rozpoznawaniu mocnych jego stron. Służyć ma to z jednej strony wsparciu w określeniu kluczowych kierunków samorealizacji podmiotu, z drugiej stanowi punkt wyjścia do budowania strategii terapeutycznej, której efektywność uzależniona jest od powiązania poszczególnych działań z obszarami angażującymi ucznia.

Specyfiką dynamicznej diagnozy funkcjonalnej ucznia jest jej kompleksowość, polegająca na uwzględnianiu całokształtu jego zachowań i obszarów funkcjonowania, wraz z ukazywaniem związków między nimi.

Profilowy charakter diagnozy funkcjonalnej ucznia ujawnia się w stosowaniu narzędzi pomiaru, umożliwiających przedstawienie poziomu rozwoju diagnozowanych kompetencji, umiejętności i funkcji. Dzięki możliwości prezentacji wymiarów ucznia w formie profilu, możliwe jest dokonywanie analizy dynamiki zmian poszczególnych obszarów w wymiarze jednostkowym. Profile mogą być sporządzane w postaci wykresów na różnych etapach pracy z uczniem i porównywane ze sobą, co daje możliwość monitorowania deficytów i zasobów oraz ewaluacji skuteczności podejmowanych oddziaływań. Profil ocenianych

kompetencji, ujawniany przez badanego ucznia powinien stanowić drogowskaz postępowania dla nauczyciela i pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych do pracy wspomagająco-interwencyjnej z wykorzystaniem materiałów podiagnostycznych, ukierunkowanych na wspomaganie obszarów ryzyka oraz rozwijanie zasobów ucznia w indywidualnym kontakcie z nim, a także w ramach zajęć grupowych (Domagała-Zyśk i in. 2017).

Integralną częścią diagnozy funkcjonalnej jest wyznaczenie kierunków interwencji w postaci opracowania programu terapeutycznego. Prewencja pierwotna obejmuje starania, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń w grupie ryzyka, np. zagrożenia niedostosowaniem społecznym (por. Oszwa i in. 2017). Prewencja wtórna, drugiego stopnia, może być zastosowana wówczas, gdy zostaną rozpoznane wczesne symptomy zaburzeń. Ma ona na celu powstrzymanie dalszego ich rozwoju oraz pogłębiania się objawów. Ten rodzaj profilaktyki można realizować z zastosowaniem metod terapeutycznych. Prewencja trzeciego stopnia ma na celu minimalizowanie wtórnych konsekwencji rozpoznanego zaburzenia i zapobieganie pojawianiu się objawów towarzyszących (Gaś 1993).

Rozwojowy charakter diagnozy funkcjonalnej ucznia ukierunkowany jest na redukcję wskaźników zachowań niepożądanych, a także wspieranie warunków, sprzyjających rozwojowi umiejętności stosowania strategii przezwyciężania trudności (zgodnie z koncepcjami rezyliencji).

Ze względu na fakt, że rezultat diagnozy w postaci dokonanego rozpoznania deficytów i zasobów, pozwala prognozować osiągnięcia uczniów – jest ona diagnozą prognostyczną.

W jakościowej charakterystyce tego procesu podkreślenia wymaga także jego nieinwazyjność. Polega ona na traktowaniu ucznia jako osoby i aktywnie działającego podmiotu z poszanowaniem jego potrzeb, ograniczeń i wyjątkowości. Ponadto powinna się ona odbywać w najbardziej naturalnym środowisku ucznia, również ze względu na możliwość pozyskania danych o wysokiej wiarygodności, pozbawionej sytuacyjnych artefaktów.

Diagnoza funkcjonalna kompetencji emocjonalno-społecznych z wykorzystaniem pakietu TROS-KA

W diagnozie funkcjonalnej, dążącej do możliwie pełnego opisu czynności i zachowań podmiotu nie jest dopuszczalna niewspółmierność paradygmatów,

którą za Thomasem Kuhnem (2002) można określić jako brak korespondencji między kolejnymi teoriami wyjaśniającymi rzeczywistość psychofizyczną podmiotu i prognozującymi przyszłość. Oznacza to, że każde narzędzie diagnostyczne osadzone jest w teorii szczegółowej, ale również zawiera w sobie pewien potencjał emancypacyjny, pozwalający na wykorzystanie go przy uzupełnieniu opisu funkcjonowania innego obszaru. Dobrze oddaje tę myśl metafora puzzli, które czasem do siebie pasują kształtem, nie tworząc jednak żadnego spójnego obrazka. Bywa, że dopasowanie elementów układanki jest pozorne, a co więcej: elementy mogą pochodzić z zupełnie innych zestawów. Oznacza to, że poszerzanie diagnozy psychometrycznej o kolejne badania nie może być sztucznym patchworkiem, gdyż wówczas podmiot diagnozy staje się ofiarą tzw. testowania, bez przełożenia uzyskanych wyników na spójny i kompleksowy opis jego zachowania.

Idea współmierności paradygmatów diagnostycznych stała u źródeł modelu TROS-KA. Choć w założeniu dotyczy on obszaru emocjonalno-społecznego (aspekt strukturalny), znaczenie diagnozowanych kompetencji odnosi się jednak do całości działań podejmowanych przez podmiot (aspekt funkcjonalny). W podejściu autorów tego modelu identyfikowane zasoby mają charakter transferowalny, tzn. wykorzystywane są w różnych kontekstach, stanowiąc bazę czynności rozumianych zgodnie z ideą Tadeusza Tomaszewskiego jako aktywności nakierowane na cel (Domagała-Zyśk i in. 2017).

Koncepcją, która stworzyła ramy teoretyczne dla baterii testów TROS-KA było ujęcie rozwoju psychospołecznego jako procesu radzenia sobie z konfliktami, autorstwa Erika Eriksona (1997, 2004). Grupą wiekową, do której skierowano te narzędzia, są uczniowie w wieku 9–13 lat (środkowy wiek szkolny), stąd jako szczególnie istotne uznano poczucie kompetencji, będące efektem poradzenia sobie z kryzysem w tym okresie rozwojowym. Odnosząc się do teorii inteligencji, sprzyjającej powodzeniu życiowemu Roberta Sternberga (2003), zoperacjonalizowano poczucie kompetencji za pomocą pięciu wymiarów:

- a) radzenie sobie z trudnościami – T;
- b) relacje społeczne – R;
- c) obraz siebie – O;
- d) poczucie sprawczości – S;
- e) kontrola afektu – KA.

Szczegółowa charakterystyka poszczególnych wielkości została zamieszczona w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka wymiarów TROS-KA (Domagała-Zyśk i in. 2017)

Wymiar	Zmienne
T – radzenie sobie z trudnościami	<ul style="list-style-type: none"> • stosowanie strategii zaradczych • uczenie się na podstawie doświadczenia • stawianie sobie wyzwań w odpowiedzi na doświadczane trudności
R – relacje społeczne	<ul style="list-style-type: none"> • zakres i jakość relacji • rozumienie i kontrola emocji • współpraca z innymi
O – obraz siebie	<ul style="list-style-type: none"> • samowiedza (zdolności, zainteresowania, mocne/słabe strony) • samoocena – emocjonalny stosunek do własnej osoby
S – poczucie sprawczości	<ul style="list-style-type: none"> • motywacja wewnętrzna • przekonanie o wewnętrznej lokalizacji kontroli
KA – kontrola afektu	<ul style="list-style-type: none"> • ogół kompetencji emocjonalno-społecznych, regulujących relacje podmiotu z otoczeniem – skala przesiewowa utworzona z najmocniejszych twierdzeń TROS

Funkcjonalność wymiarów TROS-KA ma podwójne znaczenie: 1. bateria testów została zaprojektowana w modelu diagnozy funkcjonalnej z uwzględnieniem jej etapów i celów; 2. dotyczy ona podstawowego znaczenia opisywanych kompetencji w zmaganiu się podmiotu z problemem (czyli funkcjonowaniu właśnie).

Zatem zanim diagnosta odpowie na pytanie, dotyczące np. efektywności procesów poznawczych poprzez ocenę wyników uzyskanych w teście inteligencji, powinien zastanowić się, jaki jest poziom kompetencji radzenia sobie badanej osoby z trudnościami. Może bowiem okazać się, że dana sytuacja diagnostyczna i uzyskane w niej informacje są w większym stopniu reprezentatywne dla działań unikowych i słabo wypracowanych strategii zaradczych niż dla operacji *stricte* poznawczych. W tym ujęciu badanie wybranym testem TROS-KA dopełnia diagnozę inteligencji, gdyż pozwala ocenić stopień rozwinięcia zasobów emocjonalno-społecznych, niezbędnych do zmierzenia się z jakimkolwiek problemem (w tym również problemem ujętym w teście).

Możliwości wykorzystania poszczególnych elementów pakietu TROS-KA w diagnozie funkcjonalnej zaprezentowano w ujęciu chronologicznym, zgodnie

z jej kolejnymi etapami: (a) diagnoza konstatająca fakty, (b) diagnoza ukierunkowująca (projektująca), (c) diagnoza weryfikująca (zob. tabela 2).

Tabela 2. Zawartość pakietu TROS-KA (Domagała-Zyśk i in. 2017)

Etap diagnozy	Elementy pakietu możliwe do wykorzystania	Funkcja wskazanego elementu
konstatająca fakty	Skala T	Ocena kompetencji radzenia sobie z trudnościami; skala 18-itemowa, czas badania: 25–30 min.
	Skala R	Ocena zakresu i jakości relacji społecznych; skala 18-itemowa, czas badania: 25–30 min.
	Skala O	Identyfikacja obrazu siebie badanego (samowiedza i samoocena); skala 20-itemowa, czas badania: 25–30 min.
	Skala S	Specjalistyczna ocena poczucia sprawczości; skala 20-itemowa, czas badania: ok. 25–30 min.
	Skala KA	Badanie przesiewowe przeprowadzane przez wychowawcę, pedagoga/psychologa szkolnego służące rozpoznaniu potrzeb uczniów; skala ta może być wykorzystana w modelu oceny 270 stopni (ten sam materiał ocenia uczeń, rodzic i wychowawca, a uzyskane wyniki są konfrontowane celem identyfikacji rozbieżności).
	Skala PREiS – wersja papierowa	Skala obserwacyjna zbudowana ze 100 twierdzeń odnoszących się do 14 kluczowych aspektów kompetencji emocjonalno-społecznych wyodrębnionych w modelu TROS-KA. Skala wypełniana jest przez nauczyciela po skonsultowaniu niektórych twierdzeń z rodzicami/opiekunami ucznia. Efektem jest aktualny profil rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych ucznia.
projektująca	Scenariusze zajęć	Scenariusze zajęć zebrane w formie czterech poradników multimedialnych odnoszą się do pięciu diagnozowanych obszarów: TROS-KA. Zawierają propozycje sytuacji dydaktycznych oraz gier i zabaw możliwych do wykorzystania w procesie rozwijania kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów z dodatkowymi wskazówkami w zakresie modyfikacji w przypadku specjalnych potrzeb edukacyjnych.

weryfikująca	Skala KA – postest	Pomiar kompetencji emocjonalno-społecznych po upływie 8–12 m-cy od pierwszego badania.
	Skala PREiS	Prowadzenie regularnej obserwacji pozwala na opracowanie co 8–12 m-cy aktualnego profilu rozwoju kompetencji emocjonalno-społecznych uczniów. Profil ukierunkowuje działania terapeutyczne i rozwojowe.

Warto zwrócić uwagę, że każdy z omawianych elementów pakietu został opracowany zgodnie z założeniami uniwersalnego projektowania i może zostać poddany (zgodnie z zamieszczonymi przez autorów wskazówkami), odpowiednim modyfikacjom, ułatwiającym wykorzystanie go w pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Kluczowym założeniem modelu TROS-KA, wpisującym się w ideę diagnozy funkcjonalnej, było stworzenie testów, które częściowo przynajmniej rezygnują z samoopisu badanych – ze względu na mały wgląd w siebie w tym wieku – raczej nietrafnego, na rzecz opracowania próbek zachowań, hipotetycznie mających szansę stać się udziałem wszystkich potencjalnych badanych (zakazanie w codziennej pragmatyce życiowej – funkcjonalność). Podkreślenia wymaga fakt, że omawiane narzędzia ukierunkowane są również na pogłębioną analizę funkcji środowiska poprzez subiektywną ocenę roli otoczenia, dokonywaną przez samego badanego ucznia, jak i bezpośrednie zaangażowanie w badanie przedstawicieli otoczenia (nauczycieli, rodziców).

Zakończenie

Celem artykułu było opisanie diagnozy funkcjonalnej jako potencjalnego modelu pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Wartość aplikacyjną tego modelu poddano analizie na przykładzie pakietu TROS-KA, który umożliwia:

- badanie funkcji kompetencji emocjonalno-społecznych, a nie tylko samej struktury procesów;
- identyfikację zasobów i deficytów;
- dostarczenie narzędzi możliwych do wykorzystania w całym procesie diagnozy z opisem sugerowanych modyfikacji w przypadku pracy z uczniami ze specjalnymi (zróżnicowanymi) potrzebami edukacyjnymi;
- ocenę roli środowiska w aktualnym poziomie rozwoju badanych kompetencji;

- uwzględnienie opinii otoczenia w ocenie kompetencji badanego (model oceny 270 stopni).

Zaprezentowany model operacjonalizuje założenia teoretyczne diagnozy funkcjonalnej i może stanowić inspirację do prowadzenia dalszych prac nad jej wykorzystaniem na rozmaitych polach działalności diagnostyczno-terapeutycznej.

Bibliografia

- Asmus J., Vollmer T., Borrero J. 2002. *Functional behavioral assessment: A school based model*, „Education and Treatment of Children”, nr 25 (1), s. 67–90.
- Cierpiałkowska L. 2007. *Psychopatologia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Cooper J., Heron T., Heward W. 2007. *Applied behaviour analysis*, Pearson Education, New Jersey.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Osza U. 2017. *Diagnoza funkcjonalna rozwoju społeczno-emocjonalnego uczniów w wieku 9–13 lat*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Osza U. 2018. *Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, „Roczniki Pedagogiczne” nr 10 (46), s. 77–88.
- Erikson E. 1997. *Dzieciństwo i społeczeństwo*, tłum. P. Hejmej, Rebis, Poznań.
- Erikson E. 2004. *Tożsamość a cykl życia*, tłum. M. Żywicki, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Gaś Z. 1993. *Profilaktyka uzależnień*, WSiP, Warszawa.
- Gresham F., Quinn M., Restori A. 1999. *Methodological issues in functional analysis: Generalizability to other groups*, „Behavioral Disorders”, nr 24, s. 180–182.
- Hershfeldt P., Rosenberg M., Bradshaw C. 2010. *Function-based thinking: A systematic way of thinking about function and its role in changing student behavior problems*, „Beyond Behavior”, nr 1, s. 12–21.
- Hunsley J. 2007. *Training psychologists for evidence-based practice*, „Canadian Psychology”, nr 48 (1), s. 32–42.
- Hunsley J., Mash E. 2005. *Introduction to the special section on developing guidelines for the Evidence-Based Assessment (EBA) of adult disorders*, „Psychological Assessment”, nr 17 (3), s. 251–255.
- Iwata B., Pace G., Dorsey M., Zarcone J., Vollmer T., Smith R., Rodgers T. 1994. *The functions of self-injurious behavior: An experimental-epidemiological analysis*, „Journal of Applied Behaviour Analysis”, nr 27, s. 215–240.
- Iwata B., Wallace M., Kahng S., Lindberg J., Roscoe E., Connors J., Hanley G., Thompson R., Worsdell A. 2000. *Skill acquisition in the implementation of functional analysis methodology*, „Journal of Applied Behavior”, nr 33 (2), s. 181–194.
- Kuhn T. 2002. *Struktura rewolucji naukowych*, Aletheia, Warszawa.
- Lewis T., Hatton H., Jorgenson C., Maynar D. 2017. *What beginning special educators need to know about conducting functional behavioral assessments*, „Teaching Exceptional Children”, nr 49 (4), s. 231–238.

- O'Neill R., Albin R., Storey K., Horner R., Sprague J. 1997. *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook*, Brooks/Cole Publishing Company.
- Oszwa U. 2007. *Dziecko z zaburzeniami rozwoju i zachowania w klasie szkolnej. Vadecum nauczycieli i rodziców*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Oszwa U., Domagała-Zyśk E., Knopik T. 2017. *Zasoby odpornościowe uczniów w środkowym wieku szkolnym a ryzyko niedostosowania społecznego*, „Ruch Pedagogiczny”, nr 1, s. 91–104.
- Paluchowski J. 2010. *Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”?*, „Roczniki Psychologiczne”, nr 12 (2), s. 7–27.
- Paluchowski J. 2007. *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Wydawnictwa Profesjonalne i Akademickie, Warszawa.
- Pytka L. 2005. *Pedagogika resocjalizacyjna*, APS, Warszawa.
- Scott T., Anderson C., Spaulding S. 2008. *Strategies for developing and carrying out functional assessment and behavior intervention planning*, „Preventing School Failure”, nr 52 (3), s. 39–50.
- Sęk H. 2001. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Sęk H., red. 2005. *Psychologia kliniczna*, t. 1 i 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Sternberg R. 2003. *Wisdom, intelligence, and creativity synthesized*, Cambridge University Press, New York.
- Sugai G., Horner R., Dunlap G., Hieneman M., Lewis T., Nelson C., Ruff M. 2000. *Applying positive behavior support and functional behavioral assessment in schools*, „Journal of Positive Behavior Interventions”, nr 2, s. 131–143.