CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO

Nr 2(10) 2009

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

RADA PROGRAMOWA
„Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”
Władysław Dykcik, Anna Firkowska-Mankiewicz (przewodnicząca), Adam Frączek,
Zofia Kawczyńska-Butrym, Małgorzata Kościelska, Henny Lantman,
Hanna Malewska-Peyre, Tadeusz Mazurczak, Antonina Ostrowska,
Alicja Przyłuska-Fiszer, Stanisław Pużyński, Diane Ryndak, Barbara Szatur-Jaworska,
Wiesław Theiss

KOMITET REDAKCYJNY
Joanna Głodkowska (redaktor naczelna), Ewa Kulczycka (sekretarz redakcji),
Ewa M. Kulesza, Małgorzata Kupisiewicz, Jarosław Rola (członkowie redakcji)

RECENZENCI
dr hab. Józef Binnebesel, prof. UMK; dr hab. Andrzej Giryński, prof. APS; dr hab.,
Wanda Hajnicz, prof. APS; dr hab. Adam Mikrut, prof. UP;
dr hab. Andrzej Potocki, prof. UKSW; dr hab. Marzena Zaorska, prof. UMK

Tłumaczenie na język angielski – Renata Wójtowicz

Redaktor – Monika Bielska-Łach

Adres redakcji
Redakcja czasopisma „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo”
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
redakcjacns@aps.edu.pl
www.aps.edu.pl/wydawnictwo/czasopisma/

© Copyright by Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa 2009
nakład 300 egz.

ISSN 1734-5537

Skład:
Grafini DTP
ul. Kościuszki 1a/11, 05-840 Brwinów
Druk i oprawa:
P.P.H.U. „Nokpol”
ul. Poniatowskiego 84, 05-230 Kobyłka

SPIS TREŚCI

Autorzy 5

Artykuły i rozprawy

Joanna Słowińska, Ewa Sygit – *Zależność i osłabione możliwości obrony jako potencjalne źródła przemocy wobec osób niepełnosprawnych i starszych. Perspektywa psychologiczna i prawna* 7

Marlena Kilian – *Rehabilitacja w zakresie poruszania się i wykonywania codziennych czynności wobec potrzeb osób w starszym wieku z niepełnosprawnością wzrokową* . 21

Jowita Bartczak – *Fenomen sekt religijnych – rozważania na temat przyczyn atrakcyjności sekt religijnych* 33

Prace badawcze

Joanna Rajang, Monika Zoch – *Asertywność osób niepełnosprawnych a ich percepcja problemów życiowych* 57

Iwona Konieczna – *Ból jako doświadczenie towarzyszące chorobie przewlekłej* (cz. II – badawcza) 75

Beata Szabała – *Przystosowanie społeczne dzieci z cukrzycą typu 1: niektóre jego uwarunkowania* 95

Polemiki i recenzje

Peter Burke – *Disability and Impairment: working with Children and Families*. London 2008: Jessica Kingsley Publishers (Iwona Konieczna) 111

Deborah Teutsch Smith – *Pedagogika specjalna: podręcznik akademicki*, Tom II, red. naukowa A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski, Warszawa 2008; Wydawnictwo Naukowe PWN, APS (Beata Cytowska) 114

Sprawozdania, komunikaty, kronika

Joanna Kobosko – *Europejskie Stowarzyszenie Zdrowia Psychicznego Głuchych (ESMHD).* Spotkanie naukowo-kliniczne w zakresie zdrowia psychicznego ludzi głuchych, Rzym, 15–19 kwietnia 2009 121

Katarzyna Bieńkowska-Robak – Dyskursy pedagogiki specjalnej *Życie z niepełnosprawnością – relacje i doświadczenia społeczne osób niepełnosprawnych*. Konferencja naukowa – Sopot 20–22 maja 2009 125

Kamil Tomaszewski – Sprawozdanie z wizyt delegacji z Uniwersytetu w Rennes w Akademii Pedagogiki Specjalnej w roku 2009 128

Przegląd czasopism

Bernadetta Węcławik – *American Journal on Mental Retardation*, 2008, number 1–6, wybrane zagadnienia 131

CONTENTS

Authors 5

Articles and Treatises

Joanna Słowińska, Ewa Sygit – *Dependence and Poor Possibilities of Defense as Potential Sources of Violence against Disabled and Elderly People. Psychological and Legal Perspective* 7

Marlena Kilian – *Rehabilitation in the Area of Orientation and Mobility and Daily Living Skills Versus the Needs of the Elderly with Visual Impairments* 21

Jowita Bartczak – *Phenomenon of Religious Sects – Discussion on the Causes of Religious Sects' Appeal* 33

Research Papers

Joanna Rajang, Monika Zoch – *Assertiveness of People with Disabilities and their Perception of Life's Problems* 57

Iwona Konieczna – *Pain as an Experience Which Accompanies Chronic Disease (Part 2 – research)* 75

Beata Szabała – *Social Adaptation of Children with Diabetes Mellitus Type 1 and What it Depends on* 95

Polemics and Reviews

Peter Burke – *Disability and Impairment: Working with Children and Families*. London 2008: Jessica Kingsley Publishers (Iwona Konieczna) 111

Deborah Deutsch Smith – *Pedagogika specjalna: podręcznik akademicki*, Tom II. Academic Editing by Anna Firkowska-Mankiewicz and Grzegorz Szumski. Published by PWN & APS, Warszawa 2008 (Beata Cytowska) 114

Reports, Announcements, Chronicle

Joanna Kobosko – *European Society for Mental Health and Deafness (Special Interest Groups). Scientific and Clinical Meeting Concerning the Mental Health of Deaf People*, Rome, April 15–19, 2009 121

Katarzyna Bieńkowska-Robak – *Special Education Discourses „Living with Disability – Social Relationships and Experiences of People with Disabilities"*. Scientific Conference – Sopot, May 20–22, 2009 125

Kamil Tomaszewski – Report on the Visit of the University of Rennes' Delegation to the Academy of Special Education in 2009 128

Journals Review

Bernadetta Węcławik – *American Journal on Mental Retardation*, 2008, Number 1–6 – *selected issues* 131

AUTORZY

Jowita Bartczak
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: jbartczak@aps.edu.pl

Katarzyna Bieńkowska-Robak
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: kbienkowska@aps.edu.pl

Beata Cytowska
Uniwersytet Wrocławski
ul. J. Dawida 1
50-527 Wrocław
e-mail: beata.cytowska@gmail.com.

Marlena Kilian
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
ul. Kawęczyńska 53
Warszawa
adres email: m.kilian@uksw.edu.pl

Joanna Kobosko
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
Międzynarodowe Centrum Słuchu i Mowy
Kajetany
adres email: j.kobosko@ifps.org.pl

Iwona Konieczna
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: ikonieczna@aps.edu.pl

Joanna Rajang
Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
ul. Leopolda Staffa 1
85-867 Bydgoszcz
e-mail: joanna.rajang@ukw.edu.pl

Joanna Słowińska
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
e-mail: kizpsychoklin@cm.umk.pl

Ewa Sygit
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
Collegium Medicum
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
e-mail: kizpsychoklin@cm.umk.pl

Beata Szabała
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
ul. Narutowicza 12
20-004 Lublin
e-mail: betszb@wp.pl

Kamil Tomaszewski
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: ktomaszewski@aps.edu.pl

Bernadetta Węcławik
Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02-353 Warszawa
e-mail: bweclawik@aps.edu.pl

Monika Zoch
Ośrodek Ochrony Praw Dziecka i Pomocy Rodzinie
ul. Jaworowa 5
85-628 Bydgoszcz
e-mail: monika.zoch@wp.pl

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(10) 2009

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

JOANNA SŁOWIŃSKA
EWA SYGIT

ZALEŻNOŚĆ I OSŁABIONE MOŻLIWOŚCI OBRONY JAKO POTENCJALNE ŹRÓDŁA PRZEMOCY WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I STARSZYCH

PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA I PRAWNA

W krajach cywilizacji zachodniej na szeroką skalę dochodzi do zjawiska nadużyć. Dotykają one osób z różnych grup społecznych, jednak można wyodrębnić grupy narażone na przemoc w sposób szczególny. Są nimi: osoby upośledzone fizycznie i umysłowo oraz osoby starsze (J. Twardowska-Rajewska, J. Rajewska-deMezer, 2005). Grupy te są duże i niejednorodne, nie przebiega też pomiędzy nimi linia wyraźnego podziału. Przykład stanowią osoby starsze, u których równocześnie stwierdza się pewien rodzaj niepełnosprawności. Niekiedy towarzyszy im ona od wcześniejszych lat życia, czasami zaś pojawia się właśnie w procesie starzenia. Może ona istotnie ograniczać lub modyfikować aktywność życiową, a niekiedy stwarza sytuację dużej zależności od innych osób. Zależność ta staje się większa, gdy poza sprawnością fizyczną słabnie sprawność intelektualna, jak w postępujących procesach otępiennych. Ponadto percepcja własnego położenia życiowego stwarza dla dwóch osób z analogicznym schorzeniem dwie odmienne sytuacje. W niniejszej pracy skoncentrowano się na tych charakterystykach osób niepełnosprawnych i osób starszych, które mogą stanowić czynnik zwiększający ryzyko przemocy. Zwrócono uwagę na *zależność* i *osłabione możliwości obrony* osób starszych i niepełnosprawnych jako czynników zwiększających ryzyko zastosowania wobec nich przemocy. Skupiono się ponadto na aspekcie psychologicznej i prawnej pomocy tym osobom, z uwzględnieniem instytucji pomocowych oraz aktualnych przepisów regulujących powyższe kwestie.

Przemoc a niepełnosprawność

Przemoc jest rodzajem wywierania wpływu. Wpływ można wywierać zarówno intencjonalnie, jak i nieintencjonalnie, np. samą obecnością (W. Domachowski, 2001). O przemocy mówimy, jeśli siła została użyta w celu wywarcia niepożądanego wpływu na drugiego człowieka (W. Sztander, 1999). Przemocą będą zarówno aktywne działania typu poniżanie, pozbawianie środków, powodowanie obrażeń, jak i bierne zaniedbanie, np. brak należytej opieki czy lekceważenie (K. Browne, M. Herbert, 1999).

Odrębną kwestię stanowi agresja, którą wywołują czynniki zewnętrzne, jak frustracja czy względna deprywacja, i która nie jest związana z żadnym konkretnym obiektem. Rozmaite teorie opisujące ją nie określają jej formy. Przemoc jest tu jedną z możliwych form rozładowania agresji, a sama agresja nie ma wówczas na celu wywarcia wpływu (H. Liberska, 2001). Jak wynika z badań nad chorobami psychosomatycznymi, zdrowiu szkodzi przede wszystkim brak rozładowania agresji. W takim ujęciu stosowanie przemocy może wzmacniać zdrowie somatyczne i psychiczne, tym bardziej, jeśli wzmacnia pożądany obraz siebie. Jak zaznacza Erich Fromm, fakt, że agresja jest częścią normalnego ludzkiego zachowania, nie powinien skłaniać do zapominania, że destrukcja życia pozostaje zawsze destrukcją, nawet jeśli jest uzasadniona biologicznie lub wydaje się uzasadniona w sensie ludzkim. Bardzo łatwo mogą zatrzeć się granice między agresją obronną a nieobronną destrukcyjnością (E. Fromm, 1999).

Odwołując się do klasyfikacji zachowań agresywnych w przypadku agresji wobec osób starszych lub niepełnosprawnych, możemy mieć do czynienia zarówno z agresją niezłośliwą (obronną; reaktywną w obliczu trudnej, dyskomfortowej sytuacji) jak i agresją złośliwą, która ma na celu intencjonalne dokuczenie i wyrządzenie krzywdy. Rozróżnienie obu rodzajów w tak złożonej sytuacji jest trudne, szczególnie gdy agresor nie miał wcześniej intencji szkodzenia – a nagle znalazł się w sytuacji przekraczającej jego aktualne możliwości przystosowawcze lub jest wyczerpany psychofizycznie.

Wraz z postępującymi zmianami społecznymi mnożą się przypadki zachowań agresywnych i przemocy wśród najbliższych. Zachowania agresywne są sposobem zdobycia lub potwierdzenia poczucia kontroli. Często świadczą o wewnętrznym rozbiciu rodziny. Brak dobrej woli, brak tolerancji doprowadza do napięć wewnątrz niej. Uważa się to za sprawy prywatne, milcząco akceptowane przez społeczeństwo. Aktywność agresywna, jeśli okaże się skuteczna, dostarcza szybkiego i wyraźnego potwierdzenia własnej mocy i kompetencji. Poza tym, że jest sprawdzeniem sił, stanowi też sposób ochrony oraz umocnienia wartości (J. Mazur, 2002).

Według badań amerykańskich i europejskich – niepełnosprawni 2 do 5 razy częściej padają ofiarami przemocy niż osoby zdrowe. W przypadku osób z upośledzeniami rozwoju – 4 do 10 razy częściej (A. Staręga, 2003).

Osoby z upośledzeniem umysłowym często padają ofiarami przemocy seksualnej i w prawie 80% nie jest to jednorazowy incydent, a powtarzające się epizody. Skutkami fizycznymi doświadczania przemocy są zaburzenia snu, problemy z jedzeniem i bóle głowy. Często pojawiają się wysypki, siniaki, rany na ciele ofiary. Niekiedy konieczna jest hospitalizacja.

Ponadto u osoby pokrzywdzonej pojawić się może choroba rezygnacji, będąca efektem bezradności w obliczu traumatycznych wydarzeń. W efekcie seria zmian biologicznych w organizmie ofiary sprzyja powstawaniu i rozwijaniu się chorób somatycznych.

Konsekwencją natury psychicznej jest postawa zaprzeczająca, rezygnacyjna, lękowa. Ofiary przejawiają wyższy poziom depresji, symptomy wyuczonej bezradności (E. Aronson, T.D. Wilson, R.M. Akert, 1997).

Ofiary przemocy często doznają wstydu oraz poczucia winy za zachowanie swojego agresora. Pojawić się może samoobwinianie, poczucie beznadziejności sytuacji. Ofiara ma obniżone poczucie własnej wartości, częściej towarzyszą jej myśli samobójcze, dezorientacja. Zetknięcie z przemocą powoduje poczucie bycia gorszym, innym. W wyniku przeżycia sytuacji ekstremalnej, zagrażającej życiu, mogą pojawić się trwałe zmiany osobowości (A. Jakubik, 2004). Ofiara przemocy może przyjąć postawę wrogą wobec otoczenia. Osoba, która bezpośrednio zetknęła się z zagrożeniem własnego zdrowia czy życia, może nie pamiętać dokładnie przebiegu zdarzenia, którego była uczestnikiem. Efektem urazu psychicznego może być: zbytnia czujność, wypatrywanie niebezpieczeństwa, zaburzone poczucie rzeczywistości czy ponowne przeżywanie dramatycznych wydarzeń. Zespół takich zaburzeń składa się na jednostkę *Post Traumatic Stress Disorders* (zespół stresu pourazowego) (B.B. Krahé, 2006).

Omawiając problematykę przemocy wobec osób niepełnosprawnych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na specyfikę systemu rodzinnego, w jakim taka osoba się znajduje (Z. Kawczyńska-Butrym, 2008).

Choroba i niepełnosprawność powodują zmiany w rodzinie i życiu poszczególnych członków. Konsekwencjami negatywnymi mogą być dla rodziny: pogorszenie sytuacji materialnej, konflikty, rozpad rodziny, ograniczenie wielu funkcji rodziny, podporządkowanie innych opiece nad chorym. Oprócz wymienionych konsekwencji wystąpić mogą także te, które bezpośrednio dotykają osobę chorą: odrzucenie przez rodzinę, zaniedbania w opiece, konflikty i niezadowolenie okazywane choremu, agresja ze strony członków rodziny. Badania wskazują, że istnieje relatywnie mniejsza liczba rodzin z osobami niepełnosprawnymi, które potrafią w sposób zadowalający zapewnić swoim członkom ciepło rodzinne, troskliwość i wzajemny szacunek (F. Wojciechowski, 2007). Niepełnosprawność może być czynnikiem problemowym – a z problemowością rodziny współwystępuje wiele generowanych przez nią negatywnych zjawisk, takich jak patologie czy nieprzystosowanie społeczne.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że rodzice dziecka niepełnosprawnego są zagrożeni negatywnymi przeżyciami, ale nie są na nie skazani. Znaczenie

ma odporność emocjonalna rodziców i ich odporność na stres. W korzystniejszej sytuacji są rodzice przyjmujący postawę aktywną względem trudności i dążący do konstruktywnych rozwiązań (I. Obuchowska, 1999).

Niepełnosprawność to nie tylko wyzwanie dla rodziny, ale i dla społeczeństwa. W świecie, w którym brakuje zrozumienia dla odmienności a dominującym trendem jest zatrzymanie przemijającej młodości, kontakt z osobą odbiegającą od schematu powodować może napięcie i dyskomfort (B. Hołyst, 2004). U źródeł przemocy wobec niepełnosprawnych leżą również uprzedzenia. Generalizując, przypisujemy im negatywne cechy, a naturalna obawa przed śmiercią i chorobami odsuwa ich od uczestnictwa w życiu społecznym. Negatywne ocenianie, np. funkcji psychicznych, jak i wykorzystywanie naiwności, serdeczności i braku krytycyzmu osób niepełnosprawnych doprowadzać może do nadużyć i przekonania sprawców o uniknięciu odpowiedzialności.

Nieuświadomione skłonności agresywne oraz akty destrukcji pojawiają się też u młodzieży z upośledzeniem w stopniu lekkim – częściej niż u ich pozostałych rówieśników (badania wśród wychowanków zakładu poprawczego) (A. Mikrut, 2000).

Często zachowania te stanowią formę odwetu lub obrony przed prowokacją i agresją płynącą z otoczenia. Sytuacja ta pokazuje zależność pojawiania się zachowań agresywnych od warunków i bezpośredniego traktowania, jakim jednostka podlega. Zmniejszanie patologizacji środowiska i relacji międzyosobowych oraz skuteczne wsparcie psychologiczne i pedagogiczne może zmniejszać prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań agresywnych.

Z pewnością zakład poprawczy jest miejscem specyficznym, jednak sytuacje użycia przemocy i napastowania pokazują, że są to formy opresji społecznej skierowane przeciwko określonym osobom (C. Barnes, G. Mercer, 2008). Jak wskazują studia nad przestępczością, ludzie identyfikowani jako słabi lub ułomni są narażeni w większym stopniu na atak. Co więcej – przekonanie o braku mocy sprawczej osoby niepełnosprawnej może powodować brak akceptacji ze strony opiekuna i działania nadopiekuńcze bądź niedobór opieki.

Dochodzenie sprawiedliwości i przerwanie przemocy wobec osób niepełnosprawnych jest często niemożliwe z uwagi na brak zgłaszania jej organom ścigania i placówkom pomocowym. Powodem milczenia jest między innymi zależność i lęk przed sprawcą, poczucie bezradności, lęk przed umieszczeniem w domu opieki, narażenie na wtórną wiktymizację (A. Staręga, 2003). W przeważającej większości sprawcami tych czynów są mężczyźni znani ofierze (członkowie rodzin, znajomi, pracownicy ośrodków opiekuńczych). Grupę najwyższego narażenia na wszelką przemoc stanowią kobiety z nasiloną niepełnosprawnością, o ograniczonych możliwościach uczenia się i komunikacji.

Przemoc wobec osób starszych

Słabość jako cecha charakterystyczna jest równie często przypisywana osobom starszym. Jest ona zarazem wymieniana jako cecha potencjalnej ofiary przemocy. Obok wyłączenia z aktywnego stylu życia – rutynizacja codziennej aktywności może decydować o zwiększonym ryzyku narażenia na niebezpieczeństwo osób starszych. Do innych czynników ryzyka należą m.in.: dostępność, atrakcyjność z racji zakumulowanego bogactwa, samotność i bezradność.

W zakresie zjawiska przemocy stosowanej wobec człowieka starego powszechnie uważa się, że ludzie starzy są proporcjonalnie dużą grupą ofiar czynów przestępczych. Statystyki pokazują jednak, że są grupą wiekową najmniej narażoną na takie działania. Wynikać to może z przyjętego trybu życia, opartego na daleko posuniętej ostrożności o swoje życie i nieufności wobec przypadkowych znajomości.

Około 5–6% ludzi powyżej 65. roku życia podlega przemocy. Jednakże w większości krajów problem ten stopniowo się nasila. Przykładowo, w Stanach Zjednoczonych przestępczość wobec ludzi starych w latach 1987–1994 wzrosła o 204% (M. Cichocka, 2001). W raporcie opracowanym przez *The National Center on Elder Abuse* z 1998 r., wskazuje się, że około jeden na czternaście przypadków przemocy wobec ludzi starych jest zgłaszanych do instytucji. Częste jest minimalizowanie przejawów przemocy przez same ofiary, przez sprawcę i pracowników służby zdrowia (W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).

Polskie statystyki wskazują, że 20% siedemdziesięciolatków skarży się na brak opieki, a 13% czuje się izolowanych od spraw rodzinnych. W grupie kobiet skargi najczęściej odnoszą się do braku opieki emocjonalnej, nieokazywania uczuć oraz izolacji (K. Baumann, 2002). Ponadto najczęściej spotykaną formą nadużyć, zarówno w rodzinach, jak i w instytucjach o charakterze zamkniętym, jest okradanie oraz ograniczanie możliwości samodzielnego podejmowania decyzji.

Niemożliwością jest jednak realne ocenienie skali zjawiska nadużyć ze względu na dużą liczbę nieujawnionych incydentów. Tak jak w przypadku osób niepełnosprawnych, przekonanie ofiar o bezskuteczności ścigania sprawcy, obawa odwetu oraz większego uzależnienia od rodziny powoduje zaniżenie statystyk dotyczących aktów przemocy na osobach starszych.

Nadużycia wobec ludzi starszych zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej przemocy, objawiają się w wielu formach zachowań bazujących na bezbronności i lęku osoby starszej.

Najczęściej wymieniane formy tej przemocy to zaniedbanie, przemoc fizyczna i finansowa, przemoc seksualna i wreszcie przemoc psychologiczna (M. Cichocka, 2001). Sprawcami przemocy są w przeważającej mierze członkowie rodziny (89,7%), w tym częściej dorosłe dzieci (47,3%) niż współmałżonkowie (19,3%) i inni członkowie rodziny (8,8%). Efekty maltretowania fizycznego i psychicznego osób starszych obejmuje zespół maltretowanego starca, zwany też zespołem bitego starca (A. Zych, 2001).

Przemoc wobec osób w okresie późnej dorosłości dokonywana jest głównie w obrębie rodziny i w instytucjach o charakterze zamkniętym. Mitem jest przekonanie, że większość przestępstw przeciwko osobom starszym dokonuje się na ulicach, w wyniku znalezienia się „w niewłaściwym czasie i miejscu" (B.K. Payne, 2002). Znęcanie się nad ludźmi starszymi zdarza się najczęściej w rodzinach, bo tam przeważnie przebywają. Osoby starsze często pozostają w relacjach z nadużywającymi siły, gdyż inna alternatywa, typu przeniesienie do instytucji opiekuńczych, wydaje się bardziej przerażająca (T. Fryling, R. Summers, A. Hoffman, 2006). Często ofiary przekonane są o bezskuteczności ścigania. Brak przeciwdziałania aktom agresji (początkowo nawet rzadkim lub słabym) może spowodować, że szybko zmieni się ona w niczym nieuzasadnioną przemoc.

Analogicznie do sytuacji osób niepełnosprawnych, negatywny obraz ludzi w starszym wieku pociąga za sobą dyskryminację i niechęć wobec tych osób. W efekcie utrzymujące się przekonania ograniczają role społeczne i status starych ludzi. Nierzadko pojawiają się praktyki dyskryminacyjne, jak odmawianie zasobów starym ludziom w interesie osób młodszych. W stereotypowym postrzeganiu osoby starszej mamy do czynienia nie tylko z ułomnością fizyczną, ale też z niepełnosprawnością umysłową. To w konsekwencji buduje przekonanie napastnika o własnej bezkarności.

Znawcy przedmiotu upatrują złe traktowanie rodziców przez dorosłe dzieci w cechach patologicznej osobowości napastników, doraźnym stresie przeżywanym przez dzieci, izolacji społecznej, bezbronności rodziców (S. Dąbrowski, L. Kubicki, 1995).

Występowanie czynników ryzyka, takich jak: zależność sprawcy od ofiary, zaburzenie percepcji i świadomości ofiary, izolacja społeczna rodziny, najbardziej zagraża właśnie człowiekowi staremu. Ludziom starszym ponadto trudno jest się zwrócić o pomoc z powodu braku sił, często też dlatego, że czują się winni agresywnych zachowań osób z ich rodziny.

Ludzie starzy często funkcjonują poza siecią struktur społecznych, które w sytuacjach krzywdzących mogą przyczynić się do ujawnienia zjawiska i przyjścia ofierze z pomocą. Szkoła, zakład pracy, organizacje społeczne mogą w takiej sytuacji nawet powstrzymać agresora przed zachowaniem brutalnym, choćby w obawie, że sprawa wydostanie się na zewnątrz. Zmniejszenie liczby kontaktów z innymi ludźmi, wycofanie, zmiany w zachowaniu, wreszcie stosowanie aktów przemocy to społeczne skutki krzywdzenia osób starszych.

Poruszając problematykę przemocy wobec osób starszych, należy pamiętać o specyficznej sytuacji, jaką powoduje występowanie zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym (np. w przebiegu niektórych chorób) oraz towarzyszącym upośledzeniom i innym zaburzeniom rozwojowym. Problem – zarówno dla podopiecznego jak i opiekuna – stanowią zespoły dezadaptacyjne, zaburzenia depresyjne i lękowe, zespoły psychoorganiczne, jakościowe zaburzenia świadomości oraz zaburzenia psychotyczne. Czasami konieczne jest wspomaganie farmakologiczne. Od opiekuna wymaga to szczególnej wiedzy z zakresu danej

jednostki chorobowej lub na temat zaburzenia, zwłaszcza gdy zachowaniom podopiecznego towarzyszy agresja. Wiedza taka przydaje się zarówno do lepszego zrozumienia zachowania chorego, jak również do skutecznego do niego podejścia i zmniejszenia poziomu agresji. Dodatkową korzyścią jest lepsze rozpoznanie przez opiekuna swojego zakresu wpływu na stan chorego.

Czasem w przebiegu takich chorób jak choroba Alzheimera agresja ze strony opiekuna może być odpowiedzią na identyczne zachowanie ze strony chorego (A. Sadowska, 2006). Pielęgnacja osoby z otępieniem nieraz staje się zbyt dużym psychicznym i fizycznym obciążeniem dla opiekunów. Przeżywany stres może czasem przeradzać się w agresję (J.J. Pruszyński, A. Gębska-Kuczerowska, 2006).

Ustalono w badaniach, że stymulacja negatywna (od prostych bodźców sensorycznych do dyskomfortu psychicznego) oraz frustracja (przy przerwaniu działań ukierunkowanych na cel) generuje gotowość do agresji (J. Reykowski, 2002). Są to stany, których intensywnie mogą doświadczać opiekunowie i bliscy osoby starszej bądź niepełnosprawnej. Rolę modyfikującą w reagowaniu agresją pełni reaktywność nerwowa i regulacja hormonalna. Znaczenie ma także przebieg procesów poznawczych – w tym poziom zrozumienia sytuacji, zdolność przewidywania konsekwencji własnego postępowania według standardów jednostki oraz dążenie do uniknięcia stanów takich jak poczucie winy lub przeżywanie przykrości. Kluczową rolę pełni też zdolność do kontroli emocji, wzmacniana w rozwoju ontogenetycznym oraz ukształtowana skala wartości.

Nasuwa się tu ważne pytanie o możliwość przeciwdziałania krzywdzie podopiecznego poprzez zabezpieczenie go przed wybuchami agresji ze strony opiekuna. Jak wspomniano – frustracja nasila agresję, a przecież frustracja jest częstym stanem przeżywanym podczas długotrwałej opieki, wobec nieprawidłowych zachowań podopiecznego oraz przy częstej deprywacji własnych potrzeb opiekuna. Zasadna jest więc analiza, w jaki sposób uchronić opiekunów przed narastaniem w nich agresji oraz jak mają oni radzić sobie z tą, która w nich powstaje.

Opiekunowie doświadczają często sprzecznych uczuć i stanów w opiece nad chorym. Z jednej strony jest to radość z pewnych osiągnięć podopiecznego, z drugiej – smutek, złość czy frustracja z powodu pogarszającego się stanu jego zdrowia. Niejednokrotnie odczuwają żal do siebie za niewykorzystane szanse w zapewnieniu choremu należytej opieki oraz za swoje zniecierpliwienie, podniesiony głos lub gwałtowne reakcje. Reakcje te są w takim przypadku wynikiem przeciążenia psychofizycznego związanego z opieką, deficytem odpoczynku, brakiem lub niewykorzystaniem odpowiedniego wsparcia (B. Kijanowska-Haładyna, 1998).

Uregulowania prawne

Jakakolwiek forma przemocy: psychiczna, fizyczna, seksualna czy finansowa, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej ofiary jest przestęp-

stwem. Regulowana jest przepisami kodeksu karnego, kodeksu wykroczeń, a od 2006 r. również Ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Na gruncie prawa, przemoc w relacji opiekun–podopieczny można rozpatrywać z perspektywy władzy rodzicielskiej. O ile jednak mowa jest o osobach niepełnosprawnych i osobach starszych, zwrócić należy uwagę przede wszystkim na instytucję opieki i kurateli (J. Winiarz, J. Gajda, 2001; Z. Radwański, 2003). Ta pierwsza przyznawana jest osobom pełnoletnim całkowicie ubezwłasnowolnionym, które ze względu na swój stan psychofizyczny nie są w stanie kierować swoim postępowaniem (art. 13 kodeksu cywilnego). Do obowiązków opiekuna należy m.in. piecza nad osobą i jej reprezentowanie. Jeśli opiekun dopuszcza się czynów i zaniedbań naruszających dobro podopiecznego, sąd ma obowiązek go zwolnić (art. 169 §2 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego). Dla ochrony praw i interesów osoby częściowo ubezwłasnowolnionej bądź ułomnej (m.in. wskutek kalectwa) przepisy przewidują ustanowienie kuratora. Kurator m.in. powinien troszczyć się o stan zdrowia osoby częściowo ubezwłasnowolnionej i o jej leczenie.

W sytuacji, gdy nadużycie staje się faktem, należy podjąć działania na płaszczyźnie karnej: złożyć zawiadomienie o przestępstwie lub wniosek o ściganie. Osobą zawiadamiającą może być każdy, niezależnie od wieku. Może nim być osoba głucha, osoba niema. W takim przypadku, gdy zawiadomienie jest składane w formie ustnej, czynność ta będzie przeprowadzona przy współudziale biegłego sądowego.

Zawiadomienie o przestępstwie jest podstawową, wystarczającą przesłanką do wszczęcia postępowania w sprawach ściganych z urzędu, na przykład z art. 207 kodeksu karnego (przestępstwo znęcania), art. 191 kodeksu karnego (stosowanie przemoc wobec osoby lub groźba bezprawna w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania lub znoszenia) czy art. 157 kodeksu karnego (uszkodzenie ciała inne niż ciężki uszczerbek na zdrowiu). W imieniu ofiary przemocy zawiadomienie może złożyć inna osoba. Nie jest wymagane, by samodzielnie składać zawiadomienie o przestępstwie.

Niektóre przestępstwa ścigane są na wniosek osoby pokrzywdzonej. Należą do nich np.: przestępstwo zgwałcenia (art. 205 w związku z art. 197 kodeksu karnego), naruszenie czynności narządu ciała na okres powyżej 7 dni, gdy pokrzywdzonym jest osoba najbliższa (art. 157 §5 kodeksu karnego), a sprawca działał nieumyślnie. Bez wniosku osoby pokrzywdzonej postępowanie w danej sprawie nie może być wszczęte. O ile ofiarą przemocy jest małoletni, w jego imieniu wniosek złożyć może przedstawiciel ustawowy lub jego prawny opiekun. Jeśli jednak te osoby uprawnione są zarazem sprawcami przestępstwa, policja musi wystąpić w tej sprawie do sądu opiekuńczego. Sąd opiekuńczy każdorazowo wyznaczy kuratora do wykonywania praw pokrzywdzonego.

W przypadku przestępstw, takich jak: zniesławienie (art. 212 §1 kodeksu karnego), naruszenie nietykalności cielesnej (art. 217 §1 kodeksu karnego) i lekkie uszkodzenie ciała trwające nie dłużej niż 7 dni (art. 157 kodeksu karnego) konieczne jest wniesienie prywatnego aktu oskarżenia do sądu. W takim przypad-

ku od własnej inicjatywy zależy zarówno wszczęcie postępowania, jak i jego kontynuacja.

Gdy przemoc dotyczy struktury rodzinnej, zastosowanie mają również unormowania ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, obowiązujące od 2006 r. (www.kampaniaprzemoc.pl). Przepisy te dotyczą interesujących nas kategorii osób: współmałżonka, dziadków, dzieci, wnuków, rodzeństwa, powinowatych, osób pozostających w stosunku przysposobienia (przysposobiony i przysposabiający) oraz współmałżonka, a także osób pozostających we wspólnym pożyciu (partner w związku nieformalnym), rozszerzając to pojęcie o inne osoby wspólnie zamieszkujące lub gospodarujące (art. 2 pkt 1). Niezwykle ważnego i wymagającego regulacji problemu, jakim jest nakaz opuszczenia miejsca zamieszkania wspólnego z pokrzywdzonym, dotyczą przepisy wspomnianej ustawy. Art. 13 stanowi, że *Umarzając warunkowo postępowanie karne wobec sprawcy przestępstwa popełnionego z użyciem przemocy lub groźby bezprawnej wobec członka rodziny albo zawieszając wykonanie kary za takie przestępstwo, sąd (...) określa sposób kontaktu skazanego z pokrzywdzonym lub może zakazać zbliżania się skazanego do pokrzywdzonego w określonych okolicznościach.*

Ponadto, sąd według przepisów ma możliwość zastosowania dozoru policji pod warunkiem, że oskarżony opuści lokal zajmowany wspólnie z pokrzywdzonym w terminie wyznaczonym przez sąd, określając jednocześnie swoje miejsce pobytu.

Niezależnie od przytoczonych uregulowań, istnieją prawa, które każdy, nie tylko pomagający pokrzywdzonym, powinien znać. Są to:

1) prawo do interwencji policji w sytuacji zagrożenia;
2) prawo do założenia Niebieskiej Karty dokumentującej fakty związane z przemocą w rodzinie (w przypadku pokrzywdzonego dziecka będzie to procedura Niebieski Miś); *ewidencjonowanie tego typu przypadków usprawnia formularz, stanowiący dowód rzeczowy;*
3) prawo do zatrzymania sprawcy przemocy na 48 godzin lub odwiezienia go do izby wytrzeźwień jeżeli jest nietrzeźwy (art. 15 ust. 1 pkt 3 ustawy o Policji);
4) prawo złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa (policja ma obowiązek zabezpieczyć dowody);
5) prawo wpisu do dokumentacji przez lekarza pierwszego kontaktu informacji o stanie zdrowia i obrażeniach, jakich doznała ofiara;
6) prawo przejrzenia akt sprawy oraz składania wniosków dowodowych. Dotyczy to zarówno stron, obrońcy, pełnomocników jak i przedstawicieli ustawowych.

Świadkowie w takich sprawach mogą składać wniosek o zachowanie w tajemnicy okoliczności umożliwiających ujawnienie tożsamości świadka (art. 184 §1 kodeksu postępowania karnego) bądź zastrzeżenie danych dotyczących miejsca zamieszkania do wyłącznej wiadomości prokuratora lub sądu (art. 191 §3 kodeksu postępowania karnego).

Ofiara przemocy może zwrócić się o pomoc do ośrodka pomocy społecznej. Prawo jasno mówi, że gmina ma obowiązek pomóc (art. 16 ustawy o pomocy społecznej). W ośrodku pomocy społecznej można ubiegać się o: zasiłek stały, zasiłek okresowy lub zasiłek celowy (w zależności od wypełniania kryteriów dochodowych i socjalnych). Pomocy warto też poszukiwać w organizacjach charytatywnych, ośrodkach interwencji kryzysowej, przychodniach zdrowia, telefonach zaufania.

Pomoc

Całokształt czynności i form wsparcia społecznego można ująć w następujących zakresach: wspomaganie psychoemocjonalne, wspomaganie opiekuńczo-wychowawcze, wspomaganie socjalno-usługowe i wspomaganie rehabilitacyjne (M. Karwowska, 2003).

Warto podkreślić, że pomoc, aby była skuteczna, powinna być kompleksowa i obejmować możliwie wszystkie osoby uwikłane w problem: osoby doznające przemocy, osoby stosujące przemoc oraz świadków. Pomoc powinna obejmować swoim zakresem dokładne rozpoznanie sytuacji, tak, aby została udzielona we właściwej płaszczyźnie. Niekiedy kluczem do zmian będzie interwencja psychologiczna, w innych przypadkach – prawna bądź socjalna. Dużą rolę odgrywają zespoły interdyscyplinarne, których członkowie współpracują ze sobą, dzięki czemu udzielana pomoc staje się szybsza i skuteczniejsza. Jeśli tak zorganizowany system wsparcia działa dobrze, zainteresowani mogą korzystać w zależności od potrzeb z: właściwie przeprowadzonych interwencji policyjnych, konsultacji prawnych, socjoterapii, wsparcia socjalnego i usług opiekuńczych, rehabilitacji, a także z pomocy kapłańskiej czy wsparcia duchowego innego rodzaju. Mogą też korzystać z pomocy psychologicznej – diagnostyki, terapii, wsparcia i psychoedukacji. W zależności od potrzeb możliwe jest uczestnictwo w grupach samopomocowych, grupach wsparcia. Niekiedy wyjście z problemem przemocy poza ramy środowiska i szukanie pomocy wymaga przełamania wielu barier – jak choćby wstydu, lęku, poczucia bezsilności i beznadziejności.

Można przeanalizować, czy osobom starszym lub niepełnosprawnym pozostaje jedynie poszukiwanie lub przyjęcie pomocy po fakcie nadużycia, a zatem w sytuacji przemocy już dokonanej. Interwencja i pomoc zewnętrzna – pochodząca od szerszej rodziny, placówek pomocowych, odpowiednich instytucji i organów ścigania – jest często pomostem i warunkiem wychodzenia z sytuacji przemocy, jednakże dokonuje się dopiero po zaistnieniu szkody. Dokonany akt przemocy powoduje już określone konsekwencje, zarówno dla osoby stosującej tę przemoc, jak i doświadczającej jej.

Skutki te mogą być do pewnego stopnia odwracalne, np. gdy zostanie udzielona adekwatna pomoc i właściwie poprowadzona terapia. Duże znaczenie mają też zasoby psychofizyczne osoby poszkodowanej, jednak wszystko to nie zmie-

nia faktu, że do przemocy doszło, a pamięć agresywnych czynów i traumatyczne przeżycia często pozostają. Warto też wspomnieć, że w Stanach Zjednoczonych prowadzone są programy prewencyjne adresowane m.in. do osób starszych. Mają one charakter kursów z zakresu samoobrony i zostały wprowadzone jako standardowe do wielu domów opieki. Istotą tych szkoleń z jednej strony jest nauczenie zachowań zwiększających bezpieczeństwo (w tym elementów obrony fizycznej), z drugiej – podniesienie wiary we własne możliwości „kursanta", zwiększenie jego pewności siebie i poczucia sprawstwa (M. Cichocka, 2001). Eliminuje to cechy bezbronności z wizerunku zewnętrznego, reakcji i zachowań osób starszych, przez co zmniejsza ryzyko ataku. Może więc warto zatrzymać się przez chwilę nad kwestią zmniejszania poczucia ułomności u osób identyfikowanych jako słabe. Wiek podeszły nasuwa analogie z bezbronnością i słabością, ale czy tak musi być definitywnie? Wiadomo z wielu badań, że do eskalacji przemocy dochodzi przy spostrzeganej różnicy sił, zatem podniesienie poczucia sprawstwa i mocy wewnętrznej oraz zwiększanie przekonania o możliwościach obrony mogą do pewnego stopnia tę spostrzeganą różnicę zmniejszać, więc może i docelowo chronić przed agresją i napaścią. Pomysł kursów samoobrony dla osób starszych nie przyjął się na gruncie polskim, może też wzbudzać kontrowersje i wątpliwości co do sensu jego wprowadzania.

W przypadku rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi warto podkreślić znaczenie wczesnej interwencji i udzielanej im pomocy. Służy ona m.in. poznaniu możliwości i technik rehabilitacji dziecka, zaangażowaniu rodziny w stymulację rozwoju dziecka oraz uzyskiwaniu praktycznych informacji na temat dostępnej pomocy (M. Żelechowska, A. Żyta, 2000). Przeciwdziała ponadto wykluczeniu społecznemu. Służy także zdrowiu emocjonalnemu rodziców, pomaga przeciwdziałać wypaleniu w opiece długoterminowej oraz wspiera więź z dzieckiem i zmniejsza ryzyko agresji wobec niego.

Podsumowanie

Przestępstwo znęcania się nad członkami rodziny często pozostaje nie ujawnione w obliczu wewnętrznych konfliktów i tragedii. Pod wieloma względami osoby niepełnosprawne i osoby starsze są bardziej narażone na wykorzystanie lub agresję, w różnych jej przejawach. Grupy te cechuje m.in. zmniejszona możliwość obrony oraz większa zależność od otoczenia, związana choćby z rodzajem niepełnosprawności oraz jakością i rozmiarami deficytów. W przypadku osób starszych oraz niektórych niepełnosprawnych deficyty te stopniowo się pogłębiają. Zwiększa to zarówno poczucie przeżywanej słabości, jak również faktyczną słabość – w zakresie bezpieczeństwa fizycznego, emocjonalnego, społecznego i ekonomicznego. Narażenie tych osób na przemoc wiąże się też z charakterystycznymi negatywnymi reakcjami opiekunów na niepełnosprawność, kalectwo, starość.

Zrozumienie i akceptacja odmienności, jakie niesie ze sobą starość, niepełnosprawność i choroba mogą być trudne i czasochłonne. Zadania, jakie stają nagle przed osobami z najbliższego otoczenia, wykraczają zwykle poza ich wcześniejsze życiowe doświadczenia. Stwarzają konieczność konfrontacji zarówno z sytuacją i tym, co ona niesie, jak też z obszarami własnej psychiki, które być może ujawniają się po raz pierwszy.

Oprócz wsparcia płynącego dla opiekuna z otoczenia – pomagają także zasoby wewnątrzpsychiczne, w tym zdolność do empatii. Przydatne jest tu rozumienie empatii nie tylko jako biernego współodczuwania (odbywającego się na zasadzie mechanizmu biologicznego lub będącego rezultatem skojarzeniowego procesu uczenia się), ale jako aktywnego „wyjścia naprzeciw", dążenia do wniknięcia w świat stanów i przeżyć drugiego człowieka. Tak pojmowana empatia kładzie nacisk na intencjonalne procesy poznawcze, wywołuje głębsze poruszenie emocjonalne (M.H. Davis, 1999).

Warto podkreślić, że interdyscyplinarne podejście do pomocy i aktywna współpraca specjalistów różnych dziedzin daje szansę na trafne rozpoznanie potrzeb osoby dotkniętej przemocą oraz skuteczną i szybką interwencję. Stąd warto stale uzupełniać i propagować wiedzę w zakresie możliwości uzyskania pomocy prawnej oraz wsparcia psychologicznego.

Bibliografia

Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. (1997). *Psychologia społeczna. Serce i umysł.* Poznań: Zysk i S-ka.

Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Barnes, C., Mercer, G. (2008). *Niepełnosprawność.* Warszawa: Sic!

Baumann, K. (2002). Osoby w okresie późnej dorosłości jako ofiary nadużyć. *Gerontologia Polska*, *3*, *14*, 120–123.

Bińczycka-Anholcer, M. (red.). (2001) *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

Browne, K., Herbert, M. (1999). *Zapobieganie przemocy w rodzinie.* Warszawa: PARPA.

Cichocka, M. (2001). Zjawisko i formy przemocy wobec ludzi starych. W: M. Bińczycka-Anholcer (red.), *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. (s. 213–219). Warszawa–Poznań: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

Davis, M.H. (1999). *Empatia: o umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: GWP.

Dąbrowski, S., Kubicki, L. (1995) *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Domachowski W. (2001). Czy przemoc i agresja są ze sobą powiązane i czy wpływają na zdrowie psychiczne? W: M. Bińczycka-Anholcer (red.), *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. (s. 18–23). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.

Fromm, E. (1999). *Anatomia ludzkiej destrukcyjności*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.

Fryling, T., Summers, R., Hoffman, A. (2006). Elder Abuse: Definition and Scope of the problem. W: R. W. Summers, A. M. Hoffman (red.), *Elder Abuse: A Public Health Perspective*. (s. 6–7). Washington, D.C.: The American Public Health Association.

Hołyst, B. (2004). *Psychologia kryminalistyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.

Jakubik, A. (2004). *Zaburzenia osobowości*. W: A. Bilikiewicz, (red.), *Psychiatria*. (s. 415–416). Warszawa: PZWL.
Karwowska, M. (2003). *Wspieranie rodziny dziecka niepełnosprawnego umysłowo (w kontekście społecznych zmian)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
Kawczyńska-Butrym, Z. (2008). *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Makbet.
Kijanowska-Haładyna, B. (1998). Jak opiekun może pomóc sobie? W: A. Sadowska (red.), *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera. Poradnik dla opiekunów*. (s. 76–81). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.
Krahé, B. (2006). *Agresja*. Gdańsk: GWP.
Liberska, H. (2001). Wybrane czynniki i mechanizmy powstawania agresji w rodzinie. W: M. Bińczycka-Anholcer (red.), *Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne*. (s. 80–87). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
Mazur, J. (2002). *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Mikrut, A. (2000). Agresja u osób upośledzonych umysłowo – uwarunkowania i przejawy. W: J. Pilecki, S. Olszewski (red.), *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych*. (s. 70–76). Kraków: Text.
Obuchowska, I. (red.). (1999). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
Payne, B.K. (2002). An integrated understanding of elder abuse and neglect. *Journal of Criminal Justice*, *30*, 535–547.
Pruszyński, J.J., Gębska- Kuczerowska, A. (2006). Niebezpieczna starość. *Niebieska Linia*, *6*, *47*, 8–10.
Radwański, Z. (2003). *Prawo cywilne – część ogólna*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
Reykowski, J. (2002). O czterech poziomach regulacji zachowań agresywnych u człowieka. W: Ł. Jurasz-Dudzik, (red.), *Człowiek i agresja: głosy o nienawiści i przemocy: ujęcie interdyscyplinarne*. (s. 276–283). Warszawa: Sic!
Sadowska, A. (2006). Agresywne zachowania chorych na Alzheimera. *Niebieska Linia*, *6*, *47*, 24–26.
Staręga, A. (2003). Przemoc wobec osób niepełnosprawnych. *Niebieska Linia*, *4*, *27*, 16–17.
Sztander, W. (1999). Na czym polega pomaganie ofiarom przemocy. *Niebieska Linia*, *5*, *18*.
Twardowska-Rajewska, J., Rajewska-deMezer, J. (2005). Nadużycia wobec seniorów w ich rodzinach. W: M. Bińczycka-Anholcer (red.), *Przemoc i agresja jako problem zdrowia publicznego*. (s. 446–448). Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej.
Winiarz, J., Gajda, J. (2001). *Prawo rodzinne*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
Wojciechowski, F. (2007). *Niepełnosprawność. Rodzina. Dorastanie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Zych, A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Żelechowska, M., Żyta, A. (2000). Formy pomocy osobom upośledzonym umysłowo. Rzeczywistość a oczekiwania. W: J. Pilecki, S. Olszewski (red.), *Wspomaganie rozwoju osób niepełnosprawnych*. (s. 172–178). Kraków: Text.
www.kampaniaprzemoc.pl

ZALEŻNOŚĆ I OSŁABIONE MOŻLIWOŚCI OBRONY JAKO POTENCJALNE ŹRÓDŁA PRZEMOCY WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I STARSZYCH

Streszczenie

W prezentowanej pracy skupiono się na zjawisku przemocy, jaka dotyka osoby o zmniejszonych możliwościach obrony oraz zależnych od swojego otoczenia. W literaturze szeroko omawia się ten problem w kontekście kobiet i dzieci jako ofiar przemocy domowej. W niniejszej pracy

skoncentrowano się na sytuacji osób niepełnosprawnych i starszych, stanowiących coraz liczniejsze grupy społeczne i równocześnie będących w szczególny sposób narażonych na używanie względem nich przemocy. Rosnący zasięg tego zjawiska pociąga za sobą potrzebę działań pomocowych i profilaktycznych. Analiza problemu wykazuje, że adresatami tych działań powinny być zarówno osoby zagrożone przemocą, jak i te, które potencjalnie mogą tę przemoc stosować, czyli m.in. opiekunowie. Zrozumienie mechanizmów stosowania przemocy w warunkach zależności i dużej dysproporcji sił umożliwia podjęcie działań minimalizujących ryzyko wyrządzania krzywdy. Z kolei znajomość przepisów prawa daje szansę na zapewnienie bezpieczeństwa i nietykalności osobistej osób potencjalnie zagrożonych skrzywdzeniem. Poznanie zjawiska w wielu perspektywach pozwala na pomoc interdyscyplinarną i możliwie kompleksową. Podnosi ona skuteczność zarówno działań interwencyjnych, jak również pomocy w szerszej i dalszej perspektywie, mającej na celu zmniejszenie ryzyka posługiwania się agresją i przemocą w kontakcie z podopiecznym.

Słowa kluczowe: ludzie starsi, ludzie niepełnosprawni, przemoc, zależność, perspektywa psychologiczna, uregulowania prawne.

DEPENDENCE AND POOR POSSIBILITIES OF DEFENSE AS POTENTIAL SOURCES OF VIOLENCE AGAINST DISABLED AND ELDERLY PEOPLE. PSYCHOLOGICAL AND LEGAL PERSPECTIVE

Summary

This paper focuses on the phenomenon of violence that affects people with reduced possibility of defense and dependant on their environment. This problem is widely discussed in literature in the context of women and children as victims of domestic violence. This paper focuses on the situation of disabled and elderly people, who are social groups that are becoming larger and larger, and at the same time are especially exposed to violence. The growing scope of this phenomenon entails the need for aid and preventive actions. An analysis of this problem shows that these actions should be aimed at both people at risk from violence, and those who can potentially use this violence, i.e. their caregivers. The understanding of the mechanisms determining the use of violence in a situation of dependence and a large disproportion in power makes it easier to undertake actions minimizing the risk of doing somebody harm. And the knowledge of the law gives a chance to provide people at potential risk of getting hurt with security and personal inviolability. Examining the phenomenon from many perspectives allows to provide interdisciplinary and the most extensive support possible. Such support increases the effectiveness of intervention and assistance in a broader and further perspective which aims to reduce the risk of using aggression and violence in contact with one's charges.

Key words: the elderly, people with disabilities, violence, dependence, psychological perspective, legal regulations.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(10) 2009

MARLENA KILIAN

REHABILITACJA W ZAKRESIE PORUSZANIA SIĘ I WYKONYWANIA CODZIENNYCH CZYNNOŚCI WOBEC POTRZEB OSÓB W STARSZYM WIEKU Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ

Wprowadzenie

Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących osób ma długą tradycję, niemniej wiedza na temat szkolenia w tym zakresie starszych osób jest skromna. Nie budzi wątpliwości potrzeba adaptacji procedur i technik usprawniania dzieci, uwzględniająca poszczególne etapy ich rozwoju, czy osób dorosłych w wieku produkcyjnym, podczas gdy modyfikacja rehabilitacji w kierunku specyfiki potrzeb osób zaawansowanych wiekowo nie wydaje się tak oczywista. Konsekwentnie, choć ludzie starsi stanowią najliczniejszą grupę wiekową w populacji niewidomych i słabowidzących osób (sięgającą 70%) (T.L. Carter, 1994), ich udział w rehabilitacji formalnej (specjalistycznej) jest nieproporcjonalnie mały i spada z wiekiem (S.A. Mayer-Oakes i in., 1992). Dotyczy około 1% osób w starszym wieku z poważną dysfunkcją wzroku, korzystających z jakichś form rehabilitacji wpływającej na usprawnienie wykonywania codziennych czynności (M. Kilian, 2006a, The Lighthouse, 1995). Dynamicznie postępujący wzrost odsetka seniorów w społeczeństwie, pociągający za sobą powiększanie się grupy osób niepełnosprawnych w starszym wieku, skłania do zwrócenia uwagi na konieczność dostosowania systemu rehabilitacji do potrzeb również tej kategorii wiekowej członków społeczeństwa, co stanowi warunek zwiększenia zasięgu jej oddziaływania i efektywności.

Specyfika rehabilitacji w zakresie wykonywania codziennych czynności, w tym poruszania się, prowadzonej w późnym wieku, podyktowana jest przede wszystkim:

1) wielością dodatkowych schorzeń i niepełnosprawności;
2) efektem nakładania się skutków doznanego uszkodzenia na naturalne i/lub chorobowe zmiany właściwe procesowi starzenia się, co nadaje rehabilitacji charakter bardziej wielowymiarowy i złożony;

3) czasem doznania uszkodzenia, który dzieli niepełnosprawnych seniorów na dwie grupy: wkraczających w starszy wiek z niepełnosprawnością doznaną we wcześniejszym okresie życia i w związku z tym z wypracowanymi już strategiami adaptacyjnymi oraz tych, którzy większość życia przeżyli jako osoby pełnosprawne, wobec czego problemy wieku starszego pojawiają się w tym samym czasie co niepełnosprawność;
4) różnorodnością populacji osób starszych – z wiekiem różnice indywidualne, również w zakresie potrzeb rehabilitacyjnych, pogłębiają się;
5) sytuacją psychospołeczną seniorów – utrata sprawności wpisuje się w całościowy kontekst strat doświadczanych w starszym wieku, np.: zdrowia, pracy, dotychczasowego poziomu dochodów, członków sieci społecznej, co pogłębia zakres i złożoność jej skutków fizycznych, psychicznych i społecznych;
6) funkcjonującymi stereotypami na temat starości, czy wręcz negatywnymi uprzedzeniami wobec osób zaawansowanych wiekowo, nakładającymi się na współwystępującą dyskryminację osób niepełnosprawnych. Jej przejawem jest ograniczenie dostępu do rehabilitacji starszych ludzi, za sprawą utrudnień systemowych i personalnych, bądź niechęć samych seniorów do podjęcia wysiłku usprawniania, uznających niepełnosprawność za stan normalny i należny ostatniemu etapowi życia, a także niedostosowanie rehabilitacji do specyfiki ich potrzeb i możliwości.

Rehabilitacja uwzględniająca – na poziomie struktur systemowych, aż po szczegółowe zasady instruktażu i techniki rehabilitacyjne, złożoność i daleko posunięte zindywidualizowanie potrzeb rehabilitacyjnych przedstawicieli najstarszej generacji, może efektywnie na te potrzeby odpowiadać. Efektywność rehabilitacji to podstawowy czynnik motywujący osoby w starszym wieku do jej podjęcia. Z kolei włączanie w system rehabilitacji i skuteczne usprawnianie dynamicznie powiększającej się grupy niepełnosprawnych seniorów stanowi jedno z głównych zadań starzejącego się społeczeństwa.

Rehabilitacja z zakresu orientacji przestrzennej i poruszania się

Modyfikacje szkolenia z zakresu orientacji przestrzennej i poruszania się w głównej mierze opierają się na analizie i znajomości szeroko pojętych skutków naturalnych i chorobowych zmian właściwych starszemu wiekowi. Wiadomo na przykład, że w późnym okresie życia nauka zadań ruchowych postępuje wolniej niż u osób młodszych (C.J. Ketcham, G.E. Stelmach, 2001), wiadomo również, że starsi dorośli częściej troszczą się o dokładność wykonania zadań motorycznych kosztem wydłużenia czasu potrzebnego na ich ukończenie (M. Morgan i in., 1997). Adaptacji standardowych procedur i technik rehabilitacyjnych wymagają fizyczne ograniczenia, takie jak osłabienie wrażliwości dotykowej towarzyszące cukrzycy i artretyzmowi, problemy z pamięcią. Cukrzycy często doświadczają stanów dezorientacji, zaburzeń koncentracji, wahań wzrokowych możliwości w zależności od

czasu posiłku i poboru insuliny. Choroby naczyniowo-sercowe mogą wpływać na intensywność podejmowanego wysiłku fizycznego, długość zajęć oraz wybór rodzaju podróżowania. Osiągnięcie wyznaczonych celów rehabilitacji, w przypadku uczestnika z dysfunkcją wzroku z dodatkowymi uszkodzeniami i niepełnosprawnościami, wymaga wprowadzenia modyfikacji programu rehabilitacyjnego. Przykładowo, program usprawniania umiejętności orientacji w przestrzeni i poruszania się przeznaczony dla starszych osób predysponowanych do upadków, np. z powodu utraty wzroku, słuchu lub zaburzeń neurologicznych, a przez to wykazujących lęk przed samodzielnym poruszaniem się, może zostać wzbogacony o fizyczne ćwiczenia w wysokim stopniu korygujące zaburzenia chodu i równowagi, postawę ciała (V. Simmons, P.D. Hansen, 1996) oraz koordynację i siłę mięśni (F.U. Steinberg, 1994). W badaniach przeprowadzonych na mieszkańcach domu opieki wykazano, że intensywne ćwiczenia fizyczne wzmacniające siłę mięśni redukują słabość fizyczną nawet u osób z grupy wiekowej najstarszych-starszych (80+), zapewniają zwiększenie szybkości marszu, poruszania się po schodach, ogólną aktywność fizyczną oraz zamianę sprzętu rehabilitacyjnego na wspomagający mobilność w mniejszym stopniu (M.A. Fiatarone i in., 1994).

Obraz niepełnosprawności seniorów jest złożony, podobnie jak obraz kliniczny chorób w starszym wieku stanowiących pierwotną przyczynę pojawienia się tejże niepełnosprawności. Za przykład niech posłuży umiejętność marszu w linii prostej oraz interpretowania wskazówek sensorycznych warunkująca prawidłowe poruszanie się (C. Shindledecker, 1983). Zmiany degeneracyjne w obrębie ucha środkowego mogą powodować zaburzenia równowagi, postawy i chodu, następnie obniżenie zdolności starszej osoby do utrzymania prostej linii marszu oraz zdolności oceny stopnia obrotów (A. DiFrancesco-Aust, 1980). Współwystępujące z zaburzeniami słuchu uszkodzenie wzroku staje się dodatkowym źródłem trudności z utrzymaniem równowagi, orientacją w pomieszczeniach, nawet znajomych, ze znalezieniem drogi powrotnej do domu, a w efekcie – lęku przed upadkiem lub zgubieniem się i samodzielnym opuszczeniem własnego miejsca zamieszkania. Narzucone ograniczenie aktywności wzmaga z kolei ryzyko pogłębienia się trudności z orientacją w przestrzeni oraz doznania kolejnego upadku. Konsekwencje połączonych skutków utraty wzroku i słuchu łatwo poddają się badaniu i mierzeniu, jednak rozgraniczenie skutków uszkodzenia widzenia od innych chorób i uszkodzeń jest zadaniem znacznie trudniejszym, niekiedy niewykonalnym (S.J. LaGrow, B.B. Blasch, 1992). Towarzyszące utracie wzroku schorzenia dodatkowo osłabiają działanie mechanizmów kompensacyjnych. Ograniczona funkcjonalność danych systemów hamuje przejmowanie funkcji kompensacyjnych dla uszkodzonego wzroku, np. osoby z dysfunkcją wzroku i słuchu nie mogą kompensować utraty słuchu czytając z ust, utraty wzroku polegając na informacjach słuchowych, a możliwe dodatkowe obniżenie zdolności motorycznych utrudnia nabywanie nowych sprawności ruchowych.

Umiejętności starszych ludzi z uszkodzonym wzrokiem w zakresie poruszania się są bardzo różne – jedni przemieszczają się całkowicie samodzielnie na-

wet w nieznanym środowisku, czasem przy wsparciu różnego rodzaju pomocy, drudzy polegają wyłącznie na pomocy widzących przewodników, inni korzystają z usług przewodnika jako dodatku do podstawowego sposobu podróżowania – białej laski czy psa-przewodnika. Wybór opcji poruszania się, zapewniających nawigację i ochronę przed przeszkodami, zależy do indywidualnych potrzeb osób z poważną dysfunkcją wzroku. Podstawowe z nich to: widzący przewodnik, biała laska i pies-przewodnik. Ich stosowanie w zaawansowanym wieku często wymaga modyfikacji.

O ustawieniu przewodnika względem niepełnosprawnej wzrokowo osoby decyduje obecność dodatkowych uszkodzeń i funkcjonalnych ograniczeń, np. gorszy słuch w jednym z uszu, konieczność trzymania laski w preferowanej dłoni. Równie istotna jest szybkość chodu oraz wyrazistość przekazywanych przez przewodnika sygnałów (tamże). Istnieje możliwość jednoczesnego łączenia jego pomocy ze stosowaniem rehabilitacyjnego sprzętu, np. gdy starsza osoba korzysta z laski – przewodnik idzie po przeciwnej stronie, dostosowuje się do tempa jej marszu, w razie potrzeby służąc ramieniem jako podporą. W przypadku poruszania się na wózku inwalidzkim przewodnik może pchać wózek, jeśli osoba sama porusza wózkiem – położyć dłoń na jej jednym lub obu ramionach. W wymienionych sytuacjach przewodnik powinien sygnalizować zmiany podłoża, jak obecność schodów, krawężników (N. Griffin-Shirley, G. Groof, 1993).

Biała laska, podobnie jak zwykła laska, może służyć do podpierania się oraz przekazywania dotykowych informacji na temat cech terenu znajdującego się w jej zasięgu. Z kolei pomoce podporowe w pewnym stopniu mogą być wykorzystywane do eksploracji otoczenia, np. oceny odległości od stopni i ich wysokości, badania, czy ciemna plama na drodze to przeszkoda, kałuża, czy tylko cień. Część starszych osób z problemami wzrokowymi, szczególnie z obszarów uprzemysłowionych odznaczających się wysokim wskaźnikiem przestępstw, niechętnie używa białej laski, ponieważ okazywanie własnego upośledzenia naraża na niebezpieczeństwo doznania agresji ze strony innych ludzi (S.F. Wainapel, 1989). Korzystanie z białej laski mogą utrudniać lub wręcz wykluczać problemy nerwowo-mięśniowo-szkieletowe, np. ból nadgarstka u osób cierpiących na artretyzm. Z tego powodu zaleca się zwrócenie szczególnej uwagi na rodzaje uchwytów lasek, które powinny być wygodne i dostosowane do fizycznych możliwości użytkowników. Podobnych adaptacji wymagają techniki trzymania i poruszania laską przez osoby z ograniczonymi możliwościami motorycznymi dłoni lub całej ręki, np. wykorzystanie techniki stałego kontaktu z podłożem w miejsce metody dwupunktowej. Obok białej laski istnieje opcja stosowania takich pomocy jak: laska laserowa sygnalizująca obecność przeszkód znajdujących się na wprost użytkownika, w większym od niego oddaleniu, czy mniej skomplikowana laska prosta, czworonożna lub balkonik. Rama balkoniku, zapewniająca stabilność chodu, dodatkowo ochrania użytkownika przed kontaktem z obiektami znajdującymi się w odległości rozciągniętych ramion. W przypadku bardzo poważnych uszkodzeń poruszanie się umożliwia korzystanie

z wózka, co jednak utrudnia stosowanie technik ochronnych (B.B. Blasch, W.R. Wiener, R.L. Welsch, 1997).

Towarzystwo psa-przewodnika służy nie tylko zwiększeniu bezpieczeństwa i sprawności poruszania się, wpływa również dobroczynnie na psychospołeczną sferę życia (T. Kuyk i in., 2004; L.B. Straw, R.K. Harley, 1991; G.P. Soong, J.E. Lovie-Kitchin, B. Brown, 2001). Wymagana siła i szybkość spaceru opartego na jednoczesnej analizie bodźców słuchowych, może jednak wykluczyć słabe fizycznie starsze osoby lub posiadające dodatkowe niepełnosprawności z grona osób wspierających się pomocą psa-przewodnika, dlatego niektóre ośrodki szkoleniowe modyfikują programy tresury z uwzględnieniem wolniejszego chodu psa (R.G. Long, L.W. Boyette, N.Griffin-Shirley, 1996), czy nauki jego reagowania na sygnały wysyłane przez osoby z uszkodzonym słuchem (R.J. Miner, 2001).

Rehabilitacja z zakresu wykonywania czynności życia codziennego

Utrata wzroku może znacznie zaburzać umiejętność dotychczas rutynowo wykonywanych czynności życia codziennego (A. Horowitz, 1994; L.G. Branch, A. Horowitz, C. Carr, 1989; G.L. Swagerty, 1995), dlatego interwencja w tym zakresie należy do najważniejszych zadań rehabilitacji (M.G. Stineman, C.V. Granger, 1994). W jednych z badań starsze osoby niewidome i słabowidzące za najbardziej pożądane w programie usprawniania czynności wymieniły w kolejności od najpowszechniejszych: zajęcia rękodzielnicze, czytanie, kierowanie samochodem, słuchanie muzyki (W.C. Mann i in. 1993). Zgodnie z innymi wynikami aż 75% słabowidzących uczestników za główny cel rehabilitacji przyjęło doskonalenie umiejętności czytania (D.B. Elliott i in., 1997), które, obok prowadzenia samochodu, najpowszechniej sprawiało trudności (C.M. Manione i in., 1998).

Uszkodzenie wzroku jest silnie skorelowane z potrzebą stosowania pomocy rehabilitacyjnych w codziennym życiu (W.C. Mann, D. Hurren, M. Tomita, 1993). Istnieją techniki i sprzęt ułatwiające wykonywanie czynności w warunkach ograniczonego widzenia, łącznie z umożliwieniem osobie niewidomej rozpoznawania kolorów ubrań. Z myślą o klientach z poważną dysfunkcją wzroku oraz z dodatkowymi problemami medycznymi zaprojektowano np. całodzienne pojemniczki na lekarstwa z powiększonymi oznaczeniami, również w brajlu, urządzenia pozwalające chorym na cukrzycę naciągnąć pojedynczą dawkę insuliny, czy odczytać poziom glukozy. Pomoce i techniki wykonywania czynności dobiera się z uwzględnieniem indywidualnych możliwości użytkowników, np. w zaawansowanym wieku bardziej funkcjonalne mogą okazać się lupy montowane na podstawce czy w oprawkach okularowych, z uwagi na drżenie dłoni, problemem z trzymaniem drobnych przedmiotów czy szybszą męczliwość.

Czytanie z użyciem lupy może nie spełniać oczekiwań starszych słabowidzących osób, których rozczarowuje wolne tempo czytania i sama trudność spraw-

nego posługiwania się tego rodzaju pomocą. Dlatego tak ważną rolę odgrywają zachęty do cierpliwej nauki, indywidualny dobór wygodnych technik korzystania z pomocy i mierzenie postępu. Naukę czytania z użyciem nowych pomocy zaleca się rozpocząć od pojedynczych słów, par wyrazów, następnie całych zadań (S.H. Zarit, 1992). Jak dowiodła N.C. Barraga (N.C. Barraga, 1976) osoba, która stara się czytać i pisać, choć wolno i z trudnościami, będzie oglądać telewizję interpretując to, co widzi, będzie wykonywać te czynności z coraz większą efektywnością, ponieważ ćwiczenia prowadzą do coraz lepszego posługiwania się pozostałymi wzrokowymi możliwościami (A.A. Rosenbloom, 1992). Dla osób niewidomych w starszym wieku niezdolnych do trudnej i długotrwałej nauki brajla wymagającej opanowania całkowicie nowego systemu znaków, stworzono alfabet Fishbourne, czy najnowszy Elia (M. Kilian, 2006b), wykorzystujący większe znaki przypominające znane litery alfabetu łacińskiego. Alternatywę dla dotykowej techniki czytania, utrudnionej w starszym wieku często osłabioną wrażliwością dotykową opuszków palców, stanowią tzw. książki „mówione" (nagrane przez lektora na kasetach lub płytach CD) oraz inny „mówiący" sprzęt, jak np.: zegarki, kalkulatory oraz urządzenia i oprogramowanie umożliwiające przetwarzanie druku na syntetyczną mowę.

Chociaż większość starszych ludzi posiada zdolność adaptacji do zmian, łącznie z nauką używania pomocy wzrokowych, zazwyczaj negatywnie reagują na ich pierwsze użycie. Odrzucają bez wypróbowania, używają krótko, po czym rezygnują, nie podporządkowują się zaleceniom, albo korzystają w sposób nieprzynoszący maksymalnych korzyści. W jednych z badań wykryto, że połowa chorych na degenerację plamki żółtej, związaną z wiekiem, nie zrealizowała recept zalecających używanie pomocy w wykonywaniu codziennych czynności (K.M. De Carvalho i in., 2004). Wśród członków nowojorskiego Lighthousu tylko 30% dorosłych w wieku co najmniej 45 lat zgłaszających uszkodzenie wzroku korzystało z pomocy optycznych, jak lupa czy teleskop, 21% z materiałów z powiększonym drukiem. Innego rodzaju adaptacyjny sprzęt (np. książki i zegarki mówione) stosowało 5% osób z tego przedziału wiekowego (The Lighthouse, 1995). Źródłem rozczarowania bywa odkrycie, że pomoce mogą jedynie ułatwiać korzystanie z pozostałego wzroku, ale nie przywrócą pełni widzenia. Niektórzy wierzą, że jedyną wiarygodną pomocą będzie para nowych, mocniejszych okularów. Używanie pomocy dla słabowidzących bywa odbierane jako krępujące i poniżające, ponieważ zwraca uwagę innych, może wzbudzać litość, posądzenia dziwactwa, bądź symbolizować, wbrew osobistym odczuciom, akceptację doznawanej niepełnosprawności (W.C. Mann i in., 1993; A.A. Rosenbloom, 2000).

Osoba z nabytą w starszym wieku słabowzrocznością lub ślepotą wymaga nauki adaptacyjnych sposobów wykonywania zwyczajowo podejmowanych czynności z uwzględnieniem całościowego stanu funkcjonowania psychofizycznego cechującego się, np. spowolnieniem ruchów, szybszą męczliwością, utratą słuchu, bolesnością nóg, sztywnością stawów dłoni. Adaptacji wymagają rów-

nież metody pracy z osobą chorą na demencję czy depresję, polegające np. na przekazywaniu zaleceń w formie pisemnej, częstszych powtórzeniach, kontroli prawidłowej implantacji pomocy słuchowych u osób z dodatkowym uszkodzeniem słuchu. Alternatywne sposoby wykonywania czynności bazują przede wszystkim na wykorzystaniu użytecznych resztek wzroku, pozostałych zmysłów i doświadczeniu. Kompensacyjna rola dotyku w przypadku ociemniałych seniorów jest jednak mocno ograniczona z powodu silnej niechęci do dotykowej eksploracji otoczenia i badania przedmiotów. Za subiektywną przyczynę uznaje się pełną świadomość seniorów niewystarczalności poznania opartego na dotyku, śmieszność, jaką mogą budzić, awersję wobec intensywnego macania przedmiotów oraz traktowanie dotykowej techniki poznawania rzeczywistości jako symbolu nieszczęścia (Z. Sękowska, 1965). Zintensyfikowanie wykorzystania dotyku w codziennym życiu może dodatkowo utrudniać obecność chorób osłabiających odbiór wrażeń dotykowych, np. cukrzycy, czy ograniczających zdolność manipulowania obiektami, np. artretyzmu. Awersja wobec nowych sposobów wykonywania czynności pogłębia się z wiekiem – szansa, że osoba powyżej 90. roku życia zastosuje nowe techniki czytania, stanowi 25% szansy, jaką wykazują w tym względzie badani w wieku 65–69 lat (M. Myrberg, O. Backman, G. Lennerstrand, 1996).

Usprawnieniu funkcjonowania służy ponadto adaptacja otoczenia niepełnosprawnej osoby. Uważa się, że zaawansowani wiekowo pacjenci w mniejszym stopniu, aniżeli osoby młode, oczekują zmian w obrębie własnych miejsc zamieszkania oraz zwyczajów wykonywania czynności, dlatego indywidualnie zaprojektowane oferty uwzględniające subiektywne sugestie odbiorców będą bardziej pożądane. Pomysł wykorzystywania cech środowiska w kompensacji strat odnosi się do gospodarstw domowych, instytucji oraz społecznych i komercyjnych pomieszczeń. Umiejętne operowanie światłem, kolorem i kontrastem stanowi podstawę w kreowaniu przyjaznego środowiska osoby starszej. Zmiany oświetlenia mogą dotyczyć doboru najlepszego rodzaju światła (żarowe, jarzeniowe, naturalne), umieszczenia jego dodatkowych źródeł w miejscu pracy, czy unikania olśnień dzięki likwidowaniu gładkich, błyszczących powierzchni, np. jasnej, błyszczącej glazury czy podłóg. Wykorzystywanie kontrastu w znaczeniu koloru i faktury może polegać na jego intensyfikowaniu w przypadku napisów, czy oznaczaniu niebezpiecznych kantów i zmian podłoża, np. początku schodów, a także minimalizowaniu zmian powierzchni w sytuacji tworzenia optycznych iluzji, jak np. wzoru na podłodze. Wykorzystanie rozmiaru sprowadza się do operowania powiększeniem uzyskanym dzięki pomocom optycznym, powiększeniu rozmiaru obiektów lub zbliżeniu się do obiektu, bądź przysunięciu obiektu bliżej oczu. Rozrastanie się populacji osób w starszym wieku wymusza np. wydawanie recept i etykiet lekarstw w powiększonym druku. Modyfikacja otoczenia starszych niewidomych i słabowidzących osób powinna ponadto uwzględniać ograniczenia wynikające z towarzyszących utracie wzroku schorzeń, np. umieszczenie przy wannie uchwytów ułatwiających wchodzenie i wy-

chodzenie z kąpieli, ale w kontrastującym z tłem kolorze dla łatwiejszego wzrokowego ich zlokalizowania. Adaptacja pomieszczeń użytkowanych przez starsze osoby może dodatkowo obejmować: zapewnienie otwartej przestrzeni ułatwiającej poruszanie się za pomocą sprzętu ortopedycznego (wózek inwalidzki, balkonik, laska), odpowiednie umeblowanie (np. wysokie siedziska ułatwiające siadanie na nich i wstawanie, niską, łatwą do obsługi zabudowę mebli), zapewnienie stabilnego i równego podłoża (zapobieganie poślizgnięciom i potknięciom).

Zakończenie

Istotnym celem pracy rehabilitacyjnej ze starszymi osobami przejawiającymi problemy w codziennym funkcjonowaniu z powodu nabytego uszkodzenia wzroku jest wzbudzenie motywacji do podjęcia wyzwania opanowania umiejętności posługiwania się nowymi technikami i pomocami rehabilitacyjnymi w poruszaniu się i wykonywaniu czynności. Z kolei warunkiem pojawienia się tego rodzaju motywacji będzie dostosowanie szkolenia do rzeczywistych potrzeb oraz możliwości zaawansowanych wiekowo osób, np. w zakresie wyznaczanych celów usprawniania czy specyfiki jednostkowego psychofizycznego funkcjonowania. Badania potwierdzają skuteczność indywidualnie zaprojektowanej rehabilitacji uwzględniającej subiektywne opinie uczestników w dziedzinie poruszania się i orientacji przestrzennej oraz czynności życia codziennego (J. Farish, S.-S. Wen, 1994; W.R. De l'Aune, R.L. Welsch, M.D. Williams, 2000). Należy podkreślić, że w przypadku seniorów sukcesem oddziaływań rehabilitacyjnych bywa podniesienie poziomu funkcjonowania bez odzyskania pełnej sprawności, bądź utrzymanie go na stałym poziomie w razie pojawienia się dodatkowych uszkodzeń, czy zmiany sytuacji życiowej, jak np. śmierci współmałżonka dotychczas służącego pomocą, co wymaga wznowienia szkolenia. W rehabilitacji uwzględniającej specyfikę pracy z seniorami oraz ich indywidualne potrzeby, osiągnięcie całkowitej niezależności jest tak realistyczne, jak dla osób młodych (S.J. LaGrow, B.B. Blasch, 1992).

Bibliografia

Barraga, N.C. (1976). *Visual handicaps and learning*. Belmont: Wadsworth.

Blasch, B.B., Wiener, W.R., Welsch, R.L. (1997). *Foundations of orientation and mobility*. New York: AFB Press.

Branch, L.G., Horowitz, A., Carr, C. (1989). The implications for everyday life of incident self-reported visual decline among people over age 65 living in the community. *Gerontological Society of America, 29(3),* 359–365.

Carter, T.L. (1994). Age-related vision changes: a primary care guide. *Geriatrics*, 49(9), 37–45.

De l'Aune W.R., Welsh, R.L., Williams, M.D. (2000). A National Outcomes Assessment of the Rehabilitation of Adults with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 94(5), 281–291.

De Carvalho, K.M., Monteiro, G.B.M., Isaac, C.R., Shiroma, L.O., Amaral, M.S. (2004). Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. *Revista do Hospital das Clinicas*, 59(4), 157–160.

DiFrancesco-Aust, A. Kinesiology. W: R. Welsh, Blasch B. (1980), *Foundations of orientation and mobility*. (s. 357–402), New York: American Foundation for the Blind.

Elliott, D.B., Trukolo-Ilic, M., Strong, J.G., Pace, R., Plotkin, A., Bevers, P. (1997). Demographic characteristics of the vision-disabled elderly. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 38(12), 2566–2575.

Farish, J., Wen, S.-S. (1994). Effectiveness of an independent living services program for older persons who are blind. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88(6), 525–531.

Fiatarone, M.A., O'Neill, E.F., Ryan, N.D., Clements, K.M., Solares, G.R., Nelson, M.E., Roberts, S.B., Kehayias, J.J., Lipitz, L.A., Evans, W.J. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330(25), 1769–1775.

Griffin-Shirley, N., Groof, G. (1993). *Prescriptions for independence. Working with older people who are visually impaired*. New York: American Foundation for the Blind.

Horowitz, A. (1994). Vision impairment and functional disability among nursing home residents. *Gerontologist, 34(3),* 316–323.

Ketcham, C.J., Stelmach, G.E. (2001). Age-related declines in motor control. W: J.E. Birren, K.W. Schaie, *Handbook of the psychology of aging.* (s. 313–348), San Diego: Academic Press.

Kilian, M. (2006a). *Potrzeby rehabilitacyjne ociemniałych w starszym wieku osób w zakresie wykonywania codziennych czynności*. Nieopublikowana praca doktorska, APS, Warszawa.

Kilian, M. (2006b). Alfabet Elia szansą dla osób niewidomych niezdolnych do nauki brajla. *Szkoła Specjalna*, marzec/kwiecień (2), 153–156.

Kuyk, T., Elliott, J.L., Wesley, J., Scilley, K., McIntosh, E., Mitchell, S., Owsley, C. (2004). Mobility function in older veterans improves after blind rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(3a), 337–346.

LaGrow, S.J., Blasch, B.B. (1992). Orientation ad mobility services for older persons. W: A.L. Orr, *Vision and Aging. Crossroads for service delivery.* (s. 255–287), New York: American Foundation for the Blind.

Long, R.G., Boyette, L.W., Griffin-Shirley, N. (1996). Older persons and community travel: the effect of visual impairment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 90(4), 302–313.

Mangione, C.M., Berry, S., Spritzer, K., Janz, N.K., Klein, R., Owsley, C., Lee, P.P. (1998). Identifying the content area for The 51-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: results from focus groups with visually impaired persons. *Archives of Ophthalmology, 116(2),* 227–233.

Mann, W.C., Hurren, D., Karuza, J., Bentley, D.W. (1993). Needs of home-based older visually impaired persons for assistive devices. *Journal of Visual Impairment and Blindness,* 87(4), 106–110.

Mann, W.C., Hurren, D., Tomita, M. (1993). Comparison of assistive device use and needs of home-based older persons with different impairments. *American Journal of Occupational Therapy*, *47(11),* 980–987.

Mayer-Oakes, S.A., Hoenig, H., Atchison, K.A., Lubben, J.E., de Jong, F., Schweitzer, S.O. (1992). Patient-related predictors of rehabilitation use for community-dwelling older Americans. *Journal of American Geriatrics Society*, 40(4), 336–342.

Miner, R.J. (2001). The experience of living with and using a dog guide, *RE:view*, 32(4), 183–190.

Morgan, M., Phillips, J.G., Bradshaw, J.L. (1994). Age-related motor slowness: simply strategic? *Journal of Gerontology*, 49(2), 133–139.

Myrberg, M., Backman, O., Lennerstrand, G. (1996). Reading proficiency of elderly visually impaired persons after rehabilitation. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 90(4), 341–351.

Rosenbloom, A.A. (1992). Physiological and functional aspects of aging, vision, and visual impairment. W: A.L. Orr, *Vision and Aging. Crossroads for service delivery*. (s. 47–68). New York: American Foundation for the Blind.

Sękowska, Z. (1965). *Psychologiczne podstawy rewalidacji ociemniałych*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL.

Simmons, V., Hansen, P.D. (1996). Effectiveness of water exercise on postural mobility in the well elderly: an experimental study on balance enhancement. *The Journals of Gerontology*, 51A(5), 233–236.

Shingledecker, C. (1983). Measuring the mental effort of blind mobility. *Journal of Visual Impairments and Blindness*, 77(7), 334–339.

Soong, G.P., Lovie-Kitchin, J.E., Brown, B. (2001). Does mobility performance of visually impaired adults improve immediately after orientation and mobility training? *Optometry and Vision Science*, 78(9), 657–666.

Stineman, M.G., Granger, C.V. (1994). Outcome studies and analysis: principles of rehabilitation that influence outcome analysis. W: G. Felsenthal, S.J. Garrison, F.U. Steinberg (eds.), *Rehabilitation of the aging and elderly patient.* (s. 511–522)*,* Baltimore: Williams&Wilkins.

Steinberg, F.U. (1994). Disorders of mobility, balance, and gait. W: G. Felsenthal, S.J. Garrison, F.U. Steinberg, *Rehabilitation of the aging and elderly patient*. (s. 243–252), Baltimore: Williams&Wilkins.

Straw, L.B., Harley, R.K. (1991). Assessment and training in orientation and mobility for older persons: program development and testing. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85(7), 291–296.

Swagerty, G.L. (1995). The impact of age-related visual impairment on functional independence in the elderly. *Kansas Medicine, 96(1), 2*4–26.

The Lighthouse Inc. (1995), *The Lighthouse National Survey on Vision Loss: The Experience, Attitudes, and Knowledge of Middle-Aged and Older Americans*, New York: The Lighthouse Inc.

Wainapel, S.F. (1989). Attitudes of visually impaired persons toward cane use. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 83(9), 446–448.

Walker, N., Philbin, D.A., Fisk, A.D. (1997). Age-related differences in movement control: adjusting submovement structure to optimize performance. *Journal of Gerontology*, 52(1), 40–52.

Zarit, S.H. (1992). Psychological aspects of aging and visual impairment W: A.L. Orr, *Vision and Aging. Crossroads for service delivery.* (s. 93–117), New York: American Foundation for the Blind.

REHABILITACJA W ZAKRESIE PORUSZANIA SIĘ I WYKONYWANIA CODZIENNYCH CZYNNOŚCI WOBEC POTRZEB OSÓB W STARSZYM WIEKU Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ WZROKOWĄ.

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat dostosowania rehabilitacji z dziedziny orientacji przestrzennej, poruszania się i wykonywania codziennych czynności do specyficznych potrzeb powiększającej się w dobie starzenia się społeczeństwa grupy niewidomych i słabowidzących osób w starszym wieku. Zaprezentowano przykładowe adaptacje technik i metod pracy z tą grupą wiekową niepełnosprawnych osób.

Słowa kluczowe: rehabilitacja z orientacji przestrzennej i poruszania się, rehabilitacja podstawowa, utrata wzroku w starszym wieku, niepełnosprawność w starszym wieku, rehabilitacja w starszym wieku.

REHABILITATION IN THE AREA OF ORIENTATION AND MOBILITY AND DAILY LIVING SKILLS VERSUS THE NEEDS OF THE ELDERLY WITH VISUAL IMPAIRMENTS

Summary

This article discusses the need to adapt rehabilitation services in the area of orientation and mobility and daily living skills to the specific needs of the elderly with blindness and low vision, who are a growing group in today's ageing society. It presents sample adaptation techniques and methods to be used with this age group of people with disabilities.

Key words:rehabilitation in orientation and mobility, basic rehabilitation, loss of vision in old age, disability in old age, rehabilitation in old age.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(10) 2009

JOWITA BARTCZAK

FENOMEN SEKT RELIGIJNYCH – ROZWAŻANIA NA TEMAT PRZYCZYN ATRAKCYJNOŚCI SEKT RELIGIJNYCH

Wstęp

W literaturze przedmiotu niektórzy autorzy wiek XX nazywają „wiekiem sekt" (M. Libiszowska-Żółtkowska, 2001). Wynika to zapewne z faktu, że w tym okresie nastąpił zauważalny rozwój grup religijnych, które zaczęły cieszyć się niesłabnącą do tej pory popularnością. Szczególnie w latach 90. ubiegłego wieku odnotowano wzmożoną działalność sekt religijnych, co wiązało się ze zbliżającym się końcem drugiego tysiąclecia i rosnącą obawą przed Apokalipsą.

Polska jest krajem demokratycznym, w którym konstytucyjnie zagwarantowany jest pluralizm światopoglądowy. Jest też państwem o dominacji jednego wyznania – ponad 90% Polaków identyfikuje się z katolicyzmem. Pojawiające się, szczególnie od początku lat 90. XX w. nowe ruchy religijne, pochodzące głównie z Zachodu i różniące się znacznie kulturowo od polskiej tradycji, często wywołują niechęć a nawet wrogość. Postawom takim sprzyjają również środki masowego przekazu prezentujące dramatyczne wydarzenia będące udziałem sekt. Ambiwalentny stosunek społeczeństwa polskiego wobec sekt religijnych jest, jak sądzę, wynikiem ścierania się dwóch postaw: tolerancji i akceptacji odmienności, będących wyrazem pluralizmu światopoglądowego, oraz postawy odrzucenia, będącej efektem braku tolerancji, a być może czasami także rezultatem przeniesienia negatywnego odbioru sekt destrukcyjnych na całe zjawisko.

Sekty religijne są zjawiskiem kontrowersyjnym. Badaczy dzieli sposób ich definiowania, opisu i oceny. Bardzo trudno jest zachować obiektywizm, analizując to zjawisko. Łatwo można się narazić na ryzyko subiektywizmu i pochopnego szufladkowania, wrzucania do „jednego worka" wszystkich grup religijnych niezwiązanych z tradycyjną religią czy Kościołem. Obiektywizm w opisie sekt jest szczególnie trudny dla badaczy związanych z konkretną religią i Kościołem, co uwidacznia się przy uważnej lekturze wielu pozycji poświęconych problematyce sekt.

R. Stark razem z W.S. Bainbridgem, tworząc swoją teorię zaangażowania religijnego, sprowadzili teorię religii do ogólnej teorii zachowań ludzkich. Według tej teorii przynależność do organizacji religijnych zależy od bilansu nagród i kosztów, których ludzie spodziewają się po swoim w nich uczestnictwie. Nagrody są tym wszystkim, w imię czego ludzie gotowi są ponosić koszty, koszty natomiast są tym wszystkim, czego ludzie starają się uniknąć. Ludzie natomiast często traktują kompensaty jako rzeczywiste nagrody, a są to tylko nieuchwytne substytuty pożądanych nagród, mające charakter weksla, którego wartość trzeba przyjąć na wiarę (W.S. Bainbridge, R. Stark, 1998). Organizacje religijne często opierają się w dużej mierze na tworzeniu i propagowaniu kompensat, przez odwoływanie się do sfery nadprzyrodzonej. Ale dostarczają także nagrody: pozycję przywódczą, towarzystwo, sposób spędzania wolnego czasu.

Różnica między Kościołami a sektami wyraża się właśnie w odmiennym podejściu do nagród i kompensat. Pierwsze, cechujące się poprawnymi stosunkami z otaczającym środowiskiem i kulturą, kładą większy nacisk na nagrody. Są nimi niewątpliwie:

- przynależność do Kościoła, gwarantująca status i prawomocne miejsce we wspólnocie;
- uczestnictwo w obrzędach religijnych;
- udział w organizacjach i inicjatywach religijnych, np. chór, organizacje charytatywne;
- socjalizacja dzieci polegająca na przekazywaniu kulturowego i moralnego dziedzictwa i uczestnictwie w różnych organizacjach, np. duszpasterstwa dzieci i młodzieży.

Sekty natomiast, odrzucając środowisko społeczne i kulturowe, koncentrują się na kompensatach. Należą do nich:

- doktryny religijne obiecujące ulgę w znoszeniu przeciwności losu oraz nagrodę w przyszłym życiu;
- doświadczenia religijne pozwalające na pełne wyzwolenie swoich emocji, np. mówienie w nieznanych językach;
- modlitwa i indywidualna pobożność, będące formami szukania boskiej pomocy i rady, wyznawania winy i osiągania zadośćuczynienia;
- partykularyzm i poczucie moralnej wyższości, przejawiające się w poczuciu, że należy się do nielicznej grupy wybrańców Boga (W.S. Bainbridge, R. Stark, 1998).

Opierając się na teorii Starka i Bainbridge'a, można określić trzy wymiary zaangażowania religijnego:

1) *kościelny* – koncentruje się na twierdzeniu, że władza jednostki lub grupy ma pozytywny związek z kontrolą nad organizacjami religijnymi oraz osiąganiem nagród możliwych do zdobycia za pośrednictwem tych organizacji; istnieje więc tu bezpośrednia forma wynagradzania jednostki;
2) *sektowy* – opiera się na twierdzeniu, że władza jednostki lub grupy ma negatywny związek z przyjmowaniem kompensat religijnych w sytuacji, gdy pożą-

dane nagrody istnieją. Wymiar ten zawiera wszystkie aspekty zaangażowania religijnego, które mają za zadanie pocieszać w przypadku niemożności zdobycia pożądanych nagród;

3) *uniwersalny* – zakłada, że niezależnie od posiadanej władzy, poszczególne osoby i grupy akceptują zwykle kompensaty religijne w sytuacji, gdy pożądane nagrody nie istnieją.

Sekularyzacja i prywatyzacja religii we współczesnym społeczeństwie

Od wielu lat badacze religii obserwują znaczące przemiany, a nawet kryzys religijności, szczególnie w społeczeństwach wysoko rozwiniętych. Coraz częściej mówi się o procesie sekularyzacji, czyli stopniowym uwalnianiu się społecznych sektorów spod panowania religijnych instytucji i systemów znaczeń. Jak piszą P.L Berger i Th. Luckmann, to właśnie tak pojęta sekularyzacja stała się, obok industrializacji i urbanizacji, siłą prowokującą pluralizm (W. Piwowarski, 1996).

Skutki sekularyzacji można obserwować na wielu płaszczyznach życia społecznego. Po pierwsze, w Kościele, który nie ma już tak dużego wpływu na całe społeczeństwo, a wręcz czasami musi konkurować ze świeckimi systemami znaczeń na polu nauki, kultury czy polityki. Jest to widoczne szczególnie w państwach, które stały się rzecznikami pluralizmu, aprobując procesy emancypacyjne w tych sferach, w których dawniej dominował Kościół.

Po drugie, sekularyzacja wpływa nie tylko na wielość i różnorodność znaczeń świeckich, ale też religijnych. Ludzie spotykając się z różnymi propozycjami duchowymi i światopoglądowymi, zaczynają stopniowo odchodzić od religijności tradycyjnej, szukając tego, co najbardziej odpowiada ich potrzebom. Socjologowie mówią w tych przypadkach o zjawisku subiektywizacji i indywidualizacji religii. Subiektywizacja oznacza przejście od obiektywnego do subiektywnego światopoglądu, od wierności do niewierności wobec instytucji religijnych, od obiektywnej do subiektywnej religijności, a ostatecznie przejście do prywatnej religijności rozmaicie rozumianej przez socjologów, np. „religijność niewidzialna", „religijność pozainstytucjonalna", „religijność anonimowa" (W. Piwowarski, 1996).

Te trzy procesy: sekularyzacja, subiektywizacja i pluralizm składają się na szersze zjawisko, określane jako *nowoczesność* – czyli pojawianie się w stosunku do świata tradycyjnego nowych światów, w których człowiek może dokonywać wyboru w praktycznie każdej sferze życia, także religijnej.

Według zachodnich socjologów religii, nowoczesność stanowi opozycję do sfery *sacrum*. Zdaniem F.-X. Kaufmana, punktem docelowym współczesnych przemian religijno-kościelnych jest indyferentyzm, który przyjmuje różne stopnie: „odkościelnienie" – czyli rozluźnienie więzi katolików z instytucjami religijnymi, „odchrześcijanienie" – polegające na obojętności wobec sytuacji chrze-

ścijaństwa i tworzeniu ruchów nowej religijności, „obojętność" w stosunku do religijnej instytucji i religijnych systemów znaczeń, czy „praktyczny nihilizm" wyrażający się w braku potrzeby wiary w Boga. Zmiany te prowadzą do stopniowego zanikania *sacrum* w społeczeństwie (W. Piwowarski, 1996).

Jedną z charakterystycznych cech nowoczesności stanowi pogłębiające się zjawisko tzw. religijności selektywnej. Polega ona na negowaniu lub kwestionowaniu dogmatów wiary i norm moralnych oraz na rozluźnieniu więzi z instytucjami religijnymi.

Mimo że religia w zsekularyzowanym społeczeństwie nie cieszy się dużą popularnością, nie można obecnie stwierdzić z całą stanowczością, że społeczeństwo funkcjonuje lub mogłoby kiedykolwiek funkcjonować bez niej. Niewykluczone, że w odpowiedzi na postępującą industrializację, anonimowość i sekularyzację, religia zacznie pełnić nowe funkcje. Część z tych funkcji zaczęły przejmować sekty i nowe ruchy religijne, które szybko odnalazły się i rozwinęły także w krajach o dużym stopniu sekularyzacji. Tam, gdzie zawodzą Kościoły, atrakcyjne stają się sekty i nowe ruchy religijne.

Mimo istniejącego powszechnie w wielu kręgach przekonania, że sekularyzacja jest procesem nieuchronnym, są badacze, dla których przekonanie to jest nieprawdziwe. Należy do nich Th. Luckmann. Dostrzegając utratę znaczenia wielkich Kościołów uważa, że religia nie zanika, zmieniają się tylko jej społeczne formy. Religijność instytucjonalna zaczyna być wypierana przez religijność prywatną, „z wyboru", która pozbawiona ram instytucjonalnych pozwala człowiekowi na przekształcenia treści subiektywnej religijności z ogólnego systemu interpretacji świata i sposobów życia w matrycę interpretacyjną ograniczającą się do indywidualnych i rodzinnych aspektów życia: narodzin, ślubu, śmierci. Sami chrześcijanie z wyboru uważają się za ludzi w pełni religijnych (W. Piwowarski, 1998).

Coraz częściej, omawiając religijność w społeczeństwach doby pluralizmu, mamy do czynienia z tzw. rynkiem światopoglądowym, na którym jednostka może dokonywać wyboru między różnorodnymi ofertami światopoglądowymi, w tym religijnymi, tworząc własny system poglądów i przekonań. Prywatyzacja religii jest, zadaniem Luckmanna, odzwierciedleniem daleko idącego procesu o charakterze ogólnospołecznym. Wraz z odwrotem jednostki od społeczeństwa, następuje wycofanie się z niego religii. Religia z instytucji przenosi się do domu jednostki.

Badania i socjologiczna analiza sytuacji religijno-kościelnej we współczesnych społeczeństwach Zachodu zawarte w tekście P.M. Zulehnera, pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków (P.M. Zulehner, 1998):

We współczesnym społeczeństwie dominuje religijność z wyboru. Charakteryzuje ją indywidualizacja, wypływająca z subiektywnego wyboru i prywatyzacja, gdyż religijność ta służy przeważnie interpretacji i przezwyciężaniu kryzysów prywatnej i rodzinnej egzystencji.

Współczesne społeczeństwo wywiera pozytywną presję konformistyczną na typ religijności z wyboru, w przeciwieństwie do negatywnej presji społecznej, jakiej podlega religijność kościelna.

Religijność z wyboru przejawia tendencje do postępującej laicyzacji, a sprzyja temu dystans wobec Kościoła.

Dalszy rozwój religijności z wyboru zależy od: pozycji społecznej religii i Kościoła, funkcjonalności oferty religijno-kościelnej, wysiłków socjalizacyjnych Kościoła integrujących wiernych z grupą religijną. Wnioski te zostały oparte na badaniach z początku lat 70. XX w.

J. Casanova, w swoim tekście z 1994 r., zatytułowanym *Deprywatyzacja religii*, wykazuje, że prywatyzacja nie jest nowoczesnym trendem strukturalnym. Dominuje, owszem w społeczeństwach, w których religia zanika. Jest jednak wiele religii publicznych, które nie muszą zagrażać ani nowoczesnej wolności indywidualnej, ani nowoczesnym, zróżnicowanym strukturom (J. Casanowa, 1998). Za przykład podaje funkcjonowanie Kościoła katolickiego w Polsce, który po 1989 r. przeszedł od nienowoczesnych, przedstawicielskich form życia publicznego do nowoczesnej, publicznej sfery społeczeństwa obywatelskiego.

Religijność współczesnego społeczeństwa polskiego

W każdym społeczeństwie i kulturze religia zajmowała i nadal zajmuje ważną pozycję. Przybierając różnorodne formy, zawsze stawia sobie za cel dostarczenie sensu życia jednostkom i społeczeństwom. W odróżnieniu od innych państw europejskich, szczególnie tych wysoko rozwiniętych, religijność polska jest specyficzna. Jest to wynikiem sytuacji społeczno-politycznej, w jakiej znalazło się społeczeństwo polskie po 1945 r. Sekularyzacja spontaniczna była mieszana z zamierzoną ateizacją społeczeństwa, zaś pluralizm społeczno-kulturowy miał charakter ukryty. Kościół katolicki, funkcjonując jako Kościół ludowy, w swej działalności duszpasterskiej koncentrował się na likwidowaniu skutków laicyzacji. Był jedną z dwóch przeciwstawnych sił społecznych, które wywierały wpływ na całościowe społeczeństwo. Traktowano go jako opozycję moralną, a jego wysoka pozycja w społeczeństwie tradycyjnym i totalitarnym zależała od pełnionych przezeń funkcji pozareligijnych: monopolistycznej i mediacyjnej. Obecnie mówi się o spadku autorytetu Kościoła jako Kościoła ludowego, ale nie jako instytucji moralnej i religijnej (W. Piwowarski, 1998). W dobie ogólnych przemian społecznych do Kościoła przypisane są funkcje ściśle religijne i to one mają wpływ na utrzymanie czy nawet wzrost jego autorytetu religijnego i moralnego.

Badania religijności społeczeństwa polskiego pokazują tendencję do kształtowania się religijności selektywnej. Ma to związek z funkcjonowaniem religijności na dwóch płaszczyznach: ogólnonarodowej i życia codziennego. Pierwsza płaszczyzna wiąże religię z patriotyzmem, gdzie wartości religijne i narodowe

manifestowane są w masowych praktykach religijnych. Jak podkreśla W. Piwowarski, wierzący w Polsce bardziej identyfikują się z religią i patriotyzmem przez praktyki religijne niż przez wierzenia religijne (W. Piwowarski, 1996). W drugiej płaszczyźnie natomiast obserwuje się znaczne przemiany religijności, podobne do tych, które mają miejsce na Zachodzie, co oznacza przede wszystkim wzrost religijności selektywnej.

Wyniki badań pokazują, że w Polsce procesy sekularyzacji i laicyzacji nie przybrały takiego zasięgu jak w krajach wysoko rozwiniętych Europy Zachodniej. Mimo spadku odsetka wierzących, religia i praktyki religijne zajmują ważne miejsce w życiu większości Polaków. Potrzeby, jakie zaspokaja religia, ciągle są jednymi z najważniejszych, stąd wzrost zainteresowania, szczególnie wśród ludzi młodych, sektami i nowymi ruchami religijnymi, które stanowią pewnego rodzaju alternatywę dla Kościoła w Polsce.

Sekty religijne – definicje i charakterystyka

Sekty religijne od dawna intrygowały badaczy zjawisk społecznych. Ich zmienność, barwność i tajemniczość stanowią wyzwanie dla coraz to młodszych pokoleń naukowców. Ciągle pojawiają się nowe opracowania na temat powstawania, struktury i fenomenu sekt religijnych w różnych społeczeństwach. Podsumowują one już istniejące analizy grup sekciarskich, a niektóre z nich podejmują próby nowych interpretacji tego zjawiska.

Ale nie tylko badaczy interesują sekty religijne. Stanowią one ciekawy, a czasami wręcz sensacyjny temat dla mass mediów, obszar troski zinstytucjonalizowanych Kościołów (w Polsce Kościoła katolickiego) i instytucji wychowawczych, oraz wyzwanie dla państwa w zakresie regulacji prawnych.

Sektę religijną bardzo trudno jest zdefiniować, czy też w jakikolwiek sposób zaszufladkować. Złożoność tego zjawiska powoduje, że badacz musi pokonać nie tylko wiele teoretycznych sprzeczności, ale też trudności empirycznych.

Sekty mogą być traktowane jako rodzaj ideologii i światopoglądu, postawy wobec świata. Mogą być interpretowane jako typ ruchów społecznych, gdzie traktuje się je jako jeden ze sposobów grupowej organizacji kultów, wierzeń i dogmatów religijnych. Wreszcie sekty opisuje się jako grupy społeczne, o charakterze wspólnotowym, które skupiają ludzi niezadowolonych z istniejącej doktryny religijnej, mających w sobie dostatecznie dużo siły i odwagi, aby sprzeciwić się powszechnie funkcjonującym i aprobowanym normom. Większość sekt nie trwa dłużej niż jedno pokolenie i z reguły obejmuje tylko niewielkie fragmenty ludzkich biografii, są jednak znane w historii i działające do dziś sekty, których trwanie obejmuje wiele pokoleń i po pewnym czasie owocuje przekształceniem w zorganizowane Kościoły. Cechą wyróżniającą sekt jest to, że niezależnie od zasad wspólnotowości odznaczają się dużym rygoryzmem moralnym i wysokim poziomem organizacji wewnętrznej (T. Pa-

leczny, 1998). T. Paleczny podkreśla również ich nieustalony do końca status, który opiera się na wolnej woli swych założycieli i członków. Jest on, w swojej spontaniczności i naturalności przeciwieństwem niefunkcjonalnych i sztucznych norm społecznych i religijnych, bo odwołuje się w swej działalności do indywidualnych praw jednostki, danych każdemu przez Boga Stworzyciela, a nie przez Kościół czy jego przedstawicieli (tamże). O odrębności sekt stanowią wyznawane wartości, doktryna, ideologia, praktyki i obrzędy religijne, struktura organizacyjna, skład członkowski i typ przywództwa, często o charakterze charyzmatycznym.

Różne są drogi wyłaniania się sekt. Najczęściej są one formą odstępstwa i wyrazem buntu wobec panującej religijnej, kulturowej i społecznej rzeczywistości. Różne są uzasadnienia ich sprzeciwu: odwołanie się do ortodoksyjnych, prawowiernych zasad religijnych; obrona jedynego boskiego ładu na ziemi; rewolucyjne przeobrażenia świadomości powodujące w konsekwencji postawę biernej nieingerencji w sprawy świata realnego. Jednakże niezależnie od typu organizacji, doktryny czy aktywności, sekty stanowią zagrożenie dla istniejącego porządku religijnego i instytucji, które go chronią, ponieważ kwestionują jego prawomocność i zasadność istnienia. Czynią to m.in. poprzez separowanie się i odgradzanie od świata zewnętrznego i wprowadzanie w miejsce powszechnie aprobowanych własne zasady i systemy światopoglądowe kontestując zastane kościelno-instytucjonalne hierarchie, które ich zdaniem naruszają Boski porządek (tamże).

Zdefiniowanie sekty religijnej zawsze dostarczało badaczom szeregu trudności. Brak jednoznacznych kryteriów socjologicznych, historycznych i religijnych w typologiach różnorodnych grup wyznaniowych tylko mnoży problemy definicyjne. Trudności przysparza też fakt, że w potocznym rozumieniu i odbiorze słowo „sekta" ma pejoratywne skojarzenia i wiąże się z negatywnymi ocenami społecznymi. Dla większości ludzi sekta jest czymś złym, czymś, co zniewala człowieka i gdzie stosuje się metody „prania mózgu". W Polsce, w niektórych ośrodkach informacji o sektach, szczególnie tych związanych z Kościołem, można spotkać się właśnie z takim definiowaniem sekty religijnej. Uznaje się ją za grupę destrukcyjną, tzn. taką, która poprzez całkowite podporządkowanie sobie członków przez przywódców, godzi w porządek prawny i społeczny. To podporządkowanie ma charakter psychomanipulacji zmierzającej do psychicznej destabilizacji członków grupy i zerwania dotychczasowych więzi społecznych.

Wydawać by się mogło, że definicja ta ma znacznie szerszy społeczny odbiór niż szereg definicji sformułowanych przez socjologów religii. Uważam, że wynika to ze społecznych oczekiwań. Definicje naukowe sekty religijnej są z reguły pozbawione subiektywnych ocen i wartościowania, tak istotnego dla wielu ludzi w ich oglądzie społecznej rzeczywistości. Nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: czy sekty są złe, czy dobre? Czy należy przed nimi ostrzegać i chronić swoich najbliższych? Czy prawdy głoszone przez sekty są wiarygodne? Stąd wynika taka popularność jednoznacznych ocen sekt religijnych upowszech-

nianych przez środki masowego przekazu, kościelne ośrodki informacji o sektach religijnych i inne instytucje pozanaukowe.

Według łacińskiego znaczenia „sekta" oznacza: kierunek, zasady, sposób życia, szkołę myślenia. Pojęcie to wywodzi się z łacińskiego słowa *sequi* lub *secare*. *Sequi* przekłada się na: towarzyszyć, następować po kimś, naśladować kogoś. Podkreśla się tutaj rolę przywódcy sekty, nazywanego często: guru, mistrz, nauczyciel, prorok. Członkiem sekty jest więc osoba, która podąża za przewodnikiem danej grupy religijnej. *Secare* oznacza: odcinać, odrąbywać. W tym znaczeniu sekta stanowi grupę religijną, która oderwała się od jednej z wielkich religii, od pierwotnego nurtu. Słowo sekta istnieje od początku chrześcijaństwa, kiedy to służyło do określania małych, ortodoksyjnych, ściśle wewnętrznie zintegrowanych wspólnot religijnych nienależących do kategorii organizacji typu zrzeszeniowego, takich jak gmina chrześcijańska, parafia czy Kościół. Dopiero od IV w., po legalizacji chrześcijaństwa, terminowi „sekta" zaczęto nadawać negatywne znaczenie (T. Paleczny, 1998).

Przegląd definicji sekt pokazuje, że nie istnieje jedna, powszechnie akceptowana definicja tego typu zbiorowości religijnej. Ich różnorodność i złożoność nie pozwalają na jednolite ich traktowanie i opisywanie w tych samych kategoriach. Stąd wynikają problemy w określeniu, co jest sektą, a co już nią nie jest.

Jedyne co można uczynić, to postarać się opisać te cechy, które występują praktycznie w każdej grupie określanej mianem sekty religijnej. Do takich cech należy niewątpliwie **wspólnotowy charakter więzi społecznej**, charakterystyczny przede wszystkim dla małych grup. Jest on wyznacznikiem nieformalnych związków między członkami, typu *face to face*, który bynajmniej nie znosi hierarchii i schematów podporządkowania. Nieformalny charakter więzi jest w wielu sektach wynikiem wiary w przypisaną równość wszystkich jednostek niezależnie od rasy, płci czy narodowości. Wspólnotowość odwołuje się z reguły do modelu grupy połączonej jakimś modelem pokrewieństwa (np. symboliczno-duchowego), komuny lub grupy wyróżnionej przez Boga.

Wspólnotowość ta (oparta na pojęciu *community*) jest charakterystyczna dla większości sekt chrześcijańskich (Kościół Zjednoczeniowy, Rodzina Miłości, Świątynia Ludu), ale ma też swoje odzwierciedlenie w sektach okultystycznych, satanistycznych i tych, które wywodzą się z innych wielkich religii (Międzynarodowe Towarzystwo Świadomości Kryszny).

Drugim, powszechnym wyróżnikiem sekt religijnych jest ich **odrębność** a nawet **izolacja** od środowiska społecznego, w jakim funkcjonują. Stopień izolacji i zamknięcia zależy od poziomu odrębności sekty. Członkowie sekt przekonani są o wyjątkowości ich grupy i wiary, jaką głoszą, co sprzyja izolacji i zamknięciu na wszelki dialog z obcymi. Bardzo często sekty starają się być dla swoich członków jedyną grupą, prawdziwą rodziną, poza którą człowiek nie może czuć się bezpiecznie, bo czyha na niego wiele niebezpieczeństw. Tylko w sekcie jednostka może zaspokoić swoje potrzeby i znaleźć miłość i oparcie, którego brak jest na zewnątrz grupy. Swoją odrębność od świata zewnętrznego

członkowie sekty manifestują ubiorem, symboliką, sposobem zachowania, czy stworzonym tylko na własny użytek językiem (sekta Niebo). Bardzo często sekty starannie planują kontakty swoich członków z osobami spoza grupy, co niewątpliwie jest jednym z elementów kontroli społecznej i sprzyja zamykaniu się jednostki w małym, hermetycznym świecie, jaki stanowi dla niej sekta. W niektórych sektach, od momentu przystąpienia do grupy, zaczyna się nowe życie jednostki. Przyjmuje ona chrzest i otrzymuje nowe imię, a to co działo się z nią wcześniej, ma ulec zapomnieniu, tak jak osoby, z którymi obcowała: rodzina, przyjaciele, znajomi ze szkoły i pracy. Jedyną jej rzeczywistością staje się zamknięta wspólnota. Przykładem mogą być amisze, shakersi czy sekty Rodzina Miłości i Niebo.

Odrębność i izolacja od społeczeństwa wiąże się z **kwestionowaniem autorytetów i hierarchii** uznawanych przez to społeczeństwo. Dla członków sekty bardzo często jedyny autorytet stanowi charyzmatyczny przywódca i to właśnie on określa zakres wartości i norm obowiązujących grupę oraz podział na to, co stanowi sferę *sacrum* i sferę *profanum*. Ponieważ najczęściej sfera *sacrum* dominuje nad sferą *profanum*, stanowi to podstawę do kwestionowania autorytetów i instytucji świeckich, a nawet norm prawnych obowiązujących w społeczeństwie. Przykładem może być odmowa pełnienia obowiązkowej służby wojskowej przez świadków Jehowy.

Nieodłącznym atrybutem wielu sekt jest również **ortodoksyjność i prawowierność**. Wyraża się ona przekonaniem, że członkowie sekty są obrońcami doktrynalnych zasad czystości wiary. Konsekwencją tego myślenia są postawy skrajnego fanatyzmu i gotowości poświęcenia siebie w imię Prawdy. Członkowie sekt tylko siebie uważają za głosicieli Prawdy i wybrańców Boga. Wszyscy ludzie pozostający poza ich grupą są innowiercami pozbawionymi jakichkolwiek szans na zbawienie. Jedynie nawrócenie i przystąpienie do sekty może ich uratować. Symbolem ortodoksyjności mogą być amerykańscy shakersi czy muzułmanie assassini, którzy prowadzili działalność terrorystyczną przeciwko wszystkim innowiercom.

Ważną cechą sekt, wyróżniającą ich często spośród innych grup religijnych, jest postać **charyzmatycznego przywódcy**. Socjologiczne znaczenie terminu „charyzma" zakłada, że wyznawcy wierzą w to, że ich przywódca posiada szczególne przymioty i z tego powodu skłonni są darzyć go szczególnym zaufaniem. Jest to najczęściej jednostka zdeterminowana, o silnej osobowości, umiejąca przyciągać innych i podporządkowywać ich sobie. Przekonanie o własnej misji i boskiej roli do spełnienia oraz żarliwa religijność bardzo łatwo zjednuje jej gorliwych wyznawców, gotowych uwierzyć nawet w jej nadprzyrodzone, boskie pochodzenie. Niektórzy przywódcy uważają, że mają ukryte zdolności z pogranicza psychoterapii i parapsychologii, ogłaszają się mistykami, wizjonerami i hipnotyzerami (np. Bogdan Kacmajor z sekty Niebo). Jednymi dowodami na to są świadectwa wyznawców, obfitujące w relacje cudownych uzdrowień i „sztuczek" świadczących o cudownej mocy lidera sekty. Ich moc duchowa i autorytet

prawie nigdy nie są kwestionowane, a często bywa tak, że charyzma przywódcy jest jedyną podstawą atrakcyjności grupy. Znane są przypadki rozpadu sekt po śmierci lub odejściu ich przywódcy. Charyzmatyczni przywódcy najczęściej są nieprzewidywalni, nie wiąże ich bowiem żadna tradycja czy prawo, nie odpowiadają za swoje czyny także przed innymi ludźmi. W efekcie, dopóki przywódca jest obdarzany przez swoich wyznawców charyzmatycznym autorytetem, dopóty ma wpływ na każdy aspekt ich życia: od tego, w co mają się ubrać, po wybór współmałżonka (E. Barker, 1997). O olbrzymim, wręcz nieograniczonym wpływie przywódcy na wyznawców może świadczyć fakt, że gotowi są oni umrzeć „na rozkaz" swojego guru, czego przykładem może być tragedia w Jonestown czy zbiorowe samobójstwo wyznawców Świątyni Słońca.

Rola i pozycja charyzmatycznego przywódcy wiąże się z kolejnym atrybutem sekt – **piramidalną strukturą grupy**. Na jej szczycie znajduje się przywódca (lider, guru), na samym dole szeregowi wyznawcy. Wyższa pozycja w sekcie wiąże się z uzyskaniem określonego poziomu wtajemniczenia, co oznacza, że awans w grupie warunkowany jest wewnętrznymi mechanizmami selekcji. One z kolei ułatwiają kontrolę nad członkami grupy.

Często sekta na zewnątrz jawi się jako grupa o strukturze płaskiej, demokratycznej, w której wszyscy członkowie mają równe prawa i obowiązki i stanowią jedną wielką rodzinę, połączoną silniejszą więzią niż ta biologiczna – więzią duchową. Jest to niewątpliwie obraz bardzo atrakcyjny dla wielu ludzi, którzy w swoim życiu nie odnaleźli takich wartości. Moje rozmowy z byłymi członkami sekt, które odbywały się podczas dyżurów w Dominikańskim Ośrodku Informacji o Sektach i Nowych Ruchach Religijnych, niejednokrotnie przekonywały o nieprawdziwości deklaracji niektórych grup. To, co pokazywały one na zewnątrz, szukając potencjalnych członków, często odbiegało od rzeczywistych reguł, jakie obowiązywały w grupie.

Sporo trudności sprawia określenie **charakteru członkostwa** w sekcie religijnej. Zdaniem T. Palecznego, polega on na dobrowolnym akcesie i świadomym wyborze przynależności do sekty oraz aprobacie narzuconego jednostce rygoryzmu moralnego (T. Paleczny, 1998).

Sekty charakteryzuje ekskluzywność i elitarność, co sprzyja przekonaniu, że jest ona czymś wyjątkowym, bo spełnia ważną misję religijną pochodzącą do samego Boga. Wiele sekt werbuje nowych członków na ulicy, w szkołach, na pielgrzymkach, w czasie wakacji. Wystarczy zgoda jednostki i automatycznie staje się ona jednym z „wybranych". W rzeczywistości, musi chociażby w pewnym stopniu odczuwać świadome powołanie religijne i mieć pozytywny stosunek do stylu życia obowiązującego w sekcie. Bez tego jej przynależność mogłaby się bardzo szybko skończyć. Dlatego w większości sekt funkcjonuje tzw. okres nowicjatu, w czasie którego kandydat na członka poddawany jest wielu próbom i treningom. W sektach misyjnych pozyskiwanie nowych członków wiąże się z długim procesem inicjacyjnym, który obejmuje etapy: oczyszczania, kształtowania nowego światopoglądu oraz wywoływania odpowiedniego poziomu koncentracji za po-

mocą modłów i kontemplacji, oraz udziałów w specjalnych ceremoniach i rozmowach ze „starszymi braćmi" (T. Paleczny, 1998). W sektach ekonomicznych (o strukturze piramidy finansowej), jednostka musi najpierw zainwestować często sporą sumę pieniędzy, aby stać się członkiem grupy.

Sekty w zdecydowanej większości są grupami małymi, wspólnotowymi, w których dominuje więź bezpośrednia. Jeśli z czasem przekształciły się w wielkie Kościoły, w swojej początkowej fazie były grupami pierwotnymi. I to właśnie ta cecha jest jedną z najbardziej atrakcyjnych. W czasach alienacji jednostki, depersonalizacji stosunków i anonimowych interakcji, załamania systemu wartości i upadku autorytetów, sekty zdają się dawać ład i porządek normatywny, poczucie bezpieczeństwa i sens życia oparty na poszukiwaniu drogi duchowej i Prawdy, a nie na zaspokajaniu tylko potrzeb konsumpcyjnych. W sekcie jednostki wrażliwe, zagubione i poszukujące chcą odnaleźć prawdziwą rodzinę, harmonię duchową, autorytet mówiący im, jak żyć, aby czuć się spełnionym. To, co jednostki przynoszą z zewnątrz, wymaga oczyszczenia i kwarantanny.

Termin „sekta" ma w języku potocznym znaczenie wyraźnie pejoratywne i sugeruje negatywną ocenę grupy. Jest to widoczne szczególnie w krajach katolickich. Dlatego wielu badaczy, a także przedstawicieli tradycyjnych Kościołów postuluje zastąpienie tego terminu neutralnym określeniem „nowe ruchy religijne". W 1991 r. kardynał Franciszek Arinze stwierdził: „Dopóki nie istnieje powszechnie przyjęta terminologia, musimy starać się używać określeń bardziej bezstronnych i precyzyjnych. […] określenie nowe ruchy religijne jest neutralne i wystarczająco ogólne, by ogarnąć nowe ruchy pochodzenia protestanckiego, sekty powstałe na bazie chrześcijaństwa, nowe ruchy orientalne lub afrykańskie oraz ruchy typu gnostycznego lub ezoterycznego" (T. Doktór, 1999).

Zdaniem E. Barker, terminu „nowy ruch religijny" (NRR), używa się wobec ruchów, które pojawiły się po II wojnie światowej. Większość z nich proponuje jakiś religijny lub filozoficzny światopogląd, który ma dostarczyć ich członkom ostatecznych odpowiedzi na fundamentalne pytania, np. o sens życia (E. Barker, 1997).

Termin NRR, przy całej swojej otwartości i indyferentności, jest terminem mało konkretnym, aby móc w pełni zastąpić pojęcie sekty. Nie obejmuje bowiem sekt dawniejszych, starszych. Niektóre ruchy, takie jak Hare Kryszna, nie zgadzają się na określanie ich terminem nowe, gdyż uważają się za starożytną i tradycyjną religię opartą na wedyjskich wierzeniach i praktykach religijnych. Pojawia się więc tutaj problem w określaniu niektórych wspólnot mianem religii lub sekty. Przeciwnicy terminu NRR uważają, że NRR nie są „prawdziwymi" religiami, gdyż nie są powszechnie postrzegane jako „dobre". Dlatego też odmawiają prawa do określania się mianem religii takim ruchom jak Hare Kryszna czy Kościół Zjednoczeniowy, choć te według każdej słownikowej definicji zostałyby za religię uznane (tamże).

Uzyskanie statusu religii przez dany ruch religijny, daje mu prawo do korzystania ze zwolnień podatkowych. Z kolei pociąga za sobą zakaz nauczania, np. w amerykańskich szkołach publicznych. Wiele NRR walczy wręcz o to, aby nie

być kojarzonym z pojęciem religii, gdyż jawi się ona jako instytucja pozbawiona życia, stwarzająca sztuczne bariery dzielące ludzkość. Charakteryzują siebie często jako ruchy o charakterze duchowo-wychowawczym (Brahma Kumaris) czy społeczno-duchowym (Ananda Marga).

Cechy, jakie najczęściej przypisuje się NRR, to:

- egzotyczna proweniencja;
- nowy paradygmat kulturowy;
- poziom zaangażowania znacznie różniący się od tego, z którym spotykamy się w tradycyjnym Kościele;
- charyzmatyczne przywództwo;
- wyznawcy w przeważającej większości młodzi, dobrze wykształceni, pochodzący z klasy średniej;
- umiejętność przyciągania uwagi społecznej;
- międzynarodowy zasięg;
- czas aktywności nie dłuższy niż 15 lat (E. Barker, 1997).

W momencie powstania nowego ruchu religijnego, wśród jego członków przeważają konwertyci, ludzie młodzi, dwudziestoparoletni, mało jest natomiast dzieci i osób w starszym wieku. Taka sytuacja demograficzna wpływa zapewne w niektórych przypadkach na działania, niekiedy ekstremalne, danej grupy religijnej. Wyłączając przypadki celibatu, w stosunkowo szybkim czasie przychodzi na świat drugie pokolenie. Ich rodzice patrzą na życie z reguły w inny sposób, niż wtedy, gdy byli wolni od poczucia obowiązku wobec własnego potomstwa. Wraz z upływem czasu, ze śmiercią założycieli, struktura NRR upodabnia się do typowej struktury społeczeństwa i zaczyna się stopniowy proces jego instytucjonalizacji.

Zdaniem M. Libiszowskiej-Żółtkowskiej, NRR są dosłownie nowo zakładanymi religiami. Mimo wielu istotnych różnic, wszystkie ruchy łączy to, że mają swoich założycieli, charyzmatycznych przywódców, którzy pokazują swoim wiernym, jak żyć i na czym polega sens życia. Nowi członkowie są pozyskiwani poprzez działalność misyjną, a ich liczba jest wprost proporcjonalna do atrakcyjności głoszonych prawd.

„Nowość" nie wiąże się tylko z czasem powstania danego ruchu, ale także z formułami doktrynalnymi i obrzędowymi. Wyrosłe w określonej tradycji, dzięki dokonaniom swoich przywódców nadają im inną wykładnię niż obowiązująca w Kościele, z którego wyszły. Korekta może dotyczyć spraw bardziej lub mniej zasadniczych z obszaru praktyk, wierzeń czy organizacji. Zdaniem ks. B. Ferdka, to właśnie kryterium zbieżności lub oddalenia jest podstawą definicyjnego zaliczenia konkretnych, analizowanych przez niego wyznań chrześcijańskich do kategorii sekt (lub/i nowych ruchów religijnych). Wzorcem porównawczym, punktem odniesienia jest tu wykładnia teologiczna Kościoła rzymskiego (M. Libiszowska-Żółtkowska, 2003).

Stabilizacja ruchu powoduje, że przestaje być już „nowy" a staje się „stary", przez co bardziej społecznie akceptowany. Ruch taki, nie wzbudzając już w spo-

łeczeństwie negatywnych emocji, zaczyna zabiegać o pozytywne relacje z Kościołem dominującym (w Polsce rzymskokatolickim). Jeśli mu się to uda, ma szansę na większą, społeczną tolerancję wobec swoich działań. Tym bardziej, że w Polsce Kościół ma jeszcze ciągle duży wpływ na kształtowanie postaw wobec „wierzących inaczej" (tamże).

Przyczyny atrakcyjności sekt religijnych

Od początku lat 90. zainteresowanie sektami w Polsce nie maleje. Obecnie nie jest już może aż tak widoczne, ale ciągle jeszcze dyskusje na temat sekt religijnych pojawiają się w środkach masowego przekazu, a na rynku dostępnych jest coraz więcej nowych pozycji opisujących ich fenomen. Uważam, że obraz sekt dostarczany szerokiej opinii publicznej nie jest wolny od wartościowania i to wartościowania głównie negatywnego (J. Sadowska, 1996). Kładzie się nacisk na destrukcyjny wpływ sekt na jednostkę, na zachowania dewiacyjne występujące w tych grupach wyznaniowych, na izolację i brak możliwości powrotu do społeczeństwa. Jeżeli to wszystko jest prawdą, to dlaczego tak dużo ludzi decyduje się na porzucenie dotychczasowego życia, swoich bliskich i oddaje się całkowicie w ręce nieznanej sobie bliżej wspólnoty wyznaniowej? Jakie są przyczyny rosnącej popularności sekt religijnych?

Przyczyn tych jest bardzo wiele. Począwszy od kondycji współczesnego świata, a skończywszy na jednostkowych przesłankach. Dalej wymienię i opiszę najważniejsze z nich.

1. Kryzys współczesnej cywilizacji

Decyzja o przystąpieniu do sekty spowodowana jest często zagubieniem jednostki w otaczającym ją stechnicyzowanym świecie. Zagrożenia o charakterze nuklearnym, ekologicznym, demograficznym, politycznym, społecznym i ekonomicznym, a ostatnio także terrorystycznym, potęgują w człowieku poczucie zagrożenia, napięcia i niepewności. Ogarniająca pustka i lęki egzystencjalne skłaniają ją do poszukiwania prawdy i sensu życia. Kryzys ideowy, chaos w sferze wartości, brak autorytetów prowadzą do utraty tożsamości przez człowieka. Ludzie czują się „samotni w tłumie", zagubieni i wyobcowani. Potrzebują nowych koncepcji i idei, wskazania drogi duchowej, która pozwoliłaby im się odnaleźć. Sekty wychodzą naprzeciw tym oczekiwaniom, oferując nową wizję świata, cel w życiu, poczucie bezpieczeństwa i wspólnoty z innymi ludźmi. Charyzmatyczny przywódca staje się dla jednostki autorytetem, nauczycielem wskazującym drogę ku szczęśliwemu życiu.

2. Kryzys instytucji Kościoła

Współczesny człowiek, urodzony i wychowany w Kościele, nie zawsze czuje się z nim związany. Nadmierne zinstytucjonalizowanie Kościoła nie pozwa-

la jednostce na doznanie osobistego doświadczenia religijnego. Kryzys przywództwa i brak liderów pociąga za sobą brak wspólnot dających jednostce poczucie braterstwa i bezpieczeństwa. Sekty stwarzają jednostce szansę na pewną bezpośredniość nie tylko w kontaktach z bóstwem, ale również we wzajemnych stosunkach między ludźmi, którzy je tworzą. Odrzucają bowiem z reguły zbiurokratyzowane hierarchie kapłańskie, tworzące bariery między ludźmi (J. Sztumski, 1993). Członek sekty ma nadzieję na pełniejsze, bardziej osobiste zbliżenie się do bóstwa. Dodatkowo, niektóre sekty krytykując instytucję Kościoła, wskazują właściwą drogę, jaką powinien on pójść, nawiązując do zasad życia pierwszych chrześcijan, do prostoty kultu religijnego i struktury organizacyjnej kościoła. Sekty proponują jednostce religię żarliwą i przyjazną, w przeciwieństwie do religii tradycyjnej, która postrzegana bywa jako apatyczna i zakłamana.

3. Kryzys instytucji rodziny

Wzrost przestępczości i nasilenie zjawisk patologicznych wśród nieletnich zwróciły uwagę psychologów i pedagogów na środowisko rodzinne, które ma za zadanie wychowywać i socjalizować jednostkę. Zdaniem badaczy mamy dzisiaj do czynienia z postępującym kryzysem rodziny, która przestała w pełni spełniać swoje funkcje. Do podstawowych należy zaspokajanie potrzeb materialnych i emocjonalnych. Kryzys dotyczy nie tylko rodzin rozbitych, niepełnych czy patologicznych. W wielu tzw. rodzinach „normalnych" dziecko czuje się niekochane, odrzucone, brakuje mu więzi z zapracowanymi, pochłoniętymi innymi sprawami rodzicami. Brak właściwej opieki wychowawczej, dialogu i ciepła sprawiają, że jednostka szuka zaspokojenia tych potrzeb poza rodziną. W swoich poszukiwaniach może dotrzeć do sekty, która otoczy ją już na samym początku miłością, przyjaźnią i zainteresowaniem. Warto też tutaj podkreślić, że rodzina odgrywa olbrzymią rolę we wprowadzeniu dziecka w świat kultury religijnej, symboliki, tradycji, obyczajów i systemu wartości. Osłabienie tej roli rodziny ma zapewne duży wpływ na poszukiwania przez dzieci nowych wspólnot i grup.

4. Potrzeby i aspiracje jednostek

Wiele osób decyduje się przystąpić do sekty, ponieważ szuka w niej zaspokojenia potrzeby przynależności i wspólnoty. Spowodowane jest to brakiem więzi z rodziną, brakiem przyjaciół, problemami w życiu osobistym i zawodowym, śmiercią bliskiej osoby, osamotnieniem. Sekta zastępuje jednostce rodzinę, ofiarowując poczucie bezpieczeństwa, przynależności, miłości, troski, akceptacji. Daje miejsce i cel w życiu. Dostarcza odpowiedzi na dręczące człowieka pytania.

Wielu ludzi odczuwa potrzebę wyodrębnienia się z anonimowego tłumu, odkrycia własnej tożsamości. Wielkie kościoły stwarzają niewielką sposobność indywidualnego podejścia do poszczególnych osób i wniknięcia w ich sytuację życiową. Sekty oferują zainteresowanie każdą osobą, a także stworzenie rów-

nych szans na pełnienie funkcji kapłańskich i przywódczych. Uznając się za wybrańców, dają jednostce szansę stania się członkiem elity, która jako jedyna może dostąpić zbawienia (J. Allan, M.C. Burrell, 1988).

5. Cechy indywidualne jednostek

Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, które cechy czynią jednostkę podatną na agitację i wpływy sekt. Członkami tych grup zostaje się niezależnie od płci czy wieku. Są oczywiście grupy szczególnie narażone, do których należą m. in. młodzi ludzie wolnego stanu.

Badania psychologów wskazują, że znaczna część osób należących do sekt, w momencie wstępowania znajdowała się w depresji, silnej nerwicy, stresie, w stanie braku wiary w siebie, niepokoju psychicznego, poczucia dezintegracji. Sekta miała być sposobem na rozładowanie napięcia psychicznego, ucieczką od problemów.

Cechy osobowości i charakteru, które mogą mieć wpływ na poszukiwanie kontaktu z sektą i nowymi ruchami religijnymi to: niedojrzała osobowość, egocentryzm, naiwność, infantylizm, brak realnych planów życiowych, mała odporność na sytuacje stresowe, odczuwanie silnej potrzeby afiliacji i uznania, a także przewodzenia i imponowania w środowisku rówieśniczym, niepowodzenia seksualne, kompleksy, łatwa fascynacja muzyką i tekstami, a także obrzędowością i rytuałem (A. Zwoliński, 1996). Dochodzi do tego szczególna wrażliwość religijna, poszukiwanie celu i sensu życia, potrzeba życia wewnętrznego, bezpieczeństwa, uczestnictwa i zaangażowania. Jeżeli te potrzeby i poszukiwania nie zostają zaspokojone we wspólnocie religijnej, łatwo mogą się stać przedmiotem obietnic i manipulacji ze strony sekt.

Zdaniem Palecznego, sekty przyciągają głównie jednostki odbiegające swoim zachowaniem, stylem życia i myślenia od konformistycznej większości. Kwestionują one istniejący porządek społeczny i przekazane im dogmaty. Mimo że nie istnieje – w opinii Palecznego – wyraźna i jednoznaczna charakterystyka psychologiczna poszczególnego członka sekty, dostrzec można pewne wspólne zachowania i dominujące rodzaje nastawień. Pozwalają one na stworzenie typologii osobowości członków sekt (T. Paleczny, 1998):

- **eskapistyczną** – która cechuje jednostki poszukujące w sekcie schronienia, azylu, przed różnymi zagrożeniami ze strony innych ludzi i struktur społecznych. Uciekają one przed: rywalizacją (tzw. wyścig szczurów), konsumpcjonizmem, materializmem, biedą, przemocą, okrucieństwem, prześladowaniami, przed trudną rzeczywistością. Nierozumiane, wyalienowane, mające problemy z własną tożsamością, pragną znaleźć oparcie w grupie, odzyskać swoją podmiotowość. Sekta staje się dla nich substytutem kochającej rodziny, która da im poczucie bezpieczeństwa i obroni przed złym światem.
- **poszukującą, eksperymentującą** – charakteryzującą jednostki ciekawe świata i spragnione nowych doświadczeń. W swoich poszukiwaniach światopoglądowych i duchowych natrafiają na sekty, które stają się obiektem ich dłuższej bądź

chwilowej fascynacji. Ludzie tacy szukają w nich odpowiedzi na różne dręczące ich pytania natury światopoglądowej i religijnej, chcą odnaleźć swojego przewodnika duchowego, który pomoże im zrozumieć sens życia. Przynależność do sekty ma im pomóc w zbawieniu, oczyszczeniu umysłu i ciała, umożliwić kontakt z Najwyższą Istotą. Do tego typu osobowości możemy zaliczyć także osoby poszukujące „na ślepo". Są to najczęściej młodzi ludzie o nieukształtowanej jeszcze osobowości, podatni na wpływy, których bezkrytyczna uległość wobec charyzmatycznych przywódców może prowadzić do trwałego uzależnienia od sekty i w konsekwencji – głębokich zaburzeń osobowości.

- **wahającą się, niespokojną** – występującą u jednostek, które przystępują do sekty trawione przez nieokreślony niepokój i bojaźń. Ich pragnienie poznania bierze się z potrzeby stłumienia własnych niepokojów i zredukowania napięcia. Sekty chętnie przyjmują takie osoby, stosując wobec nich różne techniki psychoterapeutyczne i socjotechniczne. Zdarza się jednak czasami, że te praktyki jeszcze bardziej potęgują stany lękowe, prowadząc nawet do aktów samobójczych.
- **autorytarną** – będącą szczególnie podatną na manipulację i sugestię. Wiąże się to z pragnieniem zaspokojenia przez jednostkę potrzeby bezpieczeństwa i oparcia. Dlatego też łatwo ulega osobom o wyraźnych cechach i skłonnościach przywódczych, zajmując podległe miejsca w systemach dystrybucji władzy. Z jej przyzwoleniem przywódca duchowy grupy może całkowicie dysponować jej życiem i podejmować za nią decyzje.
- **marzycielsko-utopijną** – typową dla jednostek wierzących w istnienie raju i możliwość osiągnięcia harmonii, o niezwykłej wrażliwości plastycznej i ponadprzeciętnej wyobraźni, co sprawia, że często mieszają rzeczywistość z imaginacją. Ułatwia im to sekta, kreując swoistą utopijno-mityczną przestrzeń. Jednostki takie chcą urządzić świat lepiej, doskonalej, dlatego wchodząc do sekty przynoszą ze sobą określoną wizję ładu wspólnotowego albo akceptują propagowaną przez istniejącą grupę wyznaniową.

Wymienione tu typy Paleczny zalicza do bardzo szerokiej kategorii osobowości kontestacyjnej określanej jako: nietypowa, nieprzeciętna, nienormalna, kryzysowa, przełomowa, buntownicza. Występuje ona zarówno w sektach powstałych w odpowiedzi na psychiczne i społeczne potrzeby jednostek, jak również w tych, które powstały na skutek przemian strukturalnych (sekty schizmatyczne).

Techniki werbowania do sekt religijnych

Sukcesy sekt w zdobywaniu nowych członków zależą bardzo często od wyrafinowanych technik werbowania. Niektórzy badacze zwracają uwagę, że najczęściej sektom ulegają osoby, które nieświadome są tego, że kontakt został zainscenizowany. Nie orientują się też w charakterze obmyślonej dla nich metody nawracania i szkolenia, jakiej są przedmiotem (J. Allan, M.C. Burrell, 1988).

Sekty zdają się wykorzystywać w stosowanych przez siebie technikach szeroką wiedzę psychologiczną. Wychodzą naprzeciw oczekiwaniom i poszukiwaniom jednostek, dają im receptę na życie, wiedzą, co może przyciągnąć do nich człowieka. Szeroka gama technik manipulacyjnych, jakie stosują sekty, niejednokrotnie wskazuje na dobrą znajomość, wyuczoną lub intuicyjną, psychicznych potrzeb człowieka i umiejętne sterowanie zachowaniem członków grupy. Sekty często wydają olbrzymie sumy pieniędzy na rekrutację, korzystają z zasobów finansowych swoich członków (np. konta bankowe).

Pierwszym zabiegiem manipulacyjnym, jaki stosują sekty wobec swoich potencjalnych członków, jest delikatne wprowadzanie konwertyty i uświadamianie mu kto jest prawdziwym gospodarzem i co jest prawdziwym celem działań podjętych przez sektę. Technika ta, często nazywana jest „taktyką małych kroków", gdyż treści propagandowe podawane są stopniowo i w małych ilościach, dając czas jednostce na przyswojenie ich sobie i przekonanie się do nich. Treści te bywają bowiem często bardzo skomplikowane i zbyt różne od tych, które jednostka znała do tej pory. Na tym etapie często wymusza się, pochlebstwem lub niemal przemocą, gotowe decyzje i deklaracje u nowo zwerbowanych.

Bardzo popularną metodą wstępną stosowaną przez sekty jest tzw. „bombardowanie miłością" (*love bombing*). Polega ono na otaczaniu nowo przyjętego członka atmosferą życzliwości, przyjaźni i miłości. Jednostka ma czuć się w pełni akceptowana, dostaje za darmo posiłki, mieszkanie, lekarstwa, ma swojego opiekuna. W konsekwencji sekta uzależnia od siebie emocjonalnie jednostkę. Chcąc utrzymać zainteresowanie swoją osobą, jednostka musi podporządkować się wymogom stawianym jej przez grupę.

Niekiedy „bombardowanie miłością" przybiera postać pomocy humanitarnej. Sekta werbuje nowych członków prowadząc kuchnie dla ubogich, apteki z bezpłatnymi lekarstwami, bezpłatne kursy językowe, tanie wyjazdy weekendowe czy wakacyjne, oferuje darmową opiekę nad dziećmi.

Inną wstępną manipulacją stosowaną przez sekty jest „technika flirtu". Chcąc nawiązać bliższy kontakt, członek sekty kontynuuje przypadkowe spotkanie, poprzez listy czy kartki z pozdrowieniami. Stopniowo przekształca się to w spotkania o charakterze miłosnego, aranżowanego flirtu, na których często dyskutuje się o sprawach wiary. W sekcie Rodzina, po długim okresie werbunku polegającego na korespondencji listowej i spotkaniach, kandydat na członka sekty znikał bez śladu.

Często stosowane przez sekty pochlebstwo wychodzi naprzeciw dążeniom człowieka opuszczenia anonimowej zbiorowości. Jednostka pragnie, aby zauważono jej indywidualność, niepowtarzalność, jej zalety i talenty. Sekta ma szczególny wpływ na ludzi o niskiej samoocenie, wykorzystując ich pragnienie prestiżu i wysokiej pozycji społecznej. Członkom sekty wpaja się przekonanie o ich wyjątkowości – to oni należą do wybranych przez Boga, tylko oni zostaną zbawieni. Inni ludzie są nieczyści. Takie postawienie sprawy nie pozostawia miejsca na dyskusję o innych wyznaniach i stylach życia, przyczynia się również do izolacji rodziny i przyjaciół będących poza sektą.

Obok opisanych wcześniej metod wpływu emocjonalnego, sekty stosują również metody kamuflażu i autorytetu. Pierwsze polegają na ukrywaniu przez sekty swojej prawdziwej tożsamości pod „płaszczykiem" różnych organizacji fasadowych: grup terapeutycznych, organizacji charytatywnych czy nawet instytucji naukowych (np. Uniwersytet Krzewienia Wartości Uniwersalnych). Bardzo często promują one wartości prorodzinne i ekologiczne, organizują rozrywkę i różne formy wypoczynku. Prowadzą darmowe lub bardzo tanie kursy językowe. Docierają w ten sposób do środowisk szkolnych i akademickich. Ich działalność ma na celu osłabienie czujności i rozwianie wątpliwości potencjalnego kandydata co do charakteru grupy oraz metod jej funkcjonowania.

Metody autorytetu koncentrują się na zdobywaniu nowych członków poprzez wykorzystanie autorytetu instytucji (np. instytucji użyteczności publicznej), bądź osób związanych ze światem nauki, polityki lub rozrywki. Szczególnie młodzież, zapatrzona w swoich idoli muzycznych i filmowych, gotowa jest bezkrytycznie naśladować ich styl życia i przekonania, także te religijne.

Uwiedziona w procesie werbowania jednostka trafia do grupy, której celem jest często przebudowa osobowości adepta. Odbywa się to poprzez zakwestionowanie przez sektę dotychczasowej hierarchii wartości jednostki. W tym celu grupa stosuje różne (w zależności od jej specyfiki) środki oddziaływania. Są to m.in.: hipnoza (często w formie ćwiczeń relaksacyjnych lub medytacji), indoktrynacja poprzez trwające godzinami monotonne wykłady, ograniczenia snu, specjalna dieta, izolacja od środowiska zewnętrznego, szczególnie od rodziny i przyjaciół, presja grupy, mająca hamować wątpliwości i odporność na nowe idee. Sekta może też manipulować poczuciem winy jednostki, wmawiając jej, że musi odpokutować za grzechy, które popełniła do momentu wstąpienia do sekty. Adeptowi towarzyszy rosnący strach przed przywódcami sekty, którzy przekonani o swojej potężnej władzy nad życiem i śmiercią, grożą poważnymi konsekwencjami w przypadku nieposłuszeństwa lub próby opuszczenia grupy.

Kontrola zachowań, myśli, uczuć i informacji może doprowadzić do destrukcji jednostki w sferze fizycznej (wyniszczenie i osłabienie odporności organizmu), psychicznej (brak umiejętności samodzielnego myślenia i podejmowania decyzji) i duchowej (zaniechanie dawnych praktyk religijnych, destabilizacja obrazu Boga). W takim stanie, jednostka szybko i bezkrytycznie przyjmuje hierarchię wartości narzuconą jej przez sektę, stając się w ten sposób pełnoprawnym członkiem grupy.

Atrakcyjność sekt w świetle badań OBOP i Demoskopu

W maju 1999 r. w ramach grantu KBN i przy pomocy Ośrodka Badania Opinii Publicznej przeprowadzono badania na temat społecznego postrzegania nowych ruchów religijnych. Badanie zrealizowano na reprezentatywnej, losowej próbie mieszkańców Polski powyżej 15. roku życia. W sumie przeprowadzono

1041 wywiadów. Ankieta zawierała 10 rozbudowanych pytań zasadniczych i 17 pytań metryczkowych. Użyto w niej zamiennie pojęć: „grupa wyznaniowa" i „sekta" (M. Libiszowska-Żółtkowska, 2003).

Celem omawianych badań było m.in. ustalenie, jakie motywy wstępowania do sekt funkcjonują w świadomości społecznej. Analiza odpowiedzi wykazała, że najczęstszą przyczyną wstępowania do sekt jest podatność niektórych osób na manipulacje ze strony przywódców sekt (90%). Dotyczy to zwłaszcza osób słabych, zagubionych, potrzebujących wsparcia (82%). Wielu młodych ludzi szuka w sekcie nowych wrażeń i przygód (80%), werbowanych jest przez przyjaciół i znajomych (79%). Członkami sekt zostają bardzo często osoby poszukujące wspólnoty osób podobnie myślących (77%) i te, które nie odnalazły się w Kościołach tradycyjnych (73%). Duże znaczenie przypisali respondenci rodzinie. Do sekt trafiają ludzie, którym rodzice okazywali za mało uczucia i zainteresowania (69%), oraz ci, nadmiernie przez rodziców kontrolowani (46%). Najmniej osób winą za wstępowanie ludzi do sekt obarczyło szatana (41%).

Kilkunastu respondentów wymieniło inne niż zasugerowane w ankiecie przyczyny: względy materialne (brak pracy, pieniędzy); powody psychiczne (choroby psychiczne, załamanie psychiczne, zagubienie); motywy koniunkturalne (moda); uwarunkowania osobowościowe (samotność, głupota, wpływowość, łatwowierność, brak zainteresowań); problemy rodzinne (odrzucenie przez rodziców, niezgoda w rodzinie); negatywne wzory (demoralizacja społeczeństwa i Kościoła, brak pozytywnych wzorców moralnych, negatywne wzorce w kulturze masowej).

Wyniki pogłębionej analizy clusterowej pozwoliły na wyodrębnienie syndromów czynników wpływających na wstępowanie ludzi do sekt. W odczuciu 41% badanych na syndrom czynników skłaniających ludzi do wstępowania do sekt składają się: wyalienowanie środowiskowe, konstrukcja psychiczna oraz wpływ sił nadprzyrodzonych. Respondenci wskazywali na to, że członkami sekt zostają osoby mające w sektach przyjaciół i znajomych, osoby poszukujące sensu życia nie odnajdowanego w tradycyjnych Kościołach, ludzie poszukujący wspólnoty osób podobnie myślących, osoby żądne nowych wrażeń i przygód, osoby słabe i zagubione, poszukujące zewnętrznego oparcia, osoby podatne na manipulację ze strony przywódców oraz ulegające wpływowi szatana. Badani tym częściej wskazywali na ten zespół przyczyn, im większą deklarowali częstotliwość udziału w praktykach religijnych.

W grupie 37% respondentów, na syndrom czynników powodujących przystąpienie do sekt składają się: słaba konstrukcja psychiczna, wyalienowanie środowiskowe i potrzeba silnych doznań. Członkami sekt zostają osoby podatne na manipulację ze strony przywódców, osoby słabe i zagubione, poszukujące zewnętrznego oparcia, mające w sektach przyjaciół i znajomych oraz osoby żądne nowych wrażeń i przygód. Wskazanie na ten syndrom czynników nie jest warunkowane cechami społeczno-demograficznymi respondentów.

Najmniej – bo 22% respondentów – uważało, że członkami sekt zostają osoby, którym rodzice okazywali mało uczucia i zainteresowania, osoby nad-

miernie kontrolowane przez rodziców, poszukujący środowiska sobie podobnego, potrzebujący nowych wrażeń i przygód, osoby słabe i zagubione, poszukujące zewnętrznego oparcia, osoby podatne na manipulację innych i szatana. Tym częściej wskazywano na ten syndrom przyczyn, im większe było miejsce zamieszkania respondentów, im wyższe ich wykształcenie i niższy poziom religijności.

W czerwcu 2000 r. zostały zaprezentowane wyniki badań przeprowadzonych przez Demoskop na próbie 1000 Polaków (dane z badań Demoskopu pochodzą ze stron internetowych Dominikańskiego Ośrodka Informacji o Sektach i Nowych Ruchach Religijnych w Warszawie: http://sekty.sluzew.dominikanie.pl). Zawierały one pięć pytań sondujących opinię badanych na temat sekt. Większość badanych stanowiły kobiety (527), wśród kategorii wiekowych zaś najliczniej prezentowana była ta powyżej 59. roku życia (226), a najmniej – skupiająca osoby w przedziale wiekowym 25–29 lat (81). Dominowały osoby z wykształceniem podstawowym (375), najmniej zaś było osób z wykształceniem wyższym (66). Większość stanowiły osoby zamieszkujące wieś (377). 581 badanych osób określiło się jako praktykujące regularnie, a 300 przyznało, że praktykuje nieregularnie. Do kategorii niepraktykujących zaliczyło się 35 osób.

Podobnie jak w badaniach OBOP-u, pojawiło się ważne pytanie dotyczące przyczyn wstępowania ludzi do sekt. Uzyskane odpowiedzi można pogrupować w poszczególne kategorie. Około 43% badanych wskazało na czynniki osobowościowe zaliczając do nich: bezmyślność, głupotę, naiwność, łatwowierność, lekkomyślność, brak silnej woli, bezradność, załamanie, frustrację, depresję, brak świadomości i informacji, niewiedzę, chorobę psychiczną. Powodem wejścia do sekt jest także bunt, ciekawość, chęć przeżycia nowych przygód, poszukiwanie nowych dróg. Pozostałe badane osoby główny nacisk położyły na czynniki środowiskowe: wpływ otoczenia, modę, szpan, degradację moralną i rozpustę, chęć zaimponowania oraz na siłę przekonywania i obietnice głoszone przez sekty. Przyczyny wejścia do sekt wiązano również z niewłaściwym środowiskiem wychowawczym: brakiem zainteresowania dziećmi, brakiem opieki i wychowania, zbyt dużą ilością czasu wolnego, za dużą swobodą, konfliktami rodzinnymi. Sekty są bardziej atrakcyjne dla osób samotnych, skarżących się na brak akceptacji, miłości, zrozumienia i wsparcia, szukających bratniej duszy. Wejściu do sekt sprzyja brak autorytetów, słaba wiara religijna, bądź jej brak, oraz zawód na instytucji Kościoła. Dochodzi do tego trudna ekonomiczna sytuacji kraju: zagrożenie bezrobociem i biedą. Nikt z respondentów nie wyraził przekonania, że szatan jest przyczyną wstępowania ludzi do sekt, co odbiega od wyników badań OBOP-u, w których aż 41% respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że członkami sekt zostają osoby za sprawą szatana.

Zakończenie

Sekty i nowe ruchy religijne stały się stałym elementem życia religijnego w Polsce i w wielu innych krajach na całym świecie. Koncentrując się na zbawieniu człowieka i przemianie świata, są alternatywą dla wielkich religii i Kościołów. Funkcją tych grup jest przede wszystkim odpowiedź na podstawowe pytania natury egzystencjalnej oraz dostarczenie kompensat jednostkom, dla których uczestnictwo w tradycyjnym, oficjalnym Kościele jest niewystarczające.

W dobie sekularyzacji życia społecznego religia zaczyna pełnić nowe funkcje, zmieniając często swoje społeczne formy. Wyrazem tego jest, jak sądzę, rozwój i działalność sekt i nowych ruchów religijnych. Dzieje się tak nie tylko w krajach o znacznym stopniu sekularyzacji, ale również w krajach, w których religia (Kościół) odgrywa ciągle bardzo duże znaczenie, przenikając do wielu sfer życia społecznego i prywatnego jednostek. Pluralizm zaowocował tzw. rynkiem światopoglądowym, na którym jednostka może wybierać między różnymi ofertami religijnymi a światopoglądowymi, tworząc własny system poglądów i przekonań. Na rynku tym znajdują się propozycje różnych Kościołów, wyznań i grup religijnych, a jednostka sama dokonuje wyboru, kierując się najczęściej własnymi potrzebami.

Opisane tu tendencje można zauważyć również w Polsce, chociaż nie aż na taką skalę jak ma to miejsce na Zachodzie. Liczne badania wskazują na wzrost religijności selektywnej oraz obojętności religijnej i ateizmu. Jednakże potrzeby, jakie zaspokaja religia, ciągle są jednymi z najważniejszych, dlatego takim zainteresowaniem, szczególnie wśród młodych ludzi, cieszą się sekty i nowe ruchy religijne.

Nawet najbardziej zagorzali przeciwnicy sekt religijnych przyznają, że stanowią one nierzadko atrakcyjniejszą alternatywę dla Kościoła, zaspokajając podstawowe potrzeby człowieka: materialno-bytowe, psychiczne i duchowe. Wspólnotowy, pierwotny charakter sekt oraz nieformalna więź łącząca jej członków pozwalają na głębsze przeżywanie wiary i intensywniejszy kontakt z Bogiem, niż w wielkich, zinstytucjonalizowanych Kościołach. Sekta nierzadko zastępuje jednostce dysfunkcjonalną rodzinę, uwalnia od uzależnień, pomaga znaleźć przyjaciół czy pracę, wspiera w trudnych sytuacjach. Przynależność do sekty daje poczucie bycia kimś wyjątkowym, lepszym, wybranym przez Boga.

W mojej ocenie działalność sekt często wpływa na pozytywne zmiany w takich instytucjach jak Kościół czy rodzina. Obawa przed odchodzeniem ludzi z Kościoła do sekt mobilizuje duchownych do bycia bliżej swoich wiernych, powrotu do działalności w małych wspólnotach, zredukowania biurokracji. Zdarza się również, że odejście do sekty kogoś z rodziny powoduje, że pozostali członkowie, szukając przyczyn tego odejścia, decydują się na pracę z psychologiem rodzinnym celem naprawy wzajemnych relacji i stosunków.

Bibliografia

Allan, J., Burrell, M.C. (1988). *Nie wszyscy są jednego Ducha.* Warszawa: PAX.
Bainbridge, W.S., Stark, R. (1998). Zaangażowanie religijne – ogólny zarys teorii. W: W. Piwowarski (red.). *Socjologia religii. Antologia tekstów.* (s. 108–131). Kraków: Nomos.
Barker, E. (1997). *Nowe ruchy religijne*. Kraków: Nomos.
Casanova, J. (1998). Deprywatyzacja religii. W: W. Piwowarski (red.), *Socjologia religii. Antologia tekstów.* (s. 409–429). Kraków: Nomos.
Doktór, T. (1999). *Nowe ruchy religijne i parareligijne w Polsce*. Warszawa: Verbinum.
Libiszowska-Żółtkowska, M. (2001). *Nowe ruchy religijne w świetle socjologii*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Libiszowska-Żółtkowska, M. (2003). *Konwertyci nowych ruchów religijnych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Paleczny, T. (1998). *Sekty. W poszukiwaniu utraconego raju.* Kraków: Uniwersitas.
Piwowarski, W. (1996). *Socjologia religii.* Lublin: RW KUL.
Piwowarski W. (red.). (1998). *Socjologia religii. Antologia tekstów.* Kraków: Nomos.
Sadowska, J. (1996). *Sekty i wspólnoty wyznaniowe w świetle publikacji prasowych.* Nieopublikowana praca magisterska, IS UW, Warszawa.
Sztumski, J. (red.). (1993). *Sekty. Studium socjologiczno-historyczne*. Kielce: Wydawnictwo Schumacher.
Zulehner, P.M. (1998). Religia z wyboru jako dominująca forma społeczna. W: W. Piwowarski (red.), *Socjologia religii. Antologia tekstów.* (s. 383–409). Kraków: Nomos.
Zwoliński, A. (1996). *Anatomia sekty*. Kraków: Wydawnictwo Gotów.
http://sekty.sluzew.dominikanie.pl

FENOMEN SEKT RELIGIJNYCH – ROZWAŻANIA DOTYCZĄCE PRZYCZYN ATRAKCYJNOŚCI SEKT RELIGIJNYCH

Streszczenie

Artykuł podejmuje problematykę popularności we współczesnym świecie sekt i nowych ruchów religijnych. Postępująca indywidualizacja i prywatyzacja religii spowodowała odchodzenie ludzi od tradycyjnych instytucji religijnych – Kościołów. Rozwijający się „rynek światopoglądowy" pozwala jednostkom dokonywać wyboru spośród wielu ofert, także tych religijnych. Religijność instytucjonalna zostaje wypierana przez religijność prywatną, która ma na celu pomóc współczesnemu człowiekowi w rozwiązywaniu jego codziennych, egzystencjalnych problemów.

Popularność sekt religijnych jest spowodowana: kryzysem współczesnej cywilizacji (zagrożenia o charakterze globalnym: ekologiczne, nuklearne, polityczne, społeczne, ekonomiczne), kryzysem instytucji Kościoła i rodziny. Większą skłonność do wstępowania do sekt religijnych posiadają osoby o określonym typie osobowości, znajdujące się w określonej sytuacji życiowej. W werbowaniu do sekt pomagają różnorodne techniki, w tym najczęściej stosowana: bombardowanie miłością.

Ocena działalności sekt religijnych nie jest jednoznaczna. Badacze przedmiotu postulują oderwanie pojęcia sekta od wartościowania, wskazując na ich olbrzymią różnorodność, zarówno form, jak i działania. Jednakże w języku potocznym sekta kojarzy się ciągle z grupą o charakterze psychomanipulacyjnym, która niszczy człowieka psychicznie i fizycznie.

Słowa kluczowe: sekta religijna, nowy ruch religijny, zaangażowanie religijne, prywatyzacja religii, sekularyzacja.

PHENOMENON OF RELIGIOUS SECTS – DISCUSSION ON THE CAUSES OF RELIGIOUS SECTS' APPEAL

Summary

This article discusses the popularity of sects and new religious movements in the contemporary world. The increasing individualization and privatization of religion resulted in people abandoning traditional religious institutions – like the Church. The development of a "market of worldviews" allows individuals to choose from many offers, including religious ones. Institutional religiousness is being driven away by private religiousness, whose aim is to help the contemporary man to solve everyday existential problems.

Popularity of religious sects results from a crisis in contemporary civilization (i.e. global threats: ecological, nuclear, political, social, and economic ones), a crisis in the institution of the Church and in the family. A higher inclination to join religious sects is observed among people with a certain type of personality who are in a particular life situation. There are various techniques which help sects to recruit people, among which the most common is love bombing.

Assessment of religious sects is ambiguous. Researchers studying this subject argue against passing judgment on the term "sect," pointing out a huge diversity in its forms and types of activities. However, in colloquial language, sects are still associated with psychomanipulative groups whose aim is to destroy an individual mentally and physically.

Key words: religious sect, new religious movement, religious involvement, privatization of religion, secularization.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(10) 2009

PRACE BADAWCZE

JOANNA RAJANG, MONIKA ZOCH

ASERTYWNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH A ICH PERCEPCJA PROBLEMÓW ŻYCIOWYCH

Podstawy teoretyczne badań

Termin „asertywność" pojmować można w wieloraki sposób. W zależności od podejścia, w którym rozpatrywane jest to zjawisko, asertywność może być interpretowana jako: zachowanie, pewność siebie i dobra samoocena, porozumiewanie się oraz umiejętność samorealizacji w ramach swoich możliwości (J. Ferguson, 2000), a także sposób myślenia (R. Alberti, M. Emmons, 2007, A. Townend, 1991), lub jak uważano dawniej, cecha osobowości (R. Cattel, 1965). R. Poprawa (2001) podaje kompleksowe, wieloaspektowe znaczenie pojęcia asertywności, która zdefiniowana jest przez niego jako: sposób autoekspresji własnych przekonań i uczuć oraz radzenia sobie z wymaganiami relacji życiowych dotyczących przede wszystkim kontaktów interpersonalnych. Zachowanie asertywne jest adekwatne (zgodny z tym, co człowiek myśli i czuje), otwarte i uczciwe, a jednocześnie stanowcze i wyrażające pewność siebie; swobodne, ale i kontrolowane oraz respektujący dobro innych ludzi.

Obok wielu różnorodnych definicji asertywności, w literaturze istnieje wiele różnorodnych typologii tego zjawiska. Badania wykazują, że możemy mówić o dwóch podstawowych kryteriach, według których można dzielić asertywność (J. Rajang, 2003). Jest to stopień zaangażowania w działania asertywne i poziom gotowości prospołecznej człowieka. I tak według pierwszego kryterium asertywne zachowania mogą być reaktywne (o zaangażowaniu niewielkim, będące jedynie odpowiedzią na konkretną sytuację społeczną) i celowe (o dużym wysiłku, zaangażowaniu w działania na rzecz zdrowia psychicznego i osobistego rozwoju). Natomiast kierując się drugim kryterium wyróżnia się, tylko w przypadku zachowań asertywnych celowych: zachowania indywidualistyczne, mające na celu dobro własne, i kooperatywne, przynoszące korzyści obu stronom interakcji (J. Rajang, 2003).

Asertywność pozostaje w kręgu zainteresowania zarówno teoretyków, jak i praktyków, w szczególności z uwagi na jej użyteczność w życiu indywidualnym jak

i społecznym człowieka (R. Poprawa, 2001). Pierwotnie za jej podstawową funkcję uważano udział w przezwyciężaniu zahamowań emocjonalnych i lęków społecznych (A. Lazarus, 1971; J. Wolpe, 1969). We współczesnym rozumieniu, asertywności przypisano znacznie szerszą rolę. Bycie asertywnym pomaga w realizacji celów życiowych, chronieniu i potwierdzaniu własnej wartości oraz samoakceptacji czy też samokontroli (R. Poprawa, 2001). Powszechnie uważa się, że dzięki zachowaniom asertywnym zapobiega się hipokryzji, zakłamaniu relacji międzyludzkich, a ogranicza zaś manipulację, agresję czy uległość (S. Mika, 1987; R. Poprawa, 2000). Nie tylko redukują one lęk, co chronią przed osamotnieniem, ale także umożliwiają bliskie i znaczące relacje międzyosobowe, oparte na szczerości, wzajemnym szacunku i zaufaniu, stanowiące źródło satysfakcji z życia (R. Alberti, M. Emmons, 2007; J. Ferguson, 2000). Dzięki asertywności udaje się konstruktywnie rozwiązywać konflikty, mając na uwadze dobro obu stron (R. Alberti, M. Emmons, 2007; H. Sęk, 1988). Sprzyja ona rozwojowi wewnętrznej siły do budowania zdrowych relacji międzyludzkich (M. Hartley, 2002). Asertywność w tym ujęciu służy zatem autoekspresji jednostki, daje jej możliwość pełnego wyrażania siebie, przy jednoczesnym respektowaniu praw innych, nie ranieniu ich, co optymalizuje kontakty społeczne (R. Alberti, M. Emmons, 2007; R. Poprawa, 2001). Asertywne postępowanie zwiększa poczucie odpowiedzialności za własne słowa, czyny, myśli, a tym samym za całe życie, wywierając przez to pozytywny wpływ na jego jakość (M. Oleś, 1998).

Istotny jest też fakt, że asertywność ma wpływ na sposób interpretowania, oceniania stawianych jednostce wymagań. Poprzez oddziaływanie na myślenie, sprzyja skutecznemu radzeniu sobie z zadaniami i wymaganiami życia społecznego, polegającemu na konfrontacji osoby z problemem, aktywnym zaangażowaniu się w jego rozwiązanie (R. Poprawa, 2001). Tak więc asertywność służy nie tylko efektywności społecznej, ale także konstruktywnemu radzeniu sobie w życiu (R. Poprawa, 2000).

Biorąc pod uwagę wszystkie te funkcje asertywności, należy przypuszczać, że jej użyteczność objawi się również, a może szczególnie, w codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawni ogółem stanowią dość liczną grupę społeczną, która przejawia wyraźne tendencje wzrostowe, co jest procesem nieodwracalnym (A. Borowiec, 2003). Jak wynika z danych, szybki wzrost liczebności grupy niepełnosprawnych powoduje, że istotne, a niemalże konieczne staje się zainteresowanie sytuacją psychologiczną tych osób, a w konsekwencji poprawą jakości ich życia. Za niepełnosprawną uważa się taką osobę, której „stan zdrowia fizycznego lub psychicznego powoduje trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełnianie ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm" – Zespół przy Pełnomocniku ds. Osób Niepełnosprawnych – (S. Kowalik, 1999, s. 25). Definicja ta zakłada istnienie niepełnosprawności na dwóch poziomach funkcjonowania człowieka: biologicznym i społecznym. Defekt biologiczny nazywany jest dysfunkcjonalnością organizmu. Polega on na niepełnosprawności organizmu, niezdolności do właściwego wypełniania swoich funkcji

przez cały organizm bądź też poszczególne jego układy czy narządy. Natomiast niepełnosprawność społeczna oznacza niezdolność człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych, podejmowanie odpowiedniej aktywności itp. Warunkiem koniecznym do sklasyfikowania niepełnosprawności jest istnienie defektów w obu tych sferach (S. Kowalik, 2003). Niepełnosprawność prowadzi do powstania szeregu trudności, jak i też problemów specyficznych dla osób nią obarczonych (S. Kowalik, 2007; T. Witkowski, 1993) Wiele z nich wiąże się z nieodpowiednim stosunkiem otoczenia względem osób pozbawionych pełnej sprawności, braku wiedzy na temat różnych rodzajów niepełnosprawności a także percepcji siebie i własnej sytuacji życiowej u osób z niepełnosprawnością. Tak więc czynników warunkujących problemy życiowe osób niepełnosprawnych upatrywać należy zarówno po stronie jednostki, jak i otoczenia (R. Ossowski, 1999).

Osoby niepełnosprawne mimo różnych rodzajów i stopni ciężkości inwalidztwa doświadczają podobnych problemów życiowych, które wiążą się z:

- wyborem własnej drogi życiowej, która byłaby najbardziej odpowiednia do możliwości;
- nieodpowiednimi (negatywnymi, obojętnymi czy nadmiernie opiekuńczymi) postawami otoczenia społecznego, na które trudno znaleźć właściwy sposób reagowania;
- trudnościami w zaspokojeniu ważnych potrzeb życiowych, zwłaszcza potrzeby kontaktu z innymi, przyjaźni, niezależności, pracy, osiągnięć osobistych i społecznych;
- regulowaniem stosunków społecznych za pomocą obecnych możliwości;
- budowaniem poczucia własnej wartości opartej na ocenach własnych i innych (R. Ossowski, 1982).

Typowymi problemami osób niepełnosprawnych są poczucie inności lub raczej odmienności, oraz poczucie ograniczenia samodzielności (R. Ossowski, 1999; T. Witkowski, 1993). Trudności te pojawiają się bez względu na rodzaj niepełnosprawności i są dosyć częstym zjawiskiem (T. Witkowski, 1993). Osoby niepełnosprawne mają także często zaniżone poczucie własnej wartości. A biorąc pod uwagę istniejący związek między samoakceptacją a odczuwaniem akceptacji przez innych, więcej trudności spodziewać się można w ich przypadku w kształtowaniu prawidłowych relacji społecznych (R. Ossowski, 1982).

Reasumując wcześniejsze rozważania należy stwierdzić, że z psychologicznego punktu widzenia istotą niepełnosprawności jest predyspozycja do tworzenia sytuacji problemowych w życiu obciążonej nią osoby (S. Kowalik, 2007). Ten fakt sprawia, że niepełnosprawni stanowią grupę, w obrębie której dość liczne jest występowanie różnorodnych problemów życiowych, w tym osobowościowych, rodzinnych, społecznych i zajęciowych.

Owa prawidłowość skłania do zastanowienia się, na ile umiejętności zachowań asertywnych osób niepełnosprawnych – tak istotne w regulowaniu życia społecznego i psychicznego człowieka – sprzyjają obniżeniu występowania

u nich różnorodnych problemów życiowych. W związku z tym postawiono następujące pytanie badawcze:

Czy istnieje związek między poziomem gotowości osób niepełnosprawnych do prezentowania różnych rodzajów zachowań asertywnych a percepcją ich problemów życiowych: osobowościowych, rodzinnych, zajęciowych i społecznych?

Celem znalezienia odpowiedzi na tak postawione pytanie badawcze przeprowadzono badania empiryczne.

Metoda badań

Wykorzystane narzędzia pomiarowe

A) Ankieta Osobowa – zbiór podstawowych danych na temat osoby badanej i jej sytuacji społeczno-demograficznej. Zawiera ona ogólne informacje, takie jak wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczbę osób, z jakimi badany mieszka, jak i poziom jego aktywności oraz informacje dotyczące niepełnosprawności osoby badanej (rodzaj, stopień i czas jej rozpoznania).

B) Kwestionariusz Gotowości do Prezentowania Zachowań Asertywnych, który mierzy poziom gotowości człowieka do prezentowania różnych typów zachowań społecznych w różnorodnych sytuacjach społecznych, autorstwa J. Rajang. Jest on kwestionariuszem interakcyjnym typu S-R. Zawiera dwie skale do pomiaru zachowań społecznych: Skala AS – do pomiaru ogólnej gotowości do prezentowania zachowań asertywnych w różnych typach sytuacji społecznych. Skala NAS – do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań nieasertywnych w różnych typach sytuacji społecznych. Każda ze skal składa się z następujących podskal: Skala AS składa się z: AR – podskala do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań asertywnych reaktywnych, AI – podskala do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań asertywnych celowych indywidualistycznych, AK – podskala do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań asertywnych celowych kooperatywnych. Natomiast skala NAS składa się z: Ul – podskala do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań uległych, Ag – podskala do pomiaru gotowości do prezentowania zachowań agresywnych.

Kwestionariusz KGPZA mierzy poziom gotowości do prezentowania określonych zachowań społecznych w 6 typach sytuacji społecznych: sytuacji „przewagi nad partnerem", sytuacji „podporządkowania partnerowi", sytuacji „kontaktu oficjalnego", sytuacji „kontaktu nieoficjalnego", sytuacji „kontaktu indywidualnego" oraz sytuacji „kontaktu zbiorowego".

Maksymalny wynik dla każdej z pięciu podskal wynosił: 32 punkty, natomiast minimalny 0 punktów. Im wyższy wynik uzyskuje badana osoba na danej pod-

skali, tym wyższy jest u niej poziom gotowości do prezentowania danego typu zachowania. Chcąc uzyskać wynik ogólnego poziomu gotowości do prezentowania zachowania asertywnego (AS) lub nieasertywnego (NAS), należy zsumować punkty uzyskane przez badanego: odpowiednio dla AS – w trzech podskalach: AR, AI i AK, a dla NAS – w dwóch podskalach: AG i UL. Maksymalny wynik dla skali mierzącej ogólny poziom gotowości do prezentowania zachowania asertywnego (AS) wynosi 72 punkty, natomiast dla skali mierzącej poziom gotowości do prezentowania zachowania nieasertywnego 56 punktów. Minimalny wynik dla skali mierzącej ogólny poziom gotowości do prezentowania zachowania asertywnego to 24 punkty, natomiast dla zachowania nieasertywnego 8 punktów.

Zgodność wewnętrzna skali obliczona metodą Cronbacha dla skali AR wynosi: $\alpha = 0{,}82$, dla skali AI – $\alpha = 0{,}85$, dla skali AK – $\alpha = 0{,}83$, dla skali AG – $\alpha = 0{,}82$, dla skali UL – $\alpha = 0{,}86$. W kwestionariuszu wykorzystano ostatecznie jedynie te twierdzenia, które zostały przyporządkowane do podskal przy stuprocentowej zgodności sędziów kompetentnych, uzyskano w ten sposób zadowalającą trafność narzędzia pomiarowego.

C) Inwentarz HPI: problemy osób niepełnosprawnych, który jest polską wersją amerykańskiego inwentarza (G.K. Wright, H.H. Rewers, 1960) sporządzoną przez T. Witkowskiego (1993). Zawiera on 280 twierdzeń określających problemy i trudności charakterystyczne dla osób niepełnosprawnych. Osoba badana zaznacza te problemy, które spostrzega we własnym życiu. Minimalny wynik, jaki można uzyskać to 0, maksymalny zaś to 280 punktów. Im większa jest liczba punktów, czyli spostrzeganych przez osobę niepełnosprawną problemów i trudności, tym niższy jest poziom jej przystosowania do niepełnosprawności. Oprócz wyniku globalnego dzięki inwentarzowi HPI otrzymujemy wyniki skumulowanych problemów w czterech poszczególnych sferach: sfery osobowościowej (96 twierdzeń), sfery rodzinnej (68 twierdzeń), sfery społecznej (54 twierdzenia) oraz sfery zajęciowej (61 twierdzeń). Umożliwia to porównania między sferami i daje duże możliwości diagnostyczne.

Właściwości psychometryczne tego narzędzia pomiarowego są bardzo zadowalające. Jeżeli chodzi o rzetelność, która została ustalona na podstawie badań populacji 1027 osób niepełnosprawnych, biorąc pod uwagę zgodność pomiędzy sferami HPI, to uzyskane wskaźniki korelacji mieszczą się w granicach 0,91–0,95, co świadczy o wysokiej zgodności i jednorodności HPI. Trafność teoretyczna również nie może budzić żadnych wątpliwości, z uwagi na wyniki pochodzące wprost od osób niepełnosprawnych. Dla poszczególnych sfer uzyskano następujące wskaźniki: sfera osobowościowa 0,95, rodzinna 0,92, społeczna 0,91, zajęciowa 0,93.

Charakterystyka badanej grupy

Ogółem przebadano 64 osoby niepełnosprawne, w tym 30 osób z niepełnosprawnością fizyczną, 31 osób z niepełnosprawnością wzrokową i 3 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności. 29 osób posiadało znaczny stopień niepełnosprawności

(12 niepełnosprawnych fizycznie, 14 niepełnosprawnych wzrokowo i 3 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności). Umiarkowany stopień niepełnosprawności miało 31 badanych (15 niepełnosprawnych fizycznie i 16 niepełnosprawnych wzrokowo). Natomiast z lekkim stopniem niepełnosprawności były tylko 4 osoby (3 osoby niepełnosprawne fizycznie i 1 wzrokowo). Jeżeli chodzi o czas rozpoznania niepełnosprawności, to 39 osób jest niepełnosprawnych od urodzenia (19 niepełnosprawnych fizycznie, 19 niepełnosprawnych wzrokowo i 1 osoba z oboma rodzajami niepełnosprawności), 8 niepełnosprawnych nabyło niepełnosprawność w wieku przedszkolnym (4 niepełnosprawnych fizycznie, 2 niepełnosprawnych wzrokowo i 2 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności), 9 osób jest niepełnosprawnych od czasów szkoły podstawowej (3 niepełnosprawnych fizycznie i 6 niepełnosprawnych wzrokowo), w wieku późniejszym zaś 8 badanych nabyło niepełnosprawność (4 niepełnosprawnych fizycznie i 4 niepełnosprawnych wzrokowo). Wśród badanych było 31 kobiet w przedziale wiekowym od 19 do 41 lat, w tym 14 niepełnosprawnych fizycznie i 17 niepełnosprawnych wzrokowo oraz 33 mężczyzn w wieku od 18 do 39 lat, w tym 16 niepełnosprawnych fizycznie, 14 niepełnosprawnych wzrokowo i 3 z oboma rodzajami niepełnosprawności. Pięćdziesiąt pięć osób było stanu wolnego (27 niepełnosprawnych fizycznie, 25 niepełnosprawnych wzrokowo i 3 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności) oraz 1 wdowa (niepełnosprawna fizycznie). 8 osób pozostawało w związku małżeńskim (2 niepełnosprawnych fizycznie i 6 niepełnosprawnych wzrokowo). Najwięcej badanych miało wykształcenie średnie (36 osób, w tym 15 niepełnosprawnych fizycznie, 18 niepełnosprawnych wzrokowo i 3 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności). 15 osób miało wykształcenie wyższe (7 niepełnosprawnych fizycznie i 8 niepełnosprawnych wzrokowo). Z podstawowym wykształceniem było 7 osób (5 niepełnosprawnych fizycznie, 2 niepełnosprawnych wzrokowo). Najmniej osób miało wykształcenie zawodowe (6 osób, w tym 3 niepełnosprawne fizycznie i 3 niepełnosprawne wzrokowo). Badani pochodzili z różnych środowisk miejskich – miast liczących powyżej 150 tysięcy mieszkańców (19 osób, w tym 8 niepełnosprawnych fizycznie, 10 niepełnosprawnych wzrokowo i 1 osoba z oboma rodzajami niepełnosprawności), miast liczących od 50 tysięcy do 150 tysięcy mieszkańców (25 osób, w tym 15 niepełnosprawnych fizycznie i 10 niepełnosprawnych wzrokowo) oraz miast mających mniej niż 50 tysięcy mieszkańców (5 osób, w tym 1 niepełnosprawna fizycznie, 3 niepełnosprawne wzrokowo i 1 osoba z oboma rodzajami niepełnosprawności). Na wsi mieszkało natomiast 15 badanych (15 osób, w tym 6 niepełnosprawnych fizycznie, 8 niepełnosprawnych wzrokowo i 1 osoba z oboma rodzajami niepełnosprawności). Czterdzieści siedem osób spośród badanych mieszka razem z innymi osobami (22 niepełnosprawnych fizycznie, 23 niepełnosprawnych wzrokowo i 2 osoby z oboma rodzajami niepełnosprawności). 13 badanych mieszka wraz z drugą osobą (7 niepełnosprawnych fizycznie i 6 niepełnosprawnych wzrokowo). Natomiast same mieszkają 4 osoby (1 niepełnosprawna fizycznie, 2 niepełnosprawne wzrokowo i 1 z oboma rodzajami niepełnosprawności). Badana grupa zróżnicowana była także pod względem poziomu aktywności respondentów. Każdy z nich czynnie funkcjonował społecznie:

pracując (31 osób), ucząc się (27 osób), działając na rzecz innych (16 osób) lub poświęcając się własnym zainteresowaniom (33 osoby). Trzydziestu czterech badanych zaznaczyło dwie lub więcej przejawianych aktywności.

Wyniki badań

Asertywność a ilość problemów życiowych osób niepełnosprawnych

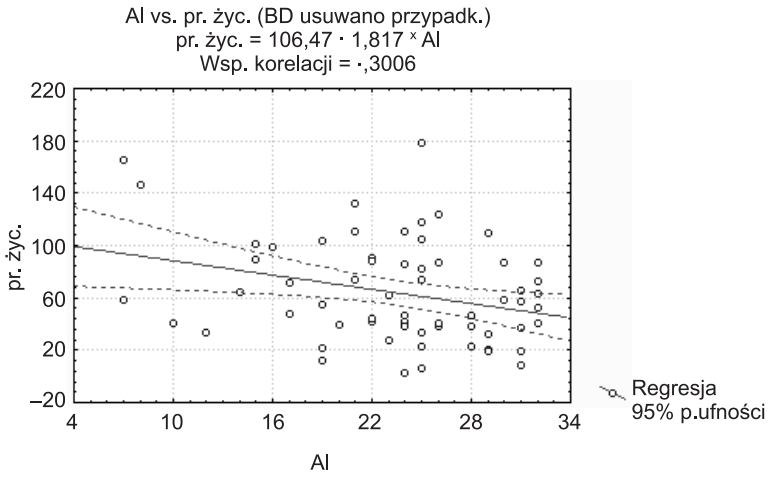
Celem określenia zależności występujących pomiędzy poziomem asertywności badanych a ilością postrzeganych przez nich problemów życiowych obliczono współczynniki korelacji Pearsona dla zmiennych ogólnego poziomu asertywności (A) i poszczególnych jej rodzajów (AR, AI, AK) oraz ilości problemów życiowych (pr. życ.). Dokładne wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1.

	Średnia	r(X,Y)	r^2	t	p
A	64,0625				
pr. życ.	63,45313	0,022194	0,000493	0,1748	0,861806
AR	17,21875				
pr. życ.	63,45313	0,241036	0,058098	1,955574	0,055026
AI	23,67188				
pr. życ.	63,45313	–0,30057	0,090343	–2,48144	0,01581
AK	23,17188				
pr. życ.	63,45313	0,041395	0,001714	0,326223	0,745355

Uzyskane poziomy istotności wskazują, iż istotna statystycznie (przy $p < 0,05$) jest korelacja między poziomem asertywności indywidualistycznej a ilością postrzeganych problemów życiowych. Natomiast pomiędzy ogólnym poziomem asertywności, jak jej dwóch odmian: asertywności reaktywnej i kooperatywnej a ilością problemów życiowych nie ma istotnej statystycznie różnicy. Współczynnik korelacji dla zmiennych poziomu asertywności indywidualistycznej i ilości problemów życiowych wynosi –0,3, co oznacza, że korelacja jest umiarkowana i ujemna. Tak więc możemy stwierdzić, że im wyższy poziom gotowości osoby niepełnosprawnej do prezentowania zachowań asertywnych indywidualistycznych, tym mniej problemów życiowych postrzega. Zależność tę obrazuje wykres 1.

Pomimo że prezentowane wyniki wskazują na brak istotnych statystycznie różnic w ilości postrzeganych problemów życiowych przy różnym poziomie asertywności, dzięki przeprowadzonym badaniom empiryczne okazało się, że rzeczywisto-



Wykres 1.

ści jest nieco bardziej złożona i że konieczne stało się określenie zależności występujących między poziomem asertywności a ilością postrzeganych problemów życiowych w poszczególnych sferach funkcjonowania człowieka niepełnosprawnego: osobowościowej, rodzinnej, społecznej i zajęciowej. Obliczono więc współczynniki korelacji Pearsona dla zmiennych poziomu asertywności (A, AR, AI, AK) oraz ilości problemów życiowych w poszczególnych sferach funkcjonowania.

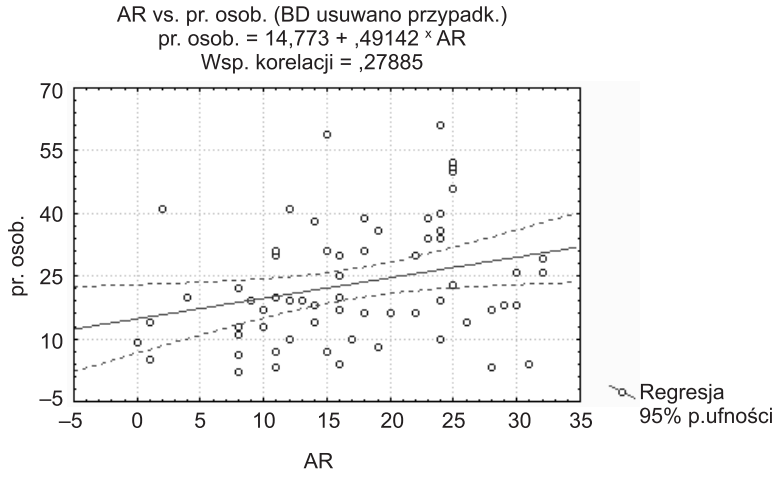
Asertywność a ilość problemów osobowościowych osób niepełnosprawnych

Uzyskane w badaniach wyniki wskazują na istnienie istotnych statystycznie zależności pomiędzy różnymi typami zachowań asertywnych a ilością postrzeganych problemów osobowościowych osób badanych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2.

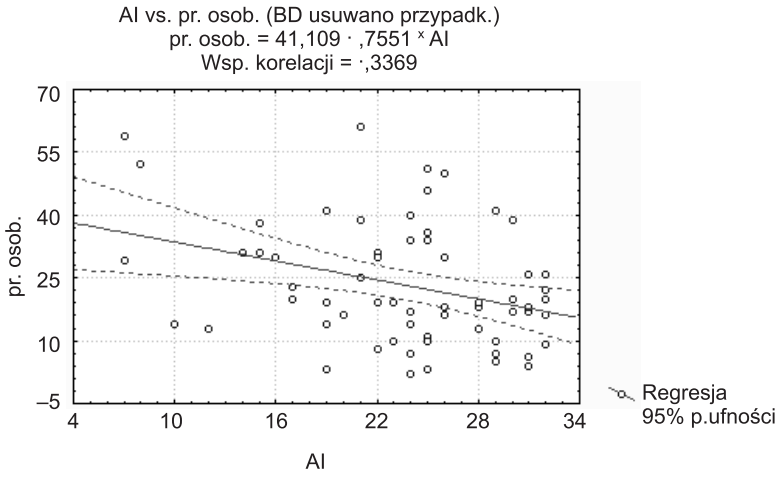
	Średnia	r(X,Y)	r^2	t	p
A	64,0625				
pr. osob.	23,23438	0,0142	0,000202	0,111819	0,911328
AR	17,21875				
pr. osob.	23,23438	0,278847	0,077756	2,28633	0,025663
AI	23,67188				
pr. osob.	23,23438	–0,33687	0,113478	–2,81713	0,006492
AK	23,17188				
pr. osob.	23,23438	0,014038	0,000197	0,110545	0,912334

Wykazano między innymi istotną statystycznie (przy $p<0,05$) różnicę między poziomem asertywności reaktywnej a ilością problemów osobowościowych. Dla tej zależności współczynnik Pearsona jest równy 0,27, co świadczy o niskiej i dodatniej korelacji. Zatem im wyższa asertywność reaktywna, tym większa ilość problemów osobowościowych. Zależność tę obrazuje wykres 2.



Wykres 2.

Również statystycznie istotną okazała się być różnica między poziomem asertywności indywidualistycznej a ilością problemów osobowościowych. W tym przypadku współczynnik Pearsona wynosi -0,33, co świadczy o umiarkowanej i ujemnej korelacji. Można więc stwierdzić, że im wyższa asertywność indywidualistyczna, tym mniej problemów osobowościowych ma osoba niepełnosprawna. Zależność tę przedstawia wykres 3.



Wykres 3.

Natomiast zależność między ogólnym poziomem asertywności, jak i poziomem asertywności kooperatywnej a ilością problemów osobowościowych, nie jest istotna statystycznie.

Asertywność a ilość problemów rodzinnych osób niepełnosprawnych

Przeprowadzone badania empiryczne wskazują na brak istotnych statystycznie zależności pomiędzy asertywnością badanych a ilością postrzeganych przez nich problemów rodzinnych. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3.

	Średnia	r(X,Y)	r^2	t	p
A	64,0625				
pr.rodz.	11,28125	0,011741	0,000138	0,092457	0,926633
AR	17,21875				
pr.rodz.	11,28125	0,204021	0,041625	1,640978	0,105866
AI	23,67188				
pr.rodz.	11,28125	–0,24011	0,057655	–1,94764	0,05599
AK	23,17188				
pr.rodz.	11,28125	0,007454	5,56E-05	0,058691	0,953387

Innymi słowy, ilość postrzeganych problemów w sferze rodzinnej osób niepełnosprawnych nie zależy od poziomu ich gotowości do prezentowania żadnego z typów zachowania asertywnego.

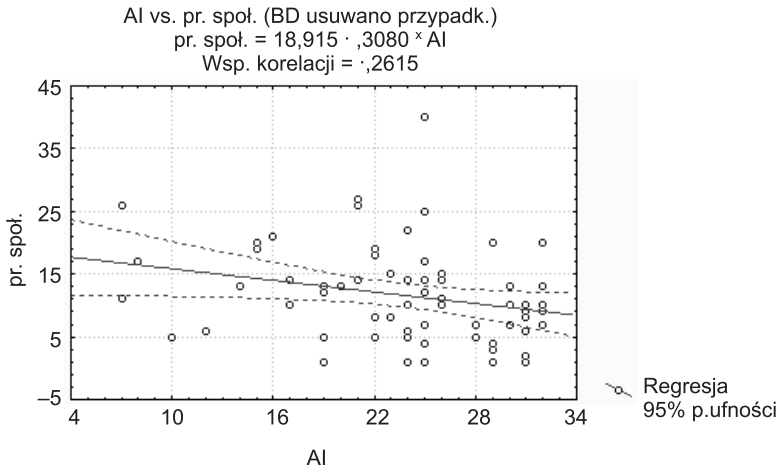
Asertywność a ilość problemów społecznych osób niepełnosprawnych

Badając zależności występujące między poziomem gotowości do prezentowania poszczególnych typów zachowań asertywnych a ilością problemów w sferze społecznej, istotny statystycznie wynik uzyskano między poziomem asertywności indywidualistycznej a ilością problemów społecznych. Współczynnik korelacji dla tych zmiennych wynosi –0,26, a więc jest to niska i ujemna korelacja. Niemniej jednak zależność: im wyższa asertywność indywidualistyczna, tym mniej problemów społecznych, została potwierdzona. Korelację tę ilustruje wykres 4.

W przypadku innych rodzajów asertywności i jej ogólnego poziomu oraz ilości problemów społecznych nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic.

Asertywność a ilość problemów zajęciowych osób niepełnosprawnych

Podczas analizy uzyskanych w badaniach wyników nie stwierdzono żadnej istotnej statystycznie zależności między poziomem asertywności badanych (i jej



Wykres 4.

różnych rodzajów) oraz ilością postrzeganych przez nich problemów w sferze zajęciowej. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5.

	Średnia	R(X,Y)	r^2	t	p
A	64,0625				
pr. zaj.	17,3125	0,023415	0,000548	0,184421	0,854285
AR	17,21875				
pr. zaj.	17,3125	0,158871	0,02524	1,267041	0,20988
AI	23,67188				
pr. zaj.	17,3125	–0,24112	0,05814	–1,95632	0,054935
AK	23,17188				
pr. zaj.	17,3125	0,084128	0,007078	0,664782	0,508655

Podsumowując uzyskane w badaniach wyniki należy stwierdzić, że:

- ogólny poziom asertywności nie ma związku z ilością problemów życiowych osób niepełnosprawnych;
- istnieje odwrotna zależność między poziomem asertywności indywidualistycznej a ilością problemów życiowych, a w tym osobowościowych i społecznych;
- istnieje dodatnia zależność między poziomem asertywności reaktywnej a ilością problemów osobowościowych;

- poziom ogólnej asertywności, jak i jej rodzajów, nie ma związku z ilością problemów natury rodzinnej i zajęciowej;
- poziom asertywności kooperatywnej nie ma związku z ilością problemów życiowych z jakiejkolwiek sfery.

Dyskusja wyników i wnioski z badań

W efekcie przeprowadzonych badań udało się ustalić związek między asertywnością i jej poszczególnymi rodzajami a ilością problemów w rozróżnieniu na elementarne sfery: osobowościową, rodzinną, społeczną i zajęciową. Podstawowe założenie, że wraz ze wzrostem asertywności, ilość problemów życiowych we wszystkich sferach życia osób niepełnosprawnych maleje, nie potwierdziło się. Brak owej prawidłowości tłumaczyć można wykorzystaniem innych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych (J. Chodkiewicz, 2005; H. Makowska, R. Poprawa, 2001; J. Terelak, 2001), jakie wypracowują osoby niepełnosprawne. Do takich sposobów radzenia sobie z problemami życiowymi można dla przykładu zaliczyć: korzystanie ze wsparcia, unikanie sytuacji stresowych, pozytywne przewartościowanie, czy oddanie się praktykom religijnym. Zastanawiający jest związek między powyższymi strategiami radzenia sobie a ilością problemów życiowych osób niepełnosprawnych. Owe zagadnienie stanowi podstawę do dalszych badań empirycznych w celu znalezienia właściwego czynnika moderującego ilość problemów życiowych osób niepełnosprawnych.

Nieco inaczej jednak omawiane zjawisko przedstawia się w rozróżnieniu na poszczególne rodzaje asertywności. Otóż, co zostało potwierdzone w badaniach, asertywność indywidualistyczna ma związek z ilością problemów życiowych osób niepełnosprawnych, a w tym osobowościowych i społecznych. Owa zależność tłumaczy, jak ważną rolę w życiu niepełnosprawnej jednostki odgrywa obrona własnych praw, zapewnianie sobie korzyści na drodze wspólnego porozumienia z innymi. Osoba niepełnosprawna sama musi myśleć o sobie, gdyż nierzadko społeczeństwo zapomina o jej potrzebach (Ł. Orylski, 2006). Dzięki zachowaniom asertywnym, mającym na celu dobro własne, jednostka może bez większych problemów funkcjonować w społeczeństwie, a także radzić sobie w życiu prywatnym, co nie będzie negatywnie wpływać na rozwój osobowościowy niepełnosprawnego człowieka, a wręcz przeciwnie, sprzyjać będzie dodatkowo zapobieganiu problemom natury osobowościowej.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że o ile istotne znaczenie dla obarczonego niepełnosprawnością człowieka ma asertywność indywidualistyczna, to inne rodzaje asertywności nie pełnią już tak ważnej funkcji. Jak wykazano, asertywność kooperatywna nie ma związku z ilością jakichkolwiek problemów życiowych osób niepełnosprawnych. Oznacza to, że dla niepełnosprawnego człowieka prospołeczne działanie, przynoszące korzyści obu stronom interakcji, nie jest związane z ilością doświadczanych problemów życiowych, w tym osobowościo-

wych, rodzinnych, społecznych i zajęciowych. Znajduje to swoje uzasadnienie, gdy weźmiemy pod uwagę charakter problemów osób niepełnosprawnych. Jakże często dotyczą one jedynie pozbawionej sprawności jednostki, u której często występuje silna koncentracja na sobie, własnym defekcie (M. Hebl, R. Kleck, 2008). Sprawia to, że problemy osób niepełnosprawnych w znacznej mierze dotyczą tylko własnego życia, skupiają się wokół własnej osoby, a nie dotyczą troski o los najbliższych, czy poprawy funkcjonowania grupy, do której w danym momencie należą (Ł. Orylski, 2006). Inwentarz HPI, którym posłużono się do zbadania ilości problemów osób niepełnosprawnych, zawierał właśnie takie twierdzenia, ściśle powiązane z niepełnosprawną jednostką, nawet gdy problem dotyczył funkcjonowania w rodzinie czy grupie rówieśniczej, obejmował on tylko taki zakres, w jakim przejawiał się brak sprawności respondenta. W takim przypadku trudno dowieść związku między poziomem asertywności kooperatywnej a ilością problemów, skoro problemy te nie obejmowały szerszego aspektu życia, nie jako indywiduum, a jednostki w społeczeństwie. Wówczas bowiem zależność między poziomem asertywności kooperatywnej a ilością problemów życiowych osób niepełnosprawnych mogłaby się uwidocznić. Podobnie mogłaby wyglądać sytuacja, gdyby zadaniem badanego było samodzielne wymienienie własnych problemów. Choć i tak, biorąc pod uwagę, że wszystkie twierdzenia inwentarza HPI zostały wybrane spośród najczęściej udzielanych odpowiedzi osób niepełnosprawnych (T. Witkowski, 1993), nie należy się spodziewać, że tak będzie. Warto tu zaznaczyć, że sam poziom asertywności indywidualistycznej i kooperatywnej można uznać za zbliżony, co świadczy o gotowości do obrony przez osoby niepełnosprawne nie tylko swoich praw, ale i także praw innych. Różnica natomiast polega na tym, że jeden rodzaj ma związek z problemami życiowymi, drugi nie, czego przyczyny próbowano się doszukać.

Jednakże istnieje pewna grupa badanych, w której związek między asertywnością kooperatywną a ilością problemów życiowych, w tym osobowościowych i zajęciowych, istnieje. Tak dzieje się w przypadku osób niepełnosprawnych zamieszkujących z jedną tylko jeszcze osobą. Wskazuje to na fakt, iż chęć współpracy opartej na równości z drugą osobą obniża ilość problemów życiowych, a w tym osobowościowych i zajęciowych osoby niepełnosprawnej. Otóż dzięki zasadzie „ja jestem ok., ty jesteś ok.", do której asertywność się sprowadza, osoba niepełnosprawna może czuć się równoprawnym obywatelem, co ma związek z obniżoną ilością problemów natury osobowościowej. Z kolei respektowanie praw własnych i drugiej osoby zobowiązuje do odpowiedniego podziału obowiązków zarówno domowych, jak i zawodowych, co przejawia się w mniejszej ilości problemów zajęciowych. Zastanawiający jest natomiast fakt, czemu jednak zależność ta nie wystąpiła wówczas, gdy obok osoby niepełnosprawnej zamieszkuje więcej osób? Czemu wtedy osoba niepełnosprawna poprzez wzrost asertywności kooperatywnej nie podnosi jakości relacji z poszczególnymi domownikami, co ma na celu znaczne obniżenie ilości jej problemów. Wielu naukowców twierdzi, że osobom niepełnosprawnym towarzyszy poczucie mniejszej wartości, inności (S. Kowalik,

2007, R. Ossowski, 1999), co może mieć decydujący wpływ na wycofywanie się z dbania o jakość relacji. Może to tłumaczyć, czemu niepełnosprawnej jednostce nie zależy na poprawie stosunków rodzinnych, społecznych, którym sprzyja asertywność kooperatywna, gdyż i tak w relacjach takich czują się gorsi. U osoby niepełnosprawnej zamieszkującej wraz z innymi domownikami, uwzględniając owe nastawienie, wysoki poziom asertywności kooperatywnej nie redukuje ilości problemów życiowych, gdyż grupa, jaką tworzy z innymi, przekracza zakres jej jedynie osobistych problemów.

Jeżeli chodzi zaś o asertywność reaktywną, to jej poziom jedynie dla ilości problemów osobowościowych ma znaczenie. I to zaskakujące. Badania wskazują na to, że im wyższy poziom asertywności reaktywnej osoby niepełnosprawne przejawiają, tym więcej problemów natury osobowościowej im towarzyszy. Owa zależność wynikać może z faktu, iż osoby niepełnosprawne charakteryzujące się wieloma problemami natury osobowościowej skłonne są do bardziej emocjonalnego, automatycznego reagowania w różnych sytuacjach, założeniem czego jest obrona własnych i nie tylko własnych praw, a co przejawia się właśnie w wyższym poziomie asertywności reaktywnej, będącej wynikiem niewielkiego zaangażowania. I choć ta zależność odnosi się do całej grupy badanych, jej obecność zaobserwować można także w wyselekcjonowanej grupie niepełnosprawnych fizycznie mężczyzn oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących z innymi osobami. Wskazuje to na mało konstruktywny aspekt asertywności, tu reaktywnej, w radzeniu sobie z problemami osobowościowymi osób niepełnosprawnych, zwłaszcza dla obu powyżej wyodrębnionych grup, jak i dla ogółu niepełnosprawnej społeczności. Jednakże uwzględnienie tylko takiego kierunku zależności byłoby znacznym uproszczeniem. Należy podkreślić, że bezrefleksyjne zachowanie, które pokrywa się w tym przypadku z zachowaniem asertywnym, należącym do jej reaktywnej odmiany, jest raczej pochodną istniejących problemów osobowościowych. Należy więc je zaliczyć do konsekwencji osobowościowych problemów niepełnosprawnej jednostki, nie zaś do przyczyn powstawania tych problemów. Zależność ma tu zatem, co się wydaje uzasadnione, odwrotny charakter.

Przedstawione wyniki dowodzą, jak ważną rolę w procesie radzenia sobie z problemami życiowymi, a konkretnie osobowościowymi, odgrywa stopień zaangażowania w zachowania asertywne. To od niego zależy, czy asertywność osoby niepełnosprawnej będzie redukować jej problemy osobowościowe, czy im towarzyszyć, bądź nawet, co nie zostało wykluczone, sprzyjać ich powstawaniu. Owa prawidłowość ma związek z rozumieniem pojęcia asertywności (R. Alberti, M. Emmons, 2007, R. Poprawa, 2000), a także jej głównych elementów. Otóż, kiedy zachowaniom asertywnym towarzyszy także asertywne myślenie, czyli w przypadku dużego zaangażowania w reakcję asertywną, której odpowiada odmiana asertywności indywidualistycznej, możemy mówić o pozytywnym związku między asertywnością a mniejszą ilością problemów osobowościowych. Odwrotnie jest natomiast wówczas, gdy choć jednostka zachowuje się asertywnie, nie ma to odzwierciedlenia w jej sposobie myślenia, co występuje

zazwyczaj w sytuacjach prowokujących zachowanie asertywne, należące do reaktywnej odmiany asertywności.

Największy związek asertywności z ilością problemów zaobserwowano w sferze osobowościowej, co znajduje swoje uzasadnienie w dowiedzionym osobowościowym uwarunkowaniu asertywności (M. Beisert, T. Pasikowski, H. Sęk, 1991). Jednakże związek ten nie jest całkowity, gdyż nie stwierdzono zależności między ogólnym poziomem asertywności oraz jej wszystkimi rodzajami a problemami sfery osobowościowej, co z kolei łączyć należy z sytuacyjnym uwarunkowaniem asertywności (tamże), a także z nikłym jej związkiem z poszczególnymi cechami osobowości (A. Jaworowska, 2005).

W niniejszych badaniach stwierdzono również, że asertywność nie służy poprawie sytuacji rodzinnej osób niepełnosprawnych. Co może świadczyć o odmiennym modelu funkcjonowania człowieka niepełnosprawnego w stosunku do innych środowisk. Będąc w gronie rodzinnym osoba niepełnosprawna nie musi zabiegać o przestrzeganie własnych praw, gdyż te i tak, z racji nadopiekuńczej często roli rodziców (S. Kowalik, 2007) nie są naruszane, a w sytuacji gdy mimo wszystko do tego dochodzi, własna obrona nie jest konieczna z uwagi na troskliwe na ogół podejście rodziców, którzy zbyt często wyprzedzają reakcje swojego niepełnosprawnego dziecka. Tak więc wzrost poziomu asertywności w przypadku relacji rodzinnych nie jest jednoznaczny z mniejszą ilością problemów tej sfery.

Również brak zależności między poziomem ogólnej asertywności, jak i jej rodzajów, a ilością problemów stwierdzono w sferze zajęciowej. Świadczy to o niezwiązanym z asertywnością podłożu problemów natury zajęciowej. Ów fakt tłumaczyć może duże znaczenie nastawienia pracodawcy, który korzystając z możliwych ulg i przywilejów (R. Ossowski, 1999), zatrudniając osobę niepełnosprawną, w znaczny sposób może się przyczynić do zmiany jej sytuacji życiowej, a tym samym zredukować jej problemy zajęciowe. Rola, jaką odgrywa otoczenie w kształtowaniu sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych, zdaje się być znacząca.

Nie tak jednoznaczna sytuacja przedstawia się, gdy pod uwagę weźmiemy problemy społeczne osób niepełnosprawnych. Asertywność ma w tym przypadku duże znaczenie, ale jedynie w swej indywidualistycznej odmianie. Jak już wspomniano wcześniej wiązać to można z pozytywnym wpływem zapewniania sobie korzyści w sytuacji, gdy otoczenie społeczne nie jest na tyle przychylne, by niepełnosprawna jednostka mogła bezproblemowo w nim funkcjonować (Ł. Orylski, 2006).

Bibliografia

Alberti, R.E., Emmons, M.L. (2007). *Asertywność*: *sięgaj po to, czego chcesz, nie raniąc innych*. Gdańsk: GWP.

Argyle, M. (1999a). Zdolności społeczne. W: S. Moscovici (red.), *Psychologia społeczna w relacjach ja – inni*. Warszawa: WSiP.

Argyle, M. (1999b). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Beisert, M., Pasikowski, T., Sęk, H. (1991). Asertywność jako ważny zespół kompetencji życiowych. W: H. Sęk (red.), *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczna*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
Borowiec, A. (2003). Życie z niepełnosprawnością. W: M. Kościelska (red.), *Człowiek niepełnosprawny: sprawność w niepełnosprawności*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
Brzeziński, J. (2004). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Cattel, R.B. (1965). The scientific analysis of personality. Baltimore: Penquin Books.
Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia: wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
Ferguson, J. (2000). *Asertywność doskonała*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
Hartley, M. (2002). *Dobry stres – przewodnik*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
Hebl, M.R., Kleck, R.E. (2008). Społeczne konsekwencje niepełnosprawności fizycznej. W: T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (red.), *Społeczne psychologia piętna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Jaworowska, A., (2005). *Osobowość osób asertywnych i nieasertywnych*. Niepublikowana praca magisterska, Instytut Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
Komorska, M. (1999). Młodzież niepełnosprawna a realizacja aspiracji życiowych. Analiza socjologiczna pamiętników. W: B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny – zagrożenia i szanse rozwoju*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
Kotowski, S. (1998). Osoby niewidome i słabowidzące. W: B. Szczepankowska, A. Ostrowska (red.), *Problem niepełnosprawności w doradztwie zawodowym*. Warszawa: Krajowy Urząd Pracy.
Kowalik, S. (1999). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
Kowalik, S. (2003). Psychologiczne podstawy niepełnosprawności i rehabilitacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia, podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk: GWP.
Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
Król-Fijewska, M. (1992). *Trening asertywności.* Warszawa: IPZiT, PTP.
Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny: problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.
Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill Book Company.
Lazarus, A.A. (1973). On assertive behavior. A brief note. *Behavior Therapy*, 4, 697–699.
Lindenfield, G. (1996). *Asertywność*. Łódź: Wydawnictwo „Ravi".
Majewski, T. (1983). *Psychologia niewidomych i niedowidzących*. Warszawa: PWN.
Majewski, T. (1995). *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
Makowska, H., Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Mika, S. (1987). *Jak modyfikować własne zachowania*. Warszawa: PWN.
Oleś, M. (1998). *Asertywność u dzieci w okresie wczesnej adolescencji*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Orylski, Ł. (2006). Wielowymiarowość zjawiska niepełnosprawności. W: W. Dykcik, A. Twardowski (red.), *Poznańska pedagogika specjalna – tradycja, osiągnięcia, perspektywy*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
Ossowski, R. (2004). Jakość życia – efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji. W: M. Kościelska, B. Aouil, (red.), *Człowiek niepełnosprawny*: *rodzina i praca*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.

Ossowski, R. (1982). *Kształtowanie obrazu własnej sytuacji i siebie u inwalidów wzroku w procesie rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP.
Pilecka, W. (1987). Wybrane zagadnienia tyflopsychologii. W: A. Wyszyńska, (red.), *Psychologia defektologiczna*. Warszawa: PWN.
Poprawa, R. (2001). Asertywność – osobisty zasób zmagania się ze stresem w relacjach interpersonalnych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.
Poprawa, R. (2000). Co to znaczy być asertywnym. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju – psychostymulacja i psychokorekcja*. T. 2. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
Rajang, J. (2003). Nowa perspektywa w badaniach nad asertywnością. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju – psychostymulacja i psychokorekcja*. T. 5. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
Rocznik Statystyczny 2003 wydany przez Główny Urząd Statystyczny.
Sęk, H. (1988). Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne. *Przegląd Psychologiczny*, 31, 787–807.
Sęk, H. (2005). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
Terelak, J.F. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
Townend, A. (1991). *Jak doskonalić asertywność: praktyczny podręcznik asertywności dla menedżerów.* Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
Wolpe, J. (1969). *The Practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
Witkowski, T. (1993). *Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wydawnictwo MDBO.

ASERTYWNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH A ICH PERCEPCJA PROBLEMÓW ŻYCIOWYCH

Streszczenie

Asertywność jest niewątpliwie ważną umiejętnością człowieka. Pomaga w realizacji celów życiowych, chronieniu i potwierdzaniu własnej wartości oraz samoakceptacji. Redukuje lęk w kontaktach społecznych, ale także sprzyja bliskim i znaczącym relacjom międzyludzkim, opartym na szczerości, wzajemnym szacunku i zaufaniu. Asertywność sprzyja też rozwojowi wewnętrznej siły do budowania zdrowych relacji międzyludzkich. Zastanawiające staje się więc, na ile umiejętności zachowań asertywnych – tak istotne w regulowaniu życia społecznego i psychicznego człowieka – sprzyjają funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych, obniżeniu występowania u nich różnorodnych problemów życiowych. W związku z tym postawiono następujące pytanie badawcze: Czy istnieje związek pomiędzy poziomem gotowości osób niepełnosprawnych do prezentowania różnych rodzajów zachowań asertywnych a percepcją ich problemów życiowych: osobowościowych, rodzinnych, zajęciowych i społecznych. Badania empiryczne przeprowadzono przy wykorzystaniu: Kwestionariusz gotowości do prezentowania zachowań asertywnych KGPZA (J. Rajang), oraz Inwentarza HPI (T. Witkowski). W badaniach wzięły udział 64 osoby niepełnosprawne. Uzyskane wyniki wskazują, że ogólny poziom asertywności nie ma związku z ilością problemów życiowych osób niepełnosprawnych. Natomiast istnieje odwrotna zależność między poziomem asertywności indywidualistycznej a ilością problemów życiowych, w tym osobowościowych i społecznych. Istnieje dodatnia zależność między poziomem asertywności reaktywnej a ilością problemów osobowościowych. Ponadto poziom ogólnej asertywności, jak i jej rodzajów, nie ma związku z ilością problemów natury rodzinnej i zajęciowej.

Słowa kluczowe: asertywność, niepełnosprawność, problemy życiowe, zachowanie asertywne, osoba niepełnosprawna.

ASSERTIVENESS OF PEOPLE WITH DISABILITIES AND THEIR PERCEPTION OF LIFE'S PROBLEMS

Summary

Assertiveness is undoubtedly an important human skill. It helps to accomplish one's goals in life, to protect and to confirm one's own value and self-acceptance. It reduces anxiety in social interactions but also promotes close and meaningful interpersonal relationships based on sincerity, mutual respect and confidence. Assertiveness also promotes the development of inner power to build healthy interpersonal relationships. Therefore, it is worth pondering to what extent assertive behavior skills – which are so important in regulating people's social and mental life – favor the functioning of people with disabilities and the reduction of various problems occurring in their lives. Thus the following research question was posed: Is there a relationship between the level of disabled people's readiness to demonstrate various types of assertive behaviors and the perception of their life's problems: personality problems, family problems, activity problems and social problems? Empirical studies were carried out with the use of the Readiness to Demonstrate Assertive Behaviors Questionnaire (J. Rajang) and the Polish version of the HPI Inventory (T. Witkowski). 64 people with disabilities took part in the research. The results indicate that there is no relationship between the general level of assertiveness and the quantity of life's problems people with disabilities have. However, there is a reverse relationship between the level of individualist assertiveness and the quantity of life's problems, including personality and social problems; there is a positive relationship between the level of reactive assertiveness and the quantity of personality problems. And there is no relationship between both the general assertiveness level and its types and the quantity of family and activity problems.

Key words: assertiveness, disability, life's problems, assertive behavior, person with disability.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(10) 2009

IWONA KONIECZNA

BÓL JAKO DOŚWIADCZENIE TOWARZYSZĄCE CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ

(CZĘŚĆ II – BADAWCZA)

BÓL JAKO DOŚWIADCZENIE TOWARZYSZĄCE CHOROBIE REUMATYCZNEJ U DZIECI [1)]

Część II – badania sondażowe

Po przedstawieniu zagadnienia bólu, jego definicji, patofizjologii i klasyfikacji ze względu na czas, miejsce powstania i miejsce postrzegania w artykule *Ból jako doświadczenie towarzyszące chorobie przewlekłej część I – przegląd literatury,* chciałabym w tej części zaproponować techniki wykorzystujące zjawisko projekcji, jakimi może posłużyć się pedagog w celu poznania doświadczeń dzieci w ich konfrontacji z bólem.

W części I artykułu starałam się pokazać, że ból jest pojęciem wielowymiarowym, wieloaspektowym i wielodyscyplinarnym, a obszar związany z problematyką bólu jest bardzo szeroki.

Wiadomo że ból jest odczuciem bardzo subiektywnym, stąd też doświadczenia związane z bólem są modyfikowane przez wiele indywidualnych czynników. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (International Association for the Study of Pain) (IASP) można stwierdzić, że ból jest zjawiskiem psychosomatycznym, w którym można wyróżnić następujące sfery: sferę somatyczną, sferę psychiczną oraz sferę mieszaną, psychosomatyczną. W sferze psychicznej bólu dostrzega się zarówno element poznawczy, jak i emocjonalny. Sfera poznawcza jest związana z przekazywaniem informacji bólowej do mózgu.

[1)] Praca realizowana w ramach tematu badawczego BW04/06 *Ból cierpienie i choroba przewlekła w świadomości osób zdrowych i chorych* pod kierunkiem dr hab., prof. APS Wandy Hajnicz.

Zależy ona przede wszystkim od obrazu choroby i związanych z nią wyobrażeń. W przypadku słabszej tolerancji na ból w sferze emocjonalnej dominują uczucia negatywne, takie jak: przygnębienie, niepokój, lęk (L. Suchocka, 2008).

M. Pitucha (2000), podaje za Champanem i Wyskoffem, że w doświadczeniu bólu można wyodrębnić dwa wywierające na siebie wpływ komponenty. Jest to komponent psychologiczny i sensoryczny. Komponent sensoryczny wiąże się ze zdolnością doznawania bólu. Komponent psychologiczny wiąże się z poznawczym opracowaniem informacji sensorycznej i odpowiedzią organizmu na stymulację. Opracowanie poznawcze stymulacji bólowej, w którą zaangażowane są: procesy motywacyjno-emocjonalne, myślenie, pamięć, czynniki społeczno-kulturowe, powoduje indywidualny wzorzec reakcji na ból. Siła i natężenie odczuwanego bólu są związane z wcześniejszymi doświadczeniami jednostki, jej znajomością przyczyn bólu i konsekwencji z nim związanych (M. Pitucha, 2000). Pokazuje to, że ból należy interpretować w kategoriach wieloaspektowego doświadczenia, w którym ważne jest jednoczesne ogarnięcie możliwie jak najszerszego zakresu czynników i mechanizmów współtowarzyszących temu procesowi.

Dziecko w roli pacjenta dla zespołu z nim pracującego stanowi niejednokrotnie duże wyzwanie. Podstawowym problemem jest tutaj próba nawiązania kontaktu z nim, jak też umiejętność odczytywania sygnałów, jakie wysyła do otoczenia (nie zawsze werbalnych), świadczących o jego stanie fizycznym i psychicznym. Pacjenci często ukrywają swoje doznania i nie chcą, bądź nie potrafią dzielić się nimi z innymi. Od personelu medycznego oczekiwana jest umiejętność odpowiedniego reagowania na ból i odczytywanie sygnałów, które o nim świadczą. Nie można pozwolić na to, aby dziecko czuło się samotne wśród sprzętu medycznego, zabiegów i zagadnień związanych z leczeniem, których nie rozumie.

Jak podaje J. Ziółkowski w swoim artykule poświęconym reakcjom bólowym i ocenie bólu u dzieci, istotny wpływ na ich reakcje bólowe mają czynniki: psychologiczne, sytuacyjne, wychowawcze, emocjonalne, stopień rozwoju, wcześniejsze doświadczenia bólowe, postawa rodziców i otoczenia. Reakcje te można podzielić na: behawioralne, fizjologiczne i psychologiczne.

Reakcje behawioralne dotyczą wszystkich elementów zachowania, które mogą być obserwowane i na ich podstawie można wnioskować o bólu (w tym płacz, mimika). Przez wielu autorów płacz jest uznawany za podstawowy wskaźnik bólu u małych dzieci.

Reakcje fizjologiczne opierają się na spostrzeżeniach: przyspieszonych oddechach, przyspieszonej akcji serca, wzroście ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenia motoryki przewodu pokarmowego.

Reakcje psychologiczne objawiają się lękiem, „zamknięciem w sobie", ogólną apatią, niechęcią do nawiązywania kontaktów. Ich rozpoznanie wymaga doświadczenia terapeutów, wspartego opiniami opiekunów (rodziców), którzy dostrzegają „inne" zachowania dziecka (J. Ziółkowski, 1998).

Reakcje te pomagają określić stopień natężenia bólu, dostosować metody i działania, które są ukierunkowane na konfrontację dziecka z bólem przewlekłym.

Istnieją różne metody i techniki, którymi może posłużyć się pedagog w celu porozumienia się z dzieckiem konfrontującym się z bólem. Mogą być one werbalne (oparte na słowie) (np. biblioterapia, niedyrektywna terapia zabawą, teatr, pisanie wierszy, opowiadań) i niewerbalne (techniki ekspresyjne – rysunek, pantomima, muzykoterapia, relaksacja).

W niniejszym artykule przedstawię techniki posługujące się zjawiskiem projekcji, które wykorzystałam, jako sposoby stymulowania dzieci chorych na choroby przewlekłe typu reumatycznego, w celu poznania ich doświadczeń związanych z bólem.

„Projekcja", jak podaje W. Kopaliński, pochodzi od łacińskiego czasownika *proicere* – wyrzucać, wyciągać. W mowie potocznej oznacza tyle co rzutowanie (łac. proiectio) (W. Kopaliński, 1968).

J. Rembowski przytacza definicję projekcji za Campbell i in. (1964) – *Oxford English Dictionary*, jako obraz umysłowy albo wyobrażony, uważany za obiektywną rzeczywistość. Inne definicje projekcji, które cytuje Rembowski, to :

- wszystko co rzutujemy (projekt), nosi piętno naszych własnych uczuć;
- mózg w stanie podniecenia lub zaburzenia czynności może rzutować (projekt) niektóre wywołane przez siebie widziadła i widzieć je tak wyraźnie, jak gdyby to były rzeczywiste przedmioty (J. Rembowski, 1986, s. 17).

E. Wysocka, za wieloma autorami, o projekcji pisze, że jest jednym z bardziej wieloznacznych pojęć w psychologii, gdyż oznacza: w szerokim sensie – rzutowanie własnych uczuć, postaw, poglądów na obiektywny materiał, który dajemy osobie badanej (uzewnętrznienie, eksternalizacja cech, procesów, stanów), w wąskim zaś znaczeniu – mechanizm obronny, służący przystosowaniu jednostki, który jednak stosowany zbyt intensywnie powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu osobowości i pogorszenie zdolności przystosowawczych oraz zablokowanie rozwoju jednostki (E. Wysocka, 2006, s. 325).

Po przeanalizowaniu tych definicji projekcję rozumiem jako proces rzutowania różnorodnych stanów psychicznych na zewnątrz. Różnorodnych, czyli zarówno poznawczych, jak i emocjonalnych, w które są zaangażowane różne mechanizmy m.in. wyparcie, negacja, symbolizacja, racjonalizacja czy intelektualizacja. Proces projekcji jest w różnym stopniu nieświadomy (wyparcie, negacja), ale może też *być* uświadomiony (intelektualizacja, racjonalizacja).

W literaturze można znaleźć co najmniej cztery rodzaje zjawisk psychicznych określanych mianem projekcji:

1) **projekcja w ujęciu klasycznym (*classical*)** – jest to pojęcie, które zostało sformułowane przez Zygmunta Freuda i odnosi się do psychicznego mechanizmu obronnego. Noyes ten mechanizm interpretował jako „automatyczny stabilizator", którego działanie sprawia, że pewne cechy jednostki (przykre dla niej) i pewne niepożądane aspekty jej osobowości nie są już rozpoznawa-

ne przez nią jako należące do niej. Stabilizator ten odrywa je niejako od właściciela i przenosi w związek z inną osobą. W ten sposób pozwala on człowiekowi wyzbyć się przykrego uczucia napięcia (J. Rembowski, 1986, s. 20–21);

2) **projekcja atrybutowa (*attributive*)** – polega na przypisaniu własnych motywów, uczuć. Jest techniką zbierania informacji, która opiera się na założeniu, że psychiczne cechy osoby badanej uzewnętrzniają się przez proces przypisywania ich innym ludziom;
3) **projekcja autystyczna (*autistic*)** – polega na modyfikowaniu wyobrażeń o spostrzeganych przedmiotach według własnych potrzeb, uczuć, postaw; gdy zmieniają się nasze potrzeby, zaczynamy widzieć inaczej (fatamorgana);
4) **projekcja racjonalistyczna (zracjonalizowana) (*rationalized*)** – ma cechy wspólne z projekcją klasyczną, ale przebieg procesu projekcji jest nieuświadomiony przez osobę badaną, w przeciwieństwie do jej zachowania, które przebiega świadomie, a więc jednostka stara się je usprawiedliwić, wymyślając uzasadnienie .

Metody projekcyjne opierają się na projekcji rozumianej jako sposób spostrzegania i reagowania na bodźce zewnętrzne, które zazwyczaj są uwarunkowane cechami osobistymi osoby postrzegającej. Jako metoda badania, projekcja rozumiana jest jako zespół celowo skonstruowanych bodźców (zadanie lub zespół zadań), których instrukcja i materiał posiadają niski stopień strukturalizacji (wieloznaczność zadania), mogąc tym samym wywołać osobistą, prywatną i bezpośrednią opinię badanego (E. Wysocka, 2006, s. 326–327 za: J. Rembowski, 1986; H. Sęk, 1984).

W literaturze istnieją różne klasyfikacje metod projekcji. Autorzy kierują się różnorodnymi kryteriami, m.in.: obiektywnymi cechami materiału, który wykorzystują, metodologicznymi właściwościami testów, sposobem interpretacji danych, celem i zakresem przedmiotu badania. Przedstawiona klasyfikacja wiąże się z uwzględnieniem kryterium typu reakcji, jaką wywołuje podany materiał bodźcowy.

G. Lindzey i J. Rembowski (za: E. Wysocka, 2006) wyróżniają:

1) **Techniki skojarzeniowe** – polegają na tym, że zadaniem badanego jest reagowanie na bodźce przedstawiane przez terapeutę pierwszym nasuwającym się słowem, spostrzeżeniem, wyobrażeniem. Zakłada się tu natychmiastowość reakcji, które ogranicza włączanie się procesów myślowych, umożliwia to wgląd w głębsze, ukryte warstwy psychiki (Test Rorchacha, Test Chmur Sterna, Test Skojarzeń Słownych Rottera).
2) **Techniki konstrukcyjne** – zadaniem osoby badanej jest stwarzanie czy konstruowanie dowolnej formy artystycznej, np.: opowiadania, obrazu. Techniki te ograniczają swobodę reakcji osoby badanej (biała karta w TAT). Przedmiotem analizy jest efekt końcowy pracy badanego, zachowanie jego w czasie badania jest pomijane. Wytwór jego ma pewien sens i jest efektem indywidualnej reakcji na prezentowane bodźce. Techniki konstrukcyjne wymagają włączenia

złożonych procesów poznawczych, a nie tylko formułowania prostych skojarzeń (TAT, CAT, Obrazkowy Test Opowiadań, Obrazki z psem Placy).

3) **Techniki uzupełniania** – w technikach tych materiał testowy ma charakter niekompletny. Zadaniem osoby badanej jest uzupełnienie go w dowolny sposób. Techniki te od technik skojarzeniowych różnią się tym, że bodziec, jak i reakcja, mają bardziej złożoną postać, tym samym sama reakcja jest mniej bezpośrednia (techniki uzupełniania twierdzeń, opowiadań, TZN, Test Frustracji Rozenzweiga).
4) **Techniki wyboru lub porządkowania** – zadaniem osoby badanej jest dokonanie wyboru spośród szeregu podanych możliwości tej, która spełnia określone wymagania (Test Szondiego, Test Porządkowania Obrazków).
5) **Techniki ekspresyjne** – służą celom terapeutycznym. Jest to przede wszystkim ekspresja siebie, wyrażana w różny sposób, sprzyja polepszeniu funkcjonowania i przystosowaniu badanego do określonych wymagań i oczekiwań otoczenia (rysowanie, malowanie, psychodrama, techniki odgrywania ról – teatr, pantomima) (E. Wysocka, 2006).

Podstawowe założenia metod projekcyjnych odnoszą się do cech wykorzystywanych bodźców (im bardziej wieloznaczne, tym wyższy poziom projekcji wywołują), jak i sposobu ich odczytywania (reakcje są zgodne z percepcją, motywacją, emocjami, postawą osoby badanej). Wykorzystując bodźce percepcyjne mamy do czynienie z projekcją percepcyjną. W projekcji słownej język jest nośnikiem wewnętrznych stanów człowieka. Przykładem może być tutaj Test Zdań Niedokończonych Rottera. Można też wyróżnić projekcję motoryczną, gdzie głównym nośnikiem ekspresji jest gest czy ruch.

Techniki projekcyjne są szczególnie przydatne do badania i próby nawiązania kontaktu z dzieckiem, gdyż dzieci mniej się kontrolują w procesie badania, co wiąże się ze zjawiskiem nazywanym przez H. Hartmana „poddaniem się badającemu" (J. Rembowskim, 1986 za: E. Wysocka, 2006). Można zatem uznać, że są bardziej szczere, otwarte i prawdziwe, przejawiają mniej oporu i lepiej współpracują z terapeutą.

W kontakcie z dziećmi chorymi na choroby przewlekłe typu reumatycznego, korzystając z metod projekcyjnych, w celu poznania ich doświadczeń związanych z bólem wykorzystałam następujące techniki: techniki skojarzeniowe, techniki konstrukcyjne, techniki uzupełniania i techniki ekspresyjne. W wybranych technikach posłużyłam się bodźcem jednoznacznym i swobodną interpretacją podanego materiału.

Rysunek jest jedną z technik zapożyczoną z metod projekcyjnych. Można przypuszczać, że to, co dziecko przedstawia za pomocą rysunku, odnosi się nie tylko do obiektywnej rzeczywistości, ale przede wszystkim prezentuje jego indywidualny stosunek do tego, co je otacza. Próba nawiązania kontaktu przez pedagoga z dzieckiem konfrontującym się z bólem, za pomocą rysunku, pozwala wydobyć nie zawsze nazwane treści, pokazuje stosunek dziecka do samego siebie i otaczającej go rzeczywistości. Rysunek wyraża marzenia, pragnienia

i obawy. Odzwierciedla to, co dzieje się w umyśle dziecka. Jeśli zaś osobie dorosłej uda się znaleźć dostęp do tych „zaszyfrowanych" niekiedy informacji, będzie mogła lepiej zrozumieć zachowania dzieci i wyjść naprzeciw ich ukrytym potrzebom (R. Fleck-Bangert, 2002).

Rysunek ujawnia nie tylko treści nieświadome, ale też pozwala poznać doświadczenia dziecka zarówno emocjonalne, jak i poznawcze w różnym stopniu jego świadomości. Dużą rolę odgrywają werbalne i niewerbalne sygnały, jakie dziecko wysyła w trakcie procesu rysowania, co pozwala na zobiektywizowanie i pewną interpretację treści, a nawet formy jego pracy.

Gdy to dorosły proponuje temat i dziecko rysuje, bywa często, że instrukcja i wiedza, którą dziecko ma o osobie dorosłej, są dla niego wskazówką, w jaki sposób ma ukierunkować swoją pracę w celu zaspokojenia oczekiwań terapeuty. Jednakże nawet w takiej pracy dziecko daje wyraz panującemu nastrojowi, wyobrażeniom czy też swoim ukrytym pragnieniom i lękom. Instrukcje kierowane do dziecka w trakcie rysowania mogą być modyfikowane, by jak najpełniej wydobyć za pomocą symboli to, co chcemy poznać w kontakcie z nim. Dziecko konfrontujące się z bólem, rysując na dany temat ma pełną dowolność, jeśli chodzi o wielkość, rozmieszczenie, wiek, płeć, kolor i grubość kreski tego, co przedstawia. Będzie to niezwykle pomocne w próbie interpretacji rysunku. Zazwyczaj interpretacji dokonuje się w oparciu o następujące kryteria:

Jak podaje G.D. Oster i P. Gould „pierwszym z kryteriów oceny są ogólne właściwości rysowanej postaci. Odnosi się to do takich cech, jak charakter kreski (tzn. czy jest ona ciągła czy przerywana), stopień połączenia części ciała oraz ich proporcje, a także zapełnienie kolorem rysowanych powierzchni. Druga grupa znaków dotyczy specyficznych, nietypowych cech rysunku. Są to takie szczegóły, jak wielka lub maleńka głowa, zęby, skurczone ramiona, zezujące oczy, odcięte dłonie lub ręce itd. Do ostatniej kategorii wskaźników emocjonalnych obserwowanych w ludzkiej postaci należą szczegóły, które pojawiają się w większości prac (G.D. Oster, P. Gould, 2005, s. 31).

Warto zwrócić tutaj uwagę na znaczenie, jakie odgrywają kolory w rysunkach dzieci.

W 1942 r. H. Rorschach zwrócił uwagę na związek między kolorami a emocjami. Na podstawie badań nad reakcjami na kleksy wysunął on hipotezę, jak podaje Patricia Gould, że zainteresowanie danej jednostki kolorem ma związek z jej życiem emocjonalnym. Brak uwzględnienia kolorów często towarzyszy zahamowaniom emocjonalnym. Osoby, które ulegają częstym zmianom nastroju, mają wiele skojarzeń opartych na kolorze. Jednakże indywidualne „doświadczenie kolorem" nie jest jednoznaczne. Znaczenie koloru dla pacjenta bywa subiektywne. Dlatego też terapeuta powinien zwrócić uwagę na zmienne reakcje pacjenta na barwę (tamże, s. 24). Wśród barw mających duże znaczenie w interpretacji rysunku różni autorzy m.in. G.D. Oster, P. Gould, R. Fleck-Bangert wymieniają takie kolory jak: **fioletowy** – niezdecydowanie, wahania, ambiwalencja emocjonalna; **niebieski** – potrzeba harmonii, miłości i poczucie bliskości; **żółty** – ra-

dość, zadowolenie i godzenie się z byciem w konkretnej sytuacji; **czerwony** – agresja, złość. Może on również oznaczać gniew. Wymienione kolory można zaliczyć do barw ciepłych i zimnych. Barwy chłodne biegną na kole barw od średniej zieleni poprzez wszystkie odcienie niebieskiego aż do średniego fioletu. Barwy ciepłe to: czerwona, pomarańczowa, żółta i różowa. Kolor **czarny** i **biały** to barwy neutralne, których nie przedstawia się w kole barw. Kolor **czarny** symbolizuje przeciwstawienie się istniejącej rzeczywistości, odrzucenie pomocy, niedocenianie, lęki i negację.; **biały –** egocentryzm, samotność, indywidualizm, poczucie niskiej wartości, niewinność.

Inną formą jest rysunek spontaniczny – własna wypowiedź dziecka – tak zwane rysowanie dowolne, gdzie nie ma narzuconego tematu i nie jest on wywołany przez kontakt innej osoby. Tego typu zadanie, jak podają Gerald D. Oster i Patricia Gould, wprowadza się w celu wyciągnięcia wniosków projekcyjnych albo wzmocnienia twórczej ekspresji (tamże).

Ekspresja za pomocą rysunku wydaje się znacznie bardziej symboliczna i mniej specyficzna niż słowa. Podczas rysowania pobudzane są wspomnienia i fantazje związane z nieuświadamianymi treściami i zawierające mniej ocenzurowany materiał. Pacjent może komunikować się w sposób niesprecyzowany, nie zdając sobie sprawy z tego, że rysowany przez niego dom tak naprawdę nie jest miejscem, w którym żyje. Taka ochrona przed bezpośrednią konfrontacją z obciążonymi emocjonalnie informacjami, jak podają Oster i Gould sprawia, że wyrażenie i przedstawianie uczuć wywołuje mniejszy niepokój i zmniejsza prawdopodobieństwo wywołania u dziecka postawy obronnej (tamże, s. 19).

Bezpośredniej informacji o dziecku i jego doświadczeniach w konfrontacji z bólem dostarcza technika niedokończonych zdań, dzięki której osoba badana za pomocą słów daje bezpośrednią odpowiedź w postaci dokończonego zdania, którego początek proponuje pedagog.

Posługując się rysunkiem (technika ekspresyjna) i techniką niedokończonych zdań proponowany bodziec jest jednoznaczny.

Kontakt dziecka z poezją dostarcza mu okazji do poznania przeżyć autora. Wywołuje ona obrazy związane ze światem dziecka, mieści się w obrębie jego doznań, wyobrażeń i emocji. W swobodnej interpretacji wiersza czy też reprodukcji obrazu dajemy dziecku pełną dowolność w kontakcie ze sztuką, który w konsekwencji jest efektem indywidualnej reakcji na prezentowane bodźce.

Przebieg badań

W ten sposób prowadziłam badania na grupie 15 dzieci chorych na choroby przewlekłe o typie reumatycznym. Dzieci były w wieku 5–14 lat. Ze względu na wiek, dzieci były podzielone nadwie grupy: **I grupa** 5–10 lat, **II grupa**

11–14 lat. Grupa I liczyła 9 osób, grupa II 6 osób. Wszystkie dzieci z obu grup przebywały w szpitalu dłużej niż tydzień. Dzieci z grupy I (młodsze) zaproponowane przeze mnie techniki, wykorzystujące zjawisko projekcji, realizowały w obecności osoby dorosłej. Natomiast dzieci starsze (II grupa) wszystkie techniki realizowały samodzielnie, gdyż same domagały się prywatności, aby wykonać polecenia. Różnice w wykonywaniu poleceń w obu grupach nie dotyczyły jakości technik. Techniki wykorzystywane w badaniu zostały celowo podzielone na dwie grupy:

I. Techniki, poprzez które zwracałam się do badanego wprost w celu poznania jego doświadczenia w konfrontacji z bólem:

Ia Technika ekspresyjna – **technika rysunku** – zadaniem dziecka było narysowanie bólu. Każde dziecko z obu grup dostało polecenie kierowane tylko do niego *Narysuj ból.*

Ib Technika uzupełniania – **technika niedokończonych zdań** – zadaniem dziecka było dokończenie zdania: *Ból dla mnie to...*

II. Techniki, w których wykorzystałam czynnik pośredniczący.

Są to techniki, w których dziecko poprzez czynnik pośredniczący – wiersz, reprodukcja obrazu, którego nie było autorem – wypowiadało się poprzez pryzmat swoich doświadczeń.

IIa Technika skojarzeniowa – **interpretacja wiersza wybranego przez pedagoga** z przygotowanej wcześniej „puli" 6 wierszy dotyczących bólu i cierpienia. Zadaniem dziecka było dokonanie próby analizy danego utworu.

IIb Technika konstrukcyjna – **wypowiedzi dzieci związane z prezentowaną im reprodukcją obrazu** wybraną wcześniej przez pedagoga z „puli" 5 obrazów dotyczących bólu i cierpienia. Dzieci nie miały podanego tytułu prezentowanego obrazu. Dokonywały próby samodzielnego nadania mu tytułu, a następnie układały opowiadania do prezentowanego materiału. Opisywały panujący nastrój i zastanawiały się, co autor obrazu miał na myśli. Dlaczego użył właśnie takich kolorów i symboli. Dlaczego gra świateł ma takie znaczenie w obrazie i jak wpływa na jego odbiór.

Wyniki badań

W celu opracowania wyników uzyskanych podczas zaproponowanych technik wykorzystujących zjawisko projekcji w badaniu doświadczeń dzieci, w ich konfrontacji z bólem, stworzyłam do każdej wykorzystanej techniki kategorię odpowiedzi. Kategorie te powstały na podstawie analizy zdobytych informacji.

I. Subiektywne doświadczenia dzieci konfrontujących się z bólem wyrażane za pomocą techniki ekspresyjnej – rysunek i techniki uzupełniania – niedokończone zdania – bodziec jednoznaczny.

W technice ekspresyjnej – rysunek (*Narysuj ból*) stworzyłam trzy kategorie odpowiedzi:

- *miejsce bólu w organizmie* – rysunki dzieci, które przedstawiały bolącą część ciała (noga, ręka);
- *znak – symbol* – rysunki przedstawiające przedmiot, który kojarzył się dziecku z bólem (łóżko szpitalne, wózek);
- *mimika* – rysunki przedstawiające „twarze" wyrażające smutek i ból (smutne miny, łzy).

Tabela 1. Treści wyrażone w technice ekspresyjnej – rysunek

Treści wyrażone w technice ekspresyjnej – rysunek			
	Liczba		Suma
Kategorie odpowiedzi	Gr. I	Gr. II	
ukazanie miejsce bólu w organiźmie	4	1	5
symbol wyrażający doznanie bólu	0	3	3
wyrażanie bólu mimiką twarzy	6	1	7
Razem	10	5	15

Większość dzieci z grupy I (dzieci młodszych) ból przedstawiła mimiką twarzy narysowanych postaci. Mniej niż połowa dzieci z tej samej grupy ból zobrazowała umiejscawiając go w konkretnej części ciała (boląca ręka, noga czy palec). Żadne dziecko z tej grupy nie zastosowało symbolu bólu. Inaczej było w grupie II (dzieci starsze), gdzie przeważająca część dzieci ból przedstawiła za pomocą symbolu (znak zapytania, suche drzewo). Zdecydowana mniejszość ból zobrazowała wykorzystując mimikę twarzy, jak też wskazując miejsce bólu w organizmie.

Wyniki z tabelki sugerują, że wraz z wiekiem dzieci może następować zmiana treści, za pomocą których przedstawiane jest indywidualne doświadczenie bólu – od prezentowania miejsca, które boli (dzieci młodsze), poprzez eksponowanie w rysunku cech zachowań ekspresyjnych w wyrażaniu bólu (dzieci starsze).

W technice ekspresyjnej – rysunek – stworzyłam trzy kategorie odpowiedzi odnoszące się do kolorów używanych w rysunkach dzieci:

- *barwy ciepłe* – czerwona, pomarańczowa, żółta i różowa – optymizm, nadzieja;
- *barwy chłodne* – biegną na kole barw od średniej zieleni poprzez wszystkie odcienie niebieskiego, aż do średniego fioletu – przygnębienie, apatia, brak nadziei, lęk, złość, stagnacja;
- *barwy neutralne* – czarny, biały – sprzeciw, lęk , niepewność.

Tabela 2. Treści wyrażone w technice ekspresyjnej – rysunek

Treści wyrażone w technice ekspresyjnej – rysunek			
	Liczba		suma
Kategorie odpowiedzi	Gr. I	Gr. II	
barwy ciepłe	6	1	6
barwy chłodne	2	3	5
barwy neutralne	2	1	4
Razem	10	5	15

Wyniki w tabeli pokazują, że dzieci młodsze (gr. I) w swoich rysunkach w przeważającej części używały barw ciepłych, co świadczy o nadziei i optymizmie związanym z przebiegiem ich choroby i towarzyszącym jej bólem. Dzieci starsze (gr. II) w swoich pracach posługiwały się głównie barwami chłodnymi, co może być utożsamiane z ich przygnębieniem, apatią, lękiem, brakiem nadziei i stagnacją. Barwy neutralne w rysunkach dzieci w obydwu grupach pojawiały się sporadycznie.

W technice uzupełniania – niedokończone zdania – zastosowałam następujące kategorie:

- *opis* – sformułowanie określające ból jako nieprzyjemne, bolesne uczucie, wskazanie konkretnego miejsca dotkniętego bólem i skutków związanych z jego działaniem;
- *opinia* – zdanie dokończone przez dziecko wyrażało jego pogląd na temat bólu i cierpienia;
- *konfrontacja* – wypowiedzi dotyczące osobistych doznań związanych z przeżywanym bólem.

Tabela 3. Treści wyrażone w technice uzupełniania – niedokończone zdania

Treści wyrażone w technice uzupełniania – niedokończone zdania			
Kategorie odpowiedzi	Liczba		Suma
	Gr. I	Gr. II	
opis bólu	3	0	3
opinia na temat bólu	5	5	10
konfrontacja z bólem	2	0	2
Razem	10	5	15

Wszystkie dzieci z grupy II (starsze) wyraziły opinie: Ból dla mnie to…*zmora świata, dziwny mechanizm, że boli i nie boli*. Wśród dzieci z grupy I również była to kategoria przeważająca. Kilkoro dzieci ból opisywało jako *coś nieprzyjemnego i bolesnego*, *coś co dręczy ludzi i nie umieją go pokonać.* W grupie I (dzieci młodsze) pojawiły się osobiste doświadczenia w odczuwaniu bólu. Ból dla tych dzieci to walka i czekanie na lepsze jutro. Wypowiedzi te można zaliczyć do kategorii konfrontacja.

II. Doświadczenia dzieci konfrontujących się z bólem z wykorzystaniem czynnika pośredniczącego wyrażone za pomocą techniki skojarzeniowej – wiersz i techniki konstrukcyjnej – obraz – bodziec wieloznaczny.

W analizie wyników techniki skojarzeniowej, gdzie wykorzystam czynnik pośredniczący – wiersz – proponuję dwie kategorie:

- *interpretacja i empatia* – odnosi się ona do analizy proponowanego dziecku wiersza w kontekście doznań odczuwanych przez osobę, o której mowa w utworze i ustosunkowania się do jej przeżyć;
- *rozumienie* – interpretacja wskazanego utworu bez odwoływania się do własnych doświadczeń, o których mowa w wierszu;

Tabela 4. Treści wyrażone w technice skojarzeniowej – analiza treści wiersza

Treści wyrażone w technice skojarzeniowej – analiza treści wiersza			
Kategorie odpowiedzi	Liczba		Suma
	Gr. I	Gr. II	
interpretacja treści wiersza i empatia	2	1	3
rozumienie wiersza	8	4	12
Razem	10	5	15

W obydwu grupach odpowiedzi przeważającej liczby dzieci można zaliczyć do kategorii rozumienia, gdyż dzieci dokonały analizy bez odwołania się do jakichkolwiek doświadczeń. Tylko nieliczne dzieci z obu grup dokonały interpretacji treści wiersza, wykazując dużą empatię w stosunku do podmiotu lirycznego, jego doznań i przeżyć. Wyniki te nie różnicują odpowiedzi dzieci pod względem analizy doznań bólu, o jakich mowa w prezentowanych wierszach, w odniesieniu do obu grup.

Prezentując wyniki badań, które odnoszą się do techniki konstrukcyjnej, gdzie wykorzystałam czynnik pośredniczący (reprodukcja obrazu), proponuję analizę kategorii tekstu wyróżniając:

- głównego bohatera i informacje o nim;

- zdarzenie przewidywane przez dziecko, które tworzy opowiadanie do prezentowanego obrazu, nie znając jego tytułu;
- interpretację „nastroju" obrazu.

Analizując opowiadanie dziecka do przedstawianego mu obrazu pod kątem głównego bohatera i informacji o nim można wyróżnić bohatera, którym jest osoba przeżywająca cierpienie, ból i bohatera, którym jest inna osoba – nie doświadczająca bólu. Dane z obydwu grup zawarte są w tabeli 5.

Tabela 5. Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej, dotyczące wypowiedzi dzieci na temat głównego bohatera i informacji o nim w oparciu o prezentowaną reprodukcję obrazu

Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej, dotyczące wypowiedzi dzieci na temat głównego bohatera i informacji o nim w oparciu o prezentowaną reprodukcję obrazu			
Kategorie odpowiedzi	Liczba		Suma
	Gr. I	Gr. II	
osoba przeżywająca cierpienie, ból	9	5	14
inna osoba	1	0	1
Razem	10	5	15

Dzieci zarówno w grupie I (dzieci młodsze), jak i grupie II (dzieci starsze) w swoich opowiadaniach głównymi bohaterami czyniły osoby przeżywające ból, cierpienie i zamieszczały informacje na ich temat. Przykładem może być opowiadanie siedmioletniej Natalii:

Na tym obrazie jest pani, która ma na plecach krew. Ona leży na takim wózku, jakby łóżku szpitalnym. Ją napadł tygrys, ona bardzo teraz cierpi. Ma rany na plecach, ją to bardzo boli, chyba jest nieprzytomna. Ta pani w czerwonej sukni to królowa, ona chyba pomoże tej chorej kobiecie. Może ją zawiezie do lekarza albo do szpitala. Ważna jest chorągiewka, ona jest po to, żeby ktoś zauważył i jej pomógł zawieźć ofiarę (poszkodowaną) znaczy tą chorą Królowej ogólnie pomógł zawieźć chorą do lekarza. Bo one są daleko na pustyni. Na tej pustyni jest bardzo dziwnie, bo na niebie jest słońce i księżyc. To znaczy, że na pół pustyni jest dzień, a na pół jest noc. Cały ten obraz jest smutny i dziwny, a smutny dlatego, że ta pani już umarła i zachodzi to słońce.

Przedstawiając wyniki w odniesieniu do zdarzeń przewidywanych przez dzieci, które tworzyły opowiadanie do prezentowanego obrazu, nie znając jego tytułu można analizować:

a) *relacje między teraźniejszością a przyszłością* z podziałem na:
   - przyszłość projektowaną – odnoszącą się do zdarzeń, które dziecko przewidywało na podstawie obrazu, w odniesieniu do tego co będzie, wykorzystując wyobraźnię;

- przyszłość możliwą – odnoszącą się do zdarzeń bardziej prawdopodobnych, które można przewidzieć na podstawie teraźniejszości;

b) *przewidywanie rozwiązania sytuacji* – (projekcja pozytywna) zdolność do szukania optymistycznej przyszłości;
c) *zdarzenie opisujące źródło cierpienia*, w którym dziecko szuka przyczyny bólu i cierpienia.

Tabela 6. Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej, dotyczące zdarzeń przewidywanych przez opowiadającego na podstawie prezentowanego obrazu

Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej, dotyczące zdarzeń przewidywanych przez opowiadającego na podstawie prezentowanego obrazu				
Kategorie odpowiedzi		Liczba		Suma
		Gr. I	Gr. II	
relacje między teraźniejszością a przyszłością	przyszłość projektowana	1	0	1
	przyszłość możliwa	2	0	2
Przewidywanie rozwiązania sytuacji		3	2	5
zdarzenie opisujące źródło cierpienia (szukanie przyczyn)		4	3	7
Razem		10	5	15

W grupie I najwięcej dzieci w odniesieniu do zdarzeń przewidujących opisywało zdarzenia, wskazując na źródło cierpienia i bólu. Dzieci te szukały przyczyn istniejącej sytuacji. Podobnie było w grupie II. Większość dzieci z obu grup przewidywało w swoich opowiadaniach pozytywne rozwiązanie sytuacji (projekcja pozytywna). Może to świadczyć o ich optymizmie i nadziei w odniesieniu do przyszłości. Tylko nieliczne dzieci z grupy I (młodsze) wskazały na relacje między teraźniejszością, a przyszłością (dzieci mówiły o przyszłości możliwej, dotyczącej zdarzeń bardziej prawdopodobnych, jak też projektowały przyszłość, odnosząc się w swoim opowiadaniu do wyobraźni).

W stosunku do dzieci, które przedstawiały w swoich opowiadaniach związek między przeszłością a teraźniejszością, można analizować „związki czasowe" w ujęciu prezentowanym przez tabelę 7.

Najwięcej dzieci z grupy I w swoich opowiadaniach przedstawiało przeszłość negatywną w połączeniu z teraźniejszością negatywną. Zdecydowanie mniejsza liczba dzieci z tej grupy łączyła przeszłość pozytywną z teraź-

Tabela 7. Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej dotyczące zdarzeń w opowiadaniu, które odnoszą się do przeszłości i teraźniejszości

Treści wyrażone w technice konstrukcyjnej dotyczące zdarzeń w opowiadaniu, które odnoszą się do przeszłości i teraźniejszości			
	Liczba		Suma
Kategorie odpowiedzi	Gr. I	Gr. II	
przeszłość pozytywna/teraźniejszość pozytywna	1	1	2
przeszłość negatywna/teraźniejszość negatywna	6	1	7
przeszłość pozytywna/teraźniejszość negatywna	2	1	3
przeszłość negatywna/teraźniejszość pozytywna	1	0	1
ambiwalentna	0	2	2
Razem	10	5	15

niejszością negatywną. Pojedyncze osoby łączyły przeszłość negatywną z teraźniejszością pozytywną, jak też przeszłość pozytywną z teraźniejszością pozytywną. Odpowiedzi żadnego dziecka z grupy I nie można zaliczyć do kategorii ambiwalentnej. Wśród dzieci z grupy II najwięcej odpowiedzi zaś można zakwalifikować do tej kategorii. Pozostałe informacje uzyskane z opowiadań dzieci z grupy II (starsze) zaliczam pojedynczo do wszystkich kategorii odpowiedzi z wyjątkiem przeszłości negatywnej w połączeniu z teraźniejszością pozytywną.

Różnica w udzielonych odpowiedziach wynika przede wszystkim z możliwości gromadzenia doświadczeń, związanych z wiekiem dzieci. Młodsze dzieci mają mniej doświadczeń w konfrontacji z bólem, dlatego ich odpowiedzi w odniesieniu do czasu są nasycone pesymizmem.

Odpowiedzi dzieci na temat nastroju panującego na obrazie ilustruje tabela 8.

Najczęściej określanym nastrojem na prezentowanych obrazach w grupie dzieci młodszych był smutek. W drugiej kolejności dzieci podawały spokój, na który ich zdaniem wpływały barwy i przedstawione postaci. Podobnie było w grupie dzieci starszych. W grupie I zdarzyło się, że dzieci nie opisały jednoznacznie panującego klimatu. Ich opis można podać w kategoriach emocji pozytywnych i negatywnych (dysonans). Inne odpowiedzi to brak nadziei, strach i brak opinii na temat nastroju panującego na pokazywanym obrazie. Wyniki w tabelce pokazują, że dzieci w obu grupach w sposób podobny wyrażały nastrój panujący na prezentowanym obrazie.

Tabela 8. Treści wyrażane w technice konstrukcyjnej, dotyczące nastroju panującego na prezentowanym obrazie

Treści wyrażane w technice konstrukcyjnej, dotyczące nastroju panującego na prezentowanym obrazie			
Kategorie odpowiedzi	Liczba		Suma
	Gr. I	Gr. II	
brak nadziei	1	0	1
smutek	3	2	5
spokój	2	1	3
strach	1	2	3
dysonans (emocje pozytywne i negatywne)	2	0	2
brak opinii o nastroju (dystansowanie od emocji)	1	0	1
Razem	10	5	15

Dyskusja wyników

Przedstawione wyniki badań to tylko rekonesans, służący do formułowania problemów badawczych, które odnoszą się do zaprezentowanych technik wykorzystujących zjawisko projekcji, jakimi może posłużyć się pedagog w celu poznania doświadczeń dzieci konfrontujących się z bólem.

Różnice w wyrażaniu bólu przez dzieci wynikają z różnych przyczyn. Jednymi z ważnych czynników wydaje się być wiek dziecka oraz kształtowanie się u niego obrazu własnej choroby (patrz cz. I). Wraz z wiekiem dzieci następuje zmiana treści, za pomocą których wyrażane jest doznanie bólu. Daje się to zauważyć we wszystkich wykorzystanych technikach, zarówno w tych, w których zwracałam się do badanych dzieci wprost, jak też przy zastosowaniu technik z czynnikiem pośredniczącym – wiersze, reprodukcje obrazu.

Dzieci młodsze są bardziej szczere niż dzieci starsze; chcą udzielić odpowiedzi i starają się znaleźć sposób przekazania informacji o swoich doświadczeniach związanych z bólem. Dzieci starsze dystansują się od sytuacji komunikowania się. Mimo że mają większą świadomość swojej choroby i towarzyszącego jej bólu, często nie udzielają jasnych i konkretnych odpowiedzi na ten temat. Ich przekaz nie jest jednoznaczny. W sytuacji prowokującej do dzielenia się odczuciami z innymi na temat przeżywanego bólu wykazują niechęć do mówienia o swoich doznaniach. Ujawnia się w ich wypowiedziach poczucie bezsilności, wynikające, jak sądzę, z konieczności podporządkowania się istniejącej sytuacji. U dzieci młodszych świadomość ta jest widoczna w mniejszym stopniu. Większe zaś u nich jest poczucie zagrożenia czy nawet strach przed bolesnymi zabiegami lub bólem w konkretnych miejscach.

Dzieci młodsze wyrażały to w sposób szczególny w rysunku. Przedstawiając ból, wskazywały konkretne miejsca nim dotknięte (ręka, noga, palec). W przeważającej części posługiwały się barwami ciepłymi, co może być interpretowane jako posiadanie przez nie nadziei i optymizmu, związanego z przemijającym bólem, mimo towarzyszącego im strachu.

Natomiast dzieci starsze używały metafor, poprzez które wyrażały swój ból (uschnięte drzewo czy znak zapytania). Posługiwały się barwami chłodnymi, co może świadczyć o ich przygnębieniu, apatii, lęku, braku nadziei i stagnacji. Ich lęki i niepokoje dotyczyć mogą nie tylko ich aktualnej sytuacji, lecz także są związane z ich wyobrażeniami na temat przyszłego życia z chorobą i towarzyszącym jej bólem.

W technice uzupełniania – niedokończone zdania – dzieci z obydwu grup poproszone o dokończenie wypowiedzi: *Ból dla mnie to...* wyrażały opinię. Ból dla nich to *zmora świata, dziwny mechanizm, że boli i nie boli.* Tylko wypowiedzi dzieci młodszych dotyczyły osobistych doznań, związanych z przeżywanym bólem, w których wyraża się podobnie, jak w technice rysunku ból to *nadzieja na lepsze jutro i walka*, którą świadomie podejmują konfrontując się z bólem.

W technikach, w których wykorzystałam czynnik pośredniczący do poznania doświadczeń dzieci, którym towarzyszy ból w chorobach reumatycznych, w obu grupach dzieci dokonywały analizy prezentowanych materiałów, nie odwołują się do własnych doświadczeń.

Z analizy treści wierszy wynika, że tylko nieliczne dzieci z obu grup dokonały interpretacji losów bohatera; wykazywały empatię w stosunku do jego doznań i przeżyć, jak też wskazywały źródło, przyczynę cierpienia. Dzieci poproszone o zaprojektowanie zakończenia, w większości przypadków podejmowały próbę. Był podawany prosty fakt kończący daną sytuację. W odniesieniu do przewidywanego zakończenia wydarzeń, można powiedzieć, że cele perspektywistyczne są pojmowane przez dzieci z obydwu grup jako mało wyraźne. Prawdopodobieństwo ich osiągnięcia dzieci spostrzegają jako mało realne. W swoich opowiadaniach odwołują się do wyobraźni, gdzie w sposób niekiedy bajkowy tworzą pozytywną przyszłość swoich bohaterów (projekcja pozytywna). Być może świadczy to o nadziei, która nie opuszcza dzieci młodszych i pojawia się też przy stosowaniu tej metody u dzieci starszych.

Można przypuszczać, że wyrazisty obraz teraźniejszości i przyszłości u dzieci młodszych jest istotnym czynnikiem podtrzymującym ich motywację w zmaganiu się z towarzyszącym bólem. Dzieci te w sposób negatywny opisują przeszłość i teraźniejszość swoich bohaterów, co może być utożsamiane z ich osobistym cierpieniem. U dzieci starszych pojawia się ambiwalencja w odniesieniu do przeszłości i teraźniejszości. W sytuacji realnego życia (w przeszłości i aktualnie) można powiedzieć, że dominującymi emocjami u tych dzieci jest lęk, poczucie bezsilności i beznadziejności z pojawiającą się czasem nadzieją, która mobilizuje siły do walki z długotrwałą chorobą. Jednakże niepewność jutra burzy sens przyszłości. Wraz z wydłużającym się czasem intensywnego le-

czenia dzieci starsze nabierają przekonania, że ich sytuacja zmierza ku gorszemu. U dzieci młodszych być może, że przeszłość coraz bardziej zaciera się w pamięci, a możliwość nadziei w planowaniu przyszłości staje się źródłem walki w konfrontacji z bólem, co wyrażało się m.in. ich sposobem określania bólu (walka i nadzieja w odniesieniu do przyszłości).

Zaprezentowany materiał badawczy jednoznacznie ukazuje, że temat bólu jest trudny dla dzieci z chorobą reumatyczną. Jednocześnie dla pedagogów jest niezmiernie trudnym zadaniem towarzyszenie dziecku w jego przeżyciach związanych z chorobą. Badania wskazują więc na potrzebę poszukiwania sposobów ekspresji tych trudnych przeżyć. Niezbędne wydaje się także nabycie kompetencji komunikacyjnych nauczycieli oraz wzbogacenie warsztatu ich pracy o techniki i podejście umożliwiające wspieranie dziecka doświadczającego bólu.

Użycie przez pedagoga zaproponowanych technik wykorzystujących zjawisko projekcji może być jednym ze sposobów mającym na celu podjęcie próby nawiązania kontaktu z dzieckiem przewlekle chorym, niezwykle ważnym w procesie leczenia. Wiadomą rzeczą jest, że kontakt ten bywa często utrudniony, gdyż dzieci nie chcą, bądź nie potrafią dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami w konfrontacji z bólem. Zaproponowane techniki wykorzystujące zjawisko projekcji mogą być przydatne zarówno w zdobywaniu informacji od dzieci, które stosują zaprzeczanie, jak też od dzieci, które nie posiadają wystarczającej wiedzy i umiejętności, aby precyzyjnie opisać swój ból.

Bibliografia

Bishop, G.D. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.

Cackowski, Z. (1995). *Ból, lęk, cierpienie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Diener, H.Ch., Maier, Ch. (red.). (2003). *Leczenie bólu: metody – leki – psychologia.* Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner .

Dobrogowski, J., Kuś, M., Sedlak, K., Wordliczek, J. (red.). (1996). *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Domżał, T.M. (red.). (1996), *Ból. Podstawowy objaw w medycynie.* Warszawa: PZWL.

Fleck-Bangert, R. (2002). *O czym mówią rysunku dzieci*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

Grzesiuk, L. (1994). Zjawiska w psychoterapii. W: L. Grzesiuk (red.). *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hajnicz, W. (2003). Zaspokajanie potrzeb dziecka w wymiarze świata symboli. W: J. Wilk (red.). *W służbie dziecku*, t. III: *Społeczna troska o dziecko w XX wieku*. Lublin: Katedra Pedagogiki Rodziny KUL.

Harrower, M. (1989). Projekcyjne aspekty rysunku. W: *Wybrane zagadnienia testów projekcyjnych*. (s. 259–271). Warszawa: PTP.

Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.

Kaduson, H., Schaefer, Ch. (2002). *Zabawa w psychoterapii*. Gdańsk: GWP.

Keyserlingk von, L. (2001). *I nagle zrobiło się cicho*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.

Knapik, M. (2003). *Dziecko i sztuka. Recepcja – edukacja – wsparcie – terapia*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Kostrubiec, B., Mirucka, B. (red.). (2004). *Rysunek projekcyjny w badaniach obrazu siebie*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Kopaliński, W. (1968). *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa: PW Wiedza Powszechna.
Kossewska, J., Pilecka, W. (1996). *Dziecko – Społeczeństwo – Edukacja:DylematyPsychologiczne*. Materiały z Jubileuszowej Konferencji Naukowej. Kraków: Wydawnictwo WSP.
Łaguna, M., Lachowska, B.(2003). *Rysunek projekcyjny jako metoda badań psychologicznych*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
Maruszewski, T., Zdankiewicz-Ścigała, E. (2000). Teorie emocji W: J. Strelau, (red.). *Psychologia ogólna*. Gdańsk: GWP.
Oster G. D., Gould P. (2005). *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: GWP.
Oxford English Dictionary (1964). Oxford University Press.
Pitucha, M. (2000). *O bólu dobrym i niedobrym*. *Charaktery*, 2 (37), 12–17.
Popek, S. (1988). *Aktywność twórcza dzieci i młodzieży*. Warszawa: WSiP.
Popek, S. (1999). *Barwy i psychika*. *Percepcja*. *Ekspresja*. *Projekcja*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Popek, S. (2001). *Człowiek jako jednostka twórcza*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Rakowska, J.M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
Rembowski, J. (1986). *Metoda projekcyjna w psychologii*. Warszawa: PWN.
Saint-Marice, C., Muller, A., Meynadier, J. (red.). (1995). *Ból. Diagnostyka, leczenie i prewencja*. Warszawa: Gebethner i S-ka.
Sęk, H. (1984). *Metody projekcyjne. Tradycja i współczesność*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
Stein, M.I. (1997). *Twórczość pod lupą*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
Suchocka, L. (2008). *Psychologia bólu*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
Sztuka, K. (2001). *Psychologia dla artystów*. Częstochowa: WSP.
Wysocka, E. (2006). Techniki projekcyjne w psychopedagogicznym diagnozowaniu sytuacji rodzinnej i szkolnej. W: E. Jarosz, E. Wysocka (red.). *Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe problemy i rozwiązania*. Warszawa: Wydawnictwo Akademicke Żak.
Ziółkowski, J. (1998). Reakcje bólowe i ocena bólu u dzieci. W: *Leczenie bólu u dzieci i opieka paliatywna u dzieci* – IV Kurs CMKP dla lekarzy 28.09 – 3.10.1998.

BÓL JAKO DOŚWIADCZENIE TOWARZYSZĄCE CHOROBIE PRZEWLEKŁEJ

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie technik wykorzystujących zjawisko projekcji, jakimi może posłużyć się pedagog w celu poznania doświadczeń dzieci w ich konfrontacji z bólem. Techniki zostały opisane w oparciu o badania własne przeprowadzone wśród dzieci chorych na choroby reumatyczne.

Zaprezentowano pojęcie projekcji, jak również dokonano klasyfikacji metod projekcyjnych (techniki skojarzeniowe, techniki konstrukcyjne, techniki uzupełniania, techniki wyboru lub porządkowania, techniki ekspresyjne). W sposób szczególny zwrócono uwagę na wykorzystane techniki, które podzielono na 2 grupy: I. Techniki, poprzez które zwracano się do badanego wprost w celu poznania jego doświadczenia w konfrontacji z bólem (technika ekspresyjna – technika rysunku i technika uzupełniania – technika niedokończonych zdań, II. Techniki, w których wykorzystano czynnik pośredniczący – wiersze lub reprodukcje obrazu (technika skojarzeniowa, technika konstrukcyjna).

W celu opracowania wyników uzyskanych podczas stosowania technik wykorzystujących zjawisko projekcji, w badaniu doświadczeń dzieci w ich konfrontacji z bólem, stworzono do każdej wykorzystanej techniki kategorię odpowiedzi, które powstały na podstawie analizy zdobytych

informacji. Zawarte w dyskusji wyniki hipotezy wymagają zakrojonych na większą skalę badań zarówno jeśli chodzi o liczbę dzieci, jak też okres trwania badań.

Słowa kluczowe: ból, doświadczenia, projekcja, techniki.

PAIN AS AN EXPERIENCE WHICH ACCOMPANIES CHRONIC DISEASE

Summary

This article aims to present techniques using the phenomenon of projection which teachers can use in order to examine children's experiences of confronting pain. These techniques were described on the basis of the author's own studies carried out with children with rheumatic diseases.

The concept of projection was presented, and projective methods were classified (association techniques, construction techniques, completion techniques, choice or ordering techniques, and expressive techniques). Special attention was paid to the techniques used, which were divided into two groups: 1. Techniques used to address the subject directly in order to find out about his or her experience in confronting pain (the expressive technique – drawing a picture, and the completion technique – finishing incomplete sentences); 2. Techniques using an intermediary – poems or painting reproductions (association techniques, and construction techniques).

In order to process the results obtained during the use of projective techniques in the study on children's experiences in confronting pain, on the basis of the analysis of the data collected, a category of answers was created for each technique used. The hypotheses presented in the paper require large-scale studies, both in terms of the number of children, and the duration of the studies.

Key words: pain, experiences, projection, techniques.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(10) 2009

BEATA SZABAŁA

PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z CUKRZYCĄ TYPU 1: NIEKTÓRE JEGO UWARUNKOWANIA

Wprowadzenie

Przystosowanie społeczne w ogólnym rozumieniu oznacza proces przystosowania się jednostki lub grupy do określonych warunków działania społecznego (W. Szewczuk, 1985). K. Olechnicki i P. Załęcki (1997) utożsamiając przystosowanie społeczne z adaptacją społeczną, stwierdzają, że przystosowanie społeczne to proces dostosowywania się jednostek do warunków konkretnej rzeczywistości społecznej, odbywający się na drodze socjalizacji, w czasie której jednostki nabywają kompetencji kulturowej, umożliwiającej im sprawne funkcjonowanie w nowych sytuacjach społecznych. Podobne określenie analizowanego pojęcia podaje A.A. Zych (2001). H.G. Gough (za J. Kirenko, 1991) rozpatruje przystosowanie społeczne w aspekcie funkcjonowania jednostki w szeroko rozumianym kontekście społecznym i sytuacyjnym. Jego zdaniem przystosowanie społeczne to taki rodzaj kontaktów interpersonalnych, który gwarantuje zaspokojenie potrzeb na wymaganym poziomie i daje przy tym satysfakcję emocjonalną, która wynika z bezkonfliktowych, przyjaznych kontaktów z otoczeniem społecznym. Tak więc pojęcie przystosowania społecznego łączy się z zagadnieniem regulowania wzajemnych stosunków między człowiekiem a jego otoczeniem społecznym. W tym sensie ważne miejsce zajmuje problematyka przystosowania jednostki do warunków otoczenia, np. dziecka do szkoły (T. Tomaszewski, za Z. Palak, 1991).

Choroba, zwłaszcza nieuleczalna, stwarza swoiste warunki dla przystosowania społecznego osoby nią dotkniętej, co nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do dzieci. Jak podaje W. Pilecka (2002), opinie dotyczące wpływu przewlekłej choroby na przystosowanie społeczne dzieci oscylują wokół jednego z trzech stanowisk: 1) dzieci przewlekle chore nie różnią się od zdrowych rówieśników; 2) u dzieci przewlekle chorych niektóre aspekty funkcjonowania społecznego (np. empatia, komunikowanie się) są słabiej rozwinięte, w związku z czym nie zawsze potrafią nawiązywać satysfakcjonujące kontakty z otocze-

niem; 3) przewlekle chorzy manifestują wiele trudności adaptacyjnych, ich kontakty z rówieśnikami są ubogie, są często izolowani, a nawet odrzucani.

Na gruncie polskim zauważa się niedostatek prac empirycznych poświęconych szeroko pojętemu funkcjonowaniu społecznemu chorych dzieci, w tym również z cukrzycą typu 1. Wyjątek stanowią eksploracje W. Pileckiej (1989) i A. Maciarz (1998). W. Pilecka (1989) badając dzieci z cukrzycą, astmą oskrzelową i chorobą reumatyczną ustaliła, że większość uczniów z cukrzycą (73,3%) cechują liczne zaburzenia w przystosowaniu społecznym. Dzieci te najczęściej ujawniają niską motywację do nauki szkolnej (40%), niski stopień uspołecznienia (50%), negatywne postawy wobec innych osób oraz przyhamowanie (w obu przypadkach 64,3%). Równie niekorzystne wyniki uzyskała A. Maciarz (1998), która objęła eksploracją dzieci chore na cukrzycę, alergię i padaczkę. Autorka zauważyła, że grupa uczniów z cukrzycą jest najmniej zróżnicowana pod względem poziomu przystosowania społecznego. Znalazły się w niej tylko dzieci przeciętnie (70%) i źle przystosowane (30%). Uczniowie z cukrzycą uzyskali najwyższy globalny wynik za zachowania negatywne, takie jak: nadruchliwość, zawziętość, nerwowość. Charakteryzują się też mniejszą przewagą ekstrawersji i pozytywnego zachowania oraz przewagą negatywnego nastawienia do pracy nad pozytywnym nastawieniem.

W literaturze obcojęzycznej można odnaleźć zdecydowanie więcej prac dotyczących analizowanego aspektu. A.M. Jacobson i in. (1986) poszukując odpowiedzi na pytanie czy cukrzyca typu 1 może zakłócać przystosowanie społeczne dzieci, przeprowadzili badania porównawcze uwzględniające rówieśników z innymi chorobami (zapalenie wyrostka, infekcja, złamanie, skaleczenie). Analiza informacji nie wskazała na istnienie statystycznych różnic między grupami. Ciekawe rezultaty otrzymali P. Hoare i H. Mann (1994) zestawiając wyniki dzieci z cukrzycą i padaczką. Ich badania ujawniły bowiem, że w opinii rodziców dzieci z cukrzycą są mniej narażone na występowanie zaburzeń w zachowaniu. Tezę tę popierają G. Vila i in. (1999), którzy objęli eksploracją dzieci z cukrzycą i astmą. Autorzy odnotowali, że badani z cukrzycą osiągnęli istotnie niższe wyniki w zakresie takich cech, jak: lękliwość, wycofywanie się z kontaktu, dolegliwości somatyczne, agresywność, poczucie winy.

Literatura obcojęzyczna jest również zasobna w eksploracje, w których przystosowanie społeczne dzieci z cukrzycą typu 1 zestawia się równocześnie z chorymi i zdrowymi rówieśnikami. J.L. Wallander i in. (1988, za J.L. Wallander i in., 1989) analizując zachowanie i kompetencje społeczne dzieci przewlekle chorych (cukrzyca, rozszczep kręgosłupa, hemofilia, porażenie mózgowe, otyłość), wykazali, że w odniesieniu do norm opracowanych dla dzieci zdrowych (kwestionariusz CBCL), chore, w opinii matek, ujawniają więcej zaburzeń w zachowaniu oraz w zakresie kompetencji społecznych. Nie odnotowano natomiast żadnych różnic ze względu na rodzaj schorzenia, co popierają także inne eksploracje (J.H. Nassau, D. Drotar, 1995; J.S. Padur, 1995). W opozycji z przywołanymi tu ustaleniami jest natomiast praca I. Engströma (1992), który, oceniając przystosowanie społeczne chorych dzieci, zebrał informacje od trzech grup ma-

tek małych pacjentów (cukrzyca, zapalenie wątroby, bóle głowy) i matek zdrowego potomstwa. Badacz zauważył, że rodzaj schorzenia determinuje zachowanie dzieci przewlekle chorych. Dzieci z cukrzycą istotnie rzadziej niż chorzy rówieśnicy wycofują się z kontaktu i uskarżają na dolegliwości somatyczne, a ich zachowanie nie odbiega od zachowania zdrowych koleżanek i kolegów.

W wielu pracach autorzy nie tylko opisują, na ile zachowanie dzieci z cukrzycą typu 1 w interakcjach społecznych różni się od tego, jakie jest udziałem ich zdrowych lub chorych rówieśników, ale dążą również do określenia zmiennych wiążących się z przystosowaniem społecznym. Jedną z nich jest płeć. Zmienną tę uwzględnili w swoich badaniach E. Northam i in. (1996), którzy ustalili, że wkrótce po zdiagnozowaniu cukrzycy u dziewcząt częściej niż u chłopców występowały zachowania agresywne, poczucie winy, wycofywanie się z kontaktu. Zachowania te powtórzyły się również u dziewcząt po upływie roku od rozpoznania choroby (oprócz wycofywania się z kontaktu). Do odmiennych wniosków doszli J.V. Lavigne i in. (1982) oraz J.F. Rovet i in. (1987). Odnotowali bowiem, że chłopcy z cukrzycą częściej niż ich chore rówieśniczki manifestują zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym.

S. Ahnsjö i in. (1981) zwrócili uwagę na czas trwania cukrzycy jako ważną zmienną mogącą różnicować funkcjonowanie społeczne chorych dzieci. Autorzy ci podjęli próbę oceny przystosowania społecznego dzieci i młodzieży z cukrzycą oraz ich zdrowych rówieśników. Dwukrotna eksploracja, pierwsza po upływie 5 miesięcy od diagnozy, druga 3 lata później, ujawniła, że czas trwania choroby nie determinuje funkcjonowania społecznego respondentów z cukrzycą. W opozycji z tą tezą są badania M. Grey i in. (1995), którzy poddali dwuletniej obserwacji dzieci ze świeżo zdiagnozowaną cukrzycą oraz ich zdrowych rówieśników. Informacje zebrane od rodziców wykazały, że wkrótce po rozpoznaniu choroby u dzieci z cukrzycą częściej niż u zdrowych obserwowano wrogość w stosunku do innych i wycofywanie się z kontaktu. Po upływie roku od diagnozy nie odnotowano istotnych różnic między grupami, ale dwa lata później chorzy respondenci uzyskali wyniki, które wskazują na ich większą wrogość wobec innych i wycofywanie się z kontaktu.

W pracach empirycznych stosunkowo często zmierza się do określenia związku pomiędzy zachowaniem się chorych dzieci a poziomem wyrównania metabolicznego cukrzycy. A.M. Jacobson i in. (1987) diagnozując funkcjonowanie społeczne dzieci z cukrzycą typu 1 zauważyli, że wysoki poziom funkcjonowania społecznego istotnie koreluje z dobrą kontrolą metaboliczną, z czym korespondują wyniki C.L. Hanson i in. (1987) oraz D. M. Cohen i in. (2004).

Z zaprezentowanego przeglądu piśmiennictwa wynika zatem, że dotychczasowe rozważania nad przystosowaniem społecznym dzieci z cukrzycą typu 1 nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków co do tego aspektu ich funkcjonowania. Poza tym na gruncie polskim dostrzega się wyraźny brak szeroko zakrojonych badań, np. uwzględniających grupę porównawczą złożoną z dzieci zdrowych, oraz trudno odnaleźć jakiekolwiek informacje na temat cho-

robowych i pozachorobowych uwarunkowań funkcjonowania uczniów z cukrzycą. Jest to o tyle ważne, iż ciągle wzrasta liczba chorych dzieci (A. Symonides-Ławecka, 2000), a tę niebezpieczną w swych skutkach chorobę (E. Piontek, J. Brett-Chruściel, 1998) niekiedy diagnozuje się już u 2- czy 3-latków (M. Silink, P. Fichna, 1997).

Niniejszy artykuł wychodzi zatem naprzeciw niewystarczającemu stanowi wiedzy empirycznej odnotowanemu w rodzimej literaturze przedmiotu.

Założenia badań własnych

Celem opracowania jest scharakteryzowanie przystosowania społecznego dzieci z cukrzycą typu 1 oraz określenie czy istnieje związek zależnościowy pomiędzy przystosowaniem społecznym chorych dzieci a niektórymi zmiennymi dotyczącymi ich społecznego funkcjonowania. Realizacja przyjętego celu wymaga udzielenia odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest przystosowanie społeczne dzieci z cukrzycą z typu 1 i zdrowych?
2. Czy płeć różnicuje przystosowanie społeczne dzieci z cukrzycą typu 1 i zdrowych?
3. Czy czas trwania choroby jest wyznacznikiem przystosowania społecznego dzieci z cukrzycą typu 1?
4. Jakie jest przystosowanie społeczne dzieci z cukrzycą typu 1 w zależności od poziomu wyrównania metabolicznego choroby?

Na podstawie dostępnej literatury przedmiotu, którą zaprezentowano w części wstępnej, można wysunąć założenia hipotetyczne odnośnie do sformułowanych problemów badawczych. A zatem należy oczekiwać, że występują różnice w przystosowaniu społecznym uczniów z cukrzycą i zdrowych, jak również w kategoriach płci badanych dzieci, gdyż różnice między płciami nie są związane z chorobą. Można również przyjąć, iż czas trwania cukrzycy i jej poziom wyrównania metabolicznego różnicują przystosowanie społeczne małych pacjentów.

Do pomiaru przystosowania społecznego wykorzystano Arkusz Zachowania się Ucznia (AZU) w opracowaniu B. Markowskiej. W związku z wyborem tego narzędzia wprowadzono definicję operacyjną pojęcia przystosowanie społeczne. Jest to o tyle ważne, że zdając się tylko na skale Arkusza nie rościmy sobie pretensji do innych aspektów przystosowania społecznego. A zatem przystosowanie społeczne to wynik procesu uzyskiwania równowagi między potrzebami jednostki a warunkami otoczenia społecznego, wyrażający się w poziomie motywacji do nauki szkolnej, zachowania się antyspołecznego, przyhamowania, uspołecznienia, zainteresowań seksualnych, decydujący zarazem o efektywnym i społecznie pożądanym uczestnictwie w środowiskach, w których dana osoba żyje i rozwija się.

AZU jest wystandaryzowaną i znormalizowaną skalą obserwacyjną o strukturze czynnikowej zawierającą 50 itemów, które dotyczą jawnego zachowania się dziecka na terenie szkoły. Itemy te są ujęte w pięć aspektów charakteryzują-

cych odpowiednio pięć kategorii przystosowania społecznego. Są to: 1) Motywacja do nauki szkolnej, 2) Zachowanie się antyspołeczne, 3) Przyhamowanie, 4) Uspołecznienie, 5) Zainteresowania seksualne. Wypełniają go nauczyciele-wychowawcy, oceniając w skali pięciostopniowej nasilenie danej cechy u badanego ucznia (B. Markowska, H. Szafraniec, 1980). Ponadto dodatkowo skorzystano z kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji przeznaczonej dla rodziców. Za jej pomocą zgromadzono podstawowe informacje o dziecku, a zwłaszcza o przebiegu jego choroby.

Eksploracją objęto dwie równoliczne grupy. Pierwszą tworzyło 70 nauczycieli uczniów z cukrzycą typu 1 oraz ich rodzice. Respondenci udzielali informacji o dzieciach w wieku 10–13 lat, u których nie występowały dodatkowe schorzenia, a od zdiagnozowania cukrzycy upłynęły co najmniej 2 lata. To ostatnie kryterium wynika z przeświadczenia, że sposób funkcjonowania dziecka z niedawno rozpoznaną chorobą jest inny od tego, u którego od postawienia diagnozy upłynęły 2 lata (M. Grey i in., 1995). W grupie drugiej znaleźli się nauczyciele i rodzice dzieci zdrowych, które dobrano z uwzględnieniem wieku, płci i miejsca zamieszkania dzieci z cukrzycą.

Wśród uczniów chorych i zdrowych znalazło się 30 dziewcząt i 40 chłopców. Ponad połowa pochodziła z miasta (44 = 62,9%). Najliczniej reprezentowane były dzieci chorujące 6 lat i więcej (29 = 41,4% – gr. 3) oraz te, u których czas trwania cukrzycy zamyka się w przedziale od 3 do 5 lat (27 = 38,6% – gr. 2). Najmniej badanych żyło z cukrzycą 2 lata (14 = 20,0% – gr. 1). Aktualny stan zdrowia dzieci, oceniony na podstawie wartości hemoglobiny glikowanej (glikozylowanej) (HbA_{1C}), będącej obiektywnym wskaźnikiem stopnia wyrównania metabolicznego choroby w okresie trzech miesięcy poprzedzających badanie (M. Ciechanowska, H. Dziatkowiak, 1999), był zróżnicowany. Wśród uczniów chorych dominowały dzieci odznaczające się średnim wyrównaniem cukrzycy (33 = 47,1%). U 17 (24,3%) stopień wyrównania metabolicznego był zły, u 14 (20,0%) – bardzo zły, zaś u 6 (8,6%) – dobry.

Analiza przystosowania społecznego sprowadzała się m. in. do zaprezentowania porównań międzygrupowych oraz porównań w kategoriach płci. Zróżnicowanie poszczególnych skal Arkusza w grupach dzieci chorych i zdrowych zbadano testami różnic dla par niezależnych, t-Studenta lub C-Cochrana-Coxa, w zależności od otrzymanego wskaźnika jednorodności wariancji, zaś do porównań w kategoriach płci posłużył test t-Studenta dla par niezależnych. W każdej skali, w obu przypadkach, przeprowadzono również analizę poszczególnych itemów, stosując do tego celu statystykę U-Manna-Whitneya. Próbując ustalić czy czas trwania choroby ma znaczenie dla analizowanej zmiennej, posłużono się jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA), zaś w przypadku zakłócenia warunku jednorodności wariancji (test Levene'a), różnice dodatkowo sprawdzano testem H-Kruskala-Wallisa, który wykorzystano także do oceny zróżnicowania poszczególnych itemów. Związek poziomu wyrównania metabolicznego choroby z przystosowaniem społecznym

uczniów z cukrzycą, w zakresie wyników ogólnych pięciu skal AZU, jak i uzyskanych w poszczególnych itemach, zbadano za pomocą współczynnika korelacji τ-Kendalla.

Wyniki badań

Porównanie przystosowania społecznego dzieci z grupy podstawowej i porównawczej (tabela 1) wykazało, że w dwóch skalach Arkusza, a mianowicie *Przyhamowanie (I)* i *Uspołecznienie (IV)*, różnice okazały się istotne statystycznie na poziomie $p<0{,}019–0{,}032$. Spośród zaś wszystkich analizowanych aspektów przystosowania społecznego, w czterech korzystniejsze wyniki uzyskały dzieci zdrowe. Dokładniejszych informacji dostarcza szczegółowa charakterystyka skal AZU.

Tabela 1. Przystosowanie społeczne dzieci z grupy podstawowej i porównawczej[1)]

Numer i nazwa skali	Grupa podstawowa		Grupa porównawcza		Porównanie średnich		
	M	*sd*	*M*	*sd*	*t*	*df*	*p*
I. Motywacja do nauki szkolnej	42,87	6,93	44,69	7,51	–1,49	138	0,140
II. Zachowanie się antyspołeczne	25,70	8,48	25,23	6,23	0,37	127	0,708
III. Przyhamowanie	28,19	6,72	25,84	4,76	2,38	124	0,019*
IV. Uspołecznienie	43,37	5,81	45,49	5,71	–2,17	138	0,032*
V. Zainteresowania seksualne	4,67	1,40	4,84	1,45	–0,71	138	0,478

Skala *Motywacji do nauki szkolnej (I)* obejmuje cechy, które określają pozytywną postawę dziecka wobec wymagań szkoły, charakteryzującą się wytrwałością i dużą potrzebą osiągnięć (B. Markowska, H. Szafraniec, 1980). Badane dzieci, zarówno z cukrzycą, jak i zdrowe, uzyskały tutaj średnie arytmetyczne z różnicą pomiędzy nimi nieistotną statystycznie ($t = –1{,}49$; $p>0{,}140$), przy czym wyższą wartość średniej zauważa się u tych drugich. Pomimo braku wyraźnej różnicy w wyniku ogólnym, analiza poszczególnych itemów ujawniła kilka rozbieżności. W sposób istotny statystycznie badani z grupy podstawowej zostali scharakteryzowani jako mniej skupieni na przedmiocie lekcji ($z_U = –2{,}73$; $p<0{,}006$), wytrwali ($z_U = –2{,}28$; $p<0{,}023$), samokrytyczni ($z_U = –2{,}06$; $p<0{,}039$)

[1)] W przypadku grup heterogenicznych ze względu na wariancję zastosowano test C-Cochrana-Coxa.

i aktywni intelektualnie ($z_U = –1,96$; $p < 0,050$), ale za to w większym stopniu przywiązujący uwagę do czystości ($z_U = 2,56$; $p < 0,011$). Różnica na poziomie tendencji statystycznej na niekorzyść dzieci z cukrzycą wystąpiła w zakresie odpowiedzialności ($z_U = –1,69$; $p \sim 0,091$). W pozostałych cechach wyższe średnie są udziałem badanych z grupy porównawczej. Na podstawie danych liczbowych należy więc sądzić, że uczniowie z cukrzycą w nieco mniejszym stopniu niż zdrowi są umotywowani do nauki szkolnej.

Z *Motywacją do nauki szkolnej* wiąże się skala *IV* – a mianowicie *Uspołecznienie*, która teoretycznie miała być czynnikiem niezależnym, jednak już w badaniach walidacyjnych okazało się, że silnie koreluje z czynnikiem *I* ($r = 0,74$). Skala ta obejmuje cechy określające pozytywną postawę dziecka wobec innych osób, a charakteryzuje się zdolnością do „ciepłych" reakcji interpersonalnych, pełnych życzliwości i akceptacji (tamże). Różnicuje ona dzieci chore i zdrowe na poziomie ufności ($t = –2,17$; $p < 0,032$), a mniejsza wartość średniej w grupie podstawowej pozwala przyjąć, że uczniowie z cukrzycą są znacznie gorzej uspołecznieni. Zestawiając poszczególne itemy można powiedzieć, że dzieci chore słabiej przywiązują się do kolegów ($z_U = –2,56$; $p < 0,010$) i są mniej wrażliwe na przeżycia innych ($z_U = –2,15$; $p < 0,032$). Wykazują też tendencję do mniejszej opiekuńczości ($z_U = –1,75$; $p \sim 0,079$). W znakomitej większości cech, w których nie zauważono istotnych rozbieżności, różnice pomiędzy średnimi są korzystniejsze dla uczniów zdrowych.

Skala *II – Zachowanie się antyspołeczne* – zawiera itemy, które opisują zachowania dzieci nadpobudliwych i agresywnych (tamże). Uczniowie z cukrzycą nie różnią się istotnie w tym wymiarze AZU od zdrowych rówieśników ($C = 0,37$; $p > 0,708$), przy czym wyższą wartość średniej arytmetycznej zauważa się u tych pierwszych. Analiza poszczególnych cech nie ujawniła wyraźnego zróżnicowania między grupami i tylko w jednym itemie pojawiła się różnica zbliżona do istotności statystycznej. Nauczyciele uznali bowiem badanych z grupy podstawowej za bardziej ekspansywnych ($z_U = 1,73$; $p \sim 0,084$). W większości pozostałych cech wyższe średnie są częściowo udziałem dzieci przewlekle chorych, a częściowo zdrowych. Dane wskazują zatem na przejawianą przez uczniów z cukrzycą nieco większą skłonność do negatywnej postawy wobec innych i wymagań szkoły.

Skala *Przyhamowanie (III)* obejmuje cechy określające bierną postawę dziecka wobec innych osób. W postawie tej dominują tendencje do reakcji lękowych i obniżonego samopoczucia (tamże). Dzieci z cukrzycą otrzymały tutaj średnią istotnie różniącą się od porównywanego z nią wyniku dzieci zdrowych, na niekorzyść pierwszych ($C = 2,38$; $p < 0,019$), co sugeruje, że chorzy uczniowie manifestują znacznie więcej zachowań zahamowanych niż zdrowi. W opinii nauczycieli, badani z grupy podstawowej są bardziej zależni ($z_U = 3,77$; $p < 0,000$), ujawniają mniej wigoru ($z_U = 2,70$; $p < 0,007$), są bardziej lękliwi ($z_U = 2,59$; $p < 0,010$) i ulegli ($z_U = 1,93$; $p \sim 0,054$), ale za to mniej niechętni do wysiłków fizycznych ($z_U = –1,94$; $p \sim 0,052$) i mniej płaczliwi ($z_U = –1,91$; $p \sim 0,056$). W pozo-

stałych cechach nie odnotowano istotnych różnic między grupami, przy czym wyższe średnie znacznie częściej obserwowano u uczniów z cukrzycą.

Ostania skala AZU – *Zainteresowania seksualne (V)* – obejmuje obok zainteresowań sprawami seksu także postawy wobec płci przeciwnej (tamże). Różnica pomiędzy dziećmi chorymi i zdrowymi jest nieistotna statystycznie ($t = -0,71$; $p > 0,478$), a wyższą wartość średniej obserwuje się w grupie porównawczej. Spośród dwóch itemów skali, jeden został różnie oceniony w obu grupach, a wskazuje on na nieco słabsze reagowanie chorych uczniów na płeć przeciwną.

Ważnym etapem niniejszych analiz są porównania dokonane w kategoriach płci badanych dzieci. Dane zawarte w tabeli 2 wskazują, że przystosowanie społeczne dziewcząt i chłopców z cukrzycą nieco różni się. Różnica istotna statystycznie wystąpiła w jednej skali (*Motywacja do nauki szkolnej*), w innej pojawiła się rozbieżność na granicy ufności (*Uspołecznienie*), zaś we wszystkich wymiarach AZU różnice pomiędzy średnimi są korzystniejsze dla dziewcząt. Interesujących informacji dostarcza analiza poszczególnych skal.

Tabela 2. Przystosowanie społeczne dziewcząt i chłopców z grupy podstawowej

Numer i nazwa skali	Grupa				Porównanie średnich		
	Dziewczęta		Chłopcy				
	M	*sd*	*M*	*sd*	*t*	*df*	*P*
I. Motywacja do nauki szkolnej	45,40	5,54	40,98	7,32	2,77	68	0,007*
II. Zachowanie się antyspołeczne	24,60	9,08	26,53	8,02	–0,94	68	0,351
III. Przyhamowanie	28,07	6,71	28,28	6,81	–0,13	68	0,899
IV. Uspołecznienie	44,77	5,25	42,33	6,05	1,77	68	0,082~
V. Zainteresowania seksualne	4,47	1,38	4,83	1,41	–1,04	68	0,293

Motywacja do nauki szkolnej różnicuje dziewczęta i chłopców na poziomie $p < 0,007$ ($t = 2,77$), a wyższa wartość średniej pierwszych pozwala przyjąć, że uczennice są znacznie lepiej umotywowane do nauki szkolnej. Analiza itemów wchodzących w skład tej skali sugeruje, że badane płci żeńskiej są bardziej uważne na lekcji ($z_U = 3,23$; $p < 0,001$), częściej dbają o pomoce do nauki ($z_U = 2,86$; $p < 0,004$), są pilne ($z_U = 2,61$; $p < 0,009$) i bardziej refleksyjne ($z_U = 2,46$; $p < 0,014$). W pozostałych cechach, w których nie stwierdzono wyraźnego zróżnicowania, wyższe średnie są także udziałem dziewcząt.

Porównanie uczniów w kategoriach płci w skali *Uspołecznienie* wykazało ich zróżnicowanie na poziomie zbliżonym do ufności ($t = 1,77$; $p \sim 0,082$), a zestawienie itemów ujawniło kilka rozbieżności świadczących o tym, że badane płci żeńskiej chętniej pracują społecznie ($z_U = 2,70$; $p < 0,007$), są bardziej wrażliwe na przeżycia innych ($z_U = 2,52$; $p < 0,012$), częściej poświęcają się ($z_U = 1,96$; $p < 0,048$) i przejawiają tendencję do większej opiekuńczości ($z_U = 1,88$; $p \sim 0,060$). Również

w pozostałych cechach wyższe średnie najczęściej uzyskują dziewczęta. Można zatem stwierdzić, że uczennice z cukrzycą przejawiają tendencję do lepszego uspołecznienia.

W skali *Zachowanie się antyspołeczne* średnie arytmetyczne dziewcząt i chłopców nie różnią się istotnie statystycznie ($t = –0,94$; $p > 0,351$), przy czym niekorzystny wynik jest typowy dla badanych płci męskiej. Porównanie zachowań szczegółowych pozwala uznać ich za częściej manifestujących agresję słowną ($z_U = –2,54$; $p < 0,011$), zaś w pozostałych itemach, gdzie nie odnotowano rozbieżności na poziomie ufności, wyższe średnie są również w większości udziałem chłopców. Skłania to do przyjęcia twierdzenia, że dziewczęta ujawniają nieco mniej zachowań antyspołecznych.

Skala *Przyhamowanie* nie różnicuje badanych w kategoriach płci ($t = –0,13$; $p > 0,899$), a średnie arytmetyczne osiągają zbliżone wartości. Analiza poszczególnych itemów sugeruje, że dziewczęta rzadziej unikają trudności ($z_U = –2,28$; $p < 0,023$), ale za to są bardziej płaczliwe ($z_U = 2,18$; $p < 0,029$). W pozostałych cechach wyższe średnie obserwuje się częściowo u uczennic, a częściowo u uczniów. Upoważnia to do stwierdzenia, że płeć nie jest wyznacznikiem zachowań zahamowanych, są one z jednakową częstotliwością widoczne u badanych płci żeńskiej i męskiej.

Zestawienie wyników w skali *Zainteresowania seksualne* nie wykazało różnicy na poziomie ufności ($t = –1,04$; $p > 0,293$), a niższą wartość średniej obserwuje się u dziewcząt. W obu itemach tworzących tę skalę niekorzystne wyniki są charakterystyczne dla chłopców, co wykazuje na ich nieco szersze zainteresowania seksualne.

Zaprezentowane tu wyniki zachęcają do przeprowadzenia analogicznych analiz w grupie dziewcząt i chłopców zdrowych. W ten sposób można będzie określić, czy różnice między płciami są związane z chorobą.

Dane liczbowe dotyczące przystosowania społecznego uczennic i uczniów z grupy porównawczej pozwalają zauważyć jego zróżnicowanie (tabela 3).

Tabela 3. Przystosowanie społeczne dziewcząt i chłopców z grupy porównawczej

Numer i nazwa skali	Grupa				Porównanie średnich		
	Dziewczęta		Chłopcy				
	M	*sd*	*M*	*sd*	*T*	*df*	*P*
I. Motywacja do nauki szkolnej	48,03	5,90	42,18	7,67	3,48	68	0,001*
II. Zachowanie się antyspołeczne	23,73	5,71	26,35	6,45	–1,76	68	0,082~
III. Przyhamowanie	25,20	4,94	26,33	4,62	–0,98	68	0,331
IV. Uspołecznienie	47,63	5,46	43,88	5,43	2,86	68	0,006*
V. Zainteresowania seksualne	4,47	1,36	5,13	1,47	–1,91	68	0,060~

W dwóch skalach Arkusza pojawiły się różnice istotne statystycznie (*Motywacja do nauki szkolnej*, *Uspołecznienie*), a w dwóch kolejnych zbliżone do poziomu ufności (*Zachowanie się antyspołeczne*, *Zainteresowania seksualne*). Trzeba przy tym podkreślić, że we wszystkich skalach rozbieżności pomiędzy średnimi są korzystniejsze dla dziewcząt. Zauważone prawidłowości wzbogaca szczegółowa charakterystyka skal AZU.

W skali *Motywacja do nauki szkolnej* dziewczęta uzyskały średnią arytmetyczną istotnie wyższą od analogicznego wyniku chłopców ($t = 3{,}48$; $p < 0{,}001$), co oznacza, że są znacznie lepiej umotywowane do nauki szkolnej. Analiza poszczególnych itemów upoważnia do stwierdzenia, że badane płci żeńskiej są czystsze ($z_U = 3{,}31$; $p < 0{,}001$), bardziej uważne na lekcji ($z_U = 3{,}27$; $p < 0{,}001$), pilniejsze ($z_U = 2{,}97$; $p < 0{,}003$), częściej dbają o pomoce do nauki ($z_U = 2{,}59$; $p < 0{,}009$), lepiej zapamiętują zadaną lekcję ($z_U = 2{,}56$; $p < 0{,}010$) i są bardziej wytrwałe ($z_U = 2{,}20$; $p < 0{,}028$). Zdaniem nauczycieli uczennice, w porównaniu z uczniami, cechują się ponadto większą refleksyjnością ($z_U = 1{,}93$; $p \sim 0{,}054$), samokrytycyzmem ($z_U = 1{,}80$; $p \sim 0{,}072$) i są bardziej odpowiedzialne ($z_U = 1{,}71$; $p \sim 0{,}087$). W zakresie pozostałych cech wyższe średnie były udziałem badanych płci żeńskiej.

Uspołecznienie różnicuje dzieci z grupy porównawczej na poziomie $p < 0{,}006$ ($t = 2{,}86$), z różnicą na niekorzyść chłopców, co pozwala uznać ich za gorzej uspołecznionych. Z zestawienia itemów tej skali wynika, że badane płci żeńskiej są bardziej tolerancyjne ($z_U = 2{,}46$; $p < 0{,}014$) i skłonne do poświęcania się ($z_U = 2{,}31$; $p < 0{,}021$). Wykazują też tendencję do większej opiekuńczości ($z_U = 1{,}83$; $p \sim 0{,}067$), lepszego samopoczucia ($z_U = 1{,}79$; $p \sim 0{,}074$) i większej wrażliwości na przeżycia innych ($z_U = 1{,}67$; $p \sim 0{,}094$). W innych cechach różnice pomiędzy średnimi, aczkolwiek nieistotne statystycznie, okazały się także korzystniejsze dla dziewcząt.

Porównanie badanych w kategoriach płci w skali *Zachowanie się antyspołeczne* wskazało na istnienie różnicy na poziomie tendencji statystycznej ($t = -1{,}76$; $p \sim 0{,}082$), a niższa wartość średniej dziewcząt sugeruje, iż przejawiają mniej negatywną postawę wobec innych i wymagań szkoły. Na podstawie porównania wyników w poszczególnych cechach można scharakteryzować chłopców jako bardziej agresywnych fizycznie ($z_U = -2{,}67$; $p < 0{,}008$), mniej opanowanych ($z_U = -2{,}27$; $p < 0{,}023$), bardziej agresywnych słownie ($z_U = -1{,}90$; $p \sim 0{,}057$). Również w pozostałych itemach wyższe średnie uzyskali badani płci męskiej.

Skala *Przyhamowania* nie różnicuje istotnie uczennic i uczniów z grupy porównawczej ($t = -0{,}98$; $p > 0{,}331$), przy czym wyższą wartość średniej arytmetycznej zauważa się u badanych płci męskiej, których, na podstawie analizy zachowań szczegółowych, można uznać za mniej odpornych na stres ($z_U = -1{,}92$; $p \sim 0{,}054$). W itemach, gdzie nie odnotowano rozbieżności na poziomie ufności lub do niego zbliżonym, wyższe średnie częściej osiągali chłopcy. Można więc wnioskować, że uczniowie manifestują skłonności do nieco większego przyhamowania.

Zestawienie wyników w skali *Zainteresowania seksualne* wskazało na istnienie różnicy na poziomie tendencji statystycznej ($t = -1{,}91$; $p \sim 0{,}060$), a wyższa wartość średniej chłopców sugeruje, że ujawniają szersze zainteresowania seksualne. W obu itemów tej skali korzystniejsze wyniki uzyskały badane płci żeńskiej, które znacznie słabiej interesują się sprawami seksu ($z_U = -2{,}08$; $p < 0{,}038$).

Uzupełnieniem powyższych informacji jest analiza przystosowania społecznego dzieci z cukrzycą typu 1 przeprowadzona z uwzględnieniem takich zmiennych, jak czas trwania choroby i jej poziom wyrównania metabolicznego.

Analiza uwzględniająca czas trwania choroby (tabela 4) ujawniła, że zmienna ta nie różnicuje istotnie przystosowania społecznego uczniów z cukrzycą. Jedynie w skali *Uspołecznienie* zaznaczyła się tendencja do istotności statystycznej. Otrzymany wynik sugeruje, że uczniowie chorujący najkrócej (grupa 1) częściej niż ich rówieśnicy z dłuższym stażem chorobowym (grupa 2 i 3) przejawiają skłonność do lepszego uspołecznienia ($F = 2{,}71$; $p \sim 0{,}074$). Do podobnych wniosków prowadzi zestawienie poszczególnych itemów,

Tabela 4. Przystosowanie społeczne dzieci z grupy podstawowej a czas trwania choroby

Symbol i nazwa skali	*M/sd*	Czas trwania choroby			*ANOVA*	
		Grupa			*F*	*p*
		1	2	3		
I. Motywacja do nauki szkolnej	*M*	43,57	43,41	42,03	0,36	0,701
	sd	6,02	8,12	6,25		
II. Zachowanie się antyspołeczne	*M*	25,14	25,33	26,31	0,13[2)]	0,881
	sd	7,65	6,03	10,75		
III. Przyhamowanie	*M*	27,43	28,07	28,66	0,16	0,853
	sd	6,66	7,49	6,15		
IV. Uspołecznienie	*M*	45,64	44,07	41,62	2,71	0,074~
	sd	5,94	5,70	5,51		
V. Zainteresowania seksualne	*M*	5,07	4,81	4,34	1,52	0,226
	sd	1,27	1,49	1,34		

gdzie dzieci zdiagnozowane dwa lata wcześniej (grupa 1) częściej od pozostałych cieszą się popularnością wśród zdrowych kolegów ($H = 6{,}61$; $p < 0{,}037$), są

[2)] W przypadku tej zmiennej warunek jednorodności wariancji nie został spełniony, a różnice dodatkowo sprawdzono testem nieparametrycznym H-Kruskala-Wallisa, którego wartość wynosi: $H = 0{,}04$; $p > 0{,}983$.

bardziej opiekuńcze (H = 5,98; p < 0,050) i częściej angażują się społecznie (H = 5,55; p~0,062). Najlepszym samopoczuciem cechują się badani ze średnim stażem chorobowym (gr. 2) (H = 4,95; p~0,084), którzy najsilniej reagują na płeć przeciwną (H = 8,34; p < 0,016).

Biorąc pod uwagę poziom wyrównania metabolicznego cukrzycy (tabela 5) ustalono, że zmienna ta istotnie wiąże się z przystosowaniem społecznym dzieci. Związki te dotyczą następujących skal: *Motywacja do nauki szkolnej*, *Przyhamowanie*, *Uspołecznienie*. Dokładna analiza upoważnia do stwierdzenia, że wzrost hemoglobiny glikowanej (glikozylowanej) (HbA_{1C}) (wyniki złe i bardzo złe) współwystępuje ze znacznie słabszą motywacją uczniów do nauki szkolnej (τ = –0,21; p < 0,009), co w szczególności ujawnia się ich mniejszą pilnością i starannością (τ = –0,29; p < 0,000), słabszym zapamiętywaniem zadanych lekcji (τ = –0,24; p < 0,004), mniejszą wytrwałością (τ = -0,17; p < 0,042), słabszym samokrytycyzmem (τ = -0,16; p < 0,047) i uważaniem na lekcji (τ = –0,16; p < 0,048) oraz mniejszą odpowiedzialnością (τ = –0,14; p~0,076).

Tabela 5. Przystosowanie społeczne dzieci z grupy podstawowej a poziom wyrównania metabolicznego choroby

Symbol i nazwa skali	Poziom wyrównania metabolicznego choroby	
	τ	*p*
I. Motywacja do nauki szkolnej	–0,21	0,009*
II. Zachowanie się antyspołeczne	0,09	0,289
III. Przyhamowanie	0,24	0,004*
IV. Uspołecznienie	–0,20	0,013*
V. Zainteresowania seksualne	0,09	0,258

Poziom wyrównania metabolicznego cukrzycy koreluje istotnie z bierną postawą badanych wobec innych i wymagań szkoły, gdzie wzrostowi HbA_{1C} towarzyszy jej nasilenie (τ = 0,24; p < 0,004), a zwłaszcza takich cech, jak: brak odporności na stres (τ = 0,28; p < 0,001), niechęć do wysiłków fizycznych (τ = 0,25; p < 0,003), brak pewności siebie (τ = 0,21; p < 0,011), przygnębienie (τ = 0,19; p < 0,017), unikanie trudności (τ = 0,18; p < 0,026), płaczliwość (τ = 0,17; p < 0,034), brak wigoru (τ = 0,16; p < 0,044).

Zauważono także, że wraz ze wzrostem wartości hemoglobiny glikowanej zmienia się uspołecznienie dzieci z cukrzycą (τ = –0,20; p < 0,013), które cechują się gorszym samopoczuciem (τ = –0,39; p < 0,000), są mniej popularne wśród rówieśników (τ = –0,32; p < 0,000), rzadziej zadowolone z pochwały (τ = –0,25, p < 0,002) i mniej towarzyskie (τ = –0,15; p~0,059).

Mimo że poziom wyrównania metabolicznego nie różnicuje ogólnych wyników skali *Zachowanie się antyspołeczne* i *Zainteresowania seksualne*, to

w kilku itemach pojawiły się rozbieżności. W przypadku *II* skali AZU zaobserwowano, że wzrost HbA_{1C} łączy się z większą zazdrością ($\tau = 0{,}23$; $p < 0{,}004$), podejrzliwością ($\tau = 0{,}22$; $p < 0{,}006$) i drażliwością ($\tau = 0{,}17$; $p < 0{,}033$) dzieci z cukrzycą, a także nasilającym się u nich brakiem opanowania ($\tau = 0{,}17$; $p < 0{,}042$) i mniejszą ekspansywnością ($\tau = -0{,}14$; $p \sim 0{,}081$). Poza tym wysokie wartości hemoglobiny glikowanej współwystępują z nadmiernymi zainteresowaniami badanych sprawami seksu ($\tau = 0{,}15$; $p \sim 0{,}075$).

Zakończenie

Analiza wyników uzyskanych za pomocą AZU ujawniła, że:

1. Uczniowie z cukrzycą typu 1 są znacznie gorzej uspołecznieni i manifestują więcej zachowań zahamowanych, nie różnią się jednak na poziomie ufności od zdrowych pod względem stopnia umotywowania do nauki szkolnej, negatywnej postawy wobec innych i wymagań szkoły oraz zainteresowań seksualnych. Wyniki te świadczą zatem o częściowej słuszności sformułowanej hipotezy, mówiącej o istnieniu różnic w przystosowaniu społecznym pomiędzy dziećmi z cukrzycą i zdrowymi.
2. Dziewczęta z cukrzycą, w porównaniu z chłopcami, są zdecydowanie lepiej przystosowane do warunków nauki szkolnej i przejawiają tendencję do lepszego uspołecznienia. Nie odbiegają natomiast istotnie od chorych rówieśników odnośnie do zachowań antyspołecznych, zahamowanych, oraz zainteresowań seksualnych. Więcej różnic odnotowano wśród dzieci zdrowych. Okazało się, że dziewczęta są nie tylko znacznie lepiej umotywowane do nauki szkolnej i cechują się wyższym uspołecznieniem, lecz także ujawniają mniejszą tendencję do zachowań antyspołecznych i zainteresowań seksualnych. Jedynie w zakresie przyhamowania nie odnotowano różnic na poziomie istotności statystycznej lub do niego zbliżonym. Tak więc hipoteza mówiąca o tym, że różnice między płciami nie są związane z chorobą, potwierdziła się.
3. Czas trwania choroby nie różnicuje istotnie przystosowania społecznego uczniów. Jedynie w skali *Uspołecznienie* zaznaczyła się różnica zbliżona do istotności. Otrzymany wynik sugeruje, że dzieci chorujące najkrócej częściej niż rówieśnicy z dłuższym stażem chorobowym przejawiają tendencję do lepszego uspołecznienia. A zatem, hipotetyczne założenie, iż czas trwania cukrzycy różnicuje przystosowanie społeczne dzieci, nie sprawdziło się. Brak wyraźnego związku analizowanej zmiennej z przystosowaniem społecznym małych pacjentów znajduje potwierdzenie we wcześniejszych doniesieniach (S. Ahnsjö i in., 1981).
4. Biorąc pod uwagę poziom wyrównania metabolicznego ustalono, że zmienna ta determinuje wyraźnie przystosowanie społeczne uczniów z cukrzycą. Odnotowano bowiem, że wraz ze wzrostem hemoglobiny glikowanej (wyniki

złe i bardzo złe) znacznie słabnie motywacja chorych dzieci do nauki szkolnej, obniża się uspołecznienie, a nasila się bierna postawa wobec innych i wymagań szkoły. Dobre i średnie wyrównanie metaboliczne cukrzycy sprzyja pożądanym wynikom w poszczególnych skalach. Uzyskany wynik pozwala więc pozytywnie ustosunkować się do hipotezy wskazującej na związek przystosowania społecznego dzieci z cukrzycą z poziomem wyrównania metabolicznego choroby. Na podobne prawidłowości w analizowanym zakresie wskazują również inne badania (C.L. Hanson i in., 1987; A.M. Jacobsona i in., 1987; D.M. Cohen i in., 2004).

Dostępna literatura i niniejsza eksploracja podkreślają, jak wielkie znaczenie dla rozwoju społecznego dzieci z cukrzycą ma ich aktualny stan zdrowia. W związku z tym osoby odpowiedzialne za przyszłość małych pacjentów (rodzice, personel medyczny) powinny otoczyć ich właściwą opieką, tzn. taką, która zapewni im jak najlepsze wyrównanie metaboliczne cukrzycy. Jedyną ku temu drogą jest aktywny udział dziecka w edukacji zdrowotnej i samokontroli choroby, do czego oczywiście muszą zachęcić je i przygotować dorośli.

Bibliografia

Ahnsjö, S., Humble, K., Larsson, Y., Settergren-Carlsson, G., Sterky, G. (1981). Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 70, 321–327.

Ciechanowska, M., Dziatkowiak, H. (1999). Dzieci specjalnej troski. *Diabetyk*, 2, 6–7.

Cohen, D.M., Lumley, M.A., Naar-King, S., Partridge, T., Cakan, N. (2004). Child behavior problems and family functioning as predictors of adherence and glycemic control in economically disadvantaged children with type 1 diabetes: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 171–184.

Engström, I. (1992). Mental health and psychological functioning in children and adolescents with inflammatory bowel disease: a comparison with children having other chronic illnesses and with healthy children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 563–582.

Grey, M., Lipman, T.H., Cameron, M.E., Thurber, F.W. (1995). Psychosocial status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. *Diabetes Care*, 18(10), 1330–1336.

Hanson, C.L., Henggeler, S.W., Burghen, G.A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Cosulting and Clinical Psychology*, 55(4), 529–533.

Hoare, P., Mann, H. (1994). Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(8), 849–869.

Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Wertlieb, D., Wolfsdorf, J.I., Orleans, J., Vieyra, M. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9(4), 323–329.

Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Wolfsdorf, J.I., Houlihan, J., Milley, J.E., Herskowitz, R.D., Wertlieb, D., Watt, E. (1987). Psychologic predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics*, 110(5), 805–811.

Kirenko, J. (1991). *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Lavigne, J.V., Traisman, H.S., Marr, T.J., Chasnoff, I.J. (1982). Parental perceptions of the psychological adjustment of children with diabetes and their siblings. *Diabetes Care*, 5(4), 420–426.

Maciarz, A. (1998). *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
Markowska, B., Szfraniec, H. (1980). Podręcznik do „Arkusza Zachowania się Ucznia". W: *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym*. (s. 172–231). Warszawa: PWN.
Nassau, J.H., Drotar, D. (1995). Social competence in children with IDDM and asthma: child, teacher and parents reports of children's social adjustment, social performance and social skills. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(2), 187–204.
Northam, E., Anderson, P., Adler R., Werther, G., Warne, G. (1996). Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(5), 699–717.
Olechnicki, K., Załęcki P. (1997). *Słownik socjologiczny*. Toruń: Graffiti BC.
Padur, J.S., Rapoff, M.A., Houston, B.K., Barnard, M., Danovsky, M., Olson, N.Y., Moore, W.V., Vats, T.S., Lieberman, B. (1995). Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma. *Juornal of Asthma*, 32(5), 345–353.
Palak, Z. (1991). Funkcjonowanie społeczne młodzieży niedowidzącej. *Przegląd Tyflologiczny*, 1–2, 52–59.
Pilecka, W. (1989). Osobowościowe determinanty przystosowania społecznego młodzieży cierpiącej na astmę, cukrzycę i chorobę reumatyczną. W: J. Pańczyk (red.), *Pedagogika specjalna – uwarunkowania i tendencje rozwoju*. (s. 374–394). Warszawa: WSPS.
Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
Piontek, E., Brett-Chruściel, J. (1998). Ostre powikłania cukrzycy u dzieci. *Magazyn Medyczny*, 9(8), 20–22.
Rovet, J.F., Ehrlich, R.M., Hoppe, M. (1987). Behaviour problems in children with diabetes as a function of sex and age of onset of disease. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(3), 477–491.
Silnik, M., Fichna, P. (1997). *Cukrzyca wieku dziecięcego i okresu dojrzewania. Podręcznik leczenia i kontroli cukrzycy insulinozależnej (typ 1)*. Poznań: Australian Paediatric Endocrine Group oraz Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Poznański.
Symonides-Ławecka, A. (2000). *Cukrzyca u dzieci*. Warszawa: PZWL.
Szewczuk, W. (red.). (1985). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: PW Wiedza Powszechna.
Vila, G., Nollet-Clemen˙con, C., Vera, M., Robert, J.J., de Blic, J., Jouvent, R., Mouren-Simeoni, M.C., Scheinmann, P. (1999). Prevalence of DSM-IV disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44(6), 562–569.
Wallander, J.L., Varni, J.W., Babani, L., Banis, H.T., Wilcox, K.T. (1989). Family resources as resistance factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapped children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 157–173.
Zych, A.A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

PRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE DZIECI Z CUKRZYCĄ TYPU 1 I NIEKTÓRE JEGO UWARUNKOWANIA

Streszczenie

Choroba przewlekła stwarza swoiste warunki dla przystosowania społecznego osoby nią dotkniętej, co nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do dzieci. Niestety na gruncie polskim, w przeciwieństwie do literatury obcojęzycznej, zauważa się niedostatek prac empirycznych poświęconych szeroko pojętemu funkcjonowaniu społecznemu chorych dzieci, w tym również z cukrzycą typu 1. Trudno też odnaleźć jakiekolwiek informacje na temat chorobowych i pozachorobowych uwarunkowań ich funkcjonowania. Mając to na względzie, w niniejszym artykule

podjęto próbę scharakteryzowania przystosowania społecznego dzieci z cukrzycą typu 1 oraz określenia, czy istnieje związek zależnościowy między przystosowaniem społecznym chorych dzieci a niektórymi zmiennymi dotyczącymi ich społecznego funkcjonowania. Do zmiennych tych zaliczono: płeć, czas trwania cukrzycy, poziom wyrównania metabolicznego choroby.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, przystosowanie społeczne dzieci.

SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1 AND WHAT IT DEPENDS ON

Summary

Chronic disease creates characteristic conditions for social adaptation of a person who suffers from it, which becomes particularly important in the case of children. Unfortunately, unlike foreign-language literature, Polish literature seems to lack empirical works on social functioning in a broad sense referring to ill children, including children with diabetes mellitus type 1, and it is difficult to find any information on pathological and non-pathological factors which determine their functioning. Taking this into account, in this article, the author attempts to describe social adaptation of children with diabetes mellitus type 1, and to determine if there is any relationship between the social adaptation of ill children and some variables concerning their social functioning. The variables included the following: the gender, the duration of diabetes, and the level of metabolic control of diabetes.

Key words: diabetes mellitus type 1, social adaptation, children.

POLEMIKI I RECENZJE

Peter Burke, *Disability and Impairment: Working with Children and Families.* London 2008: Jessica Kingsley Publishers.

Peter Burke jest starszym wykładowcą na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Hull w Wielkiej Brytanii. Jego zainteresowania naukowe, jak też prowadzone badania od wielu lat koncentrują się wokół potrzeb dzieci niepełnosprawnych i ich rodzin. Jest autorem wielu książek, m.in. *Brothers and Sisters of Disable Children* (2004), jak też *Social Work and Disadvantage* (2007).

W 2008 r. na brytyjskim rynku wydawniczym ukazała się kolejna książka tego autora *Disability and Impairment: Working with Children and Families*. Inspiracją do jej powstania, jak pisze Peter Burke, był jego niepełnosprawny syn z niedowładem spastycznym czterokończynowym. Autor we wstępie podaje, że jest ojcem dwójki dzieci z porażeniem mózgowym.

Recenzowana książka porusza problem udzielania profesjonalnej pomocy niepełnosprawnym dzieciom i ich rodzinom. Autor przedstawia w niej nie tylko potrzeby dzieci niepełnosprawnych, ale także potrzeby ich rodzeństwa, które bardzo często są marginalizowane. Pokazuje on, w jaki sposób doświadczenie życia z dzieckiem niepełnosprawnym staje się sprawą rodzinną. Trudności rodzin osób niepełnosprawnych są analizowane i przedstawiane z uwzględnieniem społecznego modelu niepełnosprawności. Model ten jest wykorzystywany jako podstawa do rozważań na temat, w jaki sposób choroba, niepełnosprawność wpływają na wszystkich członków rodziny. Przedstawia on objawy, różne oblicza niepełnosprawności, jak też ograniczenia i doświadczenia powstające na skutek wyłączenia społecznego. Peter Burke używa sformułowania „współistniejące stany niepełnosprawności” dla określenia wielu aspektów życia rodziny z członkiem niepełnosprawnym.

Książka składa się z dziewięciu rozdziałów. Na końcu każdego z nich znajdują się praktyczne wskazówki. Zawiera ona także aneks, w którym zostały przedstawione metody badań, skupiające się na potrzebach dzieci niepełnosprawnych, ich rodzeństwa i rodzin.

W rozdziale pierwszym (*Disability and Impairment: Theory and Practice)* autor definiuje pojęcia niepełnosprawności i upośledzenia. Przedstawia różne

modele odnoszące się do niepełnosprawności (model medyczny (*medical model*) i model społeczny (*social model*)). W każdym z nich inne czynniki stanowią pryzmat, przez który postrzegamy niepełnosprawność. Burke bowiem próbuje odpowiedzieć na pytanie: Jakie czynniki zewnętrzne mogą zostać zmienione, aby poprawić sytuację osoby niepełnosprawnej? Wskazuje tutaj, że społeczeństwo może zmniejszyć poczucie niepełnosprawności poprzez: akceptację osób niepełnosprawnych, zniesienie barier architektonicznych, nieobawianie się niepełnosprawności i promowanie właściwych postaw skierowanych w stronę osób niepełnosprawnych.

W rozdziale drugim (*Stigma, Need and Service Provision*) Peter Burke opisuje sposób, w jaki członkowie rodziny reagują w momencie, kiedy dowiadują się, że w ich rodzinie pojawia się niepełnosprawne dziecko. W dalszej części tego rozdziału czytelnik zostaje zapoznany z pojęciem napiętnowania społecznego (*social stigma*) i napiętnowania sytuacyjnego (*situational sigma*) w nawiązaniu zarówno do dziecka niepełnosprawnego, jak i pozostałych członków rodziny. Poruszona zostaje także kwestia etyki, gdyż, jak podkreśla autor, każdy ma prawo do równego traktowania. Odnosi się to także do osób niepełnosprawnych.

Następny rozdział (*The Impact of Childhood Disability: The Family Experience*) przybliża doświadczenia rodziny w obliczu niepełnosprawności dziecka. Jest rzeczą oczywistą, że narodziny dziecka niepełnosprawnego są powodem zwiększonego stresu, niepokoju i obawy przed niepewną przyszłością. Autor w rozdziale tym przedstawia poszczególne etapy w procesie adaptacji do sytuacji. Informacja o niepełnosprawnym dziecku jest ogromnym ciosem dla całej rodziny. Powoduje ona silne przeżycia emocjonalne i napięcia, z którymi rodzice dziecka nie są w stanie sobie samodzielnie poradzić. Podczas diagnozy dziecka rodzina pozostaje w niepewności i napięciu. Autor podkreśla wagę momentu postawienia diagnozy, jak i czasu jej trwania. Dla rodziny jest to chwila obrony przed faktami, a jej długość przesądza o kosztach emocjonalnych, które są ponoszone w pierwszym etapie adaptacji do niepełnosprawności dziecka. W dalszej części zostają poruszone kwestie odnoszące się do możliwości dziecka w kontekście jego niepełnosprawności. Zostają opisane źródła stresu rodziców, połączonego z doświadczeniem nieoczekiwanych wydarzeń w życiu ich dziecka. Ważnym punktem są tutaj skutki, jakie ponosi rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym, w szczególności dotyczą one mniejszego skupienia się na potrzebach zdrowych dzieci (mniejszej ilości spędzanego razem czasu, np. wspólne wyjazdy). Opierając się na prowadzonych przez siebie badaniach, autor charakteryzuje skutki niepełnosprawności dla funkcjonowania całej rodziny. Dalej w omawianym rozdziale Burke zwraca uwagę na potrzebę zapewnienia wsparcia rodzinom dziecka niepełnosprawnego. Otrzymywane wsparcie powinno mieć, zdaniem autora, formę profesjonalnej pomocy.

Rozdział czwarty (*The Impact of Childhood Disability: Professional Understanding*) łączy się z poprzednim rozdziałem. Nawiązuje on do tego, w jaki sposób profesjonaliści powinni zapewniać wsparcie rodzinom dzieci niepełno-

sprawnych. Przytoczone są tutaj przykłady możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy w kontekście potrzeb poszczególnych osób. Poruszony zostaje problem związków przywiązania między dzieckiem niepełnosprawnym a jego opiekunem. Związek ten ma istotny wpływ na funkcjonowanie dziecka w dorosłym życiu. W dalszej części tego rozdziału autor przedstawia definicję „elastyczności" (*resilience*) według Fonagy (1994) (s. 62). Pojęcie „elastyczności" u dzieci odnosi się do „normalnego rozwoju w trudnych warunkach".

W kolejnym rozdziale (*Support Across Early Life Transitions*) autor przedstawia zmiany w funkcjonowaniu dziecka niepełnosprawnego w poszczególnych okresach rozwojowych. Zmiany te dotyczą przechodzenia przez dziecko okresu uzależnienia od opiekunów do poczucia niezależności. Mają one związek z doświadczeniami nabywanymi podczas korzystania z pomocy innych osób oraz instytucji (szkoła, opieka społeczna). Autor zastanawia się, czy taki pełny stan poczucia niezależności dla osoby niepełnosprawnej jest możliwy do osiągnięcia. Rozdział ten odkrywa, co przeżywa, czego doświadcza niepełnosprawne dziecko w okresie dojrzewania i zdobywania poczucia samodzielności i niezależności od innych. Szczególnie ważne jest, zdaniem autora, aby rodzina zrozumiała i zaakceptowała potrzeby dorastającego dziecka, jako młodego i na ile jest to możliwe samodzielnego człowieka, jednocześnie zapewniając mu odpowiednie wsparcie.

Rozdział szósty (*Siblings of Disabled Children*) opisuje wpływ niepełnosprawnego dziecka na jego zdrowe rodzeństwo. Autor zastanawia się tutaj nad społeczną akceptacją takich dzieci. Ważną rzeczą jest, aby rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego zostało odpowiednio zidentyfikowane pod kątem posiadanych potrzeb. Peter Burke zwraca uwagę na fakt zaniedbywania przez rodziców potrzeb rodzeństwa dzieci niepełnosprawnych. W rozdziale tym zawarł on element porównawczy, pochodzący z prowadzonych przez siebie badań, w celu pokazania, jak ważne jest włączanie dzieci zdrowych do zabawy z niepełnosprawnym rodzeństwem.

Autor w kolejnej części (*Listening to Children with Special Needs*) przekonuje o znaczeniu wyrażania poglądów przez dzieci ze specjalnymi potrzebami, które są związane z ich rozwojem personalnym i społecznym. Proponuje, aby osoby niepełnosprawne angażować w różne rodzaje aktywności, które pomogą im wyrazić się w wielu kwestiach. Rozdział ten pokazuje, że poszukiwanie opinii dzieci bez względu na to czy są to opinie wyrażone w sposób werbalny czy niewerbalny poprawia ich samopoczucie i pozwala budować pewność siebie. Według autora, jest rzeczą oczywistą, że profesjonaliści potrzebują czasu, aby poznać przekonania młodych ludzi, eliminując jednocześnie zewnętrzne czynniki. W dalszej części zamieszczone są wyniki badań, prowadzonych przez autora wśród dzieci z Yorkshire i Londynu, w których przedstawiały one poglądy na temat swoich potrzeb. Warto w tym miejscu wspomnieć, że badania te autor opublikował również w *Journal of Learning Disability* (2005).

Rozdział ósmy (*Support Groups for Children and Young People*) przedstawia charakterystyczne cechy grup wsparcia, które powstają, aby nieść pomoc mło-

dym ludziom ze specjalnymi potrzebami, jak i ich rodzeństwu. Prowadzone badania pokazują, że uczestnictwo w takiej grupie pozwala na identyfikację siebie jako członka grupy i pomaga w budowaniu poczucia własnej wartości. Rozdział ten zawiera przykłady wypowiedzi rodziców, dzieci niepełnosprawnych i ich rodzeństwa, które pojawiły się podczas spotkań grup wsparcia. Autor podkreśla, że uczestnicy grup wsparcia powinni być zachęcani do podjęcia nowych wyzwań, które stają się dla nich osiągalne.

Książkę zamyka rozdział (*A Positive Framework for Empowerment and Inclusion in Social Care*), który jest podsumowaniem wcześniejszych rozważań autora na temat życia rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem. Podkreśla on fakt, że niepełnosprawne dziecko w rodzinie ma wpływ na wszystkich jej członków, szczególnie na rodzeństwo. Zdaniem autora, nie należy postrzegać niepełnosprawności wyłącznie w kategoriach problemu, ale zrozumieć, w jaki sposób wpływa ona na rodzinę i na relacje z innymi (na kontakty społeczne). Rozdział ten zwraca uwagę na potrzebę profesjonalnego wsparcia, w celu identyfikacji potrzeb rodziny i niepełnosprawnego dziecka.

Recenzowana publikacja będzie z pewnością cennym źródłem informacji zarówno dla teoretyków, jak i praktyków, chcących zgłębiać wiedzę na temat problemów osób niepełnosprawnych, a także ich rodzin. Teoretycy znajdą w niej sugestie, odnoszące się do modelowych i koncepcyjnych rozwiązań, związanych z potrzebami osób niepełnosprawnych, jak też i ich bliskich. Praktykującym terapeutom książka ta pomoże lepiej zrozumieć swoje postępowanie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i ich rodzinami. Mnogość ujęć przyczyni się do szerszej perspektywy spojrzenia na samą niepełnosprawność i wiążące się z nią problemy. Mimo że wiele przykładów opisywanych przez autora odnosi się do brytyjskich realiów, mogą one stanowić pole doświadczeń i przemyśleń dla osób pracujących w innych warunkach, ale napotykających porównywalne trudności.

Iwona Konieczna

Deborah Teutsch Smith, *Pedagogika specjalna: podręcznik akademicki*, Tom II, red. naukowa A. Firkowska-Mankiewicz, G. Szumski. Warszawa 2008: Wydawnictwo Naukowe PWN, APS.

Autorką publikacji jest Deborah Teutsch Smith, profesor Uniwersytetu Waszyngtońskiego, wieloletni badacz zagadnień pedagogiki specjalnej, m.in. edukacji nauczycieli oraz właściwego przygotowania otoczenia edukacyjnego dla uczniów specjalnej troski. Napisane przez nią książki zostały przetłumaczone na wiele języków, a jedna z nich trafiła do naszych księgarni. Niniejszą, *Pedagogikę specjalną*, autorka przygotowała jako podręcznik akademicki, na co wskazu-

je m.in. układ książki (w każdym rozdziale podjęte są zagadnienia dotyczące poszczególnych subdyscyplin pedagogiki specjalnej, każdy też zaczyna się od struktury rozdziałów, ułatwiającej studiowanie treści), podsumowania, zestawienia najistotniejszych problemów w tabeli lub za pomocą graficznych struktur oraz zalecenia dla praktyki, czyli pokazanie najistotniejszych działań możliwych do podjęcia przez nauczycieli, terapeutów, a także rodziców.

Pierwszy rozdział (tomu II) dotyczy niepełnosprawności fizyczno-ruchowych oraz specjalnych potrzeb zdrowotnych i już sam tytuł wskazuje na różnice w nazewnictwie. W Polsce przyjęte jest określanie tej grupy niepełnosprawnych niesprawnymi lub niepełnosprawnymi ruchowo, zaś *specjalne potrzeby zdrowotne* w rodzimej pedagogice specjalnej pokrywają się zasadniczo z zagadnieniami dotyczącymi pedagogiki leczniczej (W. Dykcik, 1998; A. Macierz, 2001, 2006). Autorka przyznaje, że w Stanach Zjednoczonych narzucona została przez ustawodawstwo jeszcze inna nomenklatura – w ustawie IDEA mowa jest o niepełnosprawności ortopedycznej i innych zaburzeniach stanu zdrowia (s. 14–15). Do owych *innych zaburzeń zdrowia* zaliczono np. ADHD, inaczej niż w Polsce. Być może dlatego, że w Ameryce Zespół Nadpobudliwości Psychoruchowej z Deficytem Uwagi jest nagminnie leczony farmakologicznie i to w wielu przypadkach – zdaniem autorki – zbyt pochopnie (s. 31).

Na uwagę zasługuje interesujące przedstawienie zaburzeń powodujących niepełnosprawność ruchową i specjalne potrzeby zdrowotne (schemat 1.1, s. 16), jednak przechodząc do charakterystyki poszczególnych zaburzeń i chorób dostrzega się bardzo pobieżne informacje (np. o ADHD, o MPDz – bez określenia towarzyszących mu objawów tj. niepełnosprawności intelektualnej, ubytków wzroku, słuchu czy padaczki), chyba niewystarczające w edukacji przyszłych nauczycieli i terapeutów dzieci oraz młodzieży z takimi właśnie zaburzeniami (R. Michałowicz, 2001).

Kolejnym zaskoczeniem jest włączenie padaczek do zaburzeń neuromotorycznych (oraz opisywanie jako problemu z zakresu niepełnosprawności ruchowej) i podobnie, jak w przypadku ADHD i MPDz, charakterystyka została przedstawiona zbyt niedokładnie, lakonicznie. W mojej ocenie brakuje też powiązania padaczki z MPDz (a przecież jest to jeden z najczęstszych problemów towarzyszących mózgowemu porażeniu dziecięcemu) (tamże).

Do zaburzeń, które wyzwalają specjalne potrzeby zdrowotne, zaliczone zostały choroby zakaźne takie jak HIV/AIDS, TORCH (toksoplazmoza i inne odzwierzęce, różyczka, cytomegalia, opryszczka) oraz WZW typu B. Warto o tym wspomnieć, gdyż w Polsce niektórych z nich nie traktuje się tak poważnie (np. różyczkę zalicza się do zagrożeń, ale jedynie w przypadku zachorowania w czasie ciąży), na inne nie zwracamy w ogóle uwagi, choć wiążą się z bardzo poważnymi konsekwencjami, np. zakażenie wirusem HIV czy WZW. Do chorób przewlekłych zaliczono też anemię sierpowatą. Jest to choroba dziedziczna dotycząca populacji afroamerykańskiej (może stanowić ciekawostkę dla polskiego czytelnika).

Wśród przyczyn niepełnosprawności ruchowej i zaburzeń stanu zdrowia zostały ujęte w większości te, które dotyczą okresu postnatalnego i znów może zaskoczyć włączenie do owych czynników zranień bronią palną.

Walorem rozdziału jest ukazanie praktycznej strony pracy z dzieckiem/uczniem z niepełnosprawnością ruchową i zaburzeniami stanu zdrowia – dużo ciekawych rozwiązań pedagogicznych (np. organizatory graficzne jako rozwiązanie dla dzieci nienadążających za tokiem lekcji), porad typu: jak zachowywać się w czasie napadu padaczkowego dziecka i – co bardzo ważne – jak rozumieć rodziców dzieci z najgłębszymi zaburzeniami ruchowymi i zdrowotnymi.

W polskich publikacjach brakuje ukazania najnowszych rozwiązań medycznych, biotechnologicznych i technologicznych (biotyka, robotyka) w pracy z takimi dziećmi, w niniejszej publikacji poświęcono temu wiele uwagi.

Autorka podkreśla fakt, że w amerykańskich rozwiązaniach oświatowych kładzie się coraz większy nacisk na naukę dzieci z opisywanej grupy w szkołach ogólnodostępnych. Myślę, że taką tendencję obserwujemy także w polskich szkołach.

Rozdział drugi i trzeci są bardziej jednolite, prawdopodobnie dlatego, że dotyczą jednoznacznej niepełnosprawności (słuchowej i wzrokowej). W pierwszym z wymienionych autorka dość szczegółowo opisuje zjawisko słyszenia i na tym tle charakteryzuje typy niedosłuchu. Dużo miejsca poświęca metodom wykrywania niedosłuchu, co może zaciekawić czytelnika, gdyż dokonuje tego na przykładach audiogramów konkretnych dzieci. Wśród przyczyn wad słuchu wymienione zostały tylko te najistotniejsze, z naciskiem na hałas jako czynnik współcześnie bardzo istotny z perspektywy młodych ludzi, ich stylu życia (słuchanie głośnej muzyki, przebywanie w głośnych miejscach tj. koncerty rockowe). Wiele uwagi poświęciła autorka profilaktyce niedosłuchu i leczeniu za pomocą technologii medycznej. Szczegółowo opisuje działanie wszczepu ślimakowego.

Ciekawy (choć nienowy dla polskiego czytelnika; H. Lane, 1996) wątek dotyczy głuchych jako środowiska, które w Stanach Zjednoczonych wywalczyło sobie status mniejszości narodowej i pielęgnuje swoją odrębność językową i kulturową. Na tym tle pokazany został wpływ kultury głuchych na osoby niesłyszące (E. Woźnicka, 2007).

Kolejna kwestia to porozumiewanie się osób niesłyszących. Autorka pokazuje różne metody nauczania dzieci z perspektywy ich możliwości komunikacyjnych. Podobnie jak we wcześniejszym rozdziale dużo miejsca zajmuje problematyka dotycząca edukacji, z zaznaczeniem plusów i minusów nauczania specjalnego i włączającego. Zgodnie z ustawodawstwem amerykańskim (IDEA), środowisko szkolne ucznia powinno być jak najmniej ograniczające, ale w odniesieniu do tego sformułowania autorka wcale nadmiernie nie krytykuje szkolnictwa specjalnego, preferowanego zresztą przez kulturę głuchych. Zauważa, że szkoła powszechna też może stać się środowiskiem ograniczającym, jeżeli uczeń nie będzie mógł się komunikować ze słyszącymi. W amerykańskich szkołach powszechnych wprowadzono do pomocy uczniom niesłyszącym tłumacza, którego rola sprowadza się do pośredniczenia między nauczycielem a uczniem, stąd

autorka szczególną uwagę zwraca na współpracę między nimi. Wiele wskazówek dla nauczycieli szkół powszechnych może być przydatnych dla polskich nauczycieli w klasach integracyjnych (przede wszystkim tych pełniących funkcje nauczycieli prowadzących).

Na koniec rozdziału autorka przedstawia różne techniczne urządzenia wspomagające funkcjonowanie osób niesłyszących i niedosłyszących np. najnowsze aparaty słuchowe, programy komputerowe itd. Niektóre rozwiązania znane są też w Polsce, aczkolwiek odstęp czasu między wydaniem amerykańskim a tłumaczeniem polskim, to niewątpliwie okres, który mógł zaowocować odkryciem nowych udogodnień do poprawy codziennego życia osób niepełnosprawnych, szczególnie przez naukowców w Stanach Zjednoczonych (zaawansowane technologie, należycie finansowane projekty itp.). Podsumowując, można stwierdzić, że ten rozdział napisany został na podstawie ścisłej, interdyscyplinarnej wiedzy, a przy tym z zachowaniem przystępności użytego do opisu języka.

Rozdział dotyczący niepełnosprawności wzrokowej zawiera podstawowe informacje na temat zaburzeń wzrokowych, tych najczęściej spotykanych. Autorka, podobnie jak we wcześniejszym rozdziale, opisuje funkcję wzroku i bardzo pobieżnie przyczyny jego uszkodzenia. Brakuje wskazania znaczenia wczesnej interwencji w stymulacji resztek wzrokowych, zaś duże znaczenie autorka przypisuje w tej kwestii zabiegom chirurgicznym i laserowym, głównie w uszkodzeniu siatkówki z powodu retinopatii wcześniaczej. Zasygnalizowany został istotny problem złożonej niepełnosprawności, w tym wzrokowej, wynikającej z uszkodzeń okołoporodowych i dotyczących wcześniaków z niską wagą urodzeniową – także w Polsce coraz częściej podejmuje się tę problematykę w obszarze pedagogiki specjalnej (G. Walczak, 2005).

Autorka podkreśliła bardzo ciekawy wątek, również z polskiej perspektywy, a mianowicie zmierzch systemu Braille'a. W szkołach powszechnych i integracyjnych brakuje nauczycieli władających brajlem, tyflopedagodzy pracują zwykle w szkołach specjalnych. Kolejny dylemat wynikający z takiego ograniczenia, to zapewnienie uczniom, szczególnie tym niewidzącym, prawidłowego toku edukacji w szkołach powszechnych. W obliczu przytoczonych faktów Deborah Smith stawia pytanie: Czy najnowsza technologia wyprze brajla z edukacji tych osób? Z kolei przytoczone przez nią dane dotyczące poziomu kształcenia i umiejętności szkolnych uczniów niewidomych ery skomputeryzowanej edukacji wskazują na zagrożenie tej grupy niepełnosprawnych trudnościami szkolnymi, ale też brakiem kwalifikacji zawodowych osób niewidomych. Ustawa IDEA z 2004 r. reguluje zasady doboru metod nauczania uczniów z niepełnosprawnością wzrokową, w tym zastosowania systemu Braille'a (s. 150).

Rozdział czwarty dotyczy zaburzeń emocjonalnych i/lub zaburzeń zachowania[1)]. Połączenie obu tych problemów wprowadziło chaos w rozważaniach. Co

[1)] Połączenie obu typów zaburzeń spójnikami i/lub jest pomysłem redaktorów naukowych, jako odpowiedź na niekonsekwencję ich używania przez autorkę.

prawda, autorka stara się konsekwentnie wyjaśniać, dlaczego traktuje spójnie obie kwestie odwołując się do ustawodawstwa amerykańskiego. W Ustawie IDEA użyty został termin zaburzenia emocjonalne (*emotional disturbance*), który dotyczy różnych sytuacji szkolnych i osobistych jednostki, co ciekawe także schizofrenii, ale wyklucza się nieprzystosowanie społeczne. Natomiast Krajowa Koalicja Zdrowia Psychicznego i Edukacji Specjalnej wprowadza oba terminy alternatywnie i określa je mianem niepełnosprawności wtedy, gdy „zachowania jednostki lub jej reakcje emocjonalne w szkole odbiegają od norm właściwych dla wieku, kultury czy danej grupy etnicznej" (s. 174). Stąd nie powinien dziwić przytoczony przez Smith fakt, że większość grupy prezentującej omawiane zaburzenia, uczęszcza do szkół specjalnych, to zdecydowanie różnie niż w Polsce. Nie uważam siebie za znawcę ustawodawstwa oświatowego w Stanach Zjednoczonych, natomiast trudno jest zrozumieć takie etykietujące podejście z perspektywy nurtów propagujących integrację i normalizację rozpowszechnianych przez amerykańskich autorów rozpraw naukowych.

Wracając do rozważań, w dalszej części opisywanego rozdziału autorka dzieli zaburzenia emocjonalne i/lub zaburzenia zachowania na trzy grupy: uzewnętrzniające się, uwewnętrznione i rzadko występujące. Z podanych przykładów zachowań (tabela 4.1, s. 175) można pierwsze zaliczyć do zaburzeń zachowania – zgodnie z ujęciem polskiej pedagogiki specjalnej (B. Urban, 2000) – zaś drugie przejawy (uwewnętrznione) wskazują na zaburzenia emocjonalne, co ma odzwierciedlenie w polskiej nomenklaturze (T. Wolańczyk, J. Komender, 2005). Dużo miejsca w rozdziale autorka poświęca profilaktyce, argumentując nieodzowne jej stosowanie dramatycznymi danymi statystycznymi dotyczącymi konsekwencji szkolnych, osobistych i społecznych spotykanych u dzieci i młodzieży w USA, które odbijają się zwielokrotnionymi utrudnieniami w życiu dorosłym i są to problemy rozpatrywane niejednokrotnie przez system sądowniczy. Autorka wspomina, że w Stanach Zjednoczonych należałoby zająć się nadreprezentacją w szkolnictwie specjalnym chłopców pochodzenia afroamerykańskiego, co może wiązać się ze stereotypowym podejściem naznaczającym tę grupę dzieci i młodzieży. W oddziaływaniu wobec uczniów z zaburzeniami zachowania i/lub zaburzeniami emocjonalnymi dominuje w USA podejście behawioralne, zarówno w szkole specjalnej, jak i w powszechnej (z pewnością nie jest to zaskoczeniem dla polskiego czytelnika). Co prawda, autorka opisuje różne inne metody pomocy takim jednostkom, jednak konstruując wskazówki dla nauczycieli skupia się głównie na modelowaniu zachowań pozytywnych i umiejętności społecznych.

Rozdział dotyczący edukacji specjalnej dzieci pochodzących ze środowisk wielokulturowych i dwujęzycznych zawiera tematykę, która poszerza zakres pedagogiki specjalnej w stosunku do naszej rodzimej. Biorąc pod uwagę warunki amerykańskie, zresztą bardzo szczegółowo zarysowane przez autorkę, wydaje się, że pedagogika specjalna stanowi obszar właściwy dla tych rozważań. W Polsce chyba nie, gdyż mniejszości spotykane na terenie naszego kraju nie są trak-

towane jako grupy wymagające specjalnej edukacji (nawet bardzo specyficzna mniejszość romska), a w ramach obszernego zakresu pedagogiki realizowane są zagadnienia dotyczące wielokulturowości i międzykulturowości (kultura pogranicza Polski) jako odrębne kwestie kulturowo-religijno-językowe (J. Nikitorowicz, 2005).

Rozdział szósty poświęcony został uczniom wybitnie zdolnym nie tylko z perspektywy szerokiego rozumienia inteligencji (autorka analizuje osiem rodzajów inteligencji), ale także ze względu na zwrócenie uwagi na konieczność poszukiwania takich uczniów wśród niepełnosprawnych, w środowiskach zróżnicowanych kulturowo i językowo, u osób z ADHD. Bardzo interesująco autorka przedstawiła zagadnienia dotyczące sposobów oddziaływania na dzieci uzdolnione – od dwóch skrajnych, czyli systemu włączającego dzieci i młodzież do zwykłych klas i wzbogacanie programu nauczania oraz akceleracji, czyli przenoszenia uczniów do klas wyższych, poprzez mieszanie obu podejść i korzystanie ze zdobyczy najnowszej techniki.

Ostatni rozdział (7) napisany jest przez redaktorów naukowych publikacji. Wskazują oni osiągnięcia polskiej pedagogiki specjalnej, jej znaczenie w okresie międzywojennym oraz bogatą historię. Pokrótce zostały omówione najistotniejsze kwestie dotyczące kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, czasami w odniesieniu do rozwiązań innych państw, innym razem ze wskazaniem zachodzących zmian i przeobrażeń.

Podkreślić należy znaczenie pracy redaktorskiej w opracowaniu merytorycznym publikacji: wyjaśnianie pewnych zawiłości wynikających z trudności w tłumaczeniu, wskazywanie na bieżąco różnic ujmowania niektórych treści z oryginału w stosunku do tych z rodzimych publikacji, uzupełnianie literatury przedmiotowej polskimi pozycjami.

Podsumowując, książka napisana jest przejrzyście, przystępnym językiem, z dobrze zaplanowanym rozkładem treści. Te walory z pewnością ułatwią odbiór publikacji i jej studiowanie. Dlatego też można polecić ją nie tylko osobom profesjonalnie zajmującym się pedagogiką specjalną (teoretycznie i praktycznie), czyli nauczycielom, studentom z zakresu subdyscyplin pedagogiki specjalnej, terapeutom, psychologom i innym specjalistom. Lektura może przydać się także rodzicom wychowującym dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, choć z pewnym wsparciem czy konsultacją ze specjalistą.

Zasygnalizowane różnice, ciekawostki czy nowości w ujęciu zagadnień pedagogiki specjalnej w podejściu amerykańskim, z perspektywy polskiego czytelnika należy analizować w odniesieniu do odrębności kulturowych, społecznych, politycznych i finansowych, które nie są i nie powinny stanowić płaszczyzny porównywania. Wymagają jednak zrozumienia i świadomości czytelnika polskiego, gdyż bezrefleksyjność w studiowaniu treści recenzowanej książki może prowadzić do zaprzeczania i deprecjonowania polskich osiągnięć oraz negowania wymagań stawianych obecnie studentom pedagogiki specjalnej na polskich uczelniach.

Podręcznik na pewno wzbogaci bibliotekę pedagoga specjalnego, zaś zaznaczające się różnice w ujmowaniu problematyki ze znanego nam obszaru mogą zainspirować do nowych poszukiwań, rozważań czy rozwiązywania dylematów.

Bibliografia

Dykcik W. (red.). (1998). *Pedagogika specjalna*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
Lane H. (1996). *Maska dobroczynności. Deprecjacja społeczności głuchych*. Warszawa: WSiP.
Maciarz A. (2001). *Pedagogika lecznicza i jej przemiany. Wybrane problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Maciarz A. (2006). *Dziecko przewlekle chore. Opieka i wsparcie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Michałowicz R. (2001). *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Nikitorowicza J. (2005). *Kreowanie tożsamości dziecka*. Gdańsk: GWP.
Urban B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość nieletnich*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
Walczak G. (red.). (2005). *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnokształcących*. Warszawa: Wydawnictwo MENiS.
Wolańczyk T., Komender J. (2005). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Woźnicka E. (red.). (2007). *Tożsamość społeczno-kulturowa głuchych*. Łódź: Polski Związek Głuchych.

Beata Cytowska

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(10) 2009

SPRAWOZDANIA, KOMUNIKATY, KRONIKA

JOANNA KOBOSKO

EUROPEJSKIE STOWARZYSZENIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO GŁUCHYCH (ESMHD) SPOTKANIE NAUKOWO-KLINICZNE W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO LUDZI GŁUCHYCH

Rzym, 15–19 kwietnia 2009

W ramach Europejskiego Stowarzyszenia Zdrowia Psychicznego Głuchych (ESMHD – *European Society for Mental Health and Deafness*), organizacji działającej od 1985 r. i zrzeszającej kraje UE, odbywają się naprzemiennie zarówno konferencje o zasięgu światowym, jak i spotkania mające charakter bardziej warsztatowy, naukowo-kliniczny pod nazwą Special Interest Groups (SIGs). Ostatnie z wymienionych odbyło się w Rzymie, w dniach 15–19 kwietnia 2009 r. Około 100 uczestników z całego świata gościła fundacja Roberto Wirth Fund, której założycielem jest właściciel sieci hotelowych we Włoszech, sam będący osobą głuchą.

W SIGs wzięli udział specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym dzieci i dorosłych głuchych i słabosłyszących i ich rodzin: psychiatrzy, psychologowie, pracownicy socjalni, menedżerowie placówek zdrowia psychicznego dla głuchych i placówek edukacyjnych, nauczyciele dzieci i młodzieży głuchej reprezentujący 15 krajów. Wśród delegatów sporą grupę stanowili tym razem reprezentanci środowiska Uniwersytetu Gallaudeta, utworzonego w Stanach Zjednoczonych AP w Waszyngtonie D.C. w 1857 r., pierwszej wyższej uczelni na świecie kształcącej osoby G/głuche[1)], na której językiem wykładowym jest Amerykański Język Migowy (ASL). W spotkaniach uczestniczyła też zaproszona profesor psychologii Irene W. Leigh (Uniwersytet Gallaudeta, Waszyngton D.C., Stany Zjednoczone AP), wiodąca badaczka na polu zdrowia psychicznego

[1)] „Głusi, Głuchy” – pisownia z dużej litery „G”, wzorem tradycji amerykańskiej, odnosi się do grupy kulturowej i modelu głuchoty, w którym ludzie głusi traktowani są jako mniejszość językowa i kulturowa; natomiast pisownia z małej litery „g” wskazuje na audiologiczne kryterium głuchoty, tj. posiadanie jej w stopniu znacznym lub głębokim.

głuchych, która sama jest osobą głuchą od urodzenia. Polskę aktywnie reprezentuje od ponad 10 lat dr Joanna Kobosko, psycholog z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, a od 2008 r. członek Rady Członkowskiej ESMHD.

Program SIGs, rzymskie spotkania naukowo-kliniczne, obejmował ofertę pogrupowaną w trzech blokach zainteresowań: 1) Dzieci głuche i ich rodziny, 2) Dorośli głusi i ich rodziny, 3) Zdrowie publiczne. Zajęcia warsztatowe, jak i dyskusje panelowe odbywały się równolegle. Ostatniego dnia zorganizowano Dzień Otwarty dla społeczności ludzi Głuchych, specjalistów, nauczycieli, rodziców dzieci głuchych i słabosłyszących i wszystkich zainteresowanych problemami środowisk niesłyszących we Włoszech.

Dzieci głuche i ich rodziny. W tym bloku tematycznym znalazły się zagadnienia związane z psychologicznym funkcjonowaniem słyszącej rodziny z dzieckiem głuchym. Doktorantki z Uniwersytetu Gallaudeta (E. Adams, L. Day) zaprezentowały wyniki wstępnych badań nad związkiem wzorca przywiązania u dzieci głuchych i ich słyszących matek z psychiczną reakcją rodziców na stwierdzenie głuchoty u dziecka. Wynika z nich, że reakcja na diagnozę głuchoty (niepełnosprawności) dziecka nie wiąże się z tym, jaką więź – ufną czy lękową – utworzą oni z dzieckiem.

Z tez przedstawicieli podejścia interpersonalnego w psychologii wynika, że trudności w doświadczaniu siebie, w tym macierzyństwa przez matki, współwystępują z rozwojem psychicznym dziecka, także głuchego. Rezultaty badań nad tożsamością macierzyńską matek słyszących młodzieży głuchej wskazują, że doświadczają one siebie jako m.in. niepełnosprawne i cierpiące, a także bardziej zaangażowane w bycie matką w porównaniu z matkami młodzieży słyszącej, choć zaangażowanie to ma charakter specyficzny (J. Kobosko, IFPS, Warszawa).

W zakresie rozwoju społeczno-emocjonalnego dzieci głuchych poruszono kwestie z nim związane na przykładzie dzieci zamieszkujących Wyspy Kanaryjskie (M. Suarez, Uniwersytet La Laguna, Hiszpania). Kolejny problem wart uwagi stanowi zjawisko wykorzystania seksualnego wśród młodzieży głuchej i słabosłyszącej, która jest bardziej narażona na różnorodne formy molestowania seksualnego, do jakich dochodzi znacznie częściej w tej populacji w porównaniu ze słyszącymi rówieśnikami (L. Mejstad, Szwecja).

Z perspektywy praktyki klinicznej ważne zagadnienie stanowi stworzenie efektywnego programu wspierania dzieci głuchych i ich rodzin. Temu celowi służy projekt badawczy poświęcony analizie efektywności działań specjalistów i oceny jakości wczesnej interwencji przez zainteresowanych rodziców, realizowany w Wielkiej Brytanii. Aby program wczesnej interwencji (i nie tylko) był efektywny, powinien on uwzględniać pomiar rodzicielskich dyspozycji (właściwości), a narzędzia pomiaru wybranych zmiennych dostosowane do tego, czy rodzice są osobami słyszącymi czy też głuchymi, komunikującymi się w języku migowym. Narzędzia przeznaczone dla rodziców głuchych nie zostały jak dotąd opracowane. Jak wiadomo, wymagają one bowiem adaptacji kulturowej, nie zaś wyłącznie

translacji na język migowy. Rozpoczęto prace nad kwestionariuszem do pomiaru inteligencji emocjonalnej w populacji ludzi głuchych (TEIQ – *Trait Emotional Intelligence*), by następnie posłużyć się nim w badaniach nad rodzicami (M. Gascon-Ramos, Uniwersytet w Manchesterze, Wielka Brytania).

Kilka prezentacji poświęcono studiom przypadku z praktyki klinicznej uczestników, w tym np. wspólnej analizie sesji psychoterapeutycznych prowadzonych w ramach terapii rodziny, w której rodzice są głusi, a dzieci słyszące, natomiast zgłaszany przez rodzinę problem dotyczy wzajemnego komunikowania się i odmiennych preferencji językowych u rodziców i ich dorastających dzieci.

Dorośli głusi i ich rodziny. W tej grupie zagadnień znaczące miejsce znalazły problemy psychiatrycznej i psychologicznej diagnozy ludzi głuchych, którzy mieli kolizję z prawem, a więc związane z obszarem praktyki klinicznej w Polsce wciąż niemalże „dziewiczym". Prezentowano narzędzia przesiewowe, standaryzowane, służące do oceny funkcjonowania poznawczego, w tym m.in. MMSE (*Mini-Mental State Examination*) (M. Yates, Stany Zjednoczone AP) z uwzględnieniem wyników w zakresie trafności tego narzędzia w odniesieniu do wieku, wykształcenia, poziomu czytania ze zrozumieniem, jak i IQ w populacji ludzi głuchych.

Jednym z istotnych tematów, zwłaszcza w krajach, w których żyją liczne mniejszości narodowe i etniczne, jest wsparcie dla głuchych rodziców z nich pochodzących. Rodzice ci zazwyczaj nie mają podstawowej wiedzy o kraju, w jakim zdecydowali się żyć wraz z rodzinami – co stawia pytanie o „nową" ofertę dla nich, w której uwzględni się konieczność wstępnego nawiązania pozytywnego kontaktu z rodziną zanim jakakolwiek „właściwa" oferta zostanie jej zaproponowana.

Podczas relacjonowanego spotkania poruszono też zasadność szkoleń – pracowników placówek zdrowia psychicznego głuchych, w tym doradców, psychologów i pracowników socjalnych, zarówno słyszących i głuchych, o różnym pochodzeniu etnicznym i narodowościach – uwzględniających problem tożsamości osobowej i kulturowej. Sesje terapeutyczne na ten temat pozwalają na eksplorację indywidualnych historii formowania tożsamości na przestrzeni życia, w warunkach grupy superwizyjnej, co jest szczególnie ważne w konfrontacji z tożsamościowymi dylematami klientów G/głuchych (M. Hufnell, Centrum Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Gallaudeta).

W wystąpieniach znalazła także miejsce psychologiczna sytuacja osób ogłuchłych w aspekcie wszczepienia implantu ślimakowego i ich doświadczenia w okresie przed operacją, w trakcie, jak i po zabiegu. Reakcja emocjonalna tych pacjentów zależy bowiem od charakterystyk osobowościowych, jak i strategii radzenia sobie ze stresem.

Zdrowie publiczne. Od lat wiadomo, że populację ludzi głuchych charakteryzuje gorsza kondycja zdrowotna, w tym wyższe wskaźniki zachorowań na

choroby somatyczne, jak i zaburzenia psychiczne. Statystyki w wielu krajach Europy wykazują, że pacjenci głusi i słabosłyszący częściej zgłaszają się na konsultacje do lekarzy rodzinnych, następnie częściej są kierowani do lekarzy różnych specjalności. Trzeba zdawać sobie sprawę, że dostęp pacjentów głuchych do różnych form opieki zdrowotnej, w tym terapii psychologicznych, jest dla nich wciąż bardzo ograniczony, a w wielu rejonach krajów europejskich nie ma go wcale w porównaniu z osobami słyszącymi (S. Powell, SignHealth, Wielka Brytania).

Ciekawe zagadnienie stanowi badanie świadomości i wiedzy, z czym wiąże się głuchota, w wielu środowiskach, w tym środowisku medycznym. Okazuje się, że do metod perspektywicznie o wysokiej efektywności i niskich kosztach należy zaliczyć uwzględnienie w programach studiów przedmiotów, które pozwoliłyby na zwiększenie świadomości problemów, z jakimi wiąże się głuchota, już u studentów medycyny i zawodów pokrewnych (P. K. Verasingam, Wielka Brytania). Badacze z Uniwersytetu w Utrechcie realizują szeroko zakrojony projekt badawczy nad komunikowaniem się personelu medycznego z pacjentami głuchymi i słabosłyszącymi. Uczestniczyli w nim, z jednej strony, koordynatorzy programów nauczania na Wydziale Zdrowia, jak i lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy medyczni. Okazało się, że 6 na 9 koordynatorów programów nauczania nie uwzględnia wcale zagadnień związanych z komunikowaniem się z osobą głuchą, a co więcej, nie znajduje uzasadnienia, by dokonać zmian w tym zakresie. Respondenci stanowiący grupę lekarzy i innych pracowników medycznych w zdecydowanej większości twierdzili, że nie są wystarczająco dobrze przygotowani, by wyjść naprzeciw specyficznym potrzebom w komunikowaniu się tej grupy pacjentów. Postulowali konieczność dodatkowego szkolenia, gdyż w sytuacji kontaktu z pacjentem głuchym lub słabosłyszącym doświadczają trudności w komunikowaniu się, co czyni ją sztuczną i ogranicza możliwości satysfakcjonującej obie strony konsultacji (B. van der Bogaerde i in., Uniwersytet w Utrechcie, Holandia).

Na zakończenie warto podkreślić, że relacjonowane spotkanie, jak i konferencje organizowane przez ESMHD, stanowią unikalną ofertę wymiany naukowej, klinicznej i organizacyjnej dla specjalistów zdrowia psychicznego czy edukacji związanych ze środowiskiem ludzi głuchych, a także działających w imię optymalizacji warunków rozwoju dzieci głuchych i słabosłyszących oraz ich rodzin.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO"
NR 2(10) 2009

KATARZYNA BIEŃKOWSKA-ROBAK

DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ *ŻYCIE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – RELACJE I DOŚWIADCZENIA SPOŁECZNE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH*

Konferencja naukowa – Sopot 20–22 maja 2009

W dniach 20–22 maja 2009 r. w Sopocie odbyła się kolejna konferencja naukowa z cyklu *Dyskursy Pedagogiki Specjalnej*. Tematem naczelnym było *Życie z niepełnosprawnością – relacje i doświadczenia społeczne osób niepełnosprawnych*. Organizatorem konferencji był Zakład Pedagogiki Specjalnej Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego. Komitet organizacyjny stanowili: prof. dr hab. Amadeusz Krauze, dr Katarzyna Materny i dr Jolanta Rzeźnicka-Krupa. Tegoroczne Dyskursy miały szczególny charakter, poświęcone bowiem były zmarłej niedawno Profesor Halinie Borzyszkowskiej. W czasie trwania konferencji delegacja wybrana spośród uczestników złożyła kwiaty na grobie Pani Profesor. Organizatorzy przygotowali też specjalną wystawę prezentującą życie osobiste i sukcesy zawodowe Profesor Borzyszkowskiej.

W ramach obrad plenarnych w pierwszym dniu konferencji przedstawiono referaty dotyczące teorii pedagogiki specjalnej. Przedstawiciel prezydenta miasta Gdańska prezentował założenia projektu „Edukacja ku przyszłości". Mówiono też o stereotypach w postrzeganiu osób niepełnosprawnych, podstawach budowania wiedzy w pedagogice specjalnej oraz niepełnosprawności w krzywym zwierciadle społecznych koncepcji. Zaprezentowano też idee Alberta Schweitzera we współczesnej pedagogice specjalnej.

Druga część obrad plenarnych tego dnia poświęcona była problematyce surdopedagogicznej. W wygłoszonych referatach przedstawiono zagadnienia dotyczące funkcjonowania i obrazu osób z wadą słuchu w słyszącym społeczeństwie. Poszczególne referaty poruszały problemy poczucia bezradności słyszących wobec głuchych, roli elity intelektualnej głuchych we współczesnej surdo-

pedagogice oraz kształcenia osób z wadą słuchu na poziomie uniwersyteckim. Poruszono też ciekawy temat kultury głuchych oraz przedstawiono, w jaki sposób młodzież niesłysząca postrzega środowisko społeczne szkoły.

W drugim dniu konferencji pierwsza część obrad plenarnych odbywała się pod hasłem: „Niepełnosprawność – trud dorosłej egzystencji". W ramach wygłoszonych referatów głównie poruszano problematykę kształcenia zawodowego osób niepełnosprawnych. Mówiono też o późnej dorosłości jako etapie życia osób niepełnosprawnych nieco zaniedbanym. Na zakończenie tej części obrad dr Wirginia Loebl przedstawiła referat poświęcony życiu i twórczości Profesor Haliny Borzyszkowskiej.

Druga część obrad plenarnych dotyczyła teoretycznych i metodologicznych problemów pedagogiki specjalnej. Rozważano problemy terminologiczne i zgłaszano pewne zmiany w tym zakresie oraz proponowano zmiany dotyczące zapisów prawnych związanych z edukacją niepełnosprawnych. Mówiono też o kształceniu pedagogów specjalnych w Polsce oraz rozporządzeniach dotyczących ich kompetencji i kwalifikacji.

Po południu obrady odbywały się w czterech sekcjach:

- Sekcja I „Kształcenie specjalne, rehabilitacja i wsparcie społeczne"
- Sekcja II „Kształcenie integracyjne i integracja społeczna osób niepełnosprawnych"
- Sekcja III „Dorastanie z niepełnosprawnością"
- Sekcja IV „Niepełnosprawność – opieka – terapia".

W sekcji I większość wystąpień dotyczyła praktyki pedagogicznej. Mówiono o potrzebach edukacyjnych i sposobach ich zaspokajania w różnych okresach życia osób niepełnosprawnych poczynając od poczęcia do późnej starości. Poruszono też problem samoświadomości pedagogów specjalnych oraz zagadnienia związane ze wsparciem niepełnosprawnych studentów.

W sekcji II obrady toczyły się wokół kształcenia integracyjnego. W wygłoszonych referatach prezentowano liczne badania własne dotyczące praktycznego aspektu nauczania i wychowania dziecka niepełnosprawnego w szkole integracyjnej i ogólnodostępnej. Poruszono też problem kompetencji zawodowych nauczycieli szkolnictwa integracyjnego.

Sekcja III obfitowała w wystąpienia przedstawiające problematykę związaną z dorastaniem. Część referatów dotyczyła związku współczesnych mediów z funkcjonowaniem niepełnosprawnych kobiet. W ramach obrad tej sekcji poruszano też zagadnienia związane z dorosłym życiem niepełnosprawnych i problemami z niego wynikającymi.

W ramach sekcji IV część prelegentów zaprezentowała różne rodzaje terapii stosowane w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Zaprezentowano też działalność jednej z placówek opiekujących się chorymi na Alzheimera, przedstawiono stan wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat skutków zażywania alkoholu w czasie ciąży oraz omówiono psychopedagogiczny aspekt otyłości.

Oprócz wymienionych sekcji obradowała też sekcja V, która przyjęła formułę panelu dyskusyjnego i zajmowała się tematyką związaną z regionem warmińsko-mazurskim. Hasło naczelne tej sesji brzmiało następująco: „Relacje i doświadczenia społeczne dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie na terenie województwa warmińsko-mazurskiego".

Ostatniego dnia konferencji odbywały się obrady na temat: „Życie z niepełnosprawnością – aspekty społeczne, edukacyjne i kulturowe". Wygłoszone referaty w ramach tej części konferencji były bardzo różnorodne i trudno uogólnić ich tematykę. Autorka niniejszego sprawozdania odsyła zainteresowanych do publikacji, w których zawarto teksty z konferencji.

Na zakończenie podsumowania konferencji dokonał przewodniczący komitetu organizacyjnego prof. dr hab. Amadeusz Krauze.

Niemożliwe jest w krótkim sprawozdaniu przedstawienie wielości zagadnień poruszonych na konferencji w Sopocie. Mnogość tematyki zarówno tej dotyczącej teorii, jak i tej odnoszącej się do praktyki i z tej praktyki wyrosłej dowodzi, że wciąż przed pedagogiką specjalną stoją problemy do rozwiązania, ale również pojawiają się nowe zadania. Wynikają one m.in. ze zmieniającej się rzeczywistości, ale również z gwałtownego rozwoju nauk współdziałających z pedagogiką specjalną, takich jak medycyna, nauki techniczne, technologie informacyjne. Pedagogika specjalna musi starać się nadążać za tymi zmianami.

W sopockiej konferencji uczestniczyło sporo młodych naukowców i praktyków. Niektórzy z nich, co jest bardzo cenne w naszej dziedzinie, łączą obie te działalności. Prezentowali oni interesujące wyniki badań własnych, przedstawiali nowe koncepcje praktyczne i teoretyczne. Widać było też u nich pasję i zaangażowanie w swoją pracę.

W konferencji nie zabrakło też nestorów polskiej pedagogiki specjalnej, którzy przypominali o tradycji, o trwałych i niezmiennych kanonach naszej dyscypliny, ale również poddawali dyskusji to, co już przestarzałe, to, co zgodnie z ich wiedzą i doświadczeniem można i należy zmieniać wobec zmieniającej się rzeczywistości.

Dyskursy Pedagogiki Specjalnej mają już swoją tradycję. Wnoszą istotny wkład w rozwój współczesnej pedagogiki specjalnej, a spotkania wielopokoleniowe w znacznej mierze temu rozwojowi sprzyjają.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(10) 2009

KAMIL TOMASZEWSKI

SPRAWOZDANIE Z WIZYT DELEGACJI Z UNIWERSYTETU W RENNES W AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ W ROKU 2009

W roku 2009 Akademię Pedagogiki Specjalnej dwukrotnie odwiedzili goście z Uniwersytetu w Rennes we Francji. Wizyty wiążą się z uruchomieniem na trzyletnich stacjonarnych studiach o kierunku pedagogika specjalna, specjalności o nazwie profilaktyka społeczna. W bieżącym roku akademickim mury uczelni opuścili pierwsi absolwenci tej specjalności.

Program studiów został opracowany we współpracy z kadrą francuskiego uniwersytetu. Absolwenci uzyskują niezbędną wiedzę i umiejętności w zakresie pracy z młodzieżą w ich środowisku, metodami streetworku. W założeniach studenci po zdobyciu dyplomu licencjata mogą podjąć pracę jako pedagodzy ulicy. Zdobyte przygotowanie umożliwia im także podejmowanie innych działań w zakresie profilaktyki społecznej. Doświadczenia francuskich pedagogów ulicy stały się inspiracją do zainicjowania tego typu działań w Polsce. Od kilku lat na ulicach polskim miast pracują już pierwsi streetworkerzy.

Metoda streetworku cieszy się coraz większym powodzeniem. Charakteryzuje się ona tym, że streetworkerzy wychodzą do środowiska w poszukiwaniu odbiorców swoich działań. Docierają do osób, które ze względu na swoją marginalizację oraz wykluczenie społeczne nie korzystają z oferty pomocy instytucji stacjonarnych, najczęściej dlatego, że nie potrafią, są do nich zrażone, bądź nie wiedzą o istniejących możliwościach. Ta metoda pracy ma wiele odmian w zależności od tego, do jakiej grupy adresatów jest skierowana.

Specjalność, na której kształcą się studenci pedagogiki specjalnej, dotyczy pracy w charakterze pedagogów ulicy. Działania te są skierowane do dzieci i młodzieży, która większość czasu wolnego spędza głównie na ulicach, skwerach, w bramach. Pozostają one bez opieki i nadzoru osób dorosłych. Zwykle ci młodzi ludzie pochodzą z rodzin, w których kumuluje się wiele problemów społecznych. Praca z taką młodzieżą wymaga akceptacji zastanej rzeczywistości, po to, by budować relację opartą na zaufaniu. Pedagodzy ulicy muszą bardzo

dokładnie poznać topografię terenu pracy oraz wtopić się w otoczenie i poznać panujące w nim zasady, aby ich praca przynosiła rezultaty. Wszystkie te zabiegi pedagogów są niezbędne, aby skupić wokół siebie grupę młodzieży i móc przejść do kolejnych etapów pracy, w których będą się starać przełamywać ich izolację społeczną. Pedagodzy ulicy są łącznikami między światem zamkniętym na przestrzeni kilku podwórek, bezpiecznym i często jedynym znanym młodzieży, a większością społeczeństwa przestrzegającą norm. Dlatego działania pedagogów ulicy obejmują wyjścia z grupą poza dzielnicę w szczególności do kin, teatrów, na wystawy oraz w inne ciekawe miejsca. Ponadto w pracy jest miejsce na projekty, w realizacji których młodzież bierze czynnie udział. Mogą to być wyjazdy wakacyjne i weekendowe, projekty fotograficzne, filmowe, turnieje sportowe, w zależności od możliwości finansowych, infrastrukturalnych oraz pomocy z zewnątrz. W trwającym nawet dwa lub trzy lata procesie pracy pedagogów z jedną grupą młodzieży, podopieczni nabierają nowych umiejętności, odkrywają i wzmacniają swój potencjał twórczy, poznają, jak skonstruowane są normy i wartości oraz czemu służą.

Wykształcenie dobrych fachowców w wymagającej tak szerokiej wiedzy i różnorodnych umiejętności specjalności, skłania do poszukiwań nowatorskich metod kształcenia, a przede wszystkim urozmaicenia oferty przedmiotów. We Francji taka działalność jest już powszechna i nikogo nie dziwi. Z doświadczeń francuskich korzystali prekursorzy pedagogiki ulicy w Polsce. Współpraca specjalistów z Uniwersytetu w Rennes z Akademią Pedagogiki Specjalnej to nie tylko opracowanie programów kształcenia, ale również coroczne wizyty francuskiej kadry naukowej składające się z cyklu zajęć przeznaczonych dla studentów na specjalności profilaktyka społeczna.

Pierwsza wizyta w 2009 r. odbyła się w dniach 23–27 marca. Wówczas przybył m.in. prof. Daniel Cueff, jeden z najwybitniejszych specjalistów z dziedziny pedagogiki ulicy, autor przewodnika metodologicznego pt. *Dziecko na ulicy – zwalczanie przemocy wobec dzieci ulicy*. Studenci mieli okazję wysłuchać wykładów prof. Cueffa, ponadto zapoznali się z funkcjonowaniem francuskiego systemu edukacji i opieki nad dziećmi. Uczestniczyli także w wykładzie z psychologii społecznej poprowadzonym przez Stephanie Constant z Uniwersytetu w Rennes. Na zajęcia ze studentami przyszedł także pedagog ulicy, pracujący na warszawskiej Pradze i opowiedział o swoich doświadczeniach w tym specyficznym środowisku. W marcowym cyklu warsztatów i wykładów uczestniczyli studenci drugiego roku.

Po raz drugi w tym roku goście z Francji odwiedzili Akademię Pedagogiki Specjalnej w dniach 25–29 maja. Adresatami zajęć przygotowanych przez zagranicznych gości byli studenci trzeciego roku. Cykl zajęć obejmował warsztat pracy pedagogów ulicy, wykłady dotyczące geografii społecznej oraz zajęcia w terenie, które odbyły się na warszawskiej Pradze. W warsztatach w środowisku prowadzonych przez francuskiego wykładowcę Mickale'a Piraud uczestniczyli studenci oraz podopieczni pedagogów ulicy.

Pracownicy Uniwersytetu w Rennes przyjechali do Polski w ramach programu Erasmus, umożliwiającego wymianę doświadczeń między uczelniami z różnych krajów. W roku akademickim 2009/2010 współpraca jest kontynuowana, zaś mury Akademii Pedagogiki Specjalnej opuści kolejna grupa absolwentów specjalności profilaktyka społeczna.

„CZŁOWIEK – NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ – SPOŁECZEŃSTWO”
NR 2(10) 2009

PRZEGLĄD CZASOPISM

BERNADETTA WĘCŁAWIK

AMERICAN JOURNAL ON MENTAL RETARDATION
2008, number 1–6 – WYBRANE ZAGADNIENIA

American Journal on Mental Reatardation jest periodykiem publikowanym przez American Association on Intelectual and Developmental Disabilities, ukazujacym się 6 razy w roku.

Treści artykułów prezentowanych na łamach czasopisma w 2008 r. będą analizowane w czterech grupach tematycznych: rozwój języka, funkcjonowanie poznawcze, przebieg procesów emocjonalnych i zaburzenia zachowania, uspołecznienie i jakość życia.

Rozwój języka u osób z niepełnosprawnością intelektualną

W artykule *Signaling Noncomprehension of Language: A Comparison of Fragile X Syndrome and Down Syndrome* (113 (3), s. 214–230) autorstwa L. Abbeduto, M.M. Murphy i innych przedstawione zostały badania dotyczące sygnalizowania braku zrozumienia informacji werbalnych przez młodzież z zespołem Downa, z zespołem łamliwego chromosomu X. Analizy wykazały, że obie te grupy sygnalizowały niezrozumienie rzadziej, niż czyniła to młodzież prawidłowo rozwijająca się. Sposobność do komunikowania niezrozumienia była porównana do zasobu słownictwa i możliwości posługiwania się składnią. Badania wykazały również, że mężczyźni z zespołem łamliwego chromosomu X sygnalizowali niezrozumienie informacji werbalnej rzadziej niż kobiety z tą mutacją.

K. Barisnikov, L. Hippolyte, M. Van der Linden (113 (4), s. 292–306) w artykule zatytułowanym *Face Processing and Facial Emotion Recognition in Adults With Down Syndrome* prezentują interesujące badania dotyczące rozpoznawania procesów mimicznych. W badaniach brały udział: grupa eksperymentalna – 17 dorosłych z zespołem Downa, grupa kontrolna – 17 dzieci o prawidłowym rozwoju intelektualnym. Zadania prezentowane obu grupom dotyczyły słownictwa. W ćwiczeniach „twarze bez emocji” dorośli z zespołem Downa osiągali gorsze

rezultaty niż grupa kontrolna. Ich wyniki były dobre w zadaniach, które zawierały „twarze z emocjami". W ćwiczeniach na ekspresję mimiczną uczestnicy z zespołem Downa wykazywali trudności, jeśli chodzi o ekspresję neutralną i ekspresję zaskoczenia. Analiza wzoru ich błędów sugeruje, że osoby z zespołem Downa mają tendencję do odczytywania emocji z twarzy bardziej pozytywnie niż grupa kontrolna. Niewerbalne zadania nie były włączone w eksperyment.

Rozwój poznawczy u osób z niepełnosprawnością intelektualną

W numerze 2 P.M. Kittler, S.J. Krinksy-McHale, D.A. Devenny (*Dual Task Prosessing as a Measure of Executive Function: A Comparison Between Adults With Williams and Down Syndrom*, s. 117–132) prezentują wyniki badań przetwarzania równoległego dwóch zadań jako miarę funkcjonowania dorosłych osób z zespołem Downa oraz dorosłych z zespołem Williamsa. Zachowawcze cechy fenotypu obu grup zostały porównane na podstawie problemów dotyczących pamięci krótkotrwałej. Osoby z zespołem Downa są wzrokowcami częściej niż ludzie z zespołem Williamsa. Zazwyczaj ostatni są „werbalni" – tj. posługują się komunikacją słowną, która może być wzmacniana np. gestem. Po przeprowadzonych ćwiczeniach pamięci krótkotrwałej wyniki pokazały, że przetwarzanie równoległe w późniejszym okresie życia charakteryzuje fenotyp behawioralny. Wnioski z badań są następujące: osoby z zespołem Downa słabo radzą sobie z równoległymi procesami pamięciowymi.

Jakie są wzrokowe i werbalne strategie kodowania w pamięci krótkotrwałej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną? Na takie pytanie badawcze starała się udzielić odpowiedzi L. Henry (*Short Term Memory Coding in Children With Intellectual Disabilities*, 113 (3), s. 187–200). Wyniki pokazują, iż umiejętny wybór strategii kodowania nie zależy od niepełnosprawności intelektualnej.

Prace badawcze nad wykorzystywanymi strategiami i korelatami Jigsaw Puzzle i możliwościami wizualno-przestrzennymi osób z zespołem Williego-Pradera przeprowadzili B.N. Verdine, G.L. Troseth, R.M. Hodapp, E.M. Dykens (*Strategies and Correlates of Jigsaw Puzzle and Visusopatial Performance by Persons With Prader-Willi Syndrome*, 113 (5), s. 343–354. Porównano zdolności wizualno-przestrzenne, sposoby układania puzzli i strategie działania 26 osób z zespołem Williego-Pradera. Osoby z wyżej wymienionym zespołem przy wyborze strategii kierowały się kształtem puzzla. Uczestnicy grupy kontrolnej używali różnych strategii. Grupa eksperymentalna wykonywała lepiej zadanie „ułożenie puzzli achromatycznych" od grupy kontrolnej. W przypadku, kiedy puzzle achromatyczne posiadały obrazki – nie było różnic w wynikach obu grup. Wywnioskować można, iż najlepiej układają puzzle osoby z zespołem Williego-Pradera w wieku starszym. Mają one dobrze ukształtowane i uporządkowane strategie.

Deficyty uwagi, lekka niepełnosprawność poznawcza, wczesne stadium choroby Alzhaimera u dorosłych z zespołem Downa scharakteryzowali S.J. Krin-

sky-McHale, D.A. Devenny, P. Kittler (*Selective Attention Deficits Associated With Mild Cognitive Impairment and Early Stage Alzheimer's Disease in Adults With Down Syndrome*, 113 (5), s. 369–386). Badani wykazywali mniejsze zdolności selektywnej uwagi w zadaniach z wielokrotnym podejściem, różnorodność strategii w sposobach rozwiązywania testów. U zdrowych uczestników zauważono stabilność. Posługiwanie się różnymi strategiami wyboru przez osoby z zespołem Downa odnotowano około dwóch lat przed diagnozą Alzheimera. Z czasem wykonywane zadania różnicowała postępująca demencja.

P.A. Ornstein, J.M. Schaff, S.R. Hooper, D.D. Hatton, P. Mirrett (*Memory Skills of Boys With Fragile X Syndrome*, 113 (6), s. 453–465) badali zdolności pamięciowe chłopców z zespołem łamliwego chromosomu X.

Przebieg procesów emocjonalnych i zaburzenia zachowania u osób z niepełnosprawnością intelektualną

Sferę emocjonalną u dzieci z zespołem Downa badali L.B. Jahromi, A.Gulsrud, C. Kasari (*Emotional Competence in Cildren With Down Syndrome: Negativity and Regulation*, 113 (1), s. 32–43). Kilkuletnie dzieci z zespołem Downa często opisywane jako „łatwe" i społeczne również prezentują problemy z zachowaniem. Rozwój emocjonalny jest istotny dla kształtowania zachowań interpersonalnych. U dzieci tych przebadano ekspresję negatywną emocjonalnie i szereg strategii regulujących emocje. W badaniach przedstawiono frustrujące zdania wszystkim grupom. Osoby z zespołem Downa przejawiali znacząco większą frustrację-niezadowolenie, niemoc i nie prosili o pomoc. Frustracja była nakierowana na eksperymentatora, a nie na zadania. Dzieci w normie intelektualnej używały więcej strategii na osiągnięcie celu, zwracały się z prośbą o wsparcie. Badania wykazały, że dzieci z zespołem Downa używają prawdopodobnie zawężony repertuar strategii radzenia sobie z frustracją.

S.S. Hall, A.A. Lightbody, A.L. Reiss (*Compulsive, and Autistic Behavior in Children and Adolescents With Fragile X Syndrome*, 113 (1), s. 44–53) scharakteryzowali kompulsywne, samookaleczające autystyczne zachowania wśród dzieci i młodzieży z zespołem łamliwego chromosomu X. Przebadano 31 chłopców, 28 dziewczyn z zespołem łamliwego chromosomu X w wieku od 5 do 20 lat. Zachowania samookaleczające wystąpiły u 58% chłopców i 17% dziewczyn. Zachowania kompulsywne u 72% chłopców i 55% dziewczyn – nie towarzyszyły im zachowania samookaleczjące. 50% chłopców i 20% dziewczyn spełniło kryteria autyzmu w skali ADOS-G. Dziewczęta, które prezentowały zachowania kompulsywne, miały niższy poziom białka FMRP niż te, które nie ujawniały zachowań kompulsywnych. Chłopcy z zachowaniami autystycznymi mieli niższy poziom kortyzolu. Reasumując, uzyskane dane implikują, że kompulsywne i autystyczne zachowania są wysoce istotne w zespole łamliwego

chromosomu X. Niższy poziom białka FMRP lub kortyzolu mogą stanowić biologiczne wskaźniki tych zachowań.

Analizy funkcjonalnej wczesnego stadium rozwoju zachowań samookaleczających, włączenie interakcji gen–środowisko, dokonali P. Langthorne i P. McGill (*Functional Analysis of the Early Development od Self-Injurious Befavior: Incorporating Gene – Environment Interactions*, 113 (5), s. 403–417).

W numerze 2, T.K.Urv, W.B. Zigman, W. Silerman (*Maladaptive Behaviors Related to Dementia Status in Adults With Down Syndrome*, 113 (2), s. 73–86) prezentują repertuar zachowań nieprzystosowawczych związanych z demencją u dorosłych z zespołem Downa. Zmiany w zachowaniach nieprzystosowawczych związane z określonymi stanami demencji zostały przebadane u 251 dorosłych w wieku od 45 lat i starszych z zespołem Downa. Wyniki wskazywały na znaczne różnice w zachowaniach przystosowawczych w różnych stadiach demencji. Osoby z brakiem symptomów demencji ujawniały mniejsze nasilenie zachowań nieprzystosowawczych niż jednostki we wczesnym lub średnim stadium demencji. Osoby, które przechodziły do wczesnego stadium demencji, wykazywały podniesiony poziom agresji, strachu, smutku, problemów ze snem, niedostosowania społecznego i ogólnie zachowań regresywnych. Dane te mogą być szczególnie istotne w wyjaśnianiu istoty demencji u osób z zespołem Downa i programowaniu indywidualnych planów wspomagania.

Profile kobiet z niepełnosprawnością intelektualną z udokumentowaną i nieudokumentowanej historią wykorzystywania przedstawiają L.Hickson., I. Khemka, H. Golden, A. Chatzistyli (*Profiles of Women Who Have Mental Retardation With and Without a Docemented History of Abuse*, 113 (2), 133–142). 36 kobiet z niepełnosprawnością intelektualną zostało podzielonych na dwie grupy, na podstawie istnienia lub braku historii stosowania przemocy wobec badanych w ciągu ostatnich pięciu lat. Kobiety posiadające taką historię o wiele częściej stosowały pasywne, wymijające strategie podejmowania decyzji, prezentowały wyższy poziom stresu, korzystały z pomocy innych, gdy wkraczały w aktywne życie społeczne. Zaleca się by poświęcono szczególną uwagę na dostosowanie działań interwencyjnych do indywidualnych potrzeb tych kobiet.

Wielowymiarowe badania epidemiologiczne symptomów i problemów związanych z zachowaniem młodzieży i dorosłych z autyzmem jako konsekwencji wczesnych kontaktów matka–dziecko (ciepła i pochwały) przeprowadzili L.E. Smith, J.S. Greenberg, M.M. Seltzer, J. Hong (*Symptoms and Behavior Problems of Adolescents ad Adults With Autism: Effects of Mother–Child Relationship Quality, Warmth, and Praise*, 113 (5), s. 387–402).

Zagadnienie relacji matka–dziecko podjęli w swojej publikacji M.J. Guralnick, B. Neville, M.A. Hammond, R.T. Connor (*Mothers' Social Communicative Adjustments to Young Children With Mild Developmental Delays*, 113 (1), s. 1–18). Dokonano analizy społecznych wzorców kontaktów i zachowań matek dzieci z opóźnieniem rozwoju zaangażowanych w trening społeczny, zadania

instruktażowe. Wyniki dwuletnich badań wskazują, że po intensywnym treningu matki tej grupy dzieci wspierały rozwój dziecka zgodnie z pojawiającymi się sensytywnymi okresami w kontaktach społecznych.

Uspołecznienie i jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną

Prezentacji skutków i kosztów życia częściowo niezależnego i życia pod stałą opieką osób z niepełnosprawnością intelektualną na terenie Anglii dokonali D. Felce, J. Perry, R. Romeo, J. Robertson, A. Meek, E. Emerson, M. Knapp (*Outcomes and Costs of Community Living: Semi-Independent Living and Fully Staffed Group Homes*, 113 (2), s. 87–101). Badanie polegało na porównaniu dwóch wyżej wymienionych typów mieszkalnictwa. Dane zostały zebrane na podstawie charakterystyki uczestników, organizacji otoczenia, różnych stylów życia oraz kosztów utrzymania. Nie odnotowano istotnych różnic w większości pomiarów dotyczących różnych stylów życia. Uczestnicy zamieszkujący domy, gdzie otaczano ich opieką, lepiej zarządzali pieniędzmi, bardziej dbali o swoje zdrowie. Osoby częściowo niezależne trafniej dokonywały wyborów oraz podejmowały aktywność społeczną bez wsparcia personelu. Koszty życia osób częściowo samodzielnych były niższe. Reasumując, koncentrując się na możliwościach osób, które były częściowo zależne od innych, można wskazać na korzyści płynące z tego typu mieszkalnictwa: bardzo dobre zarządzanie finansami, dobry stan zdrowia. Warto się nad tym zastanowić projektując rozwiązania systemowe dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Interesujące badania przedstawili E. Emerson, C. Hatton *(Srelf-Reprted Well-Being of Women and Men With Intellectual Disabilitties in England*, 113 (2), s. 143–155). Dotyczyły one samodzielnego raportowania jakości życia przez kobiety i mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną w Anglii. Przebadano związek między wskaźnikami jakości życia a charakterystyką osobowościową, pozycją społeczno-ekonomiczną oraz relacjami społecznymi na przykładzie 1273 Anglików z niepełnosprawnością intelektualną. Ogólne zadowolenie z życia wynosiło 71% w skali maksymalnej. Liczba ta jest nieznacznie niższa niż zazwyczaj raportowana wśród ogólnej populacji. Zróżnicowanie odczuwanej jakości życia było silnie związane ze wskaźnikami dotyczącymi pozycji społeczno-ekonomicznej oraz umiejętnościami w zakresie zawierania i podtrzymywania kontaktów społecznych. Dla kobiet bycie „syngielką" wiązało się z lepszym samopoczuciem. Mężczyźni nie widzieli związku między ich stanem cywilnym a jakością życia. Kontakty, relacje z przyjaciółmi chroniły osoby z niepełnosprawnością intelektualną przed poczuciem bezradności.

Jakość życia w ocenie matek dzieci z zespołem łamliwego chromosomu X była charakteryzowana przez A.C. Wheeler, D.G.Skinner, D.B.Bailey (*Perceived Quality of Life in Mothers of Children With Fragile X Syndrome*, 113 (3), s. 159–177).

Interesujące spostrzeżenia poczynili E.W. Carter, L.G. Sisco, L. Brown, D. Brickham, Z.A. Khabbaz w artykule dotyczącym interakcji wśród rówieśników i szkolnego zaangażowania młodzieży z niepełnosprawnością o różnej etiologii w klasach włączających w gimnazjach i w szkołach średnich (*Peer Interactions and Academic Engagment of Youth With Developmental Disabillities in Inclusive Middle and High Scholl Classrooms*, 113 (6), s. 479–494). Zakres współdziałania uczniów z/bez niepełnosprawności zależał od formuły poleceń, obecności pedagoga specjalnego lub pedagoga ogólnego i programu nauczania. Interakcje wśród uczestników miały miejsce znacznie częściej w przypadku poleceń kierowanych do małych grup, gdzie uczniowie nie uzyskiwali bezpośredniego wsparcia od pedagoga specjalnego oraz na lekcjach bez wspomagania. Zaangażowanie szkolne było wyższe przy zadaniach wymagających interakcji jeden na jeden, w małych grupach oraz kiedy w pobliżu był nauczyciel ogólny lub specjalny. Artykuł zachęca do planowania strategii efektywnego wsparcia uczniów z autyzmem lub/i z niepełnosprawnością intelektualną w klasach włączających.

W czasopiśmie autorzy (J.R. Thomson, M.J. Tasse, C.A. McLaughlin) omówili technikę pomiaru Skali Intensywności Pomocy – SIS (*Interrater Reliability of the Supports Intensity Scale – SIS*, 113 (3), s. 231). Przedstawiono także badania o charakterze psychologiczno-biologicznycm – K.C. Lakin, R. Doljanac, S.-Y. Byun, R. Stancliffe (*Choice-Making Among Medical HCBS and ICF/MR Recipients in Six States*, 113 (5), s. 325), psychologiczno-medycznym – G. Louise, S. Deb (*Use of Medication for the Management of Bahavior Problems Among Adults With Intellectual Disabilities: A Clinicians' Consensus Survey*, 113 (1), s. 19).

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja czasopisma *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* przyjmuje do opublikowania oryginalne, recenzowane prace naukowe, artykuły polemiczne, recenzje, sprawozdania z wydarzeń naukowych, przeglądy czasopism.

Nadsyłane materiały powinny być zapisane za pomocą typowego edytora tekstu (preferowany edytor MS WORD). Tekst należy przygotować zgodnie z następującymi zasadami:

- wydruk pracy na papierze formatu A4 z marginesem 3,5 cm z lewej strony;
- tekst – 30 wierszy na stronie i około 60 miejsc znakowych w wierszu, nie powinien zawierać poprawek;
- maksymalna objętość opracowań:
  – rozprawy: 60 tys. znaków (1,5 arkusza wydawniczego),
  – sprawozdania z badań: 40 tys. znaków (1,0 arkusz wydawniczy),
  – recenzje i polemiki: 20 tys. znaków (0,5 arkusza wydawniczego);
- praca powinna zawierać streszczenia w języku polskim i angielskim (maksymalnie po 200 słów łącznie z tytułem w każdym języku) oraz słowa kluczowe (*key words*);
- tekst należy dostarczyć w postaci wydruku komputerowego (dwa egzemplarze) wraz z opisaną dyskietką lub CD. Zawartość wersji elektronicznej powinna być identyczna z przesłanym wydrukiem;
- wykresy, ilustracje (ponumerowane i opatrzone informacją, do którego miejsca w tekście się odnoszą) należy umieszczać w oddzielnych plikach, podając nazwy programu, za pomocą którego zostały wykonane;
- literatura przedmiotu powinna być umieszczana na końcu pracy w układzie alfabetycznym;
- odwołanie w tekście powinno mieć postać: (M. Zaorska, 2002).

Sporządzanie bibliografii

Pozycje bibliograficzne muszą być pełne, w porządku alfabetycznym, pisane z dokładnym przestrzeganiem kolejności poszczególnych składników, z jednolitą interpunkcją. Kolejność zapisu bibliograficznego jest następująca:

(1) autor(zy) – wszyscy, niezależnie od liczby,
(2) rok wydania pozycji,
(3) tytuł książki, rozdziału, artykułu, dysertacji, pracy dyplomowej, referatu lub raportu,
   (a) książka: miejsce wydania i nazwa wydawnictwa,
   (b) rozdział: redaktor(zy), tytuł książki, strony, miejsce wydania, wydawca,
   (c) artykuł: tytuł czasopisma, tom (vol.) i strony,
   (d) praca dyplomowa (dysertacja): wydział (instytut), uczelnia (instytucja) i miejscowość,
   (e) referat: oryginalna nazwa konferencji (kongresu itp.) i miejscowość,

(f) raport: rodzaj i numer grantu, miejscowość, uczelnia (instytucja) i wydział (instytut).

Kursywą piszemy: tytuł książki, również książki, w której znajduje się odpowiedni rozdział, tytuł czasopisma i jego tom, tytuł referatu, tytuł pracy dyplomowej (dysertacji), tytuł raportu. Poniżej podano przykłady zapisu poszczególnych pozycji bibliograficznych z uwzględnieniem wymaganej interpunkcji, stylu czcionki (normalna – kursywa) i liter (duże – małe).

Książki

(a) polska

Kościelska, M. (2004). *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie.* Warszawa: Jacek Santorski & Co.

(b) polska, redagowana

Strelau, J., Ciarkowska, W., Nęcka, E. (red.). (1992). *Różnice indywidualne: możliwości i preferencje.* Wrocław: Ossolineum.

(c) obcojęzyczna, redagowana

Steiner, M., Yonkers, K., Eriksson, E. (red.). (2001). *Mood disorders in women.* Londyn: Martin Dunitz.

(d) książka o kolejnym wydaniu

Osofsky, J.D. (red.). (1998). *Handbook in infant development.* (wyd. 2). New York: Wiley.

Rozdziały w książkach

(a) publikacja polska

Sidor, B. (2001). Ojciec w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Komas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa.* (s. 381–389). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

(b) publikacja obcojęzyczna

Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. W: J. Cassidy, P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical implication.* (s. 469–496). New York: The Guilford Press.

Artykuły w czasopismach

Kościelska, M. (1993). Koncepcja osoby z upośledzeniem umysłowym jako uczestnika życia społecznego. *Przegląd Psychologiczny*, *3*, 341–353.

Nieopublikowane dysertacje i prace magisterskie

Jackowska, E. (1976). *Wpływ środowiska rodzinnego na przystosowanie społeczne dziecka* w *młodszym wieku szkolnym. Nieopublikowana rozprawa doktorska*, Wydział Filozoficzno-Historyczny, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Domurad, M. (1996). *Efektywność rozwoju umiejętności czytania u dziecka upośledzonego umysłowo* w *stopniu lekkim za pomocą „metody baśniowych spotkań".* Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Rewalidacji i Resocjalizacji, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Referaty wygłoszone na konferencjach i innych spotkaniach

Jackowska, E. (1997). *Poczucie jakości życia u kobiet i mężczyzn po przebytym urazie mózgu.* Referat wygłoszony na II Sympozjum Opieki Paliatywnej – Hospicyjnej, Lublin.

Dosen, A. (1997). *Etiology, specific onset mechanisms oj mood disorders among people with intellectual disablement and prelevance.* Referat wygłoszony na European Course on Mental Retardation, Nunspeet, The Netherlands.

Raporty z badań

Strealu, J., Oniszczenko, W., Zawadzki, B. (1994). *Genetyczne uwarunkowania i struktura temperamentu młodzieży i dorosłych.* (Raport KBN 1108.91.02). Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii.

Wykaz literatury nie powinien zawierać informacji prywatnych, prac w przygotowaniu. Odwołanie się do takich źródeł może występować jedynie w przypisach.

Do przesłanego wydruku tekstu i jego wersji elektronicznej należy dołączyć:

1) prośbę wraz z podpisem, w której autor zwraca się do redakcji o wydrukowanie pracy w czasopiśmie *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo,* zamieszcza informację o zatrudnieniu, podaje swój tytuł naukowy, zajmowane stanowisko, adres, numer telefonu, adres e-mailowy;
2) pisemne oświadczenie, że praca nie była dotąd publikowana i nie została złożona w innej redakcji.

Zmiany i odstępstwa od podanych zasad należy uzgadniać z członkami Komitetu Redakcyjnego. Redakcja nie zwraca nadesłanych materiałów i zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian w tekstach, nie zmieniając ich treści merytorycznej.

Materiały należy nadsyłać na adres:

Redakcja *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ul. Szczęśliwicka 40
02–353 Warszawa

SŁOWNIK TERMINOLOGICZNY

Asertywność – sposób autoekspresji własnych przekonań i uczuć oraz radzenia sobie z wymaganiami relacji życiowych dotyczących przede wszystkim kontaktów interpersonalnych, oparty na szczerości i dbaniu o własne dobro, przy jednoczesnym uwzględnieniu dobra innych osób (patrz zachowania asertywne).

Joanna Rajang, Monika Zoch

Dysfunkcjonalność organizmu – to niepełnosprawność organizmu, niezdolność do właściwego wypełniania swoich funkcji przez cały organizm bądź też poszczególne jego układy czy narządy.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Metody projekcyjne – opierają się na projekcji rozumianej jako sposób spostrzegania i reagowania na bodźce zewnętrzne, które zazwyczaj są uwarunkowane cechami osobistymi osoby postrzegającej. Jako metodę badania przez projekcję rozumie się zespół celowo skonstruowanych bodźców (zadanie lub zespół zadań), których instrukcja i materiał mają niski stopień strukturalizacji (wieloznaczność zadania), mogąc tym samym wywołać osobistą, prywatną i bezpośrednią opinię badanego.

Iwona Konieczna

Niepełnosprawność społeczna – oznacza niezdolność człowieka do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym: pełnienia ról społecznych, wywiązywania się z zadań życiowych, podejmowania odpowiedniej aktywności itp.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Osoba niepełnosprawna – osoba, której stan zdrowia fizycznego lub psychicznego powoduje trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełnianie ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Projekcja – w szerokim znaczeniu – rzutowanie własnych uczuć, postaw, poglądów na obiektywny materiał, który dajemy osobie badanej (uzewnętrznienie, eksternalizacja cech, procesów, stanów), zaś w wąskim znaczeniu – mechanizm obronny, służący przystosowaniu jednostki, który stosowany zbyt intensywnie powoduje zaburze-

DICTIONARY OF TERMS

Assertiveness – way of self-expressing one's own beliefs and feelings, and coping with the demands of relationships in one's life concerning primarily interpersonal interactions, which is based on honesty and care of one's own well-being while taking into consideration the well-being of other people at the same time (see assertive behaviors).

Joanna Rajang, Monika Zoch

Dysfunction of the body – disability of the body, inability to perform its functions properly by the whole body or its individual systems or organs.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Projective methods – are based on the concept of projection which is understood as a way of perceiving and responding to external stimuli that usually depend on the personal characteristics of the perceiving person. The projection-based method is understood as a set of purpose-formed stimuli (a task or a set of tasks) with instructions and material which are low-structured (ambiguity of tasks) that can thus trigger a personal, private and direct opinion of the subject.

Iwona Konieczna

Social disability – refers to a person's inability to participate fully in social life: to fulfill social roles, to carry out his or her life tasks, to undertake appropriate activity, etc.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Person with disability – a person whose physical or mental health condition causes a permanent or long-term impediment, limitation or inability to participate in social interactions and fulfill his or her roles according to accepted criteria and social norms.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Projection – in a broad sense – projecting one's own feelings, attitudes and beliefs on objective materials given to the subject (externalization of characteristics, processes or states); in a narrow sense – a protective mechanism which helps an individual to adapt and which, if used too intensively, brings on personality disorders and decline in adaptation

nia w funkcjonowaniu osobowości i pogorszenie zdolności przystosowawczych oraz zablokowanie rozwoju jednostki (Wysocka, E. (2006). *Techniki projekcyjne w psychopedagogicznym diagnozowaniu sytuacji rodzinnej i szkolnej.* W: E. Jarosz, E. Wysocka, (red.). *Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe problemy i rozwiązania*. (s. 325). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak).

Iwona Konieczna

Przemoc – rodzaj wywierania niepożądanego wpływu na drugiego człowieka, dokonywany zarówno intencjonalnie, jak i nieintencjonalnie. Przemocą mogą być aktywne działania typu: poniżanie, pozbawianie środków do życia, powodowanie obrażeń, jak i bierne zaniedbanie, na przykład brak należytej opieki czy lekceważenie.

Ewa Sygit

Przystosowanie społeczne – proces dostosowywania się jednostek do warunków konkretnej rzeczywistości społecznej, odbywający się na drodze socjalizacji, w czasie której jednostki nabywają kompetencji kulturowej, umożliwiającej im sprawne funkcjonowanie w nowych sytuacjach społecznych (K. Olechnicki, P. Załęcki, 1997). Definicja pochodzi z pracy: Olechnicki, K., Załęcki, P. (1997). *Słownik socjologiczny.* Toruń: Graffiti BC.

Beata Szabała

Rehabilitacja z zakresu orientacji przestrzennej i poruszania się – przyjmuje za cel opanowanie przez osobę z poważnym uszkodzeniem wzroku umiejętności orientacyjnych związanych z rozpoznaniem własnego położenia w przestrzeni (gdzie osoba się znajduje), wyborem miejsca docelowego (dokąd osoba chce się udać) oraz opracowaniem planu dotarcia do wyznaczonego miejsca (jak tego dokonać), a także wiedzy i umiejętności, z włączeniem odpowiednich technik i pomocy rehabilitacyjnych, niezbędnych dla samodzielnej, bezpiecznej i skutecznej realizacji tego planu na etapie poruszania się.

Marlena Kilian

Rehabilitacja z zakresu czynności życia codziennego – przyjmuje za cel opanowanie przez osobę z poważnym uszkodzeniem wzroku wiedzy i umiejętności potrzebnych do samodzielnego, bezpiecznego i skutecznego wykonywania codziennych czynności, z wykorzystaniem odpowiednich technik i pomocy rehabilitacyjnych oraz możliwości adaptacji otoczenia fizycznego.

Marlena Kilian

abilities, as well as barriers to an individual's development (Wysocka, E. (2006). *Techniki projekcyjne w psychopedagogicznym diagnozowaniu sytuacji rodzinnej i szkolnej.* In: E. Jarosz, E. Wysocka, (Ed.). *Diagnoza psychopedagogiczna – podstawowe problemy i rozwiązania*. (p. 325). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak).

Iwona Konieczna

Abuse – a type of undesirable influence exerted on another person, both intentionally and unintentionally. The following active actions can constitute abuse: humiliation, deprivation of means of livelihood, physical violence; and the passive ones: negligence, e.g. lack of appropriate care or regard.

Ewa Sygit

Social adaptation – process in which individuals adapt to the conditions of a specific social reality; process that occurs through socialization in which individuals acquire cultural competence that allows them to function efficiently in new social situations (K. Olechnicki, P. Załęcki, 1997). Definition from: Olechnicki, K., Załęcki, P. (1997). *Słownik socjologiczny.* Toruń: Graffiti BC.

Beata Szabała

Rehabilitation in orientation and mobility – aims at a person with severe visual impairment acquiring orientation skills connected with awareness of body position (where the person is), choice of destination (where the person wants to go), and plan for getting to the destination (how to do it); as well as knowledge and skills which are necessary for independent, safe and successful performance of this mobility plan with the use of appropriate rehabilitation techniques and aids.

Marlena Kilian

Training in daily living skills – aims at a person with severe visual impairment acquiring knowledge and skills necessary for independent, safe and successful performance of daily living activities with the use of appropriate rehabilitation techniques and aids as well as adaptation opportunities in the physical environment.

Marlena Kilian

Wiktymizacja pierwotna – inaczej: proces stawania się ofiarą w wyniku jakiegoś zdarzenia czy działania o znamionach przestępstwa, co w efekcie skutkuje m.in. utratą poczucia własnej wartości, utratą poczucia zaufania, zmianą poczucia tożsamości, wycofaniem się z życia społecznego, rodzinnego, zawodowego.

Ewa Sygit

Primary victimization – or the process of becoming a victim as a consequence of some event or action bearing features of a crime, which results in a loss of self-esteem and sense of confidence, change in sense of identity, and withdrawal from social, family and professional life, among other things.

Ewa Sygit

Wiktymizacja wtórna – oznacza ponowne doznanie krzywdy i cierpienia w wyniku niewłaściwego traktowania ofiary przez otoczenie społeczne czy działania organów państwa.

Ewa Sygit

Secondary victimization – refers to the victimization that occurs when a victim experiences injustice and suffering again as a result of being treated inappropriately by society or state authorities and their actions.

Ewa Sygit

Zachowanie asertywne – zachowanie adekwatne (zgodne z tym, co człowiek myśli i czuje), otwarte i uczciwe, a jednocześnie stanowcze i wyrażające pewność siebie; swobodne, ale i kontrolowane oraz respektujące dobro innych ludzi.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Assertive behavior – appropriate behavior (consistent with what a person thinks and feels) that is frank and honest, and at the same time firm and self-confident; behavior that is free but controlled and that respects other people's well-being.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Zachowanie asertywne celowe – rodzaj zachowania asertywnego o dużym wysiłku, zaangażowaniu w działania na rzecz zdrowia psychicznego i osobistego rozwoju jednostki.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Intentional assertive behavior – type of assertive behavior performed with great effort and commitment to actions for an individual's mental health and personal development.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Zachowanie asertywne celowe indywidualistyczne – rodzaj zachowania asertywnego celowego, zachowanie to ma głównie na celu dobro własne.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Individualist intentional assertive behavior – type of intentional assertive behavior that aims mainly at one's own well-being.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Zachowanie asertywne celowe kooperatywne – rodzaj zachowania asertywnego celowego, zachowanie to przynosi korzyści w podobnym stopniu obu stronom interakcji.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Cooperative intentional assertive behavior – type of intentional assertive behavior that is similarly beneficial to both sides of the interaction.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Zachowanie asertywne reaktywne – rodzaj zachowania asertywnego o zaangażowaniu niewielkim, będącym jedynie odpowiedzią na konkretną sytuację społeczną.

Joanna Rajang, Monika Zoch

Reactive assertive behavior - type of assertive behavior performed with little commitment that is merely a response to a specific social situation.

Joanna Rajang, Monika Zoch