

Numer tematyczny „Promocja zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych” pod redakcją dr. Remigiusza Kijaka

SPIS TREŚCI

OD REDAKCJI

WPROWADZENIE DO NUMERU

Remigiusz Kijak

Promocja zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych – wątki integrujące się w pedagogice specjalnej. Wprowadzenie. 4

FILOZOFIA, ETYKA I WSPÓŁCZESNA PEDAGOGIKA SPECJALNA WOBEC DYLEMATÓW SEKSUALNOŚCI

Andrzej Bałandynowicz

Tolerancja inności a samoświadomość społeczna wobec zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością 10

Marzenna Zaorska

Obszary wyzwań etycznych współczesnej pedagogiki specjalnej (ze szczególnym uwzględnieniem zagadnienia seksualności osób z niepełnosprawnością) 65

Maria Szyszkowska

Znaczenie seksualności i jej dławienie przez moralistów i polityków. 78

Anna Kryniecka-Piotrak

Przewycięzanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych jako wyraz prawidłowej demokracji. 89

WYMIAR SPOŁECZNY I KULTUROWY SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA

Anna Nowak

Specyfika ról pełnionych przez kobiety z niepełnosprawnością 100

Remigiusz Kijak

Opinie nauczycieli na temat seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną 117

Dorota Żuchowska-Skiba	
<i>Jestem kobietą, jestem mężczyzną i jestem osobą z niepełnosprawnościami.</i>	
<i>Przemiany tożsamości seksualnej osób niepełnosprawnych.</i>	153
Remigiusz Kijak	
<i>Rodzinne uwarunkowania seksualności osób niepełnosprawnych</i>	168
Cezary Barański	
<i>Dialog Motywujący w pracy z młodzieżą podejmującą ryzykowne</i>	
<i>zachowania seksualne.</i>	188

MEDYCZNE ASPEKTY SEKSUALNOŚCI – HUMANIZACJA WIEDZY MEDYCZNEJ O SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA

Karolina Czerwiec, Katarzyna Potyrała	
<i>Biologiczno-społeczne uwarunkowania tożsamości płciowej człowieka . . .</i>	211
Ewa Dmoch-Gajzlerska, Barbara Mazurkiewicz	
<i>Wady genetyczne, macierzyństwo i rokowanie w kontekście seksualności . .</i>	228

SEKSUALNOŚĆ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI W TEKSTACH KULTURY

Tomasz Sahaj	
<i>Sposoby prezentacji seksualności osób z niepełnosprawnościami w filmach</i>	
<i>kinowych</i>	244
Marek Mackiewicz	
<i>Seksualność niepełnosprawnych Polaków: analiza kulturowa</i>	266
Bogusław Stelcer	
<i>Starzenie się i miłość erotyczna w świetle literatury Samuela Becketta –</i>	
<i>aspekty psychologiczne i andragogiczne</i>	280
<i>Spis treści rocznika 2015 „Pracy Socjalnej”</i>	299
<i>Wskazówki dla Autorów</i>	304
<i>Informacja dla Prenumeratorów</i>	305
<i>Warunki prenumeraty</i>	307

OD REDAKCIJ

Dr Remigiusz Kijak

Redaktor naukowy numeru

Promocja zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych – wątki integrujące się w pedagogice specjalnej. Wprowadzenie

Współczesny świat charakteryzuje się dynamiką, dokonują się przemiany kulturowe, gospodarcze, polityczne, ekonomiczne. Świat pulsuje. Zmienia się nie tylko w wymiarze zewnętrznym, przeobrażenia obejmują również wartości, kulturę, życie wewnętrzne człowieka. Przemiany te ze szczególną siłą ujawniają się w też w obszarze związanym z seksualnością. Szybki rozkwit seksuologii nasilony w drugiej połowie XX wieku oraz rewolucja seksualna stały się przyczyną zwiększenia wiedzy na temat seksualności. Zmiany te stanowiły także bazę dla stopniowej ewolucji nowych pojęć porządkujących ten obszar życia człowieka. pojawiły się pojęcia związane nie tylko z normą i patologią seksualną, epidemiologią, etiologią zaburzeń seksualnych, ujawniły się również zagadnienia dotyczące zdrowia, w tym zdrowia reprodukcyjnego, a nieco później pojęcia profilaktyki, prewencji, promocji zdrowia seksualnego. Opracowane zostały również kryteria zdrowia seksualnego, które znalazły się w proponowanej przez WHO definicji ogłoszonej przez Międzynarodową Konferencję ONZ na rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 roku (paragraf 7, 36). Zgodnie z jej literą zdrowie seksualne jest częścią zdrowia reprodukcyjnego i polega na prawidłowym rozwoju seksualnym, równych i odpowiedzialnych relacjach partnerskich, satysfakcji seksualnej,

wolności od chorób, niedomagań, niemocy seksualnej, przemocy i innych krzywdzących praktyk związanych z seksualnością¹. Istotne, iż zdrowie seksualne nie jest rozumiane wyłącznie jako wolność od niemocy fizycznej. W rozumieniu WHO zdrowie seksualne stanowi integrację biologicznych, jak również emocjonalnych, intelektualnych oraz społecznych aspektów seksualności, które są istotne dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości, a także dla tworzenia zdrowych pozytywnych relacji z drugim człowiekiem opartych na zaufaniu, bezpieczeństwie i trwałości. W 2002 roku Światowe Towarzystwo Seksuologiczne opracowało Deklarację Praw Seksualnych, to istotne osiągnięcie wiązało się z wkroczeniem pojęcia zdrowie seksualne w obszar regulacji prawno-obyczajowych. Dzięki uchwalonej Deklaracji prawa wszystkich ludzi w obszarze seksualności stały się chronione, ustalono również, czym jest wolność seksualna, na czym ma polegać prawidłowo relacja seksualna oraz że każdy człowiek ma prawo do realizacji swoich potrzeb seksualnych, wiedzy w tym obszarze, badań, ochrony prawnej przed krzywdzeniem. Zdrowie seksualne pojawiło się również w praktyce edukacyjnej, stając się podstawą programów promocji zdrowia seksualnego. Edukacja ukierunkowana na promocję zdrowia seksualnego jest definiowana jako dziedzina pedagogiki, która ma na celu ukształtowanie w dzieciach, młodzieży oraz młodych dorosłych dobrych postaw wobec seksualności zgodnych z ideą promocji zdrowia².

Właśnie promocja zdrowia seksualnego stała się kluczową kategorią prezentowanej monografii. Założenia niniejszej pracy koncentrują się wokół kilku pojęć, takich jak i: zdrowie seksualne, postawy wobec życia seksualnego, aktywność seksualna, aspekty prawne i etyczne seksualności.

¹ J. Rzepka, *Zdrowie seksualne*, Górnośląska Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Kardynała Augusta Hlonda, Mysłówice 2007, s. 5.

² G. K. Zaitsev, A. G. Zaitsev, *Promoting Sex Education for a Healthy Life*, "Russian Education and Society", vol. 48, nr 7, s. 78.

Z. Melosik, *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.

Niniejszy numer dwumiesięcznika „Praca Socjalna” został podzielony na cztery rozdziały komplementarne względem siebie. Wszystkie teksty zostały starannie dobrane, aby wzajemnie się uzupełniały i tworzyły spójną monotematyczną całość.

Pierwszy rozdział został zatytułowany „Filozofia, etyka i współczesna pedagogika specjalna wobec dylematów seksualności”. Rozdział otwiera tekst profesora Andrzeja Bałandynowicza, który dotyczy zagadnień tolerancji, poszukiwania inności i jej miejsca na arenie życia społecznego. Ważnym głosem w dyskusji jest tekst profesor Marzenny Zaorskiej dotyczący etycznych wyzwań dla współczesnej pedagogiki specjalnej w odniesieniu do sfery seksualnej. Niewątpliwie artykuł ten otwiera ważną dyskusję na temat miejsca pedagogiki i edukacji w kontekście seksualności osób niepełnosprawnych. Pedagogika specjalna musi być otwarta na rozmaite kwestie, również i te najtrudniejsze. Profesor Maria Szyszkowska podkreśla istotę seksualności, edukacji, niezależnej dyskusji wolnej od dyskryminacji i uprzedzeń. Uzupełnieniem tych rozważań jest głos doktor Anny Krynieckiej-Piotrak dotyczący możliwości przezwycięzanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych.

Kolejny rozdział został zatytułowany „Wymiar społeczny i kulturowy seksualności człowieka”. Rozdział otwiera tekst profesor Anny Nowak, w którym omówiono role płciowe kobiet niepełnosprawnych, a także uwarunkowania związane z funkcjonowaniem w rolach. W artykule zwrócono uwagę na ważną kwestię macierzyństwa. Niestety, wypełnianie tych ról wiąże się z przeszkodami objawiającymi się w postaci postaw dyskryminujących, pełnych stereotypów i uprzedzeń. Doktor Remigiusz Kijak, przedstawił zagadnienia związane z postawami nauczycieli na temat równych obszarów życia seksualnego osób niepełnosprawnych, ukazując, iż w wielu kluczowych obszarach, np. związanych z pełnieniem ról społecznych – rodzica, partnera – przeważają opinie negatywne. Artykuł doktor Doroty Żuchowskiej-Skiby dotyczący tożsamości seksualnej kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie, ukazuje, jak powolne są zmiany w postrzeganiu seksualności osób niepełnosprawnych oraz jak moc-

no zakorzenione są w opiniach samych osób niepełnosprawnych stereotypy na temat ich seksualności. Doktor Remigiusz Kijak w artykule „Rodzinne uwarunkowania seksualności osób niepełnosprawnych” odnosząc się do teorii systemowej, uwypuklił dylematy i trudności w zakresie akceptacji przez rodziców seksualności własnych niepełnosprawnych intelektualnie dzieci. Cezary Barański poruszył ważne zagadnienie ryzykownych zachowań seksualnych, podejmując się analizy pogłądowej i empirycznej, omówił rozwiązanie problemu w metodzie dialogu motywującego (DM), która oparta jest na współpracy. Jest skoncentrowaną na kliencie metodą wzbudzania i wzmacniania motywacji do zmiany.

Trzeci rozdział pracy został poświęcony „Medycznym aspektom seksualności”. W rozdziale tym umieszczono dwa podrozdziały: pierwszy autorstwa Karoliny Czerwiec i profesor Katarzyny Potyrały dotyczący płciowości i tożsamości seksualnej człowieka rozpatrywanej w kontekście biologiczno-społecznych uwarunkowań. Kolejny rozdział autorstwa Profesor Ewy Dmoch-Gajzlerskiej i doktor Barbary Mazurkiewicz dotyczy istotnej z punktu widzenia zdrowia reprodukcyjnego kwestii, a mianowicie problemu wad genetycznych w kontekście macierzyństwa.

Czwarty rozdział został zatytułowany jest „Seksualność osób z niepełnosprawnościami w tekstach kultury”. W rozdziale tym przedstawione zostały zagadnienia wizerunku i prezentacji kwestii związanych z płciowością i seksualnością osób niepełnosprawnych w filmach. Autor rozdziału profesor Tomasz Sahaj analizuje przekaz płynący z obrazów kinowych. Ciekawą analizę przedstawił w kolejnym podrozdziale Marek Mackiewicz, ukazując wizerunki osób niepełnosprawnych prezentowanych w filmach fabularnych i programach typu talk-show. Rozdział kończy tekst doktora Bogusława Stelcera na temat „Starzenia się i miłości erotycznej w świetle literatury Samuela Becketta”.

Rozważania zawarte w numerze mają przede wszystkim na celu uwypuklenie pojęcia zdrowia seksualnego odniesionego do grupy osób niepełnosprawnych, co czynione jest przez autorów poszcze-

gólnych części czasopisma, w rozmaitych kontekstach. Przyjęto założenie, które jest spójne dla wszystkich prezentowanych tematów, iż zdrowie seksualne powinno wyznaczać ramy optymalnego modelu działań edukacyjno-wychowawczych i profilaktycznych, zaś pedagogika specjalna powinna uczynić z obszaru profilaktyki zdrowia seksualnego osób niepełnosprawnych szczególnie obszarem własnych zainteresowań. Dziś już nie dziwi fakt, iż osoby niepełnosprawne mają pleć, że są seksualne, jednak nadal w niewystarczającym stopniu podejmowane są działania profilaktyczne, prewencyjne i wspierające. Dziś nie wystarczą już szkolenia czy przypadkowa edukacja, potrzebujemy rzeczowej, solidnej edukacji i dobrych działań profilaktycznych opartych na mądrym wspieraniu, z zachowaniem najwyższych sztaandarów etycznych, o których przypomniała w swoim artykule i mówiła podczas III ogólnopolskiej konferencji naukowej „Oblicza Seksualności Osób Niepełnosprawnych – wątki rozproszone w pedagogice specjalnej” prof. zw. dr hab. Marzenna Zaorska.

Jak wspominał profesor dr hab. Andrzej Jacewski – nestor polskiej seksuologii: *Polska jest krajem, w którym – bez precedensu w świecie! – wyjątkowo dużo wiemy na temat zachowań seksualnych – zwłaszcza młodzieży.* Zachęcał do prowadzenia debat i spotkań naukowych w obszarze tej ważnej dla każdego człowieka tematyki. Promocja zdrowia seksualnego to też ważny obszar, który w swoich badaniach, pracach i działaniach podejmuje profesor dr hab. Zbigniew Izdebski, warto wspomnieć wskrzeszoną inicjatywę, zapoczątkowaną przez profesora Kazimierza Imielińskiego, humanizacja medycyny, jak również konsekwentnie prowadzony Ogólnopolski Program Zdrowia Seksualnego.

Prezentowana praca, mam taką nadzieję, również przyczyni się do wspierania idei promowania zdrowia seksualnego, a szczególnie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych.

Na zakończenie chciałbym podziękować doktor Joannie Starędze-Piasek, redaktor naczelnej „Pracy Socjalnej” i niezłomnej orędownicze mówienia głośno o seksualności osób z niepełnosprawnościami

za udostępnienie łam czasopisma. Dziękuję także recenzentom wszystkich artykułów niniejszego monograficznego wydania czasopisma „Praca Socjalna”, a nade wszystko autorom za profesjonalizm w przygotowywaniu tekstów.

Remigiusz Kijak

Redaktor numeru

Kraków, 19 listopada 2015

Prof. zw. dr hab. Andrzej Baładynowicz

Katedra Pedagogiki Pokoju i Probacji

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

Tolerancja inności a samoświadomość społeczna wobec zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością

Podmiotowość a przedmiotowość osoby z niepełnosprawnością

Proces inkluzji społecznej to pewien wybór pomiędzy jednostką a dobrem wspólnym, należy się zorientować, na ile dobro człowieka równa się dobru wspólnemu i na ile dobro wspólne ogranicza swobodę, uprawnienia czy pewne możliwości działania jednostki¹. Należy przywołać tu definicję M. Richmond z 1917 roku, autorki pierwszej pracy naukowej dotyczącej *casework*, czyli pracy z indywidualnym przypadkiem². M. Richmond stwierdziła, że *casework* jest sztuką rozwiązywania różnych problemów, różnych ludzi przez zgodną współpracę z nimi w celu osiągnięcia ich wspólnego dobra będącego dobrem jednostki. Było to w roku 1917, obecnie mamy XXI wiek, a w polskim systemie polityki społecznej, w obszarze polityki integracyjnej możemy nadal traktować tę definicję za wizję, do której należałoby zmierzać. Po pierwsze – M. Richmond – użyła słowa „sztuka”, czyli właściwie mamy tu do czynienia z mistrzostwem, nie jest to zatem żadna technologia czy działalność formalno-prawna. Chodzi o rodzaj

¹ Ajdukiewicz K. (1983), *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Warszawa: Czytelnik.

² Richmond M. (1917), *Social Diagnosis*, Londyn, Russell Sage, s. 172.

kunsztu, kompetencyjności, sumę określonych predyspozycji, które pozwalają wykonywać coś w kategoriach profesjonalnej sztuki, a nie w kategoriach powielania, powtarzania pewnych czynności technicznych. Po drugie M. Richmond określiła, że jest to sztuka rozwiązywania różnych problemów. Powstaje zatem niezmiernie istotne zagadnienie, mianowicie, czy praca w procesie integracji społecznej ma się koncentrować na osobie, czy na problemach, które niesie ze sobą ta osoba, czy też ma się koncentrować na pewnych zjawiskach, które są przynależne określonym sprawom ze względu na podobny problem występowania sytuacji kryzysowych w grupach bądź społecznościach. Zatem czy koncentrujemy się na pewnych oddziaływaniach postępowania korekcyjnego, bo jednostka poprzez złożoność swojej osoby artykułuje pewną sytuację kryzysową, rodzą się problemy i cały proces integracji będzie polegał na umiejętnej procedurze oddziaływania, żeby ten problem wyeliminować. Można wskazać jeszcze trzeci aspekt – że ten problem jest sygnalizacją szerszego zjawiska, które jest zjawiskiem przynależnym nie tylko jednostce, ale wielu osobom z danej grupy, różnych grup, społeczności. W związku z tym proces integracji powinien być rodzajem inżynierii społecznej, próbą dotarcia do genezy zjawiska i eliminowania objawów, ewentualnie różnych stadiów kryzysu czy pewnej sytuacji traumatyzującej, a w ostatnim etapie – skutków danego zjawiska. Zwracamy uwagę, że to są różne problemy, sytuacja konfliktu, traumy jednostki w procesie integracji nie jest jednorodna, czynniki zależne zarówno od osoby, jak i od społeczeństwa są złożone³. Istotne jest, aby posiadać określoną aparaturę diagnostyczną, pewną procedurę diagnostyczną i określone kompetencje, umiejętności diagnosty – kogoś, kto ma występować w roli obrońcy, w roli specjalisty, doradcy i eksperta, bo takie role są właściwe dla kogoś, kto podejmuje się rozwiązać problemy drugiego człowieka⁴. Przede wszystkim jednostkę należy zrozumieć, uznać wagę jej problemu; czyli trzeba być jej

³ Haydon G. (ed.) (1998), *50 Years of Philosophy of Education*, Progress and Prospects. London: Bedford Way Papers.

⁴ Nęcka E. (2005), *Psychologia twórczości*, Gdańsk: GWP.

obrońcą, a nie przeciwnikiem. Człowiek rozwiązujący problemy innych musi być wreszcie podmiotem, który będzie doradcą i ekspertem, a zatem będzie miał pewne umiejętności, wiedzę, będzie dysponował szeregiem właściwości i środków, które pozwolą określić problem zneutralizować lub zminimalizować jego skutki⁵.

Należy zatem podkreślić złożoność zjawiska, wielość czynników i szczególną podmiotowość osoby niosącej pomoc jednostce – w polskim systemie mogą to być kuratorzy, pedagodzy, terapeuci, pracownicy socjalni. W świecie mamy do czynienia z serwisem pracowników wymiaru sprawiedliwości, pracowników pomocy społecznej, działają także specjaliści, którzy są neutralni i nie przynależą do żadnego systemu instytucjonalnego⁶.

M. Richmond wskazuje również w swojej definicji, że problemy należy rozwiązywać razem w celu osiągnięcia wspólnego dobra. Podkreśla w ten sposób szczególną interakcję między wychowawcą a uczniem, pomiędzy nauczycielem a wychowankiem, pomiędzy osobą nawiązującą stosunek pomocowy a osobą, która jest jej adresatem. Obie strony próbują ustalić tzw. możliwości wspólnego postępowania, czyli treatment⁷. Wspólne rozwiązywanie oznacza nienarzucanie decyzji, jest to spotkanie, dialog, wysłuchanie osoby potrzebującej oraz uzgodnienie wzajemnego postępowania, czyli skoordynowanie działań. Jest to zatem szczególny typ interakcji społecznej. Pracownik mundurowy czy reprezentujący określoną korporację lub pracownik określonego resortu musi zapracować na autorytet rzeczywisty czy autorytet pochodny więzi autotelicznej. Wydaje się, że jest to bardzo trudne do zrealizowania, o ile niemożliwe – dla reprezentantów formacji instytucjonalnych. Natomiast jest to realne w przypadku kogoś, kto nie jest reprezentantem określonej organizacji lub struktury władzy, ale np. tkwi w przestrzeni lokalnej i doskonale zna otoczenie społeczne,

⁵ Sarnowski S. (1985), *Świadomość i czas. O początku filozofii współczesnej*, Warszawa: PWN.

⁶ Walczak–Duraj D. (red.) (2009), *Wartości i postawy młodzieży polskiej. T. 1-2*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.

⁷ Bilsky W., Schwartz S. H. (1994), *Values and personality*, in: "European Journal of Personality", no 8.

w której dana jednostka funkcjonuje⁸. Może do takiej osoby przyjść, poznać ją, zwrócić się do niej bezpośrednio. Jest to osoba, która będzie mogła ingerować w strukturę osobowości drugiego człowieka. To nie jest praca dla urzędnika⁹.

Ostatni człon definicji M. Richmond jest najbardziej konstytutywny; głosi mianowicie, że rozwiązując problemy społeczne jednostki, mamy na uwadze dobro człowieka, które jest jednocześnie dobrem wspólnym. Stawiamy znak równości bądź przybliżamy się do tego, żeby postawić znak równości, zatem nie należy tworzyć antagonizmu pomiędzy jednostką a grupą. Pomiedzy tym, który stwarza problemy a grupą, w której on funkcjonuje i grupą, która musi te problemy rozwiązać, pomiędzy osobą określonego zachowania a społeczeństwem. M. Richmond stwierdza, że to musi być wspólne dobro. Wspólne dobro jest wtedy, kiedy tożsame są: interes człowieka i interes grupy. Musi dojść do spotkania trzech światów: świata człowieka, świata kompetencji, społeczeństwa i kultury, będzie to możliwe, pod warunkiem, że te światy na poziomie tożsamości osobowej, społecznej, kulturowej będą chciały się spotkać, że zakładają kompromis i nie będą pokazywać swojej przewagi, władzy, pewnych elementów formalno-prawnych, które dystansują i uniemożliwiają powstanie autotelicznej więzi¹⁰. Należy założyć, że działania integracyjne podejmujemy po to, żeby odzyskać człowieka i aby go włączyć ponownie do tej samej grupy. Jest to punkt wyjścia, definicja pracy na zasadzie *casus stadi*, czyli analizy indywidualnego przypadku. Jest to punkt wyjścia do pracy integracyjnej, ponieważ trzeba pracować po pierwsze z osobą, po drugie z grupą, a po trzecie ze społeczeństwem, czyli z wieloma grupami¹¹. Mówimy tutaj o działalności opiekuńczej, wychowawczej i terapeutycznej w stosunku do jednostki, o terapii rodzinnej, środowiskowej,

⁸ Chojnacki P. (1955), *Podstawy filozofii chrześcijańskiej*, Warszawa: PAX.

⁹ Scott W.A. (1959), *Attitude change by response reinforcement replication and extension*, in: *Sociometry*, vol. 22.

¹⁰ Anusz W. (1995), *Wartości młodego pokolenia w dobie transformacji ustrojowej Polski. Studium teoretyczno-empiryczne*, Częstochowa: WSP.

¹¹ Fromm E. (1966), *Szkice z psychologii religii*, tłum. J. Prokopiuk. Warszawa: KiW.

grupowej i o terapii rezydencjalnej oraz różnych formach działań społecznych w zakresie procesu inkluzji społecznej.

Druga teza, którą chciałbym poddać ocenie, dotyczy właściwego rozumienia podmiotowości jednostki i dobra wspólnego na poziomie analizy interdyscyplinarnej z uwzględnieniem wiedzy z wielu dziedzin nauki.

Kiedy możemy mówić o podmiotowości? Po pierwsze wtedy, kiedy jednostce nie narzuca się celów z zewnątrz. Powinny być więc podejmowane takie działania integracyjne, dzięki którym można będzie budować te cele wspólnie, trzeba o te cele pytać, uzgadniać je, wzajemnie negocjować¹². Jako autor programu „Family teaching program” („Program terapeutycznych domów rodzinnych”) organizuję 3 domy w Warszawie, przyjmując otwartą ofertę uczestnictwa, tzn. jest to pewna propozycja, która nie jest jeszcze realizowana w systemie powszechnie obowiązującego modelu.

Po drugie, omawiając kwestię podmiotowości jednostki, należy także zaznaczyć, że osoba ma być celem samym w sobie, a nie środkiem do osiągnięcia celu. Kolejny raz chciałbym zwrócić uwagę na dzisiejszy system integracji osób z niepełnosprawnością do społeczeństwa. Ten system traktuje człowieka przedmiotowo, zadaniowo, nie tworzy żadnych możliwości pracy z nim w kategoriach jego dobra, sukcesu, realizacji celów, które chciałby osiągnąć¹³.

Po trzecie, człowiek nie powinien być uprzedmiotowiony z rolą czy wykonywaną funkcją. Dzisiaj istnieje pewien schemat i stereotyp w polityce integracyjnej, polityce społecznej i edukacyjnej państwa, że właściwie pełnienie roli czy funkcji, zajmowanie stanowiska, pełnienie władzy to prawidłowa socjalizacja, ponieważ wtedy człowiek jest podmiotem, w którym zauważa siebie jako wartość¹⁴. Oczywiście zgadzam się z tym, że jednostka musi wykonywać pewne role, musi

¹² Gajda J. (1992), *Teoria wartości w filozofii przedplatońskiej*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

¹³ Kelly G. A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York: Norton and Company.

¹⁴ Duan C., Hill C. E. (1996), *The current state of empathy research*, in: „Journal of Counseling Psychology”, no 43.

zajmować jakieś stanowiska, wykonywać zadania wynikające z określonych obszarów władzy, ale jest to element zewnętrzny i fasadowy. Niestety nawet pełnienie najwyższych funkcji w państwie nie powoduje, że osoba, która je pełni, reprezentuje przymioty dobra. Fakt, że jakieś miejsce publiczne uważane jest za kreatywne i pozytywne, wcale nie oznacza, że reprezentanci tego miejsca są wartością, do której należy zmierzać. Wartością centralną dla człowieka jest chęć osiągnięcia stanu wolności wewnętrznej, stanu odpowiedzialności, bycia osobą, która umie zaciągać zobowiązania dla innych, a nie jedynie wypełnianie określonych ról czy zajmowanie stanowisk¹⁵.

Wreszcie czwarty element, świadczący o podmiotowości osoby, zakłada, że człowiek powinien się uwalniać od tresury, manipulacji, dyspozycyjności, przymusu, zachowań, które są mu narzucane, od wyrafinowanych technik przystosowania społecznego. Nadmienić należy, że nie traktujemy człowieka podmiotowo, kiedy np. przymusowo poddajemy go psychoterapii, kiedy więźnia poddajemy elektrowstrząsom, nie leczymy dewianta seksualnego i pozwalamy mu na kontrolowaną wolność. Ponadto, gdy przestępca się nie poprawia, podnosimy surowość kary, a gdy wykazuje pewną poprawę, jesteśmy skłonni dawać mu coraz to inne nagrody. Jest to typowo przedmiotowe traktowanie człowieka, ponieważ osoba się zmienia ze względu na nagrodę, jednostka reaguje i powstrzymuje się w krótkim czasie przed popełnieniem przestępstwa ze względu na karę¹⁶. Człowiek może się zmienić pod wpływem elektrowstrząsów czy okazjonalnie zażytego narkotyku, ale jest to tylko moment, chwila, którą chce wykorzystać specjalista określonej metody, myśląc, że wtedy może zaingerować w centralny układ nerwowy i coś zmienić, że może działać w sferze uczuć i emocji, ingerować w normy, wartości czy wzory zachowań¹⁷. Niestety specjaliście się tak tylko wyda-

¹⁵ Leszczak O. (2003), *Typologizacje i klasyfikacje w metodologii humanistyki (wymiar ilościowy)*, [w:] J. Opoka, A. Oskierka (red.), *Język – literatura – dydaktyka. T. 1*, Łódź: WSH-E.

¹⁶ Makowski A. (1994), *Niedostosowanie społeczne młodzieży i jej resocjalizacja*, Warszawa: PWN.

¹⁷ Nalaskowski S. (1992), *Humanizm i podmiotowość w wychowaniu*, Toruń: Wydawnictwo UMK.

je. Jeżeli jego działania okazują się nieskuteczne, to zaostrza swoją interwencję, czyli daje silniejszy impuls elektrowstrząsów, większe kary, inne nagrody. Natomiast badania pokazują, że w dłuższym czasie nie następuje zmiana, czyli nie ma reakcji po stronie postaw jednostki¹⁸. Dlatego zdecydowanie przeciwstawiam się takiemu manipulatorstwu czy psychomanipulacji ze względu na wyrafinowane metody, elementy dolegliwości, które są jedynie źródłem upokorzenia osoby jak manekina. Człowiek nie jest kukłą, wymaga oczywiście uczenia, ale i powtarzania sytuacji stałych, w których na poziomie własnego doświadczenia mógłby odbierać kierowane do niego działania, jako uczciwe, pomocowe. W innym wypadku będziemy traktowali osobę, jako przedmiot¹⁹.

Jeżeli w tych obszarach, o których wspomniałem, traktujemy jednostkę jako podmiot, to wówczas człowiek może się utożsamiać z dobrem wspólnym, a po stronie społeczeństwa istnieje gotowość do włączenia tej jednostki do grupy i grup do przestrzeni otwartej²⁰. Jeżeli natomiast będziemy traktować osobę przedmiotowo, to nie stwarzamy warunków do tzw. „funkcjonalizmu społecznego”, czyli określenia elementarnych przesłanek, pozwalających osobę zintegrować społecznie. Organizując ten proces, mówimy, że chcemy jednostkę zintegrować, ponieważ narzucamy jej cele, stwarzamy jej role, ale jest to działanie pozorowane i fasadowe, ponieważ jako przedmiot, a nie jako podmiot, człowiek nie może się nigdy zasymilować²¹.

Konkurencyjny model osoby z niepełnosprawnością to ten, który musi spełniać trzy podstawowe warunki, tj. człowiek musi być twórcą samego siebie, osobą zdolną do rozwoju, a także w swoim procesie socjalizacji i integracji społecznej wykorzystywać pozytywnie własne

¹⁸ Parsons T. (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin, Warszawa: PWE.

¹⁹ Orłowska M., Jaworowska M., Ciążela H. (2001), *Różne oblicza podmiotowości we współczesnej Polsce. Analiza wybranych problemów w aspekcie pedagogicznym, socjologicznym i aksjologicznym*, Warszawa: Wydawnictwo APS.

²⁰ Pytka L. (2003), *Diagnostyka i hermeneutyka pedagogiczna*, [w:] „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 1(53).

²¹ Węgliński A. (1983), *Poziom empatii a zachowania nieletnich w zakładzie poprawczym*, [w:] „Psychologia Wychowawcza”, nr 3.

doświadczenia²². Nie ma osób gorszych, bo człowiek to nie tylko zasoby, ale także potencjały. Kiedy osoba będzie traktowana jako twórca samego siebie, będzie chciał się zmienić, to nie kontrola ma wymusić zmianę, to on ma akceptować sytuację, w wyniku której będzie się musiał zmienić, a społeczeństwo będzie tylko sankcjonowało tę zmianę²³.

Natomiast dzisiaj społeczeństwo narzuca sankcje i organizuje głęboką superwizję, kontrolę społeczną jej przebiegu. To wszystko jest dysfunkcjonalne, nie spełnia postulatów, żeby dobro wspólne było dobrem jednostki i dobro jednostki było dobrem wspólnym. Ponadto człowiek jest osobą zdolną do rozwoju, co oznacza, że musimy dostrzegać elementy pozytywne, które tkwią w jednostce. Wskazujemy na kierunek psychologii personalistycznej reprezentowany w twórczości naukowej, np. Jana Pawła II, na siły twórcze, które są elementem konstytutywnym każdej osoby ludzkiej, nawiązujemy też do filozofii, antropozofii R. Steinera, mówimy o siłach witalnych i duchowych H. Radlińskiej, czyli te elementy wyraźnie pokazują pewną możliwość podmiotową, nie uprzedmiotawiają jednostkę²⁴.

Autonomia i godność osoby z niepełnosprawnością

Rozgraniczenie dobra podmiotowego oraz przedmiotowego wiąże się z kategorią autonomii i godności człowieka. Autonomiczność i godność osoby są zachowane wtedy, gdy jednostka jest traktowana przez prawo, system i politykę społeczną jako podmiot²⁵. Człowiek nigdy nie jest autonomiczny i nie będzie traktowany w sposób godnościowy, kiedy prawo, polityka i system, w którym funkcjonuje, traktują go przedmiotowo. Są trzy wyznaczniki autonomii i godności człowieka²⁶.

²² Ziółkowski M. (2002), *Wartości*, [w:] K. W. Frieske (red.), *Encyklopedia Socjologiczna. T. 4*, Warszawa: Oficyna Naukowa.

²³ Adamski W. (1980), *Typy orientacji życiowych młodzieży i starszego pokolenia Polaków*, [w:] „Studia Socjologiczne”, nr 1.

²⁴ Czapów C. (1968), *Rodzina a wychowanie*, Warszawa: Nasza Księgarnia.

²⁵ Kerschensteiner J. (1929), *Pojęcie szkoły pracy*, Warszawa: Książnica – Atlas.

²⁶ Ebner F. (2006), *Słowo i realność duchowa. Fragmenty pneumatyczne*, tłum. K. Skorupski. Warszawa: PAN.

Po pierwsze, osoba jest wartością bezwzględną, nie ma ludzi, którzy nie są określani jako wartość, musimy odrzucić stereotyp, że są lepsi i gorsi, że gorsi to ułomni czy niepełnosprawni, że gorsi to ci, dla których śmietnik społeczny jest jedyną możliwością przeżycia. Po drugie, nie można posługiwać się relatywizmem w zakresie ocen podmiotów oceniających. Traktujemy jednostkę jako pewien wzór, staramy się pokazać elementy, które akceptujemy, i te, których nie akceptujemy. Osoba staje się jakby towarem wystawionym na sprzedaż za pewną cenę: jeden ma niższą, drugi – wyższą, trzeci – przeciętną cenę albo może być wyprzedzą i ktoś staje się detalem bez ceny, czyli oceniamy go w kategorii „nikomu niepotrzebny”. Staramy się wówczas stworzyć system w postaci technologii dla tych „nikomu niepotrzebnych”, chodzi tu o niepełnosprawnych, bezrobotnych, bezdomnych, chorych na AIDS, narkomanów, przestępców, ludzi, którzy podlegają nie tylko marginalizacji, ale także wykluczeniu społecznemu²⁷.

Po trzecie jednostkę nie można traktować tylko przez pryzmat jego czynów, nawet jeśli te czyny z punktu widzenia grupy, społeczeństwa zasługują na krytykę (tzw. „ocena subiektywno-negatywna”), a mogą zasługiwać, bo trudno akceptować zachowania odmienne, wrogie, wulgarne, agresywne, niepożądane, trudno akceptować zachowania kryminalne. Jednak ze względu na autonomię i godność człowieka trzeba wyzbyć się oceny poprzez czyny i wprowadzić ocenę poprzez pryzmat osoby, a zatem odrzucić należy subiektywne nastawienie do jednostki. Zwłaszcza jeśli ktoś chce się zajmować procesem integracji, czyli procesem wtórnej socjalizacji osoby do grupy, powinien wykorzystywać wszystko, co jest pozytywne po stronie osoby, a nie bazować na elementach ocennych, klasyfikacyjnych, elementach pomniejszających te właśnie zasoby ze względu na uzewnętrznione zachowanie i czyn²⁸. Należy podkreślić, że człowiek, który doświadcza odmiennych przeżyć emo-

²⁷ Jaeger W. (2001), *Paideia. Formowanie człowieka greckiego*, tłum. M. Pledzik, H. Bednarek. Warszawa: Fundacja Aletheia.

²⁸ Łukaszewicz J. (1987), *O zasadzie sprzeczności u Arystotelesa. Studium krytyczne*, Warszawa: PWN.

cjonalnych, uczuciowych od innych osób, nie może ich stygmatyzować i werbalizować względem nich wyłącznie rzeczową lub przedmiotową samoświadomością²⁹, ponieważ czyn nie powinien stać się elementem wyznaczającym proces socjalizacyjny czy proces integracji jednostki.

Z tą problematyką wiąże się postępowanie diagnostyczne, gdyż diagnoza jest elementem koniecznym i niezbędnym, żeby opracować późniejszą politykę, czy określić indywidualne programy integracyjne, czyli treatment. Diagnoza zawsze musi, bazując na podmiocie, określać te wszystkie obszary, w ramach których będziemy mogli lokować zasoby, określać metody czy sposoby i środki interwencji³⁰. Zgodnie chociażby z koncepcją Parsonsa, trzeba mieć na uwadze, że integracja będzie przebiegała w trzech fazach: przygotowanie procesu, realizacji i kontroli³¹. W ramach tych faz określamy cele: ogólne i szczegółowe, czyli strategiczne i operacyjne; następnie musimy umieć określić sposoby, metody, techniki i środki, a zatem wykonać diagnozę możliwości użycia aparatury i instrumentów zmiany zachowania osoby, czyli rozwiązywania problemów społecznych.

Ta diagnoza winna być pełna, tym samym zawierać cztery wymiary: jako diagnoza typu, gatunku, znaczenia i rozwoju jednostki, czyli prognozy społecznej³². W pierwszym wypadku, kiedy mówimy o postępowaniu diagnostycznym, trzeba wskazać, kto taką diagnozę w postępowaniu integracji ma sporządzić; czy ma to robić osoba przyuczona do zawodu, jednostka, która kończy dowolne studia humanistyczne, czy ma to być specjalista – psycholog, terapeuta, pedagog resocjalizacyjny czy lekarz³³. Tu pojawia się fundamentalny problem, jak często sięgamy do specjalistów z wielu dziedzin wiedzy, czy jest jakaś spe-

²⁹ Maslow A. H. (1966), *Teoria hierarchii potrzeb*, [w:] J. Reykowski (red.), *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*, Warszawa: PWN.

³⁰ Parsons T. (1980), *General Theory in Sociology*, [w:] K. Merton., L. Boan, L. Cotrell, *Sociology Today*, New York, s. 26 i nast.

³¹ Giddens A. (2007), *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka. Warszawa: PWN.

³² Ossowska M. (2002), *Motywy postępowania. Z zagadnień psychologii moralności*, Warszawa: Książka i Wiedza.

³³ Pańpuch Z. (2000), *Aretologia*, [w:] A. Maryniarczyk, *Powszechna Encyklopedia Filozoficzna. T. 1*, Lublin: KUL.

cialność zawodowa, której wykonawcy mogliby na poziomie superwizji dokonać diagnozy.³⁴ Jeżeli mówimy o zorganizowanym, planowym działaniu ludzkim, które ma być oparte na diagnozie, to tę diagnozę musi wykonać specjalista. Tymczasem przygotowujemy zastępcze służby do stawiania diagnoz, czyli budowania bardzo głębokich, dynamicznych, epidemiologicznych i prognostycznych założeń dla programów korekcyjnych przez osoby, które nie mają do tego odpowiednich kwalifikacji³⁵. Dzisiaj kurator powinien korzystać z usług specjalistycznych agend, niż być podmiotem, który posiada umiejętności do stawiania diagnoz. Tak jest w procesie integracji społecznej na świecie – kurator, pracownik socjalny, pracownik serwisu probacyjnego czy pracownicy organizujący pomoc w gminie w ramach struktur lokalnych zwracają się do wyspecjalizowanych agend, które stawiają profesjonalne diagnozy, a w zespołach tych są lekarze, psycholodzy, pedagodzy i socjolodzy³⁶.

W diagnozie zwrócić należy szczególną uwagę na tzw. obraz życia, umieć go określić na poziomie jednostki. Kurator po ukończeniu wydziału prawa, kurator po psychologii ogólnej, po pedagogice nie jest kompetentny, aby bez udziału specjalistów dokonać tego rodzaju szacunku diagnostycznego, czy wykonać pełną diagnozę psychopedagogiczną³⁷. W Polsce są studia interdyscyplinarne, które przygotowują specjalistów z różnych dziedzin do tych kompetencji i umiejętności. Natomiast nie ma badań katamnestycznych, które pozwoliłyby ocenić, czy osoby studiujące jednocześnie na kilku kierunkach (psychologia, pedagogika, prawo) posiadają takie umiejętności i zdolności, żeby stawiać pełną diagnozę. Jeżeli system prawny ma być uczciwy,

³⁴ Reale G. (1994), *Historia filozofii starożytnej. T. I*, tłum. E. I. Zieliński. Lublin: KUL.

³⁵ Kluckhohn C. (1962a), *Values and Value – Orientations in the Theory of Action. An Exploration in Definition and Classification*, (rozdział II i IV), [w:] T. Parsons, A. Shils (ed.), *Toward a General Theory of Action*, Cambridge: Harvard University Press.

³⁶ Eliade M. (1974), *Sacrum, mit, historia. Wybór esejów*, tłum. A. Tatarkiewicz. Warszawa: PIW.

³⁷ Świda–Ziemba H. (1993), *Wartości młodzieży licealnej – ankieta jako metoda badawcza*, [w:] „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 2.

pomocowy i efektywny, to nie może zakładać braku wiedzy, kompetencji i etyki w tym zakresie³⁸.

Diagnozy winni zatem wykonywać specjaliści, profesjonalści, a nie przyuczeni do zawodu urzędnicy, dlatego – tak jak to ma miejsce na przykład we Francji, Szwajcarii czy Belgii – powinniśmy tworzyć na najniższych poziomach społeczności lokalnej, tzw. „zintegrowane podmioty” w postaci lekarza, psychologa, pedagoga, prawnika, które potrafią dokonać pełnej diagnozy przypadku, celem rozwiązywania problemów występujących na danym terenie³⁹. Jak już wspomniałem, pełna diagnoza obejmuje nade wszystko określenie typu osobowości jednostki czy typu kariery dewiacyjnej. A zatem z punktu widzenia psychologii społecznej trzeba dokonać typologii osobowości. Należy to do kompetencji psychologa, pedagoga resocjalizacyjnego, a nie specjalisty innego rodzaju. Trzeba umieć określić, czy mamy do czynienia z psychopatą, charakteropatą, socjopatą, czy to jest psychopata charakteropata, socjopata aspołeczny czy antyspołeczny, czy jest to właśnie człowiek, którego w wyniku rozwoju kariery przestępczej, a także pewnych cech osobowościowych, cechuje rozproszona inteligencja, czy wreszcie mamy do czynienia z ludźmi, których struktura własnego „ja” nie odbiega od obrazu ludzi żyjących w społeczeństwie⁴⁰. Nowe badania dotyczące zachowań eksternalizacyjnych osób dorosłych pokazują, że występują właśnie takie typy osobowości. Osoby z charakteropatią, socjopatią, psychopatią nabytą to jednostki, które nie są groźne społecznie, lecz są uporczywe społecznie⁴¹.

Biorąc pod uwagę obraz samooceny własnej, poziom poczucia własnej wartości, określony stopień inteligencji czy określony stopień temperamentu albo stopień agresywności jednostki, można dokonać

³⁸ Allport G. W. (1970), *Pattern and growth in personality*, New York: Holt, Rinehart, Winston.

³⁹ Sieroń J. (2007), *Problem cierpienia w literaturze i filozofii starożytnej Grecji. Wybrane zagadnienia*, Katowice: Wydawnictwo UŚ.

⁴⁰ Tarnowski J. (1987), *Z tajników „ja”: typologia osobowości według R. Le Senne’a*, Poznań: Księgarnia św. Wojciecha.

⁴¹ Zabłocka M., Francuz P. (2006), *Wpływ zmiennych osobowych na decyzję o sprawowaniu kontroli w sytuacji odpowiedzialności*, [w:] „Przegląd Psychologiczny”, t. 49, nr 1.

pewnej klasyfikacji i typologii. Chcę zaznaczyć, że w grupie niedostosowanych społecznie z niepełnosprawnością, których będziemy się starać integrować do społeczeństwa, ok. $\frac{1}{4}$ są to osobowości normalne, co oznacza, że tych pięć cech bazuje na wskaźnikach nieodbiegających od norm. Jest to bardzo pouczające dla projektodawców prawa, dla polityki społecznej, dla twórców programów reintegracyjnych, gdyż okazuje się, że osoby z niepełnosprawnością nie wymagają żadnej korekcji, ponieważ są normalnymi.

W związku z tym trzeba stworzyć inne programy integracyjne, korzystające z zupełnie innych metod, technik czy środków interweniowania⁴². Powinna również zachodzić głęboka dywersyfikacja w ramach procesu probacyjnego czy integracyjnego, skoro mamy różne profile zachowań asocjalnych. Niektórzy należą do uporczywych i antyspołecznych, czyli groźnych, charakteryzują się wysokim potencjałem niebezpieczeństwa, przeżywają wysoki poziom ryzyka, strachu i lęku⁴³.

Z drugiej strony mamy ogromną grupę, stanowiącą ponad połowę populacji niedostosowanych społecznie, która jest uporczywa, nagminna, antyspołeczna. Można tu wymienić drobne kradzieże, często kradzieże w celu zaspokojenia bieżących potrzeb, kradzieże będące następstwem prowadzenia migrującego trybu życia, tj. kradzieże, które wynikają z faktu posiadania nielegalnych źródeł dochodu, czyli braku stałego źródła dochodu⁴⁴. Dla takiego sprawcy trzeba zastosować zupełnie inny program probacyjny czy program integracyjny niż dla zabójcy lub dla człowieka, który dokonuje rozboju. Ponadto należy pamiętać, że diagnoza typu powinna dokładnie scharakteryzować te podstawowe cechy, elementy struktury osobowości, żeby następnie instruktor praktyk, specjalista od programu mógł stosować pewne

⁴² Leszczak O. (2002), *Metodologiczne zasady wartościowania i wartości jako koncept metodologiczny*, [w:] E. Kasperski, D. Ulica (red.), *Dialog. Komparatystyka. Literatura*, Warszawa: ASPRA – JR.

⁴³ Gliszczyńska X. (red.) (1982), *System wartości w środowisku pracy*, Warszawa: KiW.

⁴⁴ Berkeley G. (2005), *Traktat o zasadach poznania ludzkiego*, tłum. C. Znamierowski. Kraków: wydawnictwo Zielona Sowa.

działania uczące na tych cechach i elementach, które po stronie osoby powinny się zmienić⁴⁵.

Wskazujemy zatem, że program reintegracji powinien uwzględniać psychoanalizę, teorie nieprzystosowania społecznego jednostki, ponieważ w ramach tych obszarów ingeruje się w strukturę człowieka⁴⁶. Drugi element diagnozowania dotyczy przyczyn niedostosowania (są to okoliczności tkwiące po stronie jednostki i po stronie społeczeństwa), a zatem należy zdiagnozować wieloczynnikowość tych elementów, wskazać takie, które mają charakter endogenny i egzogeny, należy ustalić ciąg patogenezy jednostki, który doprowadził osobę do sprawstwa, a w efekcie do wykluczenia społecznego, marginalizacji, która stwarza kryzys społeczny jednostki⁴⁷.

Trzeci wymiar postępowania diagnostycznego to diagnoza znaczenia, czyli określenie, w jakim momencie choroby, kryzysu osoba się znajduje, jak to wpływa na nią, a także na grupę i przestrzeń społeczną. Choroba to element nie tylko dyskomfortu osobowego, ale również dysfunkcjonalności społecznej. Dlatego musimy umieć określić, na którym etapie człowiek się znajduje i jak to rzutuje na podstawowe kręgi, grupy społeczne, czyli rodzinę, grupy koleżeńskie, sąsiedzkie, miejsce pracy, środowiska, miejsce zamieszkania – te wszystkie elementy otoczenia i infrastruktury społecznej⁴⁸.

Wreszcie czwarty element diagnozy sprowadza się do zadania pytania, czy możemy tego człowieka wyleczyć, czy stan choroby da się zaleczyć częściowo, czy też możemy stworzyć pewien układ samoobrony, rekompensujący niewydolność, którą uznajemy już za stałą? Czy może należy stwierdzić, że niestety to już jest okres terminalny albo taki, w którym działania na poziomie kompetencji, czyli wiedzy

⁴⁵ Mitchell J. V. (1984), *Personality Correlates of Life Values*, in: "Journal of Research of Personality", no. 18.

⁴⁶ Por. Kieszkowska A. (2012), *Inkluzyjno-katalaktyczny model reintegracji społecznej skazanych. Konteksty resocjalizacyjne*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012.

⁴⁷ Platon (1993), *Dialogi*, tłum. W. Witwicki. Warszawa: Unia Wydawnicza Verum.

⁴⁸ Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. A. Dzierżyński, J. Tokarska-Bakir, Gdańsk: GWP.

nie są możliwe, aby przynajmniej te trzy poprzednie stany osiągnąć, tj. całkowitej zmiany, częściowej zmiany bądź stworzenia pewnej alternatywy, czyli tzw. elementów zastępczych, na bazie których jednostka może się ponownie socjalizować i integrować społecznie⁴⁹.

Powstaje zatem problem podmiotu, który zostanie ustrukturalizowany, poddany głębokiej ingerencji w świat struktury własnego wnętrza. Specjalista potrafi określić stan zaawansowania niedostosowania i niepełnosprawności którą jednostka manifestuje i mamy tu do czynienia z kolejnym etapem zorganizowanego, celowościowego działania, czyli z elementem oddziaływania *sensu stricte* procesu integracyjnego⁵⁰.

W dalszej części dyskursu podejmę kwestię przechodzenia jednostki z roli odmienca w rolę exodmienca. Będę omawiał proces dezidentyfikacji, przełamywania obciążeń w tonie destygmatyzacji⁵¹. Chciałbym mocno podkreślić, że problem dobra jednostki i dobra wspólnego w kategoriach procesu reintegracji powinno odzwierciedlać prawo. Możemy się tu zastanawiać, jak ten problem rzutuje na treść i formę prawa, a co za tym idzie – na treść i formę państwa. Analizując pewne systemy normatywne czy systemy politologiczne, można stwierdzić, że mamy do czynienia z tzw. społeczeństwem anomijnym i społeczeństwem normatywnym, czyli z demokracją anomijną i demokracją normatywną⁵².

W społeczeństwie anomijnym zabiega się o dobro i sukces jednostkowy, czasami ta gonitwa prowadzi do sytuacji, w której mamy do czynienia z kategorią dobra jednostkowego, mojego własnego, rozumianego egoistycznie. Kiedy np. analizujemy socjalizację osób z niepełnosprawnością, możemy zauważyć daleko idące procesy socjopatii,

⁴⁹ Kłoskowska A. (1973), *Kultura uwarunkowania postaw*, [w:] S. Nowak (red.), *Teoria postaw*, Warszawa: PWN.

⁵⁰ Peters M. (2004), *Nietzsche, nihilizm i krytyka nowoczesności: pomietzcheańska filozofia edukacji*, tłum. R. Godoń, [w:] „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 1–2, s. 191–192.

⁵¹ Pytka L. (1997), *Norma i patologia a tor ludzkiego cierpienia*, [w:] „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 2(30).

⁵² Ricken F. (2001), *Etyka ogólna*, tłum. P. Domański. Kęty: Antyk.

konkurencyjności czy depresji jednostki bądź depresji grupy⁵³. Dlatego należy zwrócić uwagę, że społeczeństwo nie powinno zabiegać o stan absolutnej wolności jednostkowej, że dzisiaj dobry nauczyciel, dobra matka, dobry ojciec czy opiekun powinni uczyć, że dobro człowieka objawia się poprzez realizację pewnych potrzeb, ale wtedy kiedy inni też mogą realizować swoje potrzeby. A możemy to zrobić nie poprzez szybki czas, środki materialne czy konkurencyjność, tylko poprzez tworzenie społeczności, która podejmie się wysiłku, jakichś działań na rzecz słabszych, czyli tych, którzy nie mogą własnymi siłami realizować swoich potrzeb⁵⁴. Powstanie wtedy takie prawo i takie państwo, które będzie tworzyło system pomocowy w ramach systemu inkluzji społecznej, w którym człowiek się opodatkuje na rzecz słabszego, w którym człowiek odda coś na rzecz osoby, która tego nie posiada. Chodzi oczywiście o demokrację normatywną, o społeczeństwo, w którym nie ograniczamy się wyłącznie do konsumpcji dóbr, nie polujemy egoistycznie na dobra materialne, nie tworzymy spirali różnic społecznych, nie dzielimy ludzi na lepszych i gorszych, na tych, którzy wszystko posiadają lub mogą kupić i na tych, którzy niczego nie mają⁵⁵. Reasumując, poprzez politykę społeczną powinniśmy wyrównywać te nierówne szanse dla osób w przestrzeni publicznej. Nierówność jest stanem naturalnym, nie ma ludzi takich samych, ale skoro ludzie są inni, to niech w tej inności zachowują równość.

Człowiek jest wartością najwyższą, jest jednostką autonomiczną i posiadającą godność, bez względu na to czy jest słabszy, ułomny, pozbawiony rodziców, którzy np. zginęli w wypadku samochodowym, czy jest obciążony od urodzenia np. jakąś dysfunkcją organiczną, upośledzeniem umysłowym czy wreszcie nie ma wysokiego wykształcenia lub dużych zarobków. Różna jest sfera nierówności, bowiem nierówność jest stanem normalnym i nie można tworzyć równości za wszelką

⁵³ Szymborski K. (1986), *Oblicze nauki*, Warszawa; Książka i Wiedza.

⁵⁴ Wojcieszek K. A. (2005), *Na początku była rozpacz... Antropologiczne podstawy profilaktyki*, Kraków: Rubikon.

⁵⁵ Tomasz z Akwinu św. (2000), *Traktat o człowieku*, tłum. S. Świeżawski, Kęty: Antyk.

cenę. Jednak nierówność można rekompensować, można stworzyć pewien system prawa, demokracji normatywnej, w którym będziemy wyrównywać szanse⁵⁶. A zatem grupa, społeczność, transakcje społeczne, wymiana dóbr społecznych, więzi i treści tych humanistycznych relacji będą polegały na dopełnianiu jakichś nierówności⁵⁷. Ludzie powinni zauważać, że nie mogą konsumować ze wszech miar, że są inni, którzy nie mogą niczego uzyskać albo mają ograniczone moce sprawcze. A my zastanawiamy się, do jakich granic oni mogą konsumować, ile może wynosić pensja minimalna, ile można przyznać dodatku czy jakiegoś zasiłku, tworzymy nierówność już w punkcie wyjścia, dyskryminujemy jednostki słabsze. Dlatego te dwa wspomniane przez mnie modele prawa i państwa są przeciwstawne. Oczywiście chciałbym, żebyśmy tworzyli wizję człowieka, prawa i systemu społecznego na fundamentach demokracji normatywnej⁵⁸.

Współcześnie demokracja opiera się na zantagizowaniu grup społecznych, jednostek, na daleko idącej anonimowości, a także na głębokiej psychomanipulacji społecznej, ponieważ dzisiejsze rozwiązania normatywne często generują tzw. technologię i działania polegające na reglamentaryzmie osób wykluczonych, zmarginalizowanych czy gorszych⁵⁹. Społeczeństwo i prawo powinny zmierzać w kierunku wyrównywania szans, modelowania tych szans, a nie tworzenia prawa dla lepszych i gorszych. Nierówność tego rodzaju jest całkowitym podważaniem podmiotowości, wartości osoby i autonomii godności człowieka⁶⁰. W takiej sytuacji nikogo nie nauczymy, żeby szanował wartości wspólne, żeby nie kradł, żeby czuł się odpowiedzialny za innych ludzi. Nie dając możliwości wyrównywania szans, od samego początku two-

⁵⁶ Fazio R. H., Sanbonmatsu D. M., Powell M. C., Kardes F. R. (1986), *On the automatic activation of attitudes*, in: "Journal of Personality and Social Psychology", no 50.

⁵⁷ Pospiszyl K. (1998), *Resocjalizacja. Teoretyczne podstawy oraz przykłady programów oddziaływania*, Warszawa: Żak.

⁵⁸ Kolberg L., Hersh R. H. (1977), *Moral development: A review of the theory*, in: "Theory into Practice", 16(2).

⁵⁹ Feuerbach L. (1953), *Wykłady o istocie religii*, tłum. A. Landman. Warszawa: PWN.

⁶⁰ Reykowski J. (1986), *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*, Warszawa: PWN.

rzymy mechanizmy tzw. wtórnej dewiacji czy wtórnej patologii, a także potencjał osobowościowy agresywności jednostki⁶¹.

Oczywiście nikogo nie można uszczęśliwić na siłę i nikomu nie można narzucić modelu rodziny formalnej czy związku matrymonialnego prawnie zawartego, ale trzeba pamiętać, że należy ingerować w tę sferę, sprawdzając, jaka jest ta rodzina i czy człowiek zaspokaja w niej potrzeby na zasadzie własnego wyboru czy konieczności. Badania kryminologiczne bowiem pokazują, że często są to związki konieczne, a nie związki, w których osoba realizuje siebie jako wartość⁶².

Kolejnym problemem jest brak zatrudnienia, a przecież praca stanowi naturalną powinność człowieka, warunkującą jego rozwój zarówno biologiczny, jak i psychiczny. Człowiek pozbawiony pracy nie ma możliwości rozwoju psychicznego, duchowego, społecznego, a także fizycznego. Tymczasem w większości przypadków osoby z niepełnosprawnością to ludzie bez pracy⁶³. Nie możemy tych ludzi włączać do pracy jako klientów serwisu probacyjnego czy reintegracyjnego. Musimy najpierw stworzyć system socjalizacyjny polegający na tym, żeby ich poddać oddziaływaniu zmiany socjalnej.

W społeczeństwach demokracji normatywnej najpierw należy wyrównać braki, a później odkryć, jakie są zasoby i potencjały, żeby można było włączyć jednostkę do normalnej grupy społecznej⁶⁴. W takim przypadku człowiek, zwłaszcza młody, nigdy nie będzie protestował, nie będzie występował przeciwko oficjalnemu prawu czy swoim opiekunom, przeciwnie – będzie oczekiwał nagrody w tym zakresie. Jeżeli prawo odnośnie traktuje się jako kontrolę, to należy pamiętać, że kontrola nie jest żadnym samoistnym elementem pomocy⁶⁵. Kontrola, która się atomizuje, superwizja, monitoring, które stają się środ-

⁶¹ Konarzewski K. (1981), *Teoria wychowania a światopogląd*, [w:] „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3.

⁶² Łukasiewicz J. (1934), *Z historii logiki zdań*, [w:] „Przegląd Filozoficzny”, nr 37.

⁶³ Smyczek L. (2002), *Dynamika przemian wartości moralnych w świadomości młodzieży licealnej*, Lublin: KUL.

⁶⁴ Zubielewicz J. (2002), *Filozofia wychowania. Aksjocentryzm i pajdocentryzm*, Warszawa: Żak.

⁶⁵ Prężyna W. (1981), *Funkcja postawy religijnej a osobowość człowieka*, Lublin: KUL.

kiem samym w sobie i elementem postępowania, eliminują wszystkie inne działania spolegliwego obrońcy, pomocnika, wychowawcy, doradcy czy eksperta. To, co dzisiaj obserwujemy, to kryzys humanizmu względem człowieka i kryzys humanitarnego prawa w stosunku do człowieka. Powinniśmy stwarzać takie warunki, żeby człowiek poznał swoją wartość dzięki pracy. Jeżeli mówimy, np. o osobie z niepełnosprawnością, to nie wyobrażam sobie, żeby ona nie pracowała, ponieważ brak pracy uniemożliwia wykształcenie takiej potrzeby i stałego nawyku oraz nie tworzy się teźże powinności oraz konieczności stałej aktywizacji zawodowej⁶⁶.

Nie tworzymy zatem prawa i systemu instytucjonalnego, w którym dobro osobowe jest dobrem wspólnym w sensie dobra grupowego. Człowiek musi trafiać do ośrodków probacyjnych i takich instytucji prawnych, które będą instytucjami rehabilitacji, leczenia bądź detoksykacji z narkotyków, alkoholu, będą wymuszać uczestnictwo w programach socjoterapeutycznych, aby nauczyć osoby funkcjonować w pozytywnych rolach społecznych⁶⁷. Tego nie zrobi dotychczasowy system społecznej izolacji przestrzennej. Podobnie jednostkę, która nigdzie nie pracuje, która całe życie korzysta z świadczeń pomocowych, nie można poddać integracji, jeżeli się go nie nauczy pracy np. w przymusowych ośrodkach probacyjnych – opartych na obowiązkowym zatrudnieniu. Osoba musi się nauczyć, że jest podmiotem. Element wyrównywania szans jest naturalną płaszczyzną spotkania dobra jednostkowego i dobra grupowego⁶⁸. Dobro jednostki musi być dobrem wspólnym, a dobro wspólne musi być dobrem jednostki.

⁶⁶ Comte A. (2001), *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej. Rozprawa o całokształcie pozytywizmu*, tłum. J. K. Kęty: Antyk.

⁶⁷ Adamiec M. (1983), *Działanie, wartość, sens – zarys systemu pojęć*, [w:] „Przegląd Psychologiczny”, nr 1(26).

⁶⁸ Ossowska M. (2000), *Etos rycerski i jego odmiany*, Warszawa: PWN.

Dekalog praktycznych oddziaływań pomocowych w systemie integracji osób z niepełnosprawnością

Terapia grupy to znajomość zasad, które pełnią określone funkcje w procesie oddziaływań reintegracyjnych. Podstawowa reguła ustrojowa polega na pomaganiu i działaniu na rzecz podopiecznego, tj. osoby, w stosunku do której podejmowane są praktyczne działania pomocowe, aby mogła sama nabyć określone umiejętności i sprawności, które pozwolą jej przezwyciężyć kryzys i wyjść z sytuacji opresyjnej⁶⁹. Chodzi zatem o nabycie przez podopiecznego umiejętności do samopomocy. Jest to bardzo ważne, ponieważ obserwując realizowane usługi pomocowe, można stwierdzić, że system oparty jest głównie na ratownictwie; świadczy jednorazowe usługi przede wszystkim zapomogi pieniężne, zaspokajające doraźne potrzeby podopiecznych.

Opresję należy porównywać do stanu choroby, zaś choroba jest to splot wielu czynników, a nie jakiś jeden element, który może być eliminowany pojedynczą interwencją, fragmentarycznym świadczeniem materialnym, które nie doprowadzi z założenia do przełamania sytuacji opresyjnej⁷⁰. Dlatego też fundamentem racjonalnej polityki integracyjnej, którą przenieść należy na metodykę oddziaływań, jest tworzenie arsenału interwencji poprzez zbiór zadań będących faktorem tychże oddziaływań, które miałyby na celu wykształcić umiejętności, zdolności, predyspozycje osoby będącej w kryzysie, aby mogła własnymi siłami z niego wyjść. Posługując się metaforą, należy powiedzieć, że należy dać podopiecznemu wędkę, żeby mógł sam złowić rybę, a nie dostarczyć mu ryby. Osoba winna bowiem przyswoić sobie określone działania jako sprawności, które pomogą jej zmienić opresyjną sytuację⁷¹.

Kolejna zasada określa, iż w oparciu o obserwację, analizę i diagnozę należy przedłożyć cele interwencji w stosunku do jednostki, grupy

⁶⁹ Le Senne R. (1963), *Traité de caractérologie*, Paris: Press Universitaires de France.

⁷⁰ Mądrzycki T. (1996), *Osobowość jako system tworzący i realizujący plan*, Gdańsk: GWP.

⁷¹ Olszak-Krzyżanowska B. (1992), *Młodzież wobec nowych wyzwań. Wartości, orientacje i cele życiowe zielonogórskich maturzystów*, Zielona Góra: Wydawnictwo WSP.

i środowiska społecznego. A zatem integracja to zespół zadań, które trzeba poddać dywersyfikacji na trzy równoległe obiekty odniesień: podopiecznego, rodzinę i środowisko. Natomiast otoczenie społeczne winno być przy uwzględnieniu teorii systemów podzielone na poszczególne podsystemy, tj. instytucje, organizacje, społeczności lokalne i środowisko jako całość⁷².

Natomiast obserwacja, analiza i diagnoza sytuacji podopiecznego musi polegać na przygotowaniu zindywidualizowanego programu interwencji poprzez uwzględnienie kondycji jednostki, rodziny i grup społecznych. Tym samym mamy do czynienia z oddziaływaniem w ramach systemu w skali makro- i mikrośrodowiskowej⁷³.

Następny element stanowią zadania, które pracownik socjalny czy kurator winien zorganizować, żeby doprowadzić do realnych więzi jednostki z niepełnosprawnością z grupą za pośrednictwem poszczególnych członków tejże grupy. To jest: wykształcić należy taką więź grupową i odpowiedni stan powiązań grupowych, zapewniających prawidłowe relacje osobowe z poszczególnymi członkami i grupą jako całością⁷⁴. Jeżeli jednostka ma funkcjonować w rodzinie, to trzeba pracować ze wszystkimi członkami rodziny indywidualnie i z rodziną jako całością. W środowisku rodzinnym są osoby z rodziny własnej i pokoleniowej, osoby młodsze i starsze – należy zatem doprowadzić do realizacji więzi cząstkowych tak, aby cele poszczególnych osób były wspólne z interesem jednostki, która ma być poddawana procesowi inkluzji oraz z interesem wspólnym grupy – rodziny rozumianej jako całość. Podobnie jest, gdy włączamy osobę do środowiska pracowniczego. Należy uwzględnić, że kurator czy opiekun powinien wpływać na identyfikację celów osoby włączającej się do grupy, jak też na identyfikację celu grupowego jako własnego dla podopiecznego⁷⁵. Proces ten przebiega

⁷² Sartre J. P. (2007), *Byt i nicność. Zarys ontologii fenomenologicznej*, tłum. J. Kielbasa, Kraków: Zielona Sowa.

⁷³ Tatarkiewicz W. (1988), *Historia filozofii. T. I, II, III*, Warszawa: PWN.

⁷⁴ Andrukiewicz W. (2002), *Pluralizm stylów myślenia*, [w:] „Edukacja i Dialog”, nr 8(141).

⁷⁵ Czapów C. (1978), *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*, Warszawa: PWN.

analogicznie w środowisku szkolnym, w którym obserwuje się znaczący wzrost agresywności młodzieży uczącej się. Podmiot odpowiedzialny w szkole za terapię grupy, winien włączyć do niej np. przyjaciół zagrożonej osoby, klasę szkolną, szkołę jako całość oraz środowisko zewnętrzne do współpracy z nią.

Tym samym w ramach tej reguły ustrojowej działalności pomocowej organizator przedsięwzięcia musi wyznaczyć rolę i miejsce dla każdej osoby, która jest włączana w proces integracji do środowiska rozumianego jako zorganizowana społeczność⁷⁶. Ponieważ każda z tych osób, tworząc grupę, jest odpowiedzialna za przebieg procesu i jego powodzenie, biorąc pod uwagę ich cele, zainteresowania, oczekiwania i potrzeby w stosunku do grupy jako całości. Grupa organizuje zbiorowe i kreatywne oddziaływanie. Jest to jeden z najbardziej pożądanых kierunków pracy integracyjnej – gdyż wykorzystujemy miejsce podopiecznego, osoby problemowej, obciążonej negatywnymi czynnikami osobowościowymi, która znajduje się w sytuacji opresyjnej i nie poprzez eliminację z grupy jako systemu, tylko poprzez wykorzystanie warunków systemu przygotowujemy ją do procesu przewartościowania więzi i celów indywidualnych w stronę dobra wspólnego⁷⁷. Należy dostrzegać, że jest to proces wieloczynnikowy – wzajemnego wpływu podopiecznego z członkami homogenicznej struktury, grupy.

Kolejnym elementem w procedurze zorganizowanej działalności integracyjnej jest uwzględnianie ustrojowej zasady w terapii grupowej, tj. specyficznych właściwości podmiotu, który podejmuje się tego przedsięwzięcia, czyli kuratora, pracownika socjalnego bądź oficera probacyjnego⁷⁸. Jest to samowiedza, samodyscyplina i spontaniczne postępowanie. Istotne jest, ażeby wiedza ogólna, ale też kompetencje pracy z indywidualnym przypadkiem na poziomie *caseworku* i działalności terenowej, były w pełni wykorzystywane w doświadczeniu uczą-

⁷⁶ Hołówka J. (2002), *Etyka w działaniu*, Warszawa.

⁷⁷ Lubański K. (1986), *Młodzież szkolna a wartości*, [w:] „Ruch Pedagogiczny, nr 3.

⁷⁸ Perry R. B. (1967), *General Theory of Value*, Cambridge: Cambridge Mass.

cym osoby, której zadaniem podstawowym jest pomagać⁷⁹. To musi być profesjonalny praktyk, przygotowany menedżer środowiskowy, który zna procesy grupy, takie jak: wrogość, zaraźliwość i ufność. Ważna jest również jego samodyscyplina polegająca na podejmowaniu działań uporządkowanych, tworzących racjonalny program postępowania dla jednostki. Doprowadza ona do zmiany w obszarach programowanej interwencji, a także samodyscyplina polega również na tym, że podopieczny zmienia się, czyli wycofuje się z uprzednio wyznaczonych zachowań. Rezygnacja z realizacji zadań nie oznacza, że osoba nie poddaje się zmianie. Często bowiem sądzimy, iż pewne niepowodzenia są symptomem kryzysu osoby, która jest poddawana terapii⁸⁰. Natomiast rzadko stać wykonawców zadań na samodyscyplinę rozumianą jako uwolnienie się od dalszej współpracy na rzecz jednostki odrzucającej ofertę pomocy. Tymczasem spontaniczność, samowiedza i samodyscyplina sprowadzają się w metodyce postępowania integracyjnego do zmiany kuratora, oficera probacyjnego, pracownika socjalnego bądź menedżera środowiskowego – na takiego, który jest w stanie wykorzystując zasoby w postaci wiedzy i kompetencji, kontynuować próbę pomocy⁸¹. Nie można przerywać procesu integracji na cząstkowym etapie, z powodu niepowodzenia, konfliktu bądź zderzenia się pomiędzy interesami osoby interweniującej a oczekiwaniami podopiecznego. Tymczasem skłonni jesteśmy to zjawisko tłumaczyć jako zawinione działanie po stronie podopiecznego. Pamiętać należy, że nie musi być tak, iż wykonawca zadań dysponuje zawsze wszystkimi wymaganymi instrumentami i środkami, które gwarantują pozyskanie zmiany zachowania w stronę wzorów prospołecznych⁸². Wydaje się, iż celowe byłoby włączanie do metodyki pracy pedagogicznej dyrektywy będącą zasadą ustrojową, że kryzys przejściowy podopiecz-

⁷⁹ Allport G. W. (1988), *Osobowość i religia*, tłum. H. Bartoszewicz, A. Bartkiewicz, I. Wyrzykowska. Warszawa.

⁸⁰ Fatyga B. (1999), *Dzieci z naszej ulicy. Antropologia kultury młodzieżowej*, Warszawa: ISNS UW.

⁸¹ M. Gogacz (1993), *Podstawy wychowania*, Niepokalanów: Wydawnictwo oo. Franciszkanów.

⁸² Retter H. (2005). *Komunikacja codzienna w pedagogice*. tłum. M. Wojak-Piątkowska. Gdańsk: GWP.

nego w integracji społecznej nie powinien być tłumaczony niechęcią zmiany zachowania z jego strony, lecz również jako sytuacja wynikająca z niedostatku wiedzy i samodyscypliny osoby interweniującej⁸³.

Następny element zespołu zadań, czyli funkcji stanowi to, co jest konstytucją terapii probacyjnej, działalności związanej z indywidualnym przypadkiem i także będący zasadą ustrojową dla interwencji grupowej – tj. akceptacja osób takimi, jakimi one są⁸⁴. Poszanowanie podmiotu, na rzecz którego wykonujemy usługę interwencyjną, polega na zaakceptowaniu wszystkich zalet i wad. Nie możemy poważać osoby tylko poprzez zasoby, ale także poprzez potencjały. Młody człowiek, który jest obciążony niepełnosprawnością, może być w przyszłości lekarzem, prawnikiem, a aktualnie jest jednostką odrzuconą społecznie. Akceptacja osoby to umacnianie podmiotowości i autonomii, uszanowanie tego, kim jest, a zatem uwzględnienie jej zasobów i potencjałów rozwojowych⁸⁵.

Istotny postulat zorganizowanego, planowego przedsięwzięcia integracyjnego, to konstruktywne ograniczanie wszelkich sankcji. Nie oznacza to jednocześnie rezygnacji z działań kontrolnych, stosowania kar, sprawdzania efektów działań, interwencji bądź oszacowania. Ale zawsze w tych przedsięwzięciach, stanowiących procedurę oddziaływań praktycznych, zważać należy na ograniczony dostęp do sankcji negatywnych, stygmatyzacji, defaworyzacji czy ekskluzji społecznej⁸⁶. Przerost elementów kontrolnych, nadzorczych, uznawanie bezwzględnej inwigilacji bądź stosowanie monitoringu prowadzi do dystansowania się podopiecznego w stosunku do osoby sprawującej opiekę. Badania katamnesticzne i longitudinalne dotyczące różnych grup społecznych wykazują, że działalność pomocowa w praktyce sprawdza się często do stałej kontroli i nadzoru, a to jedynie podnosi

⁸³ Domurat A. (2002). *Kontekstowe funkcjonowanie wartości a metody ich pomiaru*. [w:] A. Grochowska (red.). *Wokół psychologii osobowości*. Warszawa: UKSW.

⁸⁴ Tomasz z Akwinu św. (2000). *Traktat o człowieku*. tłum. S. Swieżawski. Kęty: PAX.

⁸⁵ Błasiak A. (2002). *Młodzież – świat wartości*. Kraków: Ignatianum.

⁸⁶ Witkowski L. (2007). *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesności*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

poziom lęku i stresu podopiecznych⁸⁷. Interweniowanie pomocowe polega na świadczeniu usług, zaś końcowym etapem procesu tychże zorganizowanych przedsięwzięć, jest kontrola podjętych uprzednio działań, która ma ustalić stopień koherencji. Kontrola i nadzór nie mogą poprzedzać rodzajowej usługi w cyklu zorganizowanego postępowania. Regułą jest, iż jak najmniej należy stosować dolegliwych kar, jak najmniej sankcji negatywnych, które pełnią charakter dodatkowego upokorzenia czy uprzedmiotowienia jednostki⁸⁸. Naturalnym stanem warunkującym integrację jest przejawianie skłonności osobowych do akceptacji, zaufania i stwarzania poczucia bezpieczeństwa. System ograniczeń sankcjami oddala bowiem podopiecznego od kuratora – osoby interweniującej – i często działania, które wyczerpywały znamiona pozytywnych usług, nie będą przynosić pożądanego rezultatu.

Inną funkcją strategii integracji społecznej jest indywidualizacja pracy świadczącego pomoc⁸⁹. Kiedy prowadzimy pracę z danym „przypadkiem” czy pracę w grupie poprzez kontakt z poszczególnymi członkami grupy w środowisku, to postępowanie winno podlegać dywersyfikacji ze względu na różnorodny status osobowy, pozycję, system wartości, oczekiwań i celów poszczególnych członków tego środowiska. Nie ma jednostek o tożsamyh właściwościach osobowościowych, w związku z tym działalność pomocową poprzedzać winna diagnoza lub oszacowanie diagnostyczne w pracy z przypadkiem, które należy racjonalnie wykorzystać w procesie indywidualizacji⁹⁰. Postępowanie takie to sięganie po możliwości osoby na rzecz poprawy uczestnika grupy przy wykorzystaniu tychże interakcji uwzględniających status-pozycję, system wartości i oczekiwania.

Podstawowa zasada w procesie włączania społecznego to interakcjonizm, czyli modyfikowanie reakcji otoczenia z negatywnych w kierunku pozytywnych. Cały proces wzrastania człowieka, jego so-

⁸⁷ Mounier E. (1960). *Co to jest personalizm*. tłum. A. Turowicza. Kraków: Znak.

⁸⁸ Schaff A. (1983). *Szkice o strukturalizmie*. Warszawa: Książka i Wiedza.

⁸⁹ Wojcieszke W. (2002). *Potoczne rozumienie moralności*. [w:] M. Lewicka, J. Grzelak (red.). *Jednostka i społeczeństwo*. Gdańsk: GWP.

⁹⁰ Grzegorzczak A. (1989). *Mała propedeutyka filozofii naukowej*. Warszawa.

cializacja i integracja to nic innego, jak tylko interakcjonizm. Przy czym w integracji chodzi o odnowienie tego, co jest dobre, wyeliminowanie związków destruktywnych, nieformalnych na rzecz więzi i reakcji pozytywnych. Jest to problem tworzenia „ja” idealnego w odniesieniu do „ja” realnego i sprowadza się do burzenia powiązań destruktywnych na rzecz więzi konstruktywnych z grupami pozytywnego odniesienia⁹¹. Tymczasem aktualnie reguła ta bardzo często przybiera postać karykaturalną, by nie powiedzieć śmieszną – np. kurator wnioskuje do sądu o zmianę środowiska podopiecznego, przy czym jednocześnie nie organizuje dla niego nowej przestrzeni społecznej. Jak można mówić o realizacji obowiązku czy powinności zmiany środowiska, które jest destruktywne, kiedy nie stworzymy środowiska pozytywnego. Działania interakcyjne w sensie reguły sprawczej polegają na doprowadzeniu jednostki do nowych znajomości, przyjaźni bądź tworzenia pozytywnych grup żywotnych interesów⁹². Proces inkluzyj jest zdynamizowaniem oddziaływań socjalizacyjnych jednostki na poziomie struktur społecznych, tj.: rodziny, grup odniesienia bądź żywotnych interesów w kierunku środowisk formalnych i o prospołecznym charakterze.

Jeżeli natomiast kurator wnioskuje o obowiązek zmiany środowiska z patogenego, negatywnego na środowisko pozytywne i nie doprowadza do realnej zmiany w tym kierunku, to jest to typowe działanie kontrolne, które nie gwarantuje możliwości dla tworzenia racjonalnego działania wynikającego z reguły interakcjonizmu. Proces budowania nowych więzi, konstruktywnej siatki psychologicznych powiązań w ogóle się nie rozpoczyna. Zauważa się, iż sąd czy kurator zleca zmianę miejsca zamieszkania na inne, w sytuacji kiedy podopieczny nie dysponuje środkami na ten cel. Traktujemy pomoc w procesie integracji jako działalność administracyjną, sprowadzającą się do wydawania nakazów, zakazów, powinności, za którymi nie stoi żadna działalność

⁹¹ Brzozowski P. (1996). *Skala wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Rokeacha. Podręcznik*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

⁹² Platon (1993). *Menon*. [w:] *Dialogi*. tłum. W. Witwicki. Warszawa: Unia wydawnicza Verum.

praktyczna. Istnieje wyobrażenie projektowanej zmiany, natomiast to oczekiwanie nie jest przekładane na rozwiązania wykonawcze⁹³. Jeżeli osoba przebywa w miejscu zamieszkania, które jest dla niej niewskazane (np. mieszka z osobami uzależnionymi bądź prowadzącymi pasożytniczy tryb życia), to prawo, materializujące się w postaci polecenia zmiany miejsca zamieszkania, stanowiące rygor programu integracji, jest właściwe, tylko nie powinno ono spełniać wyłącznie roli jako reguła językowa. Dyrektywa winna być podstawą do tworzenia reguł praktycznego postępowania. Natomiast zadowolamy się tworzeniem zakazów i nakazów, jak we wspomnianym już przypadku, bezdomnego nadużywającego alkoholu, który nie może z powodu nałogu skorzystać z noclegu w schronisku. Kreujemy sytuacje nakazowo-zakazowe, natomiast nie określamy żadnych reguł praktycznych do rozwiązywania konfliktów społecznych⁹⁴.

W pracy wychowawców realizujących proces integracji społecznej istotną kwestią jest wykorzystywanie przez nich pozytywnych doświadczeń podopiecznego w terapii grupowej lub środowiskowej. Zdarza się, że nie należy przenosić osoby do innej, pozytywnej grupy odniesienia, ponieważ jednostka, która jest dotknięta społeczną „toksyną”, winna uzależnić proces zdrowienia od pozostawania w chorobotwórczym środowisku w celu nabycia odporności na wpływ negatywnych czynników⁹⁵.

Inkluzja probacyjna nie polega na przenoszeniu podopiecznego z aktualnego środowiska do innego stałego miejsca pobytu. A zatem specjalista, który pracuje z osobą z niepełnosprawnością, bezdomnym, bezrobotnym, z osobą wykazującą zaburzenia osobowości, powinien umieć wykorzystać dotychczasowe doświadczenia podopiecznego w przeorganizowaniu celów i jakości jego życia. To jest także zespół zadań, który tworzy kolejną zasadę ustrojową osób interweniujących: zrywanie kontaktów czy ich eliminacja ze środowiskami patogennymi

⁹³ Jung C. G. (2009). *Typy psychologiczne*. tłum. R. Reszka. Warszawa: KR.

⁹⁴ Krąpiec M. A. (1996). *Psychologia racjonalna*. [w:] *Dzieła*. t. XX. Lublin: KUL.

⁹⁵ Bałwierz M. (1989). *Typologia światopoglądów niereligijnych*. [w:] M. Rusecki (red.) *Z zagadnień światopoglądu chrześcijańskiego*. Lublin: KUL.

stać się może kolejnym etapem procesu integracji, ale musi wynikać ze studiów, ocen i stawianych diagnoz w dynamicznym procesie włączania jednostki do społeczeństwa⁹⁶. Każdy przypadek jest inny i tym samym oddziaływanie na jednostkę oraz grupę przebiega odmiennie i indywidualnie.

Normą praktyczną, szczególnie ważną dla wychodzenia jednostki z kryzysu, jest wzór osobowy – słownego i bezsłownego – oddziaływania interwenienta. Podmiot bywa znaczący ze względu na jakość działań, które realizuje na rzecz osób mających legitymację formalną i prawomocną do realizacji usług pedagogicznych. Podmiot znaczący to wychowawca, mający prawo występować jako nauczyciel, obrońca, doradca podopiecznego, a także jako osoba, która kreuje nowe wzory jego zachowań i oczekiwań wobec widowni społecznej za pośrednictwem wiedzy, kompetencji i etyki postępowania. To przyczynia się do budowania trwałej więzi i rzeczywistego autorytetu⁹⁷. Dzięki działaniu i realnej pozycji może wpływać konstruktywnie w procesie integracji społecznej na swoich podopiecznych⁹⁸.

Zatem – kiedy określamy wzór osobowy – to precyzujemy relacje oraz więzi: jednostki bądź osoby w grupie kształtujące stosunek emocjonalny wobec kuratora, nauczyciela, oficera probacyjnego. Nie z tytułu działań kontrolnych bądź posiadanej władzy i nie dlatego, że proponują korzystne usługi, ale dlatego że osoba jest przekonana, iż pozycja wychowawcy niosącego pomoc, przyczynia się do powstania więzi autotelicznej⁹⁹. Działania te zmierzają do tego, aby podopieczny na zasadzie dobrowolności dokonał wyboru zmiany swojego dotychczasowego zachowania. Uznawanie pozycji, rangi, miejsca wy-

⁹⁶ Olejnik S. (1958). *Eudajmonizm. Studium nad podstawami etyki*. Lublin: KUL.

⁹⁷ Hartmann N. (1988). *O idealnej samoświadomości wartości. Stosunek wartości i powinności. Aktualny stan zagadnienia wartości*. tłum. W. Galewicz. [w:] W. Galewicz (red.) *Z fenomenologii wartości*. Kraków: PAT.

⁹⁸ Kieszowska A. (2012), *Inkluzyjno-katalaktyczny model reintegracji społecznej skazanych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

⁹⁹ Brentano F. (1999). *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*. tłum. W. Galewicz. Warszawa: PWN.

chowawcy, to nic innego jak ocena prestiżu społecznego danego zawodu¹⁰⁰. Zwracamy uwagę na rzecz istotną, gdyż proces integracji społecznej aktualnie bazuje na wzorach osobowych tylko ze względu na działania kontrolne, władzę i świadczone usługi. Natomiast nie obejmuje prestiżu zawodu osoby, która podejmuje się realizacji zadań na rzecz podopiecznych, uruchamiając interwencję „techniczną”, będąc rzemieślnikiem, lekarzem, prawnikiem czy nauczycielem. Otóż jeśli chcę zasięgnąć porady prawnej, to nie pójdę do profesora prawa, tylko do praktyka; gdy chcę się poddać zabiegowi medycznemu, to nie poproszę o przeprowadzenie go profesora akademii medycznej, tylko praktykującego swój zawód chirurga, pracującego nawet w małym szpitalu. Te wybory wskazują na element prestiżu, uznania, oceny i ważności roli zawodowej w otoczeniu społecznym, zwłaszcza wśród odbiorców usług, na rzecz których przebiega interwencja, ale także wobec społeczeństwa z powodu humanizacji postaw¹⁰¹. Zatem w odczuciu społecznym osoby, które wykonują pracę rzemieślników, to jednostki, które intensywnie pracują i dysponują profesjonalnymi umiejętnościami wyzwalającymi stosunek akceptacji i zaufania do powierzenia im swojego świata wewnętrznego, przy jednoczesnym zachowaniu tożsamości osobowej¹⁰². Poddajemy się np. operacji kardiochirurgicznej, bo wiemy, że wykona ją specjalista i mamy do niego zaufanie. I tak też jest w procesie integracji – podopieczny powinien wiedzieć, że osoba, która mu pomaga, legitymuje się kompetencjami i umiejętnościami praktycznymi na rzecz zmiany osobowości, ale przede wszystkim jest specjalistą, który posiada prestiż i uznanie społeczne jako wykonawca tychże świadczeń¹⁰³. Zawód ten oceniany jest wysoko w hierarchii prestiżu społecznego,

¹⁰⁰ Wojtyła K. (1991). *Ocena możliwości zbudowania etyki chrześcijańskiej przy założeniach systemu Maxa Schellera*. [w:] T. Styczeń, J. W. Galkowski, A. Rodziński, a. Szostek (red.). *Człowiek i moralność. T. II*. Lublin: KUL.

¹⁰¹ C. Czapów (1962). *Młodzież i przestępstwa. cz. II*. Warszawa: Nasza Księgarnia.

¹⁰² Rogers C. R. (2002). *Sposób bycia*. tłum. M. Karpiński. Poznań: Rebis.

¹⁰³ Maslow A. H. (1990). *Motywacja i osobowość*. tłum. P. Sawicka. Warszawa.

a jego uznanie polega na tym, że osoby są odbierane jako wyłączni wykonawcy działań integracyjnych.

Tymczasem istnieje w społeczeństwie stereotyp, że ten zawód może wykonywać każdy, czyli istnieje przyzwolenie na powoływanie kolejnych służb, serwisów osób, które będą wykonywać tożsame zadania. Nie powinno tak jednak być – jeżeli chcemy realizować funkcjonalny system inkluzji społecznej, to jego uczestnicy powinni posiadać cechę wyłącznych wykonawców usług, gdyż jest to realny wyznacznik prestiżu zawodu. Wykonawcy tworzą szczególne interakcje na rzecz podopiecznych i kształtują praktyczne normy działania dla podejmowanych usług, oraz tworzą odrębną organizację pracy, własne szkolnictwo, a ponadto są dobrze opłacani oraz nie egzystują na marginesie życia społecznego¹⁰⁴. Metodyka oddziaływania integracyjnego to dziedzina specyficzna, ponieważ wiedza ogólna musi być przełożona na reguły praktyczne; ideologię należy przełożyć na etykę zorganizowanego działania. Nie zwracamy się o pomoc do mentora, tylko do praktyka-nauczyciela, bo on musi mieć odpowiednie talenty i dysponować możliwościami wspomagania. A zatem, zasada ustrojowa słownego i bezsłownego oddziaływania jako wzór osobowy, działa z pozycji wysokiego prestiżu społecznego, która będzie gwarantowała występowanie u podopiecznego tzw. więzi autotelicznej, czyli relacji z opiekunem powstającej nie ze względu na kontrolę, władzę czy proponowane oddziaływania korygujące normy zachowania, a jedynie dlatego, że osoba interweniująca jest podmiotem znaczącym¹⁰⁵. Natomiast z punktu widzenia społecznego, wysoki prestiż ma taki zawód, który sprowadza się do wyłączności świadczeń; który zakłada, że osoba go wykonująca musi skończyć specjalny typ szkoły wyższej; należy do odrębnej struktury organizacyjnej, a kompetencje związane z tym zawodem określa konstytucja zawodu mająca rangę ustawy; przy czym osoba wykonująca dany zawód uzyskuje satysfakcjonujące wynagrodzenie za świadczoną pracę. Wykształca

¹⁰⁴ Krawczyk M. (red.) (1960). *Zasady wychowania moralnego*. Warszawa: Nasza Księgarnia.

¹⁰⁵ Dewey J. (1988). *Jak myśleć?* tłum. Z. Bastgen. Warszawa: PWN.

to ponadto szczególne interakcje, czyli charakterystyczne działania praktyczne posiadających walor wysokiej koherencji. Tak jak np. wyłączne jest prawo do produktu, znaku towarowego, którego nikt inny nie może wyprodukować, zastrzegamy ważność, symbol, jakość produktu i właśnie te cechy stanowią o zasadzie postępowania integracyjnego, opierającego się na wzorze osobowym¹⁰⁶. Niestety – prawo, struktury wykonawcze mają charakter odmienny od projektowanego modelu reintegracji społecznej. Aktualne zapisy normatywne sięgają do wzorów osobowych, wykonawców usług, które oparte są na kontroli formalnej, władzy i nie przewidują materialnych przesłanek kompetencyjności, umiejętności, aksjologii i metodyki, które wynikałyby z pozycji, prestiżu, uznania i jakości zawodu¹⁰⁷.

Terapia środowiskowa i rezydencjalna jako kierunek pomocy, zmiany i kontroli społecznej wobec osób z niepełnosprawnością

Kolejnym elementem w pracy reintegracyjnej, oprócz terapii jednostki i terapii grupy, jest terapia środowiskowa, która sprowadza się do reaktywowania, odtworzenia i budowania właściwości, cech wtórnych, które powinny występować, wsparcie i więź psychiczno-emocjonalną ze strony środowiska. Tym środowiskiem jest najczęściej zakład pracy, grupy przyjaciół, społeczność lokalna, organizacje i społeczeństwo jako struktura makrospołeczna. Jako elementy organizacji terapii środowiskowej należy wymienić tzw. planowanie społeczne, rozwój społeczny, organizację pracy środowiskowej, organizację interwencji środowiskowych i akcji środowiskowych. A zatem te wszystkie elementy łącznie tworzą terapię środowiskową. Politycy społeczni dysponują wiedzą na temat planowania społecznego, rozwoju społecznego, ale nie rozróżniają zagadnień organizacji pracy środowiskowej czy ak-

¹⁰⁶ T. Kotarbiński (1994). *Etyka*. [w:] *Dzieła wszystkie*. Warszawa: PAN.

¹⁰⁷ Rosenberg M. J. (1956). *Cognitive Structure and Attitudinal Affect*. In: "Journal of Abnormal and Social Psychology", no. 53.

cji środowiskowej – w tym zakresie panuje zupełne ubóstwo kompetencyjne¹⁰⁸.

Oddziaływanie terapii środowiskowej wiąże się z planowaniem społecznym, rozwojem społecznym, rozwojem środowiskowym, organizacją pracy środowiskowej oraz akcjami środowiskowymi. Te wszystkie procedury powinny być realizowane w zakresie terapii środowiskowej. Zwracam uwagę, iż terapia środowiskowa zmierza do reorganizacji wadliwego układu społecznego i równolegle tworzenia nowych powiązań grupowych. Mamy zatem dwie płaszczyzny postępowania, które w planowaniu, w rozwoju społecznym i środowiskowym oraz w akcjach środowiskowych powinny występować równolegle, tj. modyfikacja dotychczasowych grup społecznego odniesienia i kreowanie nowych grup pozytywnego odniesienia¹⁰⁹.

Podstawowym miejscem dla terapii środowiskowej jest zakład pracy, dlatego że jest to przestrzeń dla spotkania, w której jednostka może realizować najważniejsze potrzeby, związane z rozwojem psychicznym, duchowym i społecznym. A zatem prawo do pracy – prawo podmiotowe osoby do pracy – pedagodzy określają jako najważniejszą powinność jednostki, która gwarantuje, że staje się on człowiekiem. Poprzez pracę doświadczamy podmiotowości, rozumiemy, że możemy stać się inni niż jesteśmy¹¹⁰. Wykonując pracę, zmieniamy samych siebie, a także tych, wśród których przebywamy i na rzecz których działamy.

W integracji istotne miejsce zajmuje zakład pracy i kurator sądowy, organizujący proces integracyjny, który powinien brać pod uwagę miejsce zatrudnienia podopiecznego jako teren dla przeprowadzenia terapii środowiskowej i terapii grupowej. Po pierwsze dlatego, iż daje to możliwość budowania więzi społecznych gdyż w środowisku pracy możemy tworzyć nowe relacje i kontakty społeczne¹¹¹. Po drugie – zakład pracy to nie tylko miejsce przebywania, ale także kontaktów,

¹⁰⁸ Levinas E. (2006). *Istniejący i istnienie*. tłum. J. Margański. Kraków: Homini.

¹⁰⁹ Dewey J. (1988). *Jak myśleć?* tłum. Z. Bastgen. Warszawa: PWN.

¹¹⁰ Sobczak S. (2006). *Hermeneutyka*. [w:] T. Zacharuk, A. Klim-Klimaszewska (red.). *Konflikt pokoleń czy różnic cywilizacyjnych*. Cz. 3. Siedlce: AP.

¹¹¹ Zacharuk T. (2008). *Wprowadzenie do edukacji inkluzyjnej*. Siedlce: AP.

które mogą być przeniesione na czas poprodukcyjny. Czas wolny można natomiast wypełnić realizacją programów socjalnych czy programów uspołecznienia osób z niepełnosprawnością. Zakład pracy należy uznać za dodatkową strukturę wsparcia społecznego, gdyż dysponuje zapleczem w postaci budownictwa zakładowego, i innymi możliwościami aktywizacyjnymi. A zatem jest to najlepsze miejsce dla kształtowania relacji międzyosobowych w grupie, z udziałem kierownictwa zakładu pracy i załogi. Spotykamy nawet w dziedzinie kurateli sądowej określenie – kurator posiłkowy, tzn. kurator w miejscu pracy podopiecznego. To osoba w pełni przygotowana – mająca kompetencje i umiejętności, kierująca metodyką w postępowaniu naprawczym. Badania kryminologiczne pokazują, że podopieczni akceptują kuratelę posiłkową, która oferuje to, co dotychczas było mało osiągalne w sferze aktywizacji zawodowej i społecznej w przestrzeni społecznej.

A zatem scenariusz integracji powinien realizować się na terenie zakładu pracy – to sam zakład pracy poprzez relacje i możliwości wynikające z organizacji pracy jest dobrym układem dla terapii środowiskowej. Osoba znacząca jako podmiot oddziaływania jawi się jako dobry kolega z pracy lub osoba wypełniająca role zawodowe. Często bowiem podopieczny nie ma wpływu np. na wybór kuratora, gdyż jest on wyznaczany administracyjnie. Podobnie uczeń nie ma wpływu na to, jaki nauczyciel będzie go uczył, bo ten jest narzucany odgórnie. Można jednak przyjąć odmienny model, oczywiście przy zachowaniu racjonalnej kontroli, polegający na tym, że wychowawca prowadzi proces integracji, będąc osobą bliską dla podopiecznego. Jednostka, która jest anonimowa, obca musi swoimi umiejętnościami, kompetencjami, w okresie próby pozyskać zaufanie i akceptację podopiecznego¹¹². Natomiast krąg koleżeński, przyjaciół, osób znaczących, wynikający z podziału ról w procesie socjalizacji sprawia, że akceptacja osoby jako kuratora czy oficera probacyjnego jest szybsza, a ona ma większe możliwości prowadzenia terapii środowiskowej w miejscu funkcyjno-

¹¹² Stróżowski W. (1958). *Filozofia a światopogląd*. „Znak”, nr 44(10).

wania podopiecznego¹¹³. Mamy bowiem do czynienia z bezpośrednim interakcjonizmem społecznym, kurator nie musi już pozyskiwać zaufania, on już go ma. Jeśli np. uczeń sprawdził, który nauczyciel najlepiej uczy angielskiego, wybierze lektorat u tego nauczyciela. Podobnie osoba potrzebująca pomocy wybrałaby tego kuratora, który zajmuje się integracją społeczną, ma doświadczenie praktyczne i prowadzi pracę w sposób, który wzbudza jej zaufanie i chęć akceptacji¹¹⁴. Dzisiaj w praktyce pedagogicznej jest odwrotnie, gdyż pracownik naukowy, który ma duże kompetencje, bardzo często nie może pogodzić pracy terenowej z nauką, ponieważ układ zależności administracyjnych mu to uniemożliwia. A zatem, nie stwarzamy takiej sytuacji dla afiliacji osób znaczących, osób posiadających autorytet, jako osób bardzo bliskich podopiecznemu, które mogą wchodzić w praktyczne role społeczne¹¹⁵.

Trzeba podkreślić, że organizacja pracy w strukturach społeczeństwa obywatelskiego powinna polegać na tzw. organizacji pracy środowiskowej i akcjach środowiskowych, przygotowywanych przez społeczność lokalną. To ona winna zabiegać o oficerów probacyjnych i kuratorów pracy integracyjnej, którzy rekrutowaliby się w miejscu zamieszkania osób, na rzecz których pomoc ma być świadczona, i byłiby związani z nimi bliskimi więziami społecznymi. Jest problemem dojrzałości społecznej – czy będziemy tworzyć model organizacji pracy środowiskowej i akcji środowiskowych – na poziomie wysoko profesjonalnych usług, świadczonych przez osoby najbliższe w miejscu bytowania, zamieszkania i funkcjonowania podopiecznych. Dzisiaj placówki integracji często izolujemy od społeczeństwa¹¹⁶. Natomiast praca powinna być działalnością środowiskową, planowaną społecznie, i poddaną interwencji poprzez jej organizację, a także przekazywaną specjali-

¹¹³ Hume D. (1955). *Eseje z dziedziny moralności i literatury*. tłum. T. Tatarkiewicz. Warszawa: PWN.

¹¹⁴ Mazur M. (1976). *Cybernetyki i charakter*. Warszawa: PIW.

¹¹⁵ Buczyńska-Garewicz H. (1975). *Uczucia i rozum w świecie wartości*. Warszawa.

¹¹⁶ Sartre J. P. (2007). *Byt i nicłość. Zarys ontologii fenomenologicznej*. tłum. J. Kielbasa. Kraków: Zielona Sowa.

stycznym agendum poprzez akcyjność środowiskową. Z doświadczenia wiem, że najlepsze zakłady to te, które tkwią w strukturze miasta, a racjonalnym system kontroli społecznej jest taki system, który nie wyrzuca nikogo na margines, tylko włącza ich w pozytywne struktury społeczne. Izolowanie, oddalanie społeczne to element stygmatyzacji, a tym samym proces integracji będzie działaniem nieefektywnym i pozbawionym skuteczności. W związku z tym należy zwrócić uwagę, że powinny kompetencje powinny być oddawane na rzecz pracowników serwisu probacyjnego, instytucjonalnego systemu probacyjnego na poziomie miasta, osiedla bądź miejsca zamieszkiwania podopiecznych. Procesu integracji nie może prowadzić urzędnik, administrator, ale człowiek o wysokim poziomie edukacji, kompetencji, umiejętności i etyki, nabywając te cechy poprzez pracę w miejscu zamieszkiwania.

Terapeutą grupy może być osoba kreowana z danego środowiska, która będzie pracować najbliżej bytowania ludzi, którym pomaga. Bardzo dobrze w prowadzeniu terapii środowiskowej i grupowej sprawdzają się psycholodzy czy pedagodzy ulicznych¹¹⁷. To oni mogą być wykorzystywani w prowadzeniu procesu reintegracji adresatów polityki społecznej, tj. osób z różnymi dysfunkcjami, alkoholików, narkomanów, młodzieży agresywnej, przestępczej, osób z zaburzeniami osobowości. Należałoby decentralizować ten proces jak najdalej w kierunku społeczności lokalnej; zaś centrala powinna ograniczać się wyłącznie do gromadzenia informacji i prowadzenia polityki edukacyjnej, a metodyka pracy organizowana na teren danej dzielnicy, ulicy i klatki schodowej. W związku z tym należy stwierdzić, że terapia środowiskowa to działalność przynależna w aglomeracji miejskiej na poziomie zakładu pracy, organizacji, środowiska i społeczności lokalnej¹¹⁸.

¹¹⁷ Pampuch Z. (2000). Areté. W: A. Maryniarczyk (red.). *Powszechna Encyklopedia Filozoficzna. t. 1*. Lublin: KUL.

¹¹⁸ Andrzejuk A. (2002). *Człowiek i dobro*. Warszawa: Navo.

Proces integracji społecznej osób niepełnosprawnych w ujęciu terapii systemów

Praktykę pracy integracyjnej można organizować w kategoriach modelowych, ponieważ podopieczny to element systemu i podobnie jak grupa czy środowisko, poddawany jest planowaniu i rozwojowi społecznemu, środowiskowemu, organizacji pracy środowiskowej i akcji środowiskowych. W związku z tym należy się odnieść do wiedzy ogólnej na temat systemu, którą winno się przełożyć na metodykę pracy, warsztat techniczny, reguły bezpośredniego sprawstwa, czyli umiejętności praktycznych dla kuratorów sądowych, pracowników socjalnych czy oficerów probacyjnych wykonujących zadania menedżerów środowiskowych¹¹⁹. W tym miejscu wymienić należy, twórców podejścia systemowego, tj. Pincusa, Minahama, Goldsteina, Whittakera, Middlemana, Golberga i Siporina reprezentujących interdyscyplinarną szkołę psychologii społecznej. Koncepcja Pincusa i Minahama¹²⁰ to teoria, która zwraca uwagę na element spotkania, uczestnictwa stron w procesie inkluzji, systemu osoby dozorowanej i systemu osoby interweniującej. Ponadto z systemem akcji, z systemem oszacowania tychże akcji i systemem ocen¹²¹. Tym samym mamy do czynienia z podsystemami, które decydują o powodzeniu całego modelu. System dozorowanego – podopiecznego – to nic innego jak system osoby, wobec której powinna być prowadzona działalność na zasadzie *caseworku*, czyli pracy w oparciu o procedurę indywidualnego przypadku. A także, co wiąże się z indywidualizacją, podmiotowością, autonomią, godnością oraz traktowaniem osoby jako podmiotu zdolnego do rozwoju o własnych zasobach i potencjałach¹²². Natomiast system osoby dozorującej będzie związany z kompetencjami, etyką i umiejętnościami osoby, która interweniuje. Teoria Pincusa i Minahama zakłada identyfikację

¹¹⁹ Mariański J. (2004). *Socjologia moralności*. Lublin: KUL.

¹²⁰ Pincus A., Minaham A., *Social Work Practice: Model and Method*, Peacock Publication, New York, 1987, s. 112.

¹²¹ McDowell J. (1991). *Jego obraz – Mój obraz*. tłum. A. Mandecki. Kraków: Towarzystwo Krzewienia Etyki Chrześcijańskiej.

¹²² Jarymowicz M. (red.). (1994). *Poza egocentryczną perspektywą wiedzenia siebie i świata*. Warszawa: PAN.

problemu, uzyskiwanie informacji, sformułowanie oceny i postawienie pełnej diagnozy psychopedagogicznej. W systemie dozorowanym identyfikacja problemu w oparciu o diagnozę polega na przyporządkowaniu systemu podopiecznego w stosunku do osoby dozorującej, tak, aby rozwiązać np. problem agresywności w środowisku, szkole, eliminując agresywność poszczególnych osób¹²³. Musimy jednak interesować się także agresywnością klasy, grupy, szkoły jako mezosystemu społecznego. Jeżeli analizujemy problem niepełnosprawnych osób dorosłych, to diagnoza pokazuje, że są to osoby, które charakteryzują się znacznym stopniem inwalidztwa społecznego¹²⁴.

Poprzez pracę terenową z indywidualnym przypadkiem, uruchamianie się działania środowiskowe, planowanie społeczne, tworzymy warunki dla rozwoju społecznego, organizacji pracy środowiskowej, interwencji na poziomie systemu akcji¹²⁵. Do tych działań odnosi się teoria Pincusa i Minahama. Kiedy bowiem identyfikujemy problem, przyporządkowujemy system podopiecznego do systemu dozorowanego i stosujemy system akcji. System akcji to nic innego jak strategia oddziaływania¹²⁶. Nie ma strategii, która jest wyłączna, jest ona bowiem zindywidualizowana do konkretnego problemu i określana na poziomie interwencji makro- i mikrospołecznej.

Integracja społeczna to wiedza, znajomość, chociażby na poziomie teorii Middlemana i Goldberga, adresowana do jednostki i grupy¹²⁷. Tym samym, poprzez znajomość osoby identyfikujemy grupę i jej problemy społeczne. Inkluzję powinniśmy zatem traktować jako proces scalania układu mikrospołecznego z układem interwencji makrospo-

¹²³ Stępień A. B. (1980). *Z problematyki doświadczenia wartości*. „Zeszyty Naukowe KUL”. r. 23, nr 1 (89).

¹²⁴ Domańska-Najder K. (1984). *Definicja pojęcia kontroli – przegląd zagadnień*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 2(27), s. 405-421.

¹²⁵ Konopczyński M. (2007). *Twórcza resocjalizacja. Kształcenie nowych tożsamości*. [w:] B. Urban, J. M. Stanik (red.). *Resocjalizacja. t. 1*. Warszawa: PWN.

¹²⁶ Ostrowska U. (2006). *Aksjologiczne podstawy wychowania*. [w:] B. Śliwowski (red.). *Pedagogika. t. 1*. Gdańsk: GWP.

¹²⁷ Middleman R., G. Goldberg, *Social Service Delivery: a Structural Approach*, Columbia University Press, 1994.

łecznej, a będzie to możliwe, kiedy będziemy mieli wiedzę o danej osobie. Można wykorzystać wiedzę o przypadku na poziomie interwencji społecznej, grupowej, środowiskowej i przeprowadzić strategię wykorzystując metodykę pracy integracyjnej. Dlatego nie należy ograniczać się do „głaskania”, do pojedynczych interwencji, tylko zyskać dobrą znajomość przypadku, celem przystąpienia do terapii grupy, terapii środowiska, instytucji, terapii organizacji i społeczeństwa jako całości. Proces integracji jako proces włączania człowieka w struktury społeczne i grupowe będzie przebiegał dzięki znajomości jego trudności, choroby i elementów opresyjnych. Dlatego teoria Middlemana i Goldberga zakłada znajomość psychoanalizy, teorii przystosowania społecznego, teorii dewiacji oraz to, że bliskie winno nam być podejście humanistyczno-egzystencjalne¹²⁸. Ale także powinniśmy mieć wiedzę z zakresu psychologii, socjologii, pedagogiki, ekonomii, ażeby sprostać wymogom menedżera społecznego, organizatora pracy grupowej i środowiskowej. Jeżeli bowiem nie będziemy mogli zaproponować systemu akcji, to zaspokoimy problem osoby, ale nie rozwiążemy jego problemów społecznych w skali grupy, społeczeństwa czy środowiska. A jeżeli będziemy potrafili to zrobić na poziomie systemu akcji, to kolejnym elementem jest ocena – czy to jest koherentne dla osoby i dla grupy. Ocena będzie więc służyła określeniu diagnozy przypadku i diagnozy społecznej. Mówimy wówczas o podejściu dynamicznym, bo wymaga ono ciągłej weryfikacji działań w skali ocen, czyli dalszego oszacowania, na ile należy głębiej interweniować wobec jednostki, czy w stosunku do rodziny lub relacji lokalnych, więzi w zakładzie pracy, więzi organizacyjnych czy innych interakcji społecznych.

W przytoczonych teoriach naukowych mieszają się zagadnienia uznające zasadność interwencji układu mikrospołecznego z oddziaływaniem makrospołecznym, gdyż metodykę integracji społecznej traktować należy jako pochodną wiedzy ogólnej, wiedzy specjalistycznej, pracy środowiskowej, terapeutycznej i pracy nad przypadkiem. Teorie

¹²⁸ Ibidem.

Goldsteina, Whittakera czy Siporina¹²⁹ wskazują, że działania interwenujące winny przebiegać w kategoriach zorganizowanego i celowościowego postępowania, w którym uwzględniamy element zaangażowania, poboru, kontaktu, oszacowania, planowania interwencji i oceniania.

Wiąże się to z wysokospecjalistycznymi usługami – działalność w kategoriach poboru, raportowania, ekspertyzy czy czynności doradczych polegającymi na monitorowaniu określonych problemów społecznych przez osoby, które mają ku temu kompetencje i będą mogły przeprowadzać proces reintegracji, występując w tychże rolach społecznych. Otóż specjalista, który pomaga innym, to nie tylko jednostka, która rozwiązuje problem. To również doradca, ekspert, mediator, pośrednik, a przy tym obrońca i osoba pomagająca¹³⁰. Należy zwrócić uwagę, że te teorie naukowe nakazują coś więcej – wskazują bowiem, że poprzez działanie na poziomie interwencji osobowej czy społecznej, terapii grupowej, środowiskowej, makrostrukturalnej nie możemy się ograniczyć tylko do pomocy, wypełniając rolę obrońcy czy pośrednika pomiędzy jednostką a rodziną, nauczycielem, klasą, środowiskiem. Ponadto trzeba być ekspertem i doradcą. Dlatego w tych koncepcjach badawczych mówi się o tzw. poborze, kontraktach, tworzeniu zindywidualizowanych programów społecznych¹³¹. To, że interwenujący w terenie pełni rolę eksperta społecznego, jest elementem doradztwa. A zatem proces integracji społecznej rozumiany jako ciąg metodycznych działań winien doprowadzić za pośrednictwem specjalisty, do rozwiązania problemu. Do niego z racji monitorowania tychże problemów społecznych mogłyby zwracać inne podmioty z tzw. sieci powiązań społecznych

¹²⁹ Goldstein H., *Social Work Practice: a Unitary approach*, University of South Carolina Press, 1993, s. 111; J. Whitattker, *Social Treatment: an Approach to Interpersonal helping*, Aldina, 1994, s. 79; M. Siporin, *Introduction to Social Work Practice*, Collier/Macmillan, 1992, s. 171.

¹³⁰ M. Ziółkowski (2006). *Zmiany systemu wartości*. [w:] J. Wasilewski (red.). *Współczesne społeczeństwo polskie. Dynamika zmian*. Warszawa: Scholar.

¹³¹ Świda–Ziemia H. (1995). *Wartości moralne młodzieży lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa: ISNS UW.

w celu stawiania diagnoz i opracowania oszacowań interwencyjnych, (tzw. programów wychodzenia z opresji, bądź kryzysu)¹³².

Holistyczne, systemowe i interdyscyplinarne koncepcje: Pincusa, Minahama, Goldsteina, Whittakera, Goldsteina i Siporina wskazują na to, że model integracji społecznej to ciąg zdarzeń, który legitymizuje system instytucjonalny do monitorowania problemów społecznych, tj. logistyki społecznej kontroli po stronie uprawnionych służb, które mogłyby interweniować w roli ekspertów i doradców¹³³. Kiedy definiujemy opiekę rezydencjalną, to mamy na myśli system zamkniętego społecznego środowiska instytucjonalnego (np. szpitale psychiatryczne, zakłady karne, zakłady poprawcze, zakłady resocjalizacyjne o wzmożonym rygorze). Gdybyśmy aktualnie w polityce społecznej dopracowali się tzw. systemu ekspertów i doradców, to należałoby najpierw zasięgnąć informacji, czy daną osobę należy skierować do zamkniętego układu społecznego, czy skierować się do fazy przejściowej w stronę środowiska otwartego. Whittaker mówi o tzw. fazie kryzysowo-przejściowej, kiedy nie należy zmieniać struktur społecznych w całości, bo czasami nie można tego zrobić, ale pracując z jednostką w tych grupach społecznych, można je modyfikować i to jest właśnie rola dla eksperta i doradcy¹³⁴.

W proponowanym przeze mnie modelu probacji jako systemie integracji społecznej oczywiście jest miejsce dla zamkniętych instytucji i układu rezydencjalnego. Jednak trzeba pamiętać, że niekiedy system rezydencjalny może być organizowany w środowisku otwartym. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby dopracować się takiego modelu pracy terenowej i szkolić specjalistów poprzez zdobywanie umiejętności i doświadczeń, aby zmieniać osoby, grupę, instytucje, organizacje,

¹³² Nowak S. (1989). *Ciągłość i zmiana tradycji kulturowej*. Warszawa: PWN.

¹³³ Goldstein H., *Social Work Practice: a Unitary approach*, University of South Carolina Press, 1993, s. 111; J. Whitattker, *Social Treatment: an Approach to Interpersonal Helping*, Aldina, 1994, s. 79; M. Siporin, *Introduction to Social Work Practice*, Collier/Macmillan, 1992, s. 171.

¹³⁴ Banasiak J. (1996). *Reagowanie wychowawcze w wielowymiarowej pedagogice działania*. Warszawa: Wydawnictwo UW.

środowiska patogenne w publicznej przestrzeni społecznej¹³⁵. Pewna populacja osób na pewien czas musi być skierowana na leczenie szpitalne, do ośrodków izolacyjnych, z których może wyjść do otwartego systemu społecznego. Jednak nie ma dzisiaj w kraju takich agend, sieci, które by osobom na to pozwoliły¹³⁶.

Teoria systemów wprowadza trójczłonowy wariant pracy metodycznej dla realizacji procesu integracji społecznej. Mówimy zatem o celach, fazach procesu i jego zakończeniu. Cele integracji są rozbudowane – to zadania, które nie tylko koncentrują się wokół osoby poddawanej integracji, ale trzeba także osiągać cele jego rodziny, grupy przyjaciół, zakładu pracy, grupy środowiskowej, społeczności lokalnej oraz społeczeństwa jako całości. A zatem, jak trudny jest to proces, skoro sprowadza się do zmiany zachowania bądź zmiany postaw bazując na zasobach i potencjałach osoby za pośrednictwem otoczenia, grup odniesienia czy grup żywotnych jej interesów¹³⁷. Jest to istotne dla metodyki działań, często w procesie reintegracji chętnie sięgamy do metod z zakresu pedagogiki społecznej środowiska otwartego czy zamkniętego z indywidualnym przypadkiem, ale nie realizujemy celów grupowych, ogólnospołecznych. Natomiast teoria systemów pokazuje, że dobro jednostki musi przekładać się na dobro wspólne, a dobro wspólne to nic innego jak identyfikacja celów jednostki z celami poszczególnych członków rodziny, grupy, wspólnoty mieszkaniowej, środowiska lokalnego i społeczeństwa jako całości¹³⁸. To są cele, które artykułowane jako ogólne i szczegółowe, stanowią podstawę do dostosowania możliwości oddziaływania w postaci wyboru odpowiedniej strategii. Niestety koncentrujemy się wyłącznie na osobie, a poprzez pracę z osobą nie rozwiązujemy problemu społecznego, co więcej – nie monitorujemy go, czyli nie realizujemy zintegrowanej strategii inkluzji społecznej.

¹³⁵ Galerowicz J. (1997). *Fenomenologiczna etyka wartości*. Kraków: PAT.

¹³⁶ Pospiszyl K. (1990). *Resocjalizacja nieletnich. Doświadczenie i koncepcje*. Warszawa: WSiP.

¹³⁷ H. Machel (2007). *Rola i zadania kadry resocjalizacyjnej*. [w:] B. Urban, J. M. Stanik (red.). *Resocjalizacja. t. 2*. Warszawa: PWN.

¹³⁸ Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B. (2008). *Psychologia poznawcza*. Warszawa: PWN.

Kolejnym elementem są fazy procesu integracji. Proces integracji społecznej z punktu widzenia metodyki oddziaływań pedagogicznych przebiega w trzech fazach, a są to: faza indukcji, rdzenia i zakończenia. Należy przyswoić sobie pewne umiejętności, dysponować przygotowaniem praktycznym do wyboru strategii, aby można było uruchamiać wyżej wymienione przedsięwzięcia¹³⁹. Indukcja to informacja, ocena oraz studium o przypadku i problemie na poziomie grupy, organizacji i instytucji, środowiska i społeczeństwa jako dobra wspólnego. W związku z tym podmiot interweniujący winien dysponować wiedzą diagnostyczną, umiejętnościami do stawiania pełnej psychopedagogicznej diagnozy, żeby na poziomie informacji, oceny i studium przypadku dokonać indukcji, tj. identyfikacji problemu. Rdzeń zaś to konkretna strategia oddziaływania budowana wokół metod, technik, sposobów i środków podjętych interwencji¹⁴⁰. Metoda zaś to technika działania i sposób postępowania. W ramach sposobu mamy do czynienia z środkami i instrumentami postępowania. A zatem rdzeń to określone etapy postępowania. Jeżeli nie zdefiniujemy metody, nie określimy sposobu, techniki, nie stworzymy instrumentów oddziaływania na poziomie zidentyfikowanego problemu, i do wszystkich działań będziemy podchodzić jednakowo¹⁴¹. Aktualnie panuje duża stereotypizacja postępowania, ponieważ z punktu widzenia rdzenia, czyli strategii nie różnicujemy integracji ze względu na wiek, stopień dysfunkcji (socjopatii, charakteropatii, psychopatii), agresywności, inteligencji i innych czynników odpowiedzialnych za zachowanie osoby. Każdą jednostkę traktujemy jako poddaną stygmie społecznej i skazaną na wykluczenie społeczne, a proces integracji to działalność polegająca na odzyskiwaniu jednostki dla społeczeństwa. Jednak nie dochodziłoby do procesu wykluczenia społecznego defaworyzacji czy ekskluzji społecznej gdyby proces integracji społecznej w rygorach metodyki

¹³⁹ Homplewicz J. (1996). *Etyka pedagogiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.

¹⁴⁰ Sullivan C. E. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton and Company, Inc.

¹⁴¹ Węgliński A. (1990). *Podmiotowość resocjalizacji nieletnich w modelu wychowania optymalnie przystosowującego*. Lublin: Annales S. J.

oddziaływań pedagogicznych podporządkować daleko idącej dywersyfikacji rdzenia, tj. strategii, która byłaby uzależniona od wielu czynników, m.in. od wieku, stopnia inwalidztwa, agresywności, stopnia dezintegracji osobowości, dysfunkcji zachowania czy wadliwego interakcjonizmu społecznego¹⁴².

Ostatni element to faza zakończenia procesu pomocy, zmiany i kontroli. Faza ta wiąże się z oceną interwencji w kategoriach oszacowania tego, co zostało osiągnięte. Dokonujemy oceny skuteczności, transformacji i urzeczywistniania rezultatów. Zakończenie wiąże się z koherencją, skutecznością z punktu widzenia dobra jednostki oraz włączenia jej w struktury grupowe¹⁴³. A zatem faza końcowa procesu integracji to efektywny proces terapii grupowej, środowiskowej i społecznej w sytuacji, kiedy cele jednostki stały się celami grupy, środowiska i społeczeństwa. Jednocześnie na poziomie oceny, studium przypadku i oszacowania moglibyśmy stwierdzić, że osoba została włączona do społeczeństwa. A zatem odniesienie do pozytywnych ról społecznych staje się kryterium rzeczywistej poprawy obszarem w ramach procesu integracji społecznej. Bez wiedzy specjalisty – wychowawcy, która przekłada to na metodykę oddziaływania, nigdy jednostka nie będzie miała szansy, aby stać się osobą zintegrowaną z otoczeniem społecznym.

Inkluzja, faworyzacja i integracja społeczna podstawą przeciwdziałania wykluczeniu i marginalizacji jednostek z różnymi deficytami osobowymi

Proces destygmatyzacji to procedura, który sprowadza się do wzbudzenia wątpliwości u odmieńca, czy pozostawanie w tej roli ma sens czy też nie. Wątpliwości oznaczają występowanie oceny co do elementu uczestnictwa, korzyści dotychczasowego funkcjonowania¹⁴⁴. Mogą

¹⁴² Brentano F. (1999). *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*. tłum. W. Galewicz. Warszawa: PWN.

¹⁴³ Schrade U. (1986). *Pojęcie człowieka na gruncie aksjologii marksistowskiej*. „Edukacja Filozoficzna”, nr 1.

¹⁴⁴ Bałandynowicz A (2011). *Destygmatyzacja tożsamości dewiantów jako zmiana czasowa i interpersonalna w polifunkcyjnym modelu probacji*, [w:] A. Kieszowska (red.). *Tożsamość osobowa dewiantów a ich rola społeczna*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 37-64

jednak pojawić się tylko wtedy, kiedy stworzona zostanie alternatywa, czyli propozycja nowych działań ze strony określonego podmiotu – serwisu probacyjnego. Ponadto odmieniec powinien spotkać się z reakcjami społecznymi na temat oceny swojej roli w społeczeństwie¹⁴⁵.

Reasumując, na początku musi powstać wątpliwość u odmieńca (czyli zmęczenie w wypełnianiu dotychczasowej roli), a następnie przestępca winien się spotkać z realną propozycją, o wysokim stopniu koherencji: iż podjęte działania muszą być zrozumiałe i zaradzą problemowi¹⁴⁶. Jeżeli nie będzie znaczącej koherencji, to mamy do czynienia z działaniami fasadowymi (np. możemy napisać, że alkohol czy tytoń szkodzą zdrowiu, ale i tak je sprzedajemy, wyciągamy pieniądze od społeczeństwa). Odpowiedni stopień koherencji działań oznacza: zaradność, rzeczowość i realność tychże przedsięwzięć. Jeżeli powyższe warunki zostaną spełnione, wówczas społeczeństwo we właściwy sposób zacznie dopuszczać do realizacji procedurę destygmatyzacji¹⁴⁷.

Tymczasem, jak wskazują badania Irvina czy Austina, mamy do czynienia ze znacznymi trudnościami, by nie powiedzieć zaniedbaniami, które w ogóle uniemożliwiają przełamywanie destygmatyzacji¹⁴⁸. Osoby z różnymi deficytami to ludzie bez pracy, często z zerwanymi więziami rodzinnymi, częściowo lub całkowicie wyeliminowani z pozytywnych grup społecznych. Jeżeli proces dotychczasowej socjalizacji nie kończy się realizacją potrzeb podstawowych jednostki, to trudno mówić o wypełnianiu potrzeb wyższego rzędu czy próbie edukacji bądź rozwoju zainteresowań. Alternatywa wchodzenia w rolę exodmieńca w warun-

¹⁴⁵ Kawula S. (1997). *Wychowanie – wspomaganie rozwoju*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 4.

¹⁴⁶ A. Bałandynowicz (2011). *Asystent probacyjny jako obrońca, nauczyciel, doradca, rzecznik i pośrednik podopiecznych w przestrzeni interwencji humanistyczno–egzystencjalnych*, [w:] A. Kiesz-kowska (red.). *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 207–222.

¹⁴⁷ Kiesz-kowska A. (2012). *Inkluzyjno-katalaktyczny model reintegracji społecznej skazanych. Konteksty resocjalizacyjne*. Oficyna wydawnicza „Impuls”, Kraków.

¹⁴⁸ Adler P.A. (2000). *Constractions of defiance, Social Power, Context and Interaction*, Edition, Wadsworth, s. 113.

kach procesu integracji jest jedynie fikcją¹⁴⁹. Mamy system integracji, który funkcjonuje przez kilkadziesiąt lat, który jest dysfunkcyjny i nieskuteczny. Najwyższy czas zbudować ład społeczny w warunkach demokracji normatywnej, w której zasady kompetencji, pomocowości oraz subsydiarności winny być realizowane, aby nie dopuszczać do tego, by osoba nie miała szans na inkluzję społeczną. To tak jakby powiedzieć, że odżywiamy ludzi, ale nie dajemy im żadnych produktów do jedzenia lub uczymy ludzi, tylko nie tworzymy żadnych warunków, w których mogliby się edukować. A na dodatek później oceniamy, w jakim stopniu się oni nauczyli lub nie dając jeść, oceniamy, ile się człowiek najadł. Przecież są to abberacja, działania nielogiczne, niespójne, które nie powinny mieć miejsca na poziomie prawa jako instrumentu kontroli i organizacji procesów społecznych¹⁵⁰.

Kiedy dekretujemy zasadę kompetencji władzy, to władza, która jest niewydolna, powinna się zwrócić o pomoc do organizacji pożytku publicznego, instytucji *non profit*, podmiotów charytatywnych, filantropijnych, korporacji zawodowych, mających odpowiednie kwalifikacje i kompetencje do wykonywania zadań. Należy oddawać uprawnienia innym – tym, którzy mogą dane zadania wykonać¹⁵¹. Kompetencja to właściwość, że ktoś dzięki swojej profesjonalnej wiedzy jest zdolny organizować przedsięwzięcie. Proces subsydiarności oznacza zaś kształtowanie kultury społecznej po pierwsze poprzez powszechną edukację, po drugie – przekazywanie zadań, a po trzecie – poprzez stworzenie systemu, któryby spójnie organizowałby sieć usług instytucjonalnych, przyjmując formę „zinstytucjonalizowanego indywidualizmu”¹⁵². Dzisiaj osoba, która jest np. emerytem, mogłaby świadczyć pomoc drugiej osobie, jeśli tylko ktoś by chciał ją zauważyć – a powinien to uczynić, gdyż jest on człowiekiem, który może pomagać bliźniemu. Jest też grupa specjalistów, terapeutów, lekarzy, pedago-

¹⁴⁹ A. Baładynowicz (2006). *Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa*. Warszawa: Prawo i Praktyka Gospodarcza, Warszawa, s. 79 i n.

¹⁵⁰ Tischner J. (1982). *Myslenie według wartości*. Kraków: Znak.

¹⁵¹ Ostrowska K., Wójcik D. (1986). *Teorie kryminologiczne*. Warszawa: ATK.

¹⁵² Sztompka P. (2002). *Socjologia*, Kraków: Znak, s. 116.

gów, psychologów oraz rodziców osób z niepełnosprawnością, którzy mogliby zorganizować działalność interwencyjną – i to nieodpłatnie – na rzecz osób wymagających zindywidualizowanych działań pomocowych. Musi zatem zaistnieć zawodowstwo, system sprawstwa, edukacja społeczna, która pozwoli ochotnikom włączać się w system działań podejmowanych przez specjalistów. Proces destygmatyzacji to nade wszystko proces formowania zdrowych i powszechnych reakcji społecznych wobec odmieńców. Otóż należy poprzez edukację i na zasadzie kompetencji i wiedzy włączać wolontariuszy i społeczeństwo do działalności w proces integracji społecznej. Jest to wyraz troski społeczeństwa, które samo zrodziło problemy dla osób dysfunkcyjnych społecznie. Dlatego też specjalista, który działa na rzecz integracji, winien występować w roli obrońcy. Osoba ta rozumie przyczyny, dla których jednostka wycofuje się z aktywności twórczych, a nie eliminuje jej ze struktury społecznej¹⁵³.

Bardzo ważne jest stworzenie tego rodzaju zinstytucjonalizowanego, indywidualnego uczestnictwa, kierowanie zainteresowania społeczeństwa na wypełnianie zadań na rzecz innych, gorszych, niemających szans.

Los jednostek nie stał się celem grupy, jednostka nie została poddana właściwemu procesowi socjalizacji czy inkluzji. Oczywiście osoba jest istotą wolną – sama decyduje o sobie, a zatem ponosi winę, za własne wybory jednak należy profilaktycznie doprowadzać do takich sytuacji i procesów makrospołecznych, żeby w jak najmniejszym zakresie człowiek był zdany na wybory negatywne i patologiczne. Dlatego tak istotna jest rola opiekuna, obrońcy jako sprawcy usług profesjonalnych i reagowania społecznego przez innych członków tej szeroko pojętej widowni społecznej. Z drugiej strony, kiedy mówiłem o zasadzie kompetencji, podziału czy subsydiarności, wskazywałem na pomocowość, ale to działanie musi być rzeczywistym wsparciem społecznym¹⁵⁴.

¹⁵³ Feuerbach L. (1953). *Wykłady o istocie religii*. tłum. A. Landman. Warszawa: PWN.

¹⁵⁴ Mikołaj z Kuzy (2008). *Laik o umyśle*. tłum. A. Kijewska. Warszawa: Antyk.

Jak wskazują Irvin czy Austin, osoby z różnymi postaciami niepełnosprawności, mają całkowity deficyt potrzeb podstawowych, tzn. nie mają zagwarantowanej żadnej pomocy. Dzisiaj ten system polega na rozdawnictwie, na doraźnych świadczeniach materialnych. Natomiast pomoc to nie jest rozdawnictwo, to nie jest udzielanie gratyfikacji finansowej, ale świadczeniem polegającym na rozwiązywaniu problemów, sytuacji trudnych¹⁵⁵. Oczywiście należywym działaniem jest udzielić wsparcia materialnego, podczas którego stwarza się warunki do zaoferowania alternatywy i jej akceptacji, celem przełamania procesu destygmatyzacji i konfliktu, aby nie dopuszczać do marginalizacji i wykluczenia społecznego podopiecznego¹⁵⁶.

Nie może być tak, że organizując pomoc na poziomie kompetencji czy partycypacji, bardzo często poprzestajemy na dawaniu pieniędzy tym, którzy będą je umieli rozdzielić na rzecz potrzebujących. Tak więc serwis sieci zinstytucjonalizowanej, zindywidualizowanej pomocy integracyjnej na zasadzie podziału i kompetencji organizuje wsparcie jedynie w oparciu o ratownictwo. To jest podstawowy błąd. Proces destygmatyzacji to nie jest procedura socjalna polegająca na okazjonalnym serwowaniu usług pośrednich, finansowo-materialnych, ale przede wszystkim podejmowanie realnych i koherentnych działań, dających możliwość rozwiązania określonego problemu społecznego jednostki¹⁵⁷. Nie ma osób, które chętnie mieszkają na śmietniku, ustawiają się w kolejkach po obiad w punktach pomocowych. Nie ma ludzi, którzy chętnie proszą w różnych instytucjach opiekuńczych o dary. Oczywiście robią to jednostki, które wykorzystują sytuację, bowiem same siebie traktują przedmiotowo, a społeczeństwo ich ocenia wyłącznie zadaniowo. Natomiast pomocowość jako reguła sprawcza powinna być przetworzona na normy praktycznego oddziaływania integracyjnego. Powinna polegać na tym, że jednostka uzyska wiedzę, możliwości

¹⁵⁵ Adler P. A. (2000). *Constractions of defiance, Social Power, Context and Intraction*, Edition, Wadsworth, s. 111

¹⁵⁶ Hostyński L. (1998). *Wartości utilitarne*. Lublin: UMCS.

¹⁵⁷ Szałański J. (1993). *Przeobrażenia w spostrzeganiu ludzi u wychowanków zakładów poprawczych i wychowawczych*, Warszawa: WSPS.

i szansę na rozwiązanie swojego problemu społecznego, np. na wybudowanie własnego mieszkania czy przekwalifikowanie się w celu zdobycia pracy zarobkowej¹⁵⁸.

Człowiek nie może być traktowany instrumentalnie, gdyż nie będzie przyswajał wiedzy i umiejętności w celu rozwiązywania swoich problemów. Zgodnie z koncepcją Shovera te szczytne zasady – pomocowości, partycypacji i subsydiarności – winny być wpisane w konstytucję pracy integracyjnej i nie mogą być martwą literą prawa¹⁵⁹.

Co z tego, że istnieją zasady ogólnoustrojowe, kiedy nie wykształciła się metodyka pracy terenowej, która urzeczywistniłaby je na poziomie kompetencji i powinności. Pomocowość, jak mówi Shover, w sensie integracji społecznej to zmiana czasowa i zmiana interpersonalna – które koncentrują się na stylu funkcjonowania człowieka, czyli odnoszą się do wizerunku i obrazu jego życia¹⁶⁰. Można przeprowadzić eksperyment pedagogiczny i zapytać jakiegokolwiek pracownika socjalnego, kuratora czy pedagoga, co to jest zmiana czasowa i interpersonalna w zakresie wizerunku czy obrazu życia jednostki. Każdy z nich będzie miał trudności z podaniem właściwego określenia, ponieważ brak im przygotowania aksjologicznego i kompetencji. Wygodnie być urzędnikiem – mieć katalog, brulion, zestaw osób, które przyszły i wyszły, wpisać: „otrzymał..., pobrał...” i na tym kończy się interwencja. Tylko że w ten sposób niczego nie zmieniamy, to nie jest proces integracji – tworzymy jedynie mity, schematy, stereotypy mówiące społeczeństwu obywatelskiemu o pomocy. Jednak w życiu społecznym nie urzeczywistniamy praktycznych reguł postępowania, by je przekładać na konkretne sprawstwo. Nie uczymy tego pracowników socjalnych, kuratorów, wychowawców czy przedstawicieli serwisu probacyjnego bądź organizacji pożytku publicznego i kościołów, które powinny

¹⁵⁸ Wells H. K. (1971). *Pragmatism: Philosophy of Imperialism*. New York: Books for Libraries Press.

¹⁵⁹ Shover N. (1993). *The later strages of ordinary property offender carriers...* „Social Problems”, nr 31, s. 70.

¹⁶⁰ Brzezinka W. (2005). *Wychowanie i pedagogika w dobie przemian kulturowych*. tłum. J. Kochanowski. Kraków: WAM.

przygotowywać osoby, jak pisze Shover, do reinterpretacji celów życia przez jednostki poddane marginalizacji i wykluczeniu społecznemu¹⁶¹.

Co oznacza wizerunek życia, obraz życia jako cecha zmian czasowych? Zmiana to sprawienie, że jednostka nie będzie musiała mieszkać na śmietniku, bo będzie miała własne mieszkanie, np. socjalne. Jeżeli nie posiada zawodu i żyje z nielegalnego źródła, to wówczas oznacza pozyskanie konkretnego zawodu. Tylko stała praca zarobkowa daje możliwość utrzymania siebie i rodziny, a nie otrzymany zasiłek finansowy w określonej wysokości.

To muszą być świadczenia z tytułu wykonywanego zawodu, które będą realnie stabilizowały sytuację osoby. Człowiek nie może stać się jedynie przedmiotem pobierania jałmużny, bo wyzbywa się wszelkich możliwości ku autopoprawie¹⁶². Wiemy, że osoba dotknięta krzywdą oczekuje w cieniu widowni społecznej na jej rozwiązanie. A zatem społeczeństwo samo winno dotrzeć do tych osób. Jednostka oczekuje na usługi bezpośrednie, na spotkanie, dialog, po to, żeby mogła swój problem wyartykułować, a w sensie zmiany czasowej oczekuje na jego rozwiązanie. Czy niepełnosprawny, który przyjmuje rolę odmieńca, do końca akceptuje swoją tożsamość? On akceptuje tożsamość inną w takich granicach, w jakich realizuje to potrzeba uznania, akceptacji, samooceny i wysokiego statusu wartości¹⁶³. Funkcjonowanie jednostki to życie w grupie, gdzie zachodzi proces internalizacji, wytwarzający dobrostan, w którym zmierza się albo w kierunku wielowymiarowości albo prymitywnej egzystencji. Należy zintegrowane interakcje tak kształtować, by pozwoliły osobie wyjść z roli odmieńca w stronę ex-odmieńca w procesie destygmatyzacji¹⁶⁴. Jednostka bowiem oczekuje; bo to nie jest tak, iż znajduje poczucie własnej wartości czy pozytywną samoocenę wyłącznie w grupach tych innych i nie zauważa rozwią-

¹⁶¹ K. Dąbrowski (1974). *Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.

¹⁶² Kubiak-Szyborska E., Zajac D. (red.) (2002). *Wokół podstawowych zagadnień teorii wychowania*. Bydgoszcz: Wers.

¹⁶³ Rousseau J. J. (2002). *Umowa społeczna*. tłum. A. Peretiatkowicz. Kęty.

¹⁶⁴ Gasiul H. (2001). *W poszukiwaniu podstaw rozwoju ja emocjonalnego*. Warszawa: Żak.

zań alternatywnych. Jeżeli odmienności się nie stwarza, to umacnia się osobę w tożsamości dotychczasowej i tworzy się zaburzoną osobowość o silnej reaktywności, skłonnej do nienawiści, buntu i zachowań agresywnych¹⁶⁵.

Jak pisze Shover o zmianie interpersonalnej, to ma na myśli przemianę polegającą na tym, że zastępuje się reakcje osobowe nieformalne w grupie na rzecz stosunków interpersonalnych w pozytywnej grupie społecznej¹⁶⁶. Osoba dąży do funkcjonowania w relacjach społecznych, pozwalających jej nabywać nowe doświadczenia uczące, które poprawią dotychczasowy status osobowy. Jednostka jest istotą, zdolną o własnych siłach wyjść z obszaru życia fizycznego ku rozwojowi psychicznemu, duchowemu i społecznemu. Jest holistyczna i oczekuje na wrażliwość społeczną pozwalającą zadzierzgnąć związki interaktywne z osobami innych grup społecznych. Obserwując praktyków zajmujących się wykonywaniem kurateli sądowej, można dojść do wniosku, że w ramach procesu reintegracji kurator nakazuje podopiecznemu zmienić grupę, ale nie tworzy jednocześnie nowej grupy odniesienia. Administratorzy reintegracji nie potrafią zrozumieć, że ten proces sprowadza się do praktycznych i wyuczonych zmian w dotychczasowym stylu życia. Nie wyształcamy bowiem żadnych integratorów społecznych, nie kreujemy twórców zmian, tylko mnożymy urzędników, którzy wnioskuje o zmianie grupy, niepicciu alkoholu, niebiciu żony, ale nie tworzą praktycznych możliwości nauczania podopiecznego rozwiązywania swoich problemów społecznych. Z praktyki wynika, że kurator rozwiązuje problem podopiecznego, za pośrednictwem skontrolowania jego zachowania. Takiego kuratora przygotowuje się jako dozorcę, bo tak zakładają aktualne przepisy prawne: kuratorem może być w pierwszej kolejności prawnik. Zaś miejscem pracy kuratora nie jest środowisko społeczne, tylko zespół kuratorski, którego działalność koncentruje się na kontroli i nadzorze. W warstwie normatywnej różnicuje się wychowanie i resocjalizację, jakby wychowanie nie było częścią procesu

¹⁶⁵ Szczęsny W. W. (2001). *Edukacja moralna. Logos. Atropos. Praxis. Etos*. Warszawa: Żak.

¹⁶⁶ Nuttin J. (1968). *Struktura osobowości*. tłum. T. Kołakowska. Warszawa: PWN.

resocjalizacji. Także mówi się o diagnozie i profilaktyce jako czynnościach niemających żadnego związku z integracją, tylko działalnością poprzedzającą to zjawisko. A zatem, istnieje niebezpieczeństwo, duże ryzyko zmiany, w ustawodawstwie krajowym, które będzie do większym uwstecznieniem istniejącego stanu prawnego i brakiem systemowego podejścia do procesu integracji społecznej¹⁶⁷.

Uważam, że integracja społeczna to nie tylko przełamywanie destygmatyzacji, ale także realne wychodzenie podopiecznego ze stresu, czyli z sytuacji opresji. Odmieniec to jednostka, której nakazujemy zmienić środowisko i człowiek pozostający w permanentnym stresie. Ten stres podopiecznego traktować należy jako sytuację trudną do rozwiązania. Trzeba umieć go rozładować i wyjść z niej, żeby obniżyć poziom lęku, niepokoju, wzmocnić system bezpieczeństwa, popracować na poziomie wzmacniania autonomii i godności¹⁶⁸.

W związku z powyższym, jeżeli zjawisko integracji chcemy traktować jako wyzwanie społeczne, to należy stwierdzić, że np. ustanowienie kuratora czy też podejmowanie programów interwencyjnych, które polegają na formułowaniu nakazów i zakazów winno być odrzucone, gdyż świadczą o braku zrozumienia, zaradczości i efektywności a powodują wyłącznie silny stres u podopiecznych¹⁶⁹. A zatem program, który powinien być ofertą wyjścia ze stresu, nakłada dodatkowe obciążenie, czyli mamy właściwie do czynienia z sytuacją dodatkowego upokorzenia jednostki¹⁷⁰. Psycholog społeczny wie, iż jeżeli na stres nakłada się dodatkowy stres, jest to zjawisko wtórnej stygmatyzacji, głębokiej traumy społecznej. Ta trauma osobowa i trauma społeczna w procesie integracji powinna być przełamywana. Może to zrealizować specjalista o wysokim stopniu kompetencji i umiejętności spo-

¹⁶⁷ Dyczewski L. (1994). *System wartości w świadomości młodzieży*. [w:] T. Ożóg (red.). *Nauki społeczne a młodzież*. Lublin: UMCS.

¹⁶⁸ Mariański J. (1990). *Moralność w procesie przemian*. Warszawa.

¹⁶⁹ Jougan A. (1992). *Słownik kościelny łacińsko-polski*. Warszawa: Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej.

¹⁷⁰ Stępniański P. (1998). *Wymiar sprawiedliwości i praca socjalna w krajach Europy zachodniej*. Poznań: PDW „Ławica”.

łecznych, a nie osoba, która ogranicza się do kontroli i nie wchodzi w bezpośrednie interakcje z podopiecznymi w celu, przeprowadzenia działań terapeutycznych¹⁷¹. Specjalistą będzie osoba, która np. potrafi prowadzić zajęcia z logoterapii, czyli definiuje sens i cele życia, uczy że warto wyjść z odmienności i przyjmować pozytywne role społeczne.

Logoterapia kształtuje obraz życia i zakłada, że warto włączyć się podopiecznemu w pozytywne grupy, a nieizolowane grupy społeczne. Od specjalisty wymaga się zatem wiedzy, polegającej na wyznaczeniu odmiencom właściwych norm organizowania ich nowego sensu życia¹⁷².

Samowiedomość społeczna wobec zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością – rekapitulacja rozważań

- A. Samoświadomość społeczna wobec zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością jest rzeczowa i co najmniej przedmiotowa, a tym samym daleka jest od podmiotowej bądź kreatywnej postaci; ze względu na bariery fizyczne, społeczne i kulturowe w przestrzeni międzyludzkiej.
- B. Podstawowy wzorzec modelowania zachowań i postaw społecznych oraz wpływający na treść norm prawnych zakorzeniony jest na paradygmatyczności normatywnej preferującej strategię pomocowe wsparte na izolacji, integracji z pominięciem inkluzyjności społecznej.
- C. Uznawane rozwiązania teoretyczne oraz praktyczne strategie interwencyjne wobec osób z niepełnosprawnością zmierzają do ukonstytuowania systemu instytucjonalnego na rzecz osób z różnymi deficytami osobowymi, który jest równoznaczny z zależnością tychże osób od tego systemu, który zrodził ich problemy ze względu na nieposzanowanie ideałów braterstwa ludzi, godności i autonomii

¹⁷¹ Tomkiewicz A. (1989). *Światopogląd w aspekcie psychologicznym*, [w:] M. Rusiecki (red.). *Z zagadnień światopoglądu chrześcijańskiego*. Lublin: KUL.

¹⁷² Bednarski F. W. (1975). *Podstawy wychowania społecznego według nauki św. Tomasza z Akwinu*. „Roczniki Filozoficzne”, t. XXIII. z. 2.

człowieka oraz eliminowanie potencjału rozwojowego inwalidów w życiu społecznym.

- D. Kategoria zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością ze względu na powszechność stereotypowego i konserwatywnego myślenia społecznego, odbierana jest jako okoliczność szczególna specyficzna, a tym samym tworzy się na widowni społecznej mitologizacja, która całkowicie zaprzecza o normalności seksualności jako kategorii zdrowia osób niepełnosprawnych.
- E. Zakładając występowanie różnic na poziomie seksualności osób z niepełnosprawnością w stosunku do pozostałych osób, nie dokumentujemy odmienności patologicznych w sferze fizycznej, psychicznej czy emocjonalnej lecz jedynie opisujemy kategorię zdrowia seksualnego, która może się różnić i jest to okoliczność normalna, a co więcej stanowi dodatkową wartość.
- F. Społeczna odpowiedzialność za innych, pozytywnych odmieńców to praktyka zmierzająca do budowania kreatywnej samoświadomości oraz uznająca prawo każdego człowieka do godnego wspólnotowego życia bez względu na różnice w obszarze zdrowia seksualnego. Tego rodzaju podejście humanistyczno-egzystencjalne może mieć miejsce pod warunkiem:
- powszechnej edukacji zakładającej pozyskanie wiedzy oraz wiarygodnych informacji diagnostycznych w tych osobach;
 - wykorzystania potencjału społecznego osób z niepełnosprawnością do wzajemnej współpracy w celu właściwego i rzetelnego uwzględnienia potrzeb tych osób w ich samorozwoju;
 - uznawania osoby z niepełnosprawnością za podmiot własnej zmiany a nie traktowanie jako biernego biorcę pomocy.
- G. Kategoria zdrowia seksualnego to pojęcie wielowowymiarowe, idąc za Ludwigiem Wittgensteinem, można próbować wyznaczyć elementy cząstkowe, które definiują przedmiot poznania. Są nimi: cechy fizyczne, świadomość umysłu oraz obiektywny świat myśli. W tych wszystkich obszarach różnicowanie wzajemne jest normą i nie należy w prawie i polityce społecznej doprowadzać do ujedno-

- licenia i eliminowania różnic. Odmienność podkreśla podmiotowość człowieka, nadaje przymiot szlachetności i niepowtarzalności a nade wszystko ukazuje dobro i porządkuje Życie ku dobroci.
- H. W sytuacji różnic pomiędzy osobami z niepełnosprawnością a pozostałymi członkami grup w przestrzeni zdrowia seksualnego nie można interpretować tychże odmienności jako predyktorów zakłócających społeczne i organiczne funkcjonowanie; ponieważ deficyty czy różnice blokujące mogą być znoszone przez inne cechy i okoliczności struktury osobowościowej, wykorzystując mechanizmy samoobrony (teoria resilience).
- I. Przyjęcie strategii edukacyjnej zakładającej zmiany samoświadomości społecznej w stronę zachowań empatycznych i tolerancyjnych wobec kategorii zdrowia seksualnego osób z niepełnosprawnością pozwoli urzeczywistnić model kultury społecznej uznający inkluzję społeczną za cel ostateczny, a tym samym różnice będą traktowane jako cechy wzbogacające, zmuszające do refleksji aksjologicznej, lepszego uzasadniania racji oraz prowokujące do prospołecznego i humanistycznego postępowania.

Summary

xx

xxx

Marzena Zaorska

Katedra Pedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Społecznych

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Obszary wyzwań etycznych współczesnej pedagogiki specjalnej (ze szczególnym uwzględnieniem zagadnienia seksualności osób z niepełnosprawnością)

Abstrakt

Współczesna rzeczywistość, aktualny rozwój cywilizacji stawia przed społeczeństwem i ludźmi żyjącymi w okresie zdefiniowanym jako ponowoczesny nowe zadania i cele dotychczas mało obecne, a nawet nieobecne w świadomości ogólnospołecznej i indywidualnej. Wyzwała ponadto problemy, z którymi trzeba się mierzyć oraz rozwiązywać adekwatnie do osiągnięć i poziomu rozwoju nauki, techniki, odmiennej od minionej jakości życia. Istotnym obszarem cywilizacyjnych transformacji jest obszar działań realizowanych pod adresem osób niepełnosprawnych, a szczególnie działań dotyczących problematyki marginalizowanej z uwagi na niepełnosprawność oraz jej możliwe konsekwencje. Istnieje co najmniej kilka historycznie i kulturowo uwarunkowanych sfer marginalizacji ludzi z niepełnosprawnością. Jedną z nich jest omówiona nieco szerzej w danym opracowaniu sfera prawa do własnej seksualności i edukacji seksualnej, ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Współczesna rzeczywistość historyczno-cywilizacyjna charakteryzuje się wieloma cechami niespotykanymi w dotychczasowym rozwoju ludzkości. Owa specyfika w sposób istotny generalnie i różny od powszechnie znanych oraz na ogół stabilnie utrwalonych determi-

nantów ludzkiej mentalności i tradycyjnie akceptowanych zachowań determinuje koncepcyjną i behawioralną aktywność człowieka definowanego w kategorii *novum*, tj. jako człowieka nowych czasów, nowej epoki, nowych wartości, nowych zadań życiowych – indywidualnych oraz społecznych, nowej jakości życia, jako człowieka ponowoczesnego, post-darwinowskiego, transhumanistycznego. Mówiąc inaczej, czasy obecne cechuje trans- ewolucyjne przejście od tego wszystkiego co znane było i swoiste ludziom oraz ujmowane w kategoriach humanizmu, tzn. tego wszystkiego co charakteryzuje osobę ludzką i jest jej tożsame ku osobie ludzkiej, której istnienie warunkuje rozwój nauki, techniki, nowych technologii przemysłowych, informacyjnych i medialnych, ku trans-człowieki. Trans-człowiek to także człowiek kontynuujący przebieg procesu ewolucji (post-darwinizm), bazując na transformacjach społecznych, etycznych, naukowych.

Wskazane *novum* w większym lub mniejszym stopniu, tj. bardziej lub nieco mniej intensywnie przebiegającym oraz bardziej lub mniej zauważalnym, choć niewątpliwie obecnym, dotyczy całej ludzkości, wszystkich ludzi bez względu na miejsce ich zamieszkania, deklarowane poglądy, wyznawaną religię, rasę, majątność, status wykształceniowy i społeczno-zawodowy, posiadaną kondycję psychofizyczną, sprawność, wygląd, atrakcyjność fizyczną, a nawet wagę, wzrost czy wiek. Oznacza to tym samym, że rozprzestrzenia się na wszystkie środowiska ludzkie, również te, które dotychczas funkcjonowały na marginesie powszechnie przyjętych standardów normy, doświadczały etykietyzacji, naznaczania i minimalizowania posiadanych możliwości oraz szans na samorealizację i autonomiczne funkcjonowanie na różnych etapach indywidualnego i społecznego rozwoju członków wskaziwane środowiska tworzących. Transformuje się więc także na środowisko osób niepełnosprawnych oraz dyscypliny naukowe i praktyczne mające do czynienia z osobą niepełnosprawną jako podmiotem ich zainteresowań oraz realizowanych działań. Jakże wobec powyższego mogą być determinanty wyznaczające i ukierunkowujące aktywność współ-

czesnej pedagogiki specjalnej na trajektorii nowej rzeczywistości cywilizacyjnej?

Wybrane obszary wyzwań etycznych współczesnej pedagogiki specjalnej

Dokonując narracji na temat determinantów, motywatorów i aktywatorów rozwoju pedagogiki specjalnej w ponowoczesnej rzeczywistości, można, i należy, wskazać na uwarunkowania o charakterze ogólnym, zgeneralizowanym, zglobalizowanym oraz na determinanty *stricte* korespondujące z misją pedagogiki specjalnej jako (sub)dyscypliny naukowej i praktycznej o określonym podmiocie zainteresowań.

Wśród uwarunkowań ogólnych znajdują się między innymi:

- zmiany cywilizacyjne – cywilizacja o wysokim poziomie rozwoju nauk medycznych, technicznych, społecznych, humanistycznych, biologiczno-chemicznych, ścisłych,
- egzemplifikacja postępu naukowo-technicznego w codziennym życiu ludzi,
- rozwój nowych technik komunikacyjnych, komunikacji masowej, mass mediów,
- zmiany w systemie wartości (dewaluacja wielu dotychczasowych wartości, nawet tych powszechnie uznanych i identyfikowanych jako uniwersalne),
- większa tolerancja dla postaw i zachowań, które dotychczas nie uzyskiwały akceptacji ogólnospołecznej i indywidualnej,
- anomia i alienacja ludzi oraz społeczeństw,
- rozwój dyscyplin naukowych mogących wywoływać wątpliwości natury etycznej, np. genetyka (maskująca eugenikę), nanotechnologia, biotechnologia, krionika i inne,
- odradzanie się koncepcji i działań eugenicznych w aspekcie tzw. eugeniki pozytywnej oraz negatywnej,
- kwestia autorytetów moralnych stanowiących ważne i możliwe źródło naśladowania sposobu myślenia i właściwego postępowania,

- problem autorytetu Kościoła i roli religii w życiu współczesnych ludzi,
- cyborgizacja i algorytmizacja (schematyzacja) życia ludzkiego (tzn. sposobów działania i myślenia),
- tendencja kultu ciała, zdrowia, sprawności (w tym wysokiej sprawności intelektualnej), co w pedagogice specjalnej ma ogromne znaczenie w korelacji jej podmiotu,
- zauważalna niestabilność znaczenia wykształcenia w życiu człowieka przybierająca skrajne formy, które można ulokować na kontinuum: od dewaluacji po skrajną gloryfikację, egzemplifikującą się i wyznaczaną tzw. „wyścigiem szczurów” (skutkiem jest obniżenie jakości kształcenia, szczególnie instytucjonalnego, z kształceniem na poziomie wyższym włącznie oraz przeniesienie odpowiedzialności za kształcenie dzieci na rodzinę, konkretne, indywidualne osoby oraz instytucje pozaszkolne względem ludzi, którzy wykształcenie na wysokim poziomie jakości i merytoryczności pragną zdobyć),
- coraz częściej obecna w zachowaniu współczesnych ludzi tendencja nacelowana na preferencję interesu własnego nad dobrem, potrzebami i oczekiwaniami innych osób,
- wpływ korporacji i korporacyjnego myślenia na życie współczesnych społeczeństw zdeterminowanego interesami określonych grup decydentów, na kreowanie polityki ogólnoswiatowej oraz działań realizowanych przez rządy poszczególnych państw w różnych, istotnych dziedzinach życia ludzkiego (opieka medyczna, edukacja, pomoc i wsparcie społeczne, aktywność w czasie wolnym).

Natomiast wśród determinantów korespondujących z misją pedagogiki specjalnej można wskazać na:

- potrzebę dostosowania działań i zachowań ludzi angażujących się w pedagogikę specjalną do współczesnej rzeczywistości,
- zmianę dotychczasowych paradygmatów pedagogiki specjalnej z ukierunkowaniem na korelaty społecznego zdeterminowania rozwoju osób z niepełnosprawnością,
- nacelowanie na kwestie autonomii, podmiotowości, integracji, inkluzji, normalizacji, autorewalidacji, które bez właściwego ugruntowania treściowego i interpretacyjnego oraz przy ich bezpośrednim i nieodpowiedzialnym przełożeniu na działania wobec niepełnosprawnych i ich środowisk mogą okazać się przeciwstawne postulowanej w nich istocie, co może oznaczać działanie przeciwko problematyce niepełnosprawności,
- niejednoznaczność (a nawet brak) kryteriów selekcji do zawodu pedagoga specjalnego opartych na uwzględnieniu wymogu posiadania predyspozycji wewnętrznych (psychoemocjonalnych) i powołania do pracy z osobami niepełnosprawnymi oraz na ich rzecz,
- wyjątkową specyfikę oraz szczególność badań naukowych realizowanych w pedagogice specjalnej (z racji ich podmiotu/podmiotów),
- potrzebę uwzględnienia interdyscyplinarności i trans-dyscyplinarności w aktualnych działaniach inicjowanych i podejmowanych przez/we współczesną/współczesnej pedagogikę/pedagogice specjalną/specjalnej w Polsce,
- ochronę statusu, istoty, idei i misji pedagogiki specjalnej.

Nacelowanie działań współczesnej pedagogiki specjalnej na kwestie autonomii, samorealizacji, poszanowania praw oraz normalizację życia osób z niepełnosprawnością wyzwała określone problemy we wszystkich sferach aktywności swoistych istocie ludzkiej, a szczególnie w tych sferach, które dotychczas, za powszechnie akceptowanym społecznym przyzwoleniem, lokowały się w pozycji marginalizacji, niezauważalności, a nawet tabu pomijanego milczeniem i pozorowaniem, że takie

sferę wśród niepełnosprawnych nie istnieją. Bez wątplenia do analizowanych sfer można włączyć zagadnienie poszanowania i równości praw, zarówno w korelacie normatywnym, jak i realizacyjnym, dostępności do dóbr kultury, sportu, wypoczynku, rekreacji, instytucji społecznych, możliwości realizacji aktywnego życia i samorealizacji w sferze własnej aktywności zawodowej na otwartym rynku pracy, aktywności małżeńskiej, rodzinnej, rodzicielskiej, seksualnej.

Obszar aktywności seksualnej oraz prawa osób niepełnosprawnych na seksualność, znormalizowane życie rodzinne, małżeńskie i rodzicielskie

Zagadnienie seksualności, edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością, a szczególnie osób z niepełnosprawnością intelektualną, stanowi aktualnie ważny oraz szeroko dyskutowany, zarówno w gronie teoretyków, jak i praktyków zajmujących się pedagogiką specjalną problem, którego waga społeczna i indywidualna jest w pełni zrozumiała, jak również klarowna kontekstualnie oraz prawnie. Wymaga relatywnych, adekwatnych do możliwości osoby niepełnosprawnej, sytuacji społeczno-kulturowej takiej osoby, wymogów ogólnospołecznych rozwiązań, które uzyskałyby powszechną akceptację, a jednocześnie służyły osobistemu dobru ludzi z niepełnosprawnością. Współczesna pedagogika specjalna powinna bowiem otwierać się na obszary dotychczas marginalizowane, czasami wręcz kłopotliwe oraz trudne z punktu widzenia stereotypów dotyczących człowieka z niepełnosprawnością.

Wśród paradygmatów współczesnej pedagogiki specjalnej określonych przez Irenę Obuchowską (1987), a uwzględnianych także przez Władysława Dykcika, znajduje się paradygmat zignorowany, koncentrujący się na „życiu seksualnym osób z niektórymi grupami cięższej niepełnosprawnych, ujmowany do niedawna jako nieobecny w pedagogice specjalnej”¹. Amadeusz Krause² z kolei analizując zagadnienie norma-

¹ W. Dykcik, *Wprowadzenie do przedmiotu pedagogiki specjalnej jako nauki*. [w:] *Pedagogika specjalna*, W. Dykcik (red.), Wydawnictwo UAM, Poznań 1997, s. 33.

² A. Krause, *Integracyjne złudzenia ponowoczesności (sytuacja ludzi niepełnosprawnych)*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2000, s. 24.

lizacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, za B. Nirje, w grupie obszarów normalizacji życia osób z niepełnosprawnością intelektualną podaje wymiar odpowiednich kontaktów z płcią przeciwną. Podkreśla wagę danego obszaru omawiając problematykę współczesnych paradygmatów pedagogiki specjalnej³.

W dokumencie pt. *Standardowe zasady wyrównywania praw osób niepełnosprawnych*, uchwalonym przez ONZ (1993)⁴ wskazano: Państwa powinny promować pełne uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu rodzinnym. Powinny promować prawo do integralności osobistej i zagwarantować, by prawo nie dyskryminowało osób niepełnosprawnych ze względu na związki seksualne, małżeństwo i rodzicielstwo.

1. Należy umożliwić osobom niepełnosprawnym życie we własnej rodzinie. Państwa powinny zalecać włączanie do poradnictwa rodzinnego zagadnień dotyczących niepełnosprawności i jej wpływu na życie rodzinne. Rodziny z osobami niepełnosprawnymi powinny móc korzystać z usług umożliwiających okresowe zastąpienie ich w sprawowaniu funkcji opiekuńczych (domy krótkiego pobytu, opiekunowie). Państwa powinny usunąć wszelkie niepotrzebne przeszkody wobec osób, które pragną wychowywać lub adoptować niepełnosprawne dziecko lub osobę dorosłą.
2. Osobom niepełnosprawnym nie należy odmawiać możliwości do świadczenia własnej seksualności, prowadzenia życia seksualnego i do świadczenia rodzicielstwa. Mając na względzie trudności, jakie osoby niepełnosprawne, mogą napotkać w zawieraniu związków małżeńskich i zakładaniu rodziny. Państwa powinny zapewnić dostęp do właściwego poradnictwa. Osoby niepełno-

³ A. Krause, *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2010.

⁴ *Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych*, zostały przyjęte podczas 48 sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych w dniu 20 grudnia 1993 roku (Rezolucja 48/96), Narody Zjednoczone 1994. Tłumaczenie dokumentu na język polski zostało wykonane na zlecenie Pełnomocnika Rządu ds. Niepełnosprawnych; www.tus.org.pl/uploads/dokumenty.

sprawne powinny mieć taki sam dostęp, jak pozostali obywatele, do metod planowania rodziny, jak również do informacji na temat ich funkcji seksualnej.

3. Państwa powinny promować działania zmierzające do zmiany wciąż dominującego w społeczeństwie negatywnego stosunku do małżeństwa, życia seksualnego i rodzicielstwa osób niepełnosprawnych, a zwłaszcza dziewcząt i kobiet. Należy zachęcać media do angażowania się w eliminowanie takich negatywnych postaw.
4. Osoby niepełnosprawne i ich rodziny powinny być w pełni informowane o środkach ostrożności zapobiegających nadużyciom seksualnym lub innym formom nadużyć. Osoby niepełnosprawne są szczególnie narażone na nadużycia w rodzinie, środowisku lub zakładzie i trzeba je nauczyć, jak unikać takich okoliczności, jak rozpoznać czy nadużycie miało miejsce oraz jak je zgłosić.

Natomiast w *Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych* (ONZ, 2006)⁵, w artykule 23 – „Poszanowanie domu i rodziny”, podano:

1. Państwa Strony podejmą efektywne i odpowiednie środki w celu likwidacji dyskryminacji osób niepełnosprawnych we wszystkich sprawach dotyczących małżeństwa, rodziny, rodzicielstwa i związków, na zasadzie równości z innymi osobami, w taki sposób, aby zapewnić:
 - a. uznanie prawa wszystkich osób niepełnosprawnych, które są w odpowiednim do zawarcia małżeństwa wieku, do zawarcia małżeństwa i do założenia rodziny, na podstawie swobodnie wyrażonej i pełnej zgody przyszłych małżonków,

⁵ *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych*, Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Nowy Jork 2006. Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych i protokół fakultatywny do niej zostały przyjęte przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 13 grudnia 2006 r., na mocy rezolucji nr 61/106. Konwencja i protokół zostały otwarte do podpisu 30 marca 2007 r. dla państw oraz dla organizacji integracji regionalnej. Tego dnia konwencję podpisało 81 państw, w tym Polska. *Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych* weszła w życie dnia 3 maja 2008 roku, tj. trzydziestego dnia od złożenia dokumentu ratyfikacyjnego; www.mpips.gov.pl/spoleczne-prawa-czlowieka/konwencja-o-prawach-osobniepełnosprawnych.

- b. uznanie prawa osób niepełnosprawnych do podejmowania swobodnych i odpowiedzialnych decyzji o liczbie i czasie urodzenia dzieci oraz do dostępu do dostosowanych do wieku edukacji i informacji dotyczących prokreacji i planowania rodziny, a także do środków niezbędnych do korzystania z tych praw,
 - c. zachowanie zdolności rozrodczych przez osoby niepełnosprawne, w tym przez dzieci, na zasadzie równości z innymi osobami.
2. Państwa Strony zagwarantują prawa i obowiązki osób niepełnosprawnych w zakresie opieki nad dziećmi, kurateli, powiernictwa, adopcji lub podobnych instytucji, jeśli takie instytucje przewiduje ustawodawstwo krajowe; we wszystkich przypadkach nadrzędne będzie dobro dziecka. Państwa Strony zapewnią osobom niepełnosprawnym odpowiednią pomoc w wykonywaniu obowiązków związanych z wychowywaniem dzieci.
3. Państwa Strony zapewnią dzieciom niepełnosprawnym jednako-
we prawa do życia w rodzinie. Mając na uwadze realizację tych praw i w celu zapobiegania ukrywaniu, porzuceniu, zaniedbywaniu i segregacji dzieci niepełnosprawnych, Państwa Strony dostarczać będą odpowiednio wcześniej i wszechstronne informacje, oferować pomoc i usługi dzieciom niepełnosprawnym i ich rodzinom.
4. Państwa Strony zapewnią, że dziecko nie będzie odłączane od rodziców bez ich zgody, z wyjątkiem sytuacji, kiedy właściwe władze, podlegające kontroli sądowej, postanowią, zgodnie z obowiązującym prawem i procedurami, że takie odłączenie jest konieczne ze względu na najlepszy interes dziecka. W żadnym przypadku nie można odłączać dziecka od rodziców z powodu jego niepełnosprawności lub niepełnosprawności jednego lub obojga rodziców.
5. W przypadku, gdy najbliższa rodzina nie jest w stanie sprawować opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, Państwa Strony podejmą wszelkie wysiłki, aby zapewnić alternatywną opiekę przez dalszą rodzinę, a jeżeli okaże się to niemożliwe, w ramach społeczności w warunkach rodzinnych.

Konkludując powyższe, można podkreślić, że diskutowane zagadnienie stanowi poważny i znaczący problem współczesnej pedagogiki specjalnej w Polsce i na świecie, zarówno w wymiarze teoretycznym, naukowo-badawczym, jak i praktycznym. Realizowane badania ukierunkowują się nie tylko na rozwiązanie problemów obejmujących kwestię edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych, ale również przygotowania do życia ludzi z niepełnosprawnością we wszystkich możliwych sferach oraz zakresach ich aktywności osobistej, także aktywności seksualnej, tym bardziej że o życiu seksualnym osób niepełnosprawnych, a szczególnie osób z niepełnosprawnością intelektualną, dotychczas nie mówiono wcale lub bardzo niewiele. Aczkolwiek w naszym kraju od pewnego już czasu podejmowane są badania naukowe na temat istoty życia seksualnego oraz możliwości realizacji potrzeb seksualnych przez osoby niepełnosprawne, w tym przez osoby głębiej niepełnosprawne intelektualnie (K. Nowak-Lipińska⁶, W. Loebel⁷, M. Kościelska⁸, J. Głodkowska i A. Giryński⁹, M. Dąbkowska¹⁰). Brakuje jednak badań na temat seksualności osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi, złożonymi, wielozakresowymi, np. osób głuchoniewidomych (szczególnie osób głuchoniewidomych o niskim poziomie funkcjonowania).

Nie ma więc wątpliwości, że analizowany problem jest istotny, wymaga dookreślenia i zaproponowania strategii uwzględniających społecz-

⁶ K. Nowak-Lipińska, *Na antypodach płciowości – wielowymiarowość zachowań homoseksualnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. [w:] *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób niepełnosprawnych*, W. Dykcik, Cz. Kosakowski, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Olsztyn – Poznań – Warszawa 2002.

⁷ W. Loebel, K. Nowak-Lipińska, *Fatamorgana „wysp szczęśliwych”, czyli o realizacji płciowości osób niepełnosprawnych fizycznie*. [w:] *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, E. Górniewicz, A. Krause (red.), Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2002.

⁸ M. Kościelska, *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co., Warszawa 2004.

⁹ J. Głodkowska, A. Giryński (red.), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2005.

¹⁰ M. Dąbkowska, *Zachowania seksualne dzieci i młodzieży z dysfunkcjami poznawczymi, emocjonalnymi i behawioralnymi. Oblicza problemów dziecka i rodziców*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2013.

ne oraz indywidualne punkty widzenia. Stąd między innymi zasadność realizacji specjalistycznych szkoleń z zakresu seksualności osób z niepełnosprawnością (w tym również osób z niepełnosprawnością intelektualną), waga zagadnienia edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych oraz poszukiwania najbardziej zadowalających społeczeństwo i same osoby z niepełnosprawnością rozwiązań danego problemu. Stąd też potrzeba realizacji naukowego dyskursu, prowadzenia badań naukowych i poszukiwania przez praktykę pedagogiczną racjonalnych i optymalnych rozwiązań w obszarze seksualności osób niepełnosprawnych.

Podsumowanie

Współczesna, ujmowana jako ponowoczesna, rzeczywistość stawia przed społeczeństwami i aktualnie żyjącymi ludźmi nowe, odmienne od tradycyjnych wyzwania i zadania. Konstruuje też nierelatywne minionym sposoby myślenia i mentalne percepcje zagadnień, które w społeczeństwach tradycyjnych lokowały się w kategoriach marginalizacji, a nawet koncepcyjnego, praktycznego oraz ideologicznego tabu. Niewątpliwie wśród zagadnień posiadających zasadniczo negatywne zabarwienie mentalno-społeczne znajdowało się wiele kwestii tożsamyh osobom niepełnosprawnych. Jedną z nich jest kwestia seksualności, edukacji seksualnej, prawa do seksualności i życia seksualnego osób niepełnosprawnych, a szczególnie osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Dylemat seksualności osób z niepełnosprawnością do chwili obecnej stanowi nie tylko obszar tabuizowany w polskim społeczeństwie, ale również taki, w którym do głosu dochodzą wartości mające swoje źródło w światopoglądzie. Natomiast specjaliści zajmujący się niniejszymi kwestiami, pedagodzy specjali, edukatorzy seksualni są w swojej pracy zobowiązani do korzystania z wiedzy naukowej i norm klinicznych, jako podstawy formułowania możliwie obiektywnych stanowisk i poglądów. Dążyć więc należy do opracowania takich koncepcji rozwiązania danego problemu, które zadowalałyby możliwie wszystkie grupy osób bezpośrednio lub pośrednio z zagadnieniem edukacji seksualnej

osób niepełnosprawnych związane (same osoby z niepełnosprawnością, rodziny osób niepełnosprawnych, społeczeństwo ludzi pełnosprawnych), z jednoczesnym uwzględnieniem zindywidualizowanego charakteru tych kwestii, zróżnicowanych form realizacji oraz unormowań prawnych na temat niezbywalnych praw osób z niepełnosprawnością, w tym prawa do życia seksualnego.

Istotna jest również prezentacja omawianej tematyki w środkach masowego przekazu. Dla przykładu 14 września 2014 roku, w godzinach późnowieczornych, telewizja TTV wyemitowała program pt. „Tabu Polska”, część 2. Program poświęcony był między innymi przedstawieniu miłości i prawa do własnej seksualności dwójki młodych ludzi z zespołem Downa celem sygnalizacji, że do tej sfery ludzkiego życia nie tylko mają prawo, ale również, że mogą za tę sferę być odpowiedzialni pod warunkiem większej tolerancji, bardziej odczuwalnego społecznego przyzwolenia oraz pomocy o charakterze edukacyjno-konsultacyjnym. Ponadto nie bez znaczenia jest też pomoc dorosłym osobom niepełnosprawnym w obszarze życia rodzinnego – pomoc małżonkom w realizacji ról małżeńskich, ewentualnie pomoc dzieciom oraz całej rodzinie w wymiarze informacyjnym, materialnym, realizacji i koordynacji codziennych czynności. Jedynie pod warunkiem społecznego zrozumienia i prawdziwego, niepozorowanego społecznego przyzwolenia osoby niepełnosprawne będą mogły realizować swoją seksualność oraz gwarantowane prawami człowieka prawo do posiadania własnego życia seksualnego.

SUMMARY

Areas of ethical challenges for present special pedagogy (with the special consideration of the topic of sexuality of the disabled people)

The present reality, and the current development level of our civilization creates new challenges for the society and people living in the post-modern times, some of them not often present or nonexistent in the social or individual consciousness. It unleashes problems which need to be dealt with and solved adequately to the achievements and scientific and technological level of human development which is different from the past one. The crucial area of the transformation occurring in the civilization is the sphere of actions undertaken for the good of disabled people, especially regarding the subject of topics that are ostracized due to being linked to disability and its consequences. There are at least few culturally and historically conditioned spheres of marginalization of disabled people. One of them is the sphere of sexuality and sexual education, with the focus on mentally disabled people, which this article highlights

Prof. zw. dr hab. Maria Szyszkowska

Uniwersytet Warszawski

Członek Komitetu Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN

Znaczenie seksualności i jej dławienie przez moralistów i polityków

Abstrakt

Narosło wiele obłudy, przesądów i ograniczeń obyczajowych wokół seksualności człowieka. W rozmaitych kulturach – wyłączając pierwotne – dochodzą do głosu wysiłki, by okiełznać i poddać rozmaitym rygorom sferę seksualną człowieka. Ustroje totalitarne, a więc narzucające społeczeństwu określony rodzaj światopoglądu i związany z nim typ moralności, z reguły próbują moralność okiełznać, poddać rygorom, kontrolować, a nawet narzucać ascetyzm. Podobnie wiele wyznań religijnych głosi, że doznania erotyczne jako cielesne są źródłem grzechu. W nakazach większości wyznań chrześcijańskich traktuje się seksualizm jako środek służący prokreacji. Są też religie niechrześcijańskie, które zespalają erotyzm i seksualizm z uduchowieniem człowieka. Seksualizm osadza mocno w czasie teraźniejszym i wzmaga poczucie urody istnienia.

Sila miłości zespolonej z seksualnością wrywa z tego, co uznawane jest za właściwe i obowiązujące. Na przykład zawiązuje się mimo różnic narodowych i pochodzenia. Jak Kasprowicz, chłop, ożenił się z arystokratką, Rosjanką, młodszą od niego o trzydzieści lat. Isadora Duncan wyszła za mąż za młodszego o siedemnaście lat Jesienina.

Jest niewątpliwe, że każdy z nas pragnie być szczęśliwy, aczkolwiek jest wątpliwe, czy szczęście nadaje sens istnieniu. Wielu filozofów wskazuje na to – o czym wyraźnie pisał Kant – że do szczęścia prowadzi człowieka niezawodnie instynkt. Natomiast fakt wyposażenia natury

ludzkiej w rozum wskazuje na to, iż człowiek powinien dążyć także do poczucia, że jego istnienie ma sens. I właśnie z tego powodu powinniśmy zmierzać do urzeczywistniania wskazanych przez rozum ideałów. Zarówno Siłaczka, jak i Cezary Baryka, czy Doktor Judym – by odwołać się do bohaterów utworów literackich powieści Żeromskiego – zmierzali do wybranych przez siebie ideałów. Niektóre z nich spajają żyjące ze sobą pokolenie. Takim ideałem powinien być obecnie dla ludzkości pokój kończący wojny raz na zawsze. Przypomnę tu pogląd profesora medycyny Juliana Aleksandrowicza, który pisał wielokrotnie o tym, że pokój jest tym dla ludzkości, co zdrowie dla pojedynczego człowieka.

Przeżycia seksualne wzmagają egoizm w tym sensie, że pochłaniając nas, czynią mniej uważnymi w stosunku do innych ludzi. Przeżycia erotyczno-seksualne pozostają w opozycji do poglądu, że życie człowieka powinno być poddane kontroli. Często ci, którzy nie mieli odwagi, by podążyć za siłą uczuć wywołanych sferą seksualności, bywają rozgoryczeni i mają poczucie zmarnowanego życia. Wiadomo o tym nie tylko z dzieł psychologów i wielkich pisarzy, którzy bywali wnikliwymi znawcami ludzkiej natury. Ten obraz człowieka zarysował mi się wyraźnie także pod wpływem moich porad filozoficznych, które udzielałam w Laboratorium Higieny Psychiczej dla Ludzi Zdrowych. Ośrodek ten funkcjonował w Warszawie, w Teatrze Prochownia dzięki życzliwości Wojciecha Siemiona. Kierował nim prof. Kazimierz Dąbrowski, a powstał z inicjatywy Jerzego Grotowskiego, twórcy Teatru Laboratorium we Wrocławiu. Spotkać się tam można było z zakorzenionym poglądem w wielu pacjentach, że obowiązkiem jest poświęcanie się dla młodszego pokolenia i ograniczanie potrzeb seksualnych. Uleganie potrzebom ciała bywa wstydliwie skrywane, zwłaszcza, że chrześcijaństwo związało grzech z tym, co cielesne.

Wśród wielu przesądów związanych z seksualnością szczególnie niepokojące jest wiązanie go z młodością kalendarzową. Od czasów Freuda powinno się traktować jako naturalny zarówno erotyzm dziecięcy, jak i erotyzm ludzi sędziwych. Ten pełni szczególną rolę, bowiem sta-

nowi zarazem przeciwwagę dla lęku przed śmiercią. Ponadto przezwycięża stany osamotnienia, a te bywają szczególnie dotkliwe w późnym wieku. Seksualność wzmacnia siły witalne człowieka. Wyzwała ponadto poczucie wolności.

W naszej kulturze akceptuje się seksualność, jeżeli jest ograniczona do postaci trudno rozerwalnego małżeństwa służącego głównie rodzeniu dzieci.

W twórczości Stanisława Przybyszewskiego czy dramaturga amerykańskiego O'Neilla wykazana jest potęga sił płynących z seksualności, która nie pozwala na pozory. O'Neill uważa, że nie należy podlegać rygorom obyczajowym mającym trzymać na uwięzi nasze namiętności. Seksualność bywa skrywana i nieujawniana, bowiem nasza kultura europejska przesycona jest racjonalizmem wywodzącym się m.in. z filozofii Sokratesa, Kartezjusza, Hegla.

Alberto Moravia zwrócił uwagę w swojej twórczości literackiej na sprawy płci jako na jeden z najbardziej pierwotnych i niezmiennych przejawów kontaktu z rzeczywistością. Ustawowe zrównanie kobiet i mężczyzn nie niweluje różnicy decydującej o odmiennych sposobach przeżywania własnej seksualności.

Stosunek do seksualności jest uwarunkowany poglądami filozoficznymi. Współcześnie pojmujemy człowieka jako jedność psychofizyczną. Wybitnym rzecznikiem holizmu, czyli poglądu o jedności psychofizycznej natury ludzkiej oraz zespolenia człowieka z ludzkością i z Kosmosem był u nas profesor medycyny Julian Aleksandrowicz. W polskim społeczeństwie funkcjonuje jednak głównie ujęcie człowieka dualistyczne, a nie monistyczne. Ma to źródło w chrześcijaństwie, które głosi dualizm ciała i duszy. Zachodzi rozbieżność między ustaleniami wiedzy naukowej a wiarą rozmaitych wyznań. Różnice między wiedzą a wiarą wykazał już w XVIII wieku Immanuel Kant.

Monistyczne ujęcie w aprobujący sposób odnosi się do uwarunkowań biologicznych człowieka – w tym do seksualności – jako właściwości istot żywych. Nie ma to nic wspólnego z aprobatą dla szafowania siłami witalnymi. W myśl tego poglądu należy eliminować, bądź przy-

najmniej ograniczać, nakazy sprzeczne z naturalnymi skłonnościami człowieka.

Wzmaga się powoli tendencja, by nie stosować ocen moralnych do sfery seksualnej człowieka. W Polsce dominuje odwoływanie się do kategorii grzechu w ocenach seksualności. Immoralizm z trudem dochodzi do głosu, bowiem bywa błędnie utożsamiany z antymoralnością.

Pierwszym filozofem, który wykazał, że kategorie dobra i zła nie powinny być stosowane do wszelkich przejawów życia człowieka był – wciąż wadliwie interpretowany w Polsce – Fryderyk Nietzsche, którego filozofia od 1970 roku przeżywa renesans w Zachodniej Europie i w Ameryce Południowej. W dziele zatytułowanym „Poza dobrem i złem” wyjaśnia, że w istnieniu człowieka odgrywać powinny rolę wyższe wartości, że człowiek powinien żyć nie tylko na płaszczyźnie biologicznej i materialnej. Korzystając z sił witalnych – na które składa się potęga instynktu seksualnego – należy zmierzać ku ideałom. Rezultatem tego wysiłku staje się świat kultury. Immoralizm jest trudny do przyjęcia, ponieważ przyjęło się u nas utożsamianie wszelkich wartości pozytywnych z wartością, jaką jest dobro. Ten błąd prowadzi do wzmożonego moralizowania.

Systemy totalitarne zarówno świeckie, jak i religijne ograniczają wolność seksualną człowieka. Jest ona traktowana jako zagrożenie dla porządku publicznego, jako siła anarchizująca życie społeczne. Hasłom wolności człowieka towarzyszy – również w niejednym państwie demokratycznym – jej ograniczanie. Pozostaje to w sprzeczności z faktem, że instynkt seksualny jest najsilniejszy w człowieku po instynkcie samozachowawczym.

Nie tylko politycy, kapłani i prawodawcy wyznaczają ramy wolności seksualnej człowieka. Również przekazywana obyczajowość z pokolenia na pokolenie ją ogranicza. Narzuca się mocą tradycji kryteria normalności w tej dziedzinie, aczkolwiek nie wiadomo, co to znaczy normalność i kto ma prawo to ustalać. Towarzyszą temu – sprzeczne

z tą tendencją zapewnienia o troszczeniu się, by człowiek był szczęśliwy.

Sublimacja instynktu seksualnego prowadzi do tworzenia wielkich dzieł kulturowych. Cierpienia płynące z poglądu, iż seksualność jest czymś zdrożnym, pozbawiają jednostkę radości płynącej z wielu doznań i przeżyć. Trudna do wyjaśnienia staje się koncepcja Boga, który – jak wierzą od pokoleń społeczeństwa – stworzył nie tylko duszę, ale i ciało, a następnie oczekuje, by radość z doznań seksualnych była surowa ograniczana.

Seksualność to właściwość ludzkiej natury. Natomiast filozofia sekularności jest wiedzą naukową, której przedmiotem dociekań jest seksualność istot żywych. Różne nurty filozoficzne odmiennie interpretują znaczenie seksualności oraz różnią się w jej ocenie. Znamienne jest, że obyczajowość europejska od dwóch tysięcy lat jest zespolona z zakazami dotyczącymi sfery seksualnej człowieka.

Wracając do filozofii seksualności – wiąże się ona najściślej z zagadnieniem wolności człowieka. Jest to pojęcie szersze od wolnej woli, o której jest mowa w religiach chrześcijańskich. Filozofia seksualności wiąże się z zagadnieniem integralnej wolności człowieka, a więc nie tylko wolnej woli, lecz także świadomości pozbawionej uprzedzeń oraz rozumu wolnego od stereotypów i przesądów. Człowiek prawdziwie wolny, krytycznie oceniający obyczajowość większości jednostek w społeczeństwie oraz ich sposób myślenia – czyli pozytywnie nieprzystosowany do tego, co przeciętne – trafnie wykorzystuje własną seksualność. Wznosi się ponad zakazy, którym starają się politycy i moralisci podporządkować społeczeństwo. Nie poddaje się rygorom. Wymaga taka postawa wysiłku wewnętrznego, a w tym wyzwolenia się od funkcjonującego mocą tradycji poglądu, że seksualność ma być głównie środkiem do przedłużenia gatunku.

Obyczaje utrwalone mocą tradycji wprowadzają dotkliwe zakazy w sferze seksualnej. Dotyczą one każdego, szczególnie ludzi sędziwych, chorych psychicznie oraz niepełnosprawnych intelektualnie i niepełnosprawnych fizycznie. A wiadomo, że życie seksualne warunkuje szczę-

ście człowieka. Seksualność nie wystarcza, by mieć poczucie sensu własnego życia, ale prowadzi do przeżywania szczęścia. Zakazy obyczajowe ograniczają wolność jednostek. Seksualność człowieka jest także obwarowana przepisami prawnymi. Ponadto regulaminy dotyczące pobytu na przykład w domach dla osób niepełnosprawnych, czy sędziwych wprowadzają dodatkowe ograniczenia.

Człowiek jest wartością najwyższą. Znakomicie wyraził to Kant, określając człowieka jako cel sam w sobie. Podkreślił, że nawet Bóg nie mógłby traktować człowieka jako środka do celu. A skoro stanowią wartość fundamentalną, to należy się szacunek dla właściwości natury ludzkiej.

Wolność w myśl wielu filozofów jest nierozdzielnie zespolona z człowiekiem. Przychodzimy na świat jako istoty wolne i będziemy tym, czym sami siebie uczynimy. Próby skanalizowania wolności i jej ograniczania są wygodne dla rządzących polityków. Szaty moralistów wkładają na siebie w państwach demokratycznych parlamentarzysty. Zapominają, że problemy moralne są nierozstrzygalne od czasów starożytności. Nie uczynili tego mędracy rozmaitych epok. A więc osoby wybierane na cztery lata do sejmu i senatu tym bardziej nie mają stosownych ku temu kompetencji, by ustalać nienaruszalne sposoby korzystania z własnej seksualności. Nie powinni także przekładać jednego z poglądów moralnych na przepisy prawne.

Parlamentarzyści są wybierani z reguły przez ludzi mających często zmanipulowaną świadomość przez media. Zawsze więc w parlamencie znajdują się ludzie, którzy nie są upoważnieni do tego, by próbować zastąpić mędrców. Mimo rozdzielenia moralności i prawa, czego po raz pierwszy dokonał Kant – wciąż ponawia się próby regulowania życia seksualnego mocą przepisów prawnych.

Okiełznanie sfery seksualnej rygorami prawnymi, to zarazem nieupoważnione wkraczanie w sferę ją – wobec samego siebie. Jak wyjaśnia w swoich dziełach niedawno zmarły filozof angielski H. L. A. Hart, prawo powinno regulować wyłącznie relacje między człowiekiem a człowiekiem.

W państwach demokracji parlamentarnej, jak wiadomo, rządzi większość, a więc na ogół ludzie przeciętni. Rodzi się w nich pokusa, by ograniczać sferę wolności seksualnej obywatelom zgodnie z własnymi mniemaniem i przesadami. Szczególne restrykcje narzucane są u nas rozmaitym mniejszościom, w tym osobom niepełnosprawnym. Jest to tym łatwiejsze, że wśród polityków – jak wyjaśnia Kazimierz Dąbrowski w teorii dezyntegracji pozytywnej – dużą grupę stanowią psychopaci, a więc osoby często inteligentne, wykształcone, ale odznaczające się niedorozwojem sfery uczuć i niską wrażliwością, brakiem empatii. Rozum psychopatów pozostaje na usługach popędów, wśród których najsilniejsze jest dążenie do władzy i dóbr materialnych. Pragnęliby swoją moc rozciągać na innych.

Pragnę tu podkreślić, że osoby niepełnosprawne – których prawa są ograniczane – osiągają niejednokrotnie pełnię człowieczeństwa nieosiągalną przez osoby pełnosprawne. O wartości człowieka, zgodnie z teorią Kazimierza Dąbrowskiego, świadczy przede wszystkim wysoki poziom rozwoju uczuć, duża wrażliwość oraz wyobraźnia. Te czynniki umożliwiają stawanie się człowiekiem empatycznym. Należy też dodać, że w szczególny sposób narusza człowieczeństwo konformizm, a nie niepełnosprawność. Konformizm, czyli rezygnacja z własnych przekonań światopoglądowych ze względu na spodziewane korzyści, interes własny, karierę, sukces. Konformista wypiera się własnego światopoglądu, by żyć wygodnie. Konformizm bywa drogą świadomie wybraną przez osoby odznaczające się wysoką inteligencją. Znamienne, że nie odmawia się konformistom pełni człowieczeństwa. Natomiast poddaje się w wątpliwość pełnię człowieczeństwa i wprowadza rozmaite restrykcje, w tym dotyczące życia seksualnego, wobec osób niepełnosprawnych, czy sędziwych. Paradoksem jest, że jako wzór w społeczeństwie funkcjonują często ci, którzy kogoś dyskryminują.

Dodam, że seksualność dzieci, podobnie jak seksualność osób starych, wciąż stanowi tabu, mimo że mija sto lat od ustaleń dokonanych przez Freuda. Błędny jest pogląd, że osoby chore psychicznie czy niesprawne intelektualnie mają mniejsze potrzeby seksualne.

W społeczeństwach rzeczywiście tolerancyjnych została wprowadzona instytucja asystentów seksualnych, którzy pomagają w uzyskiwaniu szczęścia seksualnego tym osobom, które na przykład są stale unieruchomione. Jest to istotna zmiana w obyczajowości.

Mało jest u nas życzliwości dla tych, którzy odstają od większości. A żyjemy wszak w epoce globalizacji, czyli w świecie wielokulturowym, w którym powinien funkcjonować szacunek dla różnorodności. Ponadto nie ma jednego modelu człowieczeństwa.

Powinien funkcjonować szacunek dla osób, które nie są w stanie troszczyć się o siebie. Liberalizm ekonomiczny XIX wieku był przepojony głębszym humanizmem niż neoliberalizm XXI wieku. Oddziałują na nas hasła wolności, ale odbieramy ją w sferze seksualnej rozmaitym mniejszościom. Zresztą wszyscy poddani są rygorom w sferze seksualności.

Brak wolności seksualnej bywa dotkliwy. Szczególnej zmianie powinna podlegać mentalność osób tworzących otoczenie osób niepełnosprawnych. Wymaga to stosownej edukacji. Zgodnie wszak z pojmowaniem demokracji w naszych czasach, ma to być ustój wieloświatopoglądowy, czyli w szczególności sposób ceniący wolność człowieka. A więc charakteryzujący się funkcjonowaniem różnorodnych poglądów moralnych. Przy czym szacunek dla człowieka wymaga respektowania potrzeb seksualnych. Dulszczyzna obyczajowa – która wciąż jest obecna w naszym życiu – skłania natomiast do zachowywania pozorów aseksualności. Podwójną moralność, to znaczy rzeczywistość i jej pozory dla innych, krytykowali w swoich dziełach Boy Żeleński oraz Zapolska. Ta krytyka nadal jest aktualna.

W sprzeczności z obłudą obyczajową funkcjonuje pornografia i emitowane są filmy przez media, rozbudzające wyobraźnię w sferze seksualnej. Zaznacza się paradoks, bowiem ograniczeniom seksualności człowieka przez moralistów i polityków, towarzyszy jednocześnie jej ukazywanie w mediach.

Wywoływane jest przez moralistów poczucie winy u tych, którzy odstają od narzucanych ograniczeń. A wszak każdy z nas ma prawo do ży-

cia zgodnego z własnymi potrzebami seksualnymi, o ile nie krzywdzi drugiego człowieka.

Narzucanie obywatelom jednej koncepcji moralnej, która miałaby regulować także sferę seksualno-erotyczną, to właściwość państwa totalitarnego. W państwie demokratycznym rządzący nie powinni być rzecznikami żadnego światopoglądu, a w tym żadnej z koncepcji moralnych. I najważniejsze – nauka nie zna precyzyjnego narzędzia pozwalającego przeprowadzić ostrą granicę między tym, co normalne a tym, co od normalności odbiega. Dotyczy to także sfery seksualnej człowieka.

Sporów dotyczących seksualności człowieka – czyli sfery grzechu, według niektórych wyznań religijnych – nie da się jednoznacznie rozstrzygnąć. Nie ma porozumienia między tymi, którzy ujmują człowieka jako istotę wolną, a tymi, którzy powołują się na religijne zakazy. Profesor Mikołaj Kozakiewicz wyrażał w swoich dziełach nadzieję, że wytworzy się model europejskiego wychowania obejmujący seksualność człowieka w sposób wolny od uprzedzeń. Oczekiwał, że przesady i zakłamanie zostaną wyrugowane.

Ponadto jest oczywiste, że seksualność stanowi zarzewie twórczości zwłaszcza w sferze artystycznej i literackiej. Dążenie do jej okiełznania wpływa negatywnie na procesy twórcze. Sublimacja instynktu seksualnego nie ma nic wspólnego z jego reglamentacją.

Dla polityków i moralistów pragnących mieć władzę nad człowiekiem, wygodne jest głoszenie poglądu, że seksualność należy traktować jako środek do przedłużenia gatunku. Prawo do rodzenia potomstwa jest oczywiste, ale powinno temu także towarzyszyć prawo do nierodzenia potomstwa i rozmaitego sposobu zaspokajania seksualności. Sensu życia człowieka nie odnajduje się w prokreacji. Sensem życia nie jest bowiem przedłużanie gatunku.

Seksualność należy do zakresu wolności jednostki, o czym była już mowa. A więc prawo nie powinno regulować tej sfery o ile nie dochodzi do czynów krzywdzących człowieka. Najwyższy czas, by kierując się wartością człowieka – określaną w wielu aktach prawnych mianem

godności – uregulować inaczej egzystencję jednostek w rozmaitych domach opieki. Wolność seksualna powinna być respektowana w domach dla osób sędziwych, chorych psychicznie oraz osób niesprawnych intelektualnie i niesprawnych fizycznie.

Płeć wiąże się z wrażliwością i ona przesądza o reakcjach wynikających z zetknięcia się ze światem. Płeć wzmaga doznania związane nie tylko z określoną osobą, ale ze światem w ogóle. Płeć nie powinna być ani usprawiedliwieniem dziejów czyjegoś życia, ani też nie powinna wpływać na wzrost napotykanymi trudnościami. Instykt seksualny waży na naszym życiu albo wprost, albo w drodze sublimacji. Tłumiona seksualność utrudnia doznawanie szczęścia i przejawia się w postaci różnorodnych psychonerwic. Wpajany pogląd, iż seksualność stanowi źródło grzechu budzi poczucie winy i lęku w jednostkach witalnych, które nie są w stanie czynić zadość narzucanym ograniczeniom.

Światli seksuologowie domagają się zmiany wadliwego nastawienia do homoseksualizmu wyjaśniając, że jest on jedną z postaci normalnego życia seksualnego. Występują także w świecie zwierząt. Homoseksualizm był kulturowany w czasach przedchrześcijańskich, by wymienić Platona czy Safonę. Wielu najwybitniejszych twórców rozmaitych dziedzin, żyjących w każdej epoce, ma i miało takie skłonności. Politycy i moralisci narzucają naszemu społeczeństwu heteroseksualizm, i w ten sposób chcą wprowadzić ład i porządek. Problemem staje się wytwarzanie poczucia zarówno krzywdy, niesprawiedliwości, jak i winy wśród tych, którzy odstają od heteronormatywnego wzorca. Politycy i moralisci nie chcą zdawać sobie sprawy z tego, że powszechność określonych zachowań seksualnych nie powinna być traktowana jako norma obowiązująca wszystkich.

Politycy głoszą wartość wolności człowieka, ale zarazem ingerują w sferę tak intymną, jak seksualność. Powszechność obyczajów oraz ich długotrwałość nie jest wystarczającym argumentem na rzecz ich respektowania. Minął już czas średniowiecznej dość jednolitej kulturowo Europy. Przepływ ludności w naszych czasach globalizacji, procesy migracji, wzmagają funkcjonowanie w poszczególnych państwach róż-

norodnych poglądów moralnych. Natomiast politycy i moralisci pragnęliby regulować seksualność człowieka, obwarowywać ją przepisami prawnymi, co w państwach demokratycznych staje się wyrazem utajonego totalitaryzmu.

Summary

xxx

xxx

Dr Anna Kryniecka-Piotrak
Wydział Prawa i Administracji
Uniwersytet Warszawski

Przewycięzanie dyskryminacji osób niepełnosprawnych jako wyraz prawidłowej demokracji

Abstrakt

Sytuacja osób niepełnosprawnych we współczesnych społeczeństwach ściśle wiąże się ze sposobem pojmowania demokracji i urzeczywistniania jej podstawowych założeń. Demokracja w naszym kręgu kulturowym jest bowiem ustrojem nie tylko dominującym, ale uznawanym za najbardziej pożądanym. Uważa się, że ma ona gwarantować wolność i równość wszystkim grupom mniejszościowym, w tym osobom niepełnosprawnym. Wolność i równość są wartościami, których realizacji oczekuje się w praktyce życia społecznego. O tym, na ile są one urzeczywistniane, świadczy całokształt stosunków panujących między członkami społeczeństwa i będące jego konsekwencją prawo pozytywne.

Należy zaznaczyć, że gwarancje prawne dotyczą stanu, jaki być powinien, natomiast rzeczywistość często od niego odbiega. Faktem jest, że we współczesnych społeczeństwach funkcjonują grupy społeczne traktowane marginalnie, a nawet całkowicie pozbawione możliwości aktywnego uczestniczenia w życiu zbiorowym lub przynajmniej w niektórych jego sferach. Taką grupę stanowią osoby niepełnosprawne.

Niezależnie od wielości sposobów ujmowania istoty ustroju demokratycznego, jednym z jego podstawowych założeń jest sprawowanie władzy przez wszystkich, w praktyce – przez większość. Takie rozwią-

zanie rodzi istotne konsekwencje. Decyzje są wprawdzie podejmowane przez większość, ale dotyczą wszystkich. Dlatego też podkreśla się, że miarą demokracji jest to, na ile respektowane są stanowiska grup mniejszościowych. Jednym z wyrazów ich pozycji w społeczeństwie są prawa i obowiązki wynikające z porządku prawnego. Ten z kolei jest konsekwencją dominujących poglądów.

W społeczeństwie demokratycznym poglądy większości są jednym z najbardziej istotnych czynników oddziałujących na sytuację grup mniejszościowych. Nie tylko decydują o treści prawa stanowionego w państwie, ale również wyznaczają faktyczne relacje między członkami zbiorowości, co wpływa też na traktowanie osób niepełnosprawnych. Dlatego też przewyższanie dyskryminacji grup mniejszościowych wymaga zmiany świadomości oraz podjęcia poważnej dyskusji nad miejscem człowieka w społeczeństwie. Jest też wyrazem demokracji, ponieważ świadczy o dążeniu do równego traktowania tych, którzy z jakichś względów odbiegają od większości.

Ograniczenia równoprawnego traktowania osób niepełnosprawnych mają źródło w przepisach prawnych, niemniej jednak równie istotne znaczenie odgrywają dominujące poglądy, w tym tradycyjna obyczajowość. Jak słusznie zauważa Krzysztof Kurowski, postawy społeczne znacząco oddziałują na przestrzeganie wolności oraz praw człowieka i obywatela. Nieprzestrzeganie tychże praw *nie wynika tylko ze złych przepisów prawnych, ale też z niewłaściwych postaw społecznych*¹. Należy zauważyć, że stosunek do osób niepełnosprawnych kształtował się na przestrzeni wieków. Nie tylko były one długo traktowane jako „inni” członkowie społeczeństwa, ale również jako gorsi i niezdolni do pozytywnych działań. W konsekwencji były nawet pozbawiane praw. Stereotyp ten w znacznej mierze się zmienił, ale pewne jego elementy są głęboko zakorzenione w świadomości jednostek i nadal funkcjonują. Paradoksalnie ugruntowaniu niektórych składających się na niego treści służy działalność charytatywna, Nawiązując do wizerunku osób niepełnosprawnych jako jednostek biernych i niezdolnych do pełne-

¹ Por. Krzysztof Kurowski, *Wolności i prawa człowieka i obywatela*, Warszawa 2014, s. 34.

go uczestniczenia w życiu społecznym, przyczynia się do ich swoistego wykluczenia ze społeczeństwa².

Istotną inicjatywą z punktu widzenia zmiany sposobu myślenia o osobach niepełnosprawnych jest Deklaracja Madrycka z dnia 21 marca 2002 roku uchwalona przez Europejski Kongres na rzecz Osób Niepełnosprawnych, który odbył się w dniach 20-24 marca 2002 roku w Madrycie. W preambule Deklaracji Madryckiej przedstawiono kierunki mające wyznaczać nowy, odmienny od dotychczasowego, sposób traktowania osób niepełnosprawnych. Postuluje się w niej, by osoby niepełnosprawne traktować jako osoby mające prawa, będące konsumentami i niezależnymi obywatelami, podejmujące niezależne decyzje i odpowiedzialne za swoje sprawy, posiadające uzdolnienia, lecz wymagające aktywnego wspierania. Wśród zadań spoczywających na społeczeństwach podkreśla się konieczność usuwania barier, rewidowania norm społecznych, polityki i wzorców kulturowych oraz promowania wspierającego i dostępnego środowiska, tworzenia przyjaznego otoczenia oraz włączania niepełnosprawnych w normalny nurt życia³. Na szczególną uwagę zasługuje wyraźne zaznaczenie, że osobom niepełnosprawnym przysługują takie same prawa, jak wszystkim innym obywatelom oraz sformułowanie postulatu, by odejść od paternalizmu wobec osób niepełnosprawnych na rzecz wzmocnienia ich umiejętności sprawowania kontroli nad własnym życiem. Zarysowany w Deklaracji Madryckiej wizerunek osoby niepełnosprawnej nie stwarza podstawy ograniczania jakichkolwiek jej praw, w tym wolności osobistej czy też prawa do rodziny i macierzyństwa, które ściśle wiążą się z zagadnieniem życia seksualnego.

Należy zaznaczyć, że w społeczeństwie funkcjonuje wiele grup mniejszościowych. Osoby niepełnosprawne stanowią mniejszość szczególną. Ich słaba pozycja społeczna wynika z dwóch czynników. Jednym z nich jest – cechująca każdą mniejszość – liczebność. Drugi to fak-

² C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, Warszawa 2008, s. 8-9.

³ Deklaracja Madrycka z dnia 21 marca 2002 roku uchwalona przez Europejski Kongres na rzecz Osób Niepełnosprawnych.

tyczna niemożność samodzielnego uczestniczenia w niektórych sferach życia indywidualnego i społecznego. Zależność od innych ludzi jest cechą znamionującą osoby niepełnosprawne i decydującą o ich warunkach funkcjonowania. Dlatego przewyciężanie dyskryminacji tych właśnie osób jest szczególnym obowiązkiem spoczywającym na całym społeczeństwie, nie tylko na elitach politycznych, ale także na poszczególnych jego członkach. Interesujące są rozważania polskiego prawnika i myśliciela Czesława Znamierowskiego, który sformułował koncepcję demokracji opartą na prawidłowym konstruowaniu elit społecznych, w tym elit politycznych. Uczony podkreślał znaczenie wybranych grup społecznych, które poprzez swoją wiodącą rolę kierują rzeczywistymi dążeniami obywateli. Twierdził, że masy nie są w stanie racjonalnie zaplanować swoich działań, samodzielnie zorganizować swoich wystąpień, a nawet sformułować postulatów mających prowadzić do urzeczywistnienia ich oczekiwań. Jego zdaniem, kluczową rolę w dążeniu do urzeczywistnienia prawidłowej demokracji, w której byłyby respektowane prawa wszystkich grup społecznych odgrywa grupa ludzi, którą nazywał elitą rycerską. Znamienne jest nawiązanie przez uczonego do etosu rycerskiego, zobowiązującego do honorowego postępowania, którego jednym z wyrazów jest występowanie w obronie słabszych. Historycznie rzecz ujmując, pod opieką rycerzy pozostawały kobiety i dzieci, współcześnie należy uznać, że wymagają jej inne grupy społeczne, równie „bezbronne” wobec dominującej władzy większości.

„Elita rycerska” w systemie C. Znamierowskiego jest pojęciem kluczowym. Udział jej członków w sprawowaniu władzy jest jedynym rozwiązaniem mogącym doprowadzić do przynajmniej częściowego urzeczywistnienia wartości, którym powinna służyć demokracja. Do elity rycerskiej należą bowiem ludzie powodowani uczuciem życzliwości powszechnej. Znaczy to, że mają bardzo wysoko rozwinięte zdolności empatyczne, a ich wrażliwość dodatkowo sprawia, że dążą do tego, by inni odczuwali jak najwięcej radości i doznawali jak najmniej przykrości. Owa życzliwość ma charakter powszechny, co zna-

czy, że jednostka uczuciem tym darzy wszystkich ludzi jednakowo, bez względu to, jakie łączą ją z konkretnym człowiekiem więzi, czy jest to członek rodziny, przyjaciel, nieznajomy oraz niezależnie od wyznaczanych przez niego poglądów, narodowości, zdolności czy posiadania jakiegokolwiek innej cechy.

Drugim istotnym elementem jest zracjonalizowany charakter tego uczucia. Cechę powszechności posiada wyłącznie *życzliwość, która wie o sobie, że jest powszechna*⁴. Nie jest wystarczające, że uczucie to obejmuje wszystkich ludzi i ujawnia się wobec każdego w kontakcie bezpośrednim lub myślowym. W takiej postaci można ją nazwać – zdaniem uczzonego – jedynie generalną. Jako postawa ogólna wytwarza poczucie gotowości do obdarzenia życzliwością indywidualną każdego bez wyjątku, kto spełnia określone warunki⁵. Aktualizując się w postawie indywidualnej wiąże się z poczuciem, iż jej przedmiotem mogłaby być zamiennie każda inna osoba (co najmniej z pewnego zbioru osób), do czego właśnie sprowadza się świadomość powszechności⁶.

Życzliwość z jednej strony jest postawą emocjonalną opartą na wczuwaniu, które sprawia, że „świadomość zapomina o sobie”, nadając jej charakter nieegoistyczny i antyegotyczny, z drugiej zaś świadome objęcie tym uczuciem wszystkich sprawia, że staje się ono silnie zracjonalizowane. W konsekwencji można ją więc w sobie kształtować oraz zaszczerpić innym ludziom. Jego zasadność opiera się na przekonaniu, że każdy człowiek – a więc również powodowany tym uczuciem – jest ważny jednakowo i w równym stopniu zasługuje na szczęście, bowiem z punktu widzenia radości i cierpienia, nie ma istnień mniej i bardziej wartościowych. Cecha powszechności sprawia, że życzliwość nabiera osobliwego charakteru, stając się uczuciem zracjonalizowanym, znacznie różniącym się od uczuć w sensie psychologicznym, zgodnie z ich tradycyjnym ujęciem. Przestaje być spontaniczną postawą ze zdecydowaną przewagą czynników emocjonalnych na rzecz

⁴ Ibidem, s. 357; por. rozdział: *Rozważania wstępne do nauki...*, s. 32.

⁵ Ibidem, s. 357.

⁶ Ibidem, s. 364.

przekształcenia się w postawę, której sens nadaje uzasadnienie rozumowe. W oderwaniu od niego jest ona zwykłą życzliwością zwróconą do wielu osób.

C. Znamierowski argumentując na rzecz postulowanej przez siebie postawy, podkreśla, że pomimo dużego zróżnicowania indywidualnego, ludzie są równi przynajmniej pod jednym względem, mianowicie cechuje ich zdolność do odczuwania radości i cierpienia. Ową zdolność mają także członkowie każdej mniejszości funkcjonującej w społeczeństwie, w tym osoby niepełnosprawne. Niezbędne jest zrozumienie, że tak jak inni ludzie potrafią cieszyć się z codzienności, a także ze swojego życia seksualnego, natomiast jego brak lub ograniczenia można stać się przyczyną nie tylko frustracji, ale nawet głębokiego smutku. Nawiązując do teorii C. Znamierowskiego, człowiek życzliwy powszechnie będzie dążył do nadania światu kształtu, który zapewni odczuwanie szczęścia przez wszystkich w wymiarze największym, jaki może zostać urzeczywistniony, przy uwzględnieniu niepodających się woli człowieka praw przyrody, a więc „największą sumę szczęścia na świecie i jego równy rozdział”. Wykaże więc troskę oraz będzie podejmował działania mające na celu zagwarantowanie osobom niepełnosprawnym możliwości rozwijania ich seksualności i korzystania z niej w takim zakresie, w jakim czynią to pozostali członkowie społeczeństwa.

Należy jednak dodać, że równość powinna być właściwie pojmowana. Najpełniej koresponduje z sytuacją osób niepełnosprawnych ujęcie Gustawa Radbrucha, w myśl którego równość wymaga, by takich samych traktować jednakowo, a znacząco różniących się – sprawiedliwie różnicować. Takich właśnie odmiennych standardów postępowania niewątpliwie wymaga dążenie do zagwarantowania możliwości korzystania z życia seksualnego przez osoby niepełnosprawne. W znakomitej większości nie mogą one bowiem samodzielnie tych potrzeb zaspakajać i wymagają udzielenia pomocy ze strony osób – nawiązując do teorii Znamierowskiego – powodowanych etosem rycerskim.

Uczucie życzliwości powszechnej skłania do dbałości o szczęście, natomiast jej powszechność prowadzi do jednakowego traktowania wszystkich, przynajmniej pod tym jednym względem. Będąc postawą uświadomioną, *zdaje ona sobie wyraźnie sprawę z tego, że się zwraca ku każdemu człowiekowi, że ceni istnienie wszystkich ludzi na równi, że pragnie największego przydziału szczęścia dla każdego z nich, że wreszcie gotowa jest czynem i wysiłkiem własnym poprzeć i zrealizować to pragnienie*⁷. Ten aspekt teorii przypomina rozwiązanie przyjęte przez Kanta, który podkreśla bezwzględną wartość każdego człowieka bez wyjątku i daje temu szczególny wyraz formułując imperatyw praktyczny: *Postępuj tak, byś człowieczeństwa w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy jako środka*⁸.

Z obu koncepcji – tak bardzo różnych pod względem założeń teoretycznych – wypływa jeden bardzo istotny z punktu widzenia traktowania mniejszości funkcjonujących w społeczeństwie – a więc ludzi pod jakimś względem „innych” – wniosek. Otóż w państwie demokratycznym, w którym o losach wszystkich decyduje większość niezbędne jest kształtowanie świadomości poprzez wskazywanie cech wspólnych wszystkim bez wyjątku. Jedyną drogą mogącą doprowadzić do rzeczywistego szanowania potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym wiążących się z ich seksualnością jest przypomnienie o tym, że pod wieloma względami są tacy sami jak inni ludzie.

Na dostrzeżenie podobieństw jako źródła kształtowania się pozytywnego nastawienia do drugiego człowieka wskazywał również Tadeusz Kotarbiński twierdząc, że wzorzec porządnego człowieka, nazwanego przez niego opiekunem spolegliwym *nie spadł z zaświatów ani nie jest echem niezmiennego ideału bytującego w rejonach czystej idei, lecz powstał w wyniku rozrastania się życzliwości. Żywiona wobec osób najbliższych, a ściślej ujmując, wobec tych, którzy podlegają opiece*⁹,

⁷ C. Znamierowski, *Rozważania wstępne ...*, op. cit., s. 32.

⁸ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1984, s. 62.

⁹ T. Kotarbiński terminowi „opiekun” nadaje szerszy sens niż ten, który występuje w języku potocznym. Opiekunem z punktu widzenia rozwiniętej przez niego teorii jest każdy, kto ma za zadanie dbać o kogoś poszczególnego lub o grupę istot, pilnując jakiegoś ich dobra.

w najwcześniejszych dziejach ludzkości skłaniała do walk w obronie podopiecznych lub w celu zapewnienia im przetrwania. Z czasem stała się źródłem tragicznej świadomości, że ludzie, z którymi się walczy podobni są do tych, których się broni¹⁰. Dostrzeżenie podobieństwa jest w myśl poglądów T. Kotarbińskiego, podobnie jak w koncepcji C. Znamierowskiego, rozumowym załączkiem postawy uczuciowej, która zwraca się do wszystkich istot zdolnych do odczuwania cierpienia. T. Kotarbiński poetycko stwierdza, że pod wpływem tej myśli, *dobrze serce porządnego człowieka zaczyna promieniować uczuciem na wszystkie istoty godne umiłowania, (...) i jego marzeniem jest, by świat był tak urządzony, żeby nikt nikomu nie był zmuszony zadawać ciosów sprowadzających nieszczęście, lecz żeby wszyscy wszystkim wzajemnie pomagali w obronie przed klęską*¹¹.

Interesujące jest, że T. Kotarbiński uważa, że poczucie wspólnoty z drugim człowiekiem powstaje nie tylko pod wpływem spotkań przyjaznych, ale również takich, podczas których ludzie stają po przeciwnych stronach pola bitwy. Formułując tę tezę, filozof podkreśla, iż podobieństwo człowieka do człowieka jest spostrzeżeniem, które nasuwa się tak samoistnie i bezpośrednio, że myśl o nim pojawia się niezależnie – a nawet wbrew – niesprzyjającym okolicznościom. Podobną refleksję wyraził na gruncie innego nurtu filozoficznego, J. Tischner stwierdzając, że drugi człowiek obecny jest, *zanim jeszcze pojawi się na scenie jako ten, kogo spotykam. Jest obecny jako ukryta siła, która domaga się wspólnej płaszczyzny drogi, miejsca*¹². Teoriom opiekuna spolegliwego i życzliwości powszechnej nie tylko wspólne jest ujęcie sposobu kształtowania się wzorca postulowanej postawy, ale również łączy je rdzeń, jakim jest uczucie życzliwości. Opiekun spolegliwy jest przykładem postawy urzeczywistniającej wskazania płynące z życzliwości powszechnej. T. Kotarbiński określając cechy motywacji wyznaczającej postępowanie opiekuna spolegliwego, zwraca uwa-

¹⁰ Por. T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986, s. 62.

¹¹ Ibidem.

¹² J. Tischner, *Filozofia dramatu*, Warszawa 1988.

gę na życzliwe usposobienie, odwagę, sprawiedliwość oraz dyscyplinę wewnętrzną i energię życiową. Życzliwe usposobienie wydaje się cechą najistotniejszą, ponieważ decyduje o rzeczywistym nastawieniu wobec podopiecznych i wrażliwości na ich potrzeby. Wypływa z niego spontaniczna chęć niesienia pomocy, będąca zarazem warunkiem nieodzownym pełnej dbałości o sprawy innych ludzi. Sprawiedliwość nabiera znaczenia zwłaszcza wtedy, gdy w zbiorowości pojawia się konieczność dokonania podziału świadczeń na rzecz poszczególnych jednostek w taki sposób, aby nikt nie poczuł się pokrzywdzony. Natomiast odwaga zapewnia konsekwentne wykonywanie powierzonych obowiązków, nawet wtedy, gdy zachodzi obawa wystąpienia niekorzystnych konsekwencji. Wytrwałość i zaangażowanie w dążeniu do realizacji wytyczonego celu pozostają z kolei w ścisłym związku z wewnętrznym zdyscyplinowaniem i posiadaną energią¹³.

Zdaniem T. Kotarbińskiego, wymienione cechy składają się na wzorzec postawy opiekuna społecznego. Istota pełnionej przez niego roli polega na dbałości o dobro podopiecznych, natomiast ze względu na sposób wykonywania spoczywającego na nim zadania powinien być spokojny, to znaczy, że powinien być osobą, na której można polegać. Filozof posługuje się staropolskim określeniem kogoś, kto zasługuje na zaufanie, że zrobi wszystko, co będzie w jego mocy, aby wywiązać się jak najlepiej z powierzonych mu obowiązków¹⁴. Podobne oczekiwania zarysowuje C. Znamierowski w odniesieniu do człowieka życzliwego, postulując dodatkowo zainteresowanie losem niemalże wszystkich istot żyjących.

Dlatego też ludzie powodowani uczuciem życzliwości powszechnej – prezentujący postawę rycerską – powinni stanowić część elity władzy. Posiadają oni wprawdzie silne poczucie wyróżnienia, ale nie traktują swojej pozycji społecznej jako daru losu czy sprawiedliwej nagrody, lecz swoiście pojmowaną służbę. Postawa rycerska jest stanem uczuciowego napięcia, skłaniającym do podejmowania działań w tro-

¹³ Por. T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu, op. cit.*, s. 60.

¹⁴ *Ibidem*, s. 59.

sce o losy ogółu społeczeństwa. Jest postawą szczególnie pożądaną w państwie demokratycznym, w którym ma zostać urzeczywistniona idea równości uwzględniająca w szczególności sposób oczekiwania grup mniejszościowych, które nie mają możliwości skutecznego przeciwstawienia się woli większości, która podejmuje decyzje.

Ludzie prezentujący postawę rycerską są pionierami postępu społecznego. Z jednej strony, zachęcają masy do walki o ich prawa i angażują się w organizowanie ich wystąpień, z drugiej zaś, przeciwstawiają się przed rządzącym, stawiają przed rządzącymi nowe problemy i utrudniają realizację jej egoistycznych zamysłów. W ten sposób dzięki ich działaniom zostaje wywołany i jest podtrzymywany konflikt pomiędzy elitą władzy a pozostałą częścią społeczeństwa. Działalność ludzi prezentujących postawę rycerską nie tylko prowadzi do podtrzymywania antagonizmu między masami a rządzącymi, ale wywołuje jeszcze jeden, korzystny dla ustroju demokratycznego konflikt. Podpowiadanie masom haseł wyrównawczych zagraża przywilejom i partykularnym interesom tych, którzy aktualnie zajmują uprzywilejowaną pozycję i dążą do wykorzystania jej dla własnych interesów. Dzięki ludziom prezentującym postawę rycerską dochodzi więc do swoistego rozłamu w elicie władzy.

Summary

xxx

xxx

Prof. dr hab. Anna Nowak
Katedra Pedagogiki Społecznej
Uniwersytet Śląski

Specyfika ról pełnionych przez kobiety z niepełnosprawnością

Abstrakt

W artykule ukazano pojęcie roli osoby niepełnosprawnej, ze szczególnym uwzględnieniem procesu wchodzenia w role. Omówiono role płciowe kobiet niepełnosprawnych, ich uwarunkowania oraz bariery związane z funkcjonowaniem w rolach kobiet niepełnosprawnych. Zwrócono uwagę na problematykę zawierania małżeństw i macierzyństwa, a także występujące w tym zakresie stereotypy i uprzedzenia.

Stanisław Kowalski¹ przytacza trzy definicje roli D. Levinsona. W pierwszym ujęciu rola to mający określoną strukturę system wymogów (norm, oczekiwań) związanych z określoną pozycją społeczną. Jest to działający na jednostkę z zewnątrz system ułatwień i hamulców regulujących jej funkcjonowanie jako osobowości. Definicja ta odnosi się do roli wyznaczonej jednostce przez społeczeństwo, ujmując rolę, jako dany z zewnątrz, zobiiektywizowany system normatywy. W drugim ujęciu rola to orientacja albo koncepcja jednostki dotycząca tego, jaki ma być jej udział w społeczeństwie. Jest więc własną koncepcją jednostki dotycząca tego, czego oczekuje się od niej w związku z zajmowaną przez nią pozycją społeczną. W trzecim ujęciu rola to system działań

¹ S. Kowalski, *Socjologia wychowania w zarysie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1986 Wyd. IV, s. 301.

jednostki rozpatrywanych w odniesieniu do systemu wartości i norm danych z zewnątrz.

W artykule przedstawiam wybrane aspekty dotyczące problematyki ról pełnionych przez niepełnosprawne kobiety, pomijam role zawodowe.

W literaturze przedmiotu najczęściej treść roli osoby niepełnosprawnej jest wprowadzana z roli chorego².

Proces wchodzenia w rolę osoby niepełnosprawnej ma trzy etapy³. W pierwszym etapie inicjacji dokonuje się za pośrednictwem agencji upoważnionych do orzekania o stanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Z chwilą oficjalnego potwierdzenia niepełnosprawności zmienia się sposób percepcji i autopercepcji danej jednostki, przejawiane wobec niej zachowania oraz wysuwane pod jej adresem oczekiwania. W drugim etapie następuje przysposabianie do pełnienia danej roli – podstawową jej znajomość zyskujemy w toku socjalizacji pierwotnej zachodzącej w rodzinie, szkole, sąsiedztwie, środkach masowego przekazu, instytucjach opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Na straży prawidłowej aktywizacji wzorów roli stoją instytucje kontroli społecznej dysponujące właściwymi im formami sankcji.

Trzeci etap to pełnienie roli osoby niepełnosprawnej.

² * T. Parsons przedstawia chorobę jako rodzaj dewiacyjnej roli społecznej przypisywanej ludziom nieprawidłowo funkcjonującym ze względu na stan zdrowia. Elementy roli chorego: zwolnienie od odpowiedzialności za nieprawidłowe funkcjonowanie, wycofanie ze standardowych ról społecznych, dezaprobata zaistniałego stanu i działania na rzecz powrotu do zdrowia, biernie poddanie się władzy ekspertów oraz podejmowanym przez nich procedurom uzdrawiającym, a także wyizolowanie społeczne na czas choroby (T. Parsons, *The Social System*. New York, Routledge Kagan, 1951; T. Parsons: *Struktura społeczna a osobowość*, tłum. M. Tabin. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969, s. 150). E. Freidson wyodrębnił w roli chorego dwa stany: stan biologiczny i stan społeczny. Pierwszy z nich powiązał ze zmianami fizjologicznymi zachodzącymi w organizmie pod wpływem zaistniałej choroby lub dysfunkcji. Drugi odniósł do zmian w zachowaniu się i społecznym funkcjonowaniu jednostki oraz przypisywanych im znaczeń kulturowych (E. Freidson, *Profession of Medicine: A Study of Applied Knowledge*. New York, Dodd Mead 1970).

³ K. Błęszyńska, *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001 s. 107.

Karin Barron prowadziła badania wśród kobiet niepełnosprawnych fizycznie (na wózku) i osób znaczących stwierdziła, iż społeczeństwo zachodnie przywiązuje duże znaczenie do funkcjonujących wzorów gender, dlatego inne są oczekiwania wobec niepełnosprawnych dziewczynek/kobiet i niepełnosprawnych chłopców/mężczyzn, w związku z tym te dwie grupy mają inne szanse życiowe⁴. Dziewczynki niepełnosprawne od dziecka identyfikowały się z osobami dorosłymi, przebywającymi na wózku, tak jak one. Przez interakcję z innymi niepełnosprawnymi budowały własną rolę społeczną. Rola płci stała się dla nich mniej istotna niż rola osoby niepełnosprawnej.

Kobiety niepełnosprawne fizycznie, według K. Barron⁵, odrzucały stereotyp kobiety niepełnosprawnej i chęć wejścia w tradycyjną rolę kobiety zajmującej się domem. Za wszelką cenę chciały podkreślić swoją kobiecość, rolę biorcy, czyli niepełnosprawnej wymagającej opieki, zmienić na rolę dawcy, czyli np. opiekunki dzieci, czyli tradycyjną rolę kobiecą. W przypadku kobiet upośledzonych umysłowo identyfikacja (w rozumieniu „gender”) ma inny i bardziej różnorodny przebieg. Nie bez znaczenia jest widoczność (dostrzeganie społeczne) upośledzenia oraz środowisko społeczne, w którym przebywa kobieta. Kobiety upośledzone umysłowo mają inny status gdyż w dużej mierze są pozbawione możliwości podejmowania ważnych życiowych decyzji. Często zaprzecza się seksualności, porównując kobietę upośledzoną umysłowo do dziecka, pozbawiając ją możliwości samostanowienia. Wygląd takich kobiet nie mieści się w przyjętych wzorcach kobiecego piękna. W takich przypadkach, poprzez infantyлизację relacji, sam proces identyfikacji z rolą płciową zostaje zaburzony. Podobnie jak u kobiet niepełnosprawnych fizycznie, istnieje problem realizacji roli matki. Kobiety upośledzone umysłowo, w przeciwieństwie do niepełnosprawnych fizycznie, nie identyfikują się z pełnioną przez siebie rolą, a nie mając prawa głosu, nie występują w obronie własnych interesów. Nie

⁴ K. Barron. *Disability and Gender – Autonomy as an Indication of Adulthood*. Uppsala University, Acta Universitatis Upsaliensis, 1997, s. 3.

⁵ K. Barron, *Disability and Gender...*, *op. cit.*

kształtują zatem w sobie poczucia samodzielności i niezależności, które obecnie są kojarzone z rolą kobiety⁶.

Złożoność natury ludzkiej płciowości sprawia, iż niemal każdy rodzaj niepełnosprawności może powodować upośledzenie funkcjonowania w roli mężczyzny lub kobiety. Część tych zaburzeń jest bezpośrednio powiązana z właściwymi danej jednostce ograniczeniami biomedycznymi, czego przykładem są obniżone zdolności motoryczne czy zaburzenia czynności seksualnych i zdolności rozrodczych u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego⁷. Badania prowadzone przez K. Imielińskiego i K. Błęszyńską dowodzą, iż osoby niepełnosprawne doświadczają potrzeby funkcjonowania w rolach płciowych, spełnienia erotycznego, czy budowy więzi miłosnej w stopniu nie mniejszym niż jednostki bez niepełnosprawności⁸. Znaczenie czynnika płci jako czynnika kształtującego uczestnictwo społeczne osób niepełnosprawnych uległo osłabieniu. Hanna Żuraw⁹ twierdzi, iż genezy osłabienia roli płci należy upatrywać w kilku przyczynach. Jedną z przyczyn jest odmiennosc stylów socjalizacji niepełnosprawnych dzieci dziewczynek i chłopców; drugą przyczynę stanowi specyfika skutków niektórych dysfunkcji (zwłaszcza ślepoty); trzecią przyczyną są cechy sytuacji życiowej (poziom zamożności, poziom wykształcenia); czwartą stanowią procesy spostrzegania zachodzące w rodzinie i w placówkach opiekuńczo-wychowawczych – ze znamienym koncentrowaniem się obserwatora na odmiennosci wyglądu. Opisane zjawiska wpływają na sposoby socjalizacji dzieci niepełnosprawnych, które są spostrzegane przez pryzmat dysfunkcji i socjalizowane głównie do ról osób zależnych ze znamienym dla nich poczuciem słabości, biernością i brakiem zdolności kierowania swo-

⁶ Ibidem, s. 85.

⁷ J. Kirenko, *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin 1998.

⁸ K. Imieliński, *Miłość i seks*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1980; K. Błęszyńska: *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1994.

⁹ H. Żuraw, *Udział osób niepełnosprawnych w życiu społecznym*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2008, s. 215-216.

im życiem. Wyjaśnien mniejszej roli płci dostarcza, zdaniem Autorki, także symboliczny interakcjonizm, a zwłaszcza koncepcja mikroświatów Schutza¹⁰, który wskazuje na to, iż *pełne rozbudzenie świadomości, całkowite skupienie uwagi na życiu bieżącym charakterystyczne dla rzeczywistości życia codziennego zostaje zastąpione skoncentrowaniem się na funkcjonowaniu organizmu, na własnym ciele. (...) Ciało nabiera znaczenia dla jednostki, ponieważ ogranicza jej możliwości w życiu codziennym – stąd możliwe jest myślenie o ciele jako barierze, nie zaś jako źródle innych wrażeń – także tych związanych z płcią.*

Możliwości realizowania potrzeb funkcjonowania w rolach płciowych są ograniczone trojakiemu rodzajowi barierami. Zdaniem Krystyny Błęszyńskiej¹¹, są to: bariera fizyczna, bariera psychologiczna i o charakterze kulturowym. Bariera fizycznych możliwości jednostki determinowana jest rodzajem i zakresem istniejącej dysfunkcji. Można tu wyróżnić ograniczenia ogólnej wydolności fizycznej (charakteryzujące przede wszystkim osoby z chorobami przewlekłymi), ograniczenia zdolności powiązanych ze sprawnością sensoryczną (osoby z dysfunkcjami wzroku i słuchu), ograniczenia możliwości motorycznych (osoby z dysfunkcjami układu motorycznego) i osoby z ograniczeniami zdolności rozpoznawania i kierowania własnym zachowaniem (osoby głębiej upośledzone umysłowo i z zaburzeniami psychicznymi). Ograniczenia te mogą utrudniać zachowania o charakterze erotycznym. Stosunkowo rzadko, zwłaszcza przy dobrze zaprojektowanych programach usprawniania fizycznego, jednak je uniemożliwiają. Większe znacznie odgrywa, zdaniem Krystyny Błęszyńskiej¹² bariera psychologiczna, u której podstaw leżą problemy tożsamościowe. Stanowią one pochodną trudności towarzyszących próbom samookreślenia się niepełnosprawnego podmiotu. Część owych trudności powiązana jest z ukształtowaniem adekwatnego, a zarazem po-

¹⁰ Schutz, podano za: B. Uramowska-Żyto, *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*. Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 1992, s. 144-148.

¹¹ K. Błęszyńska, *Wychowanie seksualne jako element rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] J. Rzepka (red.), *Erotyzm osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Górnośląskiej Wyższej Szkoły Pedagogicznej im A. Hłonda w Mysłowicach, Mysłowice 2004, s. 27.

¹² *Ibidem*, s. 27.

zytywnego obrazu własnej osoby w warunkach zaistniałych dysfunkcji lub deformacji¹³. Akceptacja własnej niedoskonałości cielesnej w kulturze afirmującej urodę, zgrabną sylwetkę i sprawność fizyczną nie jest łatwa nawet dla osób z zachowaną sprawnością. W warunkach widocznej dysfunkcji może okazać się, zadaniem przekraczającym możliwości podmiotu. nierozwiązane problemy samoakceptacji oraz niskiej oceny własnej atrakcyjności i zdolności mogą przy tym rzutować na efektywność funkcjonowania w relacjach intymnych, generując lęk przed odtrąceniem przez partnera i pogłębieniem się traumy. Najprostszą formą obrony staje się zaś unikanie sytuacji zagrażających, którymi w tym przypadku są próby nawiązania intymnego związku¹⁴. Socjalizacja, jakiej poddawane są (zwłaszcza w instytucjach totalnych) osoby niepełnosprawne, przygotowuje je do pełnienia przede wszystkim roli osoby z określonym rodzajem niepełnosprawności. Rola ta zachęca do pasywności, zależności, automarginalizacji i zamykania się w kręgu osób o podobnym rodzaju problemów. Będąc zaś pochodną roli osoby chorej, w wysokim stopniu supresjonuje seksualizm i zachowania erotyczne¹⁵. Tendencja do tłumienia seksualizmu osób niepełnosprawnych w znacznej mierze wynika z barier o charakterze kulturowym. Wyznaczają je takie czynniki, jak system wierzeń i wartości, sposób organizacji życia społecznego oraz ogólne postawy wobec seksu i niepełnosprawności. Poszczególne tradycje kulturowe różnią się stanowiskiem zajmowanym wobec kwestii erotyki. Kulturę euroamerykańską, wyrosłą z tradycji judeochrześcijańskich, cechuje dość duża nieufność wobec spraw seksu, kojarzenie go przede wszystkim z prokreacją oraz reglamentacją zachowań seksualnych akceptowanych jedynie w odniesieniu do grup spełniających określone kryteria społeczne i biomedyczne¹⁶.

¹³ H. Larkowa, *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 1987.

¹⁴ K. Bleszyńska, *Wychowanie seksualne...*, *op. cit.*, s. 27.

¹⁵ K. Bleszyńska, *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.

¹⁶ K. Bleszyńska, *Wychowanie seksualne...*, *op. cit.*, s. 28.

Wobec spraw życia intymnego osób niepełnosprawnych występuje kulturowy konserwatyzm, co nie sprzyja erotyzmowi osób z ograniczeniami sprawności fizycznej. Możliwość i realizowanie potrzeb erotycznych w tej zbiorowości niejednokrotnie uzależniona jest od zdolności obojga partnerów do rozwinięcia i zaakceptowania form zachowań erotycznych odbiegających od powszechnych wzorców i standardów¹⁷. Niekorzystny obraz pogłębiają stereotypy i uprzedzenia żywione wobec tej zbiorowości oraz nakładanie się społecznych wyobrażeń choroby i niepełnosprawności. Powodują one rzutowanie roli chorego na osoby niepełnosprawne, uruchamiając mechanizmy tłumienia ich płciowości. Wywierane naciski zmierzają do blokowania nieakceptowanych zadań lub kanalizowania ich w kierunku osób o zbliżonych właściwościach. Społeczne otoczenie kobiet z niepełnosprawnością w ogromnym stopniu wpływa na powstawanie ich negatywnego obrazu siebie. Specyfika ich wyglądu i funkcjonowania sprawia, że spostrzegane są one jako nieatrakcyjne fizycznie, co wiąże się z nieakceptowaniem ich przez większość osób jako kandydatek do nawiązywania związku emocjonalno-seksualnego. Współwystępujące z owymi spostrzeżeniami uprzedzenia i stereotypy oparte na wyobrażeniach osób z dysfunkcjami jako niezdolnych do podejmowania ról płciowych, powodują uruchamianie społecznych mechanizmów tłumienia ich płciowości¹⁸. Wokół seksualności osób niepełnosprawnych, jak pisze Zbigniew Izdebski, funkcjonuje wiele mitów głoszących, że osoby te są aseksualne (czy odwrotnie, hiperseksualne), zależne jak dzieci, niepotrafiące kontrolować zachowań związanych z zaspakajaniem potrzeb.

Natomiast Kazimierz Imieliński pisze, że wrodzona potrzeba seksualna i dążenie do jej realizacji przez osoby z niepełnosprawnością traktowane są niejednokrotnie przez ich otoczenie w kategoriach nieprzyzwoitości czy wręcz perwersji. W najlepszym wypadku reakcja

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ K. Błęszyńska, *Niepełnosprawność a struktura identyfikacji społecznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 193; L. Marszałek, *Niepełnosprawność, kobiecość – rodzina*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa 2006.

społeczna na potrzeby seksualne tych osób polega na kanalizowaniu ich w kierunku osób o zbliżonych właściwościach fizycznych¹⁹. Istniejące stereotypy osób niepełnosprawnych przedstawiają je jako osoby aseksualne – nieposiadające pragnień, marzeń czy fantazji seksualnych. Także rodzice dzieci i młodych osób niepełnosprawnych są często przekonani o ich aseksualności, stąd też problemy związane z dojrzewaniem seksualnym i odczuwanymi potrzebami w tym względzie są ignorowane i skrupulatnie omijane w procesie wychowania i socjalizacji. A nawet jeśli bywają dostrzegane – towarzyszy im pogląd, że poruszanie „tych spraw” niepotrzebnie rozbudzi uśpione potrzeby i tęsknoty seksualne młodych ludzi, więc lepiej im oszczędzić przyszłych rozczarowań²⁰. W wypadku osób niepełnosprawnych umysłowo mity na temat ich seksualności są zwielokrotnione²¹.

Zawarcie związku małżeńskiego przez kobietę niepełnosprawną powoduje pozytywne przeżycia, między innymi takie jak: odrodzenie potrzeby działania, potrzeby życia, zmotywowanie do realizowania różnych zadań i czynności, do zdobycia nowych kwalifikacji i umiejętności, do dbania o własne zdrowie. Zaspokojenie potrzeby posiadania rodziny własnej powoduje zerwanie więzi z rodziną generacyjną, budowanie własnej wymaga osiągnięcia pewnej dojrzałości, umożliwiającej pokonanie licznych trudności natury psychologicznej, społecznej czy ekonomicznej, może być zagrożone ze względu na ograniczenie sprawności oraz ze względu na społeczne stereotypy.

Maria Chodkowska twierdzi, iż *ograniczenie fizycznej sprawności nie powoduje zaniku odczuwania potrzeb, które mogłyby być zaspokajane poprzez małżeństwo, tak seksualnych, jak i psychospołecznych*²².

¹⁹ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka niepełnosprawnego wobec jego seksualności*. [w:] A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007, s. 30; Zob. też: K. Imieliński, *Miłość i seks*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1984.

²⁰ A. Ostrowska, *Seksualność osób niepełnosprawnych*, [w:] A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007, s. 16.

²¹ Z. Izdebski, *Rodzice dziecka...*, *op. cit.*, s. 30.

²² M. Chodkowska, *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1993, s. 44.

W prowadzonej rehabilitacji niepełnosprawnych za cel stawiano sobie rehabilitację zawodową, pełnienie ról pracowniczych, zawodowych, pomijano role rodzinne osób niepełnosprawnych, rzadko podejmowano problem życia erotycznego, aktywności seksualnej i prokreacji²³.

Badania udowodniły, że założenie rodziny przez niepełnosprawne kobiety i osiągnięcie sukcesu małżeńsko-rodzinnego jest możliwe. Efektywność wypełniania przez osobę niepełnosprawną ról rodzinnych uwarunkowana jest takimi czynnikami, jak gotowość do podjęcia ról małżeńskich i rodzicielskich, obiektywnymi możliwościami ich wypełniania przy obniżonym poziomie sprawności, funkcjonującym w świadomości niepełnosprawnego modelu życia rodzinnego oraz postawami wobec niego²⁴.

Osiągnięcie tego celu jest w ich sytuacjach bardzo istotnym elementem rehabilitacji psychicznej i społecznej, pozwala uwierzyć we własne siły, mobilizuje do przewyższania konsekwencji kalectwa. Szanse tych kobiet na posiadania harmonijnej i funkcjonalnej rodziny są obecnie poważnie ograniczone czynnikami zewnątrzrodzinnymi²⁵.

W szczególnie niekorzystnej sytuacji zawarcia małżeństwa mogą się znaleźć kobiety niepełnosprawne intelektualnie ze względu na mniejszy potencjał umysłowy, gorszy status społeczny i ekonomiczny czy ograniczone wsparcie ze strony struktur społecznych²⁶.

²³ Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1996, s. 55.

²⁴ B. Olszak-Krzyżanowska, *Problemy zmiany ról społecznych osób z nabytą niepełnosprawnością narządu ruchu*. H. Ochonczenko, A. Nowicka (red.), [w:] *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

²⁵ M. Chodkowska, *Kobieta niepełnosprawna. Socjopedagogiczne problemy postaw...*, op. cit., s. 50; Zob. też M. Chodkowska (red.), *Cierpieniem pisane. Pamiętniki kobiet niepełnosprawnych*. Olsztyn 1991.

²⁶ A. Zawiślak, *Społeczne wsparcie osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] A. Pielecki (red.), *Problemy pedagogiki specjalnej w okresie przemian społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2002; A. Zawiślak, *Sytuacja materialna i mieszkaniowa absolwentów zasadniczych szkół zawodowych specjalnych (dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim)*, [w:] E. M. Minczakiewicz, *Dziecko niepełnosprawne. Rozwój i wychowanie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2003.

Badania wskazują na zbliżony średni wiek zawierania małżeństw przez osoby upośledzone oraz osoby pełnosprawne, to jednak te pierwsze wchodzi w rolę w mniejszym zakresie. Wiele danych, świadczy o tym, że kobietom niepełnosprawnym intelektualnie łatwiej znaleźć partnera życiowego oraz sprostać zadaniom żony i matki, niż mężczyznom podjąć rolę męża i ojca²⁷.

Kobietom niepełnosprawnym trudniej znaleźć partnera i najczęściej zawierają związki z niepełnosprawnymi mężczyznami – partnerzy zwykle dobierają się tak, aby lepiej mogli rozwiązywać problemy seksualne – natomiast partnerkami mężczyzn niepełnosprawnych częściej są kobiety pełnosprawne – głównie takie, które same nie mają wysokich wymagań w dziedzinie seksu.

Polscy badacze²⁸ wskazują, że osoby/kobiety niepełnosprawne są w stanie w sprzyjających warunkach zakładać szczęśliwe rodziny i poprawnie pełnić obowiązki małżonków, jednak nie do końca na ich podstawie można odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób funkcjonują one w rolach rodzinnych i co warunkuje to funkcjonowanie.

Próbę znalezienia odpowiedzi na to pytanie podjęła Urszula Bartnikowska²⁹. Prowadząc badania w małżeństwach mieszanych (osoba z uszkodzonym słuchem, osoba słyszająca), zwracała uwagę na znaczenie dla jakości związku małżeńskiego dobrej komunikacji między partnerami, która jest także najskuteczniejszym sposobem zapobiegania

²⁷ Z. Gajdzica, *Status rodzinny i zawodowy osób z lekkim upośledzeniem umysłowym na tle zmiany społecznej*, [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk, *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, Red., T. II, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.

²⁸ K. Bleszyńska, *Wartość miłości, małżeństwa i rodziny w życiu osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 1994; A. Zawiślak, *Spoleczne funkcjonowanie osób upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim w rolach rodzinnych*, [w:] M. Chymuk, D. Topa (red.), *Edukacja prorodzinną*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2000; H. Łaś, *Jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną – implikacje do systemu wsparcia społecznego i edukacyjnego*. [w:] Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2006.

²⁹ U. Bartnikowska, *Małżeństwa mieszane (osoba z uszkodzonym słuchem – osoba słyszająca)*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004. s. 59-69.

powstawaniu konfliktów, ale też narzędziem radzenia sobie z już istniejącymi konfliktami.

Kobiety z lekką niepełnosprawnością umysłową były na ogół pozytywnie oceniane w roli żony, matki, mężczyźni w roli ojca. Kazimiera Nowak-Lipińska³⁰ uzyskała podobne dane, badając relacje w małżeństwach mieszanych – niepełnosprawnych intelektualnie z pełnosprawnymi. Autorka pisze, że mężowie nie identyfikują swoich żon jako niepełnosprawnych. Nie mają one stygmatów niepełnosprawności – cech morfologicznych, ale występują u nich symptomy behawioralne. Objawy niepełnosprawności poddaje się pewnej mistyfikacji, przypisując im odmienne, pozytywne konotacje. Relacje między małżonkami były bezkonfliktowe. Brak konfliktów wynikać może z – subkultury integracji tworzonej przez osoby niepełnosprawne z ich najbliższymi oraz profesjonalistami, która może być traktowana jako społeczna obrona przed stygmatyzacją.

Podobnie mają szansę ukształtować się u kobiet z niepełnosprawnością możliwości związane z podejmowaniem roli matki.

Karin Horney³¹ stwierdza, że oczekiwania społeczne wobec kobiet reprezentują patriarchalny ideał kobiecości, ograniczający udział kobiet w życiu wąskiej sfery erotyki i macierzyństwa. Wobec kobiet precyzowane są sprzeczne wewnętrznie oczekiwania – z jednej strony ma być ona uosobieniem kobiecości, atrakcyjności seksualnej, stymulującej męskie pożądanie, z drugiej zaś – macierzyństwo traktowane jest jako najpełniejsza realizacja kobiecości, nazywano instynktem macierzyńskim, podkreślając jego biologiczne źródła.

Elisabeth Badinter³² uważa, że instynkt macierzyństwa jest niczym innym, jak tylko społecznym stereotypem opartym na płciowej roli kobiety.

³⁰ K. Nowak-Lipińska, *Wersja kobiecości – wariant patriarchalny*, [w:] Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Pomiędzy teorią a praktyką*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2006.

³¹ K. Horney, *Psychologia kobiety*, tłum. J. Majewski. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2001.

³² E. Badinter, *Historia miłości macierzyńskiej*, tłum. K. Choiński. Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa 1998.

W kulturze współczesnej Adrienne Rich uważa, że „macierzyństwo stanowi niekwestionowane źródło tożsamości kobiet i jako takie konstruowane jest w ramach dyskursu naturalistycznego w kontekście roli biologicznej i jako podstawowa wyróżniająca cecha kobiet”³³.

Macierzyństwo jest ważnym czynnikiem stabilizacji kobiety jako dojrzałego o ustalonym statusie i akceptowanego członka danej społeczności. Ma to szczególne znaczenie dla kobiet, których macierzyństwo w ich kręgach kulturowych określane jest jako największa rola życiowa³⁴. Wymiar społeczny macierzyństwa zawiera się w tym, że kobieta podejmuje się tworzenia społecznej roli matki wobec swojego dziecka. Rola ta jak wiele innych społecznych ról, ma charakter formalny. Posiada ona w danym społeczeństwie, czy grupie społecznej określoną rangę, wyznaczone przywileje, obowiązki i odpowiedzialność oraz podlega społecznej kontroli, ocenie, interwencji³⁵.

Przyjęcie przez kobietę macierzyńskiej roli nie jest jednorazowym aktem, ale indywidualnym procesem jej tworzenia i stałego modyfikowania. Kobieta tworząc macierzyńską rolę, identyfikuje się z nią i internalizuje wartości w niej zawarte³⁶.

Maria Chodkowska³⁷ twierdzi, że ogromne znaczenie dla badanych niepełnosprawnych kobiet miało macierzyństwo, które jest podstawową wartością w życiu większości kobiet. W wypadku niepełnosprawnej kobiety bycie matką ma jeszcze większe znaczenie i spełnia dodatkowe funkcje. Oprócz zaspokajania potrzeby miłości, pozwala przenieść uwagę z własnych problemów na inne cele, chroni przed konsekwencjami załamań psychicznych, apatią i utrwaleniem postawy rezygna-

³³ Ibidem, s. 242.

³⁴ J.H. Matlary, *Kobieta i świat wartości*, tłum. M. Ratajczak. Wydawnictwo W drodze, Poznań 2000, s. 87; A. Nowak, M. Wójcik, *Kobieta w rodzinie w II Rzeczypospolitej i współcześnie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 133-138.

³⁵ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004 s. 15.

³⁶ J. Reykowski, *Z zagadnień psychologii motywacji*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa, 1970, s. 216.

³⁷ M. Chodkowska (red.), *Cierpieniem pisane. Pamiętniki kobiet niepełnosprawnych*. Olsztyn 1991.

cji a nawet przed chęcią popełnienia samobójstwa. Na macierzyństwo, mimo czasem poważnych trudności, zdecydowało się 60% badanych.

Aleksandra Maciarz³⁸ pisząc o rodzajach trudnego macierzyństwa, wymienia niepełnosprawność jako czynnik będący przyczyną trudnego macierzyństwa. Macierzyństwo kobiety chorej i niepełnosprawnej jest trudne z powodu ograniczenia lub nawet braku zdolności do wysiłku i samodzielnego wykonywania fizycznych czynności, do podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów życia codziennego. Rodzaj i stopień tych ograniczeń jest różny i w znacznej mierze związany z rodzajem niepełnosprawności, z zaawansowaniem choroby czy rozległością uszkodzeń organów ciała³⁹. Obawa o własne zdrowie interferuje w świadomości kobiety z przekonaniem o niemożności zapewnienia przyszłemu dziecku właściwych warunków rozwoju, opieki i bezpieczeństwa i skutkuje oczekiwaniem niepowodzeń w zakresie przyszłej roli macierzyńskiej. Najczęstszą konsekwencją owych przekonań staje się rezygnacja z dążenia do podjęcia tej roli⁴⁰.

Większość kobiet niepełnosprawnych pragnie realizować swoje potrzeby dotyczące macierzyństwa. Zwykle kobiety te potrzebują pomocy w pełnieniu macierzyńskich obowiązków i pokonywaniu trudności wynikających z ich zdrowotnych i sprawnościowych ograniczeń. Pomocy może udzielić im ojciec dziecka, inni członkowie rodziny, wolontariusze, specjaliści poradni i ośrodków rehabilitacyjnych⁴¹.

W przypadku kobiet niepełnosprawnych konflikty ról społecznych i tożsamości przybierają postać wieloaspektową⁴². Kobieta z dysfunkcją świadoma jest swojej tożsamości płciowej, w procesie socjalizacji poznaje treść społecznej roli kobiety wraz z wartościami społecznie ce-

³⁸ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, 2004, s. 24-25.

³⁹ Ibidem, s. 31-32.

⁴⁰ L. Marszałek, *Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego. Warszawa, 2006, s. 108-109.

⁴¹ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście...*, *op. cit.*, s. 31.

⁴² L. Marszałek, *Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego. Warszawa, 2006, s. 107.

nionymi w odniesieniu do owej roli. Przyswaja również przez obserwację życia społecznego informacje o prawidłowościach, kierujących doborem partnerów w związkach emocjonalno-seksualnych, których efektem jest możliwość podjęcia roli żony i matki. Jednocześnie zdaje sobie sprawę, że sama nie mieści się w społecznych stereotypach i wyobrażeniach o „prawdziwej” kobiecie, że jej cechy fizyczne są odczytywane przez otoczenie jako ograniczające lub uniemożliwiające pełnienie owych ról. Przekonana o własnej nieatrakcyjności fizycznej, sama ogranicza również własne dążenia i aspiracje, dotyczące podejmowania i realizacji ról, właściwych dla pozostałych kobiet. Definiując samą siebie jako odbiegającą od społecznego stereotypu kobiety, wzbudza w ten sposób w sobie negatywne uczucia w stosunku do własnej osoby⁴³. W wyniku odczuwania przez kobietę z niepełnosprawnością właściwych każdemu człowiekowi potrzeb, między innymi kontaktu seksualnego i potrzeby seksualnej, społecznie akceptowane sposoby ich realizacji (przede wszystkim związek małżeński) mają szansę stać się centralnym pojęciem w jej tożsamości. Jednocześnie, jak pisze Lidia Marszałek, podleganie i – najczęściej uleganie społecznym naciskom, kierowanym w jej stronę prowadzi do tworzenia się u niej tożsamości opartej na innych wartościach. W konsekwencji sprzeczne naciski pochodzące z dwóch sfer życia – biologicznej i społecznej – zmuszają ją do skonstruowania własnego modelu tożsamości. Struktura tej indywidualnej tożsamości zależna jest od tego, które naciski okażą się silniejsze⁴⁴. Kluczową rolę w procesie konstrukcji owej tożsamości odgrywają oddziaływania najbliższego otoczenia kobiety. Jeżeli kobieta podlegać będzie głównie oddziaływaniom negatywnym, opartym na społecznych uprzedzeniach i stereotypach osób niepełnosprawnych, bardziej prawdopodobne będzie samoograniczenie się kobiety i automarginalizacja w zakresie podejmowania ról związanych z płcią, co może zaowocować przeświadczeniem o niemożności znalezienia partnera z powodu własnej nieatrakcyjności oraz posta-

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ibidem, s. 107.

wy lękowej w zakresie nawiązywania wszelkich kontaktów mogących stworzyć szansę niepełnosprawnej kobiecie na nawiązanie bliższych relacji z mężczyznami. Lęk przed odrzuceniem może okazać się tak znaczny, że zahamuje racjonalne działania zmierzające do stworzenia układu partnerskiego. Zamiast tych działań pojawi się oczekiwanie własnej nieskuteczności, braku możliwości wpływu na zaistniałą sytuację z powodu pozostawania w niekontrolowanej i niemodyfikowalnej sytuacji niepełnosprawności, czyli bezradności w zakresie podejmowania ról związanych z płcią⁴⁵. Jak pisze Lidia Marszałek, postawa kobiety wobec siebie jako potencjalnej matki zależeć będzie od wcześniejszych wpływów społecznych i ich pozytywnej lub negatywnej inklinacji. Dla wytworzenia właściwej postawy konieczny staje się racjonalny stosunek najbliższych do fizycznych ograniczeń dziewczynki z dysfunkcją – uwzględniający jej możliwości rozwojowe, ale wspierający jej wysiłki w zakresie osiągania jak najwyższej sprawności. Wytworzenie się przekonania o własnej zaradności, umiejętności poruszania się w świecie fizycznym i społecznym najprawdopodobniej poskutkuje pozytywną postawą wobec możliwości pełnienia zadań macierzyńskich. Niewłaściwe postawy nadopiekuńczości, odrzucenie ze strony najbliższego otoczenia sugerują osobie niepełnosprawnej słabość, bezsilność, niezdolność do podejmowania wysiłków i działań właściwych dla zdrowych rówieśników. Konsekwencją tego rodzaju oddziaływań staje się najczęściej przekonanie kobiety o jej niezdolności do pełnienia roli matki, w której treść wpisany jest zarówno znaczny wysiłek fizyczny jak i psychiczny⁴⁶. Negatywny wpływ na formowanie się tożsamości kobiety i oczekiwań w zakresie własnych możliwości pełnienia ról żony i matki ma proces społecznej stygmatyzacji kobiet z niepełnosprawnością⁴⁷. Jak pisze Lidia Marszałek⁴⁸, w przypadku kobiet z niepełnosprawnością konflikty ról społecznych i tożsa-

⁴⁵ Ibidem, s. 107-108.

⁴⁶ Ibidem, s. 108-109.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ L. Marszałek, *Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina...*, op. cit., s. 106.

mości przybierają postać wieloaspektową. W zasadzie konflikt między rolą małżeńską i macierzyńską a rolą zawodową schodzi na plan dalszy natomiast główny problem dotyczy konfliktu między rolą małżeńską i macierzyńską jako składników roli kobiety sensu stricto, a rolą osoby niepełnosprawnej.

Jak potwierdziły prowadzone przeze mnie badania⁴⁹, ważnym elementem normalizowania życia niepełnosprawnych kobiet jest podejmowanie przez nie ról rodzinnych. Sferą trudną dla niepełnosprawnych kobiet wobec dużej nieprzychylności społecznej jest sfera prywatna, życia małżeńskiego, seksualnego. Wymaga ona zaakceptowania płciowości niepełnosprawnej kobiety, jej seksualizmu i możliwości pełnienia roli matki oraz samoakceptacji własnej płciowości, wymaga kompetencji i przygotowania się do pełnienia ról rodzinnych, które powinny być przekazywane niepełnosprawnym kobietom w procesie ich socjalizacji już w domu rodzinnym. Niezbędna jest edukacja społeczeństwa (ale także rodziców i opiekunów) w celu kształtowania pozytywnych postaw społecznych wobec zachowań erotycznych osób niepełnosprawnych, przeciwdziałania ich uprzedzeń związanych z tą sferą życia niepełnosprawnych kobiet, wdrażanie programów wychowania seksualnego niepełnosprawnych i organizowanie poradnictwa seksualnego dla niepełnosprawnych kobiet i ich partnerów.

⁴⁹ A. Nowak, *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2012.

Summary

Specificity of functioning in the social roles by women with disability

In the paper there are presented the notions of social role and social role of disabled person, the special attention is devoted to the analysis of process of introduction into social roles. There are analysed issues of disabled women's functioning in the gender roles as well as the factors and barriers conditioning manner of this aspect of social functioning. Analysis are also focused at the issues of entering by disabled women into the marriage and perspectives of their functioning in the maternal roles – there are analysed related with this aspect of social functioning stereotypes and prejudices.

Dr Remigiusz Kijak

Kierownik Pracowni Badań nad Seksualnością Osób Niepełnosprawnych, Instytut Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Opinie nauczycieli na temat seksualności osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną

Obecnie w polskiej literaturze kwestie seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną zostały opisane przez badaczy głównie na gruncie pedagogiki specjalnej¹, ale również psychologii, głównie psychologii klinicznej. W tym względzie należy wymienić pionierską pracę M. Kościelskiej „Niechciana seksualność”. Na gruncie medycyny humanistycznej jedną z pierwszych prac z tego zakresu była książka Z. Lwa Starowicza pod tytułem „Życie intymne osób niepełnosprawnych”², przedstawiająca pewne rozeznanie w zakresie omawianej tematyki

Tylko pobieżna analiza zaprezentowanej literatury pozwala stwierdzić, iż seksualność u osób niepełnosprawnych istnieje i może być zróżnicowana, nieraz nieuświadomiona, niekiedy nadmiernie rozbudzona, innym razem zahamowana, tabuizowana, zepchnięta na margines. Uwarunkowane jest to różnymi przyczynami: na przykład, przebie-

¹ Zob. R. Kijak, *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010. K. Nowak-Lipińska, *Masturbacja osób z głębszym upośledzeniem umysłowym – próba interpretacji*, [w:] W. Loebel (red.), *Dylematy pedagogiczne w rewalidacji osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, Gdańsk 1996. J. Kirenko, *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin 1999. M. Kościelska, *Niechciana seksualność: o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wydawnictwo Santorski Jacek, Warszawa 2004.

² Z. Lew Starowicz, *Życie intymne osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwa Severus, Warszawa 1999.

giem danej choroby (inne są potrzeby seksualne osób chorych psychicznie, inne niepełnosprawnych fizycznie, inne u osób z chorobami genetycznymi, wreszcie inne u osób niepełnosprawnych intelektualnie), osobowością (dla jednych osób potrzeby i oczekiwania seksualne znajdują się na szczycie hierarchii wartości życiowych, a u innych na dalszym planie, u jednych samoocena w roli seksualnej jest podwyższona, a u innych znacznie obniżona). Czy wreszcie uwarunkowana wpływami kulturowymi, środowiskowymi, postawami oczekiwaniami społecznymi, normami itp. Problematyka seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie była i nadal w pewnym stopniu jest ignorowana społecznie, a fakt intelektualnej niesprawności w znaczny sposób ukierunkowuje dyskusję na kwestie ograniczeń, moralizatorstwa, obawy przed seksem niepełnosprawnych osób, zgubnych konsekwencji seksualnej aktywności ludzi.

W tym miejscu chce postawić tezy, które stanowią zbiór informacji o charakterze tej pracy i poruszanych w niej problemach.

Po pierwsze, chcę stwierdzić, iż osoby z niepełnosprawnością intelektualną mają płęć, przechodzą różne stadia rozwoju seksualnego, mają na różnych etapach i w różnych warunkach różne potrzeby seksualne, możliwości i ograniczenia – czy fakt obniżenia sprawności intelektualnej faktycznie znacząco wpływa na obniżenie popędu seksualnego i zmienia sposób zaspokajania potrzeb seksualnych?

Nauczyciele i pedagodzy mają problem z seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie³, nie wiedzą, w jaki sposób i ku czemu je wychowywać. Od ustosunkowania nauczycieli wiele zależy w kształtowaniu rozwoju psychoseksualnego. Powstaje, zatem problem: jakie opinie względem życia seksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie prezentują nauczyciele szkolnictwa masowego, specjalnego, szkół świeckich i katolickich.

³ Por. M. Parchomiuk, *Postawy pedagogów specjalnych wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013.

Opinie społeczne wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie

W literaturze ukształtowały się różne stanowiska badawcze wobec problematyki seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Wynikało to przede wszystkim ze zróżnicowanego rozumienia tych kwestii przez badaczy, jak również odmiennego podejścia do problematyki niepełnosprawności intelektualnej z lat 70. XX wieku (medykalizm w pedagogice specjalnej) i 90. XX wieku (społeczne podejście do niepełnosprawności) dostępności narzędzi badawczych, a także, co nie jest bez znaczenia, odwagi w podejmowaniu tych kwestii przez badaczy.

Przedstawione poniżej poglądy mają raczej charakter historyzujący, bowiem współczesne badania jasno dowodzą, iż seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie zazwyczaj mieści się w granicach normy seksualnej, a rozwój psychoseksualny przebiega z reguły prawidłowo. To nie mniej jednak należy, choć pobieżnie przedstawić ewolucję tych poglądów.

Prezentację stanowisk badawczych rozpoczniemy od tych, które ukształtowały się najwcześniej wraz z funkcjonującym w pedagogice specjalnej modelem medycznym niepełnosprawności intelektualnej.

Pierwsze stanowisko głosi tezę o nadpobudliwości seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie, (hiperseksualność). Uznaje się, iż popęd seksualny u tej grupy osób pojawia się wcześniej i jest silniejszy niż u przeciętnej populacji, a ponadto brak odpowiednich hamulców psychicznych może prowadzić do podejmowania zachowań nieakceptowanych społecznie nawet o charakterze przestępczym.

Drugie stanowisko dowodzi o obniżonej sile potrzeby seksualnej, a nawet jej braku. Pojawia się wręcz przekonanie, że osoby niepełnosprawne intelektualnie stanowią „trzecią płć”, którą określa się osoby aseksualne.

Trzecią grupę poglądów, stanowią rozważania, w których na naturę seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie patrzy się jak na niestanowiącą żadnych odmienności od pełnosprawnej części populacji. Badacze uważają, że nie ma istotnych różnic w zakresie seksualności między zdrową częścią społeczeństwa a osobami niepełnosprawnymi intelektualnie.

Najtrafniej wyrażony jest jednak pogląd stanowiący o tym, że to, co różni osoby zdrowe od niepełnosprawnych, to tylko owa niepełnosprawność, która może być powodem obniżonej zdolności do uczenia się zachowań seksualnych. Stanowisko to jest obecnie dominujące w pedagogice specjalnej i spójne z modelem społecznym niepełnosprawności intelektualnej.

Dla jaśniejszego zilustrowania przedstawionych perspektyw (medycznej i społecznej) warto chociaż pobieżnie zaprezentować ową ewolucję od podejścia medyczno-opiekuńczego w kierunku podejścia społecznego. Zmiana ta dotyczy odmiennego widzenia niepełnosprawności, jej istoty, etiologii i charakteru, ale również wiąże się z odmiennym spojrzeniem na możliwości realizacji zadań przypisanych danej fazie rozwojowej przez osobę z orzecznym typem niepełnosprawności w tym dotyczących realizacji ich seksualności.

W ujęciu społecznym seksualność osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie traktowana będzie jako atrybut przynależny każdemu człowiekowi. Stanowisko takie uzasadnia definicja seksualności sformułowana przez J. Bancrofta, który spostrzega *seksualność człowieka jako aspekt jego kondycji przejawiający się w postaci pożądania lub pragnienia, towarzyszących im fizjologicznie zdeterminowanych odpowiedzi seksualnych i zachowań prowadzących do orgazmu lub przynajmniej do sprawiającego przyjemność podniecenia występujących często między dwojgiem ludzi lub nierzadko także praktykowanych samotnie*⁴. Repertuar seksualnych przeżyć, ich jakość, intensywność czy rodzaj zależne są od indywidualnych preferencji i potrzeb zawsze jednak uwikłane zostają w szerszy społeczny kontekst. Oprócz cech podstawowych, konstytutywnych, seksualność jednostek niepełnosprawnych intelektualnie może charakteryzować się cechami specyficznymi. Cechy te nie naruszając struktury seksualności, zmieniają jednak jej kształt na tyle mocno, że nosiciele tych cech wymagają specyficznego wspomaganie rozwoju seksualnego, by mógł on osiągnąć swoje cele.

⁴ J. Bancroft, *Seksualność człowieka*, R. Śmietana (tłum.), Z. Lew Starowicz, A. Robacha (red. wyd. polskiego), Wrocław 2011, s. 19.

W modelu medyczno-opiekuńczym osoby niepełnosprawne intelektualnie określane są jako niezdolne do pełnienia ważnych ról i funkcji społecznych, w tym również seksualnych, prokreacyjnych, rodzicielskich itd. Model medyczno-opiekuńczy akcentuje uszkodzenie, traktując je jako źródło wszelkich trudności, ograniczeń i problemów. Interwencja medyczna i rehabilitacja ma zasadnicze znaczenie dla ich usunięcia i łagodzenia, szczególnie w aspekcie seksualności. Koncepcja medyczna podkreśla, że osoba niepełnosprawna musi dostosować się do zaistniałej sytuacji choroby, pomijając całkowicie kontekst środowiska społecznego w procesie rehabilitacji.

Postawy społeczne wobec seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie

W świetle faktów można stwierdzić bez jakichkolwiek wątpliwości, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są osobami seksualnymi. Dowodem na to jest posiadanie przez nich naturalnych, biologicznych predyspozycji, takich samych jak u osób niepełnosprawnych fizycznie, psychicznie, również podobnych jak u ludzi pełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mają wrodzony popęd seksualny, rozwijają się u nich narządy płciowe, mają też hormony płciowe.

M. Kościelska⁵ wyróżnia cztery rodzaje podejść społeczeństwa do seksualności osób niepełnosprawnych.

Seksualność ignorowana – urodzenie dziecka obciążonego wadą rozwojową, genetyczną jest wielkim szokiem dla rodziców, ale także dla najbliższego otoczenia. Załamują się rodzinne plany i identyfikacja dziecka, na rzecz percepcowania jedynie anomalii, którą zostało dotknięte. Brak wizji na temat tego, jakie funkcje i role dziecko będzie pełniło w przyszłości wyraża się w zahamowaniu rodzicielskich działań, ukierunkowanych na wzmocnienie seksualnej tożsamości chłopców i dziewcząt.

Jak pisze Kościelska⁶, *dziecko jest w języku polskim rodzaju nijakiego, a opóźniony rozwój dziecka może sprzyjać odraczaniu przez rodziców*

⁵ Ibidem, s. 59–69.

⁶ Ibidem, s. 61

konfrontacji z jego płciowością. Ta konfrontacja staje się nieunikniona, gdy pojawiają się drugorzędne cechy płciowe. Ignorowanie płci wyraża się m.in. zaniedbaniem edukacji: dziewczynki dostają pierwszej miesiączki zupełnie nieprzygotowane do tego faktu, a objaśnienia, które wówczas i później uzyskują, dotyczą wyłącznie spraw higienicznych.

Owa ignorancja w zakresie edukacji seksualnej wynika z lęku, jaki czują rodzice, obawiając się niepotrzebnego skupienia uwagi na sprawy płci. Zaprzeczają dziecięcym zaciekawieniem, wyrażając opinie typu *jego te sprawy wcale nie interesują, to jeszcze takie dziecko lub oni nie mają takich zainteresowań*⁷. Pragnienie ze strony rodziców aseksualności ich niepełnosprawnych intelektualnie dzieci wyraża się również w sposobie ich ubierania. Stroje te są pozbawione elementów dekoracyjnych typowych dla danej płci, często przybierających postać wygodnych, sportowych ubrań (dresów). Wiele upośledzonych dzieci ubieranych jest szaro, bez wyrazu, co spowodowane jest lękiem rodziców przed społecznym naznaczeniem czy wykorzystaniem. Kolejną formą zaprzeczania seksualności jest nadmierna infantylizacja osób już dorosłych, przejawiająca się myśleniem (szczególnie starszego pokolenia) o osobach niepełnosprawnych intelektualnie jako „dużych dzieciach”. Niestety, często zjawisko to występuje również u kadry pedagogicznej, w postaci mechanizmów obronnych, służących zaprzeczaniu i niedostrzeganiu potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie, a biorących się z kompletnego nieprzygotowania merytorycznego.

Seksualność udaremniiona – jest ostrzejszą formą ignorowania przejawów seksualności jednostki niepełnosprawnej intelektualnie. Ostrzejszą, bowiem osoby udaremniające seksualność mają świadomość jej istnienia, lecz jej nie akceptują i są gotowe jej przeciwdziałać. Postawa ta dotyczy przede wszystkim udaremniania kontaktów między osobami niepełnosprawnymi. W niektórych tzw. „krajach rozwiniętych” (jak na przykład Wielka Brytania do lat 70. XX wieku) postawa ta przejawiała się w ustawach zezwalających na sterylizację, prowadząc do mi-

⁷ Ibidem.

nimalizacji, a przede wszystkim – zapobiegania płodności. W Polsce ustawy o obowiązku sterylizacji nie było, co nie jest równoznaczne, że do takich praktyk nie dochodziło.

Seksualność tolerowana – oznacza świadomość potrzeb i przejawów seksualności u dzieci bądź podopiecznych, ale bez dostatecznego jej wspomagania (nadania jej możliwie pożądanego kształtu).

Seksualność akceptowana – jest uznaniem jej za normalny atrybut przynależny każdej istocie ludzkiej z całym jej bogactwem i wielością form. Jest ona traktowana jako cecha „zdobiąca” jednostkę i wyraz jej normalności. Ciekawe badania odnośnie do postrzegania szans osób niepełnosprawnych na zawarcie małżeństwa i założenia rodziny przeprowadziła A. Ostrowska⁸, porównując dane z roku 1978 i 1993 i 2013. Jasno z nich wynika, że życie intymne osób niepełnosprawnych jest tą sferą, która nie ulega znaczącym fluktuacjom na przestrzeni lat, w zależności od ogólnej zmiany ich sytuacji w społeczeństwie. Kobiety i mężczyźni podobnie widzą szanse osób niepełnosprawnych na zawarcie związku małżeńskiego, na ocenę nie wpływa również środowisko zamieszkiwania badanych. Zdecydowana większość badanych wyraziła opinie, że lepsze małżeństwo stanowić będą dwie osoby niepełnosprawne (56,0% w 1993 roku i spadek poparcia dla tej kwestii w roku 2013 do 35%), zaś 22,0% dawało więcej szans na udane małżeństwo osobie niepełnosprawnej z pełnosprawną w roku 1993 i 43% w roku 2013. Ogół badań dowiódł, że postrzeganie osoby niepełnosprawnej w roli partnera małżeńskiego ulega stereotypizacji, określając osobę niepełnosprawną jako słabą, uzależnioną od innych i wymagającą opieki. Uznając za „lepsze”, większość badanych opowiadała się za separacyjnym rozwiązaniem tej sfery życia (małżeństwo dwóch osób niepełnosprawnych), co pozostaje w kontraście ze sposobem postrzegania tego problemu przez same osoby niepełnosprawne. Proporcjonalnie o połowę mniej badanych niepełnosprawnych (27,3% do 56,0%) uważa takie małżeństwa za lepsze rozwiązanie.

⁸ A. Ostrowska, *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993–2013*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015.

Założenia badawcze

Badania R. Kijaka z 2010⁹ roku ujawniły wielość form ekspresji emocjonalnej, zróżnicowany poziom wiedzy, a także różne sposoby zaspokajania potrzeby seksualnej, dając tym samym pewien obraz przeżywania seksualności przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Autor wymienia kilka modeli subiektywnych postaw wobec własnego życia seksualnego przejawiane przez osoby niepełnosprawne intelektualnie. Są to:

- seksualność optymalna – 9%
- seksualność nieuświadomiona – 4%
- seksualność instrumentalna – 4%
- seksualność depresyjna – 19%
- seksualność zaprzeczona – 7%
- seksualność zakazana – 57%.

Zastanawiające jest owe 57%. Dlaczego aż tak duża grupa osób niepełnosprawnych intelektualnie nie czerpie w pełni ze swojej seksualności, dlaczego ogranicza swoją potrzebę seksualną. Postawiono zatem pewną tezę: *środowisko, a także jego rodzaj oraz sposoby oddziaływania tego środowiska na jednostkę, mają znaczenie w kształtowaniu biografii seksualnej ludzi niepełnosprawnych intelektualnie, co ma też duże znaczenie dla rozwoju ich tożsamości seksualnej, zasobu wiedzy na temat seksualności, świadomości i ekspresji potrzeb seksualnych.* Tezę tę częściowo potwierdziły badania M. Kościelskiej z 2007 roku¹⁰, okazało się, iż najbardziej deseksualizacyjnie oddziaływały środowiska domów pomocy społecznie – szczególnie katolickich (prowadzonych przez zgromadzenia), najlepszy wpływ miały ośrodki wsparcia i mieszkania chronione. Ciekawe wyniki uzyskano w kwestii wiedzy osób badanych na temat życia seksualnego. Okazywało się że osoby uczące się w szkołach specjalnych, w których prowadzono choćby elementarnie

⁹ Opis badań znajduje się w pracy R. Kijaka, *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2010.

¹⁰ M. Kościelska, *Być kobietą, być mężczyzną – co to znaczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie* [w:] A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007.

edukację seksualną rzadziej przejawiały incydenty związane z ekshibicjonizmem czy masturbacją niż w szkołach, gdzie tej problematyki nie podejmowano w ogóle. Ciekawe wyniki uzyskał R. Kijak w pracy z 2014 roku¹¹, okazuje się bowiem, iż istnieje silna zależność pomiędzy wpływami rodzicielskimi, rodzajem środowiska życia a doświadczeniami seksualnymi osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Opis badań

W 2013 roku, przeprowadzono badania wśród nauczycieli szkół masowych i specjalnych na temat opinii wobec przejawów seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie i treści edukacji seksualnej.

Uwypuklono kilka kwestii, które przyjęły postać dwóch problemów badawczych.

- Po pierwsze, jakie opinie na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie prezentują nauczyciele oraz jakie są różnice w tych opiniach nauczycieli pracujących w szkole specjalnej dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, szkole specjalnej dla osób niewidzących i słabowidzących oraz szkole specjalnej katolickiej, jak również szkole masowej.
- Po drugie, jakie podejście do edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie prezentują nauczyciele oraz czy opinie te zależą od profilu szkoły, w której pracują (w pracy przyjęto rozróżnienie na szkołę specjalną dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie i szkołę specjalną dla osób niewidzących i słabowidzących oraz szkołę specjalną katolicką, jak również szkołę masową).

Na podstawie literatury przedmiotu¹², a także własnych obserwacji autora, można określić hipotezy badawcze do każdego z prezentowanych problemów badawczych.

¹¹ R. Kijak, *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

¹² Por. R. Kijak, *op. cit.*; M. Kościelska *op. cit.*; Z. Lew Starowicz, *op. cit.*; I. Kirenko, *op. cit.*; K. Nowak-Lipińska, *op. cit.* i inni.

- Hipoteza 1. Poglądy i opinie nauczycieli na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie są zróżnicowane: od negatywnych częściej wyrażanych przez nauczycieli szkół katolickich i masowych, po względnie pozytywne wśród nauczycieli szkół specjalnych świeckich.
- Hipoteza 2. Zakładam, iż opinie na temat edukacji seksualnej wyrażone przez badanych nauczycieli będą zróżnicowane. Nauczyciele będą różnić się od siebie w zakresie prezentowanych opinii w zależności od profilu szkoły, w jakiej pracują. Najbardziej negatywne opinie będą wyrażali nauczyciele szkół katolickich (wyznawany światopogląd) i masowych (brak kontaktu z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie), opinie pozytywne i neutralne będą prezentowali nauczyciele szkolnictwa specjalnego pracujący z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Opinie nauczycieli będą również związane z realnymi możliwościami realizacji treści o tematyce seksualnej w polskich szkołach – obowiązująca ustawa i rozporządzenia (Ustawa z dn. 7 stycznia 1993r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności ciąży Dz. U. Nr 17, poz. 78, z późn. zm., Rozporządzenie MEN z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół oraz Rozporządzenie MEN z dnia 10 sierpnia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartych w podstawie programowej kształcenia ogólnego Dz. U. Nr 131, poz. 1079, z 2009 r.), na których oparta jest edukacja seksualna w polskiej szkole, nie zawiera wskazówek, jakie treści i w jaki sposób mają być realizowane w szkołach specjalnych dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie. Treści te na dzień dzisiejszy realizowane są w sposób intuicyjny

i tylko w niektórych szkołach i przez niektórych nauczycieli. Obecna również atmosfera wobec edukacji seksualnej w Polsce może w znaczący sposób wpływać na opinie i poglądy nauczycieli, co do stosowości wprowadzania tych treści w programy nauczania. Z tego też względu nauczyciele szkolnictwa specjalnego mogą wyrażać również negatywne opinie na temat edukacji seksualnej, które podyktowane będą obawami i niewiedzą jak te zajęcia w sposób profesjonalny realizować.

W badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, a zastosowanym narzędziem badawczym był Kwestionariusz ankiety¹³ badający opinie na temat różnych obszarów życia seksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie, pt. „Porozmawiajmy na temat seksualności”. Pytania odnoszą się do komponentu wiedzy (5 pytań) – w części tej badany ma odpowiedzieć na 3-stopniowej skali, czy dane stwierdzenie jest prawdziwe czy też nie (1 – „jest prawdziwe, całkowicie się zgadzam”; 2 – to stwierdzenie „jest tylko częściowo prawdziwe”, 3 to stwierdzenie: „jest całkowicie nieprawdziwe i nie zgadzam się z nim”), komponentu sytuacyjnego („co zrobiłbyś/zrobiłabyś w danej sytuacji” – 4 pytania) i komponentu emocjonalnego (badającego stosunek emocjonalny badanych do wybranych przejawów seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie). W tej części badani mieli odnieść się do 4 pojęć (partnerstwo, aktywność seksualna, prokreacja i antykoncepcja), do badania nastawienia wobec wybranych pojęć użyto techniki dyferencjału semantycznego złożonego z 5 skal opisowych umieszczonych na 5-stopniowej skali. W ocenie stosunku emocjonalnego uznano, iż badanych którzy uzyskiwali wartości oceny od 1 – 2 charakteryzował negatywny wręcz wrogi stosunek do omawianych kategorii pojęciowych. Wynik 2,1 – 3,5 oznaczał stosunek raczej pozytywny, natomiast wynik 3,6 do 5 to ocena pozytywna. Zastosowana skala zawierała takie określanie jak; dobry – zły, brzydki – ładny, pozy-

¹³ Ankieta w załączniku do niniejszego artykułu, upowszechnianie narzędzia możliwe z podaniem źródła i autora.

tywny – negatywny, przyjemny – nieprzyjemny. W każdej z tych części pojawiają się pola, w których badani mogli wyrazić własne poglądy.

W części wiedzy określono poziom wiedzy badanych nauczycieli, uznając, iż badani mogli uzyskać wysoki poziom wiedzy (przy 70% poprawnych odpowiedzi), przeciętny (50% poprawnych odpowiedzi) lub niski (przy 30% poprawnych odpowiedzi). Druga część narzędzia odnosiła się do opinii nauczycieli różnych rodzajów szkół do zagadnień edukacji seksualnej. Ankiety oparto na podstawowych założeniach dotyczących treści edukacji seksualnej realizowanych w szkołach i zapytano nauczycieli o ich opinie na ten temat.

Założono, iż profesjonalnie zorganizowana edukacja seksualna młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie powinna obejmować zagadnienia niezbędne dla poznawania sfery seksualności człowieka. Są to:

- Treści na temat przyjaźni, miłości, budowania relacji przyjacielskich i partnerskich (treści obejmują też definicje związku, randki, pierwszych miłości, zakochania, pierwszego rozczarowania, zerwania);
- Dorastanie dojrzewanie, popęd seksualny, ejakulacja, menstruacja;
- Poczucie wstydu, miejsca prywatne i publiczne, profilaktyka zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu, ochrona prywatności;
- Zachowania seksualne, orientacja i tożsamość płciowa.

Wysłano 22 zaproszenia do udziału w badaniu do różnego typu szkół, z czego 8 do szkół prowadzonych przez zgromadzenia. Zwrotnych odpowiedzi otrzymano 7, z czego 3 negatywne. Badania przeprowadzono ostatecznie w 4 szkołach – szkole dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie, szkole dla osób niewidomych i słabowidzących oraz szkole specjalnej dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie prowadzonej przez zgromadzenie zakonne i jednej szkole masowej dla osób pełnosprawnych. Nauczyciele pomimo pozytywnej opinii dyrekcji na przeprowadzenie badań byli sceptyczni i niechętni do udziału w badaniu. Ostatecznie przekonała nauczycieli pełna anonimowość badań. Zbieranie wypełnionych ankiet odbywało się poprzez wrzucanie

nie ich przez nauczycieli do urny. Wszyscy nauczyciele otrzymali ten sam długopis z czarnym tuszem. W sali, w której wypełniali ankiety, było bardzo dużo miejsca i wszyscy siedzieli osobno. Na wyraźną prośbę dyrekcji zrezygnowano z wprowadzania zmiennych w postaci płci, wykształcenia, jak również miejscowości i nazwy szkoły. Dla spełnienia poprawności metodologicznej nadmienić należy tylko, iż było to 100 nauczycieli: po 25 nauczycieli z każdej ze szkół. Badania były prowadzone w południowej i południowo-zachodniej Polsce, z 3 polskich miast o liczbie mieszkańców powyżej 50.000.

Opinie nauczycieli na temat różnych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych – wyniki badań własnych

Analizę rozpoczniemy od przedstawienia poziomu wiedzy badanych nauczycieli w odniesieniu do wybranych aspektów funkcjonowania seksualnego osób niepełnosprawnych. Z zebranego materiału wynika, iż nauczyciele prezentują zróżnicowany poziom wiedzy w tym zakresie. Niestety, wszyscy nauczyciele prezentowali niewystarczający poziom wiedzy na temat seksualności osób niepełnosprawnych. Fakt ten może pozostawać bez większego znaczenia, jeżeli chodzi o nauczycieli szkolnictwa masowego – którzy mają ograniczony kontakt z osobami niepełnosprawnymi, to w przypadku nauczycieli szkolnictwa specjalnego (czy to katolickiego, czy świeckiego), fakt niskiego poziomu wiedzy szkodzi.

Niski poziom wiedzy może powodować, iż nauczyciele słabiej będą rozumieć, a tym samym wspierać seksualność swoich podopiecznych. Jak wynika z tabeli 1, aż 55% badanych nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób niepełnosprawnych intelektualnie uważa, że w rozwoju płciowym u osób niepełnosprawnych intelektualnie występują znaczące różnice i anomalie rozwojowe, 55% uważa, że osoby te są bezpłodne, co jest nieprawdą, bo jak wiadomo zaledwie nieznaczną część osób, u których niepełnosprawność powstała na podłożu zaburzeń genetycznych, jest niepłodna, reszta populacji zachowuje zdolności prokreacyjne. W kwestii wiedzy nauczycieli na temat miesiączkowania

i ejakulacji wśród osób niepełnosprawnych intelektualnie, nauczyciele szkolnictwa specjalnego świeckiego wypadają bardzo dobrze, zaledwie 2% stwierdziła, że kobiety niepełnosprawne nie miesiączkują. Nauczyciele szkolnictwa specjalnego dla osób niewidomych i słabowidzących odpowiadali również prawidłowo, zaledwie 10% myliło się, gorzej wypadli nauczyciele szkolnictwa specjalnego ze szkół prowadzonych w duchu religii katolickiej – 15% błędnych wskazań, najgorzej wypadki nauczyciele szkolnictwa masowego – aż 32% błędnych odpowiedzi. Wysoki poziom wiedzy prezentowali nauczyciele wszystkich rodzaju szkół na temat rozwoju owłosienia i erekcji u mężczyzn.

Tabela 1. Wiedza nauczycieli na temat dojrzewania płciowego osób niepełnosprawnych intelektualnie

Kategorie	Różnice w zakresie dojrzewania płciowego																	
	Występują znaczne różnice w porównaniu z osobami pełnosprawnymi w zakresie budowy anatomicznej narządów płciowych			Rozwój płciowy jest opóźniony o 2-3 lata			Występuje 100% bezpłodność			Brak jest miesiączki u kobiet i ejakulacji u mężczyzn			Owłosienie łonowe nie występuje			Ciągłe pojawiają się erekcja		
CZĘŚĆ WIEDZY	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Wskazania	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	55	20	25	25	52	23	55	26	19	2	12	86	0	5	95	2	0	98
Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	68	12	20	36	22	42	70	20	10	10	10	80	0	1	99	1	1	98
Szk. Spec. Katolicka	74	6	20	59	11	30	62	22	16	15	14	71	0	0	100	2	5	93
Szk. Masowa	87	13	0	70	20	10	82	12	6	32	20	48	2	15	83	1	2	97

Legenda:

1. Tak, stwierdzenie jest prawdziwe, całkowicie się zgadzam.
 2. To stwierdzenie jest tylko częściowo prawdziwe.
 3. To stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe, i nie zgadzam się z nim.
- Bez podkreślenia oznaczono prawdziwe odpowiedzi zgodne ze współczesną wiedzą na temat seksualności osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie; podkreśleniem przerywanym kwestie dyskusyjne; podkreśleniem ciągłym całkowicie niezgodne z prawdą.
 - Liczby w rubrykach podane są jako %.

Źródło: Opracowanie własne.

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną generalnie zauważają zmiany fizyczne obejmujące ich ciało w okresie dojrzewania, odczuwają również podobnie jak osoby pełnosprawne popęd seksualny. Nieprawidłowości w wyrażaniu i realizacji popędu seksualnego u osób niepełnosprawnych intelektualnie należy tłumaczyć brakiem edukacji seksualnej i trudnościami w rozumieniu tych zmian. Dodać należy, iż często osoby te są pozostawiane same sobie ze swoimi problemami, co może także wiązać się z niekorzystnym odbiorem ich zachowań przez otoczenie – najczęściej jako zachowań nadmiernie skoncentrowanych na seksie. Stereotypowe myślenie o osobach z niepełnosprawnością intelektualną jako hiperseksualnych, szczególnie popędliwych, wyzwała zachowania, które mają hamować rozwój seksualności oraz zniechęcać, czy wręcz uniemożliwiać wyrażanie seksualności. W rezultacie większość niepełnosprawnych nie odkrywa płci jako źródła przyjemności i radości, ale przejawia negatywne opinie na temat życia seksualnego, doznaje cierpień i upokorzeń. Jak przedstawia tabela 2, większość badanych nauczycieli nieprawidłowo ocenia obserwowane zachowania seksualne swoich podopiecznych – najczęściej jako rozbudzenie seksualne. Aż 80% nauczycieli ze szkół masowych błędnie określa popęd seksualny, uznając go za nadmierny, podobnie odpowiedziało 40% nauczycieli ze szkół specjalnych świeckich i 45% ze szkół specjalnych katolickich. Takie podejście można tłumaczyć na dwa sposoby. Jeżeli chodzi o nauczycieli szkolnictwa masowego, to sądzę, że jest to ewidentny brak wiedzy i ignorancja w stosunku do problemów osób niepełnosprawnych intelektualnie. Jeżeli zaś chodzi o nauczycieli szkolnictwa specjalnego świeckiego czy też katolickiego, to po pierwsze związane jest z niewiedzą i być może światopoglądem, ale myślę że w jednym i drugim przypadku obawą przed uznaniem, iż seksualność tych osób może być wzięta za prawidłową – wówczas będzie się to wiązać z koniecznością rozmowy z uczniami na temat seksualności, co jest problematyczne. Dominuje więc przekonanie, że dopóki potrzeby seksualne nie ujawniły się u nich samoczynnie, to nie powinno się tej sfery dotykać. Jeszcze większym dylematem

jest dla nich pytanie, czy osobom z niepełnosprawnością intelektualną, u których obserwują silne pobudzenie seksualne, powinni udzielać technicznych wskazówek, jak mogą rozładować napięcie poprzez masturbację. Wyjaśnienie oznaczałoby zaprezentowanie im nowych zachowań seksualnych.

Tabela 2. Wiedza nauczycieli na temat popędu seksualnego osób niepełnosprawnych intelektualnie

Kategorie CZĘŚĆ WIEDZY	Popęd seksualny											
	Podobny jak u pełnosprawnych osób, mają potrzeby i chcą je realizować			Rozbudzeni seksualnie			Zahamowani seksualnie			Podejmują zachowania nieprawidłowe (ekshibicjonizm, publiczna masturbacja)		
Wskazania	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	21	20	59	40	10	50	39	8	53	54	12	34
Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	28	12	60	50	2	48	22	12	66	55	20	25
Szk. Spec. Katolicka	14	6	20	45	5	50	41	12	47	45	40	15
Szk. Masowa	7	13	0	80	2	18	13	10	77	78	2	20

Źródło: Opracowanie własne.

Uznanie, że osoba niepełnosprawna intelektualnie odczuwa popęd seksualny i pragnie go wyrażać poprzez zachowania seksualne, dla wielu nauczycieli nadal stanowi temat tabu. Tabela 3 i 4 doskonale ilustruje, jak postrzegana jest aktywność seksualna osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie. Aż 90% nauczycieli szkolnictwa masowego uważa, iż są to zachowania rzadkie i nie są zachowaniami partnerskimi. Dla 90% nauczycieli szkolnictwa masowego są to zachowania o charakterze patologicznym z rozbudowaną formą zachowań masturbacyjnych. Blisko 66% tych nauczycieli uważa, że w kontaktach

seksualnych osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie nie występuje przywiązanie i brak jest satysfakcji.

To oczywiście nieprawda, gdyż badania (m.in. M. Koscielska¹⁴) jasno wskazują, że osoby te przeżywają orgazmy i satysfakcję seksualną, przywiązują się do partnera, a praktyka masturbacji, która może się oczywiście pojawić, najczęściej jako forma ekshibicjonizmu, uwarunkowana jest głównie pozaseksualnie, co związane jest przede wszystkim z niemożliwością realizacji popędu seksualnego w kontaktach partnerskich (wynika to z zakazów społecznych dla partnerstwa), jak również wiąże się z istotą niepełnosprawności intelektualnej (np. niewrażliwością sensoryczną, brakiem stymulacji, nudą, trudnościami w radzeniu sobie z napięciem mięśniowym lub emocjonalnym).

Warto odnieść się również do wiedzy nauczycieli ze szkół specjalnych katolickich, aż 88% z nich uważa, że osoby głębiej niepełnosprawne intelektualnie nie są zdolne do partnerstwa, sądzą, iż rzadko lub wcale tych zachowań nie podejmują. 78% ocenia zachowania seksualne podejmowane przez osoby niepełnosprawne intelektualnie jako patologiczne, co ciekawe za patologiczną uważają również masturbację, bowiem jako przejaw seksualności osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie tę formę uznało tylko 12% nauczycieli. Myślę, że reszta nauczycieli taką formę także obserwowała u uczniów, ale zdecydowała się zakwalifikować ją do zbioru zachowań patologicznych. Szokuje, iż 55% nauczycieli ze szkół specjalnych świeckich i 61% ze szkół dla osób niewidomych i słabowidzących sądzi, że osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu głębszym nie podejmują partnerskich zachowań seksualnych i odpowiednio 20% i 21% uznaje te zachowania za patologiczne. Znając środowisko nauczycieli ze szkół specjalnych, wiem, że nie jest możliwe niezauważenie przejawów zachowań seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie w szkole, zatem nie jest to brak wiedzy, ale ich ocena moralna.

¹⁴ M. Kościelska, *Niechciana seksualność...*, op. cit.

Tabela 3. Wiedza nauczycieli na temat zachowań seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie

Kategorie CZĘŚĆ WIEDZY	Zachowania seksualne											
	Rzadko występują zachow. partnerskie			Dominują patologiczne zachowania seksualne			Tylko masturbacja, jako dominująca lub jedyna forma aktywności seksualnej			Brak przywiązania i satysfakcji z bliskości seksualnej		
Wskazania	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	55	20	35	20	20	60	55	12	33	10	2	88
Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	61	12	37	21	11	68	48	22	30	12	8	80
Szk. Spec. Katolicka	88	2	10	78	12	10	12	25	63	32	12	56
Szk. Masowa	90	10	0	90	0	10	50	0	50	66	4	30

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Wiedza nauczycieli na temat budowania relacji partnerskich i ról rodzicielskich

Kategorie CZĘŚĆ WIEDZY	Budowanie relacji partnerskich i role rodzicielskie											
	Nie budują, bo nie potrafią			Rzadko budują, nie są zdolni samodzielnie wchodzić w takie role			Prawo zezwala na małżeństwo osób niepełnosprawnych intelektualnie			Mogą posiadać dzieci z punktu prawnego		
Wskazania	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	45	12	33	42	10	48	12	20	68	10	10	80
Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	43	12	45	36	20	44	15	20	65	8	12	80
Szk. Spec. Katolicka	32	10	58	35	22	45	8	32	60	5	4	91
Szk. Masowa	55	5	40	62	25	13	29	22	49	31	12	57

Źródło: Opracowanie własne.

Ciekawe wyniki uzyskano na temat wiedzy nauczycieli w kwestii orientacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie (tabela 5). Przeważająca część nauczycieli określiła, iż osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą być osobami heteroseksualnymi, homoseksualnymi lub biseksualnymi. Najwięcej trudności w określaniu, jaka jest orientacja seksualna osób niepełnosprawnych, pojawiło się wśród nauczycieli szkół specjalnych katolickich, blisko 10% uznała, że orientacja ta w ogóle się nie kształtuje, a 77% uważa, że osoby te są aseksualne.

Tabela 5. Wiedza nauczycieli na temat orientacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie

Kategorie CZEŚĆ WIEDZY	Orientacja seksualna								
	U osób niepełnosprawnych intelektualnie orientacja homoseksualna nie kształtuje się			Homoseksualność jest powszechna u osób niepełnosprawnych intelektualnie			Osoby niepełnosprawne intelektualnie są głównie aseksualne		
Wskazania	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	2	2	94	3	2	95	5	2	93
Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	0	1	99	1	1	98	5	11	84
Szk. Spec. Katolicka	9	1	90	0	2	98	12	11	77
Szk. Masowa	2	2	94	9	5	86	2	5	93

Źródło: Opracowanie własne.

Badanym nauczycielom przedstawiono 4 sytuacje społeczne dotyczące problematyki seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Zadaniem nauczycieli było odniesienie się do tych sytuacji poprzez wyrażenie opinii w postaci stwierdzenia: zgadzam się lub nie zgadzam się, a także wypowiedzeniem własnego komentarza w tej kwestii.

Pierwsza kwestia dotyczyła zachowań seksualnych – masturbacji. Jak wynika z tabeli 6, stosunek do problematyki masturbacji osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zróżnicowany, choć przeważa podejście negatywne. Nauczyciele szkół specjalnych katolickich traktują

masturbację jako objaw patologiczny, który szkodzi, nie rozwija ludzkiej seksualności (92% wskazań), nie jest zjawiskiem dobrym (99% wskazań) i nie jest zjawiskiem powszechnym (22%). Lepiej kwestia ta przedstawia się wśród nauczycieli szkół specjalnych, najlepiej natomiast do kwestii masturbacji odnoszą się nauczyciele szkolnictwa masowego, 22% uznaje to zachowanie za objaw zdrowia.

Jak widać w tabeli 6, ani nauczyciele szkolnictwa specjalnego katolickiego, ani masowego nie odnoszą się z aprobatą do treningu masturbacji osób niepełnosprawnych intelektualnie. Naukę akceptowanego schematu masturbacji osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie popiera 55% nauczycieli szkół specjalnych świeckich i 30% nauczycieli szkół specjalnych dla osób niewidomych i słabowidzących.

Tabela 6. *Podjęcie nauczycieli do zachowań masturbacyjnych osób niepełnosprawnych intelektualnie*

Rodzaj szkoły	Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie		Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej		Szk. Spec. Katolicka		Szk. Masowa	
	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się
Masturbacja jest:								
Zjawiskiem powszechnym	42	58	40	60	22	78	66	34
Zjawiskiem dobrym	33	67	32	68	1	99	22	78
Jej uprawianie ma pozytywny wpływ na seksualność i wzmacnia więź z własnym ciałem	30	70	22	78	5	95	11	89
Może rozwijać ludzką seksualność	30	70	12	88	8	92	8	92
Gdy masturbacja podopiecznego pojawia się w miejscu publicznym, należy wskazać podopiecznemu miejsce, gdzie ma ją dokończyć, zaprowadzić go tam i pomóc mu w zachowaniu higieny intymnej (poprzez podanie ręcznika)	55	45	30	70	11	89	10	90

Zródło: Opracowanie własne.

Kolejne kwestie dotyczyły antykoncepcji i sterylizacji (wyniki ukazuje tabela 7). Z analizy zebranego materiału wynika, iż nauczyciele w omawianej kwestii są bardzo podzieleni. Blisko 42% nauczycieli szkół specjalnych świeckich opowiada się za nauką stosowania antykoncepcji, aż 36% opowiada się za sterylizacją. Niestety, aż 52% nauczycieli szkół specjalnych katolickich również uważa sterylizację za dopuszczalną metodę sterowania płodnością osób niepełnosprawnych intelektualnie.

Tabela 7. Antykoncepcja i sterylizacja osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie a podejście nauczycieli do tej kwestii

Rodzaj szkoły	Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie		Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej		Szk. Spec. Katolicka		Szk. Masowa	
	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się
Antykoncepcja i sterylizacja jest:								
Ważny element kontaktu seksualnego, należy uczyć jak stosować antykoncepcję	42	58	42	58	18	82	58	42
Nie jest ważna trzeba rozwijać wstrzeźliwość	10	90	23	77	85	15	10	30
Należy rozważyć sterylizację kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie	36	64	20	80	52	48	23	77

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnią kwestią w tej części było podejście nauczycieli do miłości i partnerstwa osób niepełnosprawnych intelektualnie. Zagadnienie to ilustruje tabela 8. Jak wynika z tabeli, aż 60% nauczycieli szkół specjalnych katolickich nie popiera partnerstwa osób niepełnosprawnych intelektualnie, dodając, iż osoby te nie są zdolne do budowania pełnych odpowiedzialności i miłości związków. Podobnie wypowiadają się nauczyciele szkolnictwa masowego, choć w ich przypadku związane jest to z niewielką wiedzą na ten temat, co potwierdza pierwsza część

badań, gdy 55% nauczycieli szkół masowych odpowiedziało, że osoby niepełnosprawne nie tworzą związków partnerskich, bo nie potrafią.

Tabela 8. *Miłość i partnerstwo osób niepełnosprawnych intelektualnie a podejście nauczycieli*

Rodzaj szkoły	Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie		Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej		Szk. Spec. Katolicka		Szk. Masowa	
	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się	Zgadzam się	Nie zgadzam się
Miłość i partnerstwo								
Partnerstwo tych osób jest mało możliwe ze względu na ich niedojrzałość, brak odpowiedzialności i miłości	32	68	42	58	60	40	58	42

Źródło: Opracowanie własne.

Trzecia część badań dotyczyła określenia stosunku emocjonalnego badanych nauczycieli do wybranych aspektów seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie. Zastosowano technikę dyferencjału semantycznego oceniającego nastawienie osób badanych do pojęć składających się na seksualność osób niepełnosprawnych intelektualnie. Technika ta bada zmysłową i emocjonalną stronę znaczenia zastosowanych pojęć. Do analizy wybrano kilka pojęć: 1) partnerstwo osób niepełnosprawnych intelektualnie; 2) aktywność seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie; 3) prokreacja osoby niepełnosprawnej intelektualnie; homoseksualizm osób niepełnosprawnych intelektualnie; 4) antykoncepcja osób niepełnosprawnych intelektualnie. Pozytywna ocena prawie wszystkich wymienionych pojęć odnosiła się wyłącznie do grupy nauczycieli szkolnictwa specjalnego dla osób niewidomych i słabowidzących, choć i w tej grupie nie były to wysokie oceny. Nauczyciele ci uzyskali w skali partnerstwo wynik 3,25, w skali antykoncepcja 2,75, w skali aktywność seksualna 2,0 i w skali prokre-

acja 1,75. Wyniki te oznaczają, że poza skalą prokreacji nauczyciele ci mają pozytywny stosunek do omawianych kategorii. Za to wrogi stosunek nauczyciele mają do zagadnienia prokreacji osób niepełnosprawnych. Wśród nauczycieli szkolnictwa masowego najkorzystniejsza była ocena dotycząca partnerstwa, w tej skali nauczyciele ci uzyskali wynik 2,75, co oznacza raczej pozytywny stosunek do opisywanej kategorii. Najgorzej w tym obszarze wypadli nauczyciele szkolnictwa specjalnego katolickiego – ich oceny plasowały się w granicy 1,25, co oznaczało wrogi nieprzyjazny stosunek do omawianej kwestii. Nauczyciele szkolnictwa specjalnego świeckiego mają raczej pozytywny stosunek do prokreacji osób niepełnosprawnych, ich wyniki plasowały się na poziomie 2,25. Nauczyciele ze szkół specjalnych katolickich mieli również negatywny, wrogi stosunek do aktywności seksualnej 1,75, antykoncepcji 1,25 oraz partnerstwa 2,0.

Poglądy nauczycieli na temat treści edukacji seksualnej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie – wyniki badań własnych

Badani nauczyciele wyrażali odmienne spojrzenie na kwestię edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie. Można się było tego spodziewać, zważywszy na wyniki uzyskane w poprzednim badaniu (stosunek do problematyki seksualności osób niepełnosprawnych).

Prawie 63% wszystkich nauczycieli dostrzega sens edukacji seksualnej, jednocześnie zastrzegając, iż tylko niektóre treści mogą być realizowane w pełni. Nauczyciele niezależnie od profilu szkoły uważają, iż zajęcia w tym zakresie są zdecydowanie konieczne. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż około 15% badanych nie wie, czy takie zajęcia powinny się w ogóle odbywać, a pozostałe osoby (12%) są zdecydowanie przeciwne jakimkolwiek formom edukacji seksualnej, uznając, iż treści te wpłynąć mogą na rozbudzenie seksualne podopiecznych. Analizując rozkład wypowiedzi w zależności od profilu szkoły respondentów, należy stwierdzić, że pojawiły się istotne różnice pomiędzy wypowiedziami nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie a nauczycieli szkół specjal-

nych świeckich ($U=385$ $p<0,0001$)¹⁵. Wśród wypowiedzi nauczycieli ze szkół specjalnych katolickich znalazły się opinie całkowicie negujące edukację seksualną w szkołach specjalnych (19,5%). Natomiast wśród nauczycieli ze szkół specjalnych świeckich tego typu wypowiedzi stanowiły około 4%.

Jak zaprezentowano w tabeli 9, blisko 78% badanych nauczycieli ze szkół specjalnych świeckich dopuszcza treści związane z tematyką partnerstwa, miłości, małżeństwa, opieki rodzicielskiej, jednak dodają, iż mają być to treści ogólne, ponieważ mało prawdopodobne jest, aby osoby te w przyszłości prowadziły samodzielne autonomiczne życie partnerskie. Blisko 63% nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób niewidomych i słabowidzących uważa, iż treści powinny dotyczyć przede wszystkim przyjaźni. Około 59% nauczycieli ze szkół specjalnych katolickich sądzi, iż treści dotyczące małżeństwa powinny być zarezerwowane dla osób lekko niepełnosprawnych, dla osób umiarkowanie niepełnosprawnych raczej powinno się propagować celibat. Natomiast 87% nauczycieli ze szkół masowych uważa, że treści powinny być dostosowane do ich możliwości społecznych, nie ma sensu edukować w zakresie budowania relacji partnerskich, ponieważ osoby głębiej niepełnosprawne intelektualnie takich związków nie stworzą.

Nauczyciele biorący udział w badaniach przyznali, iż edukacja seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie może być trudna z uwagi na fakt zmniejszonych możliwości poznawczych tych osób, niepołączanej ekspresji, trudności komunikacyjnych, słabszych zdolności społecznych. Nauczyciele szkolnictwa masowego dodawali, iż niepełnosprawność intelektualna uczniów, która wymaga od nauczycieli specjalnych metod i form przekazywania wiedzy z zakresu ludzkiej

¹⁵ G. A. Ferguson, Y. Takane, *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, Warszawa, 2003, s. 457.

Do opracowania danych zastosowałem metody wnioskowania statystycznego. W celu porównania grup (nauczycieli różnych rodzajów szkół) przy skali nominalnej, wykorzystałem Test niezależności χ^2 , przy skali porządkowej w celu porównania nasilenia cechy porządkującej w dwóch grupach, zastosowałem Test U Manna – Whitneya. W pracy przedstawiono tylko te zależności, które wykazywały istotną zależność statystyczną i tylko tam, gdzie miało to uzasadnienie wyjaśniające.

seksualności. Natomiast nauczyciele ze szkół specjalnych katolickich wskazali na niskie znaczenie tematyki tej tematyki w ogólnym programie nauczania (16%), a 19% wskazywało na zgorzenie, jakie tematyka ta może wywołać wśród uczniów.

Blisko 87% nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie uznaje, iż ma wątpliwość, czy wiedza na temat menstruacji u kobiet jest potrzebna mężczyznom. Aż 52% stwierdziła, iż tematyka dorastania, dojrzewania, popędu seksualnego jest bardzo trudna w omawianiu z młodzieżą niepełnosprawną intelektualnie. Około 85% nauczycieli ze szkół specjalnych świeckich uważa, że treści te powinny znaleźć się w programie edukacji seksualnej, ale nie powinno się poruszać wszystkich kwestii. Wśród zagadnień, których nie należy poruszać, nauczyciele wymieniali: ejakulację, dokładną budowę anatomiczną sfer erogennych (narządy płciowe kobiety – nauczyciele proponują ogólnie nazywać pochwą, bez informacji na temat warg sromowych, macicy, łechtaczki, zaś narządy płciowe męskie określać jako penis i jądra, bez informacji na temat worka mosznowego, spermy). Prawie 64% nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób niewidomych i słabowidzących, uznaje, iż wśród treści edukacji seksualnej dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie w obszarze dojrzewania powinny znaleźć się tylko podstawowe informacje na ten temat. Nauczyciele ci, podobnie jak poprzednia grupa, mają obiekcje odnośnie do szczegółowego omawiania kwestii dojrzewania płciowego, proponują ograniczyć przekazywanie informacji na temat zmieniającego się ciała na bardziej męskie lub bardziej kobiece. Dla 74% tych nauczycieli jest to ważny temat, ale pojawiają się pytania, jak te kwestie skutecznie omawiać. Blisko 52% nauczycieli ze szkół specjalnych katolickich uważa, że temat dojrzewania jest jak najbardziej potrzebny, ale proponują omawiać te kwestie bez zbędnych informacji technicznych na temat genitaliów i ejakulacji. Według nauczycieli, ta wiedza nie jest kluczowa. Fizjologia ciała kobiety powinna być ujęta w szerszym kontekście – kontekście roli, z jaką jej seksualność (ciało) się wiąże, a więc rolą matki, a ciało mężczyzny jako dawcy życia (przy. wł. prawdopodobnie chodzi o nasienie, autentyczne

wypowiedzi nauczycieli). Około 68% nauczycieli ze szkół masowych temat dojrzewania płciowego uważa za ważny, ale wyraża obawy, czy należy go omawiać i jak to robić.

Ciekawe wyniki uzyskano w części dotyczącej problematyki zachowań seksualnych. Około 53% nauczycieli ze szkół świeckich specjalnych dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie uznała, iż treści te są ważne, ale zdecydowanie należy ograniczyć je do bardzo podstawowych informacji. Blisko 59% nauczycieli ze szkół specjalnych dla osób niewidomych i słabowidzących uznała, iż treści mogą być wprowadzane, ale by nie mówić o bezpiecznym seksie, o antykoncepcji oraz o orgazmie. Aż 79% nauczycieli szkół specjalnych katolickich nie widzi potrzeby poruszania tych zagadnień podczas zajęć z edukacji seksualnej. Według tych nauczycieli, nie ma potrzeby poruszania tematyki antykoncepcji, przyjemności seksualnej. Nauczyciele ci proponują organizowanie innych zajęć w celu nierozbudzania zbędnymi informacjami, dodając, iż seks jest całością w miłości i tylko małżeństwie – te dzieci małżonkami nie zostaną, więc lepiej studiować ich zamiary, niż niepotrzebnie edukować i dawać instrukcje (autentyczne wypowiedzi nauczycieli). Prawie 74% nauczycieli szkolnictwa masowego uznaje, iż są to ważne treści dla pełnosprawnych, upośledzone osoby to przecież dzieci trudno im na ten temat mówić. Analizując rozkład wypowiedzi w zależności od profilu szkoły respondentów, należy stwierdzić, że pojawiły się istotne statystycznie różnice pomiędzy opiniami nauczycieli szkół specjalnych świeckich dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie a nauczycieli szkół specjalnych katolickich ($\chi^2=20,9$ $df = 4$ $p<0,0001$). Nauczyciel szkół specjalnych świeckich pomimo zakłopotania w temacie zachowań seksualnych widzą potrzebę realizowania tych treści i konfrontowania się z możliwymi pytaniami młodzieży w tym zakresie. Nauczyciele szkół specjalnych katolickich nie widzą potrzeby realizowania tych treści, które według nich zdecydowanie wpłyną na seksualizację młodzieży.

Tabela 9. Treści edukacji seksualnej dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie w opiniach nauczycieli

Treści edukacji seksualnej	Szk. Spec. dla osób gł. niepełnosprawnych intelektualnie	Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla dzieci i młodzieży słabowidzącej i niewidomej	Szk. Spec. Katolicka	Szk. Masowa
Treści na temat przyjaźni, miłości, budowania relacji przyjacielskich i partnerskich (treści obejmują też definicje związku, randki, pierwszych miłości, zakochania, pierwszego rozczarowania, zerwania)	+ (78%) „treści raczej ogólne, z uwagi na fakt, że rzadko będą budować związku partnerskie”	+ (63%) „treści powinny dotyczyć przede wszystkim przyjaźni”	+ (59%) „treści dotyczące małż. powinny być zarezerwowane dla osób lekko niepełnosprawnych, dla osób umiarkowanie niepełnosprawnych raczej celibat”	+ (87%) „treści dostosowane do ich możliwości społecznych, nie ma sensu edukować w zakresie budowania relacji partnerskich, jak takich związków nie stworzą”
Dorastanie dojrzewanie, popęd seksualny, ejakulacja, menstruacja	+ (87%) „mam wątpliwość, czy wiedza na temat menstruacji u kobiet jest potrzebna mężczyznom”	+ (74%) „ważny temat, pojawiają się pytania, jak to skutecznie omawiać”	+ (52%) „tematy dorastania jak najbardziej, ale bez zbędnych technicznych opowieści na temat genitaliów i ejakulacji – ta wiedza nie jest kluczowa”	+ (68%) „temat ważny ale jak go realizować”
Poczucie wstydu, miejsca prywatne i publiczne, profilaktyka zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu, ochrona prywatności	++ (63%)	++ (79%)	+ (59%) „treści na temat wstydu są ważne, ale nadmierne edukowanie może rozbudzać ciekawość nadmiernie i być przyczyną nieprawidłowych zachowań”	+ (72%) „ważny temat, ale kwestie wykorzystania chyba rzadko dotyczą tych osób”
Zachowania seksualne, orientacja i tożsamość płciowa	+ (53%) „treści tylko ogólne”	+ (59%) „tak, tylko jak mówić o orgazmie czy innych takich sprawach”	+ (79%) „nie widzę potrzeby omawiania tych spraw, bo po pierwsze aktywność tych ludzi jest osłabiona lub można ją osłabić poprzez organizowanie dodatkowych zajęć – poza tym seks jest całością w miłości i małżeństwie – te dzieci małżonkami nie zostaną, więc lepiej studiować zamiary, niż niepotrzebnie edukować i dawać instrukcje”	+ (74%) „ważne treści dla pełnosprawnych, upośledzone osoby to przecież dzieci, trudno im na ten temat mówić”

Źródło: Opracowanie własne.

Średnie arytmetyczne poglądów nauczycieli na temat treści edukacji seksualnej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie (przedstawiono najczęstsze komentarze): ++ treści w pełni akceptowane, + treści akceptowane z komentarzem nauczycieli na temat sposobu przeprowadzenia zajęć, +- treści częściowo akceptowane, – treści w całości nieakceptowane).

Podsumowanie

Zebrany materiał w pewnym stopniu odsłonił szkolne dylematy związane z seksualnością osób niepełnosprawnych intelektualnie. Cztery typy szkół, kilkudziesięciu nauczycieli i bardzo zróżnicowane podjęcie wyrażone w opiniach, przekonaniach i emocjach wobec problematyki seksu i edukacji seksualnej niepełnosprawnych osób. Przyjęte w pracy hipotezy potwierdziły się.

W hipotezie pierwszej zakładano, iż poglądy i opinie nauczycieli na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie będą zróżnicowane: od negatywnych częściej wyrażanych przez nauczycieli szkół katolickich i masowych, po względnie pozytywne wśród nauczycieli szkół specjalnych świeckich. Potwierdzenie tej hipotezy najtrafniej wyraża się w poglądach na temat zachowań seksualnych osób niepełnosprawnych, emocji dotyczących prokreacji, ról płciowych, antykoncepcji. Nauczyciele szkół katolickich specjalnych okazali się najbardziej zachowawczy, w niektórych kwestiach wręcz wrodzy. Niestety żadna z badanych grup nie wypowiedziała się bardzo pozytywnie na temat seksualności osób niepełnosprawnych. W poglądach najczęściej wyrażali swoje obawy i zwątpienia, często zakłopotanie, traktując tę sferę życia osób niepełnosprawnych w kategoriach problemu, dylematu edukacyjnego, konieczności przeciwdziałania, wygaszania, w pewnym stopniu administrowania seksualnością tych osób.

W hipotezie drugiej zakładano, iż opinie na temat edukacji seksualnej wyrażone przez badanych nauczycieli będą zróżnicowane. Nauczyciele będą różnić się od siebie w zakresie prezentowanych opinii w zależności od profilu szkoły, w jakiej pracują. Najbardziej negatywne

opinie będą wyrażali nauczyciele szkół katolickich (wyznawany światopogląd) i masowych (brak kontaktu z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie), opinie pozytywne i neutralne będą prezentowali nauczyciele szkolnictwa specjalnego pracujący z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Założenia okazały się słuszne. Faktycznie nauczyciele szkolnictwa specjalnego prowadzonego przez zgromadzenia zakonne, wyrażali negatywne opinie na temat edukacji seksualnej, poddając w wątpliwość zasadność prowadzenia takich zajęć. Ich poglądy i przekonania okazały się różnić istotnie statystycznie od przekonań i opinii głównie nauczycieli szkół specjalnych świeckich. Okazało się, że te dwie grupy istotnie się od siebie różniły w wyrażanych opiniach i przekonaniach na temat edukacji seksualnej. Nauczyciele szkół specjalnych świeckich dla osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie prezentowali bardziej otwarte spojrzenie na zagadnienie edukacji seksualnej, szukali sposobów, jak skutecznie te treści realizować widzieli potrzebę takich zajęć. Nauczyciele szkół specjalnych katolickich byli bardziej zamknięci, podważali sensowność realizacji niektórych treści edukacji seksualnej, byli też bardziej zamknięci na te tematy. Nieistotnie statystycznie okazywały się różnice pomiędzy nauczycielami szkół specjalnych dla osób niewidomych i słabowidzących oraz masowych. Poglądy ich były bardziej zachowawcze i neutralne oraz mniej wyraźne.

Podsumowując, można dodać, iż odkrywanie seksualności to proces niekończącej się podróży, która trwa od narodzin i kończy się w późnej starości. Seksualność dotyczy w takim samym stopniu osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych, a jej przeżywanie ma zawsze wymiar indywidualny. Pamiętajmy, iż osoba z niepełnosprawnością intelektualną ma takie same prawa do realizacji własnej seksualności i cieszenia się przyjemnościami płynącymi z własnego ciała, jak osoba pełnosprawna, a wybór drogi realizacji swojej płciowości powinien zawsze być wyborem osoby niepełnosprawnej. Rodzic, opiekun czy profesjonalista może ten proces jedynie mądrze wspierać – nigdy ograniczać.

Porozmawiajmy o seksualności R. Kijak 2013

Drogi Nauczycielu!

Przedstawiam ankietę, która dotyczy problematyki seksualności osób niepełnosprawnych. Proszę cię, odnieś się do pytań w niej zawartych i według własnego uznania oraz zgodnie z własnymi poglądami, postaraj się na nie odpowiedzieć.

Pamiętaj! Każda Twoja odpowiedź jest cenna i dobra, tu nie ma złych i dobrych odpowiedzi.

Twoje opinie posłużą w lepszym zrozumieniu kwestii seksualności osób niepełnosprawnych.

Pamiętaj również, że ta ankieta jest anonimowa, a więc nigdzie się nie podpisuj. Nie określaj ani płci, ani wieku.

A teraz usiądź wygodnie, weź ołówek lub długopis i postaraj się w skupieniu udzielić kilku odpowiedzi.

a więc zaczynamy...

Postaraj się na skali zaznaczyć, jaka jest prawda:



w wybranym przez siebie polu postaw **X**

- (1) Tak stwierdzenie jest prawdziwe, całkowicie się zgadzam
- (2) To stwierdzenie jest tylko częściowo prawdziwe
- (3) To stwierdzenie jest całkowicie nieprawdziwe i nie zgadzam się z nim

1. Różnice w zakresie dojrzewania płciowego u osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie

- a) Występują znaczne różnice w porównaniu z osobami pełnosprawnymi w zakresie budowy anatomicznej narządów płciowych



- b) Rozwój płciowy jest opóźniony o 2-3 lata



- c) Występuje 100% bezpłodność



- d) Brak jest miesiączki u kobiet i ejakulacji u mężczyzn



- e) Owłosienie łonowe nie występuje



- f) Ciągłe pojawiająca się erekcja



2. Popęd seksualny u osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie

- a) Podobny jak u pełnosprawnych osób, mają potrzeby i chcą je realizować



b) Rozbudzeni seksualnie



c) Zahamowani seksualnie



d) Podejmują zachowania nieprawidłowe (ekshibicjonizm, publiczna masturbacja)



3. Zachowania seksualne osób głębiej niepełnosprawnych intelektualnie

a) Rzadko występują zachowywania partnerskie



b) Dominują patologiczne zachowania seksualne



c) Tylko masturbacja jako dominująca lub jedyna forma aktywności seksualnej



d) Brak przywiązania i satysfakcji z bliskości seksualnej



4. Budowanie relacji partnerskich i role rodzicielskie

a) Nie budują, bo nie potrafią



b) Rzadko budują, nie są zdolni samodzielnie wchodzić w takie role



- c) Prawo zezwala na małżeństwo osób niepełnosprawnych intelektualnie

1 2 3

- d) Mogą posiadać dzieci z punktu prawnego

1 2 3

5. Orientacja seksualna

- a) U osób niepełnosprawnych intelektualnie orientacja homoseksualna nie kształtuje się

1 2 3

- b) Homoseksualność jest powszechna u osób niepełnosprawnych intelektualnie

1 2 3

- c) Osoby niepełnosprawne intelektualnie są głównie aseksualne

1 2 3

A teraz postaraj się odpowiedzieć czy się z tym zgadzasz czy może nie

Zgadzam się

Nie zgadzam się

w wybranym przez siebie polu wstaw X

1. Masturbacja jest:

- a) Zjawiskiem powszechnym

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- b) Zjawiskiem dobrym

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- c) Jej uprawianie ma pozytywny wpływ na seksualność i wzmacnia więź z własnym ciałem

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- d) Może rozwijać ludzką seksualność

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- e) Gdy masturbacja podopiecznego pojawia się w miejscu publicznym, należy wskazać podopiecznemu miejsce, gdzie ma ją dokończyć, zaprowadzić go tam i pomóc mu w zachowaniu higieny intymnej (poprzez podanie ręcznika)

Zgadzam się

Nie zgadzam się

2. Antykoncepcja i sterylizacja jest:

- a) Ważny element kontaktu seksualnego należy uczyć, jak stosować antykoncepcję

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- b) Nie jest ważna trzeba rozwijać wstrzemięźliwość

Zgadzam się

Nie zgadzam się

- c) Należy rozważyć sterylizację kobiet i mężczyzn niepełnosprawnych intelektualnie

Zgadzam się

Nie zgadzam się

3. Miłość i partnerstwo

- a) Partnerstwo tych osób jest mało możliwe ze względu na ich niedojrzałość, brak odpowiedzialności i miłości

Zgadzam się

Nie zgadzam się

A teraz na skali odnieś się, jakie odczucia wzbudzają w tobie te cztery pojęcia w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie

Pojęcie

Jasny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ciemny

w wybranym przez siebie polu wstaw X

1. Partnerstwo osób niepełnosprawnych intelektualnie

Zły 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Dobry

Brzydki 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ładny

Pozytywny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Negatywny

Przyjemny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Nieprzyjemny

2. Aktywność seksualna osób niepełnosprawnych intelektualnie

Zły 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Dobry

Brzydki 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ładny

Pozytywny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Negatywny

Przyjemny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Nieprzyjemny

3. Prokreacja osoby niepełnosprawnej intelektualnie

Zły 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Dobry

Brzydki 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ładny

Pozytywny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Negatywny

Przyjemny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Nieprzyjemny

4. Homoseksualizm osób niepełnosprawnych intelektualnie

Zły 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Dobry

Brzydki 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ładny

Pozytywny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Negatywny

Przyjemny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Nieprzyjemny

5. Antykoncepcja osób niepełnosprawnych intelektualnie

Zły 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Dobry

Brzydki 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Ładny

Pozytywny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Negatywny

Przyjemny 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 Nieprzyjemny

Na zakończenie zastanów się, jakie treści są odpowiednie dla edukacji seksualnej osób niepełnosprawnych intelektualnie

Oznacz tak lub nie i napisz swój komentarz (TWOJE WYPOWIEDZI SĄ BARDZO WAŻNE)

1. Treści na temat przyjaźni, miłości, budowania relacji przyjacielskich i partnerskich (treści obejmują też definicje związku, randki, pierwszych miłości, zakochania, pierwszego rozczarowania, zerwania)

Tak

Nie

.....
.....

2. Dorastanie dojrzewanie, popęd seksualny, ejakulacja, menstruacja

Tak

Nie

.....
.....

3. Poczucie wstydu, miejsca prywatne i publiczne, profilaktyka zapobiegania wykorzystywaniu seksualnemu, ochrona prywatności

Tak

Nie

.....
.....

4. Zachowania seksualne, orientacja i tożsamość płciowa

Tak

Nie

.....
.....

Drogi Nauczycielu, bardzo dziękuję za pomoc!

Jestem kobietą, jestem mężczyzną i jestem osobą z niepełnosprawnościami. Przemiany tożsamości seksualnej osób niepełnosprawnych

Ratyfikowanie przez Polskę w 2012 roku Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, zdecydowanie wpływa na kształtowanie się obecnej sytuacji osób niepełnosprawnych w naszym kraju. Spowodowało ono wzrost znaczenia praw człowieka w odniesieniu do funkcjonowania w społeczeństwie osób niepełnosprawnych. W duchu przyjętej Konwencji powinny mieć one stworzone warunki do satysfakcjonującego życia na równi z osobami sprawnymi dzięki likwidacji barier społecznych i przestrzennych, które pozwolą na pełne włączenie tej kategorii społecznej do funkcjonowania w społeczeństwie.

Dominujący od niedawna model indywidualno-medyczny definiowania niepełnosprawności, który został ukształtowany w dobie industrializacji, spowodował wykluczenie osób niepełnosprawnych z życia społecznego skazując ich na marginalizację. Nie byli oni bowiem w stanie sprostać zmieniającej się organizacji pracy w systemie kapitalistycznym, który wiązał efektywność z tempem pracy gwarantującym wydajność¹. Spojrzenie na niepełnosprawność z tej perspektywy lokowało ją w przestrzeni, która była silnie zmedykalizowana. Ukazywano ją, jako chorobę, deficyt, nieprawidłowość fizyczną lub

¹ O. Michael. *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*, Macmillan Press LTD, Londyn 1990, s. 28.

umysłową. Podejście to koncentrowało się wyłącznie na ukazywaniu obszarów niedostosowania osób niepełnosprawnych, które tylko dzięki profesjonalnej opiece specjalistów, lekarzy, psychologów, terapeutów, pedagogów oraz instytucji powołanych do opieki nad osobami niepełnosprawnymi mogą poprawić jakość swojego życia i zostać włączonymi do społeczeństwa².

Ukształtowało to myślenie o osobach niepełnosprawnych jako cierpiących, zmagających się z własnym kalectwem, które jest ich osobistą tragedią i uniemożliwia im pełne funkcjonowanie w społeczeństwie³. Nie było w nim miejsca na myślenie o tej kategorii społecznej w perspektywie ich płciowości i seksualności. Dopiero dziś, gdy niepełnosprawność jest ujmowana w szerszej, społecznej perspektywie zauważalne są te kwestie w przestrzeni dyskursu publicznego. Co stwarza pole dla redefiniowania przez osoby niepełnosprawne postrzegania własnej płciowości i seksualności. Jednak wciąż refleksje dotyczące seksualności osób niepełnosprawnych stanowią marginalizowany problem. Nawet ruchy osób niepełnosprawnych, które walczą o prawa tego środowiska do niezależnego życia. Nie wysuwają tej problematyki na pierwszy plan w postulowanych zmianach dotyczących pozycji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Tematyka ta jest słabo obecna w ich działaniach, ponieważ zdecydowanie łatwiej opracować strategię na zmiany w odniesieniu do dyskryminacji w zatrudnieniu, edukacji i przestrzeni publicznej, niż mówić o wykluczeniu z seksualności i reprodukcji osób niepełnosprawnych⁴. Również w dyskursie, skoncentrowanym wokół zmian w definiowaniu niepełnosprawności zwykle problemy seksualności osób niepełnosprawnych są omijane. Największy nacisk zostaje położony na kwestie o charakterze społeczno-politycznym i strukturalnych aspektach marginalizacji

² B. Collin, M. Geof, *Exploring Disability. A Sociological Introduction*, Polity Press, Cambridge 2012, s. 18-19.

³ S. French, J. Swain, *Working with Disabled People In Policy and Practice*, Palgrave Macmillan, Londyn 2012, s. 4-5.

⁴ A. Finger, *Forbidden Fruit*, *New Internationalist*, 1992, 233, s.8-9. <http://newint.org/features/1992/07/05/fruit/#sthash.bF44SHeU.dpuf>.

osób niepełnosprawnych oraz barier w sferze publicznej uniemożliwiających pełne włączenie tej kategorii do życia społecznego. Niewiele miejsca natomiast jest poświęcane tożsamości, osobistych doświadczeń i życia prywatnego osób niepełnosprawnych, w tym kwestiom płciowości i seksualności⁵. W rezultacie mamy do czynienia z sytuacją, w której istnieje swoiste tabu wokół kwestii relacji seksualnych osób niepełnosprawnych. Mimo że mają one swoje potrzeby emocjonalne i seksualne, to kwestie te bardzo rzadko pojawiają się w codziennej prasie, magazynach czy filmach. Istnieje wyraźna tendencja w społeczeństwie do widzenia osób niepełnosprawnych, jako chorych i pozbawionych seksualności, a nie w pełni uczestniczących w relacjach rodzinnych i życiu seksualnym⁶. Takie myślenie o seksualności pojawia się też w obrębie środowiska osób niepełnosprawnych, wydaje się, że wciąż jeszcze tkwi ono w modelu indywidualno-medycznym, który spowodował, że u tej kategorii społecznej ukonstytuowały się negatywne obrazy samych siebie. Niepełnosprawność w takim ujęciu traktowana jest jako indywidualne niedostosowanie do życia w społeczeństwie, będące wynikiem fizycznych dysfunkcji. Spowodowało to powstanie wśród osób niepełnosprawnych poczucia konieczności pogodzenia się ze stratą związaną ze swoimi ułomnościami i dostosowania do rzeczywistości społecznej. Dopiero podejście społeczne do niepełnosprawności pozwoliło dostrzec, że obraz ten powstał w wyniku doświadczania opresyjnych stosunków społecznych. W rezultacie nastąpiło skoncentrowanie się na możliwości zmiany społeczeństwa, w kierunku umożliwiającym osobom niepełnosprawnym promowania innego zrozumienia siebie⁷.

Model społeczny, który zanegował definiowanie niepełnosprawności jako obiektywnego faktu medycznego, wskazał na relacje władzy wyra-

⁵ T. Shakespeare, *Researching Disabled Sexuality*, [w:] C. Barnes i G. Mercer (red.), *Doing Disability Research*, "The Disability Press", 1997 s. 179.

⁶ T. Shakespeare, K. Sell, D. Davies, *The sexual politics of disability: Untold stories*, Cassell, Londyn 1997, s. 11.

⁷ T. Shakespeare, *Disability, Identity, Difference*, [w:] C. Barnes i G. Mecer (red.), *Exploring the Divide: Illness and Disability*, The Disability Press, Leed 1996, s. 98.

żane we wzorcach społecznych jako podstawę do marginalizacji osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Tym samym odrzucono obraz osób niepełnosprawnych jako ofiar swoich własnych dysfunkcyjnych ciał lub umysłów, które potrzebują opieki, leczenia lub charytatywności. Bierność i niepełnosprawność w tym modelu przestały być synonimami⁸. Spowodował on też budowanie pozytywnych obrazów niepełnosprawności, opartych na zauważaniu jej pozytywnych aspektów. Zaprzeczył więc w swoich założeniach dotychczas dominującemu modelowi tragicznego postrzegania niepełnosprawności. W jego ramach osoby niepełnosprawne zaczęły być przedstawiane poprzez ich aktywność zawodową, pozazawodową związaną z hobby, sportową czy artystyczną. Pokazując, że osoba niepełnosprawna sama dzięki swej aktywności jest w stanie przełamać przypisane jej pozycje w społeczeństwie⁹. Może też zrekonstruować swój obraz w odniesieniu do własnej płciowości i seksualności. Odrzucając dotąd przypisywane jej role i pozycje społeczne, które umieszczały w sferze niedostępnej związku partnerskie i seksualne osób niepełnosprawnych.

Tożsamość płciowa i seksualna osób niepełnosprawnych

Tożsamość jest konstruowana w oparciu o pewien zbiór atrybutów kulturowych, którym przyznaje się pierwszeństwo przed innymi¹⁰. Konstruowana jest ona indywidualnie i stanowi źródło sensów dla samej jednostki, która ją konstruuje¹¹. Tożsamość jednostkowa będzie tu rozumiana, jako autodefinicja siebie, jest ona kształtowana zarówno w relacji z samym sobą, jak i światem zewnętrznym: innymi ludźmi i kulturą¹². Dziś w dobie społeczeństwa postindustrialnego,

⁸ B. Hughes, *Disability and the Body*. w: C. Barnes, M. Oliver, L. Barton, *Disability Studies Today*. "Polity Press", Cambridge 2002, s. 65.

⁹ S. French, J. Swain, C. Cameron (red.), *Controversial Issues in a Disabled Society*, Open University Press, Londyn 2003, s 68-69

¹⁰ M. Castell, . *Siła tożsamości*, PWN, Warszawa 2008, s. 22.

¹¹ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.

¹² M. Golka, *Cywilizacja współczesna i jej globalne problemy*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2012, s. 303.

w obliczu pojawienia się wielu nowych form zapośredniczenia doświadczenia, tożsamość jednostki staje się procesem i ma charakter refleksyjny. Stanowi ona w takim ujęciu indywidualny projekt „ja”, który polega na utrzymywaniu spójnych, chociaż wciąż na bieżąco weryfikowanych narracji biograficznych rozgrywających się w kontekście wielokrotnych wyborów jednostki¹³. Nie zawsze jednak jednostkowe tożsamości, zyskują społeczne uznanie, pojawia się wówczas problem zgodności aspektu subiektywnego i obiektywnego tożsamości. Wynika on z odczuwania niezgodności pomiędzy istnieniem do którego pretenduje jednostka, a tym, które społeczeństwo chce przyznać¹⁴.

Erwin Goffman w *Piętnie* ukazuje problemy tożsamościowe jednostek narażonych na wykluczenie i napiętnowanie ze względu na swoją odmienność. Dzieje się to w trakcie społecznych kontaktów i interakcji, w które wchodzi jednostki. W ich ramach mogą ujawnić się atrybuty, które są niepożądane społecznie i osoba je posiadająca od razu postrzegana jest jako gorsza i niepełnowartościowa¹⁵. Takim dyskredytującym atrybutem, określanym tu mianem „piętna”, zdecydowanie jest niepełnosprawność, która wpływa na relacje z otoczeniem społecznym oraz kształtuje obrazy osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, które potem wpływają na tożsamości przyjmowane przez osoby niepełnosprawne. W rezultacie pozycja osób niepełnosprawnych w społeczeństwie jest generowana nie tylko przez ich deficyty fizyczne lub chorobę, ale składają się na nią również (a może przede wszystkim) stereotypy podzielane powszechnie, sprawiające, że osoba niepełnosprawna postrzega siebie przez ich pryzmat. W rezultacie, w procesie socjalizacji przyjmuje i wypełnia w dużej mierze takie role społeczne, jakie narzuca stereotyp¹⁶. Dotyczy to wszystkich przezeń życia społecznego, jednak wydaje się, że sfera seksualności i wypełniania ról płciowych jest szczególnie istotna w tej perspektywie,

¹³ A. Giddens, *Nowoczesność...*, op. cit., s. 8-9.

¹⁴ C. Taylor, *Źródła współczesnej tożsamości*, [w:] Krzysztof Michalski (red.), *Tożsamość w czasach zmiany. Rozmowy w Castel Gandolfo*, Znak, Kraków 1995, s. 14.

¹⁵ E. Goffman, *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2005, s. 50.

¹⁶ T. Shakespeare, *Disability, Identit...*, op. cit., s. 99.

bowiem tożsamość seksualna i płciowa osób niepełnosprawnych wymaga przełamania wielu barier społecznych i środowiskowych tkwiących w społeczeństwie, ale też istniejących w samym środowisku osób niepełnosprawnych, które przyjęło narzucone role i musi dziś w dobie kształtowania nowego społecznego postrzegania niepełnosprawności walczyć z nierównym dostępem do technologii, pozycji na rynku pracy i przestrzeni społecznej¹⁷. Co powoduje poważne konsekwencje dla funkcjonowania osób niepełnosprawnych i budowania ich tożsamości seksualnych. Wykluczające praktyki wypracowane w dobie społeczeństwa przemysłowego, nadal owocują odmawianiem temu środowisku podstawowego prawa do bycia osobami seksualnymi i pełnienia ról, tradycyjnie wyrastających z płci. Wymaga to likwidacji barier zarówno w sensie fizycznej dostępności przestrzeni dla tej kategorii osób, jak i budowania pozytywnych wizerunków osób niepełnosprawnych w mediach oraz debacie publicznej¹⁸.

Seksualność osób niepełnosprawnych może być wrażana różnymi sposobami. Istotny będzie tu zarówno sposób ubierania się, makijaż, jak i sposób flirtowania. Wszystko to pozwala na wyrażenie swojej seksualności, zmanifestowanie jej w typowy dla siebie sposób, który stanowi istotę tożsamości jednostkowej. Wyrażanie się w przestrzeni seksualnej stanowi ważny jej element. Stanowi on istotną część kształtowanej tożsamości i odmowa możliwości realizowania się w tej przestrzeni prowadzi do poczucia utraty własnej wartości¹⁹. Co wyklucza budowanie pozytywnych tożsamości niepełnosprawności, które dają szansę na aktywizację tego środowiska i jego pełne włączenie do społeczeństwa na równych prawach.

¹⁷ B. Borowska-Beszta, *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Impuls, Kraków 2012, s. 79.

¹⁸ S. Bonnie, *Disabled people disability and sexuality*, [w:] J. Swain, F. Sally, C. Barnes, C. Thomas (red.), *Disabling Barriers – Enabling Environments*. Sage, London 2012, s. 131.

¹⁹ Ibidem, s. 126-127.

Metodologia

Zasadniczym celem artykułu będzie ukazanie, w jaki sposób dziś zmienia się tożsamość seksualna osób niepełnosprawnych, która kształtuje się, pod wpływem zmieniającego się modelu postrzegania niepełnosprawności we współczesnej Polsce. Co stwarza przestrzeń dla redefiniowania przez osoby niepełnosprawne dziś swojej tożsamości w przestrzeni postrzegania własnej płciowości i seksualności.

Badaniu poddano – metodą wywiadu biograficznego – 30 osób. Wywiad składał się z dwóch zasadniczych części. W pierwszej skoncentrowano się na odtworzeniu typu niepełnosprawności oraz stopniu zależności od innych, pytania dotyczyły subiektywnego stopnia odczuwania własnej niezależności w codziennych czynnościach życiowych i określenia swoich dysfunkcji. Uznano bowiem, że pozwoli to na rzeczywiste odtworzenie poziomu odczuwanej niepełnosprawności, a nie jedynie kategorii przyznanej przez obiektywne metody, wyrastające z modelu medycznego myślenia o niepełnosprawności, wyrażane stopniami niepełnosprawności. Respondenci, którzy wzięli udział w badaniu, mimo znacznego stopnia niepełnosprawności, deklarowali możliwość samodzielnego życia, przy pewnym tylko wsparciu ze strony otoczenia w realizowaniu swoich codziennych czynności. W badaniu wzięło udział 7 osób niewidomych, 7 osób z niepełnosprawnością słuchu oraz 8 osób z niepełnosprawnością ruchową. 8 osób miało niepełnosprawność sprzężoną. Nie brano pod uwagę osób niepełnosprawnych umysłowo, uwzględniając specyfikę tej kategorii osób niepełnosprawnych i inny rodzaj stereotypowego postrzegania wypełniania przez te osoby swoich ról seksualnych oraz płciowych. Taki dobór próby miał umożliwić odtworzenie istniejących obrazów seksualności i płciowości osób niepełnosprawnych. Zdecydowano się na przeprowadzenie wywiadu z osobami z różnymi rodzajami niepełnosprawności, by dobór próby nie miał wpływu na wnioskowanie.

Do odtworzenia funkcjonujących wśród osób niepełnosprawnych modelowych tożsamości płciowych i seksualnych posłużono się pytaniami o: życie rodzinne, życie osobiste, doświadczenia w kontaktach

z osobami sprawnymi. Chciano dzięki temu zrekonstruować tożsamości seksualne i płciowe budowane we współczesnych społeczeństwach. Ze względu na bardzo dużą rolę, jaką dziś przestrzeni kontaktów interpersonalnych i nawiązywania i utrzymywania pełni Internet, pytania dotyczyły również wpływu i znaczenia sieci na tę sferę życia osób niepełnosprawnych.

Tożsamości seksualne osób niepełnosprawnych

Z przeprowadzonych wywiadów można zauważyć wyraźnie funkcjonowanie dziś trzech typów tożsamości seksualnej i płciowej osób niepełnosprawnych. Pierwsza z nich obejmowała osoby, które deklarowały, że w życiu społecznym nie mogą wypełniać swoich ról płciowych. Określały się one jako single i nie widziały możliwości zmiany tej sytuacji. Taka postawę prezentowało 15 osób spośród badanych. Taka tożsamość została zbudowana przez nich już w okresie wczesnej młodości, kiedy uświadomili sobie swoją inność i w rezultacie pogodzili się na etapie z niemożnością realizowania się w rolach społecznych przypisanych płci i wyrażania swojej seksualności w relacjach społecznych. Taką postawę obrazują słowa jednej z badanych:

Nie szukałam nigdy partnera, pogodziłam się z tym, nie chcę być dla nikogo ciężarem. Oczywiście jeszcze w liceum często się w kimś zakochałam w podstawce też, miałam nawet kilka razy chłopaka, ale kiedy człowiek przestaje być samodzielny i musi liczyć na czyjąś opiekę, to trudno, żeby myślał o rodzinie, związku partnerskim (wywiad 10).

Taki typ tożsamości wynika z podporządkowania się w czasie socjalizacji stereotypom osoby niepełnosprawnej jako zależnej, potrzebującej pomocy, niezdolnej do samodzielnego życia, która nie jest w stanie realizować swoich ról płciowych ze względu na swoją niepełnosprawność. Osoby te nie walczyły o zmianę swojej sytuacji, taki obraz niepełnosprawności był w nich głęboko zakorzeniony. Na pytanie o życie rodzinne i opowiadały o relacjach z rodzicami i rodzeństwem, dopytywane o chęć założenia własnej rodziny odpowiadały, że nie są w sta-

nie samodzielnie funkcjonować i potrzebują opieki, co zupełnie w ich przekonaniu dyskwalifikowało je do takich ról społecznych. Kompensowały brak aktywności na tym polu, podkreślając znaczenie aseksualnych relacji z otoczeniem. Mówiły o częstych kontaktach towarzyskich ze znajomymi z pracy, szkoły oraz szeroko pojętego otoczenia społecznego. Internet stanowił dla nich przestrzeń podtrzymywania tych kontaktów oraz nawiązywania nowych znajomości. Jednak, jak podkreślali sami badani, nawiązywane relacje nie miały seksualnego charakteru.

Osoby te dopytywane o bariery nie wskazywały innych – poza poczuciem zależności od innych. Można więc zauważyć u tych osób bardzo silne przywiązanie postrzegania siebie przez pryzmat pozycji przypisywanych osobom niepełnosprawnym w społeczeństwie. W tej kategorii mieszcili się też ludzie (3 osoby), którzy mieli rodziny, ale w wyniku niepełnosprawności zrezygnowali w pełnienia w nich aktywnych ról. Najczęściej mówili oni, że nie chcieli być ciężarem i czuć się bezwartościowi. Najmocniej sytuację ta przeżywali badani mężczyźni, którzy utratę sprawności kojarzyli ze swoją zupełną bezużytecznością w sferze seksualnej. Obrazują to słowa jednego z badanych: *Nie mogłem dłużej trwać w związku, nie dało się, ciągle czułem, że nie mogę już dać mojej żonie tego, czego potrzebuje. Byłem bezużyteczny jako mężczyzna. Sam zdecydowałem o rozwodzie, na szczęście nie mieliśmy dzieci, to bardzo ułatwiło rozstanie (wywiad 5).*

Inny typ prezentowały osoby, które na pewnym etapie swojego życia było gotowe na poszukiwanie partnera (7 osób spośród respondentów). Określali się podczas badania jako single, lecz wyraźnie zaznaczali, że to sytuacja przejściowa. Wiele osób z tej grupy przyznawało się do prób nawiązania relacji partnerskich, ale szybko się poddawały ukazując własną niepełnosprawność jako źródło niepowodzeń. Jednak mimo to nie rezygnowały z aktywności w tej przestrzeni uważając, że nie trafiły na kogoś, kto był dla nich przeznaczony. Można jednak zauważyć, że osoby te budowały swoją tożsamość seksualną przez pryzmat postrzegania siebie jako kogoś, kto jest gorszy i przez swoje

deficyty ma mniejsze szanse na bycie atrakcyjnym seksualnie dla potencjalnych partnerów. W związku z tym cechowała je niepewność w nawiązywanych relacjach, a ich niepowodzenie było tłumaczone przez nich w perspektywie własnych dysfunkcji, które były wymieniane jako podstawowa przyczyna dla niepowodzenia nawiązywanych relacji. Dlatego starali się tak długo, jak to było możliwe ukrywać to że są niepełnosprawni. Tak by nawiązana znajomość miała szansę najpierw rozwinąć się z pominięciem kwestii sprawności i atrakcyjności fizycznej. Można więc zauważyć, że osoby te miały silnie zakorzenione poczucie obniżonej wartości ze względu na deficyty fizyczne.

Badani ci zdecydowanie pozytywnie oceniali internet jako przestrzeń pozwalającą na nawiązanie nowych relacji o charakterze interpersonalnym, również tych o seksualnym charakterze. Mimo że same doświadczyły pewnych nieprzyjemności i kłopotliwych sytuacji, dzięki kontaktom budowanym w ramach wirtualnych sieci, to i tak wskazywały je jako przestrzeń, która pozwala na nawiązanie uczuciowych i seksualnych. Obrazują to słowa jednej z badanych:

Ja mam doświadczenia negatywne, poznałam kogoś, ale nie wyszło. Oszukał mnie. Jednak moja koleżanka, która zapisała mnie na ten portal randkowy, znalazła tam partnera i do dziś są razem (wywiad 24).

Mimo że osoby te deklarowały dużą otwartość na przyjmowanie ról płciowych i wyrażania swojej seksualności w przestrzeni publicznej to najpewniej czuły się w swoim własnym środowisku. Wśród osób niepełnosprawnych ich relacje towarzyskie przebiegały bez zakłóceń, jednak rzadko miały charakter seksualny, zwykle stanowiły one kompensacje aktywności społecznej i były nastawione na budowanie jedynie relacji koleżeńskich i przyjacielskich, a nie partnerskich. Tylko dwie osoby z tej kategorii budowały w swoim życiu związki z innymi osobami niepełnosprawnymi. Okazały się one nietrwałe, mimo bliskości sytuacji nie umieli znaleźć porozumienia. Tak więc to nie tylko brak sprawności fizycznej u tych osób było powodem niemożności nawiązania trwałych związków, wpływały na to raczej stereotypowe obrazy

społeczne niepełnosprawności, które zostały przez te osoby socjalizowane. Mimo że poszukiwały aktywnie partnerów to w nawiązywanych relacjach czuli się niepewnie i rezygnowali z nich, wycofywali się pod wpływem własnego poczucia bycia nieatrakcyjnymi, dysfunkcyjnymi. Respondenci ci podkreślali jednak, że mają wciąż nadzieję na znalezienie bratniej duszy, co wskazywało na ich chęć wyzwolenia się z opresyjnego obrazu niepełnosprawności jako tragedii wykluczającej z możliwości pełnienia ról płciowych i seksualnych.

Pojawiają się też osoby niepełnosprawne, które próbują przededefiniować obraz seksualności, pokazując się jako ludzie, którzy nie uciekają przed własną atrakcyjnością i aktywnie realizują swoje role płciowe i seksualne. Jednak jak mówi jedna z respondentek, wymaga to przede wszystkim zmiany nastawienia do tej problematyki w samym środowisku osób niepełnosprawnych, które powinno przededefiniować swój obraz narzucony przez dominujące w społeczeństwie stereotypy:

Mam partnera, żyjemy w szczęśliwym związku. Niedawno się zaręczylimy. To nie niepełnosprawność sprawia, że jesteśmy sami, niektóre osoby niepełnosprawne, tak wybierają, jakby nie chcą być ciężarem, tak ich przekonano. Ja sądzę, że każdy ma prawo do szczęścia i że niepełnosprawna kobieta też ma prawo być matką, żoną (wywiad 21).

Osoby te nie obawiają się pokazywać własnej atrakcyjności, wyrażają się poprzez całą gamę zachowań i działań o charakterze seksualnym. Zaczynając od stroju, poprzez makijaż oraz określone zachowania, które wyraźnie mają zabarwienie o charakterze seksualnym. Taki charakter mają słowa jednej z badanych, która wbrew stereotypowemu postrzeganiu osób niepełnosprawnych w perspektywie choroby i ułomności fizycznych zbudowała swą tożsamość, opierając się na własnej atrakcyjności, która pozwoliła jej osiągnąć sukces w społeczeństwie. Dzięki temu, że wyzwoliła się z opresyjnych obrazów postrzegania niepełnosprawności jako zaprzeczeniu piękna fizycznego, zaczęła ona realizować się jako fotomodelka:

Zaczęło się w 2009 roku. Od dłuższego czasu każdy mi mówił, że ładnie wychodzę na zdjęciach, żebym może coś spróbowała w tym kierunku i właśnie tak zaczęłam o tym myśleć. Kurczę, czemu nie? Zauważyłam też, że wcześniej w internecie można spotkać dziewczyny, które się odważyły, a są również niepełnosprawne. Dlatego pomyślałam „dlaczego nie spróbować?” i zalogowałam się na portalu maxmodels, po kilku tygodniach odezwali się do mnie fotografowie, miałam pierwszą sesję (wywiad 30).

Wywiad ten wskazuje, że niepełnosprawność dziś przestaje być przeszkodą w budowaniu swojej tożsamości wyłącznie w kategoriach postrzegania siebie przez niedostosowanie do społeczeństwa. Wskazuje, że osoby niepełnosprawne mogą dziś prezentować swoją atrakcyjność, nie narażając się na krytykę społeczną. Oczywiście nie zawsze mamy do czynienia z akceptacją przez społeczeństwo tak wyraźnego manifestowania przez osoby niepełnosprawne swoich ról seksualnych. Nawet we współczesnych społeczeństwach, opartych na definiowaniu niepełnosprawności w kategoriach społecznego modelu, który nastawiony jest na włączenie tej kategorii społecznej do pełnego udziału w życiu społecznym dzięki likwidacji barier seksualności tej kategorii społecznej nie jest jednoznacznie pozytywnie odbierana. Wynika to z wciąż jeszcze silnie ugruntowanych stereotypów tkwiących w społecznie ugruntowanych obrazach niepełnosprawności, które powodują brak akceptacji otoczenia dla ekspresji seksualności przez osoby niepełnosprawne. W większości wywiadów (21) respondenci wskazywali na nietolerancję w tej przestrzeni. Zwykle miała ona dyskryminujący charakter, pojawiały się nieprzychylnie komentarze dotyczące stroju czy wyglądu, który podkreślał atrakcyjność fizyczną. Jednak zmiana w tej sferze jest zauważalna – 9 z badanych osób mówiło, że ich dbanie o piękny wygląd zostało docenione przez otoczenie. Obrazują to słowa jednej z respondentek, która opisując swoje kontakty interpersonalne i reakcję otoczenia na jej fizyczność, podała przykład mężczyzny, który:

powiedział mi: ale laska jesteś, usłyszeć coś takiego, no on dowartościował mnie jako kobietę niepełnosprawną, to jest coś, czego się nigdzie nie kupi, bo albo Ci ktoś powie coś takiego miłego, albo nie, to jest bezcenne moim zdaniem i to jest nie mówię, bo on mi to powiedział, że ja kobietą się czuję, ale w ogóle to jest takie fajne (wywiad 7).

Wskazuje to na zachodzące zmiany w społecznym odbieraniu kwestii dotyczących osób niepełnosprawnych. Jednak wydaje się, że na razie ten typ podejścia do seksualności i atrakcyjności osób niepełnosprawnych nadal pozostaje w mniejszości.

Wnioski

Wydaje się, że problematyka seksualności i płciowości osób niepełnosprawnych wciąż pozostaje pod wpływem postrzegania niepełnosprawności przez pryzmat modelu indywidualnego, który ukazywał ją jako indywidualną tragedię. Zmieniający się paradygmat myślenia o niepełnosprawności, przesuający ciężar definiowania niepełnosprawności z ograniczeń fizycznych tkwiących w jednostce ku barierom istniejącym w społeczeństwie, uniemożliwiającym pełne i samodzielne życie tej kategorii osób ma duże znaczenie dla tworzących się dziś tożsamości seksualnych i płciowych osób niepełnosprawnych. Jednak ich kształtowanie wśród osób niepełnosprawnych wymaga przełamania stereotypów nie tylko tkwiących w otoczeniu społecznym, ale również tych obecnych wewnątrz tego środowiska, które je ukształtowały we wcześniejszym okresie, w którym obowiązywał obraz niepełnosprawności jako tragedii osobistej.

Dzisiaj można zauważyć, że działania podejmowane w przestrzeni publicznej na rzecz zmiany dominującego obrazu niepełnosprawności w odniesieniu do kwestii tożsamości zaczynają nabierać coraz większego znaczenia. Wskazuje na to popularność takich inicjatyw, jak miss

na wózków, które pozwalają na redefinicję cielesności i fizyczności osób niepełnosprawnych²⁰.

Należy też zwrócić uwagę na fakt, że dziś mamy do czynienia z istotnymi zmianami, jeżeli chodzi o definiowanie własnej płci i przypisywanych jej ról we współczesnych społeczeństwach. Tendencje te wpływają też na kształtowanie się tożsamości płciowej osób niepełnosprawnych. Męskość i kobiecość podlegają współcześnie istotnym przekształceniom, co powoduje dodatkowe trudności w przyjmowaniu strategii poszczególnych mężczyzn i kobiet niepełnosprawnych w budowaniu swojej tożsamości seksualnej i płciowej²¹.

W wyniku tych procesów przyjmowane indywidualne tożsamości płciowe i seksualne osób niepełnosprawnych są bardziej złożone i zróżnicowane niż mogłoby się wydawać z perspektywy istniejących stereotypów ukształtowanych w dobie dominacji modelu medycznego i dokonującej się zmiany w definiowaniu niepełnosprawności. Jak się okazuje, niektóre osoby niepełnosprawne budują pozytywny obraz własnej seksualności, czują się atrakcyjne i wyzwolone z oczekiwań społecznych. Natomiast inni czują się zdecydowanie gorsi i nie starają się wyjść poza przypisane im pozycje społeczne.

²⁰ M. Stojkow, D. Żuchowska, *W kierunku nowej tożsamości – osoby niepełnosprawne w drodze ku emancypacji*, *Studia Socjologiczne*, 2014, nr 2, s. 172.

²¹ T. Shakespeare, *The Sexual Politics of Disabled Masculinity*, "Sexuality and Disability". 1999, nr 1, s. 62.

Summary

I am a woman, I'm a man and I am disabled. Transformation of sexual identity of people with disabilities

The main aim will be to show how today is changing sexual identity of people with disabilities, which is formed under the influence of changing the perception model of disability in contemporary Poland. Ratification by our country in 2012, the Convention on the Rights of Persons with Disabilities has increased the importance of human rights in relation to function in society of people with disabilities. In the spirit of the Convention should be adopted, they created the conditions for a fulfilling life on a par with non-disabled persons by removing barriers. Dominant for many years of defining medical model of disability, as a disease, and focusing only on areas demonstrating the inadequacy of disabled persons amounted to think about people with disabilities, as suffering, struggling with his own disability, which is their personal tragedy and prevents them from functioning in society. There was no place in it thinking about people with disabilities in terms of their sexuality and sexual identity. Only today in recognition of disability more broadly these issues are noticeable in the area of public discourse, especially through such actions as choices miss a wheelchair, etc. That show people with disabilities in terms of their physical attractiveness. Which creates space for new definition of people with disabilities today its identity in space perception of their own sexuality and sexual identity. Through interviews with disabled people will be possible to reconstruct the direction of changes their identity in this area.

Dr Remigiusz Kijak

Kierownik Pracowni Badań nad Seksualnością Osób Niepełnosprawnych Instytut Pedagogiki Specjalnej
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Rodzinne uwarunkowania seksualności osób niepełnosprawnych

Abstrakt

W pracy przedstawiono zagadnienie seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie z punktu widzenia uwarunkowań rodzinnych – w pierwszych częściach artykułu przedstawiono rozumienie rodziny, w dalszej opisano zagadnienie systemu, a następnie podjęto problematykę seksualności w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie z punktu widzenia teorii systemowej. Artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie, czy rodzina jako system wzajemnych interakcji, na polu której tworzą się relacje intymne, gdzie dochodzi do nabywania ról społecznych, gdzie rozgrywa się konflikt edypalny, wpływa, a jeżeli tak to, w jakim zakresie, na seksualność dzieci niepełnosprawnych intelektualnie.

Klient: Proszę ten kocyk.

Sprzedawca: Dla chłopca czy dla dziewczynki?

K: Dla chłopca.

S: Proponuję zatem inny wzór, niebieski w kowboje.

K: Klowni są zabawniejsi, bardziej mi się podobają.

S: Proszę mi wierzyć. Przychodzi do nas wielu ojców, którzy długo się zastanawiają nad kolorem i wzorem, ale i tak wybierają niebieskie z kowbojami.

(fragment. C. Tavis, C. Wade, *Psychologia. Podejście i koncepcje*, Wyd. Zysk i Spółka, Poznań 2008, s. 204).

Rozważania odniesione zostały do ogólnej teorii systemów. System jest tu określany jako zespół powiązanych ze sobą elementów wzajemnie na siebie wpływających, który, aby utrzymać swoją tożsamość, musi zachować pewną stałość struktury. W sytuacji wystąpienia pewnych trudności, napięć w rodzinie, „terapia systemowa” może stać się sposobem na zintegrowanie sfery seksualnej i relacyjnej¹.

Rodzina

W literaturze przedmiotu istnieje wiele różnych definicji rodziny. Jedne akcentują jej aspekty pedagogiczne, inne psychologiczne, a kolejne socjologiczne czy prawne, są też definicje biologiczne, gospodarcze oraz kulturowe. Odnajdywane w literaturze definicje mają rozmaity charakter. Jedne eksponują fakt, iż rodzina jest grupą, inne podkreślają jej wychowawczy charakter. Stwierdzić należy, iż obecnie w pedagogice podejście do rodziny zmierza w trzecim kierunku, czyli akcentowania jej funkcjonowania jako systemu wzajemnych interakcji. Mówiąc współcześnie o rodzinie, należy mieć na uwadze poszczególne jej elementy, które ujmować można na tle działania całego systemu rodzinnego. Różnorodne określenia rodziny charakteryzują się jedną wspólną cechą, a mianowicie eksponowaniem jej znaczenia zarówno dla indywidualnego życia jednostki, jak i całego społeczeństwa, któremu zapewnia ciągłość biologiczną i przekazuje dziedzictwo kulturalne².

¹ B. Konieczna, M. Hryńko, *Seksualność w ujęciu terapii systemowej*, „Seksuologia Polska”, 2012, nr 10,1, s. 36–40.

² Zob. F. Adamski, *Rodzina wymiar społeczno-kulturowy*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002, s. 28; W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa 2001, s. 337; B. Balcerzak-Paradowska, *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, Wydawnictwo UW, Warszawa 2004, s. 30; J. Maciaszkowa, *Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej*, Warszawa 2002, s. 38; K. Dąbrowski, *Pedagogika opiekuńcza w zarysie, cz. I*, Olsztyn, 2003, s. 74; J. Nikitorowicz, *Udział dziecka w organizacji życia rodzinnego*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa 2001, s. 89.

Kilka ujęć badawczych według F. Adamskiego i Z. Tyszki

F. Adamski³ wyróżnia kilka podejść badawczych do problematyki rodziny. Pierwszym podejściem jest podejście biologiczno-antropologiczne, w którym akcentowano i dostrzegano w życiu rodzinnym przede wszystkim czynniki biologiczne, jak zależność biologiczna dziecka od matki. Wyróżnione czynniki biologiczne stanowiły rygorystyczne ramy obyczajów, nakazy religijne, przepisy prawa. Dopiero wynikiem ich działania są określone fazy rozwoju rodziny, różne formy i kształty funkcjonowania. W kolejnym okresie dzięki nowo opracowanym metodom podejmowano całkowicie odmienne badania. Kluczowa zmiana polegała na przejściu od zagadnień ogólnych ku bardziej konkretnym. Prowadzono badania w zakresie zagadnień ekonomicznych i socjalnych rodziny, pojawiły się badania w obszarze dezorganizacji rodziny. Trzeci okres przypada na lata 30. XX wieku i charakteryzuje się badaniami psychologiczno-społecznymi życia rodzinnego. Po okresie działań wojennych w latach 50. XX wieku rozpoczyna się czwarty okres badań nad rodziną, w którym zarysowuje się tendencja do budowania socjologicznych teorii rodziny. W okresie tym dąży się do wyjaśniania zjawisk życia rodzinnego poprzez funkcjonowanie innych instytucji, poszukuje się również zależności między zmianami w rodzinie a przeobrażeniami ogólnego kontekstu społecznego.

Obecnie, zdaniem Z. Tyszki⁴, rodzina odnosi się do zewnętrznych układów społecznych, z uwzględnieniem społeczeństwa globalnego łącznie. Nieustannie podlega zewnętrznym wpływom i sama wpływa na zewnętrzny świat społeczny, pozostając w nim w nieustannej interakcji. Takie postrzeganie rodziny ma niewątpliwe znaczenie dla analizy jej funkcji socjalizacyjno-wychowawczych, a także dla współczesnej pedagogiki. Dlatego też najnowszym nurtem metodologicznym w badaniach nad rodziną jest podejście systemowe, zakładające, iż rodzina nie stanowi tylko sumy jednostek, lecz jest integralną całością podlegająca wewnętrznym i zewnętrznym oddziaływaniom. Rodzina, jak pisze

³ F. Adamski *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*, Warszawa 1982.

⁴ Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Warszawa 1997, s. 31.

M. Braun-Gałkowska⁵, tworzy – jako autonomiczna grupa społeczna o charakterze wspólnoty lub instytucji – swoisty system wyposażony w pewien zespół norm i zasad sprzyjających jego spójności. Warto dodać, iż system rodziny posiada również określone cele i sposoby zaspokajania potrzeb poszczególnych członków rodziny i realizacji podstawowych zadań społecznych⁶⁷.

Najbardziej rozpowszechnioną propozycją, która znalazła zastosowanie w pracach interdyscyplinarnych, zmierzających do ujednoczenia dyscyplin, jest ogólna teoria systemów, stworzona przez L. von Bertalanffy'ego⁸.

System L. von Bertalanffy'ego

W centrum teorii jest termin „system”. Oznacza on zespół powiązanych ze sobą elementów, które stanowią pewną całość. Istotą całości jest to, że nie jest ona zwykłą sumą jej części. Dla systemu, który ulega ciągłym przekształceniom, ważna jest „właściwość”, względem której każda zmiana, choćby jakiejś części, wpływa na jej pozostałe części. System dodatkowo, aby utrzymać swoją tożsamość, musi zachować pewną stałość struktury⁹.

⁵ M. Braun-Gałkowska, *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1992.

⁶ Por. B. Szabała, *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2009, s. 39.

⁷ Ciekawy pogląd wysunął T. Michalczyk, który proponuje badania empiryczne nad rodziną wywodząc z teorii racjonalnego wyboru. W proponowanej przez niego strategii badawczej rodzina traktowana jest jako wewnętrznie zróżnicowana całość i system indywidualnie rozpoznawanych dylematów reprodukcji życia w sferze biologicznej, demograficznej, społecznej, kulturowej, ekonomicznej. W teorii racjonalnego wyboru, nacisk położony będzie przede wszystkim na indywidualne strategie formułowania się konkretnej rodziny. Podkreśla się także, iż rodzinę można ujmować jako system charakteryzujący się pewnym zespołem norm i zasad oraz środków podtrzymujących jego spójność. System rodzinny ma określone cele, sposoby zaspokajania potrzeb poszczególnych członków rodziny i realizacji podstawowych zadań i ról społecznych. Zob. T. Michalczyk, *Rodzina jako sfera racjonalnego wyboru*, [w:] H. Cudak (red.), *Rodzina polska u progu XXI wieku*, Łowicz 1997, s. 38.

⁸ Por. B. de Barbaro, *Struktura rodziny*, [w:] B. de Barbaro (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodzin*, Wydawnictwo CM UJ, Kraków 1994. B. Sidor, *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2005.

⁹ B. Konieczna, M. Hryńko, *op. cit.*

Teoria ta została rozwinięta przez S. Minuchina oraz M. Bowena¹⁰. Jak pisze M. Plopa¹¹, z perspektywy systemowej funkcjonowanie rodziny jest związane z procesem jej rozwoju i stopnia jego efektywności. Ową efektywność wyznaczają określone wzory interakcji, które odpowiedzialne są za satysfakcjonujące wykonanie jej zadań przez członków rodziny. Nieefektywna rodzina to taka, w której członkowie rodziny nie są zdolni do zarządzania podstawowymi jej zadaniami. Jak stwierdzają badacze¹², rodzina jako grupa społeczna jest wspólnotą jednostek, które są zjednoczone przez system wzajemnych, dynamicznych, psychologicznych relacji. W interakcjach tych dochodzi do sprzężeń zwrotnych. Możemy napisać, iż zmiana dokonująca się w jednym ogniwie tego systemu (w jednej osobie) powoduje zmiany w całym systemie (w rodzinie). Jak pisze B. de Barbaro¹³, każdą rodzinę cechuje swoisty układ więzi wewnątrzrodzinnych pomiędzy wszystkimi członkami rodziny. Systemowe rozumienie rodzin wiąże się z traktowaniem jej jako układu wzajemnych interakcji, stąd często niemożliwe jest rozumienie sytuacji i sposobu zachowania jednostki bez poznania i zrozumienia zależności pomiędzy jej funkcjonowaniem a reakcjami innych członków rodziny. Rodzinę traktuje się jako całość, w której każdy element ma specyficzne znaczenie dla całości systemu. Aktywnie oddziałuje na inne elementy, ale również podlega ich oddziaływaniu.

Podejście systemowe rozumienia rodzin jest ogólną strukturą teoretyczną, w ramach której – zdaniem M. Plopy¹⁴ – mieszczą się teorie o mniejszym zasięgu ogólności. Jak pisze E. Wysocka¹⁵, perspektywa systemowej analizy rodziny cechuje się dużym dynamizmem rozwojowym i wielością koncepcji autorskich różnie ujmujących system ro-

¹⁰ Por. B. de Barbaro, *op. cit.*, B. Sidor, *op. cit.*

¹¹ M. Plopa, *Psychologia rodziny. Teoria i badania. EUH-E*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Elbląg-Kraków 2004.

¹² B. Sidor, *op. cit.*, J. Rembowski, *Rodzina w świetle psychologii*, WSiP Warszawa 1978, jak również M. Braun-Gałkowska, *op. cit.*

¹³ B. de Barbaro, *op. cit.*

¹⁴ M. Plopa, *op. cit.*

¹⁵ E. Wysocka, *Człowiek a środowisko życia, podstawy teoretyczno-metodologiczne diagnozy*, Wydawnictwo ŻAK, Warszawa 2007, s. 164–166.

dziny. Generalnie możemy wyróżnić kilka modeli funkcjonowania rodziny. Model strukturalny, opracowany przez S. Minuchina¹⁶, w którym analizuje się sposób zorganizowania subsystemów rodziny, hierarchiczne stosunki między subsystemami rodziny, przejrzystości granic w subsystemach, jak określają ten model S. Kawula, A. W. Janke¹⁷ jako strukturalno-funkcjonalny, w którym ich zdaniem rodzinę traktuje się jako podsystem społeczny podporządkowany systemowi całościowemu. W ramach tego podsystemu analizuje się rolę każdego członka rodziny, układ tych ról umożliwiających funkcjonowanie rodziny i systemu całościowego. Funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny zależne jest od działających strategii (np. stylów wychowawczych) oraz wielu elementów tworzących całościową strukturę rodziny (np. czynników ekonomicznych, kulturowych, psychospołecznych). Model kołowy opracowany przez D. H. Olsona¹⁸, według którego analizie poddaje się dwa pierwotne wymiary rodziny, a więc jej spójność i zdolność przystosowania się oraz komunikację między członkami rodziny. Model systemowy opracowany przez W. R. Beaversa¹⁹, według którego analizuje się dwa pierwotne wymiary: kompetycję oraz styl funkcjonowania rodziny. Kilka ciekawych modeli odnajdziemy w pracy M. Plopy²⁰, m.in. wielowymiarowy model McMastera, w którym struktura rodziny, jej organizacja oraz interakcyjne wzorce oceniane są w perspektywie sześciu wymiarów, rozwiązywania problemów, komunikacji, funkcjonowania w rolach, reaktywności emocjonalnej, uczuciowego zaangażowania, kontroli zachowania. Ciekawy jest również model międzypokoleniowy, który wyjaśnia mechanizmy transmisji i dziedziczenia doświadczeń rodziny pierwotnej na rodzinę własną. Model kulturowy analizuje wpływ osadzenia rodziny w granicach bar-

¹⁶ S. Minuchin, *Families and Family Therapy*, Harvard University Press Cambridge 1974.

¹⁷ S. Kawula, A. W. Janke, *Polimorficzność i komplementarność badań nad współczesną rodziną*, [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005.

¹⁸ Za M. Plopa, *op. cit.*

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem, s. 49

dziej obszernego systemu społecznego na strategię działania i organizacyjną strukturę. Każdy z tych modeli ujęty z osobna podkreśla różne wymiary istotne dla efektywnego indywidualnego i rodzinnego funkcjonowania. Modele te mają jedną wspólną cechę, uznają potrzebę zajmowania się podstawowymi zadaniami zarządzania emocjonalnym klimatem rodziny, ustaleniem efektywnych zewnętrznych i wewnętrznych granic oraz elastycznym reagowaniem na nieuniknione zmiany, które towarzyszą życiu rodziny.

Systemowe ujęcie rodziny, jak pisze E. Wysocka²¹, wiąże się z traktowaniem jej jako określonego układu wzajemnych zależności, stad też nie jesteśmy w stanie zrozumieć pojedynczych sytuacji mających miejsce w rodzinie bez poznania interakcji, jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi jednostkami tworzącymi ten system. Możemy napisać, iż w modelu systemowym zakłada się występowanie tak zwanej zależności zwrotnej, która przybiera postać samowzmacniających się cyklicznych sprzężeń. Dodajmy, iż w układzie takim jednostka reaguje określonym zachowaniem na zachowanie innych członków rodziny. Tworzy się w ten sposób złożony układ sprzężeń zwrotnych, mogących mieć charakter zachowań symetrycznych i komplementarnych²². Zatem kolejną cechą rodziny w omawianym ujęciu jest kształtowanie się ról rodzinnych. Istotną cechą ról rodzinnych jest właśnie ich komplementarność. Ważne jest również istnienie hierarchicznej organizacji, oznacza to, że rodzina składa się z mniejszych jednostek strukturalnych, czyli tak zwanych subsystemów. To, co dzieje się w ramach jednego subsystemu ma wpływ na całą rodzinę. Związki zachodzące między członkami rodziny mogą mieć charakter otwarty i zamknięty. Rodzina pozostaje systemem otwartym, kiedy jej stosunki z otoczeniem zewnętrznym są bogate. Granice takiego systemu rodzinnego są elastyczne, co ułatwia w pewnym stopniu wymianę informacji i doświadczeń, przy zachowaniu intymności. Intymność jest konieczna dla zachowania tożsamości rodziny. Rodzina jest systemem otwar-

²¹ E. Wysocka, *op. cit.*, s. 165

²² Ibidem.

tym, a jej struktura ma charakter otwartego systemu społeczno–kulturowego, podlegającego zmianom. Systemy zamknięte mają mniejszą elastyczność, działają w obrębie własnych granic. Ważne podkreślenia jest zjawisko stresu, w wyniku którego dochodzi do zaburzenia systemu. Możemy napisać, iż systemy rodzinne dysponują mechanizmami obronnymi i adaptującymi się do sytuacji trudnej²³.

Jak napisano wcześniej, rodzina składa się z szeregu subsystemów. Podstawowe subsystemy wchodzące w skład rodziny, to: małżeński, rodzicielski oraz powstały między rodzeństwem. Subsystem rodzicielski odpowiedzialny jest za wykonanie zadań związanych z wychowaniem dzieci. Rodzice powinni być zdolni do wspierania swojego dziecka na każdym etapie jego rozwoju, pamiętając przy tym o uwzględnieniu równowagi między rodzicielską kontrolą a wrażliwą potrzebą usamodzielnienia się dziecka. Subsystemy muszą być hierarchicznie zorganizowane, aby rodzina mogła efektywnie funkcjonować. W rodzinie muszą być jasne struktury podziału władzy pomiędzy pokoleniami oraz w opiece nad dziećmi. Odpowiedni poziom autonomii, kontroli nad dzieckiem. Granice są kolejnym integralnym składnikiem strukturalnej organizacji systemu rodziny. Granice te określają, jak członkowie rodziny oddziałują wzajemnie na siebie. Efektywność strukturalnych fundamentów rodziny, jak pisze M. Popa²⁴, wiąże się z przejrzystością jej granic. Granice muszą być jasne, aby system rodziny mógł działać prawidłowo. Przejrzystość granic pozwala zachować swobodny przepływ informacji między rodzicami a dziećmi, jak również łatwiej jest ustalić tolerancję dla indywidualności dziecka. Granice, które nie są jasno ustalone powodują rozwój nieprawidłowych relacji między subsystemami rodziny. Nadmierna sztywność granic skutkuje wyobcowaniem, utrudnia indywidualność i zachowanie odrębności.

²³ Por. B. Sidor, *op. cit.*

²⁴ M. Plopa, *op. cit.*, s. 51.

Seksualność w ujęciu systemowym

Płeć dziecka od razu jest widoczna, poza rzadkimi wyjątkami – związanymi z anomaliami rozwojowymi – rodzimy się jako chłopcy lub jako dziewczęta, jest to różnica biologiczna. Rodzice nawet w największym uniesieniu, dzwoniąc z tą wiadomością do swojej rodziny czy znajomych nie mówią – mamy niemowlę! – krzykną – mamy chłopca, urodził nam się śliczny chłopiec, Ania przyszła na świat o 5.00.

Zgodnie z teoriami seksuologicznymi – człowiek uczy się swojej płci, nabywa ją w trakcie uczenia się zachowań, kształtowania ról, kształtuje swoją tożsamość w relacji z rodzicami. Będąc częścią systemu rodzinnego, dowiaduje się na temat swojej płci. Owo uczenie się płci, rozpoczyna się już w okresie niemowlęcym. Dzieci osiągają stałość płci około 2. roku życia, ale dopiero w wieku 4–5 lat rozwija się wyraźna tożsamość płciowa.

Ważne, aby wspomnieć o typizacji płciowej, która odzwierciedla poglądy społeczne na temat męskich i kobiecych cech, uzdolnień zainteresowań i cech – można mieć zatem silną tożsamość płciową i nie poddawać się typizacji. Mężczyzna gotujący obiad po jego podaniu na porcelanowych talerzach wcale nie przestaje być mężczyzną.

Pojęcia tożsamości i typizacji nabierają szczególnego znaczenia w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną. Często bowiem oczekiwania społeczne wobec osób niepełnosprawnych, jak i przekazy związane z niepełnosprawnością, są aseksualne. Nie oczekujemy od niepełnosprawnych intelektualnie dzieci, że zaczną kształtować swoją płeć. Rodzice po narodzinach dziecka niepełnosprawnego częściej też mówią, iż „urodziłam niepełnosprawne dziecko” lub „mamy niepełnosprawne dziecko”, niż „mam syna czy córkę”. Oczekiwania społeczne, tak zwane typizacje, nie rozróżniają dzieci niepełnosprawnych ze względu na płeć, definiują je jako niepełnosprawne, tak jakby była to ich główna cecha, która je określa.

Kształtowanie się seksualności człowieka w rozumowaniu koncepcji systemowych zachodzi na tle rodziny. To właśnie rodzina w sposób szczególny kształtuje w dzieciach pojęcie męskości i kobiecości. Od sa-

mego początku, od pojawienia się dziecka obieramy je, jako istotę należącą do jednej z dwojga płci²⁵.

Jak zauważają B. Konieczna, M. Hryńko²⁶, *zszeregowanie dziecka do jednej z płci nie daje nam natomiast żadnej wiedzy na temat tego, jaki będzie stosunek do płci danego dziecka w okresie dorastania i w życiu dorosłym*. Dziecko zdobywa wiedzę na temat swojej seksualności oraz różnic między kobietami a mężczyznami częściowo na drodze obserwacji dorosłych, a częściowo na podstawie tego, co usłyszy. Istotny, a nawet kluczowy, jest sposób, w jaki rodzice pomogą dziecku w kształtowaniu tożsamości seksualnej.

W kształtowaniu się tożsamości płciowej dziecka zarówno pełnosprawnego, jak i niepełnosprawnego intelektualnie, istotną staje się obecność rodzica każdej z płci. Na podstawie wiedzy, jaką przekażą rodzice dziecku, tworzy się własny wizerunek mężczyzny i kobiety oraz pewien wzór relacji, jaki między nimi zachodzi²⁷. Problem pojawia się wtedy, gdy rodzic nie potrafi poradzić sobie z różnicami wynikającymi ze swojej seksualności. Dziecko otrzymuje wtedy niejasny komunikat dotyczący tego, jak odczuwać zadowolenie z faktu bycia mężczyzną i kobietą. Zgodnie ze stereotypami, na których wiele rodzin opiera swoją wiedzę dotyczącą płci, kobieta powinna być łagodna i czuła, a mężczyzna twardy, agresywny. Dziecko będzie rozwijało poczucie własnej wartości jako osoby seksualnej wtedy, kiedy rodzice będą doceniali jego seksualność. Dziecko identyfikując się z własną płcią, musi akceptować płć przeciwną. Jeśli rodzice nie akceptują siebie jako istot seksualnych, nie będą potrafili docenić dziecka jako istoty seksualnej. Istotny jest wzajemny szacunek pomiędzy rodzicami a szacunek do dziecka i jego seksualności, co staje się podstawą do tego, że kiedy dziecko osiągnie swoją dojrzałość seksualną, będzie potrafiło znaleźć sobie partnera seksualnego i rozpocząć własne, niezależne życie²⁸.

²⁵ B. Konieczna, M. Hryńko, *op. cit.*

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Ibidem.

Uznać należy, iż narodziny dziecka niepełnosprawnego intelektualnie zasadniczo zmieniają sytuację całej rodziny. Niepełnosprawność dziecka stanowi silną traumę dla jego rodziców, że zawsze odczuwają oni uczucia szokowe i stany depresyjne²⁹. Obecność dziecka niepełnosprawnego intelektualnie w rodzinie wpływa na jej strukturę, funkcjonowanie i rozwój. W ramach podejścia systemowego w stosunku do rodzin wychowujących dziecko niepełnosprawne intelektualnie można przyjąć pewne założenie. Niepełnosprawność dziecka powoduje zmiany w funkcjonowaniu rodziny. Zmianie lub przekształceniu ulegają istniejące wzory funkcjonowania, co może powodować konflikty pomiędzy członkami rodziny. Powinniśmy również zaznaczyć, iż w bliskich interakcjach z matką i ojcem rozwijają się podstawowe funkcje psychiczne, kształtuje się struktura osobowości oraz wzory zachowań. Poprawnie ukształtowany klimat emocjonalny w rodzinie, jak pisze B. Sidor, stwarza silną więź między współmałżonkami, rodzicami a dziećmi. Nie wystarczy samo poczucie odpowiedzialności członków rodziny, by system wzajemnego wsparcia funkcjonował prawidłowo, istotna staje się motywacja emocjonalna. Jej brak osłabia motywację, a tym samym przyczynia się do budowania przez rodziców wadliwych struktur wychowawczych opartych na nadopiekuńczości czy odrzuceniu.

Ignorowanie seksualności

M. Kościelska³⁰ pisze, iż w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie często dochodzi do ignorowania ich seksualności, zaniebdywanie tej sfery czy w końcu zaprzeczanie jej istnienia. Rodzice nie dostosowując własnych postaw do rozwoju płciowego niepełnosprawnych intelektualnie nastolatków, ignorują ich tożsamość seksualną. Rodzice nie posiadając wiedzy na temat dorosłości osób niepełno-

²⁹ Por. A. Maciarz, *Dziecko przewlekle chore opieka i wsparcie*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2006.

³⁰ M. Kościelska, *Czy i jak wspomagać rozwój poczucia tożsamości seksualnej u osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] A. Firkowska-Mankiewicz (red.), *Życie emocjonalne i rodzinne osób z niepełnosprawnością intelektualną w aspekcie seksualności*, Warszawa 2012.

sprawnych, często powielają niekorzystny mechanizm. Gdy przychodzi na świat dziecko niepełnosprawne, znaczenie jego płci przestaje być dla rodziców kluczowe. Przystają wzmacniać poczucie tożsamości płciowej dziecka. Przejawami zaprzeczania płciowości własnego dziecka może być unifikacja wyglądu zewnętrznego, niespektowanie potrzeby intymności fizycznej, unikanie rozmów na tematy seksualności. Sytuacja ta ma niewątpliwie dalsze i głębsze konsekwencje w wymiarze określania własnej roli w życiu społecznym, postrzegania siebie jako obywatela, uczestnika życia społecznego, jako przedstawiciela określonej płci. Kształtowanie tożsamości jest kluczowe w wymiarze akceptacji siebie jako osoby przynależnej do określonej grupy płciowej. Traktowanie przez rodziców własnych dzieci jako niedorosłych wynika z szerszej perspektywy. Utrwalony przez lata model opiekuńczości wobec osób niepełnosprawnych sprzyjał postawom nadopieczności rodziców względem własnych niepełnosprawnych dzieci. Przez lata rodzice dzieci niepełnosprawnych spostrzegani byli społecznie jako osoby zobowiązane do pielęgnacji, opieki i rehabilitacji swoich dzieci. Jak pisze M. Kościelska³¹, *istnieje duża zbieżność między ogólnospołecznymi postawami wobec osób niepełnosprawnych a przeżyciami i zachowaniami ich rodziców*. Oczywiście ma to również odniesienie do postrzegania przez rodziców seksualności własnych dzieci. Bardzo często o osobach niepełnosprawnych mówi się w trzeciej osobie „oni”, co wzmacnia dystans i uwypukla brak identyfikacji. Osoby niepełnosprawne mają utrudnioną identyfikację z grupą, traktowani są jak obywatele z „innego świata”. Ma to ogromne konsekwencje psychologiczne i społeczne. Wielu rodziców nie ma realistycznej wizji dorosłego życia swojego niepełnosprawnego dziecka, bo często brakuje takiej wizji w skali społecznej. Często niezmiernie trudno jest rodzicom reagować na odkrytą seksualność własnego dziecka. Utrwalony społeczny stereotyp mówiący o aseksualności osób niepełnosprawnych

³¹ M. Kościelska, *Być kobietą, być mężczyzną – co to znaczy w odniesieniu do osób niepełnosprawnych intelektualnie*, [w:] A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007.

sprawa, iż rodzice pozostają często sami z pojawiającym się problemem. Rodzice często pozostają przed dylematem konsekwencji podejmowania przez własne dziecko działań zmierzających wkraczaniu w dorosłość. Rodzice udaremniają plany związane z chęcią realizacji zadań dorosłości własnych dzieci, tłumacząc to niezaradnością życiową, nieumiejętnością odpowiedzialnego zajęcia się potomstwem, niestabilnością uczuciową, infantyлизmem. Rodzice przeżywają dylemat, z jednej strony widzą biologiczną dojrzałość, pragnienia i potrzeby seksualne, z drugiej strony – ograniczenia. Chęć wtłoczenia dziecka w społeczny stereotyp „wiecznego dziecka” jest silniejsza, bezpieczniejsza dla rodzica. Lęk przed dorosłością własnego dziecka często wynika z braku przygotowania rodziców do rozmów na tematy seksualne. Wielu rodziców wybiera unikanie tematu, odkładanie go na później, z nadzieją, iż tematu da się uniknąć. Niezależnie od tego, czy rodzice czynią to, aby ochraniać dziecko przed konsekwencjami podejmowania aktywności seksualnej, czy aby chronić dziecko przed rozczarowaniem nieudanym związkiem, niechciana ciążą, chorobą przenoszoną drogą płciową, czy z powodu własnych ograniczeń akceptacji seksualności własnego dziecka, zawsze będzie to koncentracja na niepełnosprawności dziecka, na podkreślaniu jego inności, jego ograniczeń, co w rezultacie może prowadzić do deprivacji w obrębie płci, nieprawidłowości w rozwoju seksualnym. Pojawiają się nowe pytania: na czym ma polegać ich ustosunkowanie i przyzwolenie?, jak reagować?, co zrobić?, gdzie szukać wsparcia?, komu zaufać?, jaka jest zdolność rodziców do odpowiedzialnego wychowania seksualnego? Często rodzice sami muszą zacząć działać. Ważne wydają się również pytania o to, jakie są przekazy w rodzinie dotyczące seksualności i intymności, te wypowiedziane wprost i te sugerowane. Całokształt przekazów rodzinnych ma kluczowe znaczenie dla kształtowania się intymności, akceptacji płci, świadomości wysłanej płci wiedzy na temat seksualności, poczucia męskości i kobiecości. Jak zachęcano do seksualności, czy zniechęcano, a może kontrolowano. Czy w rodzinie występują jakieś sekrety dotyczące seksualności.

Mit rodzinny

Ważne z punktu widzenia podejmowanych analiz jest pojęcie „Przekazu”, mitu rodzinnego. W 1963 roku Antonio Ferreira wprowadził pojęcie mitu rodzinnego jako opisu specyficznego sposobu, którego używa rodzina do podtrzymania rodzinnej równowagi oraz swych własnych wzorów rozwoju i kierunku zmian w czasie trwania kryzysu rodzinnego. *Mit rodzinny funkcjonuje jako wewnętrzny obraz, do którego wszyscy członkowie wnoszą swój wkład i starają się go zachować, mają przypisane role i właściwości w swoich relacjach*³². Przekazy rodzinne tworzą mapę, która wyznacza w pewnym sensie drogę życia. W rodzinach z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną powstaje szereg negatywnych przekazów na temat seksualności. Przekazy te mają funkcję „ochronną”. W pewnym stopniu mają chronić nie tylko dziecko, ale i samych rodziców. Wyobrażenia na temat skutków podjęcia przez dziecko aktywności seksualnej skutecznie blokują rodziców, którzy z lęku przed prokreacją swoich dzieci, próbują przekazywać nieco zafałszowany obraz seksualności – przedstawiając ją jako złą, niepotrzebną, zarezerwowaną dla osób zdrowych. Rodzina tworzy znaczenia i interpretacje, które w konsekwencji mają chronić dziecko przed niedającymi się przewidzieć wydarzeniami i sytuacjami związanymi z seksualnością – ciążą, porzuceniem dziecka przez partnera, aktywnością seksualną, wykorzystaniem seksualnym itp. Przekazy są osadzone w doświadczeniach społecznych, kulturowych i historycznych danej rodziny. Powtarzane w rodzinie pomagają wyjaśnić, a także uzasadnić wzory interakcji – można mówić o łańcuchach rytuałów interakcyjnych³³ – interakcja pomiędzy rodzicem a dzieckiem to relacja o małej skali, zachodząca w wielu społecznych sytuacjach, których sceną oraz terenem działania aktorów społecznych jest rodzina. Rodzina, jak podają B. Konieczna, M. Hryńko³⁴, rozwija je na podstawie swojej

³² B. Konieczna, M. Hryńko, *op. cit.*, s. 37.

³³ Sformułowanie zaczerpnięte z pracy Randalla Collinsa, *Łańcuchy rytuałów interakcyjnych*, tłum. K. Suwada, Wyd. Nomos, Kraków 2011.

³⁴ Ibidem.

historii i przekazuje z pokolenia na pokolenie, co ma potężny wpływ na jej funkcjonowanie. Pewne poglądy szczególnie te związane ze sferą seksualną mogą być ograniczające, co nie pozwala członkom rodziny – szczególnie tym do których przekaz jest kierowany – dostrzec innych aspektów czy możliwości postępowania. Niestety wiele wspierających i satysfakcjonujących uczuć w rodzinach nigdy nie zostaje wyrażonych, ponieważ dotyczące ich przekazy pomieszały się z tabu związanym z pewnymi zachowaniami seksualnymi.

Tabu seksualne według M. Beisert

Ważną kwestią w kontekście przytoczonych analiz wydaje się omówienie zjawiska tabu seksualnego. W polskiej literaturze szeroko na temat tabu seksualnego pisała w latach 90. XX wieku M. Beisert³⁵. „Tabu” oznacza zakaz. Zakaz zajmowania się określoną dziedziną życia. Tabu seksualne to zakaz zajmowania się dziedziną życia seksualnego. W zależności od preferowanego przez rodziców stylu wychowawczego zależąca będzie skala tabu seksualnego. Ogólnie możemy napisać, iż jednym z możliwych modeli konstruowania tabu jest model rygorystyczny, który pojawia się w rodzinach, w których sprawy płci i seksualności są całkowicie marginalizowane. Rodzice starają się izolować młodego człowieka od bodźców budzących zainteresowanie seksualnością. Rodzice usiłują wyłączać cały obszar związany z seksem z pola uwagi własnego dziecka. Rodzice cenzurują dopływ informacji, a naturalną ciekawość dziecka tłumią, wskazując na jej niewłaściwość. Rodzice rygorystyczni względem przejawów seksualności własnego dziecka kontynuują swoją linię wychowawczą, przyjmując do wiadomości fakt istnienia procesów dojrzewania płciowego własnego dziecka, jednak zaprzeczają zmianom potrzeby seksualnej. W modelu rygorystycznym liczba zachowań niedozwolonych jest ogromna. Kolejny model, osadzony na przeciwległym krańcu kontinuum, nazwany został modelem liberalnym³⁶. W literaturze możemy spotkać inne jego nazwy: permi-

³⁵ M. Beisert, *Seks twojego dziecka*, Zakład Wydawniczy Domke, Poznań 1991.

³⁶ Ibidem.

sywny czy przyzwalający. W przeciwieństwie do modelu rygorystycznego w modelu liberalnym podkreśla się fakt, iż rozwój seksualny trwa przez całe życie człowieka. W modelu tym uznaje się, iż funkcja seksualna jest jedną z wielu funkcji, jakie pełni człowiek w ciągu całego życia.

Czynniki wzmacniające

Mowa tu o ukrytych czynnikach wzmacniających³⁷, rodzice dziecka niepełnosprawnego uważają, że traktują swoje dziecko zupełnie normalnie, tak jak każdy inny rodzic. Jednak uporczywa rehabilitacja, zmęczenie, niekiedy konieczność wykonywania wszystkich czynności łącznie z higienicznymi za dziecko, spanie z dzieckiem w jednym łóżku, ale również osłabienie relacji intymnej z partnerem, odejście ojca od rodziny, zajmowanie się dzieckiem niepełnosprawnym głównie przez kobiety, to wszystko staje się przyczyną utrudniającą kształtowanie się tożsamości dziecka niepełnosprawnego. Nieraz ukryte informacje, typu „nigdy nie będziesz mieć chłopaka”, „dzieci takie jak ty nie myślą o tych sprawach”, kształtują w niepełnosprawnych intelektualnie dzieciach poczucie, że jest obszar życia, do którego one nie mają dostępu.

Seks w przekazach rodzinnych w ujęciu M. R. Brassarda

M. R. Brassard, wraz z R. Germainem S. N. Hartem³⁸ wyróżnili kilka typów środowisk rodzinnych ze względu na podejście rodziców do seksualności wspanych dzieci.

Pierwszym typem jest środowisko idealne, w którym rodzice stwarzają dziecku warunki do rozwijania seksualności, adekwatnie do wymagań wiekowych i przy wspierającej postawie. Edukacja seksualna opiera się na informacjach prawdziwych, odpowiednio dobranych do wieku dziecka. Rodzice uznają, że dziecko może kierować się swoimi uczuciami i potrzebami w sprawach seksualności. Rodzic gotowy

³⁷ C. Tavris, C. Wade, *Psychologia. Podejście i koncepcje*, Wyd. Zys i Spółka, Poznań 2008, s. 206.

³⁸ M. R. Brassard, R., Germain, S. N. Hart, *Psychological maltreatment of children and youth*. Pergamon, New York 1987.

jest służyć dziecku radą i pomocą. Całość informacji przekazywanych dziecku jest tak skomponowana, że stwarza dziecku podstawy do samodzielnego radzenia sobie na danym etapie rozwoju i stanowi przygotowanie do wejścia w etap następny. Reakcje rodziców na seksualność ich dzieci jest zawsze dostosowana do potrzeb dziecka i jego oczekiwań. Rodzic stwarza dziecku atmosferę, dzięki której dziecko wie, że powstająca i rodząca się w nim potrzeba seksualna jest czymś normalnym i dobrym. Rodzic traktuje dziecko jako osobę, która w miarę rozwoju potrzebuje coraz więcej autonomii. Kolejnym przekazem jest niezaburzający lub tak zwane środowisko wystarczająco dobre. Jest to środowisko prawie idealne, jednak stwarzające nieco gorsze warunki rozwoju, głównie ze względu na brak spójności rodziców w oddziaływaniach wychowawczych. Użyteczność wzorców może być zakłócona przez sprzeczne stanowiska rodziców. Dziecko otrzymuje więcej wzorców odpowiednich niż nieodpowiednich, a rodzice podejmują próby socjalizacji seksualnej, wykazując tym samym, przekonanie, że lepiej uczyć niż ignorować, czy zaprzeczać. Kolejne to środowisko nieuchwytnie i próżnia, które dostarcza dziecku niewielu użytecznych informacji na temat seksualności. Dzieje się tak głównie, dlatego, iż rodzice opierają się na mitach i stereotypach. Rodzice wprowadzają chaos informacyjny i pozbawiają dziecko wzorców właściwej ekspresji seksualnej. Seksualność jest tematem tabu, lepiej o niej nie rozmawiać. Rodzice odmawiają edukacji, chronią siebie, mimo że swoje działanie motywują ochroną dziecka. Rodzic obawia się dnia, w którym dziecko zacznie przejawiać oznaki rodzącej się potrzeby seksualnej, często powtarza, iż dziecko ma na te sprawy jeszcze czas. Postrzega własne dziecko w kategorii „wiecznego dziecka”. Następnym typem jest środowisko przyzwalające, które nie stwarza dziecku ram do prawidłowego rozwoju seksualnego. Rodzice nie interesują się tym, w jakim kierunku rozwija się seksualność ich dzieci. Przez własny zliberalizowany stosunek do seksualności narażają dziecko na niebezpieczeństwo informacji przypadkowych. Rodzice pozostawiają dziecku wrażenie, iż cokolwiek dziecko zrobi, rodzic to zaakceptuje. W rodzinie tej brak jest

jasnych norm i reguł, dziecko nie ma oparcia w rodzicach. W rodzinie tej nie prowadzi się rozmów na temat seksualności, jednak seksualność nie jest tematem tabu, po prostu rodzice przyjmują, iż dziecko jest w stanie samo zdobyć wiedzę na ten temat. Środowisko negatywistyczne to kolejny typ wyróżniony przez Brassarda: w środowisku tym odrzuca się seksualność, traktując ją jako oznakę słabości, symbol zła i zagrożenie zdrowia. Edukacja nastawiona jest na unikanie kontaktów z seksualnością, zniechęcanie do jej przejawów. Dziecko wyposaża się w informacje służące do hamowania pobudzenia seksualnego i zaniechania ekspresji emocjonalnej. Rodzice uczą kojarzyć zachowania seksualne z negatywnymi emocjami: lękiem, wstydem, poczuciem winy. Rodzice stosują system kar mający wyeliminować ekspresję seksualną. Tabuizują obszar seksualności tak bardzo, że dziecko nie tylko nie potrafi realizować zadań związanych z rozwojem seksualnym, lecz także nie potrafi wyrazić swoich uczuć i potrzeb.

Zakończenie

Przedstawione analizy są polemiką i mają charakter analiz pogłądowych na temat seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie rozpatrywanych w kontekście rodziny. Rodzina stanowi najważniejsze pole kształtowania się seksualności, tożsamości seksualnej, określanie tego, czym jest męskość, a czym kobiecość, jest polem kształtowania poczucia wstydu – trening intymności³⁹.

Jak wspomniano wcześniej, rodzice już w momencie narodzin dziecka z niepełnosprawnością intelektualną to właśnie na niej, a nie na płciowości, koncentrują swoją uwagę. Rodzice postrzegając swo-

³⁹ Trening czystości to bardzo trudne i niezmiernie ważne zadanie zarówno dla rodziców, jak i samego dziecka. Jest to ważny moment w życiu dziecka przypadający na fazę analną rozwoju psychoseksualnego. Dziecko odkrywa swoje narządy płciowe, poznaje je zaczyna nimi manipulować, w ten sposób kształtuje wiedzę o swoim ciele i integruje poczucie swoje seksualności, bycia dziewczynką lub chłopcem. Nauka czystości zazwyczaj trwa ona około 1,5 miesiąca, a niekiedy dłużej. Problem pojawia się u dzieci niepełnosprawnych, które bardzo często nie rozwiązują tego zadania rozwojowego w ustalonym czasie, później bowiem niż dzieci pełnosprawne, wyrastają z pieluch, wiązanych na ramionach spodni, niekiedy nigdy nie przechodzą przez trening czystości, cały czas wymagają pomocy w czynnościach higienicznych naszą specjalistyczne pieluchy.

je dziecko poprzez jego niepełnosprawność, mniej lub bardziej świadomie, nie uruchamiają rodzicielskich działań wzmacniających jego płciową tożsamość. Rodzice zaniedbując edukację seksualną, ignorując, nie przekazując niezbędnych informacji na przykład z zakresu anatomii i fizjologii własnego ciała i ciała płci przeciwnej, narażają własne dziecko na niepowodzenia w tym zakresie.

Badania prowadzone współcześnie w rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie w ujęciu systemowym ujawniają, iż w wielu rodzinach dominującym modelem w podejściu do spraw seksualności dziecka jest model rygorystyczny⁴⁰. Jednak należy wskazać, iż ani model rygorystyczny, ani liberalny nie mają znaczącej przewagi. Najbardziej popularny jest model milczenia. Model ten polega na zakazie zdobywania informacji, zadawania pytań oraz dyskusowania o sprawach płci i seksualności. W modelu tym istotne jest również izolowanie od bodźców seksualnych. O seksualności nie należy mówić wprost, rodzice stosują dalekie omówienia i opisy zamiast jasno i precyzyjnie wyjaśniać dziecku treści związane z seksem.

Uznać należy, iż rodzice młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie powinni przygotować swe dzieci z wyprzedzeniem do nadejścia okresu dojrzewania płciowego i możliwych zmian cielesnych. Jednym z celów wczesnej edukacji młodych kobiet jest zapobieganie przed uczuciem strachu spowodowanym przez miesiączki. Młodzi mężczyźni wymagają informacji na temat dojrzewania płciowego, dotyczących pierwszej erekcji i polucji. Rodzice powinni wytłumaczyć przyczynę erekcji, jak również działań, jakie należy podjąć, gdy dochodzi do erekcji w miejscu publicznym. Rodzice także powinni wyjaśnić różnicę pomiędzy nasieniem a moczem, by ich synowie rozumieli, czym są zmyty nocne. Rodzice powinni uczyć własne dzieci na temat zmian zachodzących w okresie dojrzewania u płci przeciwnej.

Racjonalnej i rzeczowej edukacji seksualnej sprzyjają odpowiednie style wychowawcze rodziców. Budowanie więzi z dzieckiem, otwar-

⁴⁰ M. Kościelska, *op. cit.*, R. Kijak, *Seksualność człowieka z niepełnosprawnością intelektualną a rodzina*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.

tość, akceptacja zmian, jakie w nim zachodzą, zrozumienie dla jego potrzeb wydają się być niezbędne w procesie nabywania doświadczeń seksualnych przez dorastającą młodzież. Rodzicielski udział w rozwoju psychoseksualnym potrzebny jest na każdym etapie, szczególnie istotny wydaje się być w wychowaniu seksualnym dziecka niepełnosprawnego intelektualnie.

Przedstawione w niniejszym rozdziale analizy miały na celu ukazanie istotnego kontekstu, w jakim młodzież kształtuje własne doświadczenia seksualne, a mianowicie kontekstu rodziny. Według wielu autorów, rodzina jest najistotniejszym miejscem do rozpoczęcia edukacji seksualnej. Uczuciowa, oparta na wzajemnym zaufaniu rodzina, staje się pierwszym przekazicielem właściwych zasad wychowania seksualnego w sposób naturalny, prosty, a zarazem głęboki i wywierający podstawowy wpływ na dziecko, rozwijając u niego jednocześnie potrzebę więzi emocjonalnej. Zadanie to jest zadaniem bardzo trudnym i skomplikowanym. W rodzinach z dzieckiem niepełnosprawnym intelektualnie jego realizacja często staje się całkowicie niemożliwa. Rodzice bardzo często w wychowaniu dziecka niepełnosprawnego intelektualnie posługują się nadopiekuńczymi oddziaływaniami wychowawczymi, a poprzez ten stosunek kwestionują pojawienie się naturalnej potrzeby dorastającego dziecka, jaką jest potrzeba seksualna.

Summary

xxx

xxx

Cezary Barański

Seksuolog, terapeuta

Centrum Dobrej Terapii w Krakowie

Dialog Motywujący w pracy z młodzieżą podejmującą ryzykowne zachowania seksualne

Abstrakt

Praca prezentuje przegląd głównych koncepcji psychologicznych, które wskazują na potrzebę zmiany postrzegania trudności rozwojowych nastolatków. Przeniesienie punktu ciężkości z oddziaływań wychowawczo-korekcyjnych na działania wspierające budowanie kompetencji intrapsychicznych i interpersonalnych jest istotne w pracy z młodzieżą. Deficyt tych umiejętności jest w założeniu autora kluczowy w odpowiedzi na pytanie, dlaczego młodzież podejmuje ryzykowne zachowania, w tym ryzykowne zachowania seksualne. Czytelnik będzie miał również okazję zapoznać się ze skalą problematyki zachowań seksualnych adolescentów. W ostatniej części przedstawiono opis metody stosowanej w profilaktyce, terapii i interwencji – Dialogu Motywującego, która spełnia kryteria naukowo potwierdzonej skuteczności (*EBPP – Evidence Based Practice in Psychology*). Metoda mało znana polskim praktykom, dobrze wpisuje się w pracę ze słabo zmotywowanymi klientami. W tym w pracę z młodzieżą doświadczającą różnorodnych wyzwań rozwojowych, które często manifestują się podejmowaniem zachowań szkodliwych. W artykule przedstawiono propozycję adaptacji Dialogu Motywującego do pracy z nastolatkami podejmującymi ryzykowne zachowania seksualne.

Jesper Juul, duński psychoterapeuta rodzinny, założyciel Family-Lab, na pytanie, dlaczego młodzież podejmuje zachowania ryzykowne?, odpowiada, że dorośli nie rozumieją potrzeb rozwojowych nastolatków. Uzasadnia, że rozwój odpowiedzialnych postaw młodzieży wiąże się z respektowaniem jej autonomii, która w wyniku frustracji potwier-

dza samospełniającą się przepowiednię nieodpowiedzialnych zachowań, mających wyraz w opozycji i buncie wobec dorosłych¹. W pracy edukacyjnej i wychowawczej z nastolatkami dominują dwa modele – behawioralny i medyczny. Pierwszy realizowany jest przy użyciu wzmocnień i kar (ocen, uwag), przedkłada normy kolektywne i statut organizacji nad kontakt indywidualny. Drugi, medyczny częściej jest używany w sytuacjach problemowych. Jego stosowanie przejawia się w sposób bardziej zindywidualizowany, lecz jest on ukierunkowany na opis deficytów, stworzenie diagnozy i wdrażanie zaleceń aż do usunięcia objawów (nawyków, niepożądanych zachowań etc.). Oba modele mają zastosowanie w pewnych kontekstach, ale pozbawione są kilku ważnych elementów służących rozwojowi kompetencji psychologicznych i społecznych, takich jak: umiejętność budowania relacji, radzenia sobie z emocjami, rozwój adekwatnej samooceny, zasobów, rozumienia i dbania o własne potrzeby.

Modele te szybko wyczerpują swoją formułę, w szczególności, kiedy pojawiają się zachowania problemowe/ryzykowne. System społeczny w przypadku przekraczania norm kulturowych, szczególnie przez młodzież (używanie środków psychoaktywnych, przełamywanie tabu seksualnego, zachowania impulsywne, agresywne) nastawiony jest na wdrażanie kar, sankcji, generowanie poczucia winy oraz wdrażanie środków medycznych, które nie służą rozwijaniu zasobów psychologicznych koniecznych w budowaniu zachowań adaptacyjnych. Takie sytuacje generują większy stres, potęgują opór, ale to, co najważniejsze – podważają zaufanie do dorosłych, ograniczając możliwości budowania relacji i modelowanie właściwych wzorców współpracy. A w konsekwencji rozwój umiejętności samooceny, samoakceptacji, samostanowienia, rozumienia siebie, co jest niezbędne u nastolatków budujących autonomiczną tożsamość.

Zachowania ryzykowne są jednym z najpowszechniejszych problemów współczesnej młodzieży. Manifestują się w zażywaniu środków psychoaktywnych, stosowaniu przemocy, podejmowaniu innych ry-

¹ J. Juul, *Twoje kompetentne dziecko*, MiND, Podkowa Leśna, 2011, s. 20-55.

zykowych zachowań (hazard, gry, seks, itp.)². Wiele badań współczesnych pokazuje, że wsparcie w ramach przeciwdziałania tym aktywnościom powinno się koncentrować na rozwoju zasobów, umiejętności budowaniu autonomii i relacji, zamiast na korekcji deficytów i wprowadzaniu sankcji^{3 4}.

Ryzykowne zachowania seksualne nastolatków

Z roku na rok wzrasta liczba młodych osób podejmujących ryzykowne zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych i z aktywnością seksualną. Również coraz częściej mają miejsce krzyżowe zachowania ryzykowne, takiej jak np. aktywność seksualna bez zabezpieczenia, pod wpływem środków psychoaktywnych^{5 6}. Do seksualnych zachowań ryzykownych zaliczamy:

- seks (oralny, analny, genitalny) bez zabezpieczenia prowadzący do nieplanowanej ciąży, obarczony ryzykiem zakażenia wirusem HIV, HPV, HCV oraz innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową (STI),
- seks pod wpływem substancji psychoaktywnych (psychostymulantów, środków halucynogennych, środków sedatywnych),
- seks z wieloma partnerami, partnerkami w ciągu minionego roku,
- seks poniżej 15. roku życia (penalizowany w polskim systemie prawnym),

² I. Obuchowska, *Drogi dorastania, psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców. Autodestrukcyjne zachowania młodzieży*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa, 1996, s. 170–206.

³ K. Okulicz-Kozaryn, *Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych [w:] Rekomendacje do realizowania i finansowania gimnazjalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 r.*, PARPA, Warszawa, 2008, s. 52–65.

⁴ R. Jessor, M. S. Turbin i F. M. Costa, *Protective factors in adolescent health behavior*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1998, t. 75, nr 3, s. 923–933.

⁵ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*, WUJ, Kraków, 2012, s. 173–200.

⁶ J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Europejski Program Badań Ankietowych ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2011, s. 59–61.

- nakłanianie/przymuszanie innych do zachowań seksualnych innych,
- zachowania parafilne/perwersyjne,
- oraz podejmowanie współżycia bez wiedzy na temat antykoncepcji, zapłodnienia, infekcji przenoszonych drogą płciową.

Przegląd badań

Izdebski w obszernej monografii podaje wyniki badań prowadzonych na polskich uczniach w szkołach ponadgimnazjalnych (II klasa). W tym wieku 36% osób przeszło inicjację seksualną. Zdecydowanie bardziej dynamizuje się życie seksualne młodych, którzy używają substancji psychoaktywnych. Po inicjacji jest 66% palących codziennie papierosy, 50% palących marihuanę, 70% używających inne narkotyki (amfetamina, extazy, kokaina, heroina). Należy zaznaczyć, że substancje psychoaktywne obniżają zdolność do kontroli zachowania i możliwości negocjowania zachowania seksualnego z partnerem. W tej samej grupie uczniów 22% miało seks przed 15. rokiem życia, 7% miało niechciany seks, a tylko 56% stosowało w czasie ostatniego stosunku prezerwatywę. Z odpowiedzi badanych wynika, że 20% miało w minionym roku 2-3 partnerów seksualnych⁷.

Polska edycja badań *ESPAD (European Survey Profilactic Alcohol and Drugs)* z 2011 roku pokazuje, że seks bez zabezpieczenia charakteryzuje 10% uczniów III klasy gimnazjum (21% – II klasa szkół ponadgimnazjalnych). W obu grupach ponad 60% uprawiało seks pod wpływem alkoholu. Do niechcianych doświadczeń seksualnych przyznaje się 5,5% osób, natomiast w tej grupie ponad 80% było pod wpływem alkoholu⁸.

⁷ Z. Izdebski, *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze, op. cit.*

⁸ J. Sierosławski, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.*, Europejski Program Badań Ankietowych ESPAD, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2011, s. 59–61.

Zmiana paradygmatu pracy z dziećmi i młodzieżą – przesłanki badawcze

Teoria społecznego uczenia

Albert Bandura w latach 70. XX w. wyjaśniał, że rozwój człowieka opiera się na *modelowaniu*. Stworzył teorię społecznego uczenia, która podkreśla mechanizmy transmisji wzorców zachowania, poprzez obserwację jako niezbędną w tworzeniu adekwatnych zachowań. Dzieci, które obserwowały kary i agresję dorosłych częściej przejawiały tego typu zachowania⁹. Koncepcja ta sugeruje, iż zachowania dorosłych mogą być ważnymi prekursorami zachowań młodzieży.

Style wychowawcze

Również wiele badań pokazuje, że spośród dwóch stylów wychowawczych (*style of parental control*) *demokratycznego* i *autorytarnego*, ten pierwszy przynosi efekt w postaci bardziej adekwatnej samooceny i zaradności u młodych dorosłych. Osoby wychowywane w stylu *autorytarnym* miały więcej trudności z dostosowaniem się, częściej odczuwały wrogość i odrzucenie¹⁰. Twórca pierwszej *szkoły demokratycznej* Aleksander Neil dowodził, że brak autonomii i partnerskiej współpracy z nastolatkiem pozostawia niekorzystne zmiany w poczuciu własnej wartości i ma wpływ na umiejętności potrzebne w życiu zawodowym¹¹.

Hoffman porównuje dwa style rodzicielskie w kontekście rozwoju moralnego – *oparty na dialogu* i *oparty na władzy*. Pierwszy styl lepiej stymuluje samodzielny rozwój moralny, drugi wywołuje zachowania moralne podyktowane chęcią uniknięcia kary. Ponadto styl *oparty na dialogu* wiąże się z wyższymi umiejętnościami akademickimi¹².

Wyniki badań nad technikami behawioralnymi ostatnich lat podają w wątpliwość skuteczność stosowania kar jako efektywnych na-

⁹ A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, PWN, Warszawa 2007, s. 37-43.

¹⁰ G. H. Elder, *Family structure and educational attainment: A cross-national analysis*, *American Sociological Review*, 1965, vol. 30, s. 81-96.

¹¹ A. S. Neil, *Summerhill*, Almaprint, Katowice, 1991, s. 48-58.

¹² J. A. Hoffman, *Psychological separation of late adolescents from their parents*, *Journal of Counseling Psychology*, Vol 31(2), 1984, s. 170-178.

rzędzi zmiany zachowania dzieci i młodzieży. Po pierwsze, kary uczą karania, a w wielu przypadkach nasilają się zachowania agresywne; po drugie, wywołują frustrację i niechęć wobec karzącego; po trzecie, w takiej sytuacji częściej wykorzystywane są strategie unikania kary zamiast wzbudzania motywacji progresywnej; po czwarte, trwałość zachowań nabywanych pod wpływem kar zmniejsza się pod nieobecności karzącego.

Rotter w koncepcji dotyczącej *umiejscowienia kontroli (Locus of control theory)* podkreślał, że wpływ kar i nagród powoduje kształtowanie się *zewnątrzsterownego poczucia kontroli* nastawionego na konformizm, podporządkowanie z mniejszą samoświadomością potrzeb i umiejętnością wyrażania niezależnych sądów. *Wewnętrzsterowność* w procesach decyzyjnych jest sprawdzana profilaktyce zachowań ryzykownych, w szczególności w zachowaniach agresywnych stojących u podłoża ryzykownego seksu¹³.

Psychologia humanistyczna

Carl Rogers współtwórca *psychologii humanistycznej* stworzył nowy paradygmat pomocowy – *Terapię skoncentrowaną na kliencie*, w którym niezbędne są następujące elementy wpływające na zmianę klienta:

- *autentyczność*, bycie w zgodzie z samym sobą (kongruencja), umiejętność bycia spójnym w swojej roli, która pozwala na zniwelowanie bariery w relacji i zbudowanie relacji opartej na zaufaniu,
- *bezw warunkowy szacunek, akceptacja i respektowanie autonomii klienta*, niezależnie od jego doświadczeń, przeżyć, popełnionych czynów,
- *empatyczne*, wrażliwe rozumienie tego, co klient przeżywa, co wnosi na spotkanie, z pominięciem oceny, krytyki; wejście

¹³ K. Österman, K. Björkqvist, K. M. J. Lagerspetz, S. Charpentier, G. V. Caprara i I. C. Pastorelli, *Locus of control and three types of aggression*, *Aggressive Behavior*, Vol. 25, 1999, s. 61-65.

w świat jego percepcji, z uzyskanym uprzednio przyzwolenia na takie działanie¹⁴,

– psychologia poznawcza.

Erikson formułując fazy rozwoju człowieka, skonstatował, że adolescencja to okres krytyczny dla zbudowania *autonomicznej tożsamości*. Wtórował mu Jean Piaget, który budując fundamenty psychologii rozwojowej dzieci i młodzieży stwierdził, że rozwój *autonomii moralnej* jest immanentnym aspektem rozwoju w okresie adolescencji, towarzyszy myśleniu formalnemu, współwystępuje z rozwojem wartości i idei takich, jak wolność, sprawiedliwość, idee estetyczne czy społeczne: *są one zupełnie jasne dla młodych w wieku dorastania, którzy tym się różnią od dzieci, że są zdolni do konstruowania teorii oraz stoją przed wyborem kariery, która odpowiadałaby powołaniu i pozwoliła na zaspokojenia potrzeb przekształceń społecznych i kreowania nowych idei*¹⁵.

Badania antropologiczne

Badania antropologiczne pokazują, że tak zwany *bunt* młodzieży nie jest normą międzykulturową. Margaret Mead¹⁶ badając plemiona Samoa, odkryła, że mieszkańcy tej wyspy w wieku nastoletnim nie przechodzili okresu *burz i naporów*. Tematy tabu, takie jak śmierć i seks, były oswajane w dzieciństwie. Młodzież żyła przyzwoleniu na podejmowanie aktywności seksualnej i miłosnej. Wychowanie pozbawione było cech rygoryzmu, dyscypliny oraz rywalizacji. Poczucie winy, wstydu i grzechu nie było obecne w takim natężeniu jak u nastolatków w kulturze zachodu. Dorastanie wpisywało się w harmonijny rozwój życia całej społeczności. Mead w takim środowisku wychowawczym dostrzegła mniej napięcia i stresu, które prawdopodobnie stoi u pod-

¹⁴ C. R. Rogers, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Thesaurus-Press Juniorzy Gospodarki, Wrocław, 1991, s. 35.

¹⁵ J. Piaget i B. Inhelder *Psychologia dziecka*, Siedmiogród, 1993, s. 144-145.

¹⁶ M. Mead, *From the South Seas; studies of adolescence and sex in primitive societies*, za: A. Birch, T. Mallim, *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, PWN, 1991, s. 124-125.

łoża *buntowniczych* zachowań nastolatków w naszej szerokości geograficznej.

Współczesne badania

Mała elastyczność postaw wychowawczych dorosłych, zbyt silna presja dotycząca podporządkowania, kontrola i obecny w codziennym życiu system oceny zachowania mogą nasilać wymienione tendencję potocznie określane mianem *buntu*. Niektórzy badacze rozwoju podkreślają, iż problemy wychowawcze wynikają głównie ze stereotypów i braku wiedzy dorosłych na temat potrzeby zmiany relacji z dzieckiem wchodzącym w okres dorastania. Wskazywane obszary zmiany to: wsparcie w podejmowaniu nowych ról i samodzielnych wyborów oraz różnicowanie się dorosłych w rolach opiekuna dziecka i opiekuna nastolatka. Brak zmiany może być jedną z ważniejszych przyczyn zrywania relacji, zaburzeń emocji nastroju i młodzieńczej depresji¹⁷.

Twórcy koncepcji *Resilience*¹⁸ bazując na wielu badaniach prowadzonych z udziałem młodzieży wychowującej się w skrajnie nieprzyjaznym środowisku zdominowanym przez przestępczość i przemoc, pokazują, że najsilniejszym czynnikiem chroniącym przed popadaniem w zachowania ryzykowne jest odpowiednia relacja z dorosłą osobą. Do elementów tej relacji zaliczają *dawanie poczucia bezpieczeństwa, umiejętność budowania kontaktu i szacunek do potrzeby autonomii*.

Autonomia jest jednym z kluczowym pojęć w rozwoju adaptacyjnych form funkcjonowania. To potrzeba coraz większej niezależności emocjonalnej i intelektualnej wyrażającej się w wyborze nowych wartości, zainteresowań, celów czy światopoglądu. Przekłada się na umiejętność samodzielnego podejmowania odpowiedzialnych decyzji w dorosłym

¹⁷ W. Radziwiłłowicz, B. Sądzińska i E. Sulka, *Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny*, [w:] *Psychopatologia okresu dorastania*, pod red. Radziwiłłowicz i A. Sumiły, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków, 2006, s. 126-132.

¹⁸ A. Borucka, *Koncepcja Resilience. Podstawowe założenia i nurty badań*, [w:] *Resilience*, pod red.: W. Sunnik, Parpamedia, Warszawa, 2011, s.14.

życiu¹⁹. Większe trudności z samodzielnością i samooceną są efektem socjalizacji w atmosferze wysokiego poziom rygoryzmu i autorytarnych zasad. Szacunek do klienta i dbanie o jego autonomię jest podstawą wielu metod terapeutycznych opartych na dowodach (EBPP). Do nich zaliczana jest *Terapia skoncentrowana na kliencie* i *Dialog Motywujący*.

Dialog motywujący

Dialog Motywujący (DM) jest opartą na współpracy, skoncentrowaną na kliencie metodą wzbudzania i wzmacniania motywacji do zmiany²⁰. W ramach analizy strategii i interwencji sesji terapeutycznych, przy pomocy sędziów kompetentnych, dowiedziono największą skuteczność terapeutów posługujących się narzędziami wzbudzającymi autonomię i wyrażających empatię w partnerskiej interakcji z klientem. Skuteczność oddziaływań mierzona była częstotliwością nawrotów zachowań szkodliwych, czasem utrzymania zmiany²¹. Dialog motywujący nie jest jednorodną teorią, znajduje podobieństwo i czerpie inspiracje z kilku podejść: *Terapia skoncentrowana na kliencie*, *Transteoretyczny model zmiany (trans-theoretical model of change)*, *Teoria samostanowienia (self-determination theory)*, *Spoleczna teoria poznawcza: model umiejętności związanych z informacją, motywacją i zachowaniem (information-motivation-behavior skills model)*²². Dialog Motywujący jest rozumiany jako forma filozofii pracy z klientem. Posiada precyzyjnie określonym zestawem technik i narzędzi, które znajdują zastosowanie w wielu obszarach pomocy psychologicznej, szczególnie w odpowiedzi na prace z niezmotywowanym klientem.

¹⁹ S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*, WUJ, Kraków, 2012, s.19.

²⁰ W. R. Miller i S. Rollnick, *Dialog Motywujący. Jako pomoc ludziom w zmianie*, op. cit., s. 55.

²¹ W. Miller, *Terapia uzależnień – ślepe uliczki i nowe przestrzenie*, wykład: Dialog motywujący – Metoda skutecznego pomagania, konferencja: 6 października, Kraków, 2013.

²² S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*, op. cit., s. 6.

Strategie i metody pracy z młodzieżą Dialogiem Motywującym

Relacja i współpraca oparta na autentyczności

Celem pracy DM jest zmiana zachowania klienta. Odpowiedzialność za zmianę znajduje się po stronie klienta. Wywieranie nacisku na zmianę, szczególnie z klientami niezmotywowanymi, do których często zaliczają się nastolatki z ryzykownymi zachowaniami, utrudnia budowanie sojuszu, generuje w kliencie dysonans, budzi niechęć i potęguje opór²³. Autentyczność pomagającego wyklucza stosowanie podwójnych standardów i wywieranie presji na zmianę zachowania. Przykładowo rodzic zachowujący się w sposób rygorystyczny, karzący, będzie oczekiwał uległego zachowania, które jest sprzeczne z prezentowanym przez niego modelem. Nauczyciel palący papierosy będzie zupełnie niewiarygodny w działaniach profilaktyki uzależnień, jeśli nie będzie potrafił rozmawiać o słabości, którą znają jego podopieczni.

Autonomia i wspieranie samodzielności

DM zakłada, że nikt nie może sprawić, aby człowiek się zmienił, jeśli on sam tego nie chce. Jest to możliwe jedynie w przypadku wymuszenia, nakazu, kary, lecz w takiej sytuacji jest mniej prawdopodobne, że zmiana ta będzie trwałym efektem, a osoba narzucająca sankcję utrzyma swój autorytet. W sytuacji przymusu naturalnym jest reakcja (psychiczny opór)²⁴. Uwewnętrzzona, autonomiczna decyzja powoduje większą motywację do zmiany zachowania i dalszej współpracy. Według założeń DM podstawowym obszarem oddziaływania jest wspieranie nastolatka we wprowadzaniu zamiany, w samodzielnych generowaniu pomysłów budujących odpowiedzialność za własne decyzje, z jednoczesnym realizowaniem planu osoby pomagającej. Narzędziami wspomagającymi ten proces są między innymi otwarte pytania o pogląd, o własne zdanie, o wartości, o cele, o powody zmia-

²³ W.R. Miller i S. Rollnick, *Dialog Motywujący. Jako pomoc ludziom w zmianie*, op. cit., s. 135-137.

²⁴ A. M. Miron i J. W. Brehm, *Reactance theory – 40 years later*, *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 2006, nr 37(1), s. 9-18.

ny decyzji: *Jakie jest Twoje zdanie na ten temat? Co ty na ten temat myślisz, uważasz? Jakiej widzisz inne wyjaśnienie? Co chciałbyś zmienić? Co by to było? Co sądzisz? Co chciałbyś przez to osiągnąć? Jakie są Twoje cele? Co jest dla Ciebie ważne w tej sytuacji? Dlaczego jest to ważne?*²⁵.

Wydobywanie motywacji (wydobywanie języka zmiany i rozwijanie rozbieżności)

Wydobywanie to jedno z kluczowych pojęć DM. Miller i Rollnick²⁶ podkreślają, że należy wyzbyć się *odruchu naprawiania*²⁷. Zachowanie dorosłych opiekunów, takie jak: *pouczanie, moralizowanie, dawanie rad, interpretowanie sytuacji, nakazywanie, zawstydzanie, wyszydzenie, wyśmiewanie, poszukiwanie winnego, korygowanie z pozycji autorytetu błędnych informacji*, jest często automatyzmem wśród osób pracujących z młodzieżą. Takie działania wywołują bierną postawę²⁸. Zadaniem pomagającego jest prowokowanie wypowiedzi, które skłonią do innej narracji o problemie, a następnie wyzwolą refleksje wspomagającą inne rozumienie sytuacji i późniejszą zmianę. Wydobywanie języka zmiany będzie przekształcać osobiste cele, wybory i decyzje. Pomocne w tym aspekcie mogą być:

- analiza zysków i strat (analizowanie korzyści wynikających ze zmiany, rozważanie strat związanych z pozostaniem przy starym nawyku, czy też strat związanych ze zmianą),
- odwołanie do wartości, celów, marzeń, ambicji, planów, odwołanie się do przyszłości,
- analiza wpływu zachowań ryzykownych na cele i wartości, do jakich dąży klient,
- odwołanie do ważnych osób, do wsparcia społecznego,
- odwoływanie się do minionych doświadczeń, poszukiwanie wyjątków zdrowego zachowania.

²⁵ S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*, op. cit., s. 39-40.

²⁶ W.R. Miller i S. Rollnick, *Wywiad motywujący Jak przygotować ludzi do zmiany*, WUJ, Kraków, 2010, s. 94-99.

²⁷ Ibidem, s. 26.

²⁸ Ibidem, s. 83.

Przykłady interwencji: *Co chciałbyś robić w przyszłości? Jakie są Twoje najważniejsze cele? Możesz wymienić trzy najważniejsze plany na przyszłość? Jaki może mieć ta sytuacja wpływ na twoją przyszłość, plany? Co się stanie, jeśli nic się nie zmieni? Co się stanie może stać w przyszłości, jeśli nie zaprzestasz...? Co się wydarzy, jeśli zaprzestasz? Co stracisz? Co zyskasz? Wymień trzy najważniejsze dla Ciebie osoby? Za co je cenisz? Co one mogą o tym pomyśleć? Co mogłyby ci doradzić? Opisz sytuację z przeszłości, w której podjąłeś inną decyzję. Jak do tego doszedłeś? Co na to wpłynęło?*

Wyrażanie empatii

Empatia jest jednym z podstawowych elementów budowania sojuszu w relacji pomocowej. Młodzi ludzie eksperymentujący z zachowaniami ryzykownymi często przekraczają granice, badając możliwości zaufania, testując relacje. Budzą tym złość, bezradność, często mobilizują dorosłych do stawiania sztywnych granic. Reakcje dorosłych w takich sytuacjach interpretowane są przez młodzież jako wyraz niechęci i brak zrozumienia. Empatyczne odzwierciedlanie emocji, potrzeb, motywacji skutecznie temu przeciwdziała i jest jednym z najsilniejszych narzędzi budowania sojuszu. Miller²⁹ uważa, że empatia powinna być przez terapeutę wyrażana częściej niż zadawanie pytań, szczególnie na etapie budowania relacji. Wyrażanie empatii jest również formą modelowania, dzięki której klient zyskuje możliwość zinternalizowania komunikatów jako własnych stanów umysłu. A co za tym idzie uzyskanie większej świadomości własnych potrzeb oraz zwiększenie umiejętności mentalizowania stanów umysłu innych. Przykłady komunikatów empatycznych opartych na odzwierciedlaniu mogą przedstawiać się następująco: *rozumiem, że ci trudno, złości cię taka reakcja innych, czujesz się przymuszany przez innych, potrzebujesz, aby cię wysłuchano, chcesz, aby ktoś posłuchał twojej perspektywy, zastanawiasz się nad własnymi decyzjami, niepokoisz się, co będzie dalej, obawiasz reakcji ro-*

²⁹ Ibidem, s. 44.

dziców, myślisz o tym, co dla ciebie dobre, a co nie, chciałbyś zastanowić się nad..., poszukujesz rozwiązania, wyjścia z sytuacji.

Rozwijanie rozbieżności i ambiwalencji

Zmiana zachowania wywołana czynnikami zewnętrznymi nie jest tak stabilna i trwała jak zmiana wynikająca z wewnętrznych decyzji. W przypadku wpływu zewnętrznego, szczególnie jeśli stoi on w sprzeczności z zachowaniami młodej osoby, wywoływana zmiana powoduje frustracje i przykre emocje (obawa, strach, niepokój, złość). Naturalne będzie dążenie do ich redukcji³⁰. Sposoby łagodzenia przykrych emocji zależą od wielu kompetencji, a jak wiemy są one ograniczone w przypadku osób zachowujących się ryzykownie. Utrzymywanie się przykrych emocji może powodować nawrót zachowania szkodliwego lub inne formy odreagowania frustracji. Frustracja jest tym większa im silniejsza jest zewnętrzna presja na zmianę. Wprowadzenie zmiany staje się bardziej prawdopodobne, jeśli pokażemy klientowi, że nowe zachowanie może być bardziej zbieżne z jego przekonaniami, wartościami, życiowymi, celami i możliwością współpracy z otoczeniem. W pracy z nastolatkiem warto poruszyć temat, na ile wprowadzane przez otoczenie zasady i normy są korzystne w jego planach na przyszłość. Innym sposobem może być sprawdzenie, jak zależność od środków psychoaktywnych, ryzykownych kontaktów seksualnych wpisuje się w jego potrzebę niezależności i realizacji wyznawanych wartości. Rozwijać rozbieżności można poprzez wydobywanie, nazywanie i pokazywanie ambiwalentnych myśli, emocji i działań³¹. *Mówisz, że na imprezie uprawiałeś seks z dziewczyną bez zabezpieczenia. Mówiłeś wcześniej o tym, że obawiasz się niepożądaney ciąży i że wiesz, jak może do niej dojść. Zastanawiam się, co sobie myślisz o tych dwóch sprawach? Również przesłedenie korzystnej decyzji z przeszłości może zastać wykorzystane do budowania dodatkowych zasobów. Jak to się wtedy stało, że nie zdecydowałaś się na seks bez pre-*

³⁰ S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*, op. cit., s. 93-96.

³¹ W.R. Miller i S. Rollnick, *Wywiad motywujący Jak przygotować ludzi do zmiany*, op. cit., s. 45-46.

zerwatywy, mimo że Twój chłopak nalegał, tak jak zazwyczaj? Co Cię skłoniło do takiej decyzji?

Wykorzystanie oporu

W DM opór jest definiowany jako proces interpersonalny prowadzący do wyjaśnienia punktu widzenia klienta. Nie podlega konfrontacji, interpretacji, nie jest traktowany jako element patologii klienta. Jest funkcją różnych zmiennych powiązanych zarazem z pacjentem, jak i z osobą pomagającą³². Brehm twierdził, że ludzie mają silną tendencję do przeżywania negatywnych emocji i odrzucania działań, które są efektem narzucania wyjaśnienia sytuacji (reaktancja). U nastolatków reaktancja pojawia się zdecydowanie częściej, co może być związane z przykrymi doświadczeniami z dorosłymi, które wystąpiły w przeszłości w podobnej sytuacji. Praca z oporem powinna zawierać odpowiedź na wiele pytań: *Czy można kontynuować dalej temat rozmowy? Czy klient chce poruszać dany temat? W jaki sposób z tobą rozmawia, jakie mogą być przyczyny takiej reakcji? Czy można zakontraktować pracę na inny temat, aby kontynuować spotkanie i budować zaufanie? Jakie klient miał doświadczenia z innymi pomagającymi osobami? Czy była rozmowa o motywacji do spotkania? Czy wyjaśniony został cel spotkania? Jakie są w tym momencie potrzeby klienta? Jakie są jego myśli, oczekiwania, emocje? Co możesz zrobić, aby nawiązać z nim współpracę? Czego może od ciebie potrzebować? Co może zmienić obecnie klient? Co jest teraz dla niego ważne? Czy przedstawiał argumenty za zmianą?*

W pracy z oporem może być pomocne kilka zagadnień³³:

- *Autentyczność i komunikacja intencji.* Ważne, aby osoba pomagająca zakomunikowała, jakie są jej intencje i wzmocniła decyzję o przyjsciu na spotkanie. *Przyjście tutaj wymagało odwagi. Cieszę się, że jesteś, poproszono mnie, abym porozmawiał z tobą*

³² D. E. Engle i H. Arkovitz, *Ambivalence and psychotherapy. Facilitating readiness to change.* New York, Guilford Press, [w:] S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi, op. cit.*, s. 25-26.

³³ S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi, op. cit.*, s. 45-74.

- na temat, który niepokoi twojego wychowawcę. Temat dotyczący zachowań seksualnych. Co o tym myślisz?*
- *Pytanie o zdanie, o zgodę. Ważną rzeczą jest zapytanie o zgodę, podanie możliwości wyboru tematu spotkania. Jaki jest temat, na który chciałbyś porozmawiać. Dziś możemy porozmawiać o tym, jak ty widzisz temat seksu po alkoholu/bez zabezpieczenia. Co o tym myślisz? Chciałbym porozmawiać z tobą o tym, co się z twoim życiem po alkoholu. Może chcesz porozmawiać o czymś, co jest dla ciebie w tym momencie ważniejsze. O czym? Od czego chcesz zacząć? Czy zgadzasz się, aby...?*
 - *Szacunek, wybór i empatyczne odzwierciedlenie. Przy wyraźnym braku zainteresowania rozmową na temat seksualny rolą terapeuty jest podkreślenie autonomii klienta i odzwierciedlenie ewentualnych trudności, np. Rozumiem, że obawiasz się podejmowania tego tematu. Mam wrażenie, że to, co się wydarzyło, wiąże się z dużym niepokojem. To twoja decyzja. Ja mogę rozmawiać w takim zakresie, na jaki wyrażasz zgodę. Czego byś potrzebował ode mnie aby móc rozmawiać? Jeśli zmienisz zdanie, możemy do tematu wrócić. Osoba prowadząca pozostawia wybór, pamiętając o celu rozmowy, do którego nastolatek prawdopodobnie chętniej wróci, jeśli nie będzie przymuszony. Chcę, żebyś wiedziała, że nie jestem tutaj, aby oceniać twoje zachowanie i mówić ci, co masz robić. To ty decydujesz, co jest dla ciebie najważniejsze. Ja mogę ci pomóc zastanowić się nad zaletami i wadami takiego wyboru, jeśli wyrazisz zainteresowanie. Mogę ci pomóc na przeanalizowanie dalszych decyzji dotyczących relacji z mężczyznami na imprezach.*

Wspieranie samoskuteczności i zmiany

Wprowadzanie zmiany ma trwalszy charakter, kiedy sam autor jest do niej przekonany, a otoczenie wspiera motywację. Zmiana powinna być adekwatna do możliwości klienta. O czasie wprowadzenia i sposobie powinien on sam zadecydować. Zadaniem terapeuty jest wy-

chwytywanie języka zmiany świadczącego o podejmowanym wysiłku poznawczym i rodzącej się motywacji. Można to dostrzec w semantycznej warstwie monologu (*zastanawiam się, rozważam, biorę pod uwagę, dobrze by było, gdyby, być może lepiej jak bym zrobił, itp.*). W pracy z nastolatkami, szczególnie mającymi problem z adekwatną samoocena (a do takich należą osoby podejmujące ryzykowne zachowania), ważna jest umiejętność *wzmacniania* takich sygnałów oraz *wzmacnianie innych zasobów* (działań, planów, ambicji, umiejętności, sukcesów, chęci) w celu budowania poczucia sprawstwa i budowania poczucia własnej wartości³⁴.

Trudności w pracy z nastolatkami podejmującymi ryzykowne zachowania seksualne

Ambiwalencja nastolatka, a ambiwalencja dorosłego. Wiek adolescencji wiąże się z szeregiem zachowań, postaw, emocji, działań, które w budzą u dorosłych wiele złości. Szczególnie kiedy dorosły projektuje na nastolatka oczekiwania „dojrzałego” zachowania. Praktyka pokazuje, że brak zrozumienia nastoletniości, w której zderzają się potrzeby dziecięce z nasilającą się ekspresją seksualną budzą silny dysonans u dorosłych. Nastolatek doświadcza napięcia seksualnego, erotycznych fascynacji, pożądania, potrzeby rozładowania napięcia, a zarazem ma słabo rozwiniętą umiejętność hamowania napięcia. Jednocześnie towarzyszy mu szereg potrzeb dziecięcych związanych z troską, uwagą, akceptacją, wyrozumiałością i zapewnieniem bezpieczeństwa. Nastolatek może mieć trudność w dostrzeganiu tego, że w jednym aspekcie życia może potrzebować jasno wytyczonych granic, a z drugiej życzliwego przewodnictwa, posiadania autonomicznej przestrzeni, w której będzie mógł bezpiecznie podejmować decyzje i sprawdzać się w nowych rolach. Sytuacja taka może rodzić duży dysonans u osoby pomagającej, szczególnie jeśli posiada kateryczne założenia na temat seksualności powiązanej ze stereotypem odpowiedzialnego dorosłego.

³⁴ S. Naar-King i M. Suarez, *Wywiad motywujący z młodzieżą i młodymi dorosłymi*, op. cit., s. 25-26.

Umiejętność różnicowania się w rolach. W nawiązaniu do poprzedniego punktu, praca z nastolatkiem powiązana jest z umiejętnością balansowania między rolą opiekuna, zapewniającego dziecięce potrzeby i jednocześnie osoby wrażliwej na manifestowane przez nastolatka potrzeby niezależności, a bycia w partnerskiej relacji.

Praca z niezmotywowanym, przymuszonym do rozmowy adolescentem. Budowanie zaufania i sojuszu w takich warunkach rodzi wiele napięć u obu stron. Brak motywacji do rozmowy powiązany jest często ze złością przyniesioną przez nastolatka z relacji z innym dorosłym, w której nie doświadczył zrozumienia, a w zamian zetknął się z agresją, sztywnymi normami. Sytuacja przymusu rodzi konieczność większego nakładu uwagi na budowanie parametrów bezpieczeństwa, odzwierciedlania przeżywanych trudności i wzmacniania wszystkich symptomów współpracy.

Przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Prowadzący spotkanie z nastoletnią osobą może się spotkać z zachowaniem prowokującym, z postawą nonszalancką, nihilistyczną, agresywną, czasem uwodzącą. Również pomagający będzie miał trudne zadanie, jeśli sam doświadczył nadużycia, wymuszenia, sam będąc nastolatkiem, posiadał niespełnione fantazje seksualne, kompleksy lub przechodził socjalizację w purystycznym seksualnie środowisku. Może również przeżywa obecnie trudności w realizacji potrzeb seksualnych, partnerskich, może mieć przed sobą wyjątkowo atrakcyjną osobę. Takie okoliczności niewątpliwie silnie wpływają na przebieg rozmowy.

Poczucie zagrożenia i obawa pomagającego wynikające z zachowania młodej osoby. Zachowania, które manifestują się różnymi formami przekraczania granic, zachowań agresywnych, prowokowania, konfrontacji, mają wiele funkcji – sprawdzanie granic, testowanie zaufania, odreagowanie napięcia, która może rodzić złość, strach a za tym idącą potrzebę nadmiarowego stawiania granic, konfrontowania.

Dylemat – czy informować o niebezpieczeństwach prawnych opiekunów lub odpowiednie służby narażając na szwank zaufanie nastolatka, a tym samym podnosząc ryzyko zerwania kontaktu i pozbawienie

go rzetelnej pomocy. Sytuacja często spotykana, kiedy dorośli nie mają narzędzi do poradzenia sobie z problemem używania substancji psychoaktywnych, które bardzo często współwystępują z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi.

Umiejętności komunikacyjne i wiedza prowadzącego są szczególnie istotne w obszarze pracy nad seksualnością z punktu widzenia medycyny, psychologii. Konieczne jest swobodne używanie pojęć dotyczących anatomii i fizjologii, narządów seksualnych, z uwzględnieniem kontekstu kulturowego, specyfiki słownika nastolatka. Ważna jest umiejętność: wyjaśnienia tematów związanych z fizjologią zapłodnienia, chorobami przenoszonymi drogą płciową, podejmowania tematów tabu: takich jak antykoncepcja, aborcja, gwałt, nadużycia.

Praca z osobą, która jest jednocześnie ofiarą i sprawcą nadużycia. Nastolatek, który doświadczał przekraczania granic w domu lub innym środowisku obecnie powiela te same schematy w relacji ze słabszymi rówieśnikami. W tym kontekście istnieje potrzeba stawiania granic, pracy nad rozwojem kompetencji społecznych, zapewnienia sprzyjającego rozwojowo środowiska, a zarazem praca nad doświadczeniem traumy. W takiej pracy istnieje również ryzyko obciążenia winą i ryzyko wtórnej wiktyimizacji, np. związane zadawaniem zbyt szczegółowych pytań.

Odmienny system wartości osoby pomagającej i nastolatka. Zachowanie seksualne bywają kojarzone z grzechem i poczuciem winy, silnym wstydem, szczególnie jeśli występują w wieku nastoletnim, w związku pozamałżeńskim. Nastolatki mogą spotkać się z potępieniem otoczenia, rodziny, przewodników duchowych. W sytuacji silnej rozbieżności pomiędzy systemem wartości nastolatka i osoby pomagającej obowiązkiem tej drugiej strony będzie skierowanie do innego specjalisty. Również takie samo działanie należy podjąć, kiedy pomagający ma trudność z akceptacją podejmowanych przez młodzież zachowań homoseksualnych, biseksualnych i ze zrozumieniem wątpliwości dotyczących tożsamości płciowej.

Wsparcie zespołowe lub superwizja jest szczególnie pomocna, kiedy nastolatek przejawia zachowania stanowiące zagrożenie dla jego zdrowia lub życia, kiedy praca ma miejsce w otoczeniu środowiska rygorystycznie nastawionego do wychowania seksualnego, kiedy pomagający ma trudność z podjęciem tematów tabu i małe doświadczenie w pracy z daną tematyką.

Zaplanowanie wdrażania działań pomocowych w obszarze ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży z uwzględnieniem Dialogu Motywującego wymaga uwzględnienia następujących obszarów:

Faza zmiany zachowania ryzykownego, poziom rozwoju nastolatka, etap rozwoju seksualności, rodzaj zachowania ryzykownego oraz możliwość uzyskania wsparcia w środowisku.

Należy wziąć pod uwagę na ile poziom zachowania ryzykownego jest uświadomiony i jaki istnieje wyjściowy poziom motywacji do zmiany. Specjalista musi ocenić czy ma do czynienia z fazą *prekontemplacji, kontemplacji, przygotowania do działania, działania, podtrzymania, nawrotu zachowania*³⁵. Od fazy zmiany zachowania zależeć będzie dobór narzędzi pracy.

Rodzaj zachowania ryzykownych. Wśród ryzykownych zachowań seksualnych może mieć miejsce: seks bez zabezpieczenia, zachowania parafilne (fetysyzm, sadyzm, masochizm, ekshibicjonizm, voyeuryzm, pedofilia), nadużycia, przymus, agresja. Każde z tych zachowań niesie inny poziom ryzyka fizycznego, psychologicznego, społecznego i konsekwencji prawnych.

Ocena rozmiaru problemu. Czy należy podjąć działania mające charakter *profilaktyki uniwersalnej* (przed pierwszymi doświadczeniami), *wskazującej* (po pierwszych doświadczeniach), czy *profilaktyki selektywnej* (ograniczenie szkód, ograniczenie zakresu szkodliwych zachowań)³⁶.

³⁵ Ibidem.

³⁶ K. Ostaszewski, *Pozytywna profilaktyka*, „Świat Problemów”, 2006, nr 3(158), s. 6–10.

Poziom rozwoju nastolatka

1. Czy zachowania wynikają z deficytów emocjonalnych, poznawczych, biologicznych? Czy zachowanie mają charakter rozwojowy, instrumentalny, eksperymentalny, kompulsywny³⁷
2. Na ile oczekiwania otoczenia są adekwatne do możliwości nastolatka? Czy oczekiwania wynikają z presji grupy społecznej, wpływu rodziny? Jakie może mieć wsparcie w otoczeniu?
3. Jaki jest poziom rozwoju psychoseksualnego? Na ile potrzeby mieszczą się w normie rozwojowej, normie grupy odniesienia, normie kulturowej?

Rozpoznanie rodzaju ambiwalencji – czy ambiwalencja wynika z rozbieżności pomiędzy: oczekiwaniem grupy a oczekiwaniem szkoły i rodziny; zachowaniem otoczenia a zachowaniem indywidualnym; wartościami, a działaniem; emocjami a realizowanymi zachowaniami;

Rozróżnienie odmiennego poziomu autonomii. Inny jest poziom autonomii w szkole, inny w domu, inny w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym, jeszcze inny może być wśród osób pochodzących z obcej kultury.

Zastosowanie psychoedukacji w zakresie adaptacyjnej formy realizacji potrzeb seksualnych, w zakresie rozumienia zmian organizmu, istnienia odmiennych potrzeb innych osób, niebezpieczeństwa zakażeń, ryzyka zapłodnienia.

Współpraca zespołowa z lekarzem, seksuologiem, rodzicami, szkołą, superwizorem.

Zakończenie

Dialog motywujący w kontekście ryzykownego zachowania seksualnego nastolatków może być pomocny w kilku obszarach:

³⁷ M. Beisert, *Trud dorastania seksualnego*, [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, PWN, Warszawa, 2007, s. 159-163.

- budowanie kompetencji społecznych i autonomii, pobudzania do refleksji na temat własnych decyzji i wyborów w zakresie życia intymnego,
- praca z ambiwalencją charakterystyczną we wszystkich zaburzeniach i zachowaniach ryzykownych,
- modelowanie zdrowych zachowań poprzez okazywanie szacunku, akceptacji oraz odzwierciedlanie trudności dzięki czemu klient nabywa większą zdolność mentalizacji,
- praca z oporem, który jest sygnałem wskazującym na konieczność zmiany strategii i narzędzi pracy,
- wydobywanie zasobów, pomoc osobie w samourzeczywistnianiu i rozwoju różnych kompetencji (samooceny, radzenia sobie z emocjami, samodzielnego wyciąganie wniosków, samodzielnego stawiania rozwojowych pytań, bilansowania zysków i strat), chroniących przed ryzykownym seksem,
- odkrywanie emocji, potrzeb, motywacji własnych i innych osób, rozumienie przyczyn i konsekwencji zachowań seksualnych, rozumienie dysonansów stojących za decyzjami na temat aktywności seksualnej; rozumienie sprzeczności między wartościami, planami a ryzykownym seksem,
- oddziaływanie w sposób pośredni na zachowania seksualne poprzez wpływ na czynniki pośredniczące w ryzykownym seksie (spożywanie alkoholu, używanie narkotyków, lęki, depresja).

Stosowanie Dialogu Motywującego w pracy z nastolatkami może mieć zdecydowanie większą efektywność niż inne dotychczas wdrażane metody profilaktyki, terapii i interwencji. DM kładzie silniejszy nacisk na rozwój zasobów niż na deficyty. W tym aspekcie może być dobrą metodą do pracy z uwagi na to, że młodzież silnie koncentruje na potencjalnych korzyściach niż na konsekwencjach zachowań. Nastolatki posiadają nieco odmienną od dorosłych percepcję czasu i ryzyka. Uważają, że są mniej narażeni na konsekwencje własnego działania w przy-

szłości, na przykład na zakażenie wirusem HIV, ciąży³⁸. DM posiada dwa istotne obszary: *pierwszy*, to filozofia pracy polegająca na nawiązaniu relacji wpierającej, terapeutycznej w duchu zaufania, empatii i szacunku do autonomii klienta; *drugi* to umiejętności techniczne, które polegają na: dostrzeganiu ambiwalencji w zachowaniu, wydobywaniu i prowokowaniu motywacji do zmiany oraz odzwierciedlanie stanów umysłu i wzmacnianie zasobów³⁹. Badania pokazały, że Dialog sprawdza się w pracy zachowaniami ryzykownymi (używanie alkoholu, marihuany), które pośredniczą w ryzykownym seksie⁴⁰. Wstępne badania sugerują, że Dialog zwiększa samoskuteczność w stosowaniu prezerwatyw i podejmowaniu negocjacji z partnerem na temat seksu⁴¹.

DM wpisuje się w wiele naukowych dowodów, które podkreślają skuteczność metod i technik upodmiotawiających klienta. Jest to szczególnie ważne, uwzględniając współcześnie poważny kryzys wychowania znany specjalistom w szkołach gimnazjalnych i w ośrodkach wychowawczych. Założenia wielu teoretyków i praktyków wskazują na konieczność zmiany sposobu pracy z młodzieżą. Badania pokazują, że okres burz i naporów nie musi być normą. Być może odpowiedź tkwi w zmianie relacji nastolatek – dorosły i w potrzebie wprowadzenia do tej relacji perspektywy humanistycznej. Być może niebawem niezbędna będzie zmiana paradygmatu, która na pierwszym miejscu postawi rozwój kompetencji interpersonalnych i intrapsychicznych, a na dalszym presję dobrego wychowania i zdobywanie wiedzy encyklopedycznej. Być może trudny okres adolescencji jest w znacznej mierze efektem samospełniającej się przepowiedni dorosłych, którzy spodziewają się problemowych zachowań młodzieży, ponieważ sami

³⁸ J. R. Chapin, *Third-person perception and optimistic bias among urban minority at risk youth*, "Communication Research", nr 27, s. 51-81.

³⁹ W. R. Miller, G. S. Rose, *Toward a theory of motivaional Interviewing*, *American Psychologist*, 2009, nr 64, s. 527-537.

⁴⁰ S. Shoptaw, C. J. Reback, D. L. Froshch i R. A. Rawson, *Stimulant abuse treatment as HIV prevention*, "Jurnal Of Addiction Diseases", 1998, nr 17, s. 19-32.

⁴¹ S. J. Semple i T. L. Patterson, I. Grant, *Psychosocial characteristics and sexual risk behavior of HIV+ men who have anonymous sex partners, psychology and health*, 2004, nr 19, s. 71-81.

posiadają problem ze zmianą własnego zachowania i zachowania wobec dorastającej osoby. Możliwe, że w relacji z młodzieżą tworzymy samoczynny mechanizm dodatniego sprzężenia zwrotnego. Kontrola dorosłych i nacisk na przestrzeganie nienegocjowanych zasad wywołuje silniejszy opór i frustracje. Za frustracją idzie potrzeba odreagowania napięcia i mniejsza kontrola nad zachowaniem. Mniejsza kontrola wywołuje mniej odpowiedzialne decyzje nastolatków i potrzebę silniejszej kontroli dorosłych. Również mały nacisk kładziony na dialog z młodzieżą, nie daje jej możliwości internalizowania korzystnych zachowań, pozbawia umiejętności prowadzenia uwewnętrznionego dialogu między impulsywnymi działaniami a potrzebą bezpieczeństwa.

Summary

xxx

This paper presents an overview of major areas in developmental psychology advocating for change of perception of adolescents and their developmental needs. Evidence suggest that there is a need for change in adult – teenager relationship concerning educational, preventive as well as corrective work, creating measures to support the intrapsychic and interpersonal developmen of youth. In a relation based on empathy and respect the autonomy of a teenager is stimulated. This way of thinking about education and upbringing implies certain changes in methods used to influence young people. The article covers the controversial area of risky sexual behavior in teenagers. The last part is a description of the method used in the prevention, treatment, and intervention – Motivational Interviewing (MI), which meets the criteria of effectiveness confirmed in Evidence Based Practice in Psychology- EBPP. MI is still a novelty in Poland, but its methods as well as scientific basis makes it a perfect fit for work with rebellious and unmotivated clients as well as young people experiencing various development challenges – often destructive behaviours. The following article involves a proposal of including the Motivational Interviewing to work with teenagers undertaking risky sexual behavior.

Karolina Czerwiec, Katarzyna Potyrała

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Biologiczno-społeczne uwarunkowania tożsamości płciowej człowieka

Abstrakt

Prawa biologiczne to podstawa rozpatrywania zjawisk dotyczących płciowości człowieka a więc tych, które są z nim związane już od momentu zapłodnienia. Od pierwszych chwil życia zdeterminowana biologicznie jest płeć człowieka, budowa i funkcje ciała są konsekwencją procesów ewolucyjnych, a powiązana z nimi seksualność – warunkiem zachowania gatunku. Człowieka cechuje proces socjalizacji, dzięki któremu nabywa zarówno zachowań biologicznych uwarunkowanych genetycznie i ewolucyjnie, jak również uczy się społecznych norm zachowań. W opracowaniu wzięto pod uwagę problemy determinacji płci u człowieka (m. in. transpłciowość i interseksualność) oraz następstwa biologiczne, psychiczne i społeczne z tym związane. Istotny aspekt stanowiło również zbadanie zależności między biologicznym podłożem seksualności w sensie normy, a postrzeganiem tej „normy” przez społeczeństwo i akty prawne wydawane przez Unię Europejską.

Człowiek to złożony biospołeczny organizm, którego zachowania i odczucia odnośnie do seksualności, zależne są od czynników biologicznych i psychologicznych oraz wpływów społeczno-kulturowych. Kultura wykształca osobowość, czyli też indywidualny sposób rozwoju seksualnego¹.

Funkcjonowanie społeczeństw stanowiących współczesną cywilizację nie łączy się tylko z prokreacją, ale także z kształtowaniem osobowości i tożsamości każdego człowieka. Czynniki kulturowe

¹ K. Imieliński (red.). *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*. PWN, Warszawa, 1985.

kształtują wyobrażenie o ciele ludzkim: kobiecości, męskości i seksualności i to one nadają znaczenie cechom biologicznym. Formowana przez biologię płciowość może ulec zaburzeniom lub zmianie znaczenia poprzez wpływ oddziaływań kulturowych zmieniających się zależnie od wymagań społecznych. Zdaniem wielu biologów i pedagogów², seksualność łączy ze sobą biologię ciała ludzkiego, tożsamość człowieka i systemy norm społecznych.

Tożsamość płciowa jest jednym z podstawowych aspektów życia. Zazwyczaj płeć danej osoby oznacza się przy urodzeniu i traktuje – zarówno społecznie, jak i prawnie jako fakt. Jednakże stosunkowo niewielka liczba osób miewa problemy z byciem osobą płci oznaczonej przy urodzeniu. Taka sytuacja może dotyczyć również osób interseksualnych, których ciała mają zarówno męskie, jak i żeńskie cechy płciowe. Problemy innych osób zaznaczają się w niezgodności ich własnego obrazu z płcią oznaczoną przy urodzeniu, które określa się mianem transpłciowych lub transseksualnych³.

Tożsamość płciowa człowieka i determinacja płci

Tożsamość – główny problem okresu dorastania wprowadził do psychologii Erik Erikson w I połowie XX wieku. Struktura tożsamości nie może się scalić w dzisiejszym świecie zmienności i niepewności. Od tego, czy uda się jednak pokonać kryzys tożsamości, zależy rozwój osobowości człowieka⁴.

Tożsamość płciowa, czyli świadomość tego, czy jest się kobietą, czy mężczyzną, po raz pierwszy została wprowadzona do literatury

² Zob. D. M. Buss, *Psychologia ewolucyjna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001; A. Giddens, *Przemiany intymności. Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. PWN, Warszawa, 2007; A. Giordan, *Du Corpus Objet au Corpus Auteur*, [w:] Materiał z Konferencji: XXVI Journées internationales, 2010; L. Luciano, *Looking Good. Male Body Image in Modern America*, New York, 2001; Z. Melosik, *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*. Wydawnictwo Impuls, Kraków, 2010.

³ T. Hammarberg, *Human Rights and Gender Identity*, Council of Europe Commissioner for Human Rights, Strasbourg, 2009.

⁴ E. H. Erikson, *Identity youth and crisis*, New York-London: Wydawnictwo Norton & Company, 1968.

przez Janet Taylor Spence w 1984 roku⁵. To wiedza człowieka o jego przynależności do określonej grupy płciowej związana z akceptacją tej klasyfikacji. Tworzy się poprzez identyfikowanie się i czerpanie wzorców od osób podobnych do danej jednostki pod różnym względem, ale jednocześnie poprzez konfrontację z tym, co odmienne.

Formowanie się tożsamości zaczyna się od uświadomienia sobie w okresie przedszkolnym, że jest się chłopcem lub dziewczynką na podstawie identyfikowania się z rodzicami poprzez procesy poznawcze, a następnie poprzez przyjmowanie typowych dla danej płci wzorów zachowań. Od 7. roku życia płeć staje się dla dziecka cechą stałą, a przez to określa jego tożsamość płciową. Wiele czynników zewnętrznych ma od najmłodszych lat wpływ na określenie tożsamości płciowej. Należą do nich m.in. nadawanie imion, ubrania, zabawki, wystrój pokoju⁶. Chomczyńska-Miliszkievicz⁷ twierdzi, że tożsamość jest też zbiorem potrzeb i wartości, które ulegają zróżnicowaniu i nowej integracji, będącej ostatecznym etapem rozwoju. W pełni wykształcona tożsamość płciowa związana jest z wytworzeniem własnej świadomości i nie ogranicza się tylko do tego, co kobiece lub męskie.

Pojęcia ‘tożsamość płciowa’ i ‘poczucie tożsamości płciowej’ nie są jasne terminologicznie, szczególnie, odkąd w literaturze anglojęzycznej zróżnicowano pojęcia ‘płeć’ (sex) i ‘rodzaj’ (gender) dla podkreślenia różnic między cechami biologicznymi a tymi ukształtowanymi przez oczekiwania społeczne⁸.

Zainteresowanie pochodzeniem płci oraz sposobami wyznaczenia jej u potomstwa od zawsze interesowały ludzi. Stopień zainteresowania determinacją płci u człowieka był tak ogromny, że pod koniec XVII

⁵ J. Ratkowska-Pasikowska, *Bycie kobietą, bycie mężczyzną – kształtowanie się tożsamości płciowej*, „Edukacja. Studia. Badania. Innowacje”, 2006, nr 4.

⁶ I. Obuchowska, A. Jaczewski, *Rozwój erotyczny*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, 2002.

⁷ M. Chomczyńska-Miliszkievicz, *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002.

⁸ A. Rawa-Kochanowska, *Poczucie tożsamości płciowej w teorii i badaniach*, Difin SA, Warszawa, 2011.

wieku istniały 262 teorie na ten temat, które zakładały, że do głównych czynników determinujących płeć należą: stan ciała rodziców, stan komórek płciowych, zdeterminowanie płci w jajach. Obecnie wiadomo już, że determinacja płci odbywa się w czasie zapłodnienia i związana jest z wniknięciem do komórki jajowej plemnika zawierającego cechy danej płci⁹.

Rozmnażanie płciowe polega na wymianie informacji genetycznej komórek rodzicielskich. Połączenie się komórek rozrodczych i przekazanie łańcucha DNA z jednej do drugiej komórki powoduje powstanie pierwszych cech różnicowania płciowego. U człowieka działa genetyczny mechanizm determinacji płci XX/XY¹⁰.

Bręborowicz¹¹ podaje, że płeć składa się z dwóch elementów – płci fizycznej, (zespołu cech anatomicznych) i płci psychicznej (związanej z subiektywnym poczuciem przynależności do danej płci). Płeć biologiczna jest determinowana w okresie płodowym w trzech fazach: /1/ w okresie przedzarodkowym dochodzi do zapłodnienia, czyli połączenia się gamety męskiej i żeńskiej, a więc plemnika oraz komórki jajowej i powstania w wyniku tego procesu zygoty. Już wtedy zostaje zdeterminowana płeć człowieka; /2/ w okresie zarodkowym powstają cechy związane z płcią, np. z mezodermy powstaje układ rozrodczy. W chromosomie Y znajduje się gen odpowiadający za wykształcanie się jąder, z przewodów Wolfa u mężczyzn powstają kanaliki odprowadzające jądra, nasieniowody, przewód wytryskowy oraz przewody najądrzy, a z zatoki moczowo-płciowej powstaje gruczoł krokowy. U płodów płci żeńskiej z przewodów Müllera powstaje nabłonek jajo-wodów i macicy oraz część pochwy (druga część rozwija się z zatoki moczowo-płciowej pochodzącej z endodermy); /3/ w okresie płodowym powstają zewnętrzne narządy płciowe, różnicują się jajniki u płci

⁹ Zob. M. Beisert, *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka*, [w:] *Seksualność w cyklu życiowym człowieka*. PWN, Warszawa, 2006; K. Imieliński, *Medycyna i seks. Historia i współczesność*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1987.

¹⁰ K. Boczkowski, *Determinacja i różnicowanie płci*. PZWL, Warszawa, 1983; K. Boczkowski, *Płeć człowieka*. PZWL, Warszawa, 1987.

¹¹ G. Bręborowicz, *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.

żeńskej i zstępują jądra u płodów męskich. Dwunasty tydzień ciąży to czas, w którym można rozpoznać płeć dziecka.

Na płeć składa się wiele związanych ze sobą czynników. Każdy z tych czynników (części składowych) rozwija się z zawiązka, który jest bipotencjalny i może różnicować się w stronę męską lub żeńską. Przez cały ten okres może dojść do zaburzeń i powstania anomalii, które doprowadzą do zaistnienia którejś z odmian interseksualizmu¹². Osoby interseksualne mają cechy morfologiczne właściwe dla obydwu płci, zatem u jednej osoby występują zarówno narządy płciowe męskie, jak i żeńskie¹³. Zjawisko występowania ludzi o obojnaczej płci nazywanych hermafrodytami jest rzadkie, ale wiąże się często z przemieszaniem dwóch tożsamości¹⁴. Charakteryzuje się niezgodnością między płcią fenotypową, chromosomalną, rozwojem narządów płciowych, obecnością gonad, jak również przynależnością płciową. Można wyróżnić różne formy interseksualizmu (tabela 1). Medyczna klasyfikacja ICD-10 klasyfikuje interseksualność w pozycji Q56 w grupie „Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe” i nazywa „Płeć niezdeteminowana i obojnactwo rzekome”.

¹² J. Krzyżowski, *Psychopatologia zaburzeń różnicowania płci*, Warszawa: Wydawca: Medyk, 2002.

¹³ M. Nowicka, *Interseksualizm – trzecia płeć*, [w:] Jodko A. (red.), *Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa, 2008.

¹⁴ J. Enfield, *Kiss and Tell. An Intimate History of Kissing*. Harper Collins Publisher, Toronto, Canada, 2004.

Tabela 1. Podział interseksualizmu

		Zaburzenie	Charakterystyka
Wrodzone	Nieprawidłowe różnicowanie gonad	Zaburzenia powstawania i rozwoju jąder	Zespół Swyera (czysta dysgenезja gonad)
			Zespół Klinefeltera (dysgenезja kanalików nasiennych)
		Zaburzenia powstawania i rozwoju jajnika	Zespół Turnera (dysgenезja gonad)
		Obojactwo prawdziwe (hermafrodytyzm; androginia; dwupłciowość)	
	Obojactwo rzekome męskie (zespół feminizujących jąder)		
	Obojactwo rzekome żeńskie (zespół nadnerczowo-płciowy wrodzony)		
Nabyte: nabyty zespół nadnerczowo-płciowy, nowotwory wirylizujące jajników i nadnerczy, nowotwory feminizujące u mężczyzn			

Źródło: na podstawie: Bręborowicz, 2005; Krzyżowski, 2002; Kucz, 2006; Nowicka, 2008.

Niezwykle ważna rola w kształtowaniu się płci przypada hormonom – jeśli dojdzie do niewłaściwego wydzielania testosteronu, pojawią się zaburzenia w różnicowaniu płciowym. Dotyczy to głównie okresu od 6 do 20 tygodnia ciąży, gdy wydzielanie testosteronu wpływa na formowanie się jąder i narządów płciowych męskich oraz w okresie między 32 tygodniem a 4 miesiącem ciąży, gdy wydzielanie testosteronu powoduje zjawisko maskulinizacji mózgu w kierunku płci męskiej. Wobec tego, jeśli w tym czasie pojawi się niewłaściwe wydzielanie testosteronu lub brak reakcji płodu na testosteron, to mimo genetycznego zde-

terminowania płci, u płodu dojdzie do wykształcenia się obojnaczych cech płciowych¹⁵.

Gonady człowieka składają się z części rdzeniowej położonej centralnie i rozwijającej się w kierunku męskim oraz części korowej rozwijającej się w kierunku żeńskim i położonej wokół części rdzeniowej. Każdy płód niezależnie od swej genetycznej płci przez pewien czas rozwija się zarówno w kierunku męskim, jak i żeńskim bowiem w okresie życia płodowego występują przewody odprowadzające komórki płciowe zarówno męskie (przewód Wolffa), jak i żeńskie (przewód Mullera). W toku rozwoju zależnie od płci, jeden z tych przewodów zanika, a ze wspólnego dla obu płci wyrostka płciowego wykształca się albo łechtaczka u organizmów żeńskich, albo prącie – u męskich. Ta bipotencjalność związana z nieodróżnicowaniem zawiązków narządów płciowych jest podstawą do przejawiania się działalności czynników powodujących nieprawidłowości prowadzące do różnych form interseksualizmu. Niektóre formy niewłaściwego rozwoju płciowego są uwarunkowane aberracjami chromosomowymi, ale większa ich część mimo bardzo wyraźnych uwarunkowań genetycznych nie wykazuje takich aberracji¹⁶.

Czynniki genetyczne mają ogromne znaczenie w ewolucji organizmu i wyznaczaniu płci. Zakłócenia ich działania prowadzą do zaburzeń w rozwoju fizycznym i emocjonalno-seksualnym, np. zespołu Klinefeltera. Duże znaczenie mają też czynniki morfologiczne związane z budową i funkcjonowaniem organizmu, głównie układu neuroendokrynnego i narządów płciowych, a prawidłowa budowa narządów takich jak: kora mózgowa, układ wegetatywny, rdzeń kręgowy, nerwy obwodowe, receptory zmysłów, narządy płciowe, wpływa na rozwój

¹⁵ Zob. G. Bręborowicz, *Położnictwo i ginekologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005; M. Nowicka, *Interseksualizm – trzecia płęć*, [w:] Jodko A. (red.), *Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej*, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa, 2008.

¹⁶ Zob. K. Boczkowski, *Determinacja i różnicowanie płci*. PZWL, Warszawa, 1983; K. Boczkowski, *Interseksualizm. Nieprawidłowy rozwój płciowy człowieka*. PZWL, Warszawa, 1988; J. Krzyżowski, *Psychopatologia zaburzeń różnicowania płci*, Warszawa: Wydawca: Medyk, 2002.

emocjonalno-seksualny. Wpływ mają też czynniki biochemiczno-fizjologiczne związane z korą mózgową, ośrodkami podkorowymi, międzymózgowiem, które kontrolują i wpływają na emocje i popęd seksualny oraz scalają emocje z reakcjami seksualnymi. Zdaniem Bugajskiego¹⁷, istnieje teoria mówiąca o tym, iż mężczyźni zanikają jako gatunek – chromosom Y decydujący o męskości staje się coraz mniejszy i coraz słabszy. Obecnie stanowi on 1/3 tego, czym był 300 milionów lat temu, a poza tym nadal się kurczy, nie jest już tak silny i nie ma takich zdolności do regeneracji. Oprócz tego stanowi zaledwie 1/50 części genomu człowieka.

Człowiek, którego „obraz samego siebie” nie jest zgodny z płcią figurującą w jego akcie urodzenia odczuwa wewnętrzny konflikt między swoją tożsamością płciową a cechami cielesnymi „narzuconymi” mu w czasie rozwoju prenatalnego („Informator. Oswajanie transpłciowości”, 2011). Zaburzenia identyfikacji płciowej mogą występować w trzech formach: transseksualizm, transgenderyzm, transwestytyzm. Najsilniejszym zaburzeniem tożsamości płciowej jest transseksualizm, wprowadzony do klasyfikacji chorób DSM-III w 1980 roku, a do DSM-IV w 1994 roku. Obecnie akceptowane przez medycynę (klasyfikację ICD-10) i klasyfikowane jako zaburzenie (pozycja F64) są zjawiska transseksualizmu i transwestytyzmu. O transseksualizmie mówi się, *gdy pacjent pragnie żyć i być akceptowanym jako przedstawiciel płci przeciwnej, czemu towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia (dyskomfort) z powodu niewłaściwości własnych anatomicznych cech płciowych oraz chęć poddania się leczeniu hormonalnemu czy operacyjnemu, by własne ciało uczynić możliwie najbardziej podobnym do ciała płci preferowanej*. Natomiast transwestytyzm to *przebieranie się w odzież płci przeciwnej w celu osiągnięcia przyjemności z chwilowego odczuwania przynależności do płci przeciwnej, jednak bez chęci bardziej trwałej zmiany płci i bez pragnienia operacyjnego potwierdzenia tej zmiany*.

¹⁷ L. Bugajski, *Seks, druk i rock and roll. Zapiski z epoki recyklingu*. Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa, 2006.

Przebieraniu się nie towarzyszy podniecenie seksualne (Medyczna Klasyfikacja Międzynarodowa ICD-10).

Płeć jako konstrukt

Można wyróżnić takie rodzaje płci jak: /1/ płeć chromosomalna zależna od chromosomów płciowych XX lub XY, determinowana w chwili zapłodnienia i związana z genotypem; /2/ płeć gonadalna zależna od posiadania jajników przez osoby płci żeńskiej i jąder przez osoby płci męskiej; /3/ płeć hormonalna zależna od proporcji męskich i żeńskich hormonów płciowych (u płci męskiej jest więcej androgenów niż estrogenów); /4/ płeć gonadoforyczna (genitalna) zależna od rodzaju dróg wyprowadzających – u płci żeńskiej to: jajowody, macica, pochwa, u męskiej: najądrza, nasieniowody, pęcherzyki nasienne, prącie; /5/ płeć fenotypowa (somatyczna) określana przez wygląd zewnętrzny dorosłego człowieka; /6/ płeć metrykalna (socjalna) zależna od urzędowego wpisu w metryce i ustalana po porodzie; /7/ płeć psychiczna zależna od identyfikacji z osobami danej płci, poczucia przynależności do płci męskiej lub żeńskiej¹⁸.

Płeć to biologiczna i społeczna kategoria przynależności człowieka wpływająca na jego emocjonalne funkcjonowanie. Wiązą się z nią: /1/ 'seks' określający biologiczno-genitalne różnice, /2/ 'gender' oznaczający psychologiczne oraz kulturowe aspekty kobiecości i męskości, społeczne różnice płciowe określające role kobiet i mężczyzn stereotypowo przypisane im przez społeczeństwo i kulturę. Jest to zatem zaprzeczenie tradycyjnemu podziałowi płci, w którym biologiczna kobieta lub mężczyzna, naturalnie, pod wpływem hormonów, wykazują męskie lub kobiece wzory zachowań. Koncepcja kobiecości i męskości to konstrukt społeczny – przyjmuje różne formy w różnych kręgach

¹⁸ Zob. T. Bajkowski, *Tożsamość płciowa jako element tożsamości osobowej i społecznej*. [w:] Bajkowski T., Sawicki K. (red.), *Tożsamość osobowa a tożsamości społeczne. Wyzwania dla edukacji XXI wieku*, Wydawnictwo Trans Humana, Białystok, 2001; E. A. Kucz, *Biologiczne aspekty seksualności człowieka*, [w:] M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życiowym człowieka*, PWN, Warszawa, 2006; Z. Lew-Starowicz, *Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny*. Wydawnictwo EUROPA, Wrocław, 1999.

kulturowych i okresach historycznych, czasem niezgodnie z biologicznym determinizmem. Oczekiwania społeczne określające normatywną funkcję roli płciowej generują powstanie standardu ról płciowych i stereotypów ról płciowych. Rola płciowa posiada swój odpowiednik w postaci tożsamości płciowej i poczuciu własnej kobiecości lub męskości będącej jej składnikami¹⁹.

Poza płcią biologiczną i płcią kulturową ('gender') wyróżniono też płęć mózgu i jej wpływ na zdolności poznawcze człowieka. Coraz częściej seksuolodzy podkreślają istnienie płynnej seksualności, w myśl której rozwój ludzkości nie opiera się na płci męskiej i żeńskiej, bo ich granice zachodzą na siebie. Zależnie od układu cech psychicznych związanych z płcią możemy wyróżnić osoby: /1/ określone płciowo, u których cechy psychiczne odpowiadają biologicznej płci (kobięce kobiety, mężczy mężczyźni); /2/ androgyniczne o jednakowym nasileniu cech męskich i żeńskich niezależnie od płci biologicznej; /3/ nieokreślone płciowo o nieukształtowanych cechach męskich lub kobiecych niezależnie od płci biologicznej; /4/ określone skrzyżowanym występowaniem cech psychicznych związanych z płcią (kobięcy mężczyźni, męskie kobiety) – stopień nasilenia cech psychicznych odpowiada płci przeciwnej niż cech zgodnych z biologiczną płcią.

Pojęcie „femiman” (żeński mężczyzna) mierza do rangi nowego kanonu piękna. Oznacza, że dana osoba czuje się kobietą i mężczyzną, zakłada i męskie i kobiece ubrania, ale w obu wygląda naturalnie. Androgyniczność jest obecnie w kręgu zainteresowania mediów, filmu i muzyki – głównie dlatego, że „płęć się przewartościowała”, a fascynacja androginią ma za zadanie pozbycie się stereotypów płciowych. Jednakże często jest zbyt przerysowana i wcale nie musi się przekładać

¹⁹ Zob. M. Chomczyńska-Miliszekiewicz, *Edukacja seksualna w społeczeństwie współczesnym. Konteksty pedagogiczne i psychospołeczne*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2002; I. S. Kon, *Historyczno-etnograficzne aspekty seksuologii*. W: *Seksuologia kulturowa*, Imieliński K (red.). PWN, Warszawa, 1980; A. Seklecka, *Tożsamość płciowa wobec wyzwań XXI wieku, czyli mężczyźni w zawodach sfeminizowanych*, [w:] M. Jeziński, M. Winclawska, B. Brodzińska (red.), *Płęć w życiu publicznym. Różnorodność problemów i perspektyw*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, 2009.

na obupłciowość w sferze psychicznej. U osoby prawdziwie androgynicznej bardzo często cechy kobiece i męskie są na tyle daleko zatarte, tak naturalne i nieokreślone, że nie jesteśmy w stanie stwierdzić, z kim mamy do czynienia. Osoba taka czuje się zarówno kobietą, jak i mężczyzną i nie utożsamia się z żadną z płci. Udowodniono także, że osoby androgyniczne łatwiej przystosowują się do społeczeństwa i sprawniej radzą sobie w trudnych sytuacjach w porównaniu z osobami o zdecydowanie kobiecych lub męskich cechach, bo te narzucają sobie bardzo sztywne normy kulturowe, które ich ograniczają.

Rzeczywistość biologiczna dotycząca seksualności jest często zupełnie odmienna od tego, co społeczeństwo postrzega jako „normę” lub jej brak. Istnieje wielu ludzi, którzy nie umieszczają siebie w przyjętym systemie dwóch płci, tzn. kobieta/mężczyzna, stąd bardzo często określane są jako trzecia płeć. Psycholog i znawca zachowań seksualnych Anthony Bogaert wykazał, że 1% populacji w ogóle nie jest zainteresowane seksem w żaden sposób. Dowodów naukowych na istnienie różnych zachowań seksualnych jest tak dużo, że socjologowie uznali, iż seksualność nie jest kodowana biologicznie, a pod wpływem przemian społecznych wciąż ulega modyfikacjom. Różnorodność seksualną i płciową w odniesieniu do kultury wyjaśnia teoria queer, czyli wszelkie tożsamości i style życia wyłamujące się z tradycyjnego modelu heteroseksualnego. Teoria queer zakłada, że tożsamości i „kategorie” ludzi konstruowane społecznie są w dużym stopniu uproszczone. Zatem rola czynników kulturowych i społecznych w formułowaniu sądu o płciowości jest niedoceniana w porównaniu z biologicznym determinizmem będącym dominującym wyznacznikiem tożsamości (Bojarska, 2008).

‘Seksualność’ – termin, który ewoluował

W „Uczcie” Platona występuje wyjaśnienie płciowości człowieka, które wyraźnie wskazuje, iż obecnie trzecia płeć, w rzeczywistości była pierwszą i nosiła nazwę „androgyn”. Kobieta i mężczyzna byli w niej połączeni tak mocno, że tworzyli idealną całość, ale androgyn został

przecięty przez Zeusa na dwie płcie – męską i żeńską, które w wyniku tęsknoty za sobą dążą do zbliżenia²⁰.

Transseksualizm pojawił się w micie o Hermafrodytosie (synu Hermesa i Afrodyty) i zakochanej w nim nimfie Salmikis, która zwabiła go do źródła i zmusiła do aktu płciowego. Gdy Hermafrodyt odrzucił jej zaloty zapragnęła, aby nigdy już nikt ich nie rozdzielił i zgodnie z jej życzeniem, bogowie na zawsze zespolili ich w jedno ciało mające zarówno kobiece, jak i męskie cechy²¹. Natomiast w starożytnym Rzymie, cesarz Heliogabal prze wiele lat chodził ubrany w kobiece szaty, malował się, aż w końcu nakazał swoim lekarzom wykastrowanie siebie.

W micie o Tezeuszu występuje motyw transwestytyzmu polegający na tym, że Tezeusz chcąc zabić Minotaura, podstępnie kazał przebrać się dwóm młodzieńcom w damskie szaty, naśladować kobiece ruchy i zmiękczyć skórę ciepłymi kąpielami. Od tego czasu w Atenach zaczęto obchodzić święto, w czasie którego chłopcy przebrani w damskie szaty składali ofiary w świątyni Ateny. Jest to przykład rytualnego transwestytyzmu, który spotkać można u wielu ludów pierwotnych. Często transwestytyzm tłumaczono impotencją, poprzez którą mężczyźni nakładali szaty kobiece i przybierali role żeńskie w społeczeństwie²².

Termin „seksualność” pojawił się po raz pierwszy w XIX wieku w języku wyłącznie biologicznym. Dopiero pod koniec dziewiętnastego stulecia zaczął nabierać współczesnego znaczenia związanego z płciowością. Około stu lat temu seksualność była tematem tabu, ale jednocześnie wciąż o niej pisano w czasopismach medycznych, które dostępne były tylko dla nielicznych i praktycznie nie docierały do ogółu społeczeństwa. Dopiero później zaczęto rozpowszechniać pogląd, iż wszystko co wiąże się z seksualnością jest konieczne dla płciowości, jest przyjemnością i elementem ludzkiego doświadczenia. Obec-

²⁰ J. Nikodemka, A. Fiedorowicz, *Nowa płć. Zanikają różnice między kobietami i mężczyznami*, „Focus”, 2012, nr 2(197).

²¹ J. Enfield, *Kiss and Tell. An Intimate History of Kissing*. Harper Collins Publisher, Toronto, Canada, 2004.

²² K. Imieliński, *Medycyna i seks. Historia i współczesność*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa, 1987.

nie seksualność nie jest już „sekretem”, który należy ukrywać i który jest hamowanym przez społeczeństwo popędem²³.

Zdaniem Eriksona, dla kształtowania się tożsamości szczególnie znaczenie ma „ego”, które wybiera cechy charakteryzujące człowieka integrując je w koncepcję samego siebie. Wytwarza również tożsamość „self” polegającą na umiejętności rozpoznawania, jak jest się postrzeganym przez ludzi oraz umiejętności zachowania własnej wewnętrznej i spójnej tożsamości mimo upływu czasu i zmian w wyglądzie, zachowaniu i seksualności²⁴. Hejwosz-Gromkowska²⁵ podkreśla istnienie tożsamości interakcjonistycznej (procesualnej, sytuacyjnej, zmiennej i konstruowanej przez różnorodne relacje z ludźmi) w opozycji do eriksonowskiej (strukturalnej i stabilnej). Jednocześnie stawia pytanie, czy w kulturze współczesnej można jeszcze mówić o niezmienności tożsamości w sytuacji egzystowania w kulturze natychmiastowości.

Nasza cywilizacja ma typ „wizualnej”, co oznacza, że największą wagę przypisujemy temu, co widzimy, a nie temu, co czujemy. Wzrokowa stymulacja seksualna zależy od osobowości danego człowieka, popędu seksualnego, psychicznych zahamowań i zawiera określone nastawienie wobec seksualności ukształtowane przez wychowanie. W sferze seksualnej dochodzi do zwiększenia liberalizmu, walki z podwójną moralnością, większej otwartości kobiet na sprawy seksu. Aktywność kobiet i mężczyzn staje się podobna – dawna duża różnica nie wynikała z czynników biologicznych, ale wpływów kulturowych kreujących wzorce zachowań seksualnych kobiet i mężczyzn.

Społeczne i programowe transformacje wiążą się z dyskusjami w mediach na temat coraz większej liczby zagadnień związanych z ludzką płciowością, które opisywane są w literaturze naukowej. Coraz więcej

²³ M. Foucault, *Historia seksualności*. Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa, 2000.

²⁴ E. H. Erikson, *Identity youth and crisis*, New York-London: Wydawnictwo Norton & Company, 1968; E. H. Erikson, *The life cycle completed*, New York-London: Wydawnictwo Norton & Company, 1982.

²⁵ D. Hejwosz-Gromkowska, *Kultura natychmiastowości a (re)konstruowanie tożsamości – wprowadzenie*, D. Hejwosz-Gromkowska (red.), *Rekonstrukcje tożsamości w kulturze natychmiastowości*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 2014.

uwagi poświęca się zagadnieniom transpłciowości i interseksualności, media kreują wiele pozytywnych postaw wobec tych zjawisk, co powoduje konieczność intensyfikacji edukacji formalnej w tym zakresie. Rams²⁶ podaje, że nowe media dają szansę „osobom o nienormatywnej tożsamości” na jawne domaganie się swoich praw, dzięki czemu społeczeństwo zaczyna zauważać problemy, które do tej pory były poza zasięgiem jego zainteresowań.

Dokumenty na temat tożsamości płciowej

Dokumenty ustanawiane na poziomie Unii Europejskiej (dyrektywy, pakiety, zalecenia, deklaracje, orzeczenia sądów, oświadczenia, kodeksy prawne, ustawy, uchwały) dotyczą głównie przeciwdziałania dyskryminacji i łamaniu praw człowieka ze względu na tożsamość płciową i dostarczaniu obiektywnych informacji na temat tożsamości płciowej w szkolnych programach nauczania i materiałach edukacyjnych. Dokumenty uchwalane przez polityków UE traktują osoby transpłciowe jako te, które mają prawo do decydowania o swojej tożsamości płciowej przy zagwarantowaniu ich godności i bez przymuszania ich do hormonalnych, czy chirurgicznych zabiegów korekty płci.

ONZ uznała, że *tożsamość płciowa znajduje się wśród wymienianych przyczyn dyskryminacji; osoby transpłciowe, transseksualne, interseksualne często stają się ofiarami poważnego łamania praw człowieka, np. molestowania w szkole lub miejscu pracy*. Natomiast w 2007 roku opublikowano w formie deklaracji tzw. „Zasady Yogyakarty”: *zasady stosowania międzynarodowego prawa praw człowieka w stosunku do orientacji seksualnej i tożsamości płciowej*. Jedną z zasad brzmi: *Każdy ma prawo, by wszędzie uznawano jego podmiotowość prawną. Samodzielnie zdefiniowana tożsamość płciowa jest integralną częścią osobowości i jednym z podstawowych aspektów samookreślenia się, god-*

²⁶ P. Rams, *Queerowanie mediów. Polityczność i emancypacja w wizualnej przestrzeni*, [w:] K. Kopecka-Piech, A. Woźny (red.), *New Media (Studies)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2011.

ności i wolności. Nikt nie może być poddany presji, by ukryć, stłumić lub odrzucić swoją tożsamość płciową²⁷.

Rada Europy uznała, iż państwa członkowskie powinny powziąć środki mające na celu promowanie w szkołach wzajemnej tolerancji i szacunku niezależnie od tożsamości płciowej. Środki te powinny obejmować dostarczanie obiektywnych informacji na temat tożsamości płciowej w szkolnych programach nauczania i materiałach edukacyjnych, a także udzielanie uczniom i studentom niezbędnych informacji, ochrony i wsparcia, aby umożliwić im życie w zgodzie z ich tożsamością płciową.

W Polsce nie ma ustawy regulującej kompleksowo kwestie osób transpłciowych. Art. 23 Kodeksu Cywilnego stanowi, iż *Dobra osobiste człowieka pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach*. Ochroną objęta jest zatem tożsamość płciowa, będąca dobrem osobistym każdego człowieka.

Od 1995 roku istnieje możliwość wystąpienia z powództwem z art. 189 Kodeksu postępowania cywilnego o ustaleniu płci osoby transseksualnej, która posiada opinię lekarską stwierdzającą u niej dysfориę płciową. Na podstawie orzeczenia sądu i aktu urodzenia z nowymi danymi osobowymi, istnieje możliwość zmiany dowodu tożsamości, prawa jazdy, czy dokumentów własności²⁸.

Z kolei treść § 16 Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie dokumentacji przebiegu studiów z dnia 2 listopada 2006 r. brzmi: *Po ukończeniu studiów nie dokonuje się zmiany imienia (imion) lub nazwiska absolwenta w jego dyplomie i dokumentach, chyba że zmiana imienia lub nazwiska nastąpiła na podstawie decyzji administracyjnej lub orzeczenia sądu wydanego w postępowaniu w sprawie zmiany płci. W tych przypadkach wydaje się dyplom na nowe imię lub nazwisko, po przedstawieniu decyzji administracyjnej lub orzeczenia*

²⁷ K. Remin (red.), *Zasady Yogyakarty. Zasady stosowania międzynarodowego prawa praw człowieka w stosunku do orientacji seksualnej oraz tożsamości płciowej*, KPH, Warszawa, 2009.

²⁸ Informator. Oswajanie transpłciowości, 2011.

sądu i za zwrotem dyplomu, wraz z odpisami, wydanego na poprzednie imię lub nazwisko (Dz.U. Nr 224, poz. 1634).

Transseksualizm i interseksualizm w opinii uczestników wywiadu fokusowego

Zdaniem studentów biologii Uniwersytetu Pedagogicznego (uczestników wywiadu fokusowego na temat płciowości człowieka i edukacji seksualnej), konieczne jest wprowadzenie do programów nauczania zagadnień interseksualizmu. Ich zdaniem, uczniowie muszą wiedzieć, że istnieją osoby, które posiadają jednocześnie narządy płciowe męskie i żeńskie, czując się przy tym kobietą lub mężczyzną i mają prawo do decydowania, jakiej chcą być płci. Studenci uznali, że o biologicznym podłożu interseksualizmu należy mówić na lekcjach biologii przy okazji omawiania rozwoju płodowego i chorób genetycznych sprzężonych z płcią, a *programy nauczania powinny zostać zmodyfikowane, by był czas na omówienie zagadnień interseksualizmu i transseksualizmu na lekcjach biologii*. Obecnie zagadnienia te omawiane są wyłącznie z punktu widzenia zaburzeń w dziedziczeniu chromosomów płciowych, a nie porusza się zupełnie psychicznych następstw tych procesów i postaw społecznych wobec takich osób.

Według studentów ważne jest, aby uczniowie dowiedzieli się o psychicznych uwarunkowaniach tych zjawisk również w kontekście postaw wobec takich ludzi, co zmniejszyłoby agresję i nauczyło używania wobec nich kulturalnego słownictwa.

Wnioski i rekomendacje

1. Istnieje dążność do uwzględniania bieżących problemów socjologicznych związanych z seksualnością. Należy uaktualnić wiedzę biologiczną dotyczącą determinacji płci i podstaw tożsamości płciowej człowieka.
2. Przemiany społeczno-kulturowe i powstawanie nowych systemów wartości generują potrzebę interdyscyplinarnego podejścia do problemów biologii człowieka. Istnieje niewiele publikacji na temat

transpłciowości, które byłyby obiektywne i zawierały potwierdzone naukowo fakty.

3. W krajach Unii Europejskiej powstaje coraz więcej aktów prawnych mających na celu przeciwdziałanie ksenofobii. W Polsce istnieje konieczność dalszych prac nad doskonaleniem aktów prawnych chroniących osoby transpłciowe przed dyskryminacją fizyczną i psychiczną z powodu ich tożsamości płciowej.
4. Transformacje społeczne i postęp nauk biologicznych wymuszają nowe spojrzenie na postawy wobec odmienności i różnorodności biologicznej oraz konieczność edukacji społeczeństwa w zakresie transpłciowości za pomocą rzetelnych komunikatów medialnych i programów promujących dialog społeczny przeciwdziałający ksenofobii.

Dr hab. Ewa Dmoch-Gajzlerska, Barbara Mazurkiewicz

Wady genetyczne, macierzyństwo i rokowanie w kontekście seksualności

Abstrakt

Dziecko w okresie noworodkowym podlega diagnozie i ocenie rozwoju obejmującym badania z zakresów: pediatrycznego, neurologicznego, psychologicznego, logopedycznego, pedagogicznego oraz fizycznego, realizowanych przez specjalistów z tych dziedzin. Do tej pory opracowano bardzo dużo skal i testów do badań noworodka. Każdy specjalista powinien poznać nie tylko większą część tych narzędzi diagnostycznych, lecz także nauczyć się stosować je w zależności od potrzeb dziecka i mieć możliwość skonfrontowania wyników.

Pomiędzy lekarzem a pacjentką może być relacja zarówno personalna, jak i profesjonalna, przy czym osoba z niepełnosprawnością powinna posiadać pewną autonomię. Jednym z najważniejszych etapów życia człowieka jest okres niemowlęstwa. Dla rodziców jest etapem poznawania swojego dziecka oraz czasem nauki sposobów jego opieki, pielęgnacji i wychowania. Młodzi rodzice traktują ten okres jako sprawdzenie siebie w nowej roli¹. Okres rozwoju dziecka jest okresem bardzo dynamicznym wymagającym stałej obserwacji i kontroli rozwoju w celu wykluczenia zaburzeń i dysfunkcji rozwojowych. Odpowiednio wcześnie wdrożona diagnostyka określa rodzaj dysfunkcji i wskazuje sposób rehabilitacji.

Przebieg rozwoju procesu integracji sensorycznej stanowi bazę do kształtowania się wyższych czynności umysłowych. Podczas te-

¹ M. Kowalska-Kantyka, *Diagnoza i terapia małego dziecka*, [w:] J. Rotternund (red.), *Zmagania się z niepełnosprawnością – kolejne wyznaczniki*, Impuls, Kraków 2009, s. 84-89.

rapii metodą integracji sensorycznej dziecko dostarcza sobie odpowiedniej liczby i jakości bodźców zmysłowych oraz prowokuje układ nerwowy do adekwatnej ich integracji².

Informacja o zaburzonym rozwoju dziecka jest jednym z najtrudniejszych momentów, w jakim mogą się znaleźć jego rodzice. Narodziny niepełnosprawnego potomka wiążą się z przeżyciem przez nich wielu negatywnych emocji, a w niektórych przypadkach wymagają od rodziców całkowitego przekonstrowania swoich planów i marzeń względem dziecka, a także własnej drogi rozwoju zawodowego oraz osobistego. Ponadto rodzice muszą nauczyć się sprawować opiekę nad dzieckiem, które rozwija się w sposób odmienny niż rówieśnicy³.

Przystosowanie się rodziców do życia z dzieckiem o zaburzonym rozwoju jest procesem ciągłym i trudnym, trwającym niekiedy przez całe życie. Sposób poradzenia sobie przez rodziców w tej niełatwej sytuacji uzależniony jest od wielu czynników. Jednym z nich jest wsparcie ze strony specjalistów. W wielu ośrodkach kontakty z rodzinami dzieci niepełnosprawnych kończą się na przekazaniu diagnozy, bez wskazania konkretnych sposobów i metod postępowania z dzieckiem. Specjaliści powinni przekazywać rodzicom wiedzę na temat indywidualnych możliwości rozwojowych ich dziecka, a nie odnosić się do charakterystyki przeciętnego dziecka z takim samym zaburzeniem rozwoju. Ich zadaniem jest informowanie rodziców, że rozwój ich dziecka będzie przebiegał w sposób odmienny niż zdrowego dziecka i nauczenie ich sposobów postępowania ze swoim potomstwem, tak by mogło ono w sposób optymalny zrealizować swój potencjał rozwojowy.

Nie ma złych rodziców, lecz są jedynie tacy, którym nie udzielono prawidłowego wsparcia i nie nauczono ich sposobu postępowania z dzieckiem. Stworzenie adekwatnego systemu pomocy rodzinie z dzieckiem o zaburzonym rozwoju powinno stać się priorytetem

² M. Kościeliska, *O psychologicznych źródłach trudności akceptacji dziecka upośledzonego – dane z terapii rodzin* [w:] J. D. Kornas-Biaela (red.), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie*, Lublin 1989.

³ M. Kościeliska, *Trudne macierzyństwo*, WSiP, Warszawa 1998 b.

działalności specjalistów, działających w tej dziedzinie. W XXI wieku w europejskim kraju osoby niepełnosprawne zamiast pomocnej dłoni napotykają na mur niechęci. Często nie jest to kwestia rozwiązań instytucjonalnych, lecz zwykłej ludzkiej ignorancji. Naszemu społeczeństwu wygodniej jest widzieć osoby niepełnosprawne przez pryzmat ich zaburzeń, a nie pragnień, marzeń czy aspiracji. Brak otwartości Polaków na współuczestniczenie osób z zaburzonym rozwojem w życiu publicznym warunkowany jest kilkoma istotnymi czynnikami. Jednym z najważniejszych jest brak elementarnej wiedzy na temat funkcjonowania osób niepełnosprawnych, wyzwalający tendencje do unikania takiego kontaktu. Drugim czynnikiem zmniejszającym możliwości integracji jest pasywność i autoizolacja środowisk osób niepełnosprawnych, które często z powodu zaniżonej samooceny i lęku przed odrzuceniem wolą zamknąć się we własnych czterech kątach lub ograniczyć kontakty towarzyskie do grupy osób podobnych sobie. Ludzie z zaburzeniami osobowości często mają nikłe możliwości uczestniczenia w życiu publicznym, a społeczeństwo robi zbyt mało, aby to zmienić.

Macierzyństwo

Macierzyństwo jest wydarzeniem w biografii kobiety, które wiąże się ze zmianami zachodzącymi w jej sytuacji w stosunkowo krótkim czasie. Macierzyństwo jako wydarzenie może być planowane i oczekiwane lub też może zdarzyć się nagle i niespodziewanie. Różnica polega na tym, że planując macierzyństwo, kobieta liczy się ze zmianami i je przewiduje. Jeżeli macierzyństwo zdarza się w sposób niezaplanowany, kobieta nie zawsze jest na te zmiany przygotowana. Wiadomo, że na przestrzeni wieków dokonała się ewolucja postaw macierzyństwa. Traktowanie macierzyństwa jako swoistej „instytucji” spowodowało na przestrzeni wieków ograniczenie, a wręcz degradację kobiecych możliwości. Erich Fromm⁴ uważał, że zasadnicza różnica między miłością macierzyńską a ojcowską tkwi w tym, że miłość matki jest miłością bezwarunkową, natomiast miłość ojca to miłość uwarunkowana cechami zachowania się dziecka. Miłość matki, według Fromma, nie

jest obwarowana żadnym warunkiem. Jedyne co dziecko musi zrobić, to być. Miłość matki jest szczęściem, jest spokojem, nie trzeba jej zdobywać, nie trzeba na nią zasługiwać.

Aby miłość macierzyńska była pełna, musi zawierać dwa zasadnicze elementy: odpowiedzialność i troskę o dziecko oraz budzenie miłości życia. Według Kościelskiej, im bardziej wyrazisty jest obraz oczekiwanego dziecka kreują rodzice przed jego urodzeniem, tym większe jest prawdopodobieństwo, że przeżyją szok po uzyskaniu informacji, iż dziecko jest chore czy upośledzone albo pod jakimkolwiek względem nie odpowiada ich wyobrażeniom⁴. Uczucia rodziców w związku z diagnozą niepełnosprawności intelektualnej mogą być różne, ponieważ ludzie różnie reagują na trudne sytuacje. Tak więc te same wydarzenia mogą mieć zupełnie inne znaczenia dla różnych osób. Urodzenie dziecka uznanego za niepełnosprawne intelektualnie, a więc „niepełnowartościowe”, jest dla wielu matek niepowodzeniem w ich biografii oraz dowodem ich własnej niepełnowartościowości. U części matek może zaistnieć kryzys tożsamości, związany z odebraniem im przez dziecko idealnego obrazu siebie.

Narodziny upośledzonego dziecka powodują u rodziców konflikt pomiędzy miłością do dziecka, które należy kochać, a niechęcią do niego, ponieważ jest ono upośledzone. Urodzenie dziecka upośledzonego, które jest inne niż oczekiwane, to wydarzenie przełomowe w życiu matki. „Trudne” macierzyństwo jest doświadczeniem, któremu towarzyszy zazwyczaj dolegliwe cierpienie. Poczucie wstydu i upokorzenia, jakie przeżywają matki z powodu posiadania upośledzonego dziecka, stanowią jakby pochodną od wyobrażenia o upośledzeniu jako o czymś hańbiącym, umniejszającym wartość i poczucie własnej wartości. Często jest to uczucie autodestrukcji nierzadko wiążące się z karaniem siebie. Obok poczucia wstydu reakcją na dziejące się procesy jest lęk. Wynika on bądź z realnego zagrożenia życia czy zdrowia dziecka, a część dotyczy doświadczeń przejawów społecznej wrogości. Cierpienie matki, która zamiast oczekiwanego dziecka urodziła dziecko z niepełnospraw-

⁴ E. Fromm, *O sztuce miłości*, PIW, Warszawa 1971, s. 52-64

nością intelektualną jest cierpieniem wszechogarniającym. Wprowadza ono w stan niepokoju. Rozumienie tego, co mówi do nas osoba upośledzona intelektualnie wiąże się z zaburzeniem komunikacji na poziomie znaczeń jawnych. Upośledzone dziecko jest zazwyczaj osobą o znacznie niższych i ograniczonych możliwościach komunikacyjnych.

Ciąża

Ciąża podobnie jak menstruacja i przekwitanie, to naturalny stan kobiecego organizmu. Ciało kobiety jest przystosowane do tego, by nosić w sobie nowe życie, a gdy przyjdzie czas – wydać je na świat. Jednak nie jest powiedziane, że każda kobieta będzie miała zdrowe potomstwo. Ale też i nie każda kobieta musi mieć dziecko i chęć je rodzić: w życiu można się też poświęcić innym sprawom, wydawanie na świat i wychowanie potomstwa nie jest jednym zadaniem kobiety. Coraz powszechniej praktykuje się diagnostykę prenatalną; wykonując różne analizy krwi, USG i badania płynu owodniowego. Lekarz zobowiązany jest poinformować pacjentkę o znaczeniu wyników takich badań. Od pewnego wieku kobiety, w przypadkach późnej ciąży, badania takie są zalecane. Zwykle słyszy się uspokajające słowa: „Chcemy tylko mieć pewność, że z dzieckiem jest wszystko w porządku”. Ale co, jeśli wynik nie odpowiada normom? Dzisiejszy stan medycyny pozwala na leczenie i korektę jedynie bardzo niewielkiej liczby wad wrodzonych. Budzący niepokój wynik pociąga ze sobą konieczność wykonania następnych badań prenatalnych, a jeśli okaże się, że płód jest rzeczywiście uszkodzony i obciążony wadami? Dlatego każda kobieta, najlepiej jeszcze w fazie planowania ciąży, powinna się zastanowić nad swoim stosunkiem do badań prenatalnych.

Najczęstszą nieprawidłowością jest trisomia 21 chromosomu, czyli zespół Downa, który daje różne, cięższe i lżejsze postaci upośledzenia. Przed urodzeniem nie da się tego stwierdzić, że właśnie dziecko nieodpowiadające normie wniosło do ich życia wzbogacające wartości, mimo wszystkich wyrzeczeń i obciążeń, jakie się z tym wiążą. Często mówi się o tym, że osoby niepełnosprawne stanowią obciążenie

dla społeczeństwa – ale mało kto zdaje sobie sprawę z tego, że osoby niepełnosprawne to w większości ofiary wypadków drogowych a nie ludzie, którzy przyszli na świat z wadami rozwojowymi.

Wady płodu i następowa niepełnosprawność

Oczywiście, że każda kobieta i każda para spodziewająca się dziecka ma prawo do badań prenatalnych, aby wykluczyć ewentualne wady rozwojowe płodu. Nie każdy musi chcieć i nie każdy czuje się na siłach wychowywać dziecko upośledzone. Tym bardziej ważne jest, by odpowiednie przemyślenia, kroki i decyzje podjąć wcześniej, bez pośpiechu i z uwzględnieniem wszystkich konsekwencji.

Wrodzone nieprawidłowości rozwojowe są wynikiem mutacji genów lub uszkodzeń wewnątrzmacicznych. Wady rozwojowe powstałe w środowisku wewnątrzmacicznym są objęte pojęciem embriopatii. Należy jednak pamiętać, że wady rozwojowe pochodzenia egzogenego jak odbicie fenotypu mogą być takie same jak powstałe drogą mutacji. Jedynie wywiad daje czasem wskazówkę co do sposobu ich powstania. Fakt, że wada rozwojowa wystąpiła w danej rodzinie raz, nie przemawia jednak przeciw jej powstaniu na drodze mutacji, ponieważ 90% nieprawidłowości wywołanych mutacją jest dziedziczonych recesywnie. Stosunkowo duża liczba wad jest wykrywana na etapie I i II trymestru ciąży podczas badań ultrasonograficznych wykonywanych w odpowiednich, rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne okresach ciąży.

Dzisiaj wczesne rozpoznawanie dotyczy m.in.:

- przepukliny oponowo-rdzeniowej,
- zaburzeń rozwojowych twarzo-czaszki,
- wodogłowa,
- zarośnięcia odbytu i/lub błony dziewiczej,
- przepukliny jamy brzusznej (m.in. omphalocele),
- zlepienia cewki moczowej – spodziectwo, wierzchniactwo, przetoki, wycisowanie pęcherza,
- przepukliny pępkowe, pachwinowe i inne,

- nieprawidłowości rozwojowe kończyn w tym dysplazji biodrowych aż do wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego,
- nieprawidłowości rozwojowe narządów wewnętrznych (torbiele płuc, wady serca, przemieszczenia trzewi do klatki piersiowej, torbiele szyjne, zwężenia i zarośnięcia przewodu pokarmowego, jelita cienkiego i grubego na różnych odcinkach),
- wady rozwojowe narządów płciowych,
- wady wrodzone skóry (znamiona, naczyńniaki),
- nieprawidłowości dotyczące całych układów (wrodzona kruchość kości, choroba spichrzania glikogenu i wrodzona wiotkość mięśni),
- zrosłaki – powstają wskutek niecałkowitego podziału bliźniąt jednojajowych we wczesnym okresie ciąży. W wyniku tego zaburzenia mogą powstać różne kształty płodów.

Asymetryczne zaburzenia rozwojowe jednego zawiązka płodu prowadzą do powstania, postaci poronnych, np. do płodu bezpostaciowego.

Kolejna grupa nieprawidłowości to uszkodzenia wewnątrzmaciczne wskutek zakażeń. Istotne jest tu stadium rozwojowe, w którym płód zostaje zaatakowany zakażeniem.

Jeżeli zakażenie to wystąpi u matki w pierwszych miesiącach ciąży, a więc w okresie tworzenia się narządów, następstwem jego mogą być wrodzone wady rozwojowe w sensie odbicia fenotypu tj. embriopatie. Po ukształtowaniu się narządów, a więc mniej więcej od 4. m-ca ciąży występują u płodu objawy zapalne i ich skutki, podobne do odczynu ustroju podczas życia pozamacicznego i są to fetopatie.

Faktem jest, że jednakowe pod względem fenotypowym wady rozwojowe mogą być wywołane zarówno przez zakażenia wirusowe, jak i przez choroby układu dokrewnego np. cukrzycę. Młody zarodek reaguje w jednakowy sposób na czynniki szkodliwe różnego rodzaju. Wada rozwojowa stanowi charakterystyczny dla zarodka odczyn na uszkodzenia, które nie niszczą całkowicie jego życia. Podobień-

stwo wad rozwojowych powstających pod wpływem środowiska zewnętrznego oraz genetycznie i mutacyjnie uwarunkowanych, a więc fakt fenokopii, wskazuje na zakłócenia w budowie nukleoproteidów, przy czym największe znaczenie ma tu niedotlenienie. Nukleoproteidy stanowią substrat dziedzicznie powstałych wad rozwojowych. charakterystyczny dla wady rozwojowej jest przy tym nie rodzaj odczynu na określony czynnik szkodliwy, lecz również moment, w którym czynnik ten zaczyna działać na rozwijający się zarodek. Powstawanie różnych wad rozwojowych jest wyraźnie ukierunkowane tzw. specyfiką fazową, która pokrywa się z okresem determinacji narządów⁵, fazą ich najszybszego rozwoju. Do takich chorób należą: kiła wrodzona, gruźlica wrodzona, toxoplazmoza, listerioza i cytomegalia. Do innych następstw uszkodzeń wewnątrzmacicznych należą zaburzenia u dzieci matek cierpiących na cukrzycę, szczególnie źle prowadzoną przy braku normoglikemii. Wynikiem zaburzeń wzrastania wewnątrzmacicznego może też być nadciśnienie indukowane ciążą i noworodki przenoszone w ciąży przenoszonej. W pierwszych dniach życia wskutek odwodnienia dzieci wykazują skłonność do podwyższonej temperatury i toksykozy na tle odwodnienia⁶.

Obrażenia porodowe noworodków nie zawsze są następstwem wadliwego prowadzenia porodu lub niewłaściwej techniki operacyjnej. Również prawidłowy poród siłami natury jest dla noworodka urazem. Wewnątrzmaciczny wzrost ciśnienia podczas bólów porodowych i wywołane tym ściśnięcie płodu są znaczne. Według pomiarów Schatza, przodująca część płodu znajduje się podczas bólów pod ciśnieniem dochodzącym do 200g/cm². Przy rozwiązaniach operacyjnych, nawet w przypadku jak najdelikatniejszego postępowania⁷, osiąga się często wartości jeszcze znacznie wyższe, ponieważ np. zamknięcie dna miednicy musi być wówczas pokonane w dużo krótszym czasie niż przy

⁵ J. Baron, Z. Słomko, *Zaburzenia rozwoju cieleśno-płodowego i zaburzenia statyki narządów płciowych*, [w:] R. Klimek (red.), *Ginekologia*, PZWL, Warszawa 1982, s. 116.

⁶ M. Woollard, K. Hinshaw i wsp., *Stany naglące w położnictwie*, (red. nauk. wyd. pol. E. Dmoch-Gajzlerska), PZWL, Warszawa 2011, s. 56-58.

⁷ H. Martius, *Podręcznik położnictwo*, PZWL, Warszawa 1961.

porodzie siłami natury. Do tego poważnego działania mechanicznego dochodzą jeszcze skutki niedotlenienia tkanek, tym silniejsze, im bardziej dana tkanka jest wrażliwa na tlen. Dotyczy to głównie mózgu, w którym nawet krótkotrwały brak tlenu może spowodować nieodwracalne uszkodzenia.

Oprócz wysokości ciśnienia odgrywa tu również rolę czas jego działania oraz szybkość jego zmian. Tak np. uszkodzenia płodu mogą być spowodowane przez porody długotrwałe przebiegające z tylko umiarkowanymi bólami. Z drugiej strony jednak przy porodach siłami natury o ciężkim przebiegu można częściej stwierdzić obrażenia porodowe niż w innych przypadkach. Niektóre obrażenia porodowe są typowe dla określonych operacji położniczych, jak np. ślady ucisku, porażenie nerwu twarzowego i wylewy krwi do mózgu – dla zabiegów kleszczowych, złamania obojczyków i kończyn oraz rozluźnienie nasad kości – dla wydobycia miednicowego, a obrażenia kręgosłupa – dla wewnętrznych obrotów⁷.

Najczęstszym obrażeniem zewnętrznym jest krwiak czaszkowy. W odróżnieniu od zanikającego wkrótce po porodzie obrzęku poporodowego rozwija on się dopiero po upływie kilku godzin lub dni po urodzeniu i rośnie aż do końca pierwszego tygodnia życia. Przyczyną jego jest odsuniecie okostnej od kości czaszki, przy czym zostają przerwane naczynia. Wylew krwi następuje między okostną a kością i jest ograniczony do danej kości czaszki. Tylko w przypadku jednoczesnego złamania czaszki krwiak przekracza szwy. Do innych obrażeń należą wgniecenia czaszki, porażenia nerwu twarzowego. Samo prężenie może powodować trudności w karmieniu piersią.

Krwotoki śródczaszkowe to obrażenia poporodowe, które mogą mieć konsekwencje w całym życiu. Należą do nich:

- wylewy krwi do mózgu spowodowane urazowym przerwaniem naczyń,
- wylewy krwi do komór. Przyczyną może być pęknięcie splotu naczyniowego co możliwe jest przy silniejszych wahaniach ciśnienia podczas porodu. Wylewy do komór prowadzą do obja-

wów zwiększonego ciśnienia śródczaszkowego,

- wylewy krwi nadoponowe występują między kośćmi a oponą twardą i można je porównać z wewnętrznym krwiakiem czaszkowym podokostnowym.

Przyczyną krwotoków najczęściej jest uszkodzenie naczyń w wyniku niedotlenienia. Pierwszym objawem pourodzeniowym jest zamartwica. Jeżeli jest ona ciężka, to efekt ten pozostaje na całe życie w obrazie niepełnosprawności najpierw dziecka, a potem dorosłego człowieka.

Uszkodzenia trwałe polegają na chorobie Little'a z porażeniami kurczowymi, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami mowy i niekiedy także wzroku. Skłonność do uszkodzeń mózgu na skutek niedotlenienia wykazują wcześniaki z niedostatecznie jeszcze rozwiniętym układem naczyń włosowatych.

Do innych obrazów porodowych należą:

- złamania obojczyka,
- złamania kości ramiennej,
- złamanie uda (może też być podczas cięcia cesarskiego i porodu miednicowego),
- skręcenie kończyny w stawie barkowym,
- porażenia kończyn górnych noworodka.

Zaburzenia rozwoju żeńskich narządów płciowych

Zaburzenia rozwoju żeńskich narządów płciowych występują stosunkowo rzadko i powstają w życiu zarodkowym w następstwie nieprawidłowego różnicowania wewnętrznych narządów płciowych. Drogi wyprowadzające, czyli u osobników żeńskich przewody okołosródnicowe (Müllera), a u męskich przewody śródnicowe (Wolffa) uchodzą początkowo wspólnie do steku, a następnie po wyodrębnieniu się odbytu do zatoki moczowo-płciowej. Jajowody i macica powstają z przewodów śródnicowych, zaś przewody śródnicowe zanikają z powodu braku androgenów. Z górnych odcinków przewodów okołosródnicowych powstają jajowody, a dolne odcinki, już wcześniej

zrosnięte w jeden kanał maciczo-pochwowy, przekształcają się w macicę i górną część pochwy. Dolny odcinek pochwy i przedsionek powstaje z zatoki moczowo-płciowej.

Etiologia wad wrodzonych wewnętrznych narządów płciowych jest wieloczynnikowa i nie zawsze można ją ustalić. Najczęściej wymienia się niekorzystne warunki środowiskowe, działanie związków chemicznych, hormonów płciowych lub brak ich czynności, wpływ różnych czynników toksycznych, przyczyny genetyczne, m.in. mutacyjne w genach⁸.

1. Zarośnięcie narządów płciowych (*Gynatresiae*). Wrodzone zarośnięcie powstaje wskutek braku częściowego lub całkowitego udrażniania przewodów okołokrętnych, które początkowo są zrosnięte i stanowią jeden kanał maciczo-pochwowy.
2. Zarośnięcie błony dziewiczej (*gynatresia hymenis*) to wada wrodzona zewnętrznych narządów płciowych. Jej przyczyną jest nieudroźnienie się fałdu błony śluzowej, która zamyka ujście pochwy. Prawidłowe udroźnienie występuje u płodu już w III trymestrze ciąży.
3. Zarośnięcie pochwy lub szyjki macicy (*atresiae vaginae aut cervicis*) wrodzone spotyka się bardzo rzadko i stwierdza się je przy badaniu ginekologicznym chorych skarżących się na zaburzenia miesiączkowania, niepłodność, trudności w pożyciu płciowym, niekiedy dopiero podczas porodu. Ostateczne rozpoznanie nieprawidłowości budowy wewnętrznych narządów płciowych ustala się badaniem ginekologicznym lub za pomocą ultrasonografii, histerosalpingografii, laparoskopii, lub nawet laparotomii próbnej. Odcinek pochwy powyżej zamknięcia światła pochwy jest wolny. W zarośnięciu pochwy chirurgicznie udrażnia się zamknięty odcinek, a krwiak opróżnia. Zabiegi udroźniania pochwy lub szyjki

⁸ A. Komorowska, M. Szamatowicz, *Ginekologia wieku dziecięcego i dziewczęcego* [w:] R. Kli-mek (red.), *Ginekologia*, PZWL, Warszawa 1982, s. 496.

macicy są niekiedy dość trudne i na ogół wymagają okresowego zastosowania odpowiedniej protezy.

4. Brak pochwy i macicy (*Alpasia vaginae et Uteri*). Wada ta występuje w zespole braku wrażliwości na androgeny (*androgen insensitivity syndrome* – AIS). U chorych tych występuje tylko przeważnie krótszy lub dłuższy ślepy zachyłek pochwy, natomiast nie ma macicy ani jajowodów. Zespół ten jest spowodowany brakiem wrażliwości na androgeny. Jest to choroba wywołana defektem genetycznym powodującym brak działania testosteronu wydzielanego przez jądro płodowe u rozwijającego się osobnika, co prowadzi do zahamowania rozwoju przewodu okołosródniczego i w związku z tym do wykształcenia się tylko ślepego zachyłka pochwy. Osobnicy ci są fenotypowo kobietami, somatycznie i psychicznie płci żeńskiej, a genetycznie i gonadialnie płci męskiej. Objawy kliniczne to pierwotny brak miesiączki i brak owłosienia łonowego.
5. Zespół wrodzonego braku pochwy i macicy (*Syndroma aplasiae vaginae et Uteri congenitum*). Nazywany jest też zespołem Mayera-Rokitansky'ego-Küstnera lub Rokitansky'ego-Hausera. Są to osobnicy płci żeńskiej, z prawidłowym rozwojem trzeciorzędowych cech płciowych, ale z brakiem pochwy i macicy. Występuje u nich ślepy, krótki zachyłek pochwy, który jest pozostałością zatoki moczowo-płciowej przy zupełnym niewykształceniu się zawiązka kanału maciczo-pochwowego, czyli dochodzi do zahamowania połączenia i udrożnienia przewodów okołosródniczych w pierwszych miesiącach życia płodowego.
6. Częściowe i całkowite zdwojenie pochwy i macicy (*Vagina et uterus didelphys*). Wada spowodowana nieprawidłowym zrastaniem się przewodu okołosródniczego, czyli kanału maciczo-pochwowego. Jeżeli dotyczy niewielkiej przestrzeni w okolicy trzonu

macicy, prowadzi do powstania nieprawidłowego, wklęsłego dna macicy – jest to tzw. macica siodełkowa (*uterus arcuatus*).

Dłuższe niepołączenie się przewodów sprawia, że powstaje macica dwurożna jednoszyjkowa (*uterus bicornis unicollis*) lub też macica dwurożna dwuszyjkowa (*uterus bicornis bicollis*), której szyjki wnikać mogą albo wspólnie do pochwy pojedynczej, czasem częściowo przegrodzonej (*vagina subsepta*), albo każda szyjka do pochwy oddzielnej w przypadku pochwy podwójnej (*vagina duplex*).

Jeżeli przewody okołosródnicowe nie połączą się na całej długości, wytworzą się dwie odrębne, symetryczne części macicy podwójnej (*uterus didelphys*), każda z oddzielną pochwą. W przypadku zrośnięcia się odpowiednich odcinków przewodów Müllera bez ich scalenia się powstanie inna postać macicy podwójnej (*uterus duplex cum vagina duplex*).

W obrazie klinicznym występują zaburzenia miesiączkowania lub bolesne miesiączki, trudność w poźyciu płciowym, niepłodność, poronienia nawykowe. Ciąża w macicach dwurożnych i podwójnych może rozwijać się w jednym z rogów lub jednej tylko macicy. Rokowanie dotyczące donoszenia ciąży i porodu samostnego jest na ogół złe. Właściwe rozpoznanie we wspomnianych wadach macicy ułatwiają histerosalpingografia, ultrasonografia, laparoscopia lub laparotomia próbna.

Leczenie. W przypadku macicy podwójnej i powtarzających się poronieniach lub niemożności donoszenia ciąży istnieją wskazania do operacji sposobem Strassmanna polegającej na otwarciu jamy obu jej części, zszyciu ścian łączących w jedną całość i utworzeniu jednej jamy macicy. Współistniejące przegrody podłużne pochwy nie zawsze upośledzają życie płciowe i płodność i wtedy przecina się je podłużnie, a rany zaopatruje szwem. Niekiedy ten zabieg wykonuje się dopiero w czasie ostatniej fazy porodu.

7. Pochwa i macica szczątkowa (*Vagina et uterus rudimentarii*). Zaburzenia rozwojowe związków przewodów okołosródnicowych prowadzą do ich przetrwania w postaci szczątkowej, w związku

z czym powstają twory o cechach pochwy i macicy szczątkowej. Pochwa szczątkowa może łączyć się z litym pasmem tkankowym, które odpowiada macicy dwurożnej szczątkowej litej (*uterus bicornis rudimentarius solidus*), przy czym jajowody i jajniki mogą być prawidłowo wykształcone. Występujący niekiedy ślepy zachyłek pochwy jest pozostałością zatoki moczowo-płciowej. Jest to wada występująca bardzo rzadko. W jednym z rogów takiej macicy można stwierdzić obecność jamy. Taką macicę określa się mianem macicy dwurożnej szczątkowej częściowo wydrążonej (*uterus bicornis rudimentarius partim excavatus*) bez czynnej w niej błony śluzowej. Niekiedy znów jeden z rogów macicy może być w pełni wykształcony, a drugi w formie szczątkowej – wtedy stosuje się określenie „macica dwurożna z rogiem szczątkowym” (*uterus bicornis cum cornu rudimentario*). Jednostronny brak przewodu okołosródnicowego z równoczesnym pierwotnym rozwojem drugiego spowoduje powstanie macicy jednorożnej (*uterus unicornis*). Jeżeli szczątkowy róg macicy zawiera jamę wyścieloną czynną błoną śluzową, wystąpi krwiak (*haematometra*) i pojawią się silne bóle podbrzusza. Rozpoznanie niekiedy bywa bardzo trudne, ale ułatwia je ultrasonografia brzuszna lub pochwowa. Często konieczna jest laparotomia próbna, która przeważnie kończy się na wycięciu szczątkowej macicy.

8. Przegrody pochwy i macicy (*Septa vaginae et Uteri*). Przegrody powstają w wyniku niewuwstecznięcia się sąsiadujących ze sobą ścian przewodów okołosródnicowych powodując częściowe lub całkowite rozdwojenie światła macicy lub pochwy. Przegroda wnikająca od dna macicy i do jej jamy może dzielić ją na macicę z przegrodą. Przegroda sięgająca od dna poprzez całą jamę macicy i kanał szyjki aż do ujścia zewnętrznego rozdziela światło macicy na dwie części tworząc macicę całkowicie przegrodzoną. Takiej wadliwej macicy może towarzyszyć pochwa pojedyncza lub pochwa całkowicie przegrodzona, czyli podwójna. Przegroda częściowa, występująca tylko

w kanale szyjki, rozdziela ją na dwa światła prowadzące do prawidłowo ukształtowanej jamy macicy nazwanej macicą dwuuściową. Występuje ona bardzo rzadko.

Pochwa może być przegrodzona na całej swojej długości, jest to tzw. pochwa całkowicie przegrodzona, czyli podwójna, przy czym macica może nie wykazywać żadnych zmian w budowie. Częściowe przegrody pochwy występują na różnej głębokości sięgając w górnej części szyjki macicy, a w dolnej ujścia pochwy. Najslabiej wyrażoną przegrodą narządów płciowych jest przegroda błony dziewiczej rozdzielającą jej otwór na dwie części – błona dziewicza przegrodzona, czyli dwuotwarta.

Tak zwane przegrody poziome są zarośnięciami narządów płciowych na niewielkiej długości, które w postaci płytki tkankowej zamykają poprzecznie ich światło.

Przegrody pochwy zwykle nie upośledzają życia płciowego, natomiast przegrody macicy mogą być przyczyną poronień, porodów przedwczesnych lub nieprawidłowych położeń płodu, a po porodzie krwawień z powodu niedowładu macicy, gdy łożysko umiejscawia się na przegrodzie. Przy istnieniu wskazań przegrody pochwy usuwa się wycinając je lub przecinając. Przegrody macicy wycina się po otwarciu jamy macicy w czasie laparotomii i zszywa się obie części w jedną całość.

9. Wierzchniactwo, spodziectwo, odbył przedsiorkowy (*Epispadiasis, hypospadiasis, anus vestibularis*). Wady te związane są z zaburzeniem rozwojowym, zatoki moczowo-płciowej. Wierzchniactwo jest wynikiem uszkodzenia przedniego ograniczenia zatoki moczowo-płciowej, który powoduje niewytworzenie się przedniej ściany cewki moczowej. W wierzchniactwie częściowym ubytek przedniej ściany obwodowego odcinka cewki moczowej przy zachowaniu zwieracza cewki pozwala na utrzymanie moczu. Całkowite wierzchniactwo polega na ubytku sięgającym aż do pęcherza moczowego. Wskutek uszkodzenia zwieracza następuje nietrzymanie

moczu. Zwykle wadzie tej towarzyszy rozczep łączniczki, a nieraz także spojenia łonowego.

Spodziectwo spowodowane jest brakiem tylnej ściany obwodowego odcinka cewki moczowej. Jej ujście zewnętrzne znajduje się w obrębie przedniej ściany pochwy. Bardzo często wadzie tej towarzyszy nietrzymanie moczu. Występuje ona często we wrodzonym przeroście nadnerczy.

Odbyt przedsionkowy tworzy się, jeśli przegroda moczowo-odbytnicza nie rozwinie się dostatecznie ku dołowi i nie oddzieli obwodowej części odbytnicy od zatoki moczowo-płciowej. W tym przypadku odbytnica uchodzi bezpośrednio do przedsionka pochwy.

Leczenie polega na operacjach plastycznych, które powinny być wykonane przy współpracy urologa.

Summary

xxx

xxx

Dr hab. Tomasz Sahaj

Pracownia Filozofii i Socjologii

AWF Poznań

Sposoby prezentacji seksualności osób z niepełnosprawnościami w filmach kinowych

Abstrakt

Celem artykułu jest prezentacja zagadnienia seksualności osób niepełnosprawnych, pokazywanych na przestrzeni ostatnich kilku lat w filmach fabularnych, rzadziej dokumentalnych. Analizie poddane zostały postaci pierwszo- i drugoplanowe, bohaterzy filmów, nierzadko będących bestsellerami kinowymi. W obrazach tych, traktowanych jako teksty kultury, dostrzega się występowanie takich problemów psychospołecznych, jak: dojrzewanie i inicjacja seksualna młodzieży, instrumentalne, przedmiotowe traktowanie oraz molestowanie i wykorzystywanie seksualne. W analizowanym materiale dostrzega się stałą ewolucję poglądów i postaw, nieustanne unowocześnianie tematów i wątków, a także przekraczanie kolejnych granic akceptowalności społecznej.

„Zdrowi biali ludzie (...) tak samo boją się niepełnosprawnych, jak osób o innym kolorze skóry czy orientacji seksualnej”.

Jaś Mela

„Nie ma kaleki, jest człowiek”.

Maria Grzegorzewska

Nawiązując bezpośrednio do słów twórczyni pedagogiki specjalnej Marii Grzegorzewskiej, której to słowa wykorzystano powyżej jako motto tego artykułu, chciałbym zauważyć, że wszyscy mamy takie same lub porównywalne potrzeby fizyczne, psychiczne i społeczne,

a jedynie różne możliwości ich realizacji. To twierdzenie wydaje się banalne, ale jest boleśnie prawdziwe w kontekście seksualności osób niepełnosprawnych. Niezaspokojenie elementarnych potrzeb (biologicznych, psychicznych, społecznych) jest źródłem cierpienia, frustracji i patologii. Pełen sukces holistycznej, kompleksowej rehabilitacji i terapii to przywrócenie wcześniej pełnionych ról lub podjęcie nowych, satysfakcjonujących człowieka jako bytu psychospołecznego.

Jak jednak zadbać o pragnienia i potrzeby pacjenta chorego i/lub niepełnosprawnego, funkcjonującego w silnie zrutyinizowanym systemie zdrowotnym, medyczno-rehabilitacyjnym, pomocy społecznej, szpitalnym? Kto miałby zajmować się tego typu leczeniem lub terapią w sytuacji, gdy pielęgniarki, asystenci i wolontariusze w umiarkowanym stopniu, a personel medyczny i rehabilitacyjny jedynie wyjątkowo, edukowany jest pod względem seksualności pacjenta chorego/niepełnosprawnego? Tym bardziej że w naszym kręgu socjokulturowym choroba, niepełnosprawność, seksualność, starość i śmierć są silnie tabuizowane. Tak naturalne, wydawałoby się, kwestie, będące elementem naszej ludzkiej egzystencji, jak cielesność i seksualność, są często odrealniane w dyskursie socjologicznym. Autorka książki „W stronę socjologii ucieleśnionej”, zdaje się mieć rację, krytycznie pisząc o specyficznej postawie wybranych nauk kulturowych i społecznych: *filozofia i socjologia, antropologia i kulturoznawstwo, kompletnie zatraciły poczucie realności obiektów, fizyczności świata społecznego, materialnych wytworów kultury, a także cielesności (w sensie nieusuwalnej fizjologii człowieka), zaś miejsce ontologii zajęły multiplikowane ponad wszelką miarę epistemologie*¹. Ostatni rozdział tej książki nosi odważny i prowokacyjny tytuł: „Zakończenie, czyli definitywnie rozstanie z ‘beźmięsną’ socjologią”. Jacek M. Kurczewski jest zdania, że *socjologia ciała, która chce wyjść poza czysto naskórkowy opis konstrukcji społecznej cielesności, musi jednak skupić się na funkcjach seksualnych*².

¹ I. Bukraba-Rylska, *W stronę socjologii ucieleśnionej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013, s. 14.

² J. M. Kurczewski (red.), *Praktyki cielesne*, Wydawnictwo Trio, Warszawa 2006, s. 66.

Podobne w duchu są rozważania feminizującej filozofki Joanny Bator, która konstatuje: *W naszej kulturze uczymy się, że ciało jest czymś wstydliwym: to temat, na który często nie umiemy rozmawiać swobodnie. Przyjemności ciała zostały nieodłącznie związane z chrześcijańską kategorią grzechu, a jego funkcje fizjologiczne są tabu. W dwóch dobrze znanych mi językach – polskim i angielskim – słowo ‘ciało’ ma silne konotacje seksualne. Może również być użyte zamiennie ze słowem ‘zwłoki’. Każde dotknięcie tematu ciała grozi przekroczeniem norm przyzwoitości, wejście na teren zakazany, którym jest seks albo śmierć. Na Zachodzie przez wieki uważaliśmy, że ciała należy się wstydzić, że jest ono ‘nieczyste’ i godne pogardy albo co najmniej obce – dzieje naszej kultury dają się opisać jako proces stopniowego dystansowania się człowieka wobec własnej cielesności. W Japonii nasza hierarchia ‘wzniosłej duszy’ i ‘grzesznego ciała’ nie funkcjonuje. Oznaczające ciało japońskie słowo ‘karada’ kojarzy się ze zdrowiem i sprawnością fizyczną, a nie seksem i grzechem. Traktuje się je w tej tradycji w sposób bardziej pragmatyczny i holistyczny zarazem³. Autorka dodaje: *Ciało ludzkie jest dla Japończyków czymś naturalnym i praktycznym, przydatnym do wielu naturalnych aktywności, między innymi do uprawiania seksu czy podobania się osobnikom przeciwnej (lub czasem tej samej) płci⁴.**

W naszej europejskiej kulturze seksualność otoczona jest „zmową milczenia”, a seksualność osób z niepełnosprawnościami (analogicznie do seksualności dzieci) obwarowana jest niemal całkowicie szczelnym kordonem milczenia. Poruszanie tych tematów, zwłaszcza łącznie, narusza „dobre” obyczaje i zwyczaje, a tym samym narazić może delikwenta na ostracyzm i etykietę „dewianta” – w sensie i znaczeniu społecznym, jaki nadał mu Howard S. Becker⁵, autor teorii labelingu (ang. ‘labeling’ – etykietowanie). Barbara Szacka informuje: *Dewiacja jest rozumiana szeroko jako każda odbiegająca od norm inność, która wywo-*

³ J. Bator, *Japoński wachlarz. Powroty*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 2011, s. 291.

⁴ Ibidem, s. 292.

⁵ H. S. Becker, *Outsiderzy. Studia z socjologii dewiacji*, przeł. O. Siara, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

tuje reakcje społeczne. Dewiantem (...) jest nie tylko ten, kto świadomie narusza normy społeczne, ale również ten, kto swoim wyglądem i sposobem bycia odbiega od oczekiwań społecznych. Nie tylko przestępca, alkoholik, narkoman, prostytutka, ale również homoseksualista, karzeł, chory psychicznie, ekscentryk, dysydent polityczny, człowiek niepełnosprawny, a także bohater (...). Kryterium jest więc pozytywna lub negatywna reakcja społeczna określająca daną jednostkę jako dewianta⁶. Dewiacja traktowana jako odstępstwo od normy opisywana jest przez socjologa kultury fizycznej Zbigniewa Dziubińskiego: czy dewiantem jest tylko morderca, złodziej, gwałcień, czy też może osobnik bardzo wysoki lub bardzo niski, bardzo gruby lub bardzo chudy, osobnik, który urodził się z dysfunkcją somatyczną lub nabył tę dysfunkcję w wyniku nieszczęśliwego wypadku?⁷. W tym kontekście nie powinien dziwić fakt, że choroba i niepełnosprawność, normalność i nienormalność są konstruktami społecznymi funkcjonującymi w danym habitusie (paradygmacie); za takie właśnie uznawane są przez Michela Foucaulta, Susan Sontag i Stevena Seidmana.

Znany polski seksuolog Zbigniew Starowicz na AWF Warszawa⁸ prowadzi przedmiot: „Rehabilitacja seksualna”. Uznaje on Polskę za państwo wyznaniowe, w którym lekcje wychowania seksualnego prowadzą katechetki, z „podręczników”, których treści znacząco odbiegają od założeń „Światowej Organizacji Zdrowia” (World Health Organization, WHO). Kraj, w którym odmienne od dominującej orientacje seksualne uznawane są jako „choroby” i „niepełnosprawności”; „dewiacje” wymagające interwencji społecznej, izolacji, leczenia. Podczas corocznych „Marszów równości i tolerancji”, obok GLBT (geje, lesbijki, biseksualiści i osoby transpłciowe) podążają osoby niepełnosprawne, wypowiadające się przeciw dyskryminacji, a za tolerancją, gdyż czują się w swoim kraju niepełno-obywatelami spychanymi na margines ży-

⁶ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.

⁷ Z. Dziubiński, *Dewiacje w sporcie wychowawczym*, (w:) *Socjologia kultury fizycznej*, Z. Dziubiński, Z. Krawczyk (red.), Wydawnictwa Dydaktyczne AWF, Warszawa 2011, s. 446.

⁸ Wydział Rehabilitacji, Katedra Psychospołecznych Podstaw Rehabilitacji, Pracownia Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej.

cia społecznego. W trakcie „Dni Równości i Tolerancji” odbywają się koncerty i projekcje filmów z tłumaczeniem na język migowy oraz wystawy prac artystycznych pensjonariuszy Domów Pomocy Społecznej i osób niepełnosprawnych. Dni Równości i Tolerancji są częścią Międzynarodowego Dnia Tolerancji UNESCO. W „Marszu” od lat regularnie bierze udział znany poznański filozof Tomasz Polak vel Węclawski. Obrona przed dewastacją i spalaniem stołecznej tęczy stała się symbolem walki o tolerancję dla „inności”. Jacek Kochanowski zauważa: *nie istnieje sex-w-ogóle, ale wyłącznie konkretne zachowania seksualne i ‘narracje seksualne’ (sposób, w jaki jednostka, odwołując się do swoich kompetencji kulturowych, uzasadnia własne wybory i zachowania erotyczne). Ta cecha seksualności, pochodna od cech kultury, sprawia, że (...) społeczne badania nad seksualnością muszą być badaniami polilogicznymi, to znaczy takimi, których podstawą jest wielogłosowa opowieść o różnych typach seksualnych doświadczeń*⁹.

Symptomatyczny wydaje się fakt, że redakcja czasopisma „InterAlia”, promującego badania typu „queer”, zachęcając potencjalnych autorów do nadsyłania tekstów do najnowszego numeru (przewidzianego na 2015 rok) określiła zakres tematyczny: „Brzydkie ciała. Queer wobec choroby, niepełnosprawności i starości”. Wśród grup tematycznych znalazły się takie, jak (zachowano oryginalną pisownię): „pozanormatywna seksualność/ekspresja płciowa dyskursywizowana wprost albo implicite jako niepełnosprawność psychospołeczna”, „obszary ekscesów, rozwiązyły gej i potulny inwalida. Ciało queerowe jako implikujące postawę hedonistyczną a ciało niepełnosprawne podporządkowane rygorowi medycyny”, „jak pożądają i kochają kaleki? Kto na to patrzy i co widzi? Tabuizacja nienormatywnego pożądania osób chorych, niepełnosprawnych i starych”¹⁰.

⁹ J. Kochanowski, *Socjologia seksualności. Marginesy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 29.

¹⁰ http://www.interalia.org.pl/pl/artykuly/kolejne_numery.htm. Zobacz też prace Jacka Kochańskiego poświęcone teorii queer powiązane z seksualnością niepełnosprawnych.

O erotycznym pożądaniu pisywali najwięksi filozofowie starożytni, twórcy naszej europejskiej kultury, z Platonem na czele (jego mistrza i nauczyciela – Sokratesa – skazano na śmierć za demoralizowanie młodzieży), a seks był nieodłącznym elementem greckiego wychowania (gr. „paideia”). Zygmunt Freud uznał seksualność za prymarną siłę popychającą ludzi (i zwierzęta) do działania; siłę często znacznie potężniejszą niż rozum, normy społeczne czy wychowanie. Peter L. Berger i Thomas Luckmann zauważają: *Materiały etnologiczne dowodzą, że w sprawach seksualnych człowiek jest zdolny niemal do wszystkiego*¹¹, pod czym podpisałby się chyba także Bronisław Malinowski. Redakcja renomowanych „Studiów Socjologicznych” w 2014 r. wydała numer tematyczny pt.: „Niepełnosprawność. Wyzwania teorii i praktyki”.

Metody

Przy zbieraniu materiałów do artykułu zastosowano metodę jakościową w postaci analizy zawartości/treści filmów fabularnych, uznawanych jako specyficzne teksty kultury, elementy współcześnie toczonego dyskursu. Skoncentrowano się przede wszystkim na problematyce dotyczącej osób z dysfunkcjami ruchowymi oraz niepełnosprawnościami fizycznymi. Analizowano w pierwszej kolejności najnowsze filmy kinowe, dokonując licznych „wycieczek” w stronę filmów nieco starszych, ale o podobnej tematyce. Filmy prezentowane są według arbitralnie przyjętego klucza w postaci problemów psychospołecznych, jakie w filmach wyodrębniono. Są to: dojrzewanie płciowe i inicjacja seksualna, niepełnosprawni dorośli, molestowanie seksualne niepełnosprawnych, nadużycia i seksualne wykorzystywanie innych przez osoby niepełnosprawne. Dla wzbogacenia komparatystycznego wywodu dodawane są tematycznie powiązane wypowiedzi zaczerpnięte z autobiografii ludzi niesprawnych w różnym stopniu, z całkowicie sparaliżowanymi osobami włącznie. Przy tytułach filmów podawana jest data debiutu kinowego.

¹¹ P. L. Berger, T. Luckmann T., *Spoleczne tworzenie rzeczywistości. Traktat z socjologii wiedzy*, przeł. J. Niżnik, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 73.

Filmy o niepełnosprawnych

Antycypacyjny charakter filmu fabularnego prezentuje socjolog Marek Sokołowski, pisząc, że *temat wyobcowania i wykluczenia ludzi niepełnosprawnych ze społeczeństwa z powodu ich niepełnosprawności jest przedstawiany na ekranie bardzo często. Film (...) poprzez ukazywanie sytuacji skrajnych stara się ujawniać i napiętnować zachowania ludzi wobec niepełnosprawnych, godzące w zasady moralności i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie. Rzeczywistość filmowa próbuje udowodnić, że niepełnosprawni mimo różnic i swoistej inności – nie zasługuje na wyobcowanie, wręcz przeciwnie – ich odmienność może wykreować nowe role, jakie będą mogli pełnić w społeczeństwie¹². Autor, celnie ujmujący prezentowaną problematykę, dodaje jeszcze: *Trudność w obrazowaniu niepełnosprawności wynika z prozaicznej niemożności pełnego zrozumienia odmienności sytuacji, w jakiej znajdują się niepełnosprawni. O ile reżyserzy mogą przenieść na ekran trudności życia codziennego, biorące się z niepełnosprawności fizycznej, jak i wynikające z niej problemy, o tyle trudniej jest im zrozumieć i zbadać to, co nie jest w pełni zbadane przez naukę, czyli niepełnosprawność umysłową. Często jednym z najodważniejszych i kluczowych problemów podejmowanych przez reżyserów w filmach o niepełnosprawności jest osamotnienie i społeczne wykluczenie, które łatwiej zrozumieć i przedstawić w dosadny sposób. Kolejnym elementem stojącym na przeszkodzie reżyserom podejmującym ten trudny temat jest kwestia poprawności politycznej – reżyser często balansuje na jej granicy, więc jego praca może budzić skrajne emocje i reakcje publiczności. Właśnie przy realizacji filmów o niepełnosprawności często podnoszone są zarzuty odzierania z godności owej grupy społecznej, upraszczania i posługiwania się utartymi w świadomości społecznej schematami i stereotypami, czy zbytnej ckliwości ocierającej się o banał¹³.**

¹² M. Sokołowski, *W lustrze mediów. Wizerunki wybranych subkultur, grup społecznych i zawodowych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, s. 246.

¹³ Ibidem.

Do niedawna aktorzy odgrywali role ludzi niepełnosprawnych, obecnie coraz częściej aktorzy z deficytami „grają” samych siebie. Zwiększające się zainteresowanie nagłaśnianą problematyką niepełnosprawności przesuwają tych aktorów społecznych z dalszych planów na pierwszoplanowe postaci. Wiele dzisiejszych filmów jest prognozującym papierkiem lakmusowym i „szczepionką” diagnozującą stopień potencjalnej absorpcji widzów kinowych i telewizyjnych. Filmy takie jak „Robocop” (2014 i wcześniejsze), „Sala samobójców” (2011), „Percy Jackson i bogowie olimpijscy” (2010), „Avatar” (2009) dyskretnie, nienachlanie i ostrożnie pokazują niepełnosprawnych, w przetworzonej, zakamufłowanej, zdigitalizowanej formie; „opakowaniu zastępczym” (np. awatarów, istot mitycznych lub całkowicie wymaginionych). Konwencja science fiction pozwalała na bezpieczne wycofanie się, „mrugnięcie okiem”, udanie, że to tylko na niby, żart. Analogiczny zabieg stosują filozofowie, „przemycający” w swych utopiach fundamentalne, ale nieakceptowane w danym czasie problemy, takie jak: aborcja, eutanazja, samobójstwo wspomagane. Prezentowanie ludzi niepełnosprawnych, szczególnie w tak delikatnym i intymnym aspekcie, jak seksualność, wymaga od twórców filmów (reżyserów, scenarzystów, producentów) znacznej empatii i wyczucia.

Dojrzewanie płciowe i inicjacja seksualna

Najnowsze filmy kinowe pokazujące dojrzewanie płciowe i inicjację seksualną młodzieży niepełnosprawnej są jak młode musujące wina. Niezbyt mocne ani niezbyt wytrawne, niewyrafinowane, proste, trochę prymitywne – niczym *beaujolais* – energetyczne, rewitalizujące i świeże. Suto okraszone humorem i skłaniające do śmiechu. Bohaterami filmu „Gwiazd naszych wina” (2014) jest nastoletni amputant i chora na nowotwór dziewczyna, poruszająca się z nieodłączną butlą z tlenem, doprowadzanym do jej nosa plastikowymi przewodami. Ich poznanie, wspólna podróż, delikatna miłość oraz inicjacja seksualna pokazane są w sposób estetyczny, piękny i wysublimowany. Kadry filmu są laurkowe i wystudiowane: dziewczyna, pomimo zaawansowa-

nej choroby, ma nienaganną cerę lub delikatny makijaż, jej osobista przestrzeń jest sterylnie czysta i uporządkowana, rodzice czuli, kochający i oddani; stale do jej dyspozycji. Nie widzujemy symptomów jej choroby, jest jedynie relacjonowana. Natomiast przejawy choroby nowotworowej jej chłopaka pokazane są z naturalistycznymi szczegółami. Bohaterowie filmu w bezpośrednim kontakcie posługują się językiem młodzieżowym, a w kontakcie zapośredniczonym przez media intymne (np. smartfony), SMS-ami, MMS-ami, mailami, chatami, redukującymi udrękę nie-widzenia. Ich sposób bycia i myślenia oraz przeżywane rozterki i wahania są czytelne dla dzisiejszej młodzieży. Podczas projekcji filmu w kinie, na widowni w przeważającej większości złożonej z dziewczęco-kobiecej publiczności, panowała absolutna cisza (przerywana chlipaniem), co podczas wyświetlania komercyjnych obrazów w zasadzie się nie zdarza.

Jaś Mela, bohater filmu „Mój biegun” (2013)¹⁴, młodzieniec, na skutek amputacji bez ręki i nogi, dziś z powodzeniem występujący w programie „Taniec z gwiazdami” (podobnie jak niegdyś była żona ex-Beatlesa – sir Paula McCartneya – Heatcher Mills), dzięki dziewczynom miał coś, co mogłoby być nazwane „związkami wspierającymi”. Z pierwszą dziewczyną, będąc już po amputacjach kończyn, wybrał się autostopem i promem do Norwegii, gdzie obydwójce pracowali fizycznie – on przy odrestaurowaniu i wyburzaniu domów (sic!). Ten młody, stabilny emocjonalnie i psychicznie człowiek, twierdzi, że *ludzie boją się niepełnosprawnych, jak osób o innym kolorze skóry czy orientacji seksualnej*” i dodaje: *„Gdy patrzę w przyszłość, wyobrażam sobie siebie w zbudowanym własnoręcznie domu, w towarzystwie kochanej żony, z dziećmi”*¹⁵. W podobnym duchu wypowiada się Dustin Carter, czterokończynowy amputant (na skutek ciężkiego zakażenia krwi), młody zapaśnik, przy którego intensywności treningów standardowa kinezyterapia wydają relaksem. W wywiadach artykułuje *expressis ver-*

¹⁴ Zobacz też film „127 godzin” (2010).

¹⁵ J. Mela, *Poza horyzonty*, Wydawnictwo G + JRBA, Warszawa 2010, s. 137 i s. 203.

bis swoje proste pragnienia: chce być bogaty i zdrowy, znaleźć dziewczynę, stworzyć związek, mieć dzieci.

Zupełnie inny typ humoru niż w „Gwiazd naszych win” prezentowany jest w takich filmach o seksualności nastolatków, jak „Chce się żyć” (2013) i „Hasta la Vista” (2011). W tym pierwszym mamy do czynienia z postacią ze sprzężoną niepełnosprawnością, bez możliwości komunikacji werbalnej, co skłaniało personel domu opieki do przekonania, że jest osobą także niepełnosprawną intelektualnie. Tymczasem w chromym, zdeformowanym i mało funkcjonalnym ciele przebywał młody i wrażliwy człowiek, którego bardzo pociągały kobiety i dążył do jak najbliższego kontaktu z nimi. Otaczające go kobiety, w tym personel – pielęgniarki i fizjoterapeutki – dzielił według prostego kryterium: wielkości piersi. Te z największymi piersiami lubił najbardziej, a synonimem złej i wrednej kobiety były dla niego te z małym biustem. Chętnie i z lubością oglądał przebierające się w jego obecności kobiety, w tym także swą matkę. Padł również ofiarą nadużycia seksualnego ze strony opiekującej się nim nad wyraz czule i z dużym oddaniem wolontariuszki. Nie tylko nieustannie eskalowała jego erotyczne napięcie, ale i zrobiła dla niego striptease, doprowadziła do inicjacji, pozwoliła uznać się za parę, a następnie bezwzględnie wykorzystanego w grze z ojcem porzuciła. Należy przy tym zaznaczyć, że nie była ona jego pierwszą dziewczyną. Wcześniej przeżywał platoniczną miłość z inną, znacznie subtelniejszą i wrażliwszą dziewczyną, która na zawsze została w jego pamięci. Podobnie jak dziewczyna, a następnie kobieta życia Forresta Gumpa, niesprawnego fizycznie i intelektualnie bohatera filmu o tym samym tytule.

Natomiast „Hasta la Vista” to burleska i tragifarsa z udziałem trzech nastolatków, z różnymi niepełnosprawnościami (niewidomy, paraplegik i tetraplegik), którzy znużeni nadopiekuńczością rodziców, a popychani gwałtownym popędem seksualnym postanawiają uciec z domu, by dotrzeć się do... domu publicznego, specjalizującego się w „obsłudze” ludzi z ich przypadłościami. Ich szalona wyprawa wynajętym busem wypełniona jest swawolnymi zabawami, rubasznymi żartami,

pijackimi ekscesami i (niekiedy skutecznym) podrywaniem kobiet. Sam dom z „wyspecjalizowanymi” kobietami o anielskim wyglądem i czułym usposobieniu, wydawał się dla chłopców prawdziwym rajem na ziemi. Jednak nie wszyscy z nich zdążyli zaznać ziemskich uciech.

Tematyka dojrzewania i inicjacji seksualnej niemal zawsze podawana jest w żartobliwej konwencji i w większości przypadków dotyczy chłopców. W filmie „4 piętro” (2003) hospitalizowani na oddziale onkologicznym nastolatki, z których część jest amputantami i porusza się na wózkach, prawie stale rozmawiają o dziewczynach, których jeszcze nie doświadczyli. Bolesne remisje ich chorób przeplatają się z udrękami napięcia seksualnego, doprowadzając do bijatyk i kłótni. Do antagonizmów jeszcze częściej dochodzi wtedy, gdy jeden z nich nieporadnie, ale nawiązuje bliski kontakt z anorektyczką z oddziału psychiatrycznego; relacja ta pokazana jest z dużą subtelnością i wdziękiem. Chłopcy o nieznanym im dziewczętom niezbyt ładnie i mądrze rozmawiają, przeglądają schowane magazyny erotyczne i przy dźwiękach muzyki klasycznej urządzają onanistyczne sesje, których scen nie powstydziliby się Federico Fellini, a które bawią żeński personel szpitala, gdyż praktyki chłopców są dla nich tajemnicą poliszynela.

Bliskie kontakty z dziewczętami są szczególnie ważne dla chłopców w filmie „Ja w środku tańczę” (2004), którzy będąc dotknięci zaawansowanymi niepełnosprawnościami (tetraplegik i MPD z ograniczoną komunikacją werbalną) przy dezaprobie personelu wyprowadzili się z ośrodka opiekuńczego i zamieszkali w samodzielnym mieszkaniu. Ochocho wynajęli atrakcyjną opiekunkę osobistą, chętnie jeździli do pubów pić i podrywać dziewczyny. O konflikcie ról młodego chłopaka pragnącego doświadczać uroków życia, ale z konieczności opiekującego się ojcem z Alzheimerem na wózku, traktuje film „Granatowy Prawie Czarny” (2006).

Dziewczęta w filmach z problematyką seksualną występują rzadziej, filmy te nie są komediami, przejawia się przez nie kino społecznie zaangażowane, a przy tym traktują również o molestowaniu i wykorzystywaniu oraz trudniejszej sytuacji aktorów społecznych rodzaju

żeńskiego. Modelowym przykładem jest film „Babel” (2006), w którym dojrzewające głuchonieme nastolatki nie nosząc bielizny próbują swoimi intymnymi wdziękami zainteresować rówieśników w galeriach handlowych, odnosząc efekt dokładnie odwrotny od zamierzonego – seksualna opresyjność dziewczyn płoszy, śmieszy i przeraża chłopców. Wiedzione instynktem przerzucają się, dosyć niefortunnie, na dorosłe obiekty zainteresowania. Jedna z nich próbuje nieporadnie uwieść dentystę podczas penetracji jamy ustnej (sic!), co samo w sobie wydaje się rozpaczliwym zabiegiem. Gdy trafia do pokoju hotelowego nieznanego mężczyzny i bez żadnej gry wstępnej zupełnie naga ofiarowuje mu swą cielesność, ten jednak odgaduje prawdziwe intencje, pragnienia i potrzeby dziewczyny. Jako przyzwoity człowiek, opiekun spolegliwy z koncepcji filozoficznych Tadeusza Kotarbińskiego, okrywa ją marynarką, przytula, uspokaja, koi ból samotności ciepłym ludzkim współ-byciem.

W filmie „Sztuka latania” (1998) dojrzewająca seksualnie dziewczyna wykazuje się dużo dalej idącą determinacją i skutecznością. Nieuleczalna i śmiertelna choroba sprzężona z fizyczną niepełnosprawnością usadowiły ją na elektrycznym wózku, zmusiły do komunikacji za pomocą komputera i syntetyzatora mowy. Intymne pragnienia i świadomość zbliżającej się śmierci spowodowały, że dziewczyna ta zapragnęła „skosztować mężczyzny”: doświadczyć tego, jak to jest przeżyć stosunek seksualny, by nie odejść ze świata, będąc dziewicą. Początkowo usiłuje to zrobić z przyjacielem, który jednak stanowczo odmawia – w imię przyjaźni. Wspólnie decydują wynająć do tego celu płatnego partnera, ten jednak dowiadując się, że nawiązać ma bliski kontakt z dziewczyną w pielucho-majtkach, nie rezygnuje wprawdzie, ale znacząco podnosi stawkę do niemal nieakceptowanej wysokości. W filmie „Żurek” (2003), z całą plejadą gwiazd polskiego kina, z Katarzyną Figurą w roli głównej, do nieautoryzowanego seksu nastolatki dochodzi i to wielokrotnie, a ona sama zachodzi w ciążę – nie wiadomo jednak z kim. Dziewczyna jest niepełnoletnia, ma niespełna 14 lat, jest infantylna i niedojrzała emocjonalnie. Jest śliczna, a mężczyźni bar-

dzo ją pociągają, szczególnie ci w mundurach. Ma lekkie upośledzenie umysłowe i ataki epilepsji, podczas których traci przytomność. Korzystają z tego mężczyźni, „częstując” się ciałem dziewczyny pozbawionej świadomości. Jej przypadłości nie odstręczają od niej mężczyzn także i wtedy, gdy jest przytomna; wielokrotnie jest przedmiotem molestowania i gwałtu (w tym zbiorowego).

Niepełnosprawni dorośli

Dojrzałym i odważnym filmem, w którym sparaliżowany mężczyzna wynajmuje terapeutkę wyspecjalizowaną w leczeniu zaburzeń seksualnych i opisującym ich spotkania, są „Sesje” (2012)¹⁶. Jednakże filmem, który przyciągnął liczną widownię do kin, upoważnił do śmiania się z niepełnosprawności (ale nie z niepełnosprawnych), pokazał ludzkie oblicze i problemy człowieka z ograniczeniami ruchowymi, nie pozbawionego jednak pragnień i uczuć, są „Nietykalni” (2011). Połączenie losów białego, zamożnego, wyrafinowanego i całkowicie sparaliżowanego mężczyzny, z czarnoskórym, dyskryminowanym społecznie imigrantem z biednej dzielnicy, wydawało się zabiegiem karkołomnym, ale okazało się całkiem udanym. Przepiętny po brzegi Bergsonowskim ‘élan vital’. Emanujący zdrową seksualnością opiekun nieustannie aktualizuje swoją wiedzę o cielesności, stale prowokuje otoczenie pytaniami o seks. Zafascynowany i zdumiony unikatową seksualnością podopiecznego, lokacją jego miejsc erogennych oraz zdolnością odczuwania intymnych przyjemności, z czasem dostarcza mu stosownych uciech. Zakłada teczkę z prostytutkami, dla obopólnej radości zaprasza orientalne masażystki biegle w sztuce dostarczania wyrafinowanych rozkoszy, nakłania do skonkretyzowania i ucieleśnienia eterycznej znajomości utrzymywanej na odległość w egzaltowanym duchu romantyków. Przyczynia się bezpośrednio nie tylko do nawiązania bliskiego

¹⁶ Film dokumentalny „Inna seksmisja” (2005), traktujący o kobiecie wyspecjalizowanej w prostytucji z osobami o znacznej niepełnosprawności, jest ważnym głosem w dyskusji, którą wywołała pozbawiona wszystkich czterech kończyn Aiha Zemp i jej fundacja „Fabs”, kształcąca asystentów seksualnych dla osób z niepełnosprawnościami.

związku z tą kobietą i w konsekwencji małżeństwa i dzieci (film oparty na prawdziwej historii), ale i erotyzuje całe otoczenie; w tym także homoseksualny personel żeński.

Asocjacje społeczne, których skutkiem jest rywalizacja kobiet z najbliższego otoczenia o mężczyznę całkowicie sparaliżowanego, odmawiającego używania wózka inwalidzkiego i spędzającego twórcze skądinąd życie w łóżku na poddaszu domu rodzinnego, są treścią filmu „W stronę morza” (2004). O względy tego człowieka współzawodniczy kilku opiekujących się kobiet, zazdrosnych o siebie i rolę w jego życiu. Zdumiewającym wydawać się może, że człowiek ów, niewładający swym ciałem od szyi po stopy, jest pociągający dla kobiet w różnym wieku: od bardzo młodej, po leciwą już szwagierkę. On ich bynajmniej nie prowokuje – ich wzajemne relacje są raczej wynikiem naturalnych immanentnych powiązań, wspólnego przebywania, częstego spędzania czasu razem. Kobiety pragną akceptacji, przyjaźni i miłości. W przypadku tych kilku spoza kręgu rodzinnego rywalizacja ma wyraźny kontekst erotyczny: mężczyzna czuje otaczające go kobiety podobnie jak zapach pobliskiego morza. One pragną zostawać u niego na noc, spać u jego boku, być blisko; przekraczają barierę intymności. Z jedną z nich wyprowadza się od zatroskanej rodziny i zamieszkuje z nią w wynajętym mieszkaniu. Nie po to jednak, by z nią żyć, lecz po to, by móc wreszcie umrzeć.

Częste i długotrwałe przebywanie asystentów, opiekunów, pielęgniarek czy wolontariuszy z osobami chorymi lub niepełnosprawnymi powoduje zadzierzganianie się bliskich związków, przed którymi przestrzegają podręczniki i któremu wroga jest instytucjonalna opieka rutynotwórcza. Rutyna, „stosunki zawodowe” i „chłodny profesjonalizm” zabezpiecza przed nazbyt bliskimi i intymnymi – ludzkimi – relacjami, co bywa przydatne w sytuacjach, gdy podopieczni umierają. Pewne granice są nieprzekraczalne, jak można odczuć w książce filozofa pracującego jako wolontariusz w hospicjum¹⁷, a jednak czasem granice zażyłości przekracza się – jak w filmie „Anielski pacjent” (1996).

¹⁷ W. Szczawiński, *Myśli przy końcu drogi*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004.

Nawet w całkowicie sparaliżowanym człowieku niemal w ogóle pozbawionym możliwości komunikacji tłą się lub płoną ludzkie uczucia. W autobiograficznych powieściach męskich autorów niepełnosprawnych czytamy o żalu nad światem, który przeminął wraz z nieuleczalną chorobą, jak u całkowicie sparaliżowanego brytyjskiego historyka Tony'ego Judta¹⁸, ale drobnymi i jakże radosnymi aspektami wielomiesięcznej hospitalizacji i rehabilitacji znanego pisarza Josepha Hellera, autora zekranizowanej powieści „Paragraf 22” (1970), który pomimo choroby (zespół Guillaina-Barrégo) właśnie w szpitalach nawiązał szereg intymnych i bardzo intymnych relacji z personelem żeńskim, co wyjątkowo umiliło mu rekonwalescencję. W filmie „Motyl i skafander” (2007) 40-paroletni mężczyzna z uwagą, choć jednym okiem, taksuje atrakcyjność cielesną i urodę pochylających się nad nim pielęgniarek, fizjoterapeutek, kochanki, żony. Z poziomu wózka inwalidzkiego zagląda w dekolty pań. Skrajna niepełnosprawność nie wytrawiła go z bycia mężczyzną, co bywa dożywotnią przypadłością.

Molestowanie i wykorzystywanie seksualne pacjentów

W filmowej adaptacji powieści Johna Irwinga „Świat według Garpa” (1982) – pielęgniarka w szpitalu wojskowym odbywa stosunek seksualny z ciężko rannym żołnierzem bez jego zgody, po którym umiera, stając się anonimowym ojcem. W omawianym już wcześniej, ciepło przyjętym przez kinową widownię filmie „Chce się żyć”, wolontariuszka – wbrew zaleceniom imperatywu kategorycznego rygorysty moralnego Immanuela Kanta – instrumentalnie traktuje podopiecznego w domu opieki społecznej i wykorzystanie pacjenta ze sprzężoną niepełnosprawnością. Klasycznym obrazem pokazującym niedopuszczalne przekroczenie granic etyki zawodowej fizjoterapeuty jest film „Porozmawiaj z nią”¹⁹ (2002). Młody opiekun ludzi znajdujących się w stanie śpiączki, zakochany w jednej z pacjentek, wręcz nadgorliwie się nią opiekujący, co uchodzi uwadze przełożonych. „Skutkiem ubocz-

¹⁸ T. Judt, *Pensjonat pamięci*, przeł. H. Jankowska, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec 2012.

¹⁹ Zob. także inne filmy Pedro Almodovara, np. „Skóra, w której żyję” (2011).

nym” jego troskliwej opieki jest nieautoryzowane współżycie seksualne i zajście w ciężę podopiecznej. Jeszcze dalej posunęli się twórcy filmu „Kill Bill”, (Vol. 1, 2003), w którym kobiety w śpiączce były przez pielęgniarza udostępniane na godziny. Jeden z nich gorzko pożałował swojego wyboru, zbyt brutalnym traktowaniem niechcąc wybudzając kobietę ze śpiączki. O wykorzystywaniu seksualnym ładnej i młodej dziewczyny z niepełnosprawnościami występującej w filmie „Żurek” była już mowa wcześniej.

Postępowanie na granicy etyki zawodowej psychoterapeuty wiążącego się ze swoją pacjentką sugestywnie zobrazowane zostało w filmie „Antychryst” (2009) – ze wszystkimi, najbardziej drastycznymi szczegółami („krwawy stosunek”). W niemal wszystkich społecznie wrażliwych filmach Jana Jakuba Kolskiego, od najstarszych poczynając, na najnowszych kończąc („Serce, Serduszko”, 2014) występuję problematyka inności i obcości, niedostosowania, w tym także osób z niepełnosprawnościami. W „Historii kina w Popielawach” (1998) seksualnie wykorzystany jest mężczyzna pozbawiony kończyn dolnych. Kobieta odbywająca z nim stosunek „kupuje” go do swoich niecznych celów, a wykorzystany i zawiedziony, oczekujący miłości mężczyzna, z rozpaczy popełnia samobójstwo. Z kolei w filmie „Afonja i pszczoły” (2009) zobrazowana jest historia związku, w którym mężczyzną rosłym, byłym zapaśnikiem, który spadając z dachu uległ trwałemu kalectwu, opiekuje się kobieta go nie kochająca, choć w sposób szorstki jednak starannie nim się opiekująca. Gdy w ustronnym miejscu, w którym razem mieszkają (byłym dworcem kolejowym) pojawiają się inni młodzi i silni mężczyźni, wchodzi z nimi w różnorodne intymne relacje. Świadomy tego jej podopieczny, wrażliwy, lecz bezsilny na skutek zaawansowanej niepełnosprawności ruchowej, przeżywa katusze. Jest w tym filmie scena spowiedzi, podczas której mężczyzna ten wylewa frustrację i żal na swą partnerkę, ale że ksiądz nie rozumie tego, co on mówi (ma zniekształconą twarz jak przy udarze połowicznym), z konieczności tłumaczy to sama zainteresowana.

Molestowanie i wykorzystywanie seksualne innych przez pacjentów

W filmach o tematyce związanej z seksualnością osób z niepełnosprawnościami nie brakuje również takich, których główni bohaterzy molestują ludzi ze swojego bezpośredniego otoczenia: partnerów życiowych, personel medyczny, innych niepełnosprawnych. Jest to szczególnie interesujące, gdy kobieta molestuje mężczyznę. Taka sytuacja ma miejsce w ekranizacji powieści Paulo Coehlo „Weronika postanawia umrzeć” (2009), w której niedoszła samobójczyni (tytułowa Weronika), przebywająca na rutynowej obserwacji w szpitalu psychiatrycznym, skraca sobie czas grając na fortepianie i wodząc na pokuszenie przystojnego autystycznego mężczyznę. Przywabia go w ustronne miejsce i w jego (nie)świadomej obecności dokonuje gwałtownych aktów autoerotycznych, czym go z jego stanu niechęć wybudza (ku swojej ogromnej konsternacji, zważywszy, że w tym momencie klęczy przed nim naga).

Na skutek nieszczęśliwego wypadku motocyklowego sparaliżowany od szyi w dół Janusz Świtaj, autor listu do prezydenta RP z prośbą o śmierć, odnalazł radość i sens życia głównie dzięki kobietom. I bynajmniej nie chodzi tylko o fizjoterapeutki i pielęgniarki oraz Annę Dymną, która zaktywizowała go społecznie i zawodowo. Trafił na nimfomankę, która nadużywała go fizycznie, przed czym mając niesprawne wszystkie kończyny nie potrafił się skutecznie bronić. Tak opisuje tę sytuację: *To były noce... słodko-gorzkie. Znow ktoś mnie dotykał jak mężczyznę, znow ktoś mnie całował, znow ktoś kochał się ze mną. Moje czucie, bardzo znacznie osłabione w okolicach genitaliów, pozostało jednak na tyle silne, by bez najmniejszego kłopotu umożliwić mi sex. To jednak okazało się pułapką. W relacjach zdrowych ludzi każdy z partnerów może zakończyć akt miłosny, kiedy już na niego nie ma ochoty albo kiedy poczuje się spełniony. Ja byłem w tym wszystkim bezwolny, a mój stan neurologiczny umożliwiał jej wielogodzinne miłosne maratony, które dla mnie były udręką. Nie protestowałem w ogóle, albo tylko delikatnie, bo bałem się utraty tego wszystkiego, co mnie spotkało. Jej olbrzymie i chyba nietypowe potrzeby seksualne szły w parze z jakaś*

szaloną determinacją. (...). Z dnia na dzień czułem się coraz bardziej uprzedmiotowiony, ale nie przyznawałem się do tego przed sobą²⁰. Ostatecznie wyszło na jaw, że ta nadpobudliwa kobieta pragnie seksu równie mocno, jak mieszkania, które dzięki niepełnosprawności można by pozyskać z rezerw miasta. Poza tym miała męża i dzieci.

W zdecydowanej większości filmów poruszających tę problematykę, to raczej mężczyźni molestują i wykorzystują seksualnie dziewczęta oraz kobiety. Często towarzyszą temu brutalne pobicia lub inne rodzaje agresji, emocjonalny szantaż, przemoc psychiczna i słowna. Sugestywnie pokazane to zostało w filmie „Cześć Tereska” (2001), w którym zaprzyjaźniony z dysfunkcyjną społecznie nastolatką wózkowicz „kupuje” czułość w zamian za papierosy i to, że może go nimi przypalać (nie ma czucia w bezwładnych kończynach dolnych). W okresie, gdy nieletnia przechodzi dojrzewanie płciowe i inicjację seksualną, staje się nachalny, żądając fizycznego kontaktu, co kończy się dla niego brutalnym pobiciem. W filmie „Małżeństwo z nieznajomym” (2005) agresorem jest uratowany z wypadku samochodowego i wybudzony ze śpiączki mąż, który z mozołem przechodzi rehabilitację, instrumentalnie traktując swoją spolegliwą, bardzo zabiegającą o niego, poświęcającą się i oddaną mu żonę (nie rozpoznając jej). Takiego patologicznego związku nie dało się utrzymać, choć po intensywnym uspołecznieniu w specjalistycznym ośrodku i wyprowadzeniu się mężczyzny do samodzielnego mieszkania, partnerzy podjęli próbę ponownego stworzenia związku – na nowych zasadach – od ‘pierwszej’ randki poczynając.

Jeszcze brutalniejsze sceny o podłożu seksualnym, a będące udziałem niepełnosprawnych mężczyzn, których ofiarami są żony, zachodzą w filmach o odmiennym rodowodzie kulturowym i różnej proweniencji społecznej. Bohaterzy filmu „Przełamując fale” (1996) znajdują się w matni własnych urojeń. Ona jest niestabilną emocjonalnie neurotyczką, z epizodami psychotycznymi, postępującą i wymykającą się spod kontroli psychiatry schizofrenią. Jej mąż jest sparaliżowany, jego wspierany przez urządzenia wspomagające organizm funkcyjny-

²⁰ J. Świtaj, *12 oddechów na minutę*, Wydawnictwo Otwarte, Kraków 2008, s. 118-119.

je na granicy życia i śmierci. Atmosfera pomiędzy chorymi małżonkami jest duszna, dławiąca, makiaweliczna. On zmusza ją do uprawiania seksu z innymi mężczyznami. W japońskim filmie „Gąsienica” (2010), pokazywanym szerszej publiczności na festiwalu filmowym w Berlinie w 2010 roku, okaleczonemu weteranowi wojennemu towarzyszy kult bohatera. Niekochająca go żona musi dokonywać niekończących się zabiegów pielęgnacyjnych tego ludzkiego kadłubka, okrutnie okaleczonego, pozbawionego wszystkich kończyn, poparzonego. Zmuszana jest przez niego do uprawiania z nim seksu, co ją brzydzi i napawa najwyższym wstrętem (nazywa go „gąsienicą”). Równie, a może bardziej demoniczną postać, odgrywa jedna z kluczowych postaci filmu „Bardzo dziki Zachód” (1999). Człowiek pozbawiony większości ciała, zastąpionych mechanicznymi artefaktami, jak w dzisiejszej bionice, nie mając kończyn dolnych poruszający się na różnego rodzaju wehikułach, otacza się roznegliżowanymi, atrakcyjnymi fizycznie asystentkami-kobietami, które bezzwłocznie spełniają wszystkie jego pragnienia, w tym także te najbardziej intymne. Mężczyzna ów wydaje się być nieustannie pobudzony seksualnie. W filmie „21 gramów” (2003) mężczyzna po transplantacji serca, wiedziony ciekawością kupuje informację o dawcy i jego rodzinie, a następnie wchodzi w bezpośrednią, intymną relację z jego żoną. Scena, w której kobieta dowiaduje się, czyje serce bije w klatce piersiowej jej nowego partnera seksualnego, wywołuje skrajne napięcie i emocje. Jednocześnie może być głosem w dyskusji na temat szczelności informacji dotyczących dawców i biorców narządów, substancji i tkanek.

Podsumowanie i zakończenie

Atrakcyjność obrazów medialnych, w których pokazywane są postaci z niepełnosprawnościami wydaje się interesującym, wieloczynnikowym trendem. Fakt zainteresowania postaciami niepełnosprawnymi fizycznie, intelektualnie i społecznie, z których część stała się celebrytami, wydaje się bezsporny. Świadczy o tym sława i uznanie, jakim cieszą się takie gwiazdy mediów, jak Nick Vujicic, Oscar Pistorius,

czy Stephen Hawking. Atmosferę wokół nich dodatkowo podgrzewają matrymonialne skandale z ich udziałem: ślub Vujicica z piękną (młoda, sprawną i zdrową) kobietą zwiędzony urodzeniem dziecka, zastrzelenie partnerki życiowej przez Pistoriusa i skazanie go na 5 lat więzienia, częste zmiany partnerek pomimo skrajnej niepełnosprawności Hawkinga²¹. Innym świadectwem wyraźnego wkraczania obrazów osób z niepełnosprawnością do masowej wyobraźni jest popularność seriali z ich udziałem, w tym takich bestsellerów, jak 170. odcinkowy „Dr House”, „Detektyw Monk” i „Glee”. W kultowym serialu „Przyjaciele”, którego wszyscy bohaterzy są niedostosowani społecznie, jeden z nich „chodzi” z amputantką (co wywołuje śmiech zza kadru). Niepełnosprawni są w serialach animowanych, jak np. w „Miasteczku South Park” i „Władcach Móch” (zachowana oryginalna pisownia) oraz filmach animowanych dla dzieci: „Jak wytresować smoka” (2010) lub „Trio z Belleville” (2003)²².

Widzialność i, przynajmniej do pewnego stopnia, akceptowalność osób niepełnosprawnych w przestrzeni medialnej i społecznej jest zjawiskiem wieloczynnikowym, a czynniki te są sprzężone ze sobą wielorako. Można tu postawić silny akcent na uświadamiające akcje i kampanie społeczne oraz pokazywanie w telewizji i reklamowanie globalnych imprez sportowych z udziałem osób niepełnosprawnych (Igrzyska Paraolimpijskie, Igrzyska Olimpiad Specjalnych, Wings for Life World Run, Terry Fox Run i wiele innych). W USA największa i najbardziej rozpoznawalna impreza sportowa – coroczne finały rozgrywek futbolu amerykańskiego Super Bowl – skupia uwagę ponad 150 milionów Amerykanów. Imprezę tę inaugurują osoby z niepełno-

²¹ W chwili pisania tego tekstu poruszał i komunikował się jedynie mięśniami twarzy. Ukazała się jego osobista książka „Moja krótka historia” (Warszawa 2013), będąca odpowiedzią na sążni-stą autobiografię jego zdradzanej i zdradzającej ex-żony Jane: „Podróż ku nieskończoności. Moje życie ze Stephenem”.

²² O społecznej roli filmów i seriali: B. Łaciak, *Kwestie społeczne w polskich serialach obyczajowych – prezentacje i odbiór. Analiza socjologiczna*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2013; T. Sahaj, *Niepełnosprawni i niepełnosprawność w mediach*, IRSS, Warszawa 2013; T. Sahaj, *Chorzy i niepełnosprawni podróżnicy w narracjach filmowych i powieściowych*, [w:] M. Kazimierzczak (red.), *Etyczny wymiar podróży kulturowych*, Wydawnictwo AWF, Poznań 2014, s. 240-255.

sprawnościami, część emitowanych w trakcie zawodów reklam globalnych koncernów jest z ich udziałem lub traktuje o nich²³.

W przypadku mieszkańców Stanów Zjednoczonych mamy do czynienia ze stosowaniem w praktyce życia społecznego zasadą politycznej poprawności i uwrażliwieniem na potrzeby i możliwości oraz ograniczenia osób „sprawnych inaczej”. Od kilkunastu lat amerykańskie filmy eksploatują tematykę związaną z takimi osobami, pokazywanymi w egzystencjalnym, ludzkim wymiarze. Jedynie niektóre z tych filmów zostały zasygnalizowane w tym artykule; są ich setki. Wielu znanych aktorów zaistniało lub zwiększyło swą popularność grając główne role w takich filmach. Wspomnieć warto choćby film „Duma Jankesów” (1942), w którym Gary Cooper zagrał słynnego amerykańskiego sportowca Henry’ego Louisa „Lou” Gehriga, od którego nazwiska wzięła się nazwa nieuleczalnej choroby neurodegeneracyjnej (stwardnienie zanikowe boczne, ALS). U mistrza suspense – Woody Allena – inność, odmienność, niepełnosprawność, starość są stałymi i wykorzystywanymi z premedytacją elementami prowadzonej z widzami gry. Idealem, choć jednym z wielu, przykładem jest melanż filmowy „Co nas kręci, do nas podnieca” (2000).

Ostatnie lata zaowocowały wieloma dojrzałymi rolami takich aktorów, jak Al Pacino, Brad Pitt, Dustin Hoffman, Jack Nicholson, Leonardo DiCaprio, Mickey Rourke, Morgan Freeman, Sean Penn, Tom Hanks i in. Ich nazwiska niemal gwarantowały artystyczną atrakcyjność i zyskowność produkcji, pomimo niszowości tematu. Sukces filmów z ich udziałem każe przypuszczać, że problematyka niepełnosprawności staje się zyskowną niszą do zagospodarowania i eksploatacji, przynoszącą z jednej strony pieniądze, a z drugiej nominacje do prestiżowych nagród. Co jednocześnie nie wyklucza respektowania zasad odpowiedzialności i społecznej wrażliwości. Amerykańskie filmy

²³ Zob. T. Sahaj, *Niepełnosprawni i niepełnosprawność w medialnych kampaniach społecznych towarzyszących globalnym imprezom sportowym*, „Sport Wyczynowy” 2013, nr 2, s. 36-45; T. Sahaj, *Aktywność fizyczna, sprawność i zdrowie w kampaniach reklamowych związanych z największymi imprezami sportowymi świata*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2015, w druku.

słyną z tego, że stosuje się w nich zasady parytetu i na pierwszym lub drugim planie bądź w tle pokazywani są reprezentanci dyskryminowanych lub niszowych grup społecznych. I to właśnie w USA magazyn „People” uznał pozbawioną obu kończyn aktorkę filmową i modelkę Aimee Mullins za jedną z 50. najpiękniejszych kobiet świata.

Summary

xxx

xxx

Seksualność niepełnosprawnych Polaków: analiza kulturowa

Abstrakt

W niniejszym artykule przedstawiam krótką analizę kulturową seksualności niepełnosprawnych Polaków. Szczególną uwagę zwracam na psychoemocjonalne aspekty niepełnosprawności, jak również na potencjalną – i możliwe, że powszechną – deseksualizację osób niepełnosprawnych. Wszystkie te zjawiska zdają się wynikać z ablizmu – teoretycznego konceptu, będącego jednocześnie dominującym dyskursem wpływającym na pozycję socjopolityczną osób z dysfunkcjami, w praktyce wykluczając nas z grupy „pełnowartościowych” ludzi. Niniejszy referat stanowi rozwinięcie tych kwestii poprzez krytyczną analizę pozytywnie ocenianego filmu fabularnego oraz odcinka programu typu talk-show.

Celem niniejszego tekstu jest ukazanie czytelnikom organicznej perspektywy na seksualność niepełnosprawnych Polaków. Termin „organiczna perspektywa” odnosi się do idei „organicznych intelektualistów”, sformułowanej przez Gramsciego¹. Intelektualista organiczny to taki, który jest świadomy swojej przynależności klasowej bądź innych cech determinujących jego pozycję w społeczeństwie – jak np. niepełnosprawność – i działający na rzecz poprawy jakości życia osób, które również posiadają taką cechę². Takie podejście jest zgodne z współczesnymi trendami w disability studies³ – interdyscyplinarnej

¹ Antonio Gramsci, „Intelektualiści i organizowanie kultury” (Warszawa, Polska, 2005), <http://www.filozofia.uw.edu.pl/skfm/publikacje/gramsci03.pdf>. Dostęp: 13. lipiec 2014.

² Ibid.

³ Zob. np. Dan Goodley, *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction* (London, UK: Sage, 2011).

dziedzinie na nauki, zajmującej się problematyką niepełnosprawności. Ponadto rzeczona perspektywa pozwala mi traktować moją podmiotowość jako narzędzie badawcze, co jest istotne dla moich przeszłych, i obecnych badań.

Mając na uwadze powyższe, jak również moje upodobanie do pracy z szeroko rozumianymi tekstami kultury, zdecydowałem, że na potrzeby tego tekstu użyję źródeł, które wywołały u mnie silne emocje. Pierwsze ze źródeł to cieszący się uznaniem krytyków film fabularny, który rezonował z moimi własnymi spostrzeżeniami i odczuciami, pomimo faktu, że był on jedynie inspirowany życiem trzech niepełnosprawnych mężczyzn. Drugie źródło to talk-show, który zdaje się być połączeniem społecznie zaangażowanego programu, takiego jak „Oprah Winfrey Show” i tabloidalno-sensacyjnego programu w rodzaju „Jerry Springer Show”

Jako osoba z czterokończynowym dziecięcym porażeniem mózgowym jestem wewnętrznie zmotywowany do tego, aby położyć akademicki fundament pod to, co w jednym z moich poprzednich manuskryptów nazwałem „seksualną emancypacją osób niepełnosprawnych”⁴. To oznacza, że chcę, aby moje badania miały potencjał kwestionowania normy, zbliżony do tego, jaki ma queer theory⁵. Jednocześnie lokuje to moje rozważania w porządku rewolucyjnym, czyli takim, który podkreśla i walczy o równorzędny status Innego względem „normalnego”⁶. Mam zatem nadzieję, iż moje badania będą występować przeciw *status quo* i zmieniać rzeczywistość. Zapewne czytelnicy zdają sobie sprawę, że wiele elementów percepcji seksualności osób niepełnosprawnych nadaje się do zmiany.

Kluczowym konceptem niniejszego tekstu jest zatem pojęcie psychoemocjonalnych aspektów niepełnosprawności. Aspekty te oznacza-

⁴ Marek Mackiewicz, „PhD Proposal: Revision Two,” 2014, niepublikowany manuskrypt, tłumaczenie własne.

⁵ (Slater, 2012, s. 19)

⁶ Andrzej Baładynowicz, „Tolerancja Inności a Samoświadomość Społeczna Wobec Zachowania Seksualnego Osób Z Niepełnosprawnością” (prezentacja na konferencji . „Oblicza seksualności osób niepełnosprawnych – wątki rozproszone w pedagogice specjalnej”, Kraków, 14 listopad, 2014).

ją doświadczanie psychologicznego i / lub emocjonalnego cierpienia wynikającego ze społecznego postrzegania niepełnosprawności. Należy podkreślić, że te doświadczenia nie są tożsame z potencjalnymi konsekwencjami biologicznego faktu posiadania dysfunkcji lub upośledzenia⁷. Podobnie jak Thomas i Reeve⁸ uważam, że te cierpienia wynikają z ablistycznej⁹ presupozycji, że osoby z dysfunkcjami lub upośledzeniami są ludźmi gorszej kategorii.

Moim zdaniem, zbyt często pomija się ten psychologiczno-emocjonalny aspekt niepełnosprawności. Jest to szczególnie istotne w kontekście tego, że Shakespeare, Gillespie-Sells i Davies już w 1996 roku przekonywali, iż to właśnie codzienne mierzenie się z poczuciem niskiej wartości, brakiem poczucia godności i przynależności są najbardziej negatywnymi skutkami bycia osobą niepełnosprawną¹⁰. Aby przedstawić moje poglądy na te kwestie, postanowiłem przeprowadzić analizę kulturową seksualności osób niepełnosprawnych w kontekście Polski.

Jak zauważył Izdebski, seksualność ma wiele funkcji. Te funkcje to: funkcja rozkoszy, odniesieniowa, komunikacyjna, instytucjonalizacyjna, potwierdzenia, wymienna i kompensacyjna¹¹. Ograniczenia czasu i miejsca nie pozwalają na omówienie ich wszystkich, ale z punktu widzenia niwelowania negatywnych skutków niepełnosprawności – zwłaszcza ta-

⁷ Carol Thomas, *Female Forms: Experiencing and Understanding Disability* (Buckingham, UK: Open University Press, 1999).

⁸ Ibid.; Donna Reeve, "Negotiating Psycho-Emotional Dimensions of Disability and Their Influence on Identity Constructions," *Disability & Society* 17, no. 5 (August 1, 2002): 493–508, doi:10.1080/09687590220148487; Donna Reeve, "Towards a Psychology of Disability: The Emotional Effects of Living in a Disabling Society," in *Disability and Psychology: Critical Introductions and Reflections*, ed. Dan Goodley and Rebecca Lawthom (Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2006).

⁹ Ablizm to powszechny dyskurs implikujący, że aby uzyskać status pełnosprawnego i pełnowartościowego człowieka osoba musi posiadać określone cechy, umiejętności i preferencje, np. być pełnosprawnym, samowystarczalnym, (hetero)normatywnym. Tak rozumiany ablizm niejako powoduje rasizm, seksizm, homofobie, handikapizm i tym podobne zjawiska. Zob. Dan Goodley, *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism* (London, UK: Routledge, 2014).

¹⁰ Tom Shakespeare, Kath Gillespie-Sells, and Dominic Davies, *The Sexual Politics of Disability: Untold Desires* (London, UK: Cassell, 1996), 42.

¹¹ Zbigniew Izdebski, *Seksualność Polaków Na Początku XXI Wieku: Studium Badawcze* (Cracow, Poland: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2012).

kich związanych z naszym postrzeganiem własnego ciała i wartości jako człowieka lub partnera, najistotniejsze są funkcje potwierdzenia i kompensacyjna. Pierwsza z nich pozwala, jak pisze Izdebski, *potwierdzić swą witalność, cielesność, wręcz egzystencję*¹². Druga zaś oznacza, że osoba, która jest zadowolona ze swojego życia seksualnego, może niejako zrekompensować sobie rozmaite niedostatki. Niedostatki te nie muszą być związane z niepełnosprawnością lub dysfunkcją i jako takie dotyczą zarówno pełnosprawnych oraz niepełnosprawnych.

Metodologia

Jak było wspomniane we wstępie do tego referatu, jestem badaczem jakościowym, który ceni sobie własną podmiotowość, a nawet uznaje ją za narzędzie badawcze. Podejście takie wynika z poglądu wyrażonego przez Finlay, że wyeliminowanie poglądów osoby prowadzącej badania z zakresu nauk społecznych jest niemożliwe i wobec tego korzystniej jest zrobić z nich użytek¹³.

Postrzegam zarówno niepełnosprawność, jak i seksualność jako konstrukty społeczne. W świetle powyższego jestem skłonny zgodzić się z Bergerem i Luckmannem, że o ile wydajemy się naturalnie predysponowani do podejmowania aktywności seksualnej, to osoby i rodzaje praktyk, które uznajemy za atrakcyjne bądź odpychające, są przekazywane społecznie¹⁴. Te przekazy podlegają zaś wpływowi kultury danej społeczności.

Dlatego analiza kulturowa, zgodna z założeniami Snyder i Mitchella wydaje się odpowiednią metodologią do zbadania percepcji seksualności osób niepełnosprawnych¹⁵. Uznaję za fakt, że niepełnosprawność jest kulturowo (re)produkowana za pomocą „kontrol, rehabilitacji,

¹² Ibid., 51.

¹³ Linda Finlay, "Negotiating the Swamp: The Opportunity and Challenge of Reflexivity in Research Practice," *Qualitative Research* 2, no. 2 (August 1, 2002): 212, doi:10.1177/146879410200200205.

¹⁴ Peter L. Berger and Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge* (London, UK: Penguin, 1967), 202.

¹⁵ Sharon L. Snyder and David T. Mitchell, *Cultural Locations of Disability* (Chicago, Ill.: University of Chicago Press, 2006).

oceny, instytucjonalizacji i wykluczenia”¹⁶. Celem niniejszego tekstu jest zbadanie kulturowej lokalizacji seksualności osób niepełnosprawnych, co oznacza próbę odpowiedzi na poniższe pytanie: „Jak przedstawia się taką seksualność w tekstach kultury?”

„Chce się żyć”

Głównym bohaterem zarówno książki, jak i filmu pod tytułem zasygnalizowanym w nagłówku, jest Mateusz Rosiński, niemy młodzieniec z rozległym porażeniem mózgowym¹⁷. W niniejszym tekście zajmuję się głównie filmem, ale książka będzie gdzieniegdzie przywołana w celu podania dodatkowych szczegółów. Dla porządku, należy zaznaczyć, że jego seksualność nie stanowi głównego tematu żadnego z przywoływanych źródeł. Niemniej jednak, to właśnie fragmenty odnoszące się do tej sfery życia, zrobiły na mnie największe wrażenie oraz były najbardziej istotne z punktu widzenia moich badań. Jako że są one rozproszone w różnych częściach filmu i książki, mój wywód będzie zapewne wydawał się fragmentaryczny.

Widz poznał Mateusza, gdy ten przechodził badania w wieku sześciu lat. Według tzw. „obiektywnej i fachowej” opinii lekarki, Mateusz był upośledzony i miał nie potrafić komunikować się z najbliższymi. W świetle powyższego, najlepszym rozwiązaniem było oddanie chłopca do domu opieki. Kiedy zaś matka nie chciała przyjąć tego do wiadomości, usłyszała od lekarki: „Nie widzi pani? To jest roślina!”

Od pewnego momentu to, co działo się na ekranie, zostało wzbogacone mentalnymi komentarzami Mateusza, słyszanych z offu. Komentarze te dały widzom możliwość zobaczenia świata z perspektywy Mateusza. Były także istotne ze względu na fakt, że zaprzeczały wspomnianej diagnozie. Pierwszy komentarz Mateusza brzmiał: „Najgorsze w byciu rośliną jest to, że nikt cię nie rozumie”. Słowa te nie tylko potwierdzają cierpienie spowodowane brakiem zrozumienia, pokazują

¹⁶ Ibid., 10, tłumaczenie własne.

¹⁷ Maciej Pieprzyca, *Chce Się Żyć*, [Film] (Kino Świat, 2013); Maciej Pieprzyca, *Chce Się Żyć* (Warsaw, Poland: W.A.B., 2013).

także, że te psychoemocjonalne aspekty niepełnosprawności są bardziej problematyczne dla Mateusza niż jakiegokolwiek ograniczenie funkcjonalne.

Jedyny dyskomfort o podobnym lub większym natężeniu, o którym dowiedział się widz, miał miejsce, gdy Mateusz zaczął odkrywać swoją seksualność. Można wyróżnić dwa kluczowe wydarzenia, które się do tego przyczyniły. Najpierw Mateusz usłyszał, jak jego brat uprawiał seks. Ekstazy dźwięki wydawane przez Tomka i jego partnerkę, sprawiły że Mateusz uświadomił sobie, że w jego życiu brakuje jakiegoś istotnego elementu. Wątek ten został potraktowany nieco śmielej w książce, gdzie – w nieokreślonym odcinku czasowym – Tomek uprawiał seks z różnymi partnerkami, a Mateusz wyrobił sobie nawyk chowania się pod łóżko brata. Jednak to pierwsza partnerka Tomka była ulubienicą Mateusza i to o niej właśnie śnił, gdy przytrafiały mu się zmyzy nocne. Widząc plamę nasienia na piżamie chłopaka, matka obrzuciła go gorzkim spojrzeniem. Mateusz stwierdził, że spjrzała na niego jakby zrobił coś strasznego. Ten przypadek wydaje się odbiciem polskiego konserwatyzmu, sygnalizowanego zarówno przez Keinz, jak i przeze mnie¹⁸. Może to również świadczyć o tabuizacji seksualności w naszej kulturze

Zmyzy nocne Mateusza skończyły się, gdy poznał Ankę, swoją pierwszą sympatię. Ten symboliczny fakt zapewne podkreśla to, że potrzeba bliższej znajomości z osobą płci przeciwnej została spełniona po raz pierwszy. Anka, córka alkoholiczki, była outsiderką, co zapewne ułatwiło utworzenie się więzi między dwójką nastolatków. Poznali się na podwórku między blokami i polubili się, w konsekwencji czego spędzali razem dużo czasu.

Pomimo tego, że nie robili razem nic, co można by uznać za przejaw flirtu czy aktywność seksualną – choćby tak niewinną i powszechną, jak całowanie się – Mateusz uważał się za chłopka Anki. W swoim

¹⁸ Anika Keinz, "European Desires and National Bedrooms? Negotiating 'Normalcy' in Post-socialist Poland," *Central European History* 44, no. 01 (2011): 92–117, doi:10.1017/S0008938910001196; Marek Mackiewicz, "Disability as Odd: A Quasi-Autobiographical Cultural Analysis," 2013.

mentalnym komentarzu stwierdził: *widziałem nas razem po latach: dom, dzieci czołgające się ze mną po podłodze – rozumiecie, co chcę powiedzieć*¹⁹. Jego nadzieje zostały zawiedzione, kiedy okazało się, że konkubent matki Anki stosował przemoc, zarówno wobec swojej partnerki, jak i jej córki. Mateusz obiecał sobie, że go zabije. Choć z oczywistych względów tak się nie stało, bohaterowi udało się sprowokować mężczyznę do agresji wobec niego samego i tym samym doprowadzić do jego aresztowania. Matka Anki wykorzystała tę okazję do ucieczki, zabrała ze sobą córkę. Było to niezwykle bolesne dla obojga nastolatków, choć jako nieletni nie mogli temu zapobiec. W ten sposób zakończył się pierwszy związek bohatera „Chce się żyć”.

Wkrótce potem, w związku z pogarszającym się stanem zdrowia matki, zmienił on miejsce zamieszkania. Trafił do ośrodka dla osób niepełnosprawnych intelektualnie. Czując że trafił w miejsce, w którym nie powinien się znaleźć, jak i ze znudzenia, ten młody człowiek wymyślił skalę, przy pomocy której oceniał piersi pracowniczek, które się nim zajmowały. Był bardziej skłonny wybaczyć brak profesjonalizmu tym z nich, których biusty mu się podobały. Jakkolwiek seksistowskie by to nie było, zdaje się to pokazywać, że niepełnosprawni podlegają takim samym pokusom, jak ich pełnosprawni koledzy i koleżanki.

Dopiero gdy Mateusz poznał wolontariuszkę Magdę, pomyślał sobie, że piersi nie są najistotniejszym atrybutem kobiety. Wydawało się, że Magda i Mateusz zbudowali bliską więź: ona nie lubiła tych samych gburowatych salowych co on, czuła się przy nim swobodnie i starała się zapewnić mu rozrywkę, np. tańcząc dla niego. Kiedy zauważył to jeden z pracowników, próbowała go nawet przekonać, że Mateusz jest świadomy tego, co się wokół niego dzieje. Wydawało się wręcz, że widziała w nim nie podopiecznego, lecz towarzysza, kogoś na kim jej zależało. *De facto* w pewnym momencie przeniosła ich „związek” na poziom kompletnie dotąd nieznaną dla Mateusza, kiedy postanowiła ofiarować mu widok i dotyk swoich nagich piersi. Na początku wydawało się, jakoby był to akt stanowiący zaproszenie do intymno-

¹⁹ Pieprzyca, *Chce Się Życ* [film], 2013.

ści, który niósłby za sobą potencjał jednoznacznego potwierdzenia statusu Mateusza jako pełnoprawnego człowieka, a zarazem istoty seksualnej. Niestety to, co zdarzyło się potem, spowodowało, że zacząłem zadawać sobie pytania, które sugerują niepokojące odpowiedzi. Po krótkiej sielance Magda zabrała Mateusza na przyjęcie urodzinowe swojego ojca. Przedstawiła go jako swojego narzeczonego, a kiedy kelner chciał zamienić kieliszek z winem na szklankę i sok, zapewniła go że Mateusz jest pełnoletni. Ponadto demonstracyjnie pocałowała go gwałtownie. Reakcja jubilata sugerowała, że Mateusz nie był pierwszym „dziwnym” partnerem, którego mu przedstawiła, żeby się na nim odegrać. Mateusz próbował powstrzymać tę kłótnię, uderzając pięścią w stół, ale wypadł z wózka. Magda podniosła go z wózka – z pomocą ojca – i wybiegła z restauracji, zabierając ze sobą Mateusza. Zaraz potem zrezygnowała z wolontariatu i Mateusz nigdy więcej jej nie spotkał. To sprawia, że się zastanawiam, czy ojciec dziewczyny miał rację w kwestii jej instrumentalnego traktowania mężczyzny; czy odeszła z ośrodka, bo było jej zwyczajnie wstyd przez to, jak jej zachowania wyglądały w świetle komentarzy jej ojca? Niezależnie od odpowiedzi na te pytania, pokazują one, że mimo pozorów, nie traktowała go jako potencjalnego partnera. Dlaczego nie czuła się zobowiązana wyjaśnić sytuacji albo przynajmniej przeprosić? W świetle powyższego to akceptujące podejście, którym wyróżniała się Magda na tle innych ludzi, których spotykał w ośrodku Mateusz, nie wynikało z jej przekonania o wartościowości Mateusza, a jedynie z jej egoistycznej potrzeby odegrania społecznej roli „tolerancyjnej osoby pełnosprawnej”.

„Rozmowy w Toku”

„Czy kobieta na wózku może być pociągająca?” – brzmiało pytanie tytułowe jednego z odcinków programu „Rozmowy w Toku”²⁰. Przypomina mi ono o stwierdzeniu Lois Keith, z którego wynika że niepełnosprawni są ciągle konfrontowani z przeświadczeniem o ich

²⁰ Rozmowy w Toku, *Czy Kobieta Na Wózku Może Być Pociągająca?* (TVN, 2013).

podrzędności, nieporadności i aseksualności²¹. Gośćmi tego programu były cztery finalistki konkursu Miss Polski na Wózku 2013. Jednakże zanim widzowie mieli okazję je poznać, lektor w krótkim materiale wprowadzającym ogłosił: *Już za chwilę poznacie młode, piękne i seksowne kobiety. Niejeden facet oszalałby na ich punkcie. Problem w tym, że one nieco różnią się od innych dziewczyn*²². Takie sformułowania są nie tylko seksistowskie i protekcyjne, ale też wzmacniają tyleż szkodliwe, co powszechne przekonanie, że niepełnosprawność jest nie-szczęściem, które w istotny sposób podważa wartość osoby niepełnosprawnej. Zasadniczo jest to praktyczna realizacja tzw. „teorii osobistej tragedii” sformułowanej przez Olivera²³.

Jako pierwsza została przepytana Iza, kobieta ze chorującą na stwardnienie rozsiane. Była ona najbardziej „barwną” z uczestniczek programu, ponieważ miała liczne tatuaże na ciele i kolczyki. Może dlatego to jej zadawano pytania, które ją egzotyzowały. Prowadząca zapytała Izę, np. czy posiada różowe ubrania i ubrania w panterkę²⁴. Jak zapewne możecie sobie Państwo wyobrazić, odpowiedzi na oba pytania były twierdzące. Iza konsekwentnie podkreślała, że jest tak samo kobieca jak dowolna osoba płci żeńskiej. Ponadto powiedziała, że jej zdaniem niepełnosprawność nie jest czymś, czego miałaby się wstydzić i podkreśliła, że czuje się atrakcyjna. Zapytana, czy ona lub jej partner byli zestresowani zanim weszli w związek, stwierdziła, że nie i podkreśliła, że posiadanie w pełni sprawnego ciała nie jest najważniejsze. Wyraziła także nadzieję urodzenia dziecka, po ukończeniu kuracji, która mogłaby zaszkodzić rozwojowi płodu.

Wypowiedzi Izy są przykładem tego, co wydaje mi się najbardziej powszechną techniką walki niepełnosprawnych z uprzedzeniami: uwy-

²¹ Lois Keith, “Encounters with Strangers : The Public’s Responses to Disabled Women and How This Affects Our Sense of Self” in *Encounters with Strangers: Feminism and Disability*, ed. Jenny Morris (London, UK: Women’s Press, 1996), 69–88.

²² Rozmowy w Toku, *Czy Kobieta Na Wózku...*

²³ Michael Oliver, *Understanding Disability : From Theory to Practice* (Basingstoke, UK: Palgrave, 1996), 130–131.

²⁴ Rozmowy w Toku, *Czy Kobieta Na Wózku...*

puklenie podobieństw w aspiracjach osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych. Ta taktyka zakłada ignorowanie negatywnych stereotypów dotyczących osób niepełnosprawnych, wciąż często stanowiących źródło informacji osób pełnosprawnych. Opiera się również na pokazaniu pełnosprawnym, jak dobrze odnajdujemy się w „ich” świecie. Jak przekonywałem w innym tekście, taka strategia może sprawić, że osoby, które ją stosują będą postrzegane jako nadzwyczajne jednostki²⁵ i w konsekwencji zostaną poddane fetyszyzacji. Jednakże może być to jedyna droga dla tych, którzy nie czują się na siłach bądź nie mają ochoty otwarcie artykułować niezgody na przyjęcie i emulację ablistycznych standardów.

Kolejną uczestniczką „Rozmów w toku” była Olga, zdobywczyni tytułu Miss Polski na Wózku 2013, która ma zanik mięśni i jest aspirującą fotomodelką. Wywiad z nią koncentrował się wokół jej pragnienia wzięcia udziału w rozbieranej sesji zdjęciowej. Sprzeciwiał się temu jej partner, który wolał pozostawić jej wdzięki tylko dla siebie. Producenci programu wykorzystali tę okazję, aby wprowadzić nutkę sensacji sugerując, że być może Olga wzięła udział w takiej sesji bez jego wiedzy. Kobieta zaprzeczyła temu i zaczęła wyjaśniać, dlaczego chciałaby mieć za sobą takie doświadczenie. Taka sesja miała utwierdzić ją w poczuciu własnej kobiecości.

Podobnie jak w przypadku Izy, „utwierdzenie się we własnej kobiecości” wyraża tęsknotę za normatywnością, zwłaszcza jeśli zestawimy to z motywacją Olgi do przystąpienia do konkursu piękności. Olga powiedziała: *mogłam udowodnić innym osobom, zwłaszcza pełnosprawnym, że osoby niepełnosprawne też realizują swoje marzenia, chcemy pokazać, że jesteśmy tak samo wartościowymi ludźmi jak osoby zdrowe*. Te słowa padły z ust osoby, która miała trzy związki. Cokolwiek niepokojący jest fakt, że osoba, która doświadczyła poważnych związków, nadal potrzebuje walidacji z zewnątrz. Takie podejście zdaje się potwierdzać moje przekonanie, że niepełnosprawni Polacy nie są jeszcze gotowi do skonstruowania alternatywnego postrzegania ży-

²⁵ Mackiewicz, “Disability as Odd.”

cia z niepełnosprawnością, niezależnego od dyskursów osób pełnosprawnych, co wpływa negatywnie na nasze poczucie własnej wartości. Z drugiej strony, podobnie jak w przypadku Izy, motyw podkreślania podobieństwa do normy, zdaje się być wybraną przez Olgę strategią walki z uprzedzeniami wobec osób niepełnosprawnych.

Następnie widzowie poznali 26-letnią kobietę sparaliżowaną poniżej pasa. Przedstawiono ją słowami: *Natalia uwielbia być adorowana przez mężczyzn. Pytanie tylko, dlaczego szuka potwierdzenia swojej atrakcyjności również u żonatych?* O ile takie pytanie było wyraźnie zadane po to, żeby wzbudzić sensację, może ono również służyć temu samemu celowi, co ocenianie piersi przez Mateusza – czyli uniknięciu idealizacji osób niepełnosprawnych. Natalia wydawała się najbardziej świadoma i pewna swojej seksualności spośród innych uczestniczek, pomimo tego, że w momencie nagrywania programu nie miała stałego partnera. Odwołała się do normy tylko raz: kiedy zapytano ją, gdzie i jak „podrywa swoich chłopaków”. Jak sama powiedziała, jej urodziwa twarz przyciąga mężczyzn. Ponadto dość otwarcie mówiła o przeniesieniu się jej stref erogennych po wypadku, a także o tym, że stres przed pierwszym zbliżeniem po wypadku był porównywalny z tym wywołanym przez deflorację przed wypadkiem.

Ostatnią uczestniczką programu była Ewa. Wywiad z nią był najmniej zorientowany na seksualność. Skoncentrowano się na jej pokrzyżowanych planach zostania modelką i na śmiertelnej chorobie jej ojca, która została wykryta w czasie, kiedy ona nabyła swoją niepełnosprawność. Jednocześnie to ona wypowiedziała bardzo ważne słowa, kiedy zapytano ją, dlaczego nie jest w związku, mimo że od ponad dwóch lat jest na takowy gotowa. Powiedziała, że nie zadowolili się pierwszym lepszym mężczyzną tylko przez wzgląd na bycie niepełnosprawną i ewentualnych trudności związanych z ułożeniem sobie przez to życia.

Zakończenie

Seksualność osób niepełnosprawnych to złożone zjawisko kulturowe. Złożoność ta wynika z mnogości reakcji, jakie ona wywołuje, zarówno u osób sprawnych, jak i niepełnosprawnych²⁶.

Dla osób, które nie mają doświadczeń w dziedzinie *disability studies*, czy w walce o prawa osób niepełnosprawnych, połączenie niepełnosprawności i seksualności może być problematyczne. Wynika to z faktu, że kiedy będąca zawsze w opozycji do normy niepełnosprawność²⁷ krzyżuje się z seksem – który jest z jednej strony postrzegany jako „brudny” czy niegodny, a z drugiej strony dostarcza przyjemności²⁸ – to niepełnosprawność poddaje w wątpliwość popularne założenie, że ukończony stosunek waginalny pomiędzy dwiema sprawnymi osobami różnej płci jest najwyższą formą aktywności seksualnej. To kwestionowanie pozwala na szukanie form seksualnej ekspresji innych od tej wspomnianej powyżej, umownie uznanej za szczytową. Kiedy te formy zostają odnalezione – zestaw ablistycznych założeń, które kryją się pod pojęciem normatywnej seksualności zostaje zdemaskowany i odrzucony, doprowadzając do przekonania, że te inne formy mogą być równie – lub bardziej satysfakcjonujący niż seks „klasyczny”. W związku z tym taka demaskacja nie tylko pozwala poprawić jakość aspektów życia związanych z uczuciowością, seksem czy nawet partycypacją społeczną na poziomie jednostkowym, ale także daje możliwość przedefiniowania tych wszystkich pojęć, w taki sposób, abyśmy mogli pełniej w nich uczestniczyć. To zaś sprawia, że nasze nadzieje

²⁶ Także status Polski jako kraju postsocjalistycznego / postkomunistycznego może mieć pewne znaczenie dla postrzegania seksualności niepełnosprawnych. Jak zauważyła Kolárová oficjalne dyskursy w postsocjalistycznych Czechach są ablistyczne w swojej normatywności. Jestem skłonny twierdzić, że podobnie jest i w Polsce, ale dalsze rozwinięcie tej tezy wydaje się niemożliwe w niniejszym tekście. Zob. Katerina Kolárová, “The Inarticulate Post-Socialist Crip: On the Cruel Optimism of Neoliberal Transformations in the Czech Republic,” *Journal of Literary & Cultural Disability Studies* 8, no. 3 (2014): 257–74; Marek Mackiewicz, “Politics of Poland as a Post-Communist State: A Case for a Radical Socio-Economic Change,” 2014, niepublikowany manuskrypt.

²⁷ Goodley, *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction*.

²⁸ Michel Foucault, *Historia Seksualności* (Warszawa, Polska: Czytelnik, 1995).

na uzyskanie równoprawnego dostępu do tych sfer życia stają się bardziej prawdopodobne.

Podziękowania:

Składam głębokie wyrazy wdzięczności Pani Oldze Pakinie ze studia „Tramway” za udostępnienie przedsprzedażowej kopii filmu „Chce się żyć”.

Summary

xxx

In this paper I present a brief cultural analysis of the sexuality of Polish disabled people. I am particularly interested in the psycho-emotional aspects of disability, as well as the potential – and perhaps common – de-sexualisation of the disabled. Both of these phenomena seem to arise from ableism – a theoretical entity being the dominant discourse influencing the socio-political position of people with impairments, effectively excluding us from the category of “worthy” human beings. The paper offers an elaboration on those topics by means of critically engaging with a critically acclaimed Polish film and an episode of a Polish talk-show.

Dr Bogusław Stelcer

Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Starzenie się i miłość erotyczna w świetle literatury Samuela Becketta – aspekty psychologiczne i andragogiczne

Abstrakt

Samuel Beckett nakreśla perspektywę ukazującą fakt, że człowiek odczuwa pragnienie zachowania swej egzystencji na poziomie fizycznym i psychicznym, że nie zawsze jest w stanie znaleźć rozwiązanie wszystkich swoich problemów egzystencjalnych. Bohaterowie kluczowego dzieła, jakim jest „Czekając na Godota”, walczą z bólem fizycznym i psychicznym. Trudny humanizm dzieł Becketta ukazując żalną stronę egzystencji pozbawionej treści, jest niejako wołaniem o jej przeciwieństwo, jest głosem upominającym się o godność jednostki ludzkiej. Humanizm ten w oczywisty sposób posiada społeczne przesłanie. Domaga się on rekonstrukcji społeczeństwa jako udzielającej wzajemnej pomocy wspólnoty psychicznie wyemancypowanych i moralnie dojrzałych ludzi.

Pozytywna starość i problem więzi uczuciowych

Kategoria spełnienia w życiu, jego pozytywny bilans, jak też starość zwieńczona sukcesem, zajmują coraz bardziej poczytne miejsce w psychologii rozwojowej, gerontologii, w naukach społecznych w szczególności. W rozważaniach psychologów rozwojowych pojawiło się pytanie, co znaczy starzeć się pomyślnie (*successful aging*)? Nie mniej istotnym pytaniem jest kwestia twórczej postawy wobec życia w starości. Korzeni refleksji nad pozytywną starością można się do-

patrywać w uwagach na temat sfer rozwoju, zaproponowanych przez Havighursta, podejmowanych w latach późniejszych w dyskusjach gerontologicznych. Butler w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia podjął rozważania nad „produktywnym starzeniem się”, wskazując na znaczenie angażowania się w sprawy otaczającego świata i wnoszenia wkładu na jego rzecz. W latach 90. XX wieku P. Baltes i M. Baltes¹ podjęli badania nad spełnioną starością rozumianą jako proces angażujący selekcję, optymalizację oraz kompensację, dzięki którym jednostka dokonuje wyboru priorytetów życiowych, wzmacnia posiadane zasoby radzenia sobie z trudami życia oraz adaptuje się do otoczenia. Gerfein i Herzog² zaproponowali pojęcie *robust aging*, które swobodnie tłumacząc, można określić mianem „starości silnej, krzepkiej, mocnej”. Wspomniani autorzy używali tego terminu w odniesieniu do ludzi starych lepiej funkcjonujących w różnych dziedzinach życia niż inne osoby z tej samej grupy wiekowej. Pomimo istniejących dyskusji nad spełnioną starością, brakowało odniesień do znaczenia i ważności więzi emocjonalnych w tym procesie. Nie wprost, pojęcie to pojawia się w koncepcji Ryff³, dotyczącej sfer przejawiania się dobrostanu psychicznego obejmującego: nakreślenie celu życiowego, panowanie nad otoczeniem, posiadanie pozytywnych relacji z innymi, posiadanie określonego poziomu autonomii, sferę rozwoju osobistego oraz samoakceptację. Skupiając się na znaczeniu pozytywnych więzi łączących z osobami znaczącymi, wymiar ten dotyczy znaczenia, siły, przyjemności i radości, jaką dają bliski kontakt, intymność, czy po prostu miłość. Zakreślając dojrzały obraz tych relacji, trzeba też wskazać,

¹ P. B. Baltes, M. M. Baltes, *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, [w:] *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, (eds.) Baltes P. B, Baltes M., Cambridge University Press, Cambridge 1993.

² A. J. Garfein, A. R. Herzog, *Robust aging among the young-old, old-old, and oldest-old*, „The Journal of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences”, 1995, 50(2), s. 77-87.

³ C. D. Ryff, *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being*. „Journal of Personality and Social Psychology”, 1998, 57, s. 1069-1081.

że obejmuje on możliwy ból i problemy towarzyszące najbardziej znaczącym związkom. Rzetelna analiza więzi obejmować powinna splotu pozytywnych i negatywnych emocji obecnych w najbardziej nawet intymnych relacjach. Jest to konieczne dla zrozumienia funkcjonowania człowieka w ogóle. Ryff i Singer⁴ twierdzą, że czynnikiem pozwalającym definiować dobrze przeżyte życie nie jest brak negatywnych doświadczeń i emocji, lecz sposób pokonywania trudności i wyzwań życia. Kluczowy w tym procesie jest sposób przekształcania ich w pozytywny dla jednostki projekt. W kontekście refleksji o więzi, najgłębsze jej znaczenie ujawnia się wtedy, gdy człowiek mierzy się z największymi swymi słabościami i lękami.

Więzi emocjonalne badane były poprzez pryzmat relacji społecznych. Jednym z najważniejszych aspektów decydujących o przebiegu procesu starzenia jest zdolność tworzenia i utrzymywania silnych więzi społecznych pozwalających też otrzymywać wsparcie społeczne⁵. Samotność, życie singla, w pojedynkę w latach późnej dorosłości postrzegane jest jako czynnik ryzyka dla pojawienia się chorób i ogólnego gorszego funkcjonowania⁶. Niektóre badania ukazują, że ryzyko gorszego funkcjonowania jest większe w przypadku mężczyzn żyjących samotnie. Te same badania dowodzą istnienia silnego związku pomiędzy możliwościami uzyskiwania wsparcia społecznego i jakością sieci społecznej, a prawdopodobieństwem pojawienia się chorób sercowo-naczyniowych i ryzykiem zgonu z ich powodu⁷. Rola społeczna mężczyzny niezmiennie związana jest z oczekiwaniami poświęcania większej ilości czasu pracy zawodowej i podjęciu odpowiedzialności

⁴ C. D. Ryff, B. Singer, *Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci*, [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia Pozytywna: Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 147-162.

⁵ J. W. Rowe, R. L. Kahn, *Successful Aging*, New York 1998.

⁶ J. B. Unger, G. McAvay, M. L. Bruce, L. Berkman, L. Seeman, *Variation in the impact of social network characteristics on the physical functioning in elderly persons*. „The Journals of Gerontology”, 1999, 54(B), s. 245-251.

⁷ S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa 2011.

materialnej za siebie i rodzinę. Być może wyjaśnieniem dla tych różnic pomiędzy mężczyznami a kobietami jest fakt nieco odmiennego funkcjonowania psychospołecznego kobiet, które niezmiennie więcej uwagi poświęcają budowaniu więzi przyjaźni. Znaczenie więzi wzrasta wraz z wiekiem, wówczas bowiem fizyczne możliwości funkcjonowania ze względu na procesy starzenia się organizmu stają się mocno ograniczone. Rola rodziny, przyjaźni i miłości polega na zapewnieniu poczucia przynależności do innych, trwałości kontaktów oraz takiej codziennej aktywności jednostki, dzięki której ma poczucie, że nie jest izolowana ani samotna. Jakość i charakter życia osoby otoczonej siecią relacji społecznych zyskują dzięki nim. Relacje społeczne znajdują także swój wyraz w podniesieniu samooceny, z kolei jednostka o pozytywnym obrazie własnej osoby łatwiej podejmuje korzystne zachowania zdrowotne jak i te, związane z samoopieką⁸. Posiadanie bliskich i znaczących więzi pozwala ponadto zachować poczucie subiektywnego zadowolenia z biegu życia. Zdaniem H. Kohuta, człowiek stary musi walczyć z ranami narcystycznymi, nasilającymi się w okresie życia dojrzałego, posiadającymi charakter zmagania z przeciwnościami o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym⁹. W tym kontekście pojęcie wsparcia społecznego odnosi się do posiadania znaczących relacji, tworzących chroniącą przed negatywnymi zdarzeniami sieć. Jej istnienie dowodzi, że dana osoba jest ważna dla osób komunikujących się z nią, które nie rezygnują z możliwości utrzymywania kontaktu. Kiedy wsparcie społeczne jest znikome lub go brak, istnieje ryzyko zagrożenia izolacją, samotnością i depresją. Charakter tych odczuć może się nasilać w późnych latach życia, kiedy wsparcie i pomoc płynące ze strony osób trzecich są szczególnie ważne.

Uwarunkowania dojrzałego funkcjonowania

Rozumienie cyklu życia, zwłaszcza wyzwań dotyczących dorosłości, wśród szkół psychologii, jest przede wszystkim domeną psychoanalizy.

⁸ H. Kohut, *The Restoration of the Self*, Int. Univ. Press, New York 1977.

⁹ *Ibidem*.

Dwaj jej przedstawiciele, Carl Gustaw Jung i Erik Erikson, wnieśli zasadniczy wkład w szersze zrozumienie sytuacji człowieka dorosłego¹⁰. Jeśli idzie o Junga, słynnego dysydenta ze szkoły freudowskiej, koniecznym jest wskazanie, że odchodząc od systemu swego mistrza, zarzucił mu, mówiąc w największym skrócie, orientację na przeszłość, której efektem było tłumaczenie zachowań ludzkich w kategoriach odzwierciedlenia infantylnych potrzeb. Jung tymczasem, podkreślał znaczenie czasu teraźniejszego oraz oczekiwań wobec przyszłości. Poznając cele życiowe i nadzieje jednostki, możliwe jest jej lepsze zrozumienie. Jest to tak samo ważne jak znajomość faktów z przeszłości. Stwierdził, że człowiek w czterdziestych latach życia znajduje się u szczytu swych możliwości vitalnych. Teoria Junga opiera się na założeniu, że rozwój osobowości człowieka zmierza ku jej stabilnej jedności. Ostatecznym jego celem jest samourzeczywistnienie potencjału jednostki, żeby tak się stało, konieczne jest, by poszczególne struktury osobowości w pełni się rozwinęły. Indywiduacja, bo tak nazwano przebieg harmonizowania potrzeb wypływających z nieświadomości do wymogów świata zewnętrznego, jest procesem naturalnej ewolucji psychicznej każdego człowieka od chwili narodzin aż do śmierci. Zintegrowanie tych wszystkich składowych osobowości, osiągnięcie pełni, polegające na połączeniu jasnej strony świadomości z ciemną stroną nieświadomości, może dać pełnię szczęścia, pozwolić odnaleźć kierunek życia, odkryć w sobie wszystkie aspekty natury ludzkiej. W takim kontekście Jung określa cel i znaczenie rozwoju jednostki, jego indywiduację. Ogólnie biorąc, proces ten trwa w czasie, przebiega w wielu etapach, w których następuje kolejne poznawanie i przeżywanie treści nieświadomych. Najkrócej rzecz ujmując, dzieli się na dwie wzajemnie warunkujące i uzupełniające się części, związane z pierwszą i drugą połową życia. W pierwszej, dominuje konieczność przystosowania się do rzeczywistości zewnętrznej, przez określenie właściwego dla jednostki

¹⁰ J. Bytniewski, *Carl Gustav Jung i współczesny kryzys duchowości*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe”, 2013, 3(3), s. 11–22; E. Erikson, *Tożsamość a cykl życia*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2004.

typu postawy wobec świata. Zadaniem drugiej połowy jest, mówiąc Jungiem, „inicjacja w rzeczywistość wewnętrzną”, głębsze poznanie siebie, ludzi, zwrot ku cechom natury ludzkiej, penetrowanie dotychczas nieuświadomionych treści wnętrza.

Zgodnie z teorią E. Eriksona, człowiek znajdujący się w okresie życia tzw. średniej dorosłości, jest u szczytu aktywności życiowej. W tym okresie dokonywany jest bilans minionych lat, pojawia się refleksja nad dotychczasowym biegiem życia, podejmowane są decyzje o tym, jaki kształt ma mieć przyszłość. W tym czasie wzrasta znaczenie jakości życia, rozumianej jako postrzegana różnica pomiędzy aktualną sytuacją życiową jednostki a jej aspiracjami. Porównanie to ma znaczenie szczególnie w odniesieniu do pracy zawodowej ze względu na konieczność podjęcia decyzji o tym, czy wybrana droga rozwoju i kariery zawodowej ma sens i jest rozwojowa dla podmiotu. Szczególnie dla mężczyzny okres ten może być związany z refleksją, że nic nowego w życiu już się nie wydarzy, życie nie przyniesie żadnych nowych wyzwania, zaś refleksja i nadzieja na to, że nastąpi odmiana pozostanie us্পiona albowiem nieznanne pozostaną metody jak to nowe i intrygujące wcielić w życie¹¹.

Erik Erikson scharakteryzował fazę życia średniej dorosłości w kategoriach dokonującego się konfliktu rozwojowego pomiędzy aktywnością (generatywnością), a stagnacją. Według jego opinii, podejmowanie zadań rozwojowych w tym etapie oznacza aktywność i odpowiedzialność za wytwory swego działania. Człowiek dorosły, zdaniem tegoż autora, musi angażować się w działania mające sens. Dorosłość oznacza między innymi podejmowanie rzetelnej aktywności, pracy w najwłaściwszym sensie tego słowa. Ma to związek z otwartością na otaczający świat, na nowe doświadczenia. Dla Eriksona przeciwny biegun aktywności (generatywności), jakim była w jego systemie stagnacja, miała walor anatemy. Taki człowiek, nie potrafi nadać impulsu swemu życiu, nie ma pomysłu na konstruktywne przeżycie mierzonego latami czasu, wreszcie zamyka się w kokonie izolującym go od otoczenia. Sytuacja niepodjęcia zobowiązań rozwojowych, stanowi poważne zagro-

¹¹ Ibidem.

żenie dla dojrzałości osobowościowej. Stagnacja to przede wszystkim powstrzymywanie się od rozwoju. Zgodnie z teorią Eriksona, starość jest ostatnim okresem w życiu, pozwalającym na spełnienie się. Człowiek stary nie realizuje swych potencjałów, jeśli nie wykroczył poza jednostkowy narcyzm, nie żył w intymnym związku oraz nie podejmował aktywności życiowej w dojrzałych latach życia. Erikson omawiając zobowiązania rozwojowe wieku późnej dorosłości, rozważania nad tym okresem życia skupił wokół problemu integracji psychicznej. Tej jego zdaniem nie sposób osiągnąć skoro jednostka w ubiegłych latach życia nie żyła aktywnie, ponad jednostkowym narcyzmem oraz w intymnym związku. Przeciwnym biegunem dla integracji jest rozpacz. Ta pojawia się w sytuacji, kiedy jednostka dokonuje bilansowania minionego życia i nie jest w stanie pozytywnie waloryzować dorobku z niego wypływającego. Rozpatrując rzecz całą w kategoriach psychologicznych, bez integracji w starości, pozostaje odczucie, że minione lata nie miały jasno określonego sensu. Nie doprowadziły bowiem do takiego punktu, który w oczach jednostki miałby znaczenie. Bez integracji w życiu dorosłym pozostaje wrażenie, że życie nie miało jasno określonego celu i sensu, pozostawiając miejsce na rozpacz. Ponadto bez aktywnej postawy życiowej, trudno dostrzec porządek świata.

Zadania rozwojowe okresu dorosłości to generatywność versus stagnacja. Osoba, która uległa stagnacji, nie ma pomysłu jak ukierunkować następne pokolenie, brak jej zmysłu pedagogicznego, ku jakim wartościom i postawom je przybliżyć. Zdaje się, że cecha aktywności i odpowiedzialności, są jej obce. Żyje zamknięta w narcystycznym kokonie własnych spraw i w izolacji, w efekcie nie nabywa gotowości by podejmować zadania rozwojowe następnej fazy psychospołecznej.

Ciekawym i nieczęsto podejmowanym wątkiem w koncepcji Eriksona jest sposób ujęcia tożsamości jako pewnej całości (*wholeness*). Twierdzi on, że tylko osoby o statusie tożsamości osiągniętej nie obawiają się spotkania z innymi, odmiennymi od siebie ludźmi oraz potrafią porozumieć się z nimi mimo znaczących niekiedy różnic. Właśnie tuż po kryzysie tożsamości, który pojawia się w okresie adolescencji,

młody dorosły staje przed kolejnym zadaniem rozwojowym związanym z wyborem pomiędzy intymnością, bliskością a izolacją. Osoba niezdolna do bliskości i otwarcia się na ukochaną/ukochanego nie posiada silnego poczucia własnej integralności i indywidualności. Silna i stabilna konstrukcja tożsamości posiada jasno określone granice. Te, które istnieją między nią a światem są stabilne, lecz jednocześnie przepuszczalne. Dzięki temu możliwe jest modyfikowanie wyobrażeń o sobie pod wpływem nowych informacji, bez poczucia zatracania się w nich i rozmycia¹². Romantyczna relacja i zdolność budowania kontaktów opartych na miłości i bliskości jest osiągnięciem rozwojowym wczesniej dorosłości¹³.

Obraz miłości i starości w „Czekając na Godota” oraz „Ostatniej taśmie Krappa” Samuela Becketta

Wątki psychologiczne przenikają wiele dzieł literackich, w wielu obecne są treści doskonale korespondujące z odkryciami psychologii. Znamienitym przykładem jest twórczość Samuela Becketta, który podejmował temat lęku i starzenia się w kontekście ich wpływu na miłość, w szczególności na miłość erotyczną. Wizja egzystencji ludzkiej zaprezentowana w jego dziełach jest pesymistyczna i trudna, ukazująca w całej krasie dramatyczną konieczność dokonywania niełatwych wyborów przez podmiot. W równym stopniu Beckett ukazuje trwanie jako ucieczkę od ważnych decyzji życiowych. Bohaterowie Becketta rodzą się w zasadzie tylko po to, by niemal natychmiast położyć się do grobu. Umierają za wcześnie, by zaistnieć, by spełnić się w życiu. Cykl życia wielu z nich nie sposób nazwać drogą rozwoju. Po prostu kroczą przez życie bynajmniej nie w poszukiwaniu jakiegoś celu, lecz

¹² A. Brzezińska, *Spółeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2002.

¹³ E. Liegner, *Love is just a feeling*, "Modern Psychoanalysis", 2003, No 1. s. 137-141; S. Gerhardt, *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 2010; B. Stelcer, *Żaloba mężczyzn*. „Nowiny Lekarskie”, 2012, nr 5, s. 569-573.

dlatego, że ono trwa. Bohaterowie dzieł Becketta nie żyją, lecz wegetują tylko po to, by następnego dnia być bliżej śmierci, która uwalnia od egzystencjalnego cierpienia¹⁴. Każdy z nich, tak długo jak żyje, jest bytem fizycznym a fizyczna natura jest przekleństwem. Jest źródłem cierpienia fizycznego, lecz też psychicznego i duchowego, wątku fizyczna kondycja determinuje stan psychiczny podmiotu. Cierpienie psychiczne bohaterów dzieł Samuela Becketta nie jest tylko skutkiem niespełnionych pragnień, ale przede wszystkim jest konsekwencją ostro zarysowanego dualizmu kartezjańskiego oddzielającego to, co psychiczne od tego, co fizyczne.

Samuel Beckett nakreśla perspektywę ukazującą fakt, że człowiek odczuwa pragnienie zachowania swej egzystencji na poziomie fizycznym i psychicznym, że nie zawsze jest w stanie znaleźć rozwiązanie wszystkich swoich problemów egzystencjalnych. Bohaterowie kluczowego dzieła, jakim jest *Czekając na Godota*, walczą z bólem fizycznym i psychicznym. Trudny humanizm dzieł Becketta ukazując żalostną stronę egzystencji pozbawionej treści, jest niejako wołaniem o jej przeciwieństwo, jest głosem upominającym się o godność jednostki ludzkiej. Humanizm ten w oczywisty sposób posiada społeczne przesłanie. Domaga się on rekonstrukcji społeczeństwa jako udzielającej wzajemnej pomocy wspólnoty psychicznie wyemancypowanych i moralnie dojrzałych ludzi¹⁵. Bohaterowie dzieł Becketta nie są zdolni do podjęcia działań, aby rozwiązywać te problemy i poprawić swoją sytuację. Nie są winni swej żalostnej sytuacji lub absurdałnej filozofii życia, która zdecydowanie ogranicza przestrzeń dla wzrostu i szczęścia. Oczywistym jest, że istnieje potrzeba podjęcia działań i zmiany perspektywy dla człowieka szukającego spełnienia. Oczekiwanie na zbawiciela, „Godota”, który ma przyjść, by wskazać drogę ku emancypacji, jest bezcelowe. Ratunek nigdy nie nastąpi i wybawca nie wyzwoli człowieka z jego niedoli. Podczas gdy akcja dramatu trwa w czasie, fabuła, bohaterowie,

¹⁴ A. Badiou, *On Beckett*, Clinamen Press, Manchester 2003.

¹⁵ P. Shams, *Waiting for Godot and the Question of Humanism*, „International Researcher”, 2012, 3. s. 175-179.

a wraz z nimi świat, coraz bardziej obumierają i degradowują się. Następuje proces socjalnej degradacji człowieka. Jest to metaforyczny obraz świata i losu człowieka.

Wydaje się, że postacie w sztukach Becketta nie osiągają celu, donikąd w zasadzie nie zmierzają, jak też nie osiągają akceptowanego poziomu komunikacji ze swymi bliskimi. Jej szczytem jest intymny, przepełniony czułością i gęsty od zachowań symbolicznych dialog dwojga ludzi, których połączyła więź romantyczna. Beckett ukazuje życie swoich bohaterów w psychologicznej, duchowej, politycznej, kulturalnej i ekonomicznej próżni liberalnego systemu społecznego i takiej moralności. Zgodnie z perspektywą humanistyczną człowiek motywowany jest do podjęcia aktywności zmierzającej do osiągnięcia dobrego życia o jak najwyższej jakości w każdym z jego wymiarów. Podmiot zachęcany jest do wzięcia udziału w działaniach, które przyczyniają się do dobrobytu społeczności. Jednak w świecie nakreślonym przez Becketta, trudno znaleźć konstruktywną formę aktywności¹⁶. Stary mizantrop Krapp, czy bohaterowie *Czekając na Godota*, spędzają czas na lenistwie i pasywności. Nie posiadają umiejętności budowania relacji zmierzających w kierunku powodującym rozwój własnej osoby i społeczeństwa. Pozostają zamknięci w kokonie samotności i wyobcowania¹⁷.

Ostatnia taśma Krappa ukazuje najbardziej bolesny aspekt starzenia się, jakim jest samotność z powodu niemożności zaspokojenia potrzeb fizycznych, emocjonalnych i duchowych. Miłość erotyczna, głębokie i intymne relacje są tą sferą życia, gdzie, w razie niepowodzeń, potencjalne zniszczenia mogą być największe¹⁸. Z drugiej strony, impuls rozwojowy związany z doświadczeniem miłości może być ogromny i decydujący o dalszym rozwoju osobowości. Samuel Beckett pokazuje,

¹⁶ A. Jamalinesari, *The proces of individuation in Samuel Beckett's The Unnamable*, "International Journal of Academic Research", PART B; 2014, 2, s. 289-292.

¹⁷ P. Shams, *op. cit.*

¹⁸ M. F. Catanzaro, *What It Means to Be a Man: Aging and Anxiety in Beckett's Krapp's Last Tape and That Time*. "Journal of Aging and Identity", 1999, Vol. 4, No 1, s. 13-31.

że miłość erotyczna jest przestrzenią o niezwyklej wprost doniosłości dla rozwoju osobowości. Nawiązując do Erika Eriksona, problem integracji psychicznej w okresie starości jest złożony i mocno osadzony w doświadczeniach ubiegłych lat, które były właściwym czasem by nawiązać relacje bliskości i poszukiwania partnera życiowego. Intymność psychiczna okresu wczesnej dorosłości przenosi się w dojrzałe lata życia dzięki trwałości swego oddziaływania. Nawiązanie intymnej relacji w tym czasie jest ważnym zadaniem rozwojowym tej fazy życia, decyduje o umiejętności zintegrowania innego w swym wnętrzu.

Zdrowe i wypełniające swe zadania rozwojowe osoby, w wieku senioralnym zachowują aktywność społeczną, utrzymując ją na podobnym poziomie sprzed lat poprzedzających zmagania się z codziennymi ograniczeniami starości. Aktywnie pokonujące codzienne trudności osoby potrafią sprawić, że i ten okres ich życia związany jest z rozwojem potencjału psychologicznego, emocjonalnego i intelektualnego. Starzec nie osiągnie spełnienia w życiu, jeżeli nie doświadczył takiego poziomu rozwoju osobowości by wyjść poza narcyzm, w intymnym związku oraz aktywnie. Samuel Beckett kreśli portrety swych bohaterów jako niespełnionych właśnie, wrażliwych, kruchych oraz emocjonalnie nieodkreślonych, ukazujących swym przykładem kruchość egzystencji ludzkiej. Zarówno *Czekając na Godota* jak i *Ostatnia taśma Krappa* pokazują bohaterów, ich nierozwiązane konflikty oraz nienazywalne lęki, jakie pojawiają się w intymnych relacjach. Zgodne jest to z wątkami psychoanalitycznymi wskazującymi, że kiedy pożądanie erotyczne zostanie poddane zbyt wysokiej kontroli ze strony represyjnego superego emocje ulegają nastrojom depresji, apatii i przygnębienia. Obecna jest też emocja wstydu pojawiająca się jako odpowiedź wobec braku umiejętności rozwiązywania konfliktów. Wszędzie tam, gdzie przeszłość jest źródłem wstydu i poczucia nieadekwatności, dziedzictwo jednostkowego życia jest zdruzgotane, zdewastowane. Kluczowym problemem Becketta jest opis trudności wyrażania własnych doznań i potrzeb emocjonalnych. Problemy bohaterów Becketta to samotność, nie są z nikim rzeczywiście związani emocjonalnie, odczuwają nieustający niepokój.

Nie potrafią też wypracować dojrzałych form obrony psychologicznej. Stary Krapp nie radzi sobie ze stratami we własnym życiu. Uwikłał się w zachowania będące wyrazem jego lęku przed miłością, bliskością psychiczną i fizyczną oraz intymnością, mimo że zarazem czuje pożądanie fizyczne. Przejawia kompulsywne zachowania, wspomnienia intymnych chwil przerywane są natarczywie pojawiającymi się myślami. Woli słuchać wspomnień o miłosnym przeżyciu zamiast aktywnie się w nią angażować. Krapp cierpi z powodu niezaspokojonych potrzeb emocjonalnych; walczy z frustracją i złością przy pełnej świadomości swej starości i śmiertelności. Sztuka Becketta ukazuje być może najbardziej bolesny aspekt starości, jakim jest samotność. Krapp wyobcował się z własnej seksualności. Chce jednak zachować swą godność i poczucie wartości. Dopóki nie rozliczy się ze źródłami swego młodzięcego błędu i przyczyny rozstania z Bianką na starość zjada go cynizm, zgorzknienie, bankructwo intymności, rozpacz. Życie Krappa uległo degradacji odkąd uciekł od wycofał się z przestrzeni intymności łączącej go z Bianką. Odtąd w sztuce pojawia się pytanie o spójność, oryginalność i autentyczność jego życia. Sztuka Becketta stawia ważne pytania, ukazuje schyłek intymności i jej bankructwo. Jest w niej silnie podkreślona depresyjność postawy Krappa. Jej obraz nie tak odległy od podręczników psychiatrii ukazuje depresję jako niekończące się opłakiwanie i manifestację smutku. Psyche pogrążone w smutku i melancholii atakuje samą siebie, odrzucając siebie jako bezwartościowe, niezdolne do niczego konstruktywnego. Depresja jest więc ukazana jako nieumiejętność i niemożność wyłakania żalu po stracie więzi.

Obraz miłości ukazany u Samuela Becketta odległy jest od kulturowego wymiaru gender. Dewaluacja relacji pomiędzy mężczyzną a kobietą przynosi niszczące dla obu płci skutki. Polaryzacja, przeciwstawianie sobie płci i deprecjonowanie wartości romantycznej więzi łączących je niszczy zarówno kobiecość jak i męskość. Gender niszczy odwieczną równowagę płci w kontekście relacji miłosnej. Tłumi wewnętrzny głos kobiety i mężczyzny. Miłość romantyczna łączy w sobie posiadającą ogromne znaczenie więź duchową oraz erotycz-

ną. To bardzo ludzkie doświadczenie kochać to, do czego tęsknimy¹⁹. Uczyć do dojrzałego, dobrego i spełnionego życia to uczyć do miłości. Przykład Krappa pokazuje to w całej okazałości.

Wątki beckettowskie nawiązują do pytań obecnych w pracach C. G. Junga, który stawia pytanie o to, dlaczego człowiek nie wykorzystuje dla rozwoju bogactwa swej psychiki, przede wszystkim niewyczerpanej i nieograniczonej podświadomości. Psychika współczesnego człowieka odporna jest na kreatywną konfrontację z wnętrzem i głosem wewnętrznym powierzając tęsknotę za wyjaśnieniem tego, co piękne i co jest prawdą *Godotowi*.

Niedojrzała psychika niezdolna do stanowczości trwa w stanie latencji. Wszystkie zrywy i impulsy zostają wygaszone i jednostka nie jest zdolna do dokonania żadnej zmiany, trwają za to niekończące się dyskusje²⁰. Samuel Beckett jest mistrzem słowa i nim dokonuje wyłomu, portretuje mroczne aspekty ludzkiej egzystencji. Jednak jego intuicja literacka i pióro ukazują znaczenie języka. Mówienie z sensem, wypowiedzianie słów posiadających znaczenie jest fundamentalną ludzką aktywnością. Język służy człowiekowi by przeciwstawił się otaczającej go pustce i nihilizmowi które okradają z wiary we własny upór i dążenie do samorealizacji. Sztuka dramatyczna wbrew wszystkiemu koncentruje się na relacji człowieka z nie zawsze poddającą się rozumowi siłą, którą niosą archetypy, a które determinuje postawę wobec życia.

Bohaterowie „*Czekając na Godota*”, Władimir i Estragon, to kloszardzi, cóż z tego, że wyedukowani, skoro odrzucają myśl o celu, przeznaczeniu, niezmiennie związani ze swoją rolą outsiderów. Przychodzą znikąd, idą donikąd, odchodzą bez kierunku. *Czekając na Godota* ukazuje życie jako niekończące się czekanie. Czekanie jako trwała cecha egzystencji.

¹⁹ E. Liegner, *op. cit.*

²⁰ E. Kahana, B. Kahana, *Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation*, [w:] V. Bengtson (ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities*, New York 1996, s. 8-40.

Aspekty psychiki zaobserwowane u bohaterów *Czekając na Godot* ukazują w pełni konflikty wynikające z niezdolności do działania. Oto co w jednym słowie reprezentują: Pozzo – potrzeba kontroli, Lucky – potrzeba opieki, Władimir – impotencja świadomości, Lucky potęga podświadomości. Nierozzerwalne pary o skonfliktowanych cechach sprawiają, że cała czwórka bohaterów tkwi w stagnacji.

Przykładając teorię potrzeb J. Herona, który wyodrębnił dwa poziomy potrzeby człowieka, fizyczne i osobiste, bohaterowie Becketta ledwie zaspakajają te pierwsze. Potrzeby fizyczne wynikają z procesów fizycznych dokonujących się w organizmie²¹. Obejmują potrzeby jedzenie, picia, snu, seksualną, utrzymania ciepła organizmu, aktywności, stymulacji sensorycznej i schronienia. Zachowania zmierzające do zaspokojenia tych potrzeb są niemal w całości skutkiem treningu społecznego i wyuczone wskutek procesu socjalizacji. Drugi poziom potrzeb – osobowych – nie daje się zredukować do fizycznych, należą bowiem do innego wymiaru rzeczywistości. Zaspokojenie tych potrzeb umożliwia realizację potencjałów jednostki. Skutki zablokowania tychże zaobserwować można u bohaterów dyskutowanych dzieł literackich Samuela Becketta. Poziom potrzeb osobistych obejmuje zdaniem autora koncepcji następujące formy:

- **Potrzeba kochania i bycia kochanym.** Łączy potrzebę tkliwej i czulej opieki oraz zaznawania objawów troski. Potrzeba ta jest zaspokojona wówczas, gdy oznaki kochania są dwustronne, podkreślając autonomię, mocne strony i zasoby darzących się uczuciami stron oraz różnice pomiędzy kochającymi się osobami. Potrzeba kochania oznacza troskę o inną osobę.
- **Potrzeba rozumienia i bycia rozumianym.** Istotą tej potrzeby jest pragnienie by komunikować się poprzez szereg zachowań symbolicznych z otaczającym światem, innymi, mieć kontakt z sobą. Zachowania symboliczne skupiają silną kondensację głę-

²¹ J. Heron, *Co-operative Inquiry: Research into the Human Condition*, Sage, London 1996; J. Heron, *Feeling and Personhood: Psychology in another Key*, Sage, London 1992.

bokich znaczeń uruchamiających dialog na poziomie werbalnym i pozawerbalnym. Język gestów, komunikowanie się na najgłębszym poziomie pogłębia znaczenie więzi i stanowi antidotum przeciwko samotności i alienacji.

- **Potrzeba samodzielnego kierowania własnym życiem i nieskrępowanego odniesienia go ku większej całości.** Ta potrzeba odzwierciedla pragnienie samodzielnego pokierowania własnym życiem oraz bycia autonomiczną jednostką, zdolną kierować się w życiu zgodnie z systemem wartości wokół których zbudowana jest jednostkowa tożsamość. Potrzeba ta znajduje zaspokojenie kiedy jednostka doświadcza autonomii w otoczeniu osób, które dzielą jej dążenia i aspiracje, która zarazem doświadcza ich autonomii. W tym przypadku jednostka bierze na siebie odpowiedzialność za system społeczny w którym uczestniczy i który współtworzy²².

Zaspokojenie potrzeby samodzielnego kierowania własnym życiem znajduje pełen wyraz w zachowaniu, w którym stworzona jest przestrzeń na to by być spontanicznym, radosnym, twórczym i realizującym w życiu swe plany podmiotem. Człowiek działający wedle własnych intencji jest odpowiedzialny, decyzyjny, pełen zasobów, zdolny do bliskości i intymności, opiekuńczy w dojrzały sposób. Zablockowanie owych trzech potrzeb tworzy obraz człowieka silnie korespondującego z profilem ukazany przez Samuela Becketta w *Ostatniej taśmie Krappa* czy innych dziełach. Zdają się zachowywać tak jakby ich potrzeby egzystencjalne były nierozpoznane i zablockowane. Niemożność zrealizowania potrzeby kochania i bycia kochanym daje obraz człowieka pogrążonego w stagnacji, smutku, żałobie będącej szlochem za niespełnionym uczuciem jak i w pewnym sensie opłakiwaniem swego losu. Potrzeba miłości może być mocno ograniczona cenzurą obyczajową, ograniczeniami psychicznymi jednostki, krytycyzmem, czy jej

²² J. Heron, 1992, *op. cit.*

odrzuconiem psychicznym²³. Zablockowana potrzeba zrozumienia i bycia rozumianym pociąga za sobą napięcie odczuwane jako lęk i strach oraz dezorientację. Jednostka nie rozumie siebie, swej sytuacji, żyje w przekonaniu o psychicznym oddaleniu od innych. Wreszcie, niezaspokojenie potrzeby samosterowności owocuje napięciem pomiędzy pragnieniami i oczekiwaniami a dostępnymi formami zachowania, które odległe są od tego, czego jednostka pragnie.

Edukacja przeciw marginalizacji seniorów

W kontekście niniejszych rozważań biblioterapia wydaje się być doskonałą formą pomocy terapeutycznej, jak i edukacyjnej dla seniorów. Sięganie do wyselekcjonowanych materiałów czytelniczych jako pomocy terapeutycznych może znaleźć szerokie zastosowanie w andragogice podobnie jak już ma to miejsce w psychiatrii czy medycynie. Rozwój andragogiki potwierdza walory ujęcia interdyscyplinarnego albowiem związany jest z antropologią filozoficzną, psychologią człowieka dorosłego, socjologią kultury i wychowania, historią oświaty i myśli pedagogicznej, czy wreszcie etyką²⁴. Dzieła Samuela Becketta, podobnie jak i innych znaczących literatów, stanowić mogą wyśmienity i zdaje się nieograniczony materiał dydaktyczny. Terapeuci potwierdzają, że lepiej się prowadzi tych, którzy doświadczają miłości, są lepszymi pacjentami, terapia jest bardziej skuteczna i przebiega płynnie²⁵.

Liczne badania pokazują, że w Polsce sytuacja seniora jest daleka od stanu zadowalającego. Wielu doświadcza zjawiska marginalizacji społecznej i stygmatyzacji związanej z wiekiem. Skutki społeczne i osobowe związane z odrzuconiem w pełni wypełniają definicję zjawiska wykluczenia. Przeciwdziałanie negatywnym stereotypom i pejoratywnemu obrazowi starości przywrócić może wartość tej fazy życia. Konieczna jest dyskusja nad modelami przeciwdziałającymi negatywnym

²³ M.S. Bergmann, *Finding an object*. "Modern Psychoanalysis", 2001, vol. 26, 1, s. 3-13.

²⁴ A. Borecka, *Uczestnictwo seniorów w kulturze*. "Poradnik Bibliotekarza", 2007, 1, s. 3-6.

²⁵ C. J. Shilkret, *Some Clinical Applications of Attachment Theory in Adult Psychology*, "Clinical Social Work Journal", 2005, 1, s. 55-68.

skutkom. Z całą pewnością te zmierzać powinny do przeciwdziałania niemocy i twodze samotności i opuszczenia. Konieczne jest więc wypracowanie mechanizmów pozwalających skutecznie zmniejszać negatywny stresorów obniżających samoocenę i jakość życia seniorów²⁶. Konieczne jest wykorzystanie zasobów osobistych i środowiskowych dla realizacji pozytywnych dla jednostki celów. Zasobem o istotnym znaczeniu jest w świetle treści podjętych w niniejszej rozprawie posiadanie więzi społecznych. Ich rola w utrzymywaniu optymalnego poziomu jakości życia jednostki i zmniejszaniu negatywnych skutków stresu społecznego jest szeroko udokumentowana. Interwencja skierowana na przeciwdziałanie samotności i izolacji społecznej seniora może skupiać się na rozwoju kompetencji społecznych i otwartości²⁷. Korzystne dla seniora są wszystkie działania, które przeciwdziałają kumulującym się stratom. Niektóre analizy dotyczące wpływu wsparcia społecznego wskazują, że interwencje podejmowane wobec seniorów mają ograniczony wpływ na poprawę stanu emocjonalnego seniorów. Ryzyko takiego stanu rzeczy ma miejsce wtedy, gdy osoby wspierające są nadopiekuńcze lub wyręczające z obowiązków, co postrzegane jest jako ograniczanie autonomii. W takim przypadku seniorzy z rezerwą przyjmują wizyty wolontariuszy które służyć mają budowaniu więzi społecznych²⁸. Interesujące badania ilustrujące pozytywne działanie programów aktywizacji starszych kobiet, których celem było za-

²⁶ M. Brzezińska, *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w dorosłości*. Difin SA, Warszawa 2011; M. Łazar, *Zasoby osób starszych: kontekst ścieżki życia, potrzeb i przekonań na temat starości*, [w:] S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski, *Starzenie się z godnością*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, s. 71-82; A. Szmaus-Jackowska, *Troska o siebie osób w starszym wieku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2011.

²⁷ E. Y. Cornwell, L. J. Waite, *Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults*. "Journal of Health and Social Behavior", 2009, 50, s. 31-48; K. S. Rook, *The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being*. "Journal of Personality and Social Psychology", 1984, 46(5), s. 1097-1108.

²⁸ B. E. Hogan, W. Linden, B. Narjarian, *Social support interventions: Do they work?*, "Clinical Psychology Review", 2002, 22(2), s. 381-440.

chęcanie do rozbudowy więzi społecznych i podniesienie samooceny oraz poczucia własnej wartości jak też rozwoju kompetencji społecznych przeprowadzono przez zespół Stevens²⁹. Większość uczestniczek programów edukacyjnych po zakończonym projekcie wskazała, że nawiązała nowe więzi przyjaźni (63%) wobec grupy kontrolnej wśród której (43%) osób badanych wskazało na pojawienie się nowych przyjaźni³⁰. Trening umiejętności komunikacyjnych i rozwoju osobistego wydaje się mieć priorytetowe znaczenie. Dzięki niemu zdolność seniorów do nawiązywania kontaktów i szerokiego rozwoju kompetencji społecznych otwiera możliwość pogłębiania jakości relacji z osobami ważnymi. Przedmiotem programów edukacyjnych jest też kategoria „mądrości”, definiowana na szereg sposobów³¹. Zgodnie z szeroko komentowanymi propozycjami Baltesa i Freund mądrość ma związek z wiedzą o charakterze eksperckim dotyczącym:

- sensu życia i sposobie przeżycia go w całym cyklu
- osiągnięcia spełnienia doprowadzającego do jednostkowego i społecznego dobrostanu³².

Wspomniani badacze zwracają uwagę na kompetencje planowania życia, prowadzenia go w odpowiednim dla jednostki stylu oraz właściwej oceny jego efektów. Mądrość jest w tej perspektywie rozpatrywana jako zasada pozwalająca na wgląd w istotę kondycji człowieka pod kątem nadawania mu sensu. Mądrość reprezentuje system wiedzy wyższego rzędu, skierowana jest na wszelkie ważne i trudne py-

²⁹ N. L. Stevens, C. M. Martina, G. J. Westerhof, *Meeting the Need to Belong: Predicting Effects of a Friendship Enrichment Program for Older Women*. „The Gerontologist”, 2006, 46(4), s. 495-502.

³⁰ Ibidem.

³¹ S. Steuden, *Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się*, [w:] S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011, s. 71-82.

³² P. B. Baltes, A. M. Freund, *Human strengths as the orchestration of wisdom and selective optimization with compensation (SOC)*. [w:] L. G. Aspinwall, U. M. Staudinger (eds.), *A psychology of human strengths: Perspectives on an emerging field*, APA Books, Washington 2003, s. 23-25.

tania na temat stylu życia wypełnionego pozytywnym znaczeniem. Mądrość zakłada zgodność pomiędzy poglądami jednostki a światem wartości uwzględniając wiedzę o tym, co jest dobre dla człowieka. Baltes uważa, że mądrość jest wiedzą o tym, jak przeżyć z sensem swe życie. Do tego ważne jest ażeby posiadać dostęp do wszystkich obecnych źródeł siły i zdrowia, pozwala to bowiem utrzymać pozytywny dobrostan psychiczny i duchowy. Ważnym i nie do przecenienia w jego roli źródłem zaś dobrostanu są wspierające i opiekuńcze relacje. Warunkiem wszelkiego dobrostanu jest silna więź emocjonalna z kimś, kto troszczy się o Ciebie.

Summary

xxx

xxxx

Spis treści rocznika 2015 „Pracy Socjalnej”

NUMER 1/2015

Między teorią a praktyką

- Anna Linka, *Świadomość znaczenia różnic kulinarnych i zmiany nawyków żywieniowych w pracy socjalnego z migrantami*
- Elżbieta Wójcik, *Ochrona dziecka w Wielkiej Brytanii – nowelizacje systemu po roku 2000*

Badania

- Anna Chańko, Magdalena Chmielewska, *Zjawisko zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) wśród klientów pomocy społecznej*
- Edyta Januszewska, *Uchodźcy w Danii – między integracją a marginalizacją*

Blżej prawa

- Adam Lisowski, *Przebywanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a prawo do świadczeń z pomocy społecznej*

Praktyka

- Andrzej Gocłowski, *Światowy Dzień Pracy Socjalnej*
- Jacek S. Tutak, *System transportowy wspomagający osobę starszą i jej opiekuna*

Do dyskusji

- Jowita Hryszkiewicz, *Aktywizacja i rozwój społeczności lokalnej na przykładzie projektu „Czas na Brzózki”*

Półka z książkami

- Ludwik Malinowski, *„Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących”*

NUMER 2/2015

Między teorią a praktyką

- Urszula Kempieńska, *Potrzeba pracy socjalnej z nastoletnimi małżeństwami i ich rodzinami*
- Mariola Raclaw, Dobroniega Trawkowska, *„Zależność od szlaku” – społeczne i prawne konteksty uchwalania ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*

Badania

- Jan Basiaga, *Zawodowe rodziny zastępcze w lokalnym systemie opieki nad dzieckiem i wsparcia społecznego*

Do dyskusji

- Sylwia Trzęsiok, *Przemoc w rodzinie – ból nieunikniony?*

Dobre praktyki

- Lidia Magdalena Pieńkos, Agnieszka Piskozub-Rynkiewicz, Romuald Sobiech, *„Marcelin w akcji”, czyli jak zaktywizować rodziny z osiedlowego podwórka*
- Anna Żukowska, *Co moja rodzina może dać innym? Czy wolontariat może być zabawą?*

Półka z książkami

- Malwina Misiąg, Beata Szluz, *„Zjawisko bezdomności w wybranych krajach Unii Europejskiej”*

NUMER 3/2015

Między teorią a praktyką

- Jerzy Szmagałski, *Praca ze społecznością – globalne wyzwanie dla pracowników socjalnych*
- Tomasz Kaźmierczak, *Praca środowiskowa – materiały do definicji sprawozdawczej*
- Katarzyna Delikowska, *Przygotowanie do świadczenia środowiskowej pracy socjalnej – teoria i praktyka*
- Monika Oliwa-Ciesielska, *Konteksty metod pracy socjalnej i współczesne trudnienia w ich realizacji*

Praktyka

- Barbara Bąbska, Paweł Jordan, *Poznaj swoje środowisko – potrzeby, zasoby, działania*
- Justyna Siemionow, *Rola pracownika socjalnego w rozpoznawaniu potrzeb oraz identyfikacji problemów środowiska rodzinnego nieletnich przebywających w młodzieżowym ośrodku wychowawczym*
- Bohdan Skrzypczak, *Centrum Aktywności Lokalnej – wiele ścieżek praktykowania idei rozwoju społeczności lokalnej*

Teoria

- Barbara Kowalczyk, *Nowe perspektywy pracy socjalnej – nowe role i zadania pracownika socjalnego*
- Karol Mausch, *Koncepcje psychologiczne w kontekście zagadnień pracy socjalnej*

Polityka społeczna wobec osób starych

- Elżbieta Trafiałek, *Aktywne starzenie się (active ageing). Zadania polityki senioralnej*
- Katarzyna Sygulska, *Wybrane problemy osób starszych w dobie zmian cywilizacyjnych*
- Teresa Zbyrad, *Opieka instytucjonalna – pomiędzy dobroczynnością a społeczną kontrolą*
- Norbert G. Pikuła, *Samotność czy wykluczenie społeczne osób starszych?*
- Anna Kanios, *Postawy studentów pracy socjalnej wobec ludzi starych*
- Mo Ray, Judith Phillips, *Polityka i organizacja pracy socjalnej ze starszymi ludźmi w Anglii*

Między teorią a praktyką

- Piotr Sałustowicz, *Czy warto inwestować w asystenturę rodzinną?*
- Grzegorz Grygiel, *Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia od alkoholu mieszkańców domu pomocy społecznej*

Prawo

- Agnieszka Gazda, *Sprawianie pogrzebu przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej*

Do dyskusji

- Anna Panek, Elżbieta Panek, *Filantrop, kontroler, cudotwórca. O mitach narosłych wokół pracowników socjalnych*

Półka z książkami

- Halina Worach-Kordas, „Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości” (Agata Chabior)
- Anna Furmańska-Maruszak, Anna Wójtewicz, Małgorzata Zamojska, „Dobra i usługi społeczne dla najstarszego pokolenia. Szanse rozwoju w kontekście społeczeństwa masowej konsumpcji” (Danuta Książek)

Z historii

- Arkadiusz Żukiewicz, *Tradycja i rozwój. W dziewięćdziesięciolecie kształcenia polskich służb społecznych*
- Ludwik Malinowski, *Janusza Korczaka wizja wychowania i pracy socjalnej*

Między teorią a praktyką

- Elżbieta Trafiałek, *O roztropności w działaniach pomocowych słów kilka*
- Małgorzata Ciczkowska-Giedziun, Magdalena Dymowska, *Wiedza o zasobach wyzwaniem dla współczesnej pracy socjalnej*
- Anna Kasten, *Dydaktyka a tożsamość pracowników socjalnych*

Badania

- Jerzy Gruszka, *Bezdomni w Krakowie – socjodemograficzny portret zbiorowości*

Praktyka

- Joanna Szymanowska, *Wspieranie i integracja uchodźców oraz cudzoziemców*
- Beata Mańkowska, *Czy projekt „Sukces gdańskiej rodziny” okazał się sukcesem?*

Blżej prawa

- Monika Budnik, *Powództwo alimentacyjne a zadania kierownika PCPR*
- Mikołaj Brenk, *Ośrodki Pomocy Społecznej w systemie polityki społecznej państwa*

Do Dyskusji

- Piotr Matela, *Czy wsparcie środowiskowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest skuteczne? Kontrowersje amerykańskie*

Półka z książkami

- Antonina Ostrowska, „Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993-2013” (Monika Skura)
- Anna Bogna Jędrzejewska, „Opuszczeni rodzice. Nagła śmierć dziecka. Jak dalej żyć”? Beata Zawiślak, „Dziecko autystyczne. Objawy i wspomaganie. Prawdziwa opowieść o Maciusiu” (Ewelina Skorek)

Wyzwania polityki społecznej

- Jerzy Gierlacki, *Czy obecny model pomocy społecznej dowiezie nas do celu?*
- Kazimierz W. Frieske, *Praca – Zatrudnienie – Zatrudnialność: ideologiczne założenia dyskursu*

- Paweł Wiśniewski, *Czy zatrudnienie socjalne posiada cechy wielosektorowości, partnerstwa i dialogu społecznego?*

Między teorią a praktyką

- Elżbieta Lisowska, *Wypalenie zawodowe w profesjach usługowych*
- Małgorzata Sitarczyk, *Aktywizacja społeczna i zawodowa osób chorych psychicznie na przykładzie programu „Przyjazny Świat”*
- Marta Małecka, *Praca systemowa z rodziną z problemem alkoholowym*

Badania – zagranica

- Milou Haggengburg, Harry Michon, *Integracja społeczna typu Door-to-Door w dzielnicy wieloetnicznej*

Praktyka

- Dorota Ejneberg, *Projekt socjalny „Bliżej Kultury” jako narzędzie wspierania osób niepełnosprawnych*
- Marzanna Farnicka, *(Nowa) Droga realizowania projektów?*

Nowe technologie wspierające pracę z klientem

- Jacek S. Tutak, *Aplikacje mobilne pomocne w walce z otyłością podopiecznych*

Półka z książkami

- Ewa Grudziewska, Agnieszka Lewicka-Zelent, „Kompetencje mediacyjne w profesji pracownika socjalnego” (Beata Gradowska)
- Artur Fabiś, Joanna K. Wawrzyniak, Agata Chabior, „Ludzka starość. Wybrane zagadnienia z gerontologii społecznej” (Marcin Rodzinka)
- Norbert G. Pikuła, „Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości”, Małgorzata Brzezińska, Małgorzata Graczkowska, Anna Kwaśniewska, „Aktywizator seniorów. Scenariusze zajęć” (Dominika Soćko)

Wskazówki dla Autorów tekstów przesyłanych do druku w dwumiesięczniku „Praca Socjalna”

1. Redakcja przyjmuje do druku:
 - prace teoretyczne z zakresu pomocy społecznej i pracy socjalnej,
 - prace publicystyczne, relacje, reportaże, przyczynki do dyskusji i inne materiały poświęcone zagadnieniom praktycznym w funkcjonowaniu polityki społecznej i pracy socjalnej,
 - materiały przybliżające ciekawe inicjatywy podejmowane przez pracowników socjalnych, przykłady dobrych praktyk i projektów socjalnych,
 - doniesienia na temat działań w pomocy społecznej i pracy socjalnej na świecie,
 - artykuły prezentujące polską myśl społeczną i sylwetki jej twórców, także działających współcześnie w środowiskach lokalnych i ponadlokalnych,
 - informacje prawne i interpretacje aktów prawnych,
 - relacje z konferencji oraz seminariów krajowych i zagranicznych,
 - recenzje i omówienia literatury polskiej i obcej.
2. Objętość nadsyłanych materiałów nie powinna przekraczać: w wypadku prac teoretycznych 20 stron znormalizowanego maszynopisu, pozostałych prac 10 stron, recenzji i omówień – 5 stron. Artykuły prosimy pisać czcionką 12 pkt *Times New Roman*, w edytorze Word.
3. Przypisy bibliograficzne, powinny zawierać następujące informacje:
 - w wypadku książki: imię i nazwisko autora, tytuł, podtytuł, numer tomu, nazwę wydawnictwa, miejsce i rok wydania, numery stron przytoczonego cytatu,
 - w wypadku czasopisma: imię i nazwisko autora, tytuł, podtytuł artykułu, tytuł czasopisma, rok, numer kolejny, numery stron przytoczonego cytatu,
 - w wypadku ustawy lub rozporządzenia: nazwę, datę wydania, numer Dziennika, numer pozycji, pod którą widnieją w Dzienniku.
 - Ponumerowane przypisy, komentarze i uwagi dodatkowe prosimy **zamieszczać na dole strony**.
4. Materiały należy przesyłać pocztą elektroniczną na adres redakcji: katarzyna.hryniewicka@irss.pl.
5. Do artykułu proszę dołączyć krótką informację o autorze (wykształcenie, miejsce pracy, zajmowane stanowisko) oraz oświadczenie, że tekst nie był wcześniej opublikowany i nie został złożony w innych wydawnictwach.

-
6. **Tytuł artykułu oraz streszczenie (około 500 znaków) powinny być podane w języku polskim i angielskim. Dotyczy to publikacji teoretycznych, problemowych i prezentujących wyniki badań.**
 7. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian redakcyjnych i skrótów w nadsyłanych tekstach.
 8. Redakcja nie zwraca niewykorzystanych materiałów.
 9. Teksty niespełniające powyższych warunków nie będą rozpatrywane pod kątem publikacji.
 10. Warunkiem opublikowania artykułu jest pozytywna opinia recenzentów.
 11. Informujemy Autorów, że dwumiesięcznik „Praca Socjalna” jest uwzględniony w punktacji polskich czasopism naukowych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 6 punktami za artykuł naukowy.

Informacja dla Prenumeratorów

Zasady prenumeraty prowadzonej przez Wydawcę – Instytut Rozwoju Służb Społecznych:

1. Znakiem identyfikacyjnym każdego Prenumeratora jest numer w naszej bazie, widniejący na wystawionej fakturze. Na ten numer prosimy powoływać się, telefonując do Redakcji w sprawach związanych z prenumeratą.
2. Faktury na prenumeratę dwumiesięcznika są wystawiane pod koniec roku, na podstawie Państwa zamówienia, którego tekst jest dołączony do kolejnych numerów 5 i 6 „Pracy Socjalnej”. Prosimy o niezwłoczne wypełnienie zamówienia i przesłanie go pocztą lub faksem pod adresem Redakcji: IRSS – ul. Marszałkowska 34/50, 00-554 Warszawa, tel./faks 22 621-04-23, 629-40-18.
3. Po przelaniu należności na konto IRSS – BANK PEKAO S.A. Nr NRB 27 1240 6003 1111 0000 4946 5721, wyślemy Państwu zamówione egzemplarze dwumiesięcznika.
4. O wszelkich zmianach zaistniałych w czasie trwania prenumeraty, dotyczących np. płatnika, adresu czy NIP-u, prosimy niezwłocznie powiadamiać Redakcję.
5. Nowych Prenumeratorów (instytucje i osoby prywatne), zamawiających dwumiesięcznik po raz pierwszy, prosimy o podanie w zamówieniu swoich dokładnych danych (wraz z numerem NIP-u), co umożliwi nam wpisanie Państwa do bazy i realizację prenumeraty.

Warunki prenumeraty dwumiesięcznika „Praca Socjalna” w 2016 roku

Koszt całorocznej prenumeraty (6 numerów) wynosi 180 zł, cena pojedynczego egzemplarza – 30 zł. Zamówienia na prenumeratę krajową i zagraniczną przyjmują:

I. Instytut Rozwoju Służb Społecznych – wydawca dwumiesięcznika – ul. Marszałkowska 34/50, 00-554 Warszawa, tel./faks: 22 621 04 23, 629 40 18; www.irss.pl.

W IRSS można także zamawiać roczniki oraz pojedyncze numery archiwalne. **Zamówienia przyjmowane są przez cały rok.**

II. „RUCH” S.A.

Prenumerata realizowana przez RUCH S.A.: zamówienia na prenumeratę można składać bezpośrednio na stronie: www.prenumerata.ruch.com.pl

III. Kolporter S.A.

25-659 Kielce, ul. Strycharska 6, tel. 41 377-88-88; www.kolporter.com.pl

Wersje elektroniczne wszystkich numerów „Pracy Socjalnej” wydanych od 2007 roku można pobrać za pomocą portalu e-Publikacje Nauki Polskiej. Zainteresowanych uzyskaniem dostępu do naszego czasopisma zapraszamy na stronę: http://www.epnp.pl/publikacje/czasopisma_naukowe/praca_socjalna

Podstawowe zasady recenzowania publikacji w dwumiesięczniku „Praca Socjalna” (zgodne z wytycznymi MNiSW)

- I. Do oceny każdej publikacji powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki.
- II. W przypadku tekstów powstałych w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest afiliowany w instytucji zagranicznej innej niż narodowość autora pracy.
- III. Rekomendowanym rozwiązaniem jest model, w którym autor(zy) i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. „double-blind review proces”).
- IV. W innych rozwiązaniach recenzent musi podpisać deklarację o nie występowaniu konfliktu interesów; za konflikt interesów uznaje się zachodzące między recenzentem a autorem:
 1. bezpośrednie relacje osobiste (pokrewieństwo, związki prawne, konflikt),
 2. relacje podległości zawodowej,
 3. bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.
- V. Recenzja musi mieć formę pisemną i kończyć się jednoznacznym wnioskiem o dopuszczeniu artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.
- VI. Zasady kwalifikowania lub odrzucenia publikacji i ewentualny formularz recenzentki są podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej czasopisma lub w każdym numerze czasopisma.
- VII. Nazwiska recenzentów poszczególnych publikacji/numerów nie są ujawniane; raz w roku czasopismo podaje do publicznej wiadomości listę recenzentów współpracujących.

Deklaracja o wersji oryginalnej (zapora ghostwriting)

Autorzy winni poświadczyc, że wersja artykułu jest wersją oryginalną. Redakcja oświadcza, że wersja drukowana kwartalnika jest wersją pierwotną.

