BARBARA OSTAFIŃSKA-MOLIK¹

JOANNA OLSZEWSKA-GNIADEK²

Dzieci migrantów w polskim systemie edukacji. Problemy w diagnozowaniu i organizowaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej

Streszczenie

Niniejszy artykuł zwraca uwagę na trudności w zakresie funkcjonowania w roli ucznia i rówieśnika dzieci *innych kulturowo* (migrantów), które po przyjeździe do Polski muszą odnaleźć się w nowej rzeczywistości edukacyjnej i społecznej. Szczególnej analizie poddane będą tu dzieci napływowe (innej narodowości), które borykają się przede wszystkim z deficytami kompetencji językowych, a co za tym idzie, problemami adaptacyjnymi i edukacyjnymi. System oświaty coraz częściej musi mierzyć się z nowymi wyzwaniami, jakie niesie ze sobą nauczanie i wychowanie uczniów przynależących do różnych grup narodowych, etnicznych, językowych i religijnych. Dla nich bowiem język polski to zazwyczaj język obcy, wpływający w znaczący sposób na jakość kontaktów społecznych i osiągnięć edukacyjnych. Sprawność językowa jest więc kluczowa dla zaistnienia zarówno sukcesu szkolnego, jak i integracyjnego.

Jednym z tych wyzwań jest trafne i rzetelne rozpoznawanie potrzeb uczniów z wielorakimi trudnościami na różnych poziomach kształcenia celem organizowania skutecznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Artykuł zwraca uwagę na kluczowe elementy procesu diagnostycznego, do

¹ Barbara Ostafińska-Molik, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska, e-mail: b.ostafinska-molik@uj.edu.pl, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5093-3069>.

² Joanna Olszewska-Gniadek, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Polska, e-mail: j.olszewska-gniadek@uj.edu.pl, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3853-6615>.

których należą: diagnosta, dziecko, rodzic (podmioty w relacji badawczej) oraz metody i narzędzia badawcze (przedmioty).

Szczególnego znaczenia nabiera tu kwestia ograniczeń procesu diagnozowania trudności w uczeniu się i funkcjonowaniu społecznym, a także identyfikacji barier wynikających z poszukiwania skutecznych rozwiązań pomocowych.

Słowa kluczowe:

migranci, dzieci *inne kulturowo*, integracja społeczna, diagnoza, trudności edukacyjne i adaptacyjne, pomoc psychologiczno-pedagogiczna

Abstract

The article draws attention to the difficulties in functioning as a pupil and peer of children of other cultures (migrants) who have to find themselves in a new educational and social reality after coming to Poland. There will be special analysis made of migrant children (of other nationalities), who mainly face language competence deficits and, consequently, adaptation and educational problems. The educational system has to more often face the new challenges of teaching and bringing up multicultural students (belonging to different national, ethnic, linguistic, and religious). For them, Polish is usually a foreign language that significantly influences the quality of their social contacts and educational achievements. Language proficiency is therefore crucial for school success and integration.

One of these challenges is to accurately and reliably identify the needs of students with multiple difficulties at different levels of education to organize effective psychological and pedagogical assistance.

The article draws attention to the key elements of the diagnostic process which include: a diagnostician, a child, a parent (subjects in the research relationship), and research methods and tools (subjects).

The issue of limitations of the process of diagnosing specific learning and social difficulties becomes particularly important here, as well as identification of barriers resulting from the search for effective assistance solutions.

Keywords:

migrants, children with different cultures, social integration, diagnosis, educational and adaptation difficulties, psychological and pedagogical help

1. WPROWADZENIE

Poszukiwanie swojego miejsca na ziemi, czy to na stałe, czy tylko czasowo, jest wypadkową, w której zazwyczaj uczestniczy kilka podmiotów: migrant rodzic,

jego dziecko (dzieci) i społeczność lokalna kraju przyjmującego. Można powiedzieć, że to trójstronny i niezwykle barwny pejzaż zadań: od akomodacji, asymilacji, aż po integrację społeczną. Komisja Europejska podkreśla, że społeczeństwa europejskie są i będą coraz bardziej zróżnicowane. Statystyki publikowane przez Eurostat odnotowały, że w Unii Europejskiej mieszka blisko 22 mln osób niebędących jej obywatelami³. Jest to blisko 5% łącznej liczby ludności zjednoczonej Europy. W licznych opracowaniach podkreśla się, że mobilność ludzi, w różnym stopniu i z różnych powodów, będzie nieodłączną cechą XXI wieku dla Europy. Jest to spore wyzwanie dla polityki integracyjnej wobec obywateli państw trzecich (European Commission, 2016).

Proces integracji jest niezwykle trudny dla wszystkich uczestniczących w nim podmiotów. Bez wątpienia wiele dzieci ze środowisk migracyjnych ma trudności z dostosowaniem się do nowej sytuacji, w tym z włączeniem się do polskiego systemu oświaty. Niniejsze opracowanie stanowi próbę rozpoznania problemów, z jakimi zmagają się nauczyciel, psycholog czy pedagog stojący wobec konieczności zdiagnozowania i zorganizowania skutecznej pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla dziecka *innego kulturowo*. Ta kategoria pojęciowa funkcjonuje od dłuższego czasu w literaturze przedmiotu, jest interpretowana w rozmaitych kontekstach i na różnych stopniach ogólności. Do dzieci *innych kulturowo* zaliczane są najczęściej: dzieci cudzoziemskie, które nie posiadają obywatelstwa kraju, w którym aktualnie przebywają; dzieci uchodźcy, które wraz z rodzicami (opiekunami) na skutek uzasadnionej obawy przed prześladowaniem (z powodu religii, narodowości, przekonań politycznych) przebywają na stałe lub czasowo poza granicami państwa, którego są obywatelami; dzieci imigranci – urodzone w innym niż Polska kraju; dzieci z kontekstem migracyjnym, których rodzice, dziadkowie urodzili się w innym kraju niż kraj pochodzenia dzieci; dzieci migrujące – dzieci, które emigrowały, są w procesie migracji wraz z rodzicami lub opiekunami oraz te, które urodziły się już w kraju imigracji; dzieci dwukulturowe – dzieci, których rodzice przynależą do dwóch różnych kultur i narodów (Januszewska & Markowska-Manista, 2017, s. 17).

To zróżnicowanie kulturowe społeczeństwa polskiego generuje rozmaite problemy, głównie w zakresie integracji społecznej. Szczególnie dotyczy to dzieci, które socjalizowane były w warunkach społecznych odmiennych od polskich, w związku z czym można oczekiwać wystąpienia u nich zarówno problemów językowych, jak i tych związanych z różnicami mentalnymi. W tym kontekście

³ Dokładna liczba podana przez Eurostat. Statistics Explained na dzień 1 stycznia 2019 r. wynosi 21,8 mln (4,9 %) z 446,8 mln osób mieszkających w Unii Europejskiej nie było obywatelami Unii.

najlepiej odnajdują się dzieci Ukraińców i Białorusinów, reprezentujące narody słowiańskie, najszybciej i najłatwiej adaptujące się do polskich realiów. Generalnie, im większy jest dystans od kultury polskiej, tym obraz trudności o charakterze integracyjnym bywa bardziej złożony i skomplikowany (Barzykowski i in., 2013, s. 20–21).

Komisja Europejska, dostrzegając problem migracji, w 2016 roku wydała dokument, w którym zawarła plan działania na rzecz integracji migrantów. Określono w nim trzy priorytety w dziedzinie edukacji:

- jak najszybsze włączenie nowo przybyłych migrantów do powszechnych struktur kształcenia;
- promowanie nauczania i uczenia się prowadzących do uzyskiwania lepszych wyników w nauce przez migrantów;
- zapobieganie wykluczeniu społecznemu i wspieranie dialogu międzykulturowego (European Commission, 2016).

Dzieci cudzoziemców, niezależnie od pochodzenia i statusu prawnego, są objęte wychowaniem przedszkolnym i obowiązkiem szkolnym. To oznacza, że zwykle zaraz po przyjeździe do Polski rodziny migranckie muszą zmierzyć się z wymaganiami programów nauczania oraz zasadami życia społecznego. Z tym wiąże się konieczność posiadania odpowiedniego zestawu kompetencji bazowych, w dużej mierze uwarunkowanych kulturowo, a znajomość języka kraju przyjmującego jest kluczowa do ich spełnienia.

Zatrzymajmy się na moment na statystykach, aby wyobrazić sobie, jak kwestia ta prezentuje się w naszym kraju. W 2020 roku odnotowano przeszło 450 tysięcy cudzoziemców, z czego zdecydowana większość to Ukraińcy (245 tysięcy)⁴. Obserwuje się nadal tendencję wzrostową co do liczby cudzoziemców posiadających aktualne, ważne dokumenty uprawniające do pobytu w Polsce. Trend ten dotyczy również ich dzieci. W poniższej tabeli zestawiono dane dla dzieci emigrantów w wieku 0–18 lat.

Tabela 1 ukazuje skalę zjawiska migracji, a tym samym potencjalne potrzeby integracji i pomocy dzieciom innej narodowości. W przeciągu niespełna czterech lat liczba dzieci cudzoziemców zwiększyła się w Polsce dwukrotnie, a przyrost dzieci ukraińskich był trzykrotny. Jak wynika z doświadczeń pracowników poradni psychologiczno-pedagogicznych, pierwsze problemy dzieci migrantów dostrzegane są już na etapie edukacji przedszkolnej. Wtedy też najbardziej widoczne stają się trudności adaptacyjne dziecka w grupie rówieśniczej. Mogą one przybierać postać

⁴ Dane pochodzą ze strony: Mapy i dane statystyczne imigrantów i służb migracyjnych Polski <https://migracje.gov.pl/>.

Tabela 1. Zestawienie tabelaryczne dzieci migrantów w Polsce w wieku 0–18 lat, w podziale na okres wczesnego dzieciństwa (instytucje: żłobek, przedszkole) oraz obowiązkowy okres szkolny

rok	Dzieci: 0–6 lat	Dzieci: 7–18 lat	Dzieci: 0–18 lat
2020	23 251	30 493	53 744 W tym najwięcej* z: Ukrainy: 31 333; Białorusi: 3 659; Rosji: 2 412; Wietnamu: 2 206; Bułgarii: 1 306; Chin: 1 216; Indii: 1 102
2019	19 478	24 471	43 949 W tym najwięcej* z: Ukrainy: 23 047; Białorusi: 2 775; Rosji: 2 313; Wietnamu: 2 034; Bułgarii: 1 259; Chin: 1 237
2018	15 115	17 840	32 955 W tym najwięcej* z: Ukrainy: 14 932; Rosji: 1 990; Wietnamu: 1 731; Białorusi: 1 723; Bułgarii: 1 159; Chin: 1 100
2017	12 139	14 380	26 519 W tym najwięcej* z: Ukrainy: 10 326; Rosji: 1 840; Wietnamu: 1 743; Białorusi: 1 099; Bułgarii: 1 026; Niemiec: 1 015

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze strony: migracje.gov.pl

* Dotyczy narodowości migranckich, gdzie wartość przekroczyła 1000 dzieci w wieku: 0–18 lat

zaburzeń funkcjonowania społecznego z towarzyszącą nadmierną pobudliwością (z agresją włącznie) lub wycofaniem z relacji. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać między innymi w braku kompetencji językowych (niewystarczająca znajomość języka polskiego), lęku separacyjnym czy też ujawniających się w tym okresie życia deficytach rozwojowych. Powodem niestandardowych zachowań dziecka bywa również silny stres i napięcie emocjonalne związane z nową sytuacją życiową i niepełnym zaspokojeniem potrzeb jednostki. Warto w tym miejscu dodać, że dzieci migrantów przebywają w przedszkolu zdecydowanie dłużej niż ich polscy rówieśnicy (nierazko 10–11 godzin dziennie), co związane jest zwykle z obciążającą czasowo pracą zawodową ich rodziców. Na to dziecko najczęściej nie jest gotowe, zmęczenie i niezaspokojona potrzeba bliskości generuje występowanie zachowań uwagowych⁵, społecznie nieakceptowanych⁶.

⁵ Takim pojęciem specjaliści poradni psychologiczno-pedagogicznej określają cały zbiór zachowań dziecka, które przez otoczenie zewnętrzne są uznawane za problemowe, a przejawiają się np. poprzez krzyki, bójki, konfabulacje, wypowiedzi dygresyjne, skracanie dystansu w stosunku do osób dorosłych, odmawianie wykonywania poleceń, notoryczne nieodrabianie lekcji itd. Działaniami tymi dziecko chce zwrócić uwagę otoczenia (np. rodziców, nauczycieli, rówieśników) na swoje niezaspokojone potrzeby (często nieuświadomione), a ponieważ nie posiada wystarczających kompetencji, by wyrazić to inaczej, przybierają one formę zachowań nieakceptowanych społecznie.

⁶ Na podstawie wywiadów z psychologami, pedagogami i logopedami Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 4 w Krakowie (V-X 2020).

W przypadku dzieci szkolnych do problemów związanych z adaptacją w nowym środowisku (poczucie osamotnienia, brak akceptacji przez grupę, obniżona samoocena) nierzadko dołączają trudności w nauce. Uczniowie nie radzą sobie z opanowaniem podstawowych umiejętności szkolnych, szczególnie w zakresie poprawnego czytania i pisanie. Najtrudniejsze dla cudzoziemców jest przyswojenie zasad polskiej ortografii, co bez wsparcia ze strony środowiska domowego (m.in. niski poziom kompetencji językowych rodziców, brak czasu) jest trudne w realizacji. Dzieci cudzoziemców muszą w wielu sytuacjach liczyć na samych siebie i rzadko proszą o pomoc nauczycieli czy rówieśników⁷.

Narastające trudności edukacyjne i społeczne są podstawą do interwencji specjalistów i są wskazaniem do kontaktu między innymi z poradnią psychologiczno-pedagogiczną. Tutaj przeprowadzane są badania potencjału dziecka (m.in. jego potrzeb i możliwości, uzdolnień, mocnych i słabych stron, aktualnych osiągnięć) oraz formułowane są zalecenia postdiagnostyczne.

Punktem wyjścia dla skutecznej pomocy udzielanej dzieciom migrantów może wydawać się trafna i rzetelna diagnoza ich wielorakich trudności. Znamienne jest zwrócenie uwagi na dwa elementy procesu diagnostycznego: obszar osobowy i rzeczowy (techniczny). Obszar osobowy to trzy **podmioty** procesu diagnostycznego: diagnosta, diagnozowane dziecko oraz jego rodzic. Obszar rzeczowy przedmiotu diagnozy to: narzędzie/test/kwestionariusze. Te trzy wymienione podmioty stają się kluczowe w procesie pozyskiwania i przekazywania informacji, na podstawie których udzielana jest odpowiedź na pytania: *jak jest* i *jak powinno być*? W tym kontekście obszar rzeczowy staje się wtórny w stosunku do podmiotów, aczkolwiek ma on swoją istotną rolę, zwłaszcza w procesie poszukiwania (przy pomocy zawartych w nim pytań) tzw. cech ukrytych (wskaźniki implicite).

Podmiot – diagnosta

Szczególne znaczenie w procesie diagnostycznym ma specjalista i posiadany przez niego warsztat kompetencyjny. W poradni psychologiczno-pedagogicznej jest to najczęściej osoba, która uzyskała formalne wykształcenie z dziedziny psychologii, pedagogiki, logopedii czy medycyny. Nie zawsze jednak posiada ona wiedzę z zakresu pedagogiki międzykulturowej i doświadczenie w pracy z klientem cudzoziemcem, co w konsekwencji może rzutować na jakość zbieranych danych (Jasiński, 2006). Jak słusznie podkreślają autorzy opracowania wydane przez ORE, u podstaw działań diagnostycznych i postdiagnostycznych leży nawiązanie

⁷ Tamże.

właściwej relacji z dzieckiem i jego rodziną. W przypadku osób pochodzących z innej niż polska kultury wymaga to rozumienia warunkowanych kulturowo różnic kompetencyjnych. Świadomość odmienności powinna nieodłącznie towarzyszyć spotkaniom z migrantami, bowiem ich ignorowanie może prowadzić do poważnych nadużyć, a w skrajnych przypadkach do dyskryminacji i nieetycznych praktyk (Barzykowski i in., 2013, s. 21).

W sytuacji coraz częstszego diagnozowania dzieci *innych kulturowo* konieczne jest zweryfikowanie oraz rozwijanie u badających różnorodnych kompetencji, aby proces diagnozy mógł przebiegać w sposób jak najbardziej profesjonalny. Należy w tym miejscu dodać, że specjalista (pedagog/psycholog – diagnosta) pracuje z cudzoziemcem nie tylko w kontakcie indywidualnym, ale również z grupami wielokulturowymi (dzieci przynależących do różnych grup narodowych, etnicznych, religijnych i językowych) (por. Młynarczuk-Sokołowska, 2015, s. 53), przeprowadzając obserwacje, interwencje czy warsztaty integracyjne. Zdobyta na tej podstawie wiedza pozwoli budować kompetencję kulturową, która jest niezbędna w pracy z osobami o odmiennym niż polskie pochodzeniu etnicznym. Z tym związana jest potrzeba samoświadomości w zakresie wrażliwości kulturowej i, tym samym, refleksja nad wpływem własnych wartości na prowadzone postępowanie diagnostyczne (Stemplewska-Żakowicz, 2013, s. 24). Osoba prowadząca diagnozę niejednokrotnie bowiem przejawia nieuświadomioną, nacechowaną wartościowo postawę wobec dziecka *innego kulturowo* (Barzykowski i in., 2013). 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 (Maliszewski, 2011). Rzetelna diagnoza bowiem wymaga umiejętności identyfikacji zaplecza społeczno-kulturowego, z którym osoba badana do nas przychodzi, dostrzeżenia, w jaki sposób uwarunkowania kulturowe mogą wpływać na relację (osoba badana – osoba badająca) oraz na sam wynik diagnozy, dostrzeżenia własnych przekonań, stereotypów i uprzedzeń wobec osób odmiennych kulturowo, a także świadomości własnej tożsamości społeczno-kulturowej (Stemplewska-Żakowicz, 2013).

Diagnosta dysponuje konkretnym poziomem kompetencji do posługiwania się warsztatem pomiarowym, między innymi testami. Jak podkreśla Ewa Wysocka, diagnoza psychologiczno-pedagogiczna jest procesem zróżnicowanym, opartym na różnych procedurach i metodach (2013, 2015). Umiejętność obserwacji, prowadzenia wywiadu, stosowania inwentarzy i testów to konieczne kompetencje każdej osoby prowadzącej diagnozę psychologiczno-pedagogiczną. To w głów-

nej mierze od niej, od jej umiejętności, wiedzy i wrażliwości, zależy trafność i rzetelność formułowanych wniosków (Wysocka, 2007). Ważna jest również ostrożność badacza (diagnosty) w wyborze stosowanych testów. Niejednokrotnie wiele z nich posiada bowiem słabe właściwości psychometryczne czy też nie została wystandaryzowana na wystarczająco dużej próbie. Diagnosta, który jest świadomy ograniczeń psychometrycznych, prawdopodobnie dokona trafniejszej selekcji narzędzi badawczych, co będzie skutkować większą trafnością pomiaru (por. Hornowska, 2007).

Kolejne istotne kompetencje to wrażliwość kulturowa i odpowiedzialność osobista diagnosty (Barzykowski i in., 2013). Są one podstawą budowania zdrowego kontaktu z klientem. To innymi słowy „podążanie (za nim), empatyczne reagowanie, niezaborcza życzliwość, otwartość, konkretność i koncentracja na „tu i teraz” (za: Jarosz, Wysocka, 2006, s. 42).

Podmiot – dziecko

Dziecko migrant to szczególny klient poradni psychologiczno-pedagogicznej. Trafiając do tej placówki (z własnej inicjatywy lub ze wskazań innych jednostek) – ma mniej lub bardziej rozwinięte kompetencje językowe (w tym rozumienie kodu języka polskiego), określone wewnętrzne przekonanie i nastawienie do sytuacji diagnostycznej, a także cały wachlarz emocji: strachu, lęku itd. (zob. Budziszewska, 2018).

Diagnosta, psycholog/pedagog stoi niejednokrotnie przed trudnym zadaniem polegającym na minimalizacji stresu spotkania. Dziecko migranckie szczególnie potrzebuje takiego wsparcia w postaci komunikatów wyjaśniających cel, zasady i etapy współpracy. Niezbędne jest uzyskanie pewności, że osoba badana rozumie kierowane do niej informacje, a diagnosta właściwie interpretuje jej wypowiedzi/ odpowiedzi (por. Galewicz, 2011).

Wydaje się, że w idealnych warunkach dziecko powinno być diagnozowane w swoim języku dominującym. Jeśli nie jest to możliwe (a tak niestety bywa najczęściej), należy dążyć do tego, aby przynajmniej niektóre części diagnozy były przeprowadzane z udziałem specjalisty władającego językiem podstawowym dziecka. Pamiętać przy tym należy, że bariera językowa nie zawsze ujawnia się od razu, czasem pojawia się na dalszych etapach kontaktu z dzieckiem. Stąd też warto prowadzić bieżącą ocenę kompetencji językowych, a przede wszystkim kontrolować proces rozumienia mowy. W niektórych przypadkach potrzebna może być pomoc tłumacza (najlepiej profesjonalnego), który będzie wspierał obie strony procesu badawczego. Ocena jakości komunikacji powinna zawsze uwzględniać perspektywę osoby diagnozowanej. Nawiazanie kontaktu z dzieckiem

oraz zaufanie do niego powinno być podstawowym priorytetem i zadaniem przy pierwszym kontakcie.

Zadbanie o zapewnienie optymalnych warunków współpracy z klientem to bardzo istotny element pracy diagnosty i terapeuty. Oswojenie z miejscem spotkania może wpłynąć na zmniejszenie poziomu lęku, a także ogólną koncentrację dziecka podczas badania. W przypadku młodszych dzieci, np. w wieku przedszkolnym, warto przygotować kilka zabawek, którymi dziecko mogłoby się chwilę pobawić i zredukować odczuwany poziom napięcia. Dobrze jest również w miarę możliwości wyeliminować czynniki rozpraszające uwagę (distraktory), które mogłyby zaburzać pracę dziecka podczas rozwiązywania testów czy realizacji zajęć. W przypadku dzieci *innych kulturowo* wiele przedmiotów, które w tradycji polskiej są uważane za powszechne, może generować silne emocje. Przykładem mogą być chrześcijańskie symbole religijne, które w sytuacji diagnozowania dziecka muzułmańskiego mogą wywoływać poczucie obcości i dystansu. Warto więc poświęcić czas na czynności wstępne takie jak rozmowa z dzieckiem o tym, co lubi (np. w co lubi się bawić), pokazanie mu pomieszczenia, przedmiotów znajdujących się w gabinecie, zabawa. Zredukowanie stresu oraz poczucia niepewności wpływa bowiem na komfort psychiczny osoby uczestniczącej w badaniu/procesie terapeutycznym (zob. Budziszewska, 2018).

Podmiot – rodzic

Rodzic w procesie diagnozy swojego dziecka spełnia swoistą rolę. Przede wszystkim jest skarbnicą wiedzy o swoim dziecku. Z jednej strony jest nadawcą informacji w procesie komunikacji, a z drugiej strony odbiorcą ustaleń diagnostycznych i zaleceń pomocowych.

Podstawą do wytworzenia dobrych relacji z rodzicami dziecka jest dokładne poinformowanie ich o zasadach przebiegu procesu badawczego/terapeutycznego⁸. Ważne jest, aby rodzic rozumiał, jaki jest cel diagnozy dziecka, jak będzie przebiegało badanie oraz komu i w jakiej formie zostaną przekazane wyniki. Nieufność wobec instytucji może znacząco obniżać jakość kontaktu między badającym (jako przedstawicielem tej instytucji) a badanym (Fecenec, 2013). By wzmocnić motywację, należy zadbać o stworzenie przyjaznej atmosfery spotkań,

⁸ Zgodnie z Kodeksem Etyczno-Zawodowym Psychologa, pkt. 18: „Osoby zgłaszające się do psychologa nie z własnej inicjatywy, zarówno dorośli jak dzieci (kierowane na badania diagnostyczne lub zabiegi psychokorekcyjne), powinny być przez niego informowane o celu postępowania, stosowanych metodach, wynikach i sposobie ich udostępnienia. Psycholog stara się uzyskać akceptację planowanych czynności zawodowych przez te osoby”.

co przyczyni się w konsekwencji do zredukowania lęku i niechęci do instytucji lub osób im nieznanymi. Rodzice migranci mogą również bać się korzystania z pomocy instytucji państwowych. Ich skrypty poznawcze, doświadczenia mogą budować przekonania nieufności i lęk: *czy nie powiem za dużo, czy jak ktoś zobaczy problem mojego dziecka to mi odbiorą prawo do przebywania w Polsce, albo co gorsza, zostanie ograniczone mi prawo do opieki nad dzieckiem*. Nieznajomość obowiązującego w Polsce prawa i narodowej mentalności może powodować brak zaufania zarówno do specjalisty, jak i instytucji pomocowej. Stąd diagnosta stoi przed nad wyraz ważnym zadaniem, jakim jest informowanie rodzica: po co podejmowane są badania diagnostyczne, czemu mają służyć, jakie mają konsekwencje itd. Jak wspomniano wcześniej, kluczowym warunkiem stworzenia możliwości prawidłowego zdiagnozowania dziecka *innego kulturowo* jest nawiązanie przez badającego efektywnej współpracy z rodzicami. Warto pamiętać o tym, że sam powód zgłoszenia dziecka do poradni psychologiczno-pedagogicznej może być wysoce niejednoznaczny. W wielu krajach wizyta u psychologa jest kojarzona z podejrzeniem występowania lub wystąpieniem choroby psychicznej. Z tego też powodu jest to sytuacja zagrażająca i potencjalnie stygmatyzująca całą rodzinę, szczególnie w wypadku osób pochodzących z kultur kolektywistycznych (np. z Chin, Korei, Japonii), charakteryzujących się funkcjonowaniem jednostki w sieci bardzo rozbudowanych relacji społecznych. Tak więc rodzice, odmawiając zgody na badanie dziecka, mogą kierować się w swoim wyobrażeniu jego najlepiej pojętym dobrem, jak również interesem całej rodziny (Barzykowski i in., 2013, s. 97).

Podczas kontaktu z rodzicami (opiekunami prawnymi) warto podjąć starania stworzenia bezpiecznej, opartej na zaufaniu i życzliwości atmosfery (niezależnie od zachowania rodziców), tak by bez pośpiechu móc omówić z nimi wszelkie wątpliwości oraz kwestie związane z dzieckiem. Warto pamiętać, że rodzice są dodatkowym i bezcennym źródłem informacji o dziecku. Z tego też powodu, prowadząc wywiad, warto pogłębić go o pytania dotyczące między innymi tego, jak dziecko zazwyczaj zachowuje się w danej społeczności, jak funkcjonuje w rodzinie, jakie sprawia trudności, z czym ma zazwyczaj problem, jakie ma zainteresowania, czym/w co się zazwyczaj bawi, w jakie czynności jest zazwyczaj angażowane przez rodziców oraz czy miało w przeszłości jakieś urazy/wypadki lub inne problemy zdrowotne (Kendall, 2018; Komender, 2004). Rodzice stanowią jedno z najważniejszych i najsilniejszych źródeł wpływu na dziecko, dlatego warto zastanowić się nad tym, czy w szerszym środowisku społecznym (jak również w dziecku) są zasoby, które mogą być pomocne w procesie kompensacji deficytów. Opracowane zalecenia do pracy z dzieckiem (sformułowane jasno, precyzyjnie i konkretnie) powinny uwzględniać kontekst społeczno-kulturowy dziecka i być za-

wsze dostosowane do możliwości dzieci i ich rodziców/opiekunów (np. zalecenie częstego czytania dziecku może nie mieć sensu, jeżeli nikt w rodzinie nie potrafi czytać w żadnym języku). W przypadku niektórych mniejszości etnicznych (np. Romów) można zachęcać rodziców do włączania we współpracę między poradnią a rodzicami asystentów edukacji – np. romskiej (lub innych osób wybranych przez rodziców i obdarzonych ich zaufaniem), którzy uczestnicząc w rozmowie, mogą być bardzo pomocni w zakresie późniejszej realizacji zaleceń postdiagnostycznych. Z inną sytuacją możemy mieć do czynienia, gdy również z perspektywy interesu całej rodziny dziecko jest nakłaniane do odmowy współpracy z osobą prowadzącą diagnozę lub do określonego zachowania podczas badania. Może być to spowodowane chęcią uzyskania różnych rodzajów świadczeń (np. zasiłku zapewniającego stabilne środki utrzymania całej rodzinie) przy wykorzystaniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (Barzykowski i in., 2013, s. 98).

Na koniec należy jeszcze wspomnieć o jednej ważnej kwestii. Zdarza się, że w procesie diagnozy rodzic przyjmuje rolę asystenta dziecka podczas badania z uwagi na jego bardzo niskie kompetencje komunikacyjne. Nie jest to zalecane i nie powinno być praktykowane z powodu ryzyka obniżenia rzetelności pozyskanych danych (por. Paluchowski, 2019).

Przedmiot – narzędzia

Narzędzia, jakimi posługują się specjaliści poradni psychologiczno-pedagogicznych, służą do pomiaru wielorakich możliwości i trudności dziecka. Pomiar ten najczęściej wykorzystuje pytania (wskaźniki), do których dobrana jest konkretna skala odpowiedzi.

Prostsze testy oparte są na rysunkach (piktogramach), gdzie znajomość języka pisanego nie jest niezbędna. Wśród takich testów wyróżnić możemy także testy projekcyjne. Ponadto używane są również metody, wykorzystujące rekwizyty, celem zebrania informacji od diagnozowanego (np. Diagnoza Węzi Rodzinnych Dzieci i Młodzieży – A. Lewandowska-Walter, M. Błazek, W. Bruski).

Wymienione sposoby pomiarowe, w zależności od postawionego celu, mają za zadanie określanie natężenia bądź częstotliwości lub też wielkości danych cech i zjawisk. Pomiarowi może podlegać wiele elementów – zachowania, postawy, cechy osobowe jednostki, stan wiedzy, zainteresowania, wyznawane wartości, zdolności, umiejętności, preferencje. To, co jest charakterystyczne dla pomiaru, to związek pomiędzy przyjętą skalą wartości a cechą przypisaną dla tej wartości. Skale mogą przyjmować różny stopień ogólności i być mniej lub bardziej dokładne. Generalnie można powiedzieć, że większość kwestii, które chcemy zdiagnozować u dziecka, są typowo teoretyczne. Zdolności, wiedza, postawy,

nastroje – w sensie dosłownym nie istnieją, co więcej, nie ma precyzyjnej miary ich określania. W przypadku, kiedy słowo/desygnat jest kodem, które musi rozumieć cudzoziemiec, jest wyjątkowo trudno sprostać zadaniu trafnego pozyskania interesujących nas danych.

Jak podkreśla Władysław Paluchowski, pomiar zawsze obarczony jest pewnym błędem (2011). Kluczowe zatem wydaje się znalezienie najlepszych wskaźników, które uchwycą to, co jest elementem diagnozy. Istotę stanowi stworzenie wskaźnika, który przybliży nas do poznania przyczyn przejawianych trudności. Słuszną praktyką wydaje się formułowanie wniosków diagnostycznych na podstawie informacji zebranych z kilku źródeł. Wykorzystanie różnych typów metod i technik zapewne pozwoli na minimalizację błędów pomiaru. W przypadku dzieci migrantów właściwe jest podjęcie starań o pozyskanie dodatkowych informacji na temat specyfiki funkcjonowania osób diagnozowanych w codziennym życiu.

Tak więc stosując którąkolwiek z metod testowania wśród dzieci migrantów, należy mieć na uwadze poziom kompetencji językowych dziecka, rozumienia desygnatów czy znaczeń kontekstowych. Wydawać się może, że badanie dziecka w jego ojczystym języku z jednej strony może być najszybszym sposobem uzyskania o nim informacji, z drugiej jednak strony niesie to za sobą szereg trudności. Skorzystanie z usług tłumacza, który przełoży dany test na język dominujący badanego, ma również swoje ograniczenia. Jak podkreśla Elżbieta Hornowska: „Testowanie zwrotnego tłumaczenia (back translation) nie jest zalecane jako standardowa procedura w procesie tłumaczenia i adaptacji testu wykorzystywanego w badaniu osób, dla których oryginalny język testu nie jest ich językiem ojczystym” (2007). Nie ma bowiem pewności, że obie stworzone wersje tego samego testu mierzą te same konstrukty. Należy pamiętać, że kilkuletnie dzieci migrantów, zanim przyjechały do Polski, socjalizowane były w warunkach społecznie odmiennych od otaczających je w naszym kraju. Liczba słów, jakie pojawiają się w danym języku (kontekst kulturowy), nie jest bez znaczenia. Test przeznaczony dla osób z populacji ogólnej (polskiej), nawet przetłumaczony na język ojczysty, może okazać się nieodpowiedni do badania osób z innego kręgu kulturowego, a zwłaszcza do określenia możliwości intelektualnych (Paluchowski, Hornowska, 2017). Jeśli diagnosta potrzebuje skorzystać z tak zwanych narzędzi wystandaryzowanych w celu określenia potencjału intelektualnego dziecka, to najlepszym wyjściem z sytuacji wydaje się zastosowanie testów neutralnych kulturowo. Do oceny inteligencji dzieci migrantów można wykorzystywać np. *Skalę Dojrzałości Umysłowej Columbia* czy *Test Matryc Ravena*, *Test Inteligencji Cattella* (Fecenec, 2013). W sytuacji gdy znajomość języka polskiego jest wyjątkowo słaba, można zastosować testy niewerbalne, w których całkowicie eliminuje się słowa, a instruk-

cja jest demonstrowana (np. *Międzynarodowa Skala Wykonaniowa Leitera*). Jeśli diagnosta chce zbadać również sferę poznawczą, językową, motoryczną, społeczną i motywacyjną, może posłużyć się Skalą Inteligencji i Rozwoju IDS, która umożliwia określenie umiejętności psychomotorycznych, społeczno-emocjonalnych, językowych, matematycznych czy motywacji (Fecenec, 2013).

Potencjał diagnozy (pozytywna vs negatywna)

To, co często podkreśla się w „dobrej” diagnozie, to potrzeba zrównoważenia opinii o mocnych i słabych stronach dziecka (Barzykowski i in., 2013; Wysocka, 2013, 2019).

Jak wskazano wcześniej, dominacja wizji człowieka, w której „silnie akcentuje się jego negatywne atrybuty, zaś za uboczne uznaje się jego cechy pozytywne, prowadzi bezpośrednio do myślenia o jego rozwoju w kategoriach „deficytowego człowieka”, żyjącego w „deficytowym świecie”, co z kolei bezpośrednio determinuje filozofię działania opartego o ideę eliminacji” (Wysocka, 2019, s. 40). To oznacza, że należy unikać nadmiernego eksponowania negatywnych cech, gdyż mogą one stanowić realne zagrożenie zarówno dla rozwoju samego człowieka, jak i dla świata, w którym funkcjonuje (Wysocka, 2019).

Dostrzeżenie mocnych stron jednostki, jej potencjału, zdolności, zainteresowań może niezwykle usprawnić proces włączenia jednostki, zwłaszcza dziecka *innego kulturowo*, do funkcjonowania w nowych realiach społecznych. Dzięki temu możliwe będzie szybsze zatarcie się mentalnych różnic w relacji *my – oni*. Jak podkreśla Ewa Wysocka, ważne jest „kształtowanie pozytywnej relacji wychowawczej, umożliwiającej rozumienie istoty problemów osób z deficytami rozwojowymi, (...) warunkującej pozytywne do nich nastawienia i ograniczenie postrzegania ich jedynie w perspektywie potencjalnego i zagrażającego innym zła”. Umożliwiając jednostce kontrolę nad własnym życiem i sposobem wykorzystania pomocy dla rozwiązania własnego problemu, ogranicza się tym samym kształtowanie negatywnej wizji siebie, otaczającego świata i własnej z nim relacji (za 2019, s. 32).

W procesie diagnostycznym i postdiagnostycznym niewątpliwie bardzo potrzebne jest skupienie się na pozytywnych elementach zjawiska wielokulturowości (tożsamość dziecka), jak i na mocnych stronach dziecka (predyspozycje). Dodanie do diagnozy patogenetycznej elementu salutogenezy (potencjału), poprzez wskazanie możliwości i mocnych stron jednostki, może być pierwszym krokiem do wykorzystania jej w projektowaniu działań pomocowych i integracyjnych (Wysocka, 2019). Przypuśćmy, że trafia do poradni uczeń, który nie radzi sobie w nauce i relacjach społecznych, a jego *inność* budzi ostracyzm ze strony rówieśników i ich rodziców. Prowadzenie rozmów, organizowanie spotkań integracyjnych nie zawsze

bywa skuteczne. Większe szanse powodzenia daje sytuacja, w której ów *inny* wykaże się czymś wyjątkowym i społecznie pożądanym w gronie rówieśników czy w środowisku lokalnym (np. ma duży potencjał w sporcie, dobrze gra w piłkę, siatkówkę). Jest wtedy wyższe prawdopodobieństwo, że jego rówieśnicy będą „chcieć” takiego zawodnika w swojej grupie. Świetnym potwierdzeniem tego założenia są działania związane z pozyskiwaniem cudzoziemców do polskiej kadry narodowej (np. pochodzący z Nigerii piłkarz Emmanuel Olisadebe oraz mający kubańskie korzenie siatkarz Wilfredo Leon). Dostrzeżenie talentów tych sportowców, przy jednoczesnym szybkim przyznaniu im polskiego obywatelstwa spowodowało, że społeczeństwo kraju przyjmującego uznało ich za *swoich*. Warto dodać, że nie miały tu znaczenia obco brzmiące nazwiska i inny kolor skóry. Ważny był przede wszystkim sukces i ogrzewanie się w jego blasku przez polskich kibiców.

Poza sportem takim dobrym „gruntem” do zaistnienia dziecka *innego kulturowo* jest również teatr. Od wieków przypisywano mu szerokie znaczenie społeczne, wychowawcze i terapeutyczne (por. Hausbrandt, 1983; Olszewska-Gniadek, 2009). Teatr jako sztuka synkretyczna daje jednostce wyjątkową szansę rozwijania zainteresowań i zdolności z ukierunkowaniem na różne dziedziny artystyczne (m.in. literatura, muzyka, taniec, sztuki wizualne), co z kolei przyczynia się do budowania potencjału dziecka. Uprawiany w ramach działalności amatorskich scen dziecięcych i młodzieżowych daje uczestnikom możliwość artystycznego wyżycia się i uwolnienia emocji, nabycia cennej wiedzy o kulturze i warsztacie aktorskim, przede wszystkim zaś jest pretekstem do spotkania z drugim człowiekiem (Olszewska-Gniadek, 2009).

Tym partnerem w relacji może być właśnie cudzoziemiec, który staje się jednocześnie nadawcą i odbiorcą kulturowych komunikatów. Umiejętne poprowadzenie takich zajęć polegające na wydobyciu z wielokulturowych kontekstów tego, co cenne, co nas łączy, a nie dzieli, może pomóc w pokonaniu rozmaitych uprzedzeń i nieporozumień, a w konsekwencji pozwoli ośwoić *inność*. Co więcej, może nawet dowartościować pewne cechy odmienności, które w naszym kręgu kulturowym są rzadkie, a pożądane. Warto w tym miejscu przywołać dramę, uznaną na świecie metodę wychowawczą wykorzystującą środki teatralne do naświetlenia ważnych dla społeczności spraw, w celu ich konstruktywnego „przepracowania” (zob. Way, 1997). W tej formie pracy najważniejszy jest uczestnik. Każdy jest tu równy i ma prawo do scenicznego działania w obrębie ustalonych przez grupę reguł. Wszyscy uczestnicy procesu dramowego wchodzi w fikcyjne role, które dają poczucie bezpieczeństwa i chronią przed przypadkowym i niekontrolowanym ujawnieniem własnych ocen. Celem nie jest wartościowanie czegokolwiek czy kogokolwiek, lecz sprawdzenie, jakie konsekwencje pociągają za sobą pewne decyzje i działania.

Jest to więc doskonała przestrzeń, by móc „wejść” w rolę migranta, poczuć choć przez chwilę jego bagaż doświadczeń i emocji. Takie działanie może przyczynić się do zwiększenia wrażliwości na problemy osób odmiennych kulturowo, kształtować postawy empatii i tolerancji (Olszewska-Gniadek, 2017).

Co dalej z tą integracją?

Decyzje podejmowane przez badającego podczas diagnozy mają realny wpływ na losy życiowe dziecka i jego najbliższych. Stąd powinna być ona prowadzona w sposób kompetentny i odpowiedzialny. Ze względu na fakt, że celem nadrzędnym diagnosty jest postawienie trafnego rozpoznania, a w konsekwencji zaprojektowanie i podjęcie adekwatnych działań pomocowych, należy skorzystać z wszystkich możliwości, które mogą nas do tego celu przybliżyć. W razie wątpliwości należy szukać pomocy u innych specjalistów (neurologa, okulisty, laryngologa, psychiatry itp.), aby wykluczyć inne źródła obserwowanych trudności. Nałożenie się ich na problemy wielokulturowe niejednokrotnie jeszcze bardziej komplikuje trafność i rzetelność diagnozy (Paluchowski, 2019).

Warto podkreślić, że inaczej przebiega proces zapoznawania się z dzieckiem w wieku przedszkolnym, inaczej w wieku szkolnym, a jeszcze inaczej pochodzącym z odmiennej niż polska grupy etnicznej i niemówiącym w języku polskim. Młodsze dzieci (w wieku przedszkolnym) potrzebują więcej czasu na zapoznanie się z nową osobą i miejscem, a także zasadami współpracy. Może to wynikać z braku doświadczeń rozwiązywania różnych zadań w obecności obcej osoby. Dla dzieci w wieku szkolnym sytuacja, w której na prośbę osoby dorosłej rozwiązują różne zadania, jest zbliżona do sytuacji szkolnej, dzięki czemu udaje się zdecydowanie szybciej zredukować uczucie lęku czy niepewności. W przypadku osób pochodzących z grup etnicznych innych niż polska, nawet uczęszczających do polskiej szkoły, sytuacja badania bywa niekiedy niejasna i niezrozumiała, co powoduje u obu stron poczucie dyskomfortu (Barzykowski i in., 2013; Białek i in., 2015). Oczywiście, nie można zapominać, że odmienność zachowania dziecka podczas diagnozy może wynikać również z jego charakterystyk rozwojowych, np. podczas diagnozowania i terapii dzieci w wieku przedszkolnym czymś naturalnym są postawy lęku, wrogości i inne społecznie nieakceptowane cechy, których powodem jest niski poziom krytycyzmu, nieumiejętność maskowania uczuć i kontrolowania swych zachowań (Bogdanowicz, 1991).

Dziecko nigdy nie znajduje się w próżni społecznej. Zgodnie z koncepcją systemów ekologicznych Urie Bronfenbrennera (1979) znajduje się ono w polu oddziaływań wielu systemów. By zalecenia zawarte w orzeczeniu/opinii mogły być skutecznie i z korzyścią dla dziecka realizowane, niezbędna jest współpra-

ca pracowników poradni z przedstawicielami różnych sfer systemu dziecka, a w szczególności z rodzicami (opiekunami prawnymi), nauczycielami, szkołami, jak również innymi osobami współpracującymi z poradnią (Barzykowski i in., 2013, s. 97).

Warto w tym miejscu podkreślić ogromne znaczenie w diagnozie psychologiczno-pedagogicznej kontaktu z nauczycielami oraz najbliższym otoczeniem rodziny. Formułując zalecenia do pracy z dzieckiem, należy dołożyć wszelkich starań, by miały one charakter konkretny i precyzyjny, by nauczyciele dokładnie wiedzieli, jak mogą/powinni pracować z dzieckiem (por. Budziszewska, 2018). Zalecenia powinny informować w równym stopniu o mocnych stronach dziecka oraz o jego trudnościach czy deficytach. Planowanie pracy z dzieckiem powinno uwzględniać jego możliwości, tak by go nadmiernie nie przeciążać. Przy powtórnej diagnozie warto weryfikować, co z uprzednio sformułowanych zaleceń udało się zrealizować i w jakim stopniu. Dane te dodatkowo wzbogacą kontekst interpretacji wyników kolejnego badania. Warto również podkreślić, że pracownicy poradni mają obowiązek wspierać nauczycieli, dla których sytuacja obecności uczennicy lub ucznia cudzoziemskiego w klasie jest problematyczna. Z doświadczeń poradni psychologiczno-pedagogicznych wynika, że to wsparcie realizowane jest poprzez indywidualne konsultacje i instruktaże, interwencje na terenie szkoły, pomoc diagnostyczną i postdiagnostyczną. W tej ostatniej kategorii mieszczą się różnego typu warsztaty z zakresu edukacji międzykulturowej realizowane na różnych etapach kształcenia. Takie zajęcia przeznaczone są również dla rodziców, których dzieci uczęszczają do wielokulturowych oddziałów przedszkolnych i szkolnych. Ma to zapobiegać generowaniu napięć i nieporozumień, a w konsekwencji przejawom nietolerancji i dyskryminacji (por. Barzykowski i in., 2013; Białek i in., 2015; Budziszewska, 2018).

Szczególne znaczenie z punktu widzenia efektywności procesu diagnozy i terapii ma pokonanie barier komunikacyjnych oraz uwzględnienie specyfiki przynależności etnicznej rodziny. W organizowaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej dla konkretnego dziecka ważne jest również uwzględnienie specyfiki kulturowej jego kraju pochodzenia. Wiedza o tym aspekcie może być przydatna w ustaleniu, jak dziecko interpretuje swoje prawa i obowiązki, co jest podstawą do zrozumienia zachowań i postaw dziecka wobec osoby badającej (por. Budziszewska, 2018). Wiedza o sposobie socjalizowania w różnych kulturach etnicznych otwierać może też perspektywę przewidywania stanów emocjonalnych dziecka, które mogą być wyrażane w odmienny, specyficzny dla danej narodowości sposób. Pozwoli też na ustalenie i przewidywanie stopnia otwartości w stosunku do osoby prowadzącej diagnozę czy terapię, umożliwi tym samym przewidywanie stopnia szczerości

i zindywidualizowania kontaktu (Barzykowski i in., 2013, s. 49). W każdym przypadku należy uważnie podchodzić do kulturowego kontekstu etniczności, ponieważ osoby postrzegane jako należące do określonej grupy mogą żyć w dwóch różnych kontekstach kulturowych. W Polsce tak właśnie funkcjonują Białorusini i Ukraińcy. Są to zarówno członkowie tradycyjnych mniejszości narodowych, jak i imigranci. W wypadku tych pierwszych prawdopodobnie nie będzie większych problemów na poziomie porozumiewania się w sytuacji diagnozy czy terapii, gdyż ich socjalizacja odbywa się w warunkach polskiego społeczeństwa. Dzieci z grupy drugiej funkcjonują inaczej. Przechodzą najczęściej trening socjalizacyjny w kraju swojego pochodzenia i porozumiewanie się w trakcie procesu diagnozy może być utrudnione tą właśnie odmiennością kulturową. I tak na przykład oficjalny trend w państwie Białoruś to skoncentrowanie wychowania wokół określonej ideologii, ograniczającej w dużym stopniu wolność jednostki, z mocno rozbudowanym systemem kontroli, a także budowanie właściwych tej ideologii przekonań, które możemy obserwować poprzez programy zajęć szkolnych, organizację życia w szkole i funkcjonowanie, czy raczej brak, treningu w zakresie samorządności. Nie pozostaje to bez wpływu na jakość relacji w kontaktach z innymi. Może się zdarzyć, że dzieci nie będą wierzyły dorosłemu, że jego intencje są uczciwe i skierowane na ich dobro lub też będą konkurowały z autorytetem w sytuacji, gdy dorosły nie będzie dominował w relacji. Zaplecze kulturowe może również wpływać na wyniki dziecka w danym zadaniu, którego specyfika może nie być częścią doświadczenia dziecka z danego kręgu społeczno-kulturowego. Ważne również będzie to, czy dziecko pochodzące z innej kultury od urodzenia mieszka w Polsce i należy do mniejszości etnicznej lub narodowej, czy jest dzieckiem, które doświadczyło sytuacji zmiany kultury i dopiero adaptuje się do nowego miejsca zamieszkania. Przebieg procesu szoku kulturowego lub szoku kulturowego powrotnego w przypadku dzieci, które powracają do Polski po pobycie za granicą, może mieć znaczenie dla przebiegu procesu diagnozy i terapii. W kolejnych fazach adaptacji do nowej kultury dziecko może przejawiać różne zachowania, a także odczuwać odmienne stany emocjonalne od entuzjazmu po, w skrajnym wypadku, stany depresyjne (Barzykowski i in., 2013, s. 49–50).

Zjawisko migracji staje się w ostatnich latach istotnym kontekstem funkcjonowania społecznego. Nasze społeczeństwo zaczyna doświadczać wielokulturowości w życiu codziennym i musi mierzyć się z konsekwencjami, jakie ona niesie. Dotyczy to również instytucji oświatowych, zwłaszcza przedszkoli, szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych. Większość z nich nie jest w pełni przygotowana na pracę z cudzoziemcem, co powoduje duży dyskomfort i „działania po omacku”. Niezbędne wydają się działania systemowe, ale każda sytuacja jest inna, często

wymaga szybkiej reakcji i indywidualnego podejścia. Dobrą praktyką mogą być inicjatywy oddolne zespołów specjalistów, którzy wspólnie poszukują najlepszych rozwiązań, dzieląc się swoją wiedzą i doświadczeniem, budując tym samym sieć kontaktów i profesjonalny warsztat do pracy z klientem *innym kulturowo*. Problem ten wymaga głębszej refleksji, wsłuchania się w potrzeby podmiotów relacji, a przede wszystkim uświadomienia sobie zasobów, którymi dysponują. Wszystko po to, aby *inny* stał się *nasz – tu i teraz*.

Bibliografia

- Barzykowski, K., Grzymała-Moszczyńska, H., Dzida, D., Grzymała-Moszczyńska, J., Kosno, M. (2013). *Wybrane zagadnienia diagnozy psychologicznej dzieci i młodzieży w kontekście wielokulturowości oraz wielojęzyczności*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Białek, K., Jarmuż, M., Ośko, A. (2015). *Międzykulturowość w szkole: Poradnik dla nauczycieli i specjalistów*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Bogdanowicz, M. (1991). *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, Ma.: Harvard University Press.
- Budziszewska, M. (2018). Wspieranie rozwoju uczniów. Perspektywa całościowa. W: G. Kutra, E. Sokołowska (red.), *Rola i zadania psychologa we współczesnej szkole* (s. 205–215). Warszawa: Wolters Kluwer Polska przy współpracy Wydawnictwa Fraszka Edukacyjna.
- European Commission. (2016). *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Action Plan on the integration of third country nationals*. Brussels.
- Fecenec, D. (2013). *Specyficzne wymagania diagnozy dzieci wielojęzycznych i odmiennych kulturowo*. [Prezentacja z 23.05.2013 – ORE]. Pobrane z: <https://www.ore.edu.pl/2015/03/wielokulturowosc-w-szkole-uczen-cudzoziemski/>.
- Galewicz, W. (2011). Etyczne aspekty badań z udziałem ludzi. W: W. Galewicz (red.), *Badania z udziałem ludzi*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS.
- Hausbrandt, A. (1983). *Teatr w społeczeństwie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Hornowska, E. (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Januszewska, E., Markowska-Manista, U. (2017). *Dziecko „inne” kulturowo w Polsce. Z badań nad edukacją szkolną*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

- Jarosz, E., Wysocka, E. (2006). *Diagnoza psychopedagogiczna: Podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Jasiński, Z. (2006). Przemiany w polityce oświatowej i społecznej w kontekście edukacji międzykulturowej. W: T. Lewowicki, E. Ogrodzka-Mazur (red.), *Z teorii i praktyki edukacji międzykulturowej*. Cieszyn–Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP w Warszawie.
- Kendall, P.C. (2018). *Zaburzenia okresu dzieciństwa i adolescencji: Techniki terapeutyczne dla profesjonalistów i rodziców*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Komender, J. (2004). Wywiady, ocena, diagnoza w psychiatrii dzieci i młodzieży. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL.
- Maliszewski, N. (2011). *Dynamiczna Teoria Postaw. O relacji postaw jawnych i utajonych*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Młynarczuk-Sokołowska, A. (2015). *Od Obcości do Inności. Międzykulturowa edukacja nieformalna na przykładzie działalności polskich organizacji pozarządowych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku.
- Olszewska-Gniadek, J. (2009). *Teatr młodzieży w świetle badań na terenie Krakowa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Olszewska-Gniadek, J. (2017). Terapia przez sztukę w Teatrze Ludowym w Krakowie. W: J. Olszewska-Gniadek, K. Plebańczyk, J. Szulborska-Lukaszewicz, B. Turlejska (red.), *Edukacja dla teatru a pedagogika teatralna: idee i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Attyka.
- Paluchowski, W.J., Hornowska, E. (2017). Problemy związane z badaniami testowymi osób niepełnosprawnych. W: J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie: wyzwania i konteksty*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Paluchowski, W.J. (2019). Wytyczne diagnostyki osób z niepełnosprawnościami – historia powstawania. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach*, 2, s. 41–56.
- Paluchowski, W.J. (2011). *Diagnoza psychologiczna: Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2013). *Diagnoza psychologiczna: Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Way, B. (1997). *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wysocka, E. (2007). *Człowiek a środowisko życia: Podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Wysocka, E. (2013). *Diagnostyka pedagogiczna: Nowe obszary i rozwiązania*. Kraków: Impuls.
- Wysocka, E. (2015). *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji: Model teoretyczny i metodologiczny*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wysocka, E. (2019). *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji: Warsztat diagnostyczny pedagoga praktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.