

Renata Zubrzycka
ORCID: 0000-0003-3816-0790
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Anna Wojnarska
ORCID: 0000-0003-4096-8940
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Podjęcie kategorialne w pedagogice specjalnej i psychologii klinicznej

Categorical Approach in Special Pedagogy and Clinical Psychology

ABSTRACT

The aim of the article is to analyze the possibilities and limitations of applying the categorical approach in diagnosis and research in the fields of special pedagogy and clinical psychology. Based on a literature review, the essence of the categorical approach is examined. John S. Rolland's concept is cited as an example of this approach in psychology, which assumes that specific biological health dysfunctions, particularly chronic diseases, impose distinct psychosocial demands on both individuals experiencing them and their families. The article explores the historical context of the emergence of this paradigm in the study of individuals with health disorders, as well as current trends based on modified diagnostic systems. It defines the paradigmatic shifts that have influenced the definition of special education and the dual nature of its development, expressed in the coexistence of two theoretical perspectives: medical and social. Both the limitations—such as difficulties in researching individuals with

KEYWORDS

research subject in special pedagogy and clinical psychology research, categorical perspective, J.S. Rolland's concept, diagnostic systems

SŁOWA KLUCZOWE

przedmiot pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej, perspektywa kategorialna, koncepcja Johna S. Rollanda, systemy diagnostyczne

SPI Vol. 28, 2025/1
e-ISSN 2450-5366

DOI: 10.12775/SPI.2025.1.008
Nadesłano: 18.10.2024
Zaakceptowano: 04.03.2025

rare diseases or the risk of stigmatization—and the advantages—such as the precision in selecting study groups and the increased objectivity of clinical measurements—of the categorical approach in special pedagogy and clinical psychology are discussed.

ABSTRAKT

Celem artykułu jest analiza możliwości i ograniczeń zastosowania podejścia kategorialnego w diagnozie i badaniach naukowych z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej. Na podstawie przeglądu literatury dokonano analizy istoty podejścia kategorialnego. Jako przykład implementacji wspomnianego podejścia w psychologii wskazano koncepcję Johna S. Rollanda, zakładającą, że określone biologiczne parametry dysfunkcji zdrowotnych, zwłaszcza chorób przewlekłych, stwarzają swoiste psychospołeczne wymagania dla jednostki, która ich doświadcza, oraz dla członków jej rodziny. Przedstawiono kontekst historyczny wyłaniania się paradygmatu kategorialnego w badaniach osób z zaburzeniami zdrowia oraz aktualne tendencje w tym zakresie bazujące na zmodyfikowanych systemach diagnostycznych. Wskazano na zmiany paradygmatyczne w określaniu podmiotu pedagogiki specjalnej oraz dualność w rozwoju wspomnianej dyscypliny, wyrażoną w koegzystencji przyjmowanych perspektyw teoretycznych: medycznej i społecznej. Zwrócono uwagę zarówno na ograniczenia (m.in. trudności w zastosowaniu w badaniach osób z chorobami rzadkimi, ryzyko stygmatyzacji osób badanych), jak i zalety (m.in. precyzja doboru grupy badanej, większy obiektywizm pomiaru realizowanego w toku badań klinicznych) podejścia kategorialnego w pedagogice specjalnej i psychologii klinicznej.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest analiza możliwości i ograniczeń zastosowania podejścia kategorialnego w diagnozie i badaniach naukowych z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej oraz metodologicznych konsekwencji przyjęcia w badaniach paradygmatu kategorialnego *versus* niekategorialnego, w kontekście powiązań wspomnianych dyscyplin z naukami medycznymi. Artykuł stanowi też próbę odpowiedzi na pytanie, czy kategorialna perspektywa badawcza, utożsamiana z modelem medycznym, może być aktualnie postrzegana jako pozytywny zasób w naukach społecznych.

Podjęcie kategoryjne reprezentuje koncepcja badacza z Uniwersytetu w Yale – Johna S. Rollanda (1984: 245–262), niekategoryjne zaś opisane zostało przez Ruth E.K. Stein i Dorothy J. Jessop (1982: 354–362). Punktem wyjścia pierwszej koncepcji jest założenie interakcyjnego charakteru relacji czynników biologicznych i psychospołecznych w życiu osoby doświadczającej dysfunkcji zdrowotnych. Zdaniem Rollanda (1984; 2012: 452–482), choroby przewlekłe powinny być konceptualizowane w sposób uwzględniający podobieństwa i różnice zachodzące między nimi tak, aby skategoryzować je w sposób umożliwiający projektowanie badań psychologicznych. Autor sugeruje wyróżnienie typów chorób i poziomów wymagań w oparciu o jasne biologiczne kryteria, uwzględniające wymagania stawiane przez nauki medyczne. Według prekursorów niekategoryjnego podejścia Ivana Plessa i Philipa Pinkertona (1975, za: Stein, Jessop 1982: 354–262), to chroniczność choroby i wpływ, jaki ma ona na dziecko, jego rodziców oraz rodzeństwo mają bardziej istotne znaczenie niż specyficzny charakter określonych zaburzeń (np. cukrzycy, porażenia mózgowego, hemofilii itp.), stąd też „istnieją pewne problemy wspólne dla wszystkich chorób przewlekłych, które przeważają nad szczegółowymi wyzwaniami wpływającymi z indywidualnych potrzeb” (Stein, Jessop 1982: 354).

Podjęcie kategoryjne – terminologia i charakterystyka

Sięgając do greckiego źródłosłowa pojęcia „kategoria”, należy odwołać się do filozofii i wskazać na dwa terminy: *κατηγορία* (skarża, oskarżenie, akt oskarżenia), *κατηγορεῖν* (wypowiadać, wyjaśniać, twierdzić). Pierwsze ze słów: *κατηγορία* jest w istocie określeniem odnoszącym się do sposobów orzekania o dowolnym podmiocie. Arystoteles, twórca pierwszej teorii kategoryzacji, „wyróżnił takie kategorie, jak: substancja, ilość, jakość, stosunek, miejsce, czas, stan, działanie oraz doznawanie. Przynależność podmiotu do danej kategorii określany był w oparciu o posiadany przez niego zestaw cech koniecznych i wystarczających” (Gonigroszek, Pietraszko 2012: 75). Arystotelesowska koncepcja kategoryzacji, oparta na binarnej ocenie przynależności określonych cech (bądź ich braku) do danego obiektu, została zakwestionowana przez Ludwiga Wittgensteina, który wskazał na podobieństwa między obiektami istniejącymi

w świecie. Powyższa teza znalazła potwierdzenie w badaniach psychologii poznawczej, głównie Eleanor Rosch (Gemel 2015: 137; Kleiber 2003: 27, za: Falana-Jafra 2019: 100). Współcześnie teoria kategoryzacji przez prototyp dominuje w obszarach takich nauk, jak: kognitywistyka i psychologia poznawcza; zbiory rozmyte stosowane są w takich naukach ścisłych, jak matematyka i informatyka.

Nominalne podejście do kategoryzacji przedmiotów znalazło powszechne zastosowanie w naukach przyrodniczych, zwłaszcza w medycynie. Diagnostyka medyczna opiera się na systemach klasyfikacyjnych (International Classification of Diseases: ICD-10 i aktualnie wdrażanym ICD-11), definiujących jednostki nozologiczne w oparciu o zestaw mierzalnych empirycznie kryteriów, tj. wskaźników anatomicznych, fizjologicznych i biochemicznych. Postęp w zakresie nauk medycznych, w tym informatyzacja procesu diagnostycznego i udział AI w tym procesie skutkuje stałym wzrostem trafności diagnostycznej, pogłębieniem efektywności diagnostyki różnicowej czy też poszerzeniem liczby dostępnych wskaźników empirycznych o biomarkery. Kategorialne podejście w diagnozie znajduje także swoje odzwierciedlenie w procedurze metodologicznej doboru próby w empirycznych badaniach w medycynie.

Kryterialne systemy diagnostyczne

Ze względu na bliskie związki badań z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej w podejściu kategorialnym ważne jest jednoznaczne zdefiniowanie kategorii, co umożliwi właściwe rozpoznanie problemu, a także trafne zaplanowanie procesu leczenia i usprawniania. Służą temu międzynarodowe dokumenty regulujące nazewnictwo chorób i zaburzeń oraz kryteria diagnostyczne, takie jak:

- ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych, opracowany przez APA, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne);

- ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, zastąpiony przez ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health opracowane pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).

Wymienione systemy zoperacjonalizowanej klasyfikacji/diagnostyki poprawiły precyzję rozpoznań zaburzeń. W chwili obecnej obowiązującymi są systemy DSM-5 (Möller 2018) i ICD-11 (<https://icd.who.int/en>). Wersja najnowsza ICD zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku; według WHO jest ona wykorzystywana w 35 krajach. Prace nad polską wersją wciąż trwają, a całkowite przejście na ICD-11 planowane jest do końca 2026 roku. Dokumenty powyższe mają pomóc w swoich założeniach w określeniu przyczyn występowania zaburzenia i/lub choroby, prognozowania jej przebiegu, dobrania adekwatnego leczenia (Cierpiałkowska 2020). Porównując stosowane obecnie w Polsce systemy ICD-10 (od 1994 roku do chwili obecnej) i DSM-5, można dostrzec szereg podobieństw wyrażających się w opisowym, ateoretycznym charakterze tych systemów, operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych, rozważeniu możliwości współwystępowania zaburzeń. Różnice dotyczą głównie systemu kodowania, kryteriów szczegółowych, ich liczby i czasu pojawiania się (Jastrzębowska 2019). Należy podkreślić, że systemem obowiązującym w praktyce klinicznej jest ICD, natomiast system DSM funkcjonuje głównie w opracowaniach naukowych i amerykańskiej praktyce klinicznej. Pojawiają się głosy specjalistów sugerujące potrzebę zintegrowania obu systemów diagnostycznych „w jeden system osiowy, tak aby DSM-V oferował zestawy kryteriów, a ICD-11 zapewniała łatwiejsze do wykorzystania prototypy diagnostyczne” (Frances 2010: 69).

Kierunki zmian w systemach diagnostycznych DSM dotyczyły uwzględnienia dodatkowych kryteriów diagnostycznych, takich jak: czynniki genetyczne, występowanie rodzinne, wczesne niekorzystne czynniki środowiskowe, podłoże neuronalne, biomarkery, procesy poznawcze i emocjonalne, różnice i podobieństwa w symptomatologii, współchorobowość, przebieg leczenia. W efekcie uproszczenia klasyfikacji (Goldberg 2010) zredukowano liczbę kategorii diagnostycznych w DSM do 16, a w ICD do 10. Niestety, do chwili obecnej nie udało się opracować testów biologicznych, które pozwalałyby rozpoznać w etiologii zaburzeń specyficzne biomarkery. Allen

Frances (2010: 68) zauważa, że dotychczasowy stan badań nad tym tematem nie daje podstaw do wytypowania parametrów biologicznych o odpowiedniej czułości czy swoistości. Posługiwanie się wymienionymi systemami diagnostycznymi w rozpoznawaniu zaburzeń psychicznych opiera się na trzech modelach: pierwszy zakłada istnienie odrębnych elementów, które składają się na całość syndromu, drugi zakłada hierarchię, czyli rozpoznanie wyższego rzędu oznacza spełnienie kryteriów zaburzeń niższego rzędu, i trzeci zakładający wewnętrzną strukturę zaburzeń, którą można opisać wymiarowo. Ostatni model jest obiecujący, chociaż posiada pewne słabości w postaci braku prostych narzędzi diagnostycznych, standardów orzekania o normie i zaburzeniu i zwiększenia wymagań wobec lekarzy (Frances 2010; Goldberg 2010; Möller 2018).

Tego typu diagnoza reprezentuje model klinicznej diagnozy nozologicznej pozwalającej dokonać klasyfikacji przypadku do danego typu lub gatunku. Diagnoza ta nazywana także objawową, typologiczną, klasyfikacyjną jest realizowana na wzór diagnozy medycznej i polega na rozpoznaniu symptomów i zakwalifikowaniu ich do określonego syndromu zgodnie z obowiązującą systematyzacją chorób i zaburzeń (Brzeziński, Kowalik 1995). Wprawdzie ten model nadal jest obecny w różnych obszarach zastosowań psychologii i pedagogiki (np. badania osobopoznawcze w resocjalizacji), to jednak posiada szereg istotnych słabości. Przede wszystkim zarzuca się, że osoby badane są traktowane przedmiotowo ze względu na dominację twardych technik psychometrycznych (Brzeziński, Kowalik 1995). Nie pozwala dokonać holistycznej oceny funkcjonowania psychospołecznego człowieka w różnych kontekstach ekologicznych. Brak uwzględnienia złożonych mechanizmów zaburzenia nie stwarza solidnych podstaw dla procesu leczenia/terapii, wychowania i nauczania. Ponadto model ten nadmiernie koncentruje się na patomechanizmach zaburzenia, co nie pozwala na sformułowanie diagnozy pozytywnej, która byłaby użyteczna dla praktyki psychopedagogicznej.

Perspektywa kategoryalna w koncepcji Johna S. Rollanda

Przykładem implementacji kategoryalnego podejścia w psychologii jest przedstawiona w 1984 roku koncepcja Johna S. Rollanda, badacza z Uniwersytetu w Yale. Zakłada ona, że określone biologiczne

parametry dysfunkcji zdrowotnych, zwłaszcza chorób przewlekłych, stwarzają swoiste psychospołeczne wymagania dla jednostki, która ich doświadcza, oraz dla członków jej rodziny (por. Rolland 1984). Zaproponowany przez badacza model odnosi się do dwóch wymen-
sji: 1) zróżnicowania chorób, które pogrupowane są według klucza biologicznych podobieństw i różnic oraz 2) faz czasowych (*time phasis*): kryzysowej, chronicznej/przewlekłej i terminalnej, znajdujących swoje odzwierciedlenie w naturalnej ewolucji choroby. Każda z wymienionych faz stawia przed osobą chorą i członkami rodziny specyficzne zadania, wymagające odmiennych zasobów siły, postaw i zmian. Współczesne badania nad efektywnością radzenia sobie ze stresem w chorobie przewlekłej potwierdzają zróżnicowany charakter adaptacyjności strategii zaprzeczania w zależności od fazy (czasu trwania) choroby. Warto dodać, że w późniejszych publikacjach Rolland (2012) wskazywał na konieczność poszerzenia zakresu faz czasowych w związku z postępem genetyki oraz pojawieniem się testów prognostycznych i możliwością ustalenia ryzyka wystąpienia chorób na wiele lat przed ich zaistnieniem. Biorąc pod uwagę dwa wymienione wyżej kluczowe wymiary: zróżnicowania chorób i kontekstu czasowego, autor modelu utworzył matrycę umożliwiającą porównywanie i kontrastowanie danych, a także generowanie hipotez odnoszących się do dwukierunkowo ujmowanych zależności między czynnikami biologicznymi i psychospołecznymi (Rolland 1984, 1987). Kategoryzacja dysfunkcji zdrowotnych, obejmująca 32 jednostki (por. tabela 1), została przeprowadzona w oparciu o takie kryteria podziału, jak:

1. początek (*onset*), który może być nagły lub stopniowy. Choć konieczność przeformułowania ról rodzinnych, struktury, a także strategii radzenia sobie może być w obu przypadkach podobna, to jednak nagły początek choroby wiąże się z większym obciążeniem, gdyż powyższe zmiany muszą się zadziać w krótszej perspektywie czasowej;
2. przebieg (*course*), który może być: progresywny (gwałtowny lub powolny), wymagający od rodziny dużej elastyczności i otwarcia na zewnętrzne źródła wsparcia; stabilny (m.in. stan po amputacji, udarze, urazie rdzenia kręgowego, zaburzenia poznawcze, utrata mowy), gdzie potencjalnym problemem może być wyczerpanie i doświadczenie trwałych oraz

częściowych deficytów, oraz nawracający/epizodyczny (m.in. astma, stwardnienie rozsiane, choroby nowotworowe w remisji). Chory i członkowie jego rodziny żyją w dwóch schematach: względnie normalnego biegu życia i kryzysowych okresach zaostrzeń objawów;

3. rokowanie (*outcome*): wyróżnia się choroby zasadniczo niewpływające na długość życia (zapalenie stawów, choroba krążka lędźwiowo-krzyżowego); schorzenia o jednoznacznie złym rokowaniu (nowotwór z przerzutami, AIDS) oraz choroby skracające życie (choroby sercowo-naczyniowe) i przebiegające z ryzykiem nagłej śmierci (hemofilia);
4. ubezwłasnowolnienie (*incapacitation*) doświadczane (bądź nie) przez osobę z określonym statusem zdrowotnym.

Tabela 1. Kategoryzacja przewlekłych zaburzeń według typu psychospołecznego

		Ubezwłasnowolniające		Nieubezwłasnowolniające	
		Początek nagły	Początek stopniowy	Początek nagły	Początek stopniowy
Progresywne	Śmiertelne		Rak płuc, Przerzuty do OUN, Niewydolność szpiku kostnego, Stwardnienie zanikowe boczne	Rak trzustki, Rak z przerzutami (np. piersi, płuc, wątroby)	
Progresywne	Potencjalnie śmiertelne, skracające długość życia		Choroba Parkinsona, Rozedma, Choroba Alzheimera, Ośpienie wielozawałowe, AIDS, Stwardnienie rozsiane, Przewlekły alkoholizm, Choroba Huntingtona, Twardzica skóry		Cukrzyca typu I, Nadciśnienie złośliwe, Insulinozależna cukrzyca typu II
Nawracające		Dusznicza	Wczesne stwardnienie rozsiane, Epizodyczny, alkoholizm	Anemia sierpowata, Hemofilia	Układowy toczeń rumieniowaty

		Ubezpiewłasnowolniające		Nieubezwłasnowolniające	
		Początek nagły	Początek stopniowy	Początek nagły	Początek stopniowy
Stabilne		Udar, Umiarkowany/ ciężki zawał mięśnia sercowego	PKU i inne wrodzone wady metaboliczne	Łagodny zawał mięśnia sercowego, Arytmia serca	Niewydolność nerek wymagająca dializowania, Choroba Hodgkina
Progresywny	Niezwiązane z ryzykiem śmierci		Reumatoidalne zapalenie stawów, Zapalenie kości i stawów		Insulinoniezależna cukrzyca typu II
Nawracające		Choroba dysku lędźwiowo- krzyżowego		Kamienie nerkowe, Dna, Migreny, Sezonowa alergia, Asthma epilepsja	Wrzód trawienny, Wrzodziejące zapalenie okrężnicy, Przewlekłe zapalenie oskrzeli, Inne zapalne choroby jelit, Łuszczyca
Stabilne		Wrodzone wady rozwojowe, Uraz rdzenia kręgowego, Ostra ślepota, Ostra głuchota, Przebyte ciężkie urazy i poparzenia, Zespół nie- dotlenienia (Posthypoxic syndrome)	Niepostępująca niepełnosprawność intelektualna, Mózgowe porażenie dziecięce	Łagodna arytmia, Wrodzona wada serca (łagodna)	Zespoły złego wchłaniania, Nadczynność/ niedoczynność tarczycy, Niedokrwistość złotliwa, Kontrolowane nadciśnienie, Kontrolowana astma

Źródło: Rolland 1984, 1987, 2012.

Zasadniczo, co podkreśla Rolland, zaproponowana typologia nie została opracowana dla celów *stricte* medycznych, takich jak: leczenie i prognoza, ale dla celów analizy relacji między dynamiką indywidualną chorego lub jego rodziny a samą chorobą. Kluczowym pojęciem w zaproponowanej koncepcji jest interakcja (Rolland 2012).

Niewątpliwą zaletą koncepcji Rollanda jest wielowymiarowe ujęcie biologicznych charakterystyk jednostek nozologicznych i zaburzeń rozwojowych tak, by były możliwe do zinterpretowania w kluczu

psychospołecznych wyzwań diagnozy i terapii. Opisany model ma także istotny potencjał w obszarze eksploracyjnym, zwłaszcza uwzględnienie faz choroby daje podstawy do projektowania badań longitudinalnych. Choć zdecydowaną większość wymienionych w tabeli dysfunkcji zdrowotnych stanowią choroby przewlekłe, będące w obszarze zainteresowań jednej z subdyscyplin pedagogiki specjalnej – pedagogiki leczniczej, to uwzględniono w niej także niepełnosprawności sensoryczne, wrodzone wady rozwojowe, mózgowe porażenie dziecięce czy też niepełnosprawność intelektualną, analizowane w ramach innych subdyscyplin (tyflopedagogiki, oligofrenopedagogiki, pedagogiki osób z niepełnosprawnością sprzężoną) oraz psychologii klinicznej.

Przedmiot badań pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej w zmieniającej się perspektywie

W przypadku pedagogiki specjalnej w centrum zainteresowania badaczy znajdują się przede wszystkim osoby z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą oraz ich funkcjonowanie psychospołeczne, ze szczególnym uwzględnieniem sfery edukacyjnej. W ujęciach klasycznych przyjmowano, że głównym obszarem eksploracji pedagogiki specjalnej jest teoria i praktyka wychowania i nauczania jednostek z zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi wymagających specjalnej pomocy. Z czasem dołączono problematykę opieki i terapii, określając ten szeroki zakres oddziaływań oryginalnie polskim terminem rewalidacja, współcześnie zastąpionym terminem rehabilitacja. Rozwój naukowych podstaw pedagogiki specjalnej w obszarze rehabilitacji nie byłby możliwy bez osadzenia omawianej dyscypliny w interdyscyplinarnym kontekście. Pojęcie interdyscyplinarności „wskazuje na współzależność (kooperację) badań prowadzonych na styku różnych dyscyplin (teorii) naukowych, przyporządkowanych rozwiązaniu dobrze określonego problemu badawczego (zaliczanego do klasy problemów interdyscyplinarnych)” (Poczobut 2012: 41).

Już Maria Grzegorzewska, inicjując pedagogikę specjalną jako naukę o wychowaniu, nauczaniu i rewalidacji dzieci z odchyleniami od normy, zakładała wykorzystanie dorobku takich nauk, jak: fizjologia, patologia ogólna, pediatria, psychiatria, neurologia, psychologia,

socjologia, pedagogika ogólna i higiena (Zielińska 2014). Pedagogikę specjalną od początku cechowało ściśle osadzenie na doświadczalnych podstawach, z zaznaczeniem „istotnej roli czynników biologicznych jako współczynników w rozwoju i wychowaniu dziecka” (Tomasik 1997: 69). Akcentując pionierskie, jak na ówczesne czasy, znaczenie pozytywnych dominant emocjonalnych osób z niepełnosprawnością, swą wiedzę o ich psychospołecznym funkcjonowaniu Grzegorzewska osadzała na bazie podstaw biomedycznych. Prace badawcze jej samej oraz uczniów i współpracowników (Doroszewska, Sękowska, Lipkowski) cechowała pogłębiona analiza biopsychospołecznej charakterystyki poszczególnych grup dzieci z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą, opracowywana dla celów organizacji specjalistycznej edukacji realizowanej w ramach szkolnictwa specjalnego.

Istotnym przełomem w omawianym nurcie eksploracyjnym, opartym na wąsko dookreślonych subpopulacjach, było opublikowanie przez Aleksandra Hulka (1988) pracy na temat wspólnych i swoistych cech osób z niepełnosprawnością, w której autor zmodyfikował optykę postrzegania tychże osób na tle populacji osób neurotypowych. Nie zgadzał się on z tezą Janiny Doroszewskiej, że choroba przewlekła deformuje prawidłowe funkcjonowanie w sposób charakterystyczny dla danego rodzaju choroby (Chrzanowska 2015). Podobnie Aleksandra Maciarz (2001), opowiadając się za koncepcją Hulka, była zdania, że osoby przewlekle chore w obszarze dyspozycji osobowościowych nie różnią się istotnie od osób zdrowych. Ujawnianie się wielu różnorodnych cech osobowych, decydujących o dobrej bądź utrudnionej adaptacji, jest efektem relacji interpersonalnych ze środowiskiem społecznym i obecnych w nim stereotypów oraz przesądów (Chrzanowska 2015). Rozwój emancypacyjnych i normalizacyjnych idei w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością w teorii i praktyce społecznej wyraźnie przesunął punkt ciężkości zainteresowań badawczych pedagogiki specjalnej w kierunku perspektywy niekategorialnej. W obszarze edukacji zaś nastąpiło dynamiczne przeorientowanie zainteresowań najpierw w kierunku integracji edukacyjnej i społecznej, później zaś – inkluzji i edukacji włączającej. Zmiany paradygmatyczne w określaniu podmiotu pedagogiki specjalnej opisują w swoich pracach teoretycznych współcześni badacze (Krause 2010; Chrzanowska 2015). Iwona Chrzanowska (2015) zwraca uwagę, że w ICF wyróżniono dwa rozbieżne podejścia

badawcze: medyczne i społeczne. Model medyczny podkreślał znaczenie leczenia i rehabilitacji, traktując niepełnosprawność jako problem osobisty jednostki. Model społeczny natomiast koncentrował się na roli społeczeństwa w procesie integracji osób niepełnosprawnych. Kompromisem pomiędzy tymi podejściami jest przyjęcie modelu biopsychosocjalnego łączącego oba wcześniejsze i dzięki temu realizującego założenia pedagogiki humanistycznej. Amadeusz Krause (2010) podkreśla, że w paradygmacie emancypacyjnym dominujące znaczenie ma motywacja i wolność wyboru osób z niepełnosprawnością, podczas gdy w podejściu rehabilitacyjnym akcentowana jest rola rehabilitacji/rewalidacji i reaktywności tych osób. Dualność w rozwoju pedagogiki specjalnej, wyrażoną w koegzystencji przyjmowanych perspektyw teoretycznych: medycznej i społecznej, stanowi także przedmiot interesujących rozważań autorstwa Zenona Gajdzicy, który w konkluzji postrzega ją jako szansę wieloparadygmatycznego rozwoju omawianej dyscypliny (Gajdzica 2018).

Psychologia kliniczna jest działem psychologii stosowanej przyjmującej za przedmiot zaburzenia czynności ludzkich oraz ich przyczyny i skutki. O zaburzeniach można mówić wówczas, gdy czynności tracą swoje ukierunkowanie na cel i ulegają dezorganizacji, co powoduje trudności w regulowaniu stosunków człowieka z otoczeniem. Obszary eksploracji obejmują wyjaśnianie mechanizmów zdrowia oraz patomechanizmów zaburzeń psychicznych i zachowania, procedury diagnostyczne oraz procedury pomocy psychologicznej (poradnictwa i terapii) stosowane wobec osób z zaburzeniami. W wielu obszarach powyższe cele są realizowane wobec osób z chorobami somatycznymi, które w świetle badań psychologicznych posiadają złożone uwarunkowania psychosomatyczne (m.in. nowotwory, alergie, choroby serca, udary, choroby układu pokarmowego). Przedmiotem analiz psychologii klinicznej są także konsekwencje niepełnosprawności percepcyjno-motorycznych (niepełnosprawność intelektualna, wzrokowa, słuchowa, motoryczna), zespołów zaburzonego rozwoju (spektrum autyzmu, zespół Downa i inne), uszkodzeń organicznych mózgu, zaburzeń psychicznych w zakresie funkcjonowania intelektualnego i psychospołecznego. Celem jest zdefiniowanie warunków życia i działania ludzi umożliwiających im realizowanie potencjału rozwojowego i ochronę przed zagrożeniami zdrowia psychicznego (higiena psychiczna) oraz opracowanie najbardziej

skutecznych metod postępowania korekcyjnego wobec już zaistniałych zaburzeń (terapia i psychoterapia) (Sęk 2005; Cierpiałkowska, Sęk 2016).

Podsumowując, przedmiot badań pedagogiki specjalnej oraz psychologii klinicznej w pewnych zakresach się pokrywa, zbieżność ta wynika z bliskich związków obu nauk z medycyną. Dominujące w badaniach medycznych podejście nozologiczne, oparte na ściśle sprecyzowanych kategoriach diagnostycznych, ma swoje odzwierciedlenie w podejmowanych współcześnie badaniach interdyscyplinarnych, m.in. biomedyczo-psychopedagogicznych. Pomimo dużych zmian w zakresie metodologii i metodyki badań w naukach humanistycznych i społecznych nadal preferowany jest model pozytywistyczny, kładący nacisk na wnioskowanie oparte na dowodach (*evidence-based*) (Krause 2010; Chrzanowska 2015; Gajdzica 2018). Współcześnie obserwuje się zarówno w pedagogice specjalnej, jak i psychologii klinicznej przenikanie problematyki z zakresu m.in. takich dziedzin, jak: socjologia, teologia, etyka, a nawet antropologia, politologia i ekonomia (Bauman 2008: 58–59) oraz filozofia, historia, sztuka i literatura (Wlazło 2016: 68). Podejście przyjmujące tezę o krzyżującym się przedmiocie badań wymienionych dyscyplin dzięki różnorodnej metodologii pozwala uzyskać pogłębiony obraz funkcjonowania osób z zaburzeniami zdrowia. Stanowisko niekategorialne staje się bardzo popularne ze względu na zmiany paradygmatyczne w podejściu do osób z niepełnosprawnością, gdyż według założeń humanistycznych w psychologii klinicznej i pedagogice specjalnej duże znaczenie w powstawaniu problemów adaptacyjnych takich osób odgrywają czynniki społeczne i kulturowe, które mają charakter uniwersalny. Nie kwestionując zasadności przyjęcia modelu niekategorialnego w badaniach i postrzeganiu osób z niepełnosprawnością, autorki opracowania stawiają jednak pytanie, czy właściwe jest marginalizowanie perspektywy kategorialnej, zwłaszcza w kontekście jej potencjału w odniesieniu do interdyscyplinarnych badań z udziałem badaczy reprezentujących nauki medyczne.

Zalety i wady podejścia kategorialnego w badaniach psychopedagogicznych

Zaletami przemawiającymi za wykorzystywaniem podejścia kategorialnego w diagnozie i badaniach naukowych z zakresu pedagogiki specjalnej i psychologii klinicznej są:

- precyzja doboru grupy badanej, możliwość uwzględnienia stopnia ciężkości choroby/niepełnosprawności, co ma istotne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, uszkodzeń CUN (epilepsja), niepełnosprawności sensorycznych, zaburzeń psychicznych (depresja, schizofrenia), zaburzeń rozwojowych (ADHD);
- większy obiektywizm pomiaru, w związku z faktem, że realizowany on jest w toku badań klinicznych;
- możliwość dostrzeżenia wpływu czynników somatycznych na funkcjonowanie psychospołeczne (Miller, Rosenbaum 2016);
- umożliwienie realizacji badań interdyscyplinarnych, np. dotyczących wpływu farmakoterapii na procesy poznawcze i uczenie się (Judd i in. 2014);
- lepsza komunikacja specjalistów, a także pełniejsze wykorzystanie badań naukowych w praktyce klinicznej dzięki precyzyjnie zdefiniowanym kryteriom;
- uwzględnienie dążenia przez osoby z dysfunkcjami zdrowotnymi do uzyskania diagnozy medycznej oraz adekwatnej, biomedycznej interpretacji doświadczanego cierpienia, przy jednoczesnej dezawuacji interpretacji psychologicznych jako utrudniających dostęp do roli chorego i związanych z nią przywilejów (Skrzypek 2013).

Przyjęcie podejścia kategorialnego w badaniach niesie także ze sobą swoiste ograniczenia:

- jest mniej uzasadnione w badaniach osób z chorobami rzadkimi, osób niezdiagnozowanych (Arim i in. 2015);
- wiąże się z formalnymi utrudnieniami w uzyskaniu dostępności do niezbędnych informacji medycznych w procesie gromadzenia danych;
- jest związane z niebezpieczeństwem stygmatyzacji osób i jej negatywnego wpływu na rozwój psychospołeczny osób z doświadczeniem różnego typu schorzeń i niepełnosprawności.

Zarzuty jakie są formułowane wobec podejścia kategorialnego skłaniają badaczy do poszukiwania alternatywnych metod definiowania grupy badanej. Bartosz Grabski i Józef K. Gierowski (2012) zwracają uwagę, że wadami dotychczasowych typologii kryterialnych stosowanych w diagnozie zaburzeń osobowości są: ograniczona trafność i rzetelność kategorii, arbitralność i ekstremalność ocen (jest objaw lub go nie ma), poliftetyczność kryteriów (różne symptomy mogą dać to samo rozpoznanie), niestabilność diagnoz, ograniczona użyteczność dla praktyki klinicznej, zarówno w zakresie diagnozy, jak i terapii. Ponadto ujęcie kryterialne jest statyczne, ponieważ określa stan tylko w chwili aktualnej i nie daje podstaw do jakiegokolwiek prognozy. Nie ma wskazówek dotyczących rozpoznania mieszanych kategorii zaburzeń (sprzężeń) oraz ich potencjalnej dynamiki dotyczącej przechodzenia jednego problemu klinicznego w drugi. Systemy te pozwalają określić występowanie patologii, natomiast nie dają narzędzi do charakteryzowania osobowości niezaburzonych, które obejmują cechy w nasileniu łagodnym i przeciętnym, zakładając, że ten aspekt będzie obiektem ocen niekategorialnych.

Rozwiązaniem problemu różnicowania normy i patologii jest wprowadzenie w systemie DSM-V dymensji w obrębie kategorii diagnostycznych, co pozwala na rozpoznanie zaburzeń podprogowych i stanów przedchorobowych. Umożliwia to wczesne identyfikowanie zaburzeń i wprowadzenie leczenia łagodnych symptomów. Jednocześnie takie podejście może zwiększyć liczbę fałszywie pozytywnych diagnoz i skłonić do przyjmowania leków osoby tego niepotrzebujące, czym zainteresowane są koncerny farmaceutyczne (Frances 2010).

Pomimo tak licznych zarzutów wobec podejścia kryterialnego i systemów diagnostycznych są one nadal cenione w praktyce klinicznej oraz badaniach naukowych, zwłaszcza tych prowadzonych w interdyscyplinarnych zespołach (klinicznych). Do niewątpliwych zalet podejścia kategorialnego należą kwestie dotyczące trafności diagnozy zaburzeń zdrowia w świetle wyników najnowszych badań naukowych i klinicznych oraz postępowania terapeutycznego i leczenia.

Systemy klasyfikacji kategorialnej pozwoliły na precyzyjną operacjonalizację zaburzeń przy uwzględnieniu najnowszych wyników badań. Umożliwia to dobrą komunikację specjalistów zajmujących się badaniami naukowymi i praktyką kliniczną. Warto podkreślić, że istniejące systemy diagnostyczne stale są udoskonalane i modyfikowane

tak, aby jak najlepiej odpowiadały potrzebom lekarzy, psychologów oraz pedagogów specjalnych.

Podsumowanie

Wybór określonego paradygmatu badawczego wymaga dużej świadomości w zakresie zastosowania procedury metodologicznej.

Pierwszy aspekt dotyczy przedmiotu badań, który w dużym stopniu determinuje kolejne kroki w eksploracji. W przypadku analizy funkcjonowania intelektualnego sugerowane jest podejście kategoryjne ze względu na fakt, że zaburzenia zdrowia somatycznego i psychicznego mogą wynikać z objawów (np. ADHD) oraz procesu leczenia (konsekwencje stosowania leków, w szczególności objawy uboczne). Te same grupy osób mogą być rekrutowane do analizy funkcjonowania psychospołecznego i wówczas należałoby skorzystać z podejścia niekategoryjnego, zgodnie z którym problemy adaptacyjne osób z zaburzeniami wynikają z ich interakcji z otoczeniem społecznym. Należy podkreślić, że subiektywna percepcja ograniczeń i możliwości tych osób również wynika z postaw społecznych osób znaczących. Takie podejście wymaga wnikliwej analizy działania interakcyjnego czynników.

Kolejną konsekwencją wyboru podejścia badawczego jest zdefiniowanie populacji i ustalenie kryteriów doboru osób badanych. Skorzystanie z systemów kryterialnych gwarantuje precyzję i czystość grupy badanej, natomiast w podejściu niekategoryjnym grupa może być wewnętrznie zróżnicowana. To z kolei będzie wiązało się z trafnością zewnętrzną badań, czyli możliwością generalizacji wniosków na określoną populację. Precyzja podejścia kategoryjnego powoduje, że wnioski dotyczą węższego zakresu badanych – w przeciwieństwie do podejścia niekategoryjnego.

Z wyborem określonego podejścia jest powiązane także stosowanie określonych technik diagnostycznych. Podejście kategoryjne, ze względu na zakładaną precyzję pomiaru, wykorzystuje techniki dedykowane konkretnej populacji (np. testy inteligencji dla osób niewidomych), natomiast w podejściu niekategoryjnym, w którym problematyka badawcza dotyczy funkcjonowania psychospołecznego, mogą być wykorzystane techniki uniwersalne, np. skale postaw wobec niepełnosprawności, skale jakości życia czy wsparcia społecznego.

Analizując specyfikę obu podejść, można uznać, że reprezentują one różne modele diagnozy klinicznej. Podejście kategorialne przede wszystkim koncentruje się na rozpoznaniu zaburzenia i zakwalifikowaniu go do określonej jednostki, czyli jest to diagnoza nozologiczna. Natomiast podejście niekategorialne jest interdyscyplinarną diagnozą ekologiczną, w której problemy w funkcjonowaniu pacjenta są funkcją deficytów środowiska społecznego (Sęk 2005).

Obydwa podejścia wymagają uwzględnienia interdyscyplinarnego analizowania problemu. Badanymi zagadnieniami interdyscyplinarnymi są np.: promocja autonomii osób z niepełnosprawnością, ich inkluzja społeczna, normalizacja, problemy wsparcia psychospołecznego oraz określenie efektywności oddziaływań edukacyjnych i wychowawczych wobec osób z zaburzeniami. W podejściu kategorialnym uwzględnia się specyfikę zaburzenia jako podstawę do poprawy funkcjonowania poznawczego ucznia, pomocy edukacyjnej i dostosowania metodyki nauczania do możliwości ucznia (np. dla ucznia z niepełnosprawnością wzrokową lub słuchową), natomiast w podejściu niekategorialnym analizuje się uwarunkowania inkluzji społecznej. Wskazane jest połączenie obu podejść w celu optymalizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Wybór podejścia to także decyzja dotycząca wyboru paradygmatu teoretycznego. Pomimo istnienia konkurencyjnych modeli badawczych nadal preferowany jest model oparty na empiryzmie, nawiązujący do podejścia pozytywistycznego, które zdaniem Robina S. Ushera (1996 za: Oleniacz 2009: 158) jest deterministyczne, racjonalistyczne, apersonalne i refleksyjne. Pomimo niewątpliwych zalet tego podejścia w tworzeniu nauki zarzuca mu się zbyt przedmiotowe traktowanie spraw osób z zaburzeniami. Podejście to gwarantuje jednak wiedzę pewną i obiektywną, podczas gdy pozostałe paradygmaty (hermeneutyczno-interpretatywny, krytyczny i postmodernistyczny) zakładają dużą subiektywność i dowolność interpretacji. Być może przekraczanie granic i integracja treści różnych dyscyplin nauki, takich jak medycyna, pedagogika specjalna, psychologia kliniczna, uzasadnia również mniej ortodoksyjne podejście do doboru osób do badań. Decyzja dotycząca wyboru paradygmatu jest przede wszystkim podyktowana preferencjami badacza oraz jego kompetencjami i powinna mieć uzasadnienie w odpowiednim zapleczu merytorycznym.

Bibliografia

- Arim R.G., Kohen D.E., Brehaut J.C. [...] Rosenbaum P.L. (2015). *Developing a Non-categorical Measure of Child Health Using Administrative Data*, „Health Reports”, t. 26, nr 2, s. 9–16, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25692939/> [dostęp: 15.11.2023].
- Bauman T. (2008). *Komplikacje i dylematy przy określaniu przedmiotu badań pedagogicznych*, [w:] K. Rubacha (red.), *Konceptualizacja przedmiotu badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 57–72.
- Brzeziński J., Kowalik S. (1995). *Diagnoza kliniczna w kontekście praktyki społecznej*, [w:] H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 187–212.
- Cierpiałkowska L. (2020). *Psychopatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpiałowska L., Sęk H. (2016). *Psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Chrzanowska J. (2015). *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Falana-Jafra A. (2019). *Zarys problematyki kategoryzacji prawnej na przykładzie wybranych przepisów polskiej ustawy karnej*, „Konteksty Społeczne”, t. 7, nr 1(13), s. 99–108, <https://journals.umcs.pl/ks/article/view/11135> [dostęp: 15.11.2023].
- Frances A. (2010). *Dokąd zmierza DSM-V?*, „Psychiatria po Dyplomie”, t. 7, nr 4, s. 68–70, <https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/282/original/68-70.pdf?1472726176> [dostęp: 15.11.2023].
- Gajdzica Z. (2018). *Perspektywa rozwoju pedagogiki specjalnej w tyglu jej dualnego i dwoistego charakteru*, „Nauki o Wychowaniu. Studia Interdyscyplinarne”, t. 6, nr 1, s. 51–63, <https://doi.org/10.18778/2450-4491.06.06>
- Goldberg D. (2010). *The Classification of Mental Disorder: A Simpler System for DSM-V and ICD-11*, „Advances in Psychiatric Treatment”, t. 16, nr 1, s. 14–19, <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007120>
- Gonigroszek D., Pietraszko M. (2012). *Proces kategoryzacji a nauczanie języków obcych*, [w:] O. Majchrzak (red.), *PLEJ czyli Psycholingwistyczne Eksploracje Językowe*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 73–84.
- Grabski B., Gierowski J.K. (2012). *Zaburzenia osobowości – różne spojrzenia i próby ich integracji*, „Psychiatria Polska”, t. 46, nr 5, s. 829–844.
- Hulek A. (1988). *Wspólne i swoiste zagadnienia w rewalidacji różnych grup osób z odchyleniami od normy*, [w:] A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 462–477.
- ICD-10 International Classification of Diseases Version 2019, <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/I>
- ICD-11 International Classification of Diseases 11 th Revision. Global standards for diagnostic health information, <https://icd.who.int/en>

- Jastrzębowska G. (2019). *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym*, „Logopedia”, t. 48, nr 1, s. 27–46, <https://www.logopedia-ptl.pl/index.php/logopedia/article/view/14> [dostęp: 15.11.2023].
- Judd L.L., Schettler P.J., Brown E.S. [...] & Singh G. (2014). *Adverse Consequences of Glucocorticoid Medication: Psychological, Cognitive, and Behavioral Effects*, „American Journal of Psychiatry”, t. 171, nr 10, s. 1045–1051, <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13091264>
- Krause A. (2010). *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Maciarz A. (2001). *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Zak”.
- Miller A.R., Rosenbaum P. (2016). *Perspectives on “Disease” and “Disability” in Child Health: The Case of Childhood Neurodisability*, „Frontiers in Public Health”, t. 4, art. 226. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00226>
- Möller H.J. (2018). *Możliwości i ograniczenia DSM-5 w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska”, t. 52, nr 4, s. 611–628, <https://doi.org/10.12740/PP/91040>
- Oleniacz M. (2009). *Kierunki metodologiczne w pedagogice specjalnej*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 1, s. 157–165.
- Poczobut R. (2012). *Interdyscyplinarność i pojęcia pokrewne*, [w:] A. Chmielewski, M. Dudzikowa, A. Grobler (red.), *Interdyscyplinarnie o interdyscyplinarności. Między ideą a praktyką*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 39–62.
- Rolland J.S. (1984). *Toward a Psychosocial Typology of Chronic and Life-Threatening Illness*, „Family Systems Medicine”, t. 2, nr 3, s. 245–262, <https://doi.org/10.1037/h0091663>
- Rolland J.S. (1987). *Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework*, „Family Process”, t. 26, nr 2, s. 203–221, doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x
- Rolland J.S. (2012), *Mastering Family Challenges in Serious Illness and Disability*, [w:] N. Walsh (red.), *Normal Family Processes*, 4th edition, New York: Guilford Press, s. 452–482.
- Sęk H. (2005). *Psychologia kliniczna*, t. 1–2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skrzypek M. (2013). *W stronę socjologii diagnozy. Społeczne funkcje diagnozy medycznej w kontekście doświadczenia choroby*, „Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica”, t. 45, s. 51–64.
- Stein R.E.K., Jessop D.J. (1982). *A Noncategorical Approach to Chronic Childhood Illness*, „Public Health Report”, t. 97, nr 4, s. 354–362.
- Tomasik E. (1997). *Wybrane zagadnienia z pedagogiki specjalnej*, Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

- Torres C., Farley C.A., Cook B.G. (2012). *A Special Educator's Guide to Successfully Implementing Evidence-Based Practices*, „Teaching Exceptional Children”, t. 45, nr 1, s. 64–73, <https://doi.org/10.1177/0040059914553209>
- Wlazło M. (2016). *Interdyscyplinarne studia nad niepełnosprawnością – sprzymierzeniec czy wróg pedagogiki specjalnej?*, „Problemy Edukacji, Rehabilitacji i Socjalizacji Osób Niepełnosprawnych”, t. 2, nr 23, s. 65–74.
- Zielińska J. (2014). *Maria Grzegorzewska i jej interdyscyplinarna wizja pedagogiki specjalnej a czasy współczesne*, [w:] E. Dyduch, A. Mikrut, J. Zielińska (red.), *Idee Marii Grzegorzewskiej jako inspiracje rozwoju współczesnej pedagogiki specjalnej*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 193–201.

ADRESY DO KORESPONDENCJI:

Dr hab. Renata Zubrzycka
 Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
 Katedra Metodologii Nauk Pedagogicznych
 e-mail: renata.zubrzycka@mail.umcs.pl

Dr hab. Anna Wojnarska
 Państwowa Akademia Nauk Stosowanych
 im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu
 Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych
 e-mail: anna.wojnarska@gmail.com