

Dorota Podgórska-Jachnik
Katedra Pedagogiki Specjalnej UŁ

OCZEKIWANIA WOBEC SYSTEMU TERMINOLOGICZNEGO
W PEDAGOGICE SPECJALNEJ JAKO SEMANTYCZNEJ
WYKŁADNI WIELOASPEKTOWOŚCI
PROBLEMATYKI NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Zabierając głos w dyskusji na temat obecnego i pożądanego stanu terminologii w pedagogice specjalnej, chciałabym zachęcić do innego spojrzenia na złożoność systemu pojęciowego, w którym samym pedagogom specjalnym coraz trudniej się poruszać. Jest to niewątpliwie trudna sytuacja, wymagająca dyskusji środowiskowej i radykalnych porządków, jednak namawiam do potraktowania wielości definicji (przy wciąż pojawiających się nowych propozycjach!) nie koniecznie jako na bałaganu, ale zasobów bogactwa, z których możemy czerpać, i powinniśmy czerpać, inspiracje. To, że wiele nowych pojęć pojawiło się lawinowo w ostatnich 15–20 latach, świadczy o intensywnym rozwoju tej dyscypliny naukowej. Na przykład w obrębie reprezentowanej przeze mnie subdyscypliny, surdopedagogiki, nagromadzenie nowych definicji czy konieczność przedefiniowania starych, dawniej używanych, wynika z ogromnego postępu, wręcz rewolucji w spojrzeniu na problemy głuchoty. Jeśli pojawia się nowe pojęcie, należy zastanowić się nad tym, czemu miało ono służyć. Padł dzisiaj zarzut, że pojęcia tworzone przez specjalistów bądź niespecjalistów często okazują się nieadekwatne do rzeczywistości. Zastanawiałam się, jaka jest tego przyczyna. I tu zaprzeczyłabym temu, że one są absolutnie nieadekwatne: jeśli nawet nie precyzują istoty jakiegoś zagadnienia, jeśli nawet czasem wprowadzają zamęt pojęciowy, mogą być adekwatne do aktualnego stanu potrzeb społecznych, edukacyjnych, psychicznych itd. jednostki niepełnosprawnej bądź osób niosących jej profesjonalną lub nieprofesjonalną pomoc. Mogą i muszą pojawiać się wobec tego pewne rozbieżności, ale pamiętajmy, że próba podjęcia nowej

definicji pojawia się wtedy, kiedy istnieje jakiś niedostatek definicji dotychczasowych. Nowa terminologia tworzona „na gorąco” może mieć charakter tymczasowy, nie zawsze aktualne zasoby wiedzy są wystarczające do precyzyjnego nazwania zjawiska – to oczywiste, jest to proces naturalny w obrębie wszystkich nauk. W pedagogice specjalnej mamy często do czynienia z niespójnością terminologiczną, bo jest to stan tworzenia nowej wiedzy. Bogactwo definicji odzwierciedla przysłowiowe „drożdże”, które we współczesnej pedagogice specjalnej są tak wyraźnie dostrzegalne. Nie zwalnia to jednak z konieczności precyzyjnego i jednoznacznego określania zjawisk, w związku z czym stoi przed nami niewątpliwie trudne zadanie, aby się nauczyć poruszać w tym gąszczu.

Zadanie systematyzacji terminologii jest znacznie ważniejsze niż redukcja wielości określeń. W dyskusji pojawia się bezradność, wynikająca z faktu, iż nawet nie potrafimy jednoznacznie zdefiniować poszczególnych kategorii niepełnosprawności. Moim zdaniem nie jest konieczne, aby jakąś osobę określać wyłącznie za pomocą jednego, ściśle ustalonego terminu. Sama czynność ma sobie znamiona etykietyzacji, której powinniśmy unikać. Natomiast w rękach specjalisty narzędzie, jakim jest złożona terminologia, może zwrócić uwagę na różne aspekty funkcjonowania osoby niepełnosprawnej. Nawet w toku naszej dzisiejszej debaty bardzo często – świadomie lub nieświadomie, nazywając to poziomami funkcjonowania, lub ich nie nazywając, ale myśląc o tym – odwoływaliśmy się do zupełnie różnych aspektów niepełnosprawności. Taką wielopoziomowość i wieloaspektowość odnajdziemy w koncepcjach psychologów klinicznych czy socjologów. Może to być szkielet porządkujący podstawową terminologię z zakresu pedagogiki specjalnej. Profesor Tadeusz Gałkowski, od wielu lat lansując potrzebę nowego podejścia do problematyki niepełnosprawności, wskazuje na trzy różne poziomy funkcjonowania niepełnosprawnych¹ i już samo wprowadzenie tego podziału wyjaśnia na dobrą sprawę bardzo wiele. W zależności od tego, gdy patrzymy na tę samą osobę, ale odnosimy

¹ Przedstawiona koncepcja jest odtworzeniem „na gorąco” przez autorkę fragmentu wykładu T. Gałkowskiego, wygłoszonego w ramach zajęć Podyplomowego Studium Pedagogiki Specjalnej UŁ w roku 1995. Mam nadzieję, że mimo upływu lat i konieczności zawierzenia własnej pamięci, uda mi się oddać ideę Pana Profesora, wyjątkowo przystającą do problematyki dzisiejszych obrad. Za ewentualne zniekształcenia z góry przepraszam!

się do innego poziomu funkcjonowania, może być ona traktowana jako niepełnosprawna lub pełnosprawna. Dotyczy to przykładu studenta, o którym mówiła w swoim wystąpieniu pani profesor Aniela Korzon, używając określenia „we własnym odczuciu był głuchy, ale nie niepełnosprawny”. Pierwszy z trzech omawianych poziomów to poziom biologiczny. Tu możemy mówić o uszkodzeniu i tu bardzo przydatna jest terminologia medyczna: uszkodzenie z wyraźnym wskazaniem, co i w jakim stopniu zostało uszkodzone. Jako pedagodzy niezbyt wiele mamy to zdziałania na tym polu, natomiast musimy myśleć kategoriami konsekwencji: jakie skutki może wywołać to uszkodzenie na poziomie wyższym biopsychicznym. A więc np. jak osoba z takim czy innym uszkodzeniem słuchu funkcjonuje psychicznie. Na tym poziomie już nie mówimy o uszkodzeniach, lecz o dysfunkcjach. Przykładowo omawiane uszkodzenie słuchu może powodować konsekwencje w postaci zaburzeń funkcjonowania w sferze językowej: takie skutki mogą być, chociaż nie muszą. To od razu wskazuje nam na zakres działań pedagoga: profilaktyka i oddziaływania rehabilitacyjne, czy też habilitacyjne – w przypadku małych dzieci. Dysfunkcje jako skutek uszkodzenia słuchu mogą dotyczyć innych sfer (choć również nie muszą się ujawnić), na przykład sfery intelektualnej, emocjonalnej i in. W przypadku upośledzenia umysłowego mechanizm jest podobny: uszkodzenie OUN – dysfunkcja w sferze intelektualnej, społecznej, językowej itd. Zwróćmy uwagę na terminologię: dwa różne poziomy funkcjonowania – ta sama osoba może być nazwana osobą z uszkodzonym słuchem (na poziomie biologicznym), ale na poziomie psychofizjologicznych używamy terminu denotującego dysfunkcję. Najwłaściwszy byłby termin głuchy, czy też nawet termin głuchoniemy². Idąc dalej tym samym tokiem myślenia, musimy dojrzeć jeszcze jeden poziom funkcjonalny. Ponieważ każda osoba z takimi czy innymi dysfunkcjami jest usytuowana w jakiś realiach społecznych, więc pojawia się jeszcze wymiar psychospołeczny. Tu dopiero widzimy, jak osoba z takim czy innym uszkodzeniem, z takimi czy innymi dysfunkcjami, faktycznie funk-

² Na przykładzie tego drugiego terminu widać, jak słowo może odzwierciedlać stan wiedzy na temat funkcjonowania jednostek niepełnosprawnych: osoba określana mianem GŁUCHO-NIEMEJ była postrzegana jako jednostka, która nie słyszy i nie mówi. Pojęcie wskazuje na dwie dominujące sfery dysfunkcjonalności.

cjonuje w życiu. Dopiero teraz możemy ewentualnie mówić o niepełnosprawności czy kalectwie. Możemy także zinterpretować rozbieżność w dwóch terminach, intuicyjnie przeciwstawionych przez opisanego wcześniej studenta: miał on uszkodzony słuch (uszkodzenie biologiczne), był głuchy – nikt nie podważał wystąpienia dysfunkcji, natomiast na poziomie psychospołecznym młody mężczyzna nie odczuwał skutków niepełnosprawności. W związku z tym, jeśli spojrzymy na niepełnosprawność w kategoriach życiowej skuteczności, zdolności do osiągania pewnych celów i zaspokajania własnych potrzeb, to nie będzie dla nas problemem, czy my używamy tego terminu, czy innego, jeśli jest to wybór świadomy. Myślę, że jest to bardzo ważne zadanie dla specjalisty, natomiast niestety nie zawsze tak jest w praktyce³.

Chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na inny aspekt terminologii z zakresu pedagogiki specjalnej. Jej złożoność i specyficzność kreuje dosyć intrygujący obraz osoby posługującej się nią. Zaznaczamy tym niewątpliwie swą zawodową odrębność, co w gronie innych pedagogów często kwitowane jest wymownym komentarzem: „ach, to wasze nazewnictwo, wasze surdo, tyflo, oligo...”. Musimy liczyć się z tym, że nasza terminologia, która może nam coś wyjaśniać, może nas dyscyplinować do konsekwencji teoretycznej, wyjścia z pewnej opcji teoretycznej, w celu zrealizowania jakiegoś zamierzenia koncepcyjnego, ma służyć także do komunikacji z innymi specjalistami bądź nie-specjalistami. To też jest bardzo ważny aspekt i musimy być świadomi czyhających tu niebezpieczeństw. Amerykański psycholog Harlan Lane (1996) zidentyfikował i nazwał takie niebezpieczeństwo: zdaniem Lane’a np. wśród specjalistów zajmujących się problemami głuchoty może ujawniać się negatywna postawa, określona mianem audyzmu. Niestety zdarza się, że wielu specjalistów wręcz odgra-

³ Zainteresowanym takim ujęciem mogą polecić artykuł T. Gałkowskiego (1997), w którym są przedstawione m.in. trzy komponenty niepełnosprawności w ujęciu socjologów M. W. Sussera i W. Watsona: komponent organiczny, funkcjonalny i społeczny. Zawarte tam sugestie terminologiczne uzupełniają przedstawiony w moim wystąpieniu zarys koncepcji. Względność sprawności i niepełnosprawności na poziomie psychospołecznym uzależniona jest też od ekologicznego podejścia do tej problematyki, co stanowi odrębny zakres inspiracji teoretycznych (Błęszyńska 1996, T. Gałkowski 1989, D. Podgórska-Jachnik 1995).

dza się od swych klientów murem terminologii, murem wyższego stopnia wtajemniczenia. Może to służyć różnym celom: dowartościowania się, usprawiedliwienia ewentualnej niskiej skuteczności własnych działań, także względem merkantylny. H. Lane demaskuje, że można być zainteresowanym zarówno utrzymywaniem negatywnego wizerunku osoby, z którą się pracuje, jak i budowaniem dystansu kompetencyjnego. Jeśli temu celowi miałyby służyć budowany przez nas багаż pojęciowy – to byłoby bardzo niedobrze. Musimy zbliżyć się komunikacyjnie do osób, z którymi pracujemy, a nie odgradzać od nich. Tym bardziej, że my używając takich czy innych terminów kreujemy nie tylko wizerunek nas, jako specjalistów. Choć może wydawać się to paradoksem, słowem kreujemy też nowe zakresy niepełnosprawności. Dotyczy to zarówno nazywania najnowszych odkryć naukowych, jak i uświadomienia jednostce tego, co dotąd u niej nie było nazwane. Obserwując psychologiczne skutki diagnozy, widzimy również jej ewentualne negatywne skutki: dysfunkcja nie nazwana nie kojarzy się z niepełnosprawnością, wskazanie jej i nazwanie może rodzić subiektywne poczucia bycia niepełnosprawnym. To trudny etycznie problem, wyrażający się w postulatcie unikania etykiet. Bogactwo terminologiczne pozwala (choć nie zawsze) na nazwanie problemu przy zminimalizowaniu negatywnych konsekwencji zapoznania klienta z diagnozą.

Na zakończenie chciałabym ustosunkować się do bardzo ważnej oferty i cennej sugestii, która się pojawiła w toku dzisiejszej dyskusji, aby w sprawach wątpliwych odwoływać się do terminologii medycznej. Zalecam ostrożność, gdyż nie możemy wejść w tę terminologię, jako pedagodzy, w sposób bezrefleksyjny. Tak jak niebezpieczne są kalki językowe, bez określonego społecznego i kulturowego kontekstu, tak samo ryzykowne jest przenoszenie terminologii z innych nauk. Tych nauk, z których czerpiemy inspiracje jest naprawdę wiele, gdyż jak wszyscy wiemy pedagogika specjalna jest nauką wybitnie interdyscyplinarną. My musimy znać terminologię medyczną, ponieważ ona pozwala nam określić poziom wyjściowy, pozwala nazwać problem, ale to jeszcze nie wszystko. Byłam kiedyś uczestnikiem bardzo ciekawej prelekcji lekarza, skierowanej do rodziców dzieci niesłyszących. Padły wówczas słowa, mówiące o tym, że „jedyną metodą leczenia głuchoty są implanty ślimakowe”. W uproszczeniu lekarz miał rację: medycyna nie zna bardziej radykalnej metody lecze-

nia, czyli likwidacji głuchoty. Kiedy my przenosimy termin głuchota w kontekście medycznym, z całym bagażem znaczeń, które kryją się w cytowanym sformułowaniu, mamy problem w określeniu zadań rehabilitacyjnych, które nie kończą się na zoperowaniu dziecka. Wręcz przeciwnie: implantacja, co do której decyzja też wcale nie jest prosta, dopiero zapoczątkowuje serię działań rehabilitacyjnych, dzięki którym dziecko „wyleczone z głuchoty” dopiero może zacząć słyszeć w sensie psychologicznym. Może, niestety nie zawsze musi, choć rezultaty rehabilitacji po implantacji są coraz bardziej obiecujące i z pewnością ten kierunek pomocy osobom z uszkodzonym słuchem ma szansę stać się w niedalekiej przyszłości trendem dominującym. Reakcja uczestniczących w prelekcji była do przewidzenia: co robią rodzice dzieci, którzy usłyszeli taką opinię? Skoro mają „dzieci chore na głuchotę”, chcą je „leczyć”, tłumnie idą do lekarza po implanty. Dla psychologa i pedagoga sprawa jest znacznie bardziej złożona, a wybór nie jest już taki prosty. To właśnie jest przykładowe niebezpieczeństwo, które zmusza nas do walki o zachowanie mimo wszystko tożsamości pedagogiki specjalnej, także w zakresie stosowanej terminologii. Nie chodzi tyle o drażliwą w środowisku zawodowym kwestię podziału kompetencji, zwłaszcza pomiędzy lekarzami, psychologami a pedagogami, ile o świadomość naszej odrębności, niezbędną do określenia przedmiotu naszych działań, a przede wszystkim do precyzyjnego ustalenia własnych zadań.

Bibliografia:

- Błęszyńska K. (1996): *Niepełnosprawność jako czynnik kształtujący usytuowanie jednostki w życiu zbiorowości społecznej*. „Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej”, nr 148.
- Gałkowski T. (1997): *Nowe podejścia do niepełnosprawności*. „Audiofonologia”, t. X.
- Gałkowski T. (1989): *Ekologiczne podejście do rehabilitacji dzieci z wadą słuchu*. „Biuletyn Audiofonologii”, t. 1, nr 1.
- Lane H. (1996): *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*. WSiP, Warszawa.
- D. Podgórska-Jachnik (1995): *Nowe tendencje w pedagogice specjalnej wobec emancypacji środowisk niepełnosprawnych*. [w:] *Pedagogika alternatywna*. T. 1. *Dylematy teorii*. pod red. B. Śliwerskiego. Oficyna Wydawnicza IMPULS. Łódź–Kraków.