

Tomasz Fetzki
Zespół Szkół Specjalnych
im. Marii Grzegorzewskiej w Żarach
ŁWSH w Żarach

Diagnoza jako podstawa udanej terapii

Wstęp – początki diagnozy jako elementu terapii

Teza głosząca, że bez dobrego rozpoznania problemu nie można opracować skutecznych sposobów jego rozwiązania, jest truizmem i nikogo nie trzeba przekonywać do jej prawdziwości. Gdy to ogólne stwierdzenie zastosujemy do konkretnego problemu, jakim jest niepełnosprawność dziecka, przybierze ono następującą formę: „**Bez postawienia prawidłowej diagnozy nie istnieje możliwość osiągnięcia sukcesu w terapii**”. W tym kontekście istotne jest zarówno sporządzenie trafnej **diagnozy różnicowej** (czyli określenia typu i natężenia niepełnosprawności), jak i przeprowadzenie pogłębionej **diagnozy funkcjonalnej**, dającej wszechstronną wiedzę dotyczącą poziomu i charakterystyki funkcjonowania dziecka w poszczególnych sferach rozwojowych oraz w zakresie poszczególnych funkcji i umiejętności.

Na przestrzeni wielu wieków rozwoju pedagogiki problem diagnozy jako elementu procesu edukacyjnego nie istniał. **Punktem wyjścia nie było dziecko, tylko program nauczania**. Uczeń musiał się po prostu dostosować do oczekiwań nauczyciela. Jeśli tego nie czynił, był traktowany jako jednostka leniwa i aspołeczna, a co za tym idzie, często wypadał poza ramy systemu edukacji. Nie dopuszczano ewentualności, że jego problemy mogą być wynikiem zaburzeń rozwoju.

Sytuacja zaczęła się zmieniać na przełomie XVIII i XIX wieku, czyli w okresie, gdy **rodziła się pedagogika specjalna**. W obliczu niepełnosprawności – uszkodzenia słuchu czy wzroku lub upośledzenia umysłowego – stare, sprawdzone metody i formy pracy z dzieckiem zawodziły, okazywały się całkowicie nieskuteczne. **Trzeba było proces edukacji rozpocząć od dziecka, opierając się na jego możliwościach i respektując jego ograniczenia**. Aby zaś poznać te możliwości i ograniczenia, należało dziecko **zdiagnozować**.

W pełni świadomy tej konieczności był jeden z twórców pedagogiki osób niepełnosprawnych intelektualnie, **Edouard Séguin** (1812 – 1880). Stworzył on metodę pracy, którą określił jako **metoda fizjologiczna**. W największym skrócie można ją opisać jako proces terapeutyczny bazujący na **fizjologii**, czyli **funkcjonowaniu** poszczególnych organów, narządów, czynności i sprawności. Séguin wychodził z założenia, że pracę nad poszczególnymi sferami rozwojowymi (percepcją, motoryką, myśleniem, socjalizacją itp.) należy rozpocząć w tym punkcie, w którym zatrzymała się natura. Uważał, że **należy dostosować wymagania, metody i formy pracy do poziomu, na jakim znajduje się dziecko, czy też do stanu fizjologicznego, jaki prezentuje**. W takim ujęciu oczywistą stawała się konieczność precyzyjnego określenia tego poziomu i stanu.

Dlatego też Edouard Séguin skonstruował w roku 1846 formularz obserwacyjny, służący do szczegółowego opisu stanu rozwojowego dziecka. Dokumentowi temu nadał nazwę **Cadre monographique de l'Idiotie (Opis monograficzny upośledzenia)**¹. Można go uznać za jedno z pierwszych narzędzi diagnostycznych w dziejach pedagogiki.

Warto przyjrzeć się bliżej **Cadre monographique** (patrz **Aneks 1**). Podczas lektury zwraca uwagę przede wszystkim zakres badanych funkcji. Jest on bardzo szeroki i, o ile badanie przeprowadzone zostało w sposób prawidłowy, daje nam całościowy obraz funkcjonowania niepełnosprawnego dziecka. Stanowi to niewątpliwie mocną stroną formularza. Opisywane sfery rozwoju są do tego stopnia różnorodne, że rodzi to pytanie: czy jedna osoba jest w stanie adekwatnie zdiagnozować każdą z nich? Czy w procesie diagnozowania nie byłby wskazany udział specjalistów reprezentujących różne dziedziny? Jest to pytanie zasadne i wrócimy jeszcze do tego zagadnienia.

Z kolei oczywistym brakiem **Cadre monographique** jest ogólnikowość i brak precyzyjnych wskazówek odnośnie sposobu opisywania poszczególnych sfer. Nie daje on również możliwości umieszczenia poziomu rozwoju każdej z funkcji na skali porównawczej. Te braki musiały być wyeliminowane. Różnorodni pedagodzy, psychologowie i lekarze konstruowali stopniowo coraz doskonalsze narzędzia diagnozy.

Największą popularność zdobyła pierwsza skala inteligencji, zwana **skalą Bineta – Simona**, która ogłoszona została w roku 1905. Przedstawiała ona rozwój poszczególnych sfer, sytuując je na skali **wieku rozwojowego**, który, zestawiony z **wiekem rzeczywistym** dziecka, dawał wynik w postaci **ilorazu inteligencji**. Było to podstawą prowadzenia racjonalnej selekcji szkolnej dzieci zdrowych i niepełnosprawnych.

Owidiusz Decroly cenił i stosował skalę Bineta – Simona. Jako ciekawostkę (a przy tym ważną wskazówkę dla naszych rozważań) można przytoczyć fakt, że zdrowe dzieci badane przez Decroly'ego tym narzędziem diagnostycznym, osiągały poszczególne umiejętności około pół roku wcześniej, niż przewidywał to Binet. Okazało się, że źródło rozbieżności nie tkwi w błędnej metodologii zastosowanej przez Bineta, tylko w różnicach społecznych obu badanych grup. Binet standaryzował skalę, opierając się na poziomie rozwoju typowym dla dzieci biednych i niewykształconych paryskich robotników, zaś Decroly pracował głównie z dziećmi zamożnej i ambitnej brukselskiej burżuazji. Dostrzeżono, że **warunki środowiskowe**, w jakich dorasta dziecko, mają wpływ na jego rozwój. Zdano sobie sprawę, że ten czynnik powinien być również w diagnozie uwzględniony, że nie można zaufać jedynie „bezdusznym” skalom i formularzom. Jest to wskazówka aktualna także dla nas.

Maria Grzegorzewska a problematyka diagnozy

Maria Grzegorzewska, będąc uczennicą Owidiusza Decroly'ego, przejęła od swego Mistrza przekonanie o konieczności stosowania diagnozy w pedagogice specjalnej. Dzieliła też z nim aprobatę dla skali Bineta – Simona. O tym, jak ważną rolę przyznawała diagnozie, może

¹ E. Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots (1846)*, Paris 1997, s. 157 – 161.

zaświadczyć fakt, że w **dwóch pierwszych** numerach kwartalnika **Szkoła Specjalna** zamieściła obszerny, dwuczęściowy artykuł zatytułowany **Iloraz inteligencji w skali Binet'a i jego znaczenie diagnostyczne (Przegląd sprawozdawczo – krytyczny)**. W publikacji tej szczegółowo analizuje konstrukcję skali i jej przydatność. Ocenia ją bardzo pozytywnie, jednak nie bezkrytycznie:

„Skala Binet'a ma jednak właściwe sobie granice i dlatego nie może wystarczyć do postawienia zupełnej diagnozy anormalności. Testy te są uważane powszechnie za typowe rozwojowe testy inteligencji, gdyż dają możliwość oceny opartej na normalności, przyspieszeniu lub opóźnieniu. Nie mierzą jednak całej inteligencji. (...) Istotnie testy te nic nie mówią o rozwoju poszczególnych czynności psychicznych ani o różnicy w uzdolnieniach, jaka się może przejawiać między osobnikami. (...) Wykazują one tylko różnice ilościowe. Otóż inteligencja anormalnych, jest nie tylko inteligencją młodszego wieku, lecz jest także inteligencją jakościowo różną i te różnice nie dadzą się ująć skalą Binet'a. Stopień społecznej nieprzystosowalności pozostaje tu również niezbadany. Uwagi powyższe nie osłabiają wartości skali Binet'a. Dzięki uwzględnieniu I. I. [ilorazu inteligencji] okazała się ona, zwłaszcza w zastosowaniu do dzieci młodszych, niepospolitem narzędziem w rękach psychologa i nauczyciela. Jednakże gdy chodzi o systematyczne poznanie inteligencji i o całkowitą diagnozę nie można się ograniczyć do tych testów, lecz należy dopełnić badania innymi metodami. (...) Diagnoza musi być nadto oparta na metodzie lekarskiej i na metodzie pedagogicznej. Ta ostatnia bada zachowanie się dziecka, jego postępy; dzięki obserwacji pedagogicznej śledzi za różnymi jego przejawami umysłowymi, uczuciowymi, społecznymi, za jego stopniem przystosowalności do nowych warunków życia i pracy. Ma wartość niezastąpioną w diagnozie anormalności”².

W późniejszych latach Grzegorzewska wracała do tematu diagnozy:

„W rozwoju swoim opieka nad dzieckiem zmierza do pogłębienia poznania danego dziecka, ażeby w opiece wychowawczej nad nim, w jego rewalidacji społecznej, racjonalnie odpowiedzieć na jego potrzeby. W tym kierunku powstają nowe formy pracy i nowe jej metody lub doskonalą się dawne. Na czele ich należy postawić ośrodki obserwacyjne różnego rodzaju i najpełniej rozwinięte wśród nich ośrodki medyko – socjo – psycho – pedagogiczne z pracą ekip (...). Ich celem jest wypracowanie takiej wiedzy o jednostce, która pozwoli wyjaśnić jej potrzeby rozwojowe i zastosować odpowiednie metody wychowania, wprowadzając ją do twórczego życia społecznego. Jest to wzajemnie uzależnione współdziałanie wszystkich członków ekipy, a więc lekarza, socjologa, psychologa i pedagoga oparte na pracy caseworku, a więc na wyzwaniu dynamizmu jednostki w jej pragnieniu osiągnięcia celu”³.

Powyższe opinie Marii Grzegorzewskiej dowodzą, że była ona, zarówno w diagnozie, jak i w terapii, **zwolenniczką pracy zespołowej**.

² M. Grzegorzewska, *Iloraz inteligencji w skali Binet'a i jego znaczenie diagnostyczne (Przegląd sprawozdawczo – krytyczny)*, „Szkoła Specjalna” 1925 nr 2, s. 91 – 92 (zachowano pisownię oryginalną).

³ M. Grzegorzewska, *Dążenia rozwojowe i zagadnienia niepokojące w pedagogice specjalnej krajów języka francuskiego na zachodzie*, [w:] *Wybór pism*, Warszawa 1964, s. 336.

Diagnoza we współczesnej pedagogice

Poglądy Marii Grzegorzewskiej dotyczące diagnozy doczekały się we współczesnej pedagogice potwierdzenia i rozwinięcia.

Janina Doroszevska stwierdza:

„Zapoczątkowaniem działalności pedagoga specjalnego musi być możliwie pełne zebranie diagnoz poszczególnych specjalistów pozapedagogicznych (lekarzy poszczególnych działów medycyny – zależnie od rodzaju uszkodzenia danego pacjenta – np. neurologa, otolaryngologa, ortopedy oraz lekarza ogólnego zbierającego te poszczególne dane, psychologa ogólnego i klinicznego, socjologa lub asystenta społecznego oraz specjalisty od różnych technik pedagogicznych – wychowania ogólnego, nauczania, instruktorów fizycznych itd.). Ważne jest również zebranie dotychczasowych diagnoz lub wiadomości o danej jednostce, gdzie dotąd pacjent przebywał, uczeń szkoły normalnej czy specjalnej, gdzie dotąd się uczył itd. (...) Diagnoza musi obejmować swym badaniem konkretną jednostkę w jej konkretnej sytuacji, musi ona być tworzona pod kątem widzenia aktualnej potrzeby działalności naprawczej (...) <<tutaj i teraz>>”⁴.

Inspiracje Marii Grzegorzewskiej i późniejszych pedagogów były trafne. Wciąż obowiązują. Dowodem na to mogą być choćby **najnowsze zalecenia Ministerstwa Edukacji Narodowej**:

„Aby rozpoznanie sił i ograniczeń dziecka było możliwe, konieczne jest zgromadzenie o nim rzetelnej wiedzy, z wykorzystaniem różnych źródeł:

- *informacji i zaleceń zawartych w opinii/orzeczeniu – właściwe rozumienie zaleceń jest podstawą do prawidłowego organizowania procesu dydaktycznego;*
- *informacji przekazywanych przez rodziców – oni mają najpełniejszą wiedzę dotyczącą rozwoju dziecka (od okresu płodowego zaczynając, poprzez narodziny, proces ewentualnego leczenia czy rehabilitacji, znają przebieg jego rozwoju i funkcjonowania, możliwości, to co lubi a czego nie lubi, sposoby reagowania w różnych sytuacjach, itp.), potrzebnego oprotelowania, używanego sprzętu specjalistycznego oraz udogodnień potrzebnych w codziennym życiu;*
- *informacji specjalistów – cenna może być wiedza pochodząca zarówno od psychologa, pedagoga, w tym pedagoga specjalnego, logopedy, lekarza (...), rehabilitanta, itp.”⁵.*

Podsumowanie

Dobra diagnoza jest podstawą udanej terapii. Dobra diagnoza musi być **wszechstronna i dogłębna** – zdawał sobie z tego sprawę już Edouard Séguin. Wraz z rozwojem pedagogiki stało się jasne, że jest to zadanie przekraczające możliwości jednego człowieka. Dobrą diagnozę może postawić jedynie **zespół specjalistów** różnych dziedzin. Była tego świadoma Maria Grzegorzewska, wiedzą o tym także współcześni pedagodzy. **Idea TEAM – u, stanowiąca jedną z podstaw nowoczesnej pedagogiki nie tylko specjalnej, posiada, jak się okazuje, długą tradycję.**

Na koniec przyjrzyjmy się bliżej jeszcze jednemu aspektowi sporządzania trafnej diagnozy. Jak zaznaczono powyżej, Janina Doroszevska postulowała, aby diagnoza uwzględniała **aktualne**

⁴ J. Doroszevska, *Diagnoza w pracy pedagoga specjalnego*, „Szkoła Specjalna” 1984, nr 2, s. 158 – 159.

⁵ www.konferencje.men.gov.pl

uwarunkowania i potrzeby. Doświadczenia wielu terapeutów, w tym również zatrudnionych w naszej Placówce dowodzą, że wskazane jest, aby pedagodzy pracujący z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych nie poprzestawali na gotowych formularzach diagnostycznych, które czasem mają niewielką wartość dla ich konkretnej sytuacji, dla ich „**tutaj i teraz**”. Liczne placówki szkolnictwa specjalnego opracowały własne narzędzia diagnozy, pozwalające trafniej i efektywniej zaplanować oddziaływania terapeutyczne. **Zespół Szkół Specjalnych im. Marii Grzegorzewskiej w Żarach również dopracował się takich dokumentów.** Nic nie stoi na przeszkodzie, aby podobne formularze pojawiły się w każdej szkole czy przedszkolu. Zależy to tylko od **kreatywności i odwagi personelu.**

Pedagog specjalny nie ma zresztą wyboru. **Kreatywność i odwaga są w pracy z dzieckiem niepełnosprawnym niezbędne.** To nie luksus. To standard.

Bibliografia:

Doroszevska J., *Diagnoza w pracy pedagoga specjalnego*, „Szkola Specjalna” 1984, nr 2.

Grzegorzewska M., *Iloraz inteligencji w skali Binet’a i jego znaczenie diagnostyczne (Przegląd sprawozdawczo – krytyczny)*, „Szkola Specjalna” 1925, nr 2.

M. Grzegorzewska, *Wybór pism*, PWN, Warszawa 1964.

E. Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots (1846)*, Comité d'histoire de la Sécurité sociale, Paris 1997.

www.konferencje.men.gov.pl (dostęp 01.05.2010r.).