

Pedagogika wobec schizofrenii

Streszczenie: Niniejszy artykuł jest głosem w dyskusji nad zmianami w pedagogice specjalnej. Jego celem jest wykazanie potrzeby dalszego włączania schizofrenii w obszar tej nauki. W pierwszym podrozdziale autorka przybliży schizofrenię i jej skutki psychospołeczne. Uzasadnia konieczność wszechstronnego i interdyscyplinarnego wsparcia procesu terapeutycznego i przedstawia podstawowe założenia psychiatrii środowiskowej. W kolejnym podrozdziale omawia teoretyczne założenia pedagogiki specjalnej – historyczny zarys, cele, subdyscypliny, podmioty, przedmiot oraz charakter podejmowanych działań. W ostatnim podrozdziale autorka wykazuje, że schizofrenia może być rozumiana jako niepełnosprawność, zaś włączenie jej w nurt pedagogiki specjalnej nie zmienia charakteru dyscypliny. Dodatkowo wykazuje możliwe drogi rozwoju pedagogiki specjalnej – stworzenie nowej subdyscypliny lub rozszerzenie pedagogiki terapeutycznej.

Słowa kluczowe: pedagogika specjalna, psychiatria środowiskowa, schizofrenia, niepełnosprawność, pedagogika terapeutyczna, inkluzja, wsparcie

Wprowadzenie

Niniejszy artykuł jest głosem w dyskusji dotyczącej koniecznych zmian w pomocy i wsparciu oferowanym osobom chorującym na schizofrenię – tak ważnych wobec niepokojącego wzrostu skali zaburzeń psychicznych we współczesnym świecie. Zostaną w nim przedstawione podstawy teoretyczne dotyczące: choroby jaką jest schizofrenia, wsparcia psychospołecznego, jakie jest potrzebne i konieczne, aby osoby chorujące mogły funkcjonować w społeczeństwie, w końcu potencjalnej roli pedagogiki i pedagogiki specjalnej w udzielaniu tego wsparcia. Analiza ta odnosi się również do współczesnego ujęcia pedagogiki specjalnej i jej podmiotu (podmiotów), przedmiotu oraz działań, jakie są podejmowane wobec osób z niepełnosprawnościami. Celem

* Monika Banaszczyk – absolwentka Uniwersytetu Łódzkiego, psycholog, doktorantka studiów pedagogicznych na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Jej publikacje dotyczą pedagogiki specjalnej, schizofrenii, niepełnosprawności, osobowości, stygmatyzacji.

artykułu jest wykazanie, że dotychczasowa reprezentacja problematyki schizofrenii – jak również innych chorób psychicznych – w obszarze problemowym pedagogiki specjalnej nie jest jak dotąd wystarczająca, z punktu widzenia nowoczesnego podejścia terapii środowiskowej osób z tymi chorobami, choć rola pedagoga specjalnego w modelu takiej terapii może być bardzo duża. Konieczne jest zatem rozbudowanie zarówno refleksji teoretycznej, jak i przygotowanie praktyczne pedagogów specjalnych do spotkania z osobą chorującą na schizofrenię oraz osobą zdrowiejącą. Włączenie problematyki schizofrenii w obszar pedagogiki specjalnej jest kolejnym etapem jej rozwoju, wynikającym z potrzeby praktyki, jednocześnie nie narusza tożsamości tej nauki: niezagospodarowane dotąd miejsce dla osób ze schizofrenią wpisuje się znakomicie w obszar jej subdyscypliny – pedagogiki terapeutycznej. Co więcej, choć zagadnienia obejmują problematykę osób chorych, nie oznaczają negatywnie wartościowanej obecnie przez pedagogikę specjalną medykalizacji. Przeciwnie: są wyrazem humanistycznego spojrzenia na człowieka w chorobie oraz uspołecznienia podejścia terapeutycznego.

Schizofrenia i jej skutki psychospołeczne

Schizofrenia to choroba, która początkowo była nazywana wczesnym otępieniem¹ oraz była uznawana za przyczynę postępującej degradacji psychicznej. Nazwa została wprowadzona na początku XX w. i oznaczała rozszczepienie umysłu, rozumiane jako brak więzi między nim a emocjami oraz światem zewnętrznym². Dziś schizofrenia jest określana jako „zaburzenie myślenia, w którym umiejętność rozpoznawania rzeczywistości, reakcje emocjonalne, procesy myślenia, formułowanie sądów oraz umiejętność porozumiewania się pogarszają się tak bardzo, że funkcjonowanie chorej osoby jest poważnie utrudnione”³. Najczęściej ujawnia się między 16 a 35 rokiem życia, dlatego bywa nazywana „chorobą młodych”. Rzadziej mamy do czynienia ze schizofrenią występującą u dzieci – pojawia się przed 10 rokiem życia – i tak zwaną późną – po 50 roku życia⁴. Badacze zauważają, że nie można spotkać ani jednej wspólnej cechy, która by wstępowała u każdej z chorujących osób. Początek, czyli wiek zachorowania oraz dynamika rozwoju schizofrenii, czas trwania, rodzaj zaburzeń związanych z procesami poznania poznawczego, emocjami, osobowością czy zaburzeniami mo-

¹ A.M. Colman, *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

² R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

³ Ch. Frith, E. Johnstone, *Schizofrenia*, GWP, Gdańsk 2012, za: R. Warner, *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*, Routledge, London 1994.

⁴ K.T. Mueser, S. Gingerich, *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2008.

torycznymi – różnią się, niekiedy znacznie, u większości, a nawet u każdej z osób⁵. Jednakże naukowcy podkreślają, że różnorodne objawy mogą występować u jednego chorującego w kolejnych okresach choroby⁶.

Schizofrenia jest chorobą niejednorodną i nie obejmuje wyłącznie jednego rodzaju objawów, termin ten obejmuje wiele jej rodzajów, zaś pacjentów można przypisać do jednego z nich, a są to:

- schizofrenia katatoniczna: objawiająca się zastygnięciem – katatonią lub nadmiernymi, chaotycznymi ruchami; pacjentowi towarzyszy w niej silne poczucie lęku; występuje mowa rozkojarzona i negatywizm czynny i bierny, czyli opór lub poddawanie się aktywności;
- schizofrenia prosta: powiązana jest z narastaniem obojętności i obniżenia nastroju; pojawia się zaniedbywanie obowiązków i coraz większe odosobnienie; zachowania stają się stereotypowe i jednocześnie ciężko jest chorującego namówić do zmiany;
- schizofrenia paranoidalna: osobie chorującej brakuje umiejętności opisu własnych przeżyć; obecne są: omamy, urojenia, które mogą mieć charakter prześladowczy lub wielkościowy oraz hiperfunkcja spostrzegawczości, czyli zauważanie szczegółów, które nie występuje u osób zdrowych⁷;
- schizofrenia hebefreniczna: objawiająca się spłyceniem afektu oraz nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi; zachowanie chorego jest nieprzewidywalne; niekiedy mogą występować w niej manieryzmy;
- schizofrenia zdezorganizowana: przejawia się zdezorganizowaną mową i zachowaniem oraz nieadekwatnymi reakcjami emocjonalnymi⁸; obecne są w niej manieryzmy; może prowadzić do dezorganizacji osobowości;
- schizofrenia niezróżnicowana: związana jest ze zmieniającą się mieszaniną podstawowych objawów⁹, lecz nie można jej przypisać do innej postaci schizofrenii;
- schizofrenia rezydualna: z początku występują w niej objawy psychotyczne, a następnie negatywne;
- schizofrenia innego rodzaju: są to zaburzenia o postaci schizofrenii;
- depresja poschizofreniczna: epizod depresyjny, który występuje po chorobie schizofrenicznej; objawy schizofrenii są jeszcze obecne, ale dominuje depresja¹⁰.

Choć to tylko podstawowa klasyfikacja, przedstawiona w celach orientacyjnych, ukazuje ogromną złożoność fenomenu tej choroby. Może też uzasadniać dotychczasowy dystans nauk pedagogicznych do obszaru kojarzonego głównie z działaniami

⁵ G. Zalewski, *Kontrowersje wokół schizofrenii. Świadomość zdrowych i chorych*, Trans Humana, Białystok 2001.

⁶ Ch. Frith, E. Johnstone, dz. cyt.

⁷ A. Kępiński, *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2011.

⁸ A.M. Colman, dz. cyt.

⁹ R.C. Carson i in., dz. cyt.

¹⁰ S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2000.

psychiatrów, czasem także psychologów klinicznych, choć życie z chorobą, adaptacja społeczna, perspektywy rozwojowe i samorealizacja w kontekście weryfikowanych przez chorobę planów życiowych – wydaje się jednak domeną pedagogiki. Do tego problem dotyczy wcale niemałej populacji. Raport EZOP (Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępność Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) z przeprowadzonej w 2012 roku, pierwszej rzetelnej ogólnopolskiej analizy chorobowości związanej z zaburzeniami psychicznymi, przyniósł niepokojące dane¹¹. „Badanie wykazało, że w Polsce przynajmniej jedno z zaburzeń psychicznych objętych klasyfikacjami ICD-10 i DSM-IV¹² można rozpoznać w ciągu życia u 23,4% populacji. Oznacza to, że dotkniętych nimi jest około sześć milionów mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym. Spośród nich co czwarta osoba cierpiała przynajmniej na dwa rodzaje zaburzeń, a co dwudziesta piąta – na trzy i więcej. Przynajmniej trzy rodzaje zaburzeń występują u około ćwierci miliona osób w Polsce”¹³. Badania przeprowadzono na próbie 10 tys. osób w wieku 18–64 lat. Wyniki z badań populacji dzieci, młodzieży i seniorów mogłyby jeszcze podnieść te wskaźniki. Występowanie schizofrenii dotyczy ok. 1% populacji¹⁴. Jednakże badania wykazują wzrost rozpoznania objawów psychotycznych (5%) oraz szeroko rozumianych doświadczeń psychotycznych (15%)¹⁵. Mimo iż wskaźniki niektórych innych chorób i zaburzeń psychicznych mogą być wyższe (np. zaburzenia lękowe dotyczą ok. 10% populacji, zaburzenia nastroju – afektywna jedno- i dwubiegunowe – ok. 3,5%), zdaniem Doroty Podgórskiej-Jachnik i Tadeusza Pietrasa – to jednak schizofrenia jest chorobą wymagającą największego wsparcia społecznego. Autorzy wskazują bowiem na znaczącą utratę zdolności adaptacyjnych, prowadzącą – co w niewielkim stopniu uświadamia sobie społeczeństwo – nie tylko do pogorszenia jakości życia, ale także do znacznego jego skrócenia, nawet o kilkanaście lat. Autorzy uważają, iż dzieje się tak z powodu:

- zaniedbań opieki wobec chorych;
- deficytu samoopieki, wyrażającego się brakiem dbałości o własne zdrowie, jako konsekwencji objawów psychotycznych i deficytów funkcji poznawczych;
- samotności i braku partnerów życiowych;
- zaburzeń polekowych (m.in. cukrzycy typu II, zespołu metabolicznego, zaburzeń kardiologicznych);

¹¹ *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*, <http://www.ezop.edu.pl> [dostęp: 8.05.2018].

¹² Obecnie nieco zmienione kryteria diagnostyczne przedstawiają już nowe klasyfikacje ICD-11 i DSM-5, nie wydaje się to jednak zmieniać zasadniczo skali zjawiska, stąd cytowane uwagi są nadal aktualne.

¹³ Za: D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 45.

¹⁴ J. Wciórka, *Psychozy schizofreniczne*, [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011, s. 195–269.

¹⁵ A.T. Beck, N.A. Rector, N. Stolar, P. Grant, *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.

- stygmatyzacji chorych na schizofrenię (co można poszerzyć także na ich najbliższe otoczenie) oraz lęku społecznego przed kontaktami z nimi;
- antyzdrowotnych nawyków, w tym niskiej aktywności ruchowej i rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród tych chorych (nawet 80% palaczy)¹⁶.

Spektrum objawów i zaburzeń, z jakimi na co dzień żyją osoby chorujące, jest bardzo szerokie, czego nie wyczerpała przedstawiona wcześniej klasyfikacja. Należą do nich:

- symptomy pozytywne, zwane też zaburzeniami funkcjonalnymi: halucynacje, urojenia dotyczące myślenia dedukcyjnego i indukcyjnego, zdezorganizowana mowa na poziomie myśli i języka, problemy z kontrolą zachowania i aktywności motorycznej;
- symptomy negatywne, zwane ograniczeniami funkcjonalnymi: alogia, zaburzenia płynności mowy i myślenia, stępienie i zubożona ekspresja emocjonalna, bierność na poziomie motywacji i popędów, anhedonia związana z nowymi czynnościami, jak również tymi, które kiedyś sprawiały przyjemność, aspołeczność związana z doświadczaniem związków emocjonalnych z innymi osobami, problemy z koncentracją uwagi¹⁷, niemożność segregacji i przetwarzania dużej ilości informacji;
- zaburzenia myślenia: powiązane z zabieraniem, nasyłaniem, pochodzeniem myśli z innego miejsca w ciele;
- zaburzenia tożsamości;
- zmiany w zachowaniu: od nieznaczających po drastyczne – niekiedy rodzina uważa, że chorujący jest inną osobą niż ta osoba przed choroby;
- zaburzenia ruchowe: całkowite ograniczenie lub nadpobudliwość;
- ucieczka do własnego, wewnętrznego świata, który jest nielogiczny¹⁸;
- agresja: wobec siebie i innych;
- depresja;
- lęk¹⁹.

Pacjenci spotykają się również z szeregiem problemów, które są efektem wcześniejszej wymienionych objawów. Są to tak zwane zaburzenia wtórne i dotyczą sfer:

- społecznej – jest ona związana z brakiem zatrudnienia, niepowodzeniem lub degradacją społeczną, instytucjonalizacją, zubożeniem kontaktów społecznych, rozpadem rodziny lub odrzuceniem, uprzedzeniami, które wynikają ze stereotypów;
- psychicznej – która powiązana jest z brakiem pewności siebie i motywacji do działania, zaburzeniami umiejętności pozwalających na przetrwanie społeczne

¹⁶ D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, dz. cyt.

¹⁷ G. Zalewski, dz. cyt., za: J. Strauss, W. Carpenter, J. Bartko, *The diagnosis an understanding of schizophrenia. Part III*, „Schizophrenia Bulletin”, no. 11/Winter1974.

¹⁸ R.C. Carson i in., dz. cyt.

¹⁹ A. Witusik, S. Leszto, D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych. Osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2015.

i środowiskowe, zależnością od rodziny lub instytucji pomagających, cierpieniem związanym z objawami choroby²⁰;

- ekonomicznej – która jest efektem trudności w wymienionych poprzednio sferach²¹.

Dodatkowo, osoby chorujące, mają niekiedy problemy z utrzymaniem czystości i higieny osobistej²² oraz bardzo często dotyka ich wspomniana już stygmatyzacja i/ lub autostygmatyzacja²³. Chociaż naznaczenie społeczne nie wynika bezpośrednio z samej choroby – jest skutkiem wtórnym – to jednak walka ze stygmatyzacją osób chorujących psychicznie wydaje się największym wyzwaniem. Jego podjęciu sprzyja m.in. oderwanie się od tradycyjnego modelu psychiatrii, na rzecz terapii środowiskowej, zakładającej możliwość ponownego, aktywnego włączenia jednostki do społeczeństwa.

Osoba chorująca na schizofrenię nie jest bowiem skazana wyłącznie na negatywne skutki choroby. Humanistyczne i społecznie podejście poszukuje rozwiązań stwarzających inne szanse niż ciągłe hospitalizacje i farmakoterapia przez całe życie. Coraz częściej dowodzi się, że rozpoznanie choroby nie musi oznaczać niesamodzielnego, jałowego życia, w którym nie ma przyjemności, osiągnięć, rozwoju. Najlepszym przykładem jest Elyn Saks, która opisała historię swojego życia z tą chorobą²⁴. Przejścia autorki oraz wielu innych osób, które pokazują, że mogą prowadzić życie pełne, bez wyrzeczeń, są potwierdzeniem, jak ważna jest pomoc i wsparcie w efektywnym radzeniu sobie z chorobą. Coraz częściej też pojawia się w pewnej fazie choroby psychicznej optymistyczny i zasadny termin: „osoba zdrowiejąca”²⁵.

Jak postulują teoretycy oraz praktycy, leczenie schizofrenii powinno odbywać się przede wszystkim wszechstronnie – za pomocą leków, wsparcia i terapii, uwzględniając wszystkie objawy, jakie u danej osoby występują. Zauważają również, że istotna jest wytrwałość w leczeniu, ukierunkowanie na podtrzymanie nadziei na zmniejszenie lub niwelację problemów wynikających z choroby oraz uwzględnianie podmiotowości i indywidualizacji względem każdego pacjenta²⁶. Jednocześnie podkreślają znaczenie kontaktów pozarodzinnych, społecznych oraz ich jakości²⁷. Dlatego istotne jest przewyciężanie niedogodności oraz problemów wynikających z nasilania się objawów. Pacjenci wielokrotnie nie potrafią zadbać o siebie, jak również nie wywiązują się z podejmowanych wcześniej zobowiązań. Pełnienie ról społecznych oraz czerpa-

²⁰ M. Birchwood, Ch. Jackson, *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.

²¹ A. Witusik i in., dz. cyt.

²² A.M. Colman, dz. cyt.

²³ A. Witusik i in., dz. cyt.

²⁴ E.R. Saks, *Schizofrenia. Moja droga przez szaleństwo*, Burda Publishing Polska, Warszawa 2014.

²⁵ A. Witusik i in., dz. cyt.

²⁶ J. Wciórka, dz. cyt.

²⁷ M. Birchwood, Ch. Jackson, dz. cyt.

nie radości z nich, niekiedy zdaje się być dla pacjenta nieosiągalne²⁸. Dlatego bardzo często opieka typowo medyczna to za mało i osoby chorujące na schizofrenię potrzebują wsparcia zespołu terapeutycznego, na który powinni składać się: lekarz, psycholog kliniczny, pielęgniarz/pielęgniarka, pracownik socjalny, pedagog²⁹. Co więcej, wsparcia wymaga też rodzina chorego – by sama nie uległa dezintegracji i by mogła skutecznie wspierać osobę chorującą. Interdyscyplinarna współpraca jest jednym z postulatów zwolenników psychiatrii społecznej i środowiskowej. Według nich istotne jest również włączenie w proces terapii rodziny osoby chorującej, zaś organizacja oraz przebieg działań pomocowych powinny wykorzystywać zasoby środowiska lokalnego. Celem tak rozumianej psychiatrii, przy uwzględnieniu i dostosowaniu się do możliwości pacjenta, jest włączenie go w nurt aktywności społecznej³⁰. Dodatkowo model psychiatrii środowiskowej zakłada podmiotowość człowieka, dlatego w toku dehospitalizacji konieczne jest zdiagnozowanie zapotrzebowania na konkretny, spersonalizowany rodzaj wsparcia społecznego z uwzględnieniem zachowanych zasobów osoby chorującej oraz potrzeb i możliwości jej otoczenia. Jednocześnie potrzebne jest odpowiednie prowadzenie chorującego tak, aby trafiał do odpowiednich, współpracujących instytucji, gdzie będzie otrzymywał jak najtrafniejszą pomoc, z uwzględnieniem nie dublowania działań³¹.

Pedagogika specjalna jako przestrzeń i źródło działań terapii środowiskowej

Przedstawione wyżej współczesne podejście – interdyscyplinarne, aktywizujące, uspołecznione (środowiskowe), zwiększające zainteresowanie i postrzeganie wychodzące poza macierzystą dziedzinę nauki³², jest obecne w pedagogice specjalnej. Jej teoretycy zauważają, że jest to nauka łączona i złączona z biologią, medycyną, filozofią, psychologią, antropologią³³ oraz socjologią³⁴, zaś jakość życia osób z niepełnospraw-

²⁸ K.T. Mueser, S. Gingerich, dz. cyt.

²⁹ S. Leszto, A. Witusik, T. Pietras, *Terapia pedagogiczna dorosłych w psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2013.

³⁰ G. Thornicroft, M. Tansella, *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.

³¹ M. Załuska, *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

³² A. Zamkowska, *Interdyscyplinarność i multidyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, [w:] A. Pawlak, D. Chimicz, Z. Palak (red.), *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012.

³³ W. Dykcik, *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe PTP, Poznań 2005.

³⁴ W. Dykcik, *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] W. Dykcik, (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1998.

nościami, w każdym z jego wymiarów – biologicznym, społecznym i osobowościowym – jest ściśle powiązana z wiedzą, umiejętnościami oraz współpracą specjalistów z wielu dziedzin³⁵. Dlatego też, jak zauważa Deborah Deutsch Smith, „odpowiedź na pytanie, czym zajmuje się pedagogika specjalna, czyli jaki jest obszar zainteresowań tej dyscypliny, wcale nie jest oczywista. Co więcej, ulega ona zmianom, które są uwarunkowane ogólnymi przemianami społeczno-kulturowymi, następującymi w różnych obszarach życia społecznego, a przede wszystkim przemianami w stanie wiedzy, polegającymi na postępie w zakresie diagnostyki chorób i zaburzeń oraz poznania ich mechanizmów, a wreszcie zmianami tożsamości samej pedagogiki specjalnej”³⁶.

Wspomniane społeczno-kulturowe przemiany mają wielowiekową tradycję. Podejście do osób z niepełnosprawnością przechodziło wiele przeobrażeń: od dzieciobójstwa do uznania równi praw, od wrogości do akceptacji, od koncentracji na wadach po poszukiwanie mocnych stron, od izolacji do integracji³⁷, od paternalistycznego traktowania osób, wobec których podejmowane są działania terapeutyczne – po uznanie ich za partnerów, którzy mogą współdecydować o sobie i swoim życiu³⁸. Na kanwie tych przemian naukowcy oraz praktycy opracowywali coraz lepsze metody pomocy i współpracy. Ich efektem było stworzenie subdyscypliny pedagogicznej – pedagogiki specjalnej, który była i jest odpowiedzialna za rozwój teorii, jak również praktyki, związanej z pomocą osobom z niepełnosprawnościami. W Polsce początki naukowej pedagogiki specjalnej przypadają na początek XX wieku³⁹.

Mimo występującego w społeczeństwie potocznego przekonania, że pedagogika, a w tym pedagogika specjalna, dotyczą przede wszystkim oddziaływań wobec dzieci, naukowcy podkreślają, że miejsce pedagoga specjalnego jest również tam, gdzie pomocy potrzebują dorośli⁴⁰. Dlatego też poza definicjami, w których nieokreślony jest wiek: „nauka o nauczaniu i wychowywaniu jednostek niepełnosprawnych, odbiegających od normy psychicznej lub fizycznej”⁴¹, dostępne są takie, które podkreślają również konieczność pomocy osobom w wieku adolescencyjnym: pedagogika specjalna jest tą gałęzią pedagogiki ogólnej, która obejmuje swą działalnością rewalidacyjną jednostki odchyłone od normy (dzieci, młodzież, dorosłych), których upośledzenie, choroba

³⁵ J. Konarska, *Interdyscyplinarność jako konieczność i wyzwanie w pedagogice specjalnej*, [w:] A. Pawlak, D. Chimicz, Z. Palak (red.), dz. cyt.

³⁶ D. Deutsch Smith, *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 322.

³⁷ W. Dykciak, *Wprowadzenie...*, dz. cyt.

³⁸ A. Twardowski, *Kierunki zmian we współczesnej polskiej pedagogice specjalnej*, [w:] T. Żółkowska (red.), *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalnej*, t. II, Print Group, Szczecin 2001.

³⁹ Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2001.

⁴⁰ Cz. Kosakowski, *Kształcenie pedagogów specjalnych na tle przemian*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Charakteria dla Profesor Zofii Sękowskiej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.

⁴¹ J. Sowa, *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 1997, s. 17.

lub nieprzystosowanie społeczne w sposób wyraźny wpływa na procesy kształtujące ich osobowość oraz stosunki międzypersonalne [...]”⁴². Uzupełnieniem powyższej definicji jest to, co zauważył Władysław Dykcik: odchylenia dotyczą nie tylko osób będących poniżej, ale również powyżej normy⁴³, co warto podkreślić, choć samo pojęcie odchyleń (odchyłów), schodzi we współczesnym, humanistycznym paradygmacie pedagogiki specjalnej na plan dalszy, a nawet jest usuwane z jej dyskursu⁴⁴. Zastępuje je całościowe i holistyczne podejście, oparte na identyfikacji i ograniczaniu barier oraz na zasobach wykorzystywanych do optymalizacji funkcjonowania i podnoszenia jakości życia osób, w tym poprzez ich edukację. W przypadku schizofrenii, oprócz pedagogiki specjalnej, działania te – ze względu na wiek osób chorujących – wpisują się także w obszar andragogiki oraz gerontologii. Ich celem jest bowiem między innymi zmiana kształcenia formalnego, w niezależne i nieformalne sytuowanie edukacji w centrum aktywności człowieka dorosłego⁴⁵. To cel istotny w cywilizacji zmierzającej ku modelowi, w którym wartościami stają się informacje, wiedza i kompetencje, a realizacją tego modelu jest edukacja przez całe życie⁴⁶. Potencjał edukacji ustawicznej nabiera szczególnego znaczenia w przypadku przewartościowań, koniecznych by skutecznie zmagać się z trudnościami wynikającymi z choroby (w tym psychicznej) czy niepełnosprawności. Zatem dorobek andragogiki oraz gerontologii może i powinien być wykorzystany w obszarze pedagogiki specjalnej, otwierającej się na osoby chorujące na schizofrenię.

Pedagogika specjalna nie jest jednolitą nauką. Obecny jest w niej podział na subdyscypliny, które przez lata ulegały przemianom. Zmieniał się ich zakres oraz nazewnictwo. Przykładem może być zmiana z nazwy podkreślającej działanie: rehabilitacja dzieci niewidomych i słabo widzących, rehabilitacja dzieci niesłyszących i słabo słyszących, na ogólną nazwę: tyflopedagogika, surdopedagogika⁴⁷. W klasycznym dla współczesnej pedagogiki specjalnej podręczniku Zofii Sękowskiej przedstawione są następujące subdyscypliny:

- oligofrenopedagogika,
- logopedia,

⁴² J. Doroszevska, *Pedagogika specjalna. Tom 1. Podstawowe problemy teorii i praktyki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1989, s. 51.

⁴³ W. Dykcik W., *Wprowadzenie...*, dz. cyt.

⁴⁴ A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.

⁴⁵ J. Pólturzycki, *Pedagogika dorosłych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Mysłówice 2005.

⁴⁶ A. Chabior A., *Kształcenie ustawiczne jako priorytet w nowym modelu edukacji*, [w:] A. Fabiś (red.), dz. cyt.

⁴⁷ Ciekawe, że współczesny, demedycyzujący trend, sprzyja obecnie także tendencjom odwrotnym, a więc odwrótu od obco brzmiących, nacechowanych medycznie nazw, do nazw opisowych, nieetykietyzujących.

- pedagogika korekcyjna,
- pedagogika resocjalizacyjna,
- pedagogika terapeutyczna,
- praca socjalna,
- surdopedagogika,
- tyflopädagogika⁴⁸.

Ze względu na to, że pedagogika terapeutyczna jedynie częściowo zajmuje się zaburzeniami psychicznymi⁴⁹ – jest tam dla nich miejsce – niczym w tablicy Mendelejewa dla nowych pierwiastków chemicznych – ale miejsca tego nie wypełnił jeszcze użyteczny teoretycznie i praktycznie zakres wiedzy naukowej. Pojawiają się zatem jeszcze inne propozycje, poszerzające wymienione wyżej subdyscypliny o bardziej szczegółowe działy, zawierające przestrzeń dla niepełnosprawności niezauważanych w poprzednim podziale (dotyczy to nie tylko zaburzeń psychicznych). Na przykład Andrzej Witusik i wsp. proponują oprócz wskazanych wyżej (lub ich połączenia, jak surdotyflopädagogika lub pedagogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami), jeszcze następujące subdyscypliny:

- pedagogika osób z niepełnosprawnością ruchową,
- pedagogika osób z trudnościami w uczeniu się,
- pedagogika dzieci zdolnych i uzdolnionych,
- pedagogika terapeutyczna chorych somatycznie,
- pedagogika terapeutyczna osób z autyzmem,
- tanatopedagogika,
- pedagogika osób chorych na zaburzenia psychotyczne/psychiczne⁵⁰.

Wielość działów pedagogiki specjalnej jest pochodną wielości podmiotów, objętych refleksją teoretyczną, jak również praktycznymi działaniami. Są to osoby:

- z trudnościami w poznawaniu świata i komunikowania się z nim w wyniku braku lub uszkodzenia jednego lub kilku analizatorów zmysłowych;
- mające ograniczoną zdolność do działania, aktywnego udziału w życiu społecznym w efekcie uszkodzenia narządów ruchu lub przewlekłej choroby,
- wymagające działań resocjalizacyjnych wskutek zaniedbań lub błędów rodziców/opiekunów lub szkoły;
- których procesy poznawcze przebiegają w sposób zaburzony, zmieniony, a ich obraz świata jest nieadekwatny;
- przekraczają poziom normy inteligencji – poniżej lub powyżej normy⁵¹.

⁴⁸ Z. Sękowska, *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2001.

⁴⁹ A. Witusik i in., dz. cyt.

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Z. Sękowska, za: I. Chrzanowska, *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.

Jednakże, jak podkreśla Janina Doroszevska, mogą tu znaleźć się również osoby, których odchylenie od normy jest czasowe. Jeśli ich niepełnosprawność jest efektem niezbyt trwałych uszkodzeń ciała lub posiadają odpowiednie predyspozycje psychiczne i osobowościowe, mają szansę na szybki powrót do tak zwanego środowiska „normalnego”⁵² – obecnie powiedzielibyśmy, iż mają szansę na ponowne włączenie do głównego nurtu życia zarówno wąsko, jak i szeroko rozumianego środowiska społecznego.

Wobec wymienionych powyżej osób, pedagodzy specjalni podejmują różnorodne działania wspierające i pomocowe, które są związane z:

- wyrównywaniem szans, zachowaniem podmiotowości: podczas terapii, jak również w życiu codziennym, możliwością samodecydowania o sposobie terapii oraz o życiu;
- wspieraniem integracji społecznej oraz asymilacji: związanymi z przygotowaniem osób z niepełnosprawnościami do życia w społeczeństwie osób pełnosprawnych oraz kreowaniem postaw akceptacji ze strony tegoż społeczeństwa;
- przeciwdziałaniem oraz eliminacją dyskryminacji i marginalizacji: powiązanyymi z przekonaniami, stereotypami;
- humanizacją życia: godnym traktowaniem, pełnoprawnością;
- indywidualizacją: przede wszystkim związana z procesem pomocowym i terapeutycznym;
- nabywaniem umiejętności, które umożliwiają samodzielne lub jak najbardziej samodzielne funkcjonowanie⁵³.

Oddziaływania terapeutyczne wobec dorosłych czy osób starszych są przedmiotem andragogiki specjalnej oraz gerontologii specjalnej, a metody, jakie wykorzystuje, są metodami typowymi dla pedagogiki. Jednakże procesy, jakie zachodzą w procesie nauczania i wychowania, są podobne do tych obecnych w psychoterapii (np. nawiązanie kontaktu, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, opór wobec terapii), a ich skuteczność zależy od umiejętności i kompetencji, nawiązania relacji, pozytywnego nastawienia, ćwiczenia nowych zachowań prowadzących do lepszego, sprawniejszego życia⁵⁴.

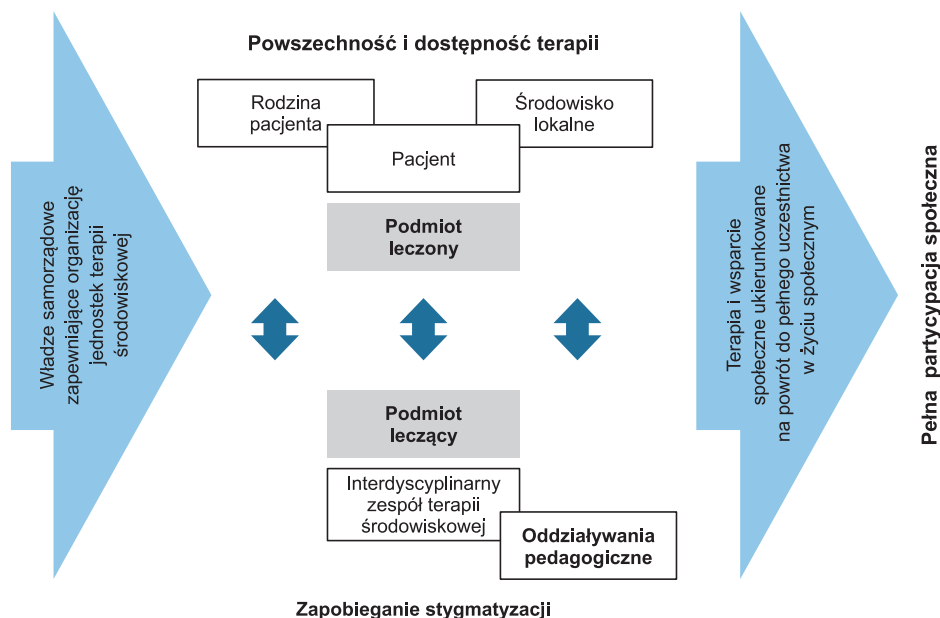
Wizja w miarę samodzielnego, w miarę niezależnego życia (*independent life*)⁵⁵ jest jedną z najważniejszych współczesnych idei w pedagogice specjalnej, a jednocześnie najważniejszym celem ukierunkowującym terapię środowiskową osób ze schizofrenią i innymi zaburzeniami psychicznymi. Terapia środowiskowa jako współczesny, postulowany trend opieki psychiatrycznej, jest nie tylko zgodna w celach z pedagogiką specjalną, ale wymaga także partnerów.

⁵² J. Doroszevska, dz. cyt.

⁵³ I. Chrzanosvska, dz. cyt.

⁵⁴ S. Leszto i in., dz. cyt.

⁵⁵ D. Podgórska-Jachnik, dz. cyt.



Rysunek 1. Model terapii środowiskowej osób ze schizofrenią z przestrzenią dla pedagogiki

Źródło: modyfikacja własna modelu D. Podgórskiej-Jachnik⁵⁶ – za zgodą autorki.

Na wykresie widać wyraźnie usytuowanie pedagogiki w działaniach wspierających osoby ze schizofrenią w ramach współpracy interdyscyplinarnego zespołu terapii środowiskowej, ale i poza nim. Istotny jest kierunek działań: terapia i wsparcie społeczne ukierunkowane na powrót do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Schizofrenia a pedagogika specjalna – pedagogika specjalna a schizofrenia

Wielu autorów uważa, że jednymi z ważniejszych zadań pedagogiki specjalnej są: pomoc w normalizacji sytuacji życiowej, włączanie osób z niepełnosprawnościami w nurt życia społecznego⁵⁷, jak również nabywanie przez nich kompetencji w codziennym życiu⁵⁸. Są one zaś powiązane z wypełnianiem ról społecznych, a zdolność do nich jest wyznacznikiem tego, kogo można uznać za osobę z niepełnosprawnością. Zauważyła to Lidia Sikoń, powołując się na Ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁵⁹. Tak rozumiana niepełnosprawność pozwala na uznanie, że osoby chorujące na schizofrenię również należą do tej

⁵⁶ D. Podgórska-Jachnik, T. Pietras, dz. cyt., s. 71.

⁵⁷ A. Witusik i in., dz. cyt.

⁵⁸ I. Chrzanowska, dz. cyt.

⁵⁹ L. Sikoń, *Osoba niepełnosprawna – jej status*, [w:] T. Żółkowska (red.), dz. cyt.

grupy. Już w samej definicji zawarte jest pogorszenie funkcjonowania osoby chorującej⁶⁰, zaś efektywność terapii i działań pomocowych oraz wspierających wzrasta, gdy poprawiona jest jakość kontaktów społecznych⁶¹. Odnosi się to również do grup, jakimi zajmuje się pedagogika specjalna – osoby, które dotyka przewlekła choroba, jak również takich, których obraz świata jest odmieniony⁶². Chorujący na schizofrenię należą do obu.

Dotąd schizofrenią zajmowała się przede wszystkim medycyna (psychiatria) oraz psychologia kliniczna. Jednakże pedagogika specjalna od dawna jest związana z tymi dyscyplinami⁶³, nie tylko czerpiąc inspiracje, ale współpracując w procesie leczenia, rehabilitacji. Dlatego też współpraca związana z terapią osób chorujących na schizofrenię może być kolejnym krokiem na drodze przemian tej subdyscypliny nauki⁶⁴. Wspomniane zmiany nie naruszają charakteru pedagogiki specjalnej, ponieważ oddziaływania, jakie mogą być wykorzystywane przez pedagogów specjalnych do pracy z osobami chorującymi na schizofrenię, są wykorzystywane przez nich na co dzień w przypadku innych niepełnosprawności. Są to między innymi metody takie, jak: trening umiejętności społecznych, psychoedukacja, terapia zajęciowa/kreatywna – arteterapia⁶⁵.

Postulat zajmowania się osobami z zaburzeniami psychicznymi, w tym schizofrenią, pojawił się już wcześniej. Między innymi wspominał o tym Jan Pańczyk, kiedy określił, jacy specjaliści z zakresu pedagogiki specjalnej są potrzebni na rynku pracy. Wśród oligofrenopedagogów, pedagogów resocjalizacyjnych, tyflopedagogów, surdopedagogów, pedagogów zajmujących się sprzężonymi niepełnosprawnościami, pracującymi z osobami z niepełnosprawnością ruchową, z autyzmem, z chorobami przewlekłymi, wymienił również pedagogów wspierających osoby z zaburzeniami psychicznymi⁶⁶. Jak zauważyli Andrzej Witusik i wsp., pedagogzy specjaliści już teraz – niekiedy pośrednio i incydentalnie – zajmują się osobami chorującymi na schizofrenię, np. organizując terapię zajęciową. Podkreślili również, że nieobecność w teorii pedagogiki specjalnej, jak również w programie studiów, zagadnień dotyczących tej choroby, skutkuje brakiem wiedzy, którą pedagogzy muszą zdobywać od podstaw, stykając się ze schizofrenią w praktyce. Oznacza to słabsze przygotowanie do efektywnej terapii, niekorzystne warunki rozwoju interdyscyplinarnej terapii środowiskowej oraz możliwość niesienia profesjonalnej pomocy na miarę wyobrażeń o współczesnych celach wspierania osób ze schizofrenią. Wydaje się więc, że to ważne – wręcz niezbędne – dopełnienie dotychczasowego obszaru zainteresowań pedagogiki specjalnej.

⁶⁰ Ch. Frith, E. Johnstone, dz. cyt.

⁶¹ M. Brichwood, Ch. Jackson, dz. cyt.

⁶² Z. Sękowska, dz. cyt., za: I. Chrzanowska, dz. cyt.

⁶³ W. Dykcik, *Wprowadzenie*, dz. cyt.

⁶⁴ D. Deutsch Smith, dz. cyt.

⁶⁵ S. Leszto i in., dz. cyt.

⁶⁶ J. Pańczyk, *Kształcenie pedagogów specjalnych w Polsce*, [w:] K.J. Zabłocki, D. Gorajewska (red.), *Pedagogika specjalna – kontynuacja tradycji dla przyszłości*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.

Dodatkową korzyścią z włączenia w teorię pedagogiki specjalnej problematyki profesjonalnego wsparcia psychospołecznego – w tym pedagogicznego – osób chorych na schizofrenię oraz zdrowiejących, może być nie tylko lepsze przygotowanie merytoryczne absolwentów oraz stworzenie efektywniejszych, interdyscyplinarnych sposobów pomocy, ale w dalszej perspektywie – stworzenie nowych miejsc pracy. Pomoc pedagoga specjalnego jest bowiem już potrzebna i będzie potrzebna nadal na oddziałach szpitalnych, w tym psychiatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego, zespołach leczenia, domach pomocy społecznej i środowiskowych domach samopomocy, jak również hostelach oraz mieszkaniach chronionych, zespołach interwencji kryzysowej, na turnusach rehabilitacyjnych i na warsztatach terapii zajęciowej⁶⁷. Większa wiedza o specyfice uwarunkowań rehabilitacji tych osób – to lepsze wsparcie, tym samym większa szansa na podniesienie jakości ich życia.

Ostatnią kwestią jest kierunek rozwoju pedagogiki specjalnej. Może on oznaczać: stworzenie nowej subdyscypliny – np. jak sugerują wspomniani wyżej autorzy pedagogiki osób chorych na zaburzenia psychotyczne/psychiczne⁶⁸ – lub też poszerzenie dotychczasowego zakresu pedagogiki terapeutycznej o treści dotyczące schizofrenii, pogłębienie tej problematyki, obecnej tam dotychczas w śladowych ilościach. Oba rozwiązania są możliwe, choć drugie bliższe jest idei ruchu włączającego, tworzącego przestrzeń dla wszystkich różnic i odmienności. Sama formalna strona wyodrębniania – lub też nie – nowej subdyscypliny, nie jest jednak tak istotna, jak samo poważne zajęcie się tą problematyką⁶⁹. Wobec stałego wzrostu zagrożeń chorobami psychicznymi we współczesnym świecie, wydaje się to wyzwaniem obecnych czasów.

Podsumowanie

Podsumowując niniejszy artykuł, należy powiedzieć, że charakter choroby, jaką jest schizofrenia, zaburzenia, z jakimi spotykają się osoby chorujące, oraz to, jakiej pomocy oraz wsparcia poza interwencją medyczną potrzebują, powoduje ryzyko niepełnosprawności. Łącząc tę kwestię z wymaganiami wynikających z praktyki – niedostatecznym merytorycznym przygotowaniem pedagogów specjalnych do wspierania osób chorych na schizofrenię oraz koniecznością współpracy terapeutów wielu dziedzin w procesie terapii środowiskowej, a właściwie dopiero wypracowania jej modelu – wydaje się, że w przemianach, jakie są udziałem pedagogiki (w szczególności specjalnej) powinno znaleźć się miejsce dla problematyki schizofrenii. Można przypuszczać, że jest to szansa na znalezienie drogi do bardziej efektywnej terapii oraz skutecznego wspierania procesu zdrowienia i inkluzji społecznej osób chorujących psychicznie.

⁶⁷ A. Witusik i in., dz. cyt.

⁶⁸ Tamże.

⁶⁹ Tamże.

Bibliografia

- Beck A.T., Rector N.A., Stolar N., Grant P., *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Birchwood M., Jackson Ch., *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Chabior A., *Kształcenie ustawiczne jako priorytet w nowym modelu edukacji*, [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Mysłówice 2005.
- Chrzanowska I., *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.
- Colman A.M., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Deutsch Smith D., *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Doroszewska J., *Pedagogika specjalna. Tom 1. Podstawowe problemy teorii i praktyki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1989.
- Dykcik W., *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Naukowe PTP, Poznań 2005.
- Dykcik W., *Wprowadzenie w przedmiot pedagogiki specjalnej jako nauki*, [w:] W. Dykcik, (red.), *Pedagogika specjalna*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań 1998.
- Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*, <http://www.ezop.edu.pl> (dostęp: 8.05.2018).
- Frith Ch., Johnstone E., *Schizofrenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2012.
- Kępiński A., *Schizofrenia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2011.
- Konarska J., *Interdyscyplinarność jako konieczność i wyzwanie w pedagogice specjalnej*, [w:] A. Pawlak, D. Chimicz, Z. Palak (red.), *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012.
- Kosakowski Cz., *Kształcenie pedagogów specjalnych na tle przemian*, [w:] M. Chodkowska (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Charakteria dla Profesor Zofii Sękowskiej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.
- Krause A., *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Leszto S., Witusik A., Pietras T., *Terapia pedagogiczna dorosłych w psychiatrii i w medycynie somatycznej. Ujęcie psychologiczne, biomedyczne i aksjologiczne*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2013.

- Mueser K.T., Gingerich S., *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2008.
- Pańczyk J., *Kształcenie pedagogów specjalnych w Polsce*, [w:] K.J. Zabłocki, D. Gozajewska (red.), *Pedagogika specjalna – kontynuacja tradycji dla przyszłości*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2004.
- Podgórska-Jachnik D., Pietras T., *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Półturzycki J., *Pedagogika dorosłych*, [w:] A. Fabiś (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Unowocześnianie procesu kształcenia dorosłych*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Mysłowice 2005.
- Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2000.
- Saks E.R., *Schizofrenia. Moja droga przez szaleństwo*, Burda Publishing Polska, Warszawa 2014.
- Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2001.
- Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo WSPS, Warszawa 1998.
- Sikoń L., *Osoba niepełnosprawna – jej status*, [w:] T. Żółkowska (red.), *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalne*, t. II, Print Group, Szczecin 2001.
- Sowa J., *Pedagogika specjalna w zarysie*, Wydawnictwo Oświatowe FOSZE, Rzeszów 1997.
- Strauss J., Carpenter W., Bartko J., *The diagnosis an understanding of schizophrenia. Part III*, „Schizophrenia Bulletin”, no. 11/1974, Winter.
- Thornicroft G., Tansella M., *W stronę lepszej psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2010.
- Twardowski A., *Kierunki zmian we współczesnej polskiej pedagogice specjalnej*, [w:] T. Żółkowska (red.), *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość. Konteksty pedagogiki specjalnej*, t. II, Print Group, Szczecin 2001.
- Warner R., *Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy*, Routledge, London 1994.
- Wciórka J., *Psychozy schizofreniczne*, [w:] S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
- Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T., *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych. Osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2015.
- Zalewski G., *Kontrowersje wokół schizofrenii. Świadomość zdrowych i chorych*, Trans Humana, Białystok 2001.
- Załuska M., *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000.

Zamkowska A., *Interdyscyplinarność i multidyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*, [w:] A. Pawlak, D. Chemicz, Z. Palak (red.), *Wielość obszarów we współczesnej pedagogice specjalnej*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012.

Pedagogy in the face of schizophrenia

Abstract: This article contributes to debates on changes in special pedagogy. Its purpose is to show the need for the further inclusion of schizophrenia within this academic discipline. First, the author provides a historical, diagnostic and symptomatic outline of schizophrenia, and describes its psycho-social effects. Second, the author offers a justification for the interdisciplinary support of the therapeutic process and outlines the assumptions of the psychiatric community. In the following subsection the author discusses the theoretical assumptions of special pedagogy – historical outline, goals, sub-discipline, subjects, subject and nature of undertaken activities. In the final subsection, it is shown that schizophrenia can be interpreted as a disability and that including it into the mainstream of special pedagogy won't change nature of the discipline. The author discusses possible ways in which special pedagogy can develop – by creating a new subdiscipline or by extending therapeutic pedagogy.

Keywords: special pedagogy, community psychiatry, schizophrenia, disability, therapeutic pedagogy, inclusion, support

About the author: Monika Banaszczyk – a graduate of the University of Lodz, psychologist, PhD student of pedagogy at the Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz. Her publications concern to special pedagogy, schizophrenia, disability, personality and stigmatization.