

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DYSKURSY PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

Pedagog – Nauczyciel – Terapeuta

Nr 16

Gdańsk 2014

Komitet Naukowy

doc. dr hab. Jarosław Balvin (Uniwersytet w Zlině),
prof. dr Ursula Horsch (Uniwersytet w Heidelbergu),
prof. dr hab. Iwona Chrzanowska (UAM, Poznań),
prof. dr hab. Svetlana Konyushenko (Uniwersytet im. E. Kanta, Kaliningrad),
doc. PhDr. Jaroslav Veteška (Uniwersytet w Pardubicach),
dr hab. Teresa Żółkowska (prof. USz., Szczecin)

Komitet Redakcyjny

Amadeusz Krause (red. naczk.), *Jolanta Rzeźnicka-Krupa* (z-ca. red. naczk.)
Joanna Belzyt, Sławomira Sadowska, Karolina Tersa (sekretarz redakcji)

Czasopismo recenzowane

(tryb recenzowania i informacje dla autorów
na stronie www.niepelnosprawnosci.ug.edu.pl)

Redaktor naukowy tomu

Dorota Krzemińska

Korekta techniczna,
skład i łamanie

Urszula Jędryczka

Publikacja dofinansowana ze środków
Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego

Wersja drukowana jest wersją pierwotną
czasopisma „Niepełnosprawność”

ISSN 2080-9476

Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego

ul. Armii Krajowej 119/121, 81-824 Sopot

tel./fax 58 523 11 37, tel. 725 991 206

e-mail: wydawnictwo@ug.gda.pl

www.wyd.ug.edu.pl

Księgarnia internetowa: www.kiw.ug.edu.pl

Spis treści

Contents

Od Redakcji	7
<i>Editor's Note</i>	
Franciszek Wojciechowski, Sylwia Opozda-Suder	
Osobowe i społeczne następstwa niepełnosprawności. Teoretyczne podstawy interpretacji	11
<i>Personal and social consequences of disability. Theoretical basis of interpretation</i>	
Rafał Abramciow, Agnieszka Lewicka-Zelent	
Specyfika fenomenologicznego ujęcia poznania i doświadczenia a jej użyteczność dla pedagogiki i terapii psychologicznej	33
<i>The specificity of phenomenological cognition and experience and its usefulness for education and psychological therapy</i>	
Joanna Iza Belzyt	
Ciało w sytuacji niepełnosprawności – kontrola, odrzucenie i działania terapeutyczne	41
<i>The body in the case of disability – control, rejection and therapeutic work</i>	
Izabela Fornalik	
Pedagog specjalny w roli edukatora seksualnego. Między niepewnością a poczuciem powinności	53
<i>Special educator as sexual educator. Somewhere between uncertainty and sense of duty</i>	
Marzena Buchnat, Katarzyna Waszyńska	
Edukacja seksualna uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w opinii nauczycieli z nimi pracujących	74
<i>Sexual education of students with mild intellectual disability in the opinion of teachers working with these students</i>	
Danuta Grzybowska	
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną i dziecko jako szczególne podmioty diagnozy w interpretacji przyszłych pedagogów	83
<i>A person with intellectual disability and a child as a special subjects of diagnosis in the interpretation of a budding educators</i>	
Karolina Tersa	
Kompetencje diagnostyczne nauczycieli. Oczekiwania i wyzwania	90
<i>Teachers' diagnostic skills. Expectations and challenges</i>	

Karol Bidziński

- Subiektywna ocena uzyskiwanego wsparcia zawodowego
a nasilenie sytuacji trudnych odczuwanych przez nauczycieli
podczas wykonywania zadań związanych z realizacją specjalnych
potrzeb edukacyjnych uczniów 106
*The scope of difficult situations experienced by the teachers while executing
tasks related to the realization of special educational needs of students
and the assessment of support obtained from various entities within school
psychological and pedagogical assistance system*

Ewa Karabanowicz

- Radzenie sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym nauczycieli
szkół specjalnych i ogólnodostępnych 126
*Coping with stress and psychological burden by public and special
schools teachers*

Anna Ozga

- Lokalizacja szkół a możliwości pozyskania wsparcia przez nauczycieli
województwa świętokrzyskiego realizujących specjalne potrzeby
edukacyjne uczniów 144
*Location of schools in relation to chances for obtaining support from
the perspective of the teachers in Świętokrzyskie voivodeship addressing
special educational needs of the students*

Dorota Krzemińska

- Style bycia/działania terapeutów jako asumpt do rozważań
o placówkach wsparcia dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością
intelektualną 155
*Styles of being/activity of therapists as a contribution to reflect on institutions
supporting adults with intellectual disability*

Agnieszka Woynarowska, Jolanta Rzeźnicka-Krupa

- Znaczenia nadawane wsparciu w dorosłości i własnej w nim roli
przez terapeutów dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną . . . 174
*The meanings therapists apply and view their role in supporting adulthood
of persons with intellectual disability*

Eliza Czerka-Fortuna

- Dylematy moralne w pracy terapeutycznej. Wskazania dla zawodów
pomocowych 186
Moral dilemmas in therapy. Recommendations for the helping professions

Iwona Lindyberg

- Choroba nowotworowa w doświadczeniu biograficznym
osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Refleksja
badacza – terapeuty 197
*Cancer in the biographical experience of a person with intellectual disability.
Reflection of a researcher – therapist*

Od Redakcji

Editor's Note

Niniejszy, szesnasty już numer czasopisma *Niepełnosprawność*, skoncentrowany został wokół problematyki, w której centrum usytuowana jest postać pedagoga – nauczyciela – terapeuty oraz rozmaitych lokalizacji i związanych z nimi profesjonalnych praktyk, w jakich realizuje on swoją rolę zawodową, zorientowaną na pracę z podmiotami o zróżnicowanych potrzebach, wynikających z doświadczania niepełnosprawności czy innych sytuacji problemowych, które domagają się wieloaspektowego rozpoznania i zaprojektowania właściwego wsparcia.

Problematyka związana z osobą pedagoga – nauczyciela – terapeuty jawi się obszarem nigdy nieulegającym dezaktualizacji, stale zaś – w odwołaniu do obecnego kontekstu historycznego, społeczno-kulturowego czy trendów teoretyczno-metodologicznych, dominujących w polu badań naukowych, jak i w sferze codziennych profesjonalnych praktyk, dopomina się zainteresowania oraz żywej, interdyscyplinarnej dysputy. Taką, jak sądzimy, staje się wielość poglądów prezentowanych w bieżącym numerze *Niepełnosprawności*.

Ową dysputę rozpoczynają dwa teksty, mające naturę teoretycznych rozważań, które stwarzają niejako pewną ramę myślową, swoistą kanwę dla zagadnień podejmowanych w kolejnych artykułach. Pierwszy z nich to tekst R. Wojciechowskiego i S. Opozdy-Suder, w którym autorzy podejmują rozważania nad osobowymi i społecznymi konsekwencjami niepełnosprawności, eksponując przemiany jakie dokonują się w perspektywach oglądalności i definiowania tak zjawiska niepełnosprawności, jak i percepcji osoby z niepełnosprawnością. Drugi z wymienionych artykułów, autorstwa R. Abramciowa i A. Lewickiej-Zelent, to głos przekonujący o wartości fenomenologicznego poznania w psychologii i pedagogice, które dla psychologów, pedagogów i terapeutów jawi się jako użyteczne, poszerzając zarówno optykę widzenia człowieka, jak również modeluje wszelkie z nim relacje w przestrzeni międzyludzkiej, z zaakcentowaniem działań, które wiążą się ze sferą profesjonalnych praktyk poznawczo-diagnostycznych oraz w polu codziennych zadań realizowanych przez specjalistów.

Wątek związany z obszarem oddziaływań diagnostycznych i pomocowych, w jakie zaangażowane są podmioty wypełniające role zawodowe nauczyciela, pedagoga (specjalnego), terapeutę – praktykujący w różnych instytucjach i środowiskach, podejmują w swoich artykułach K. Tersa, D. Grzybowska. Uwaga autorek koncentruje się wokół problemów związanych z kompetencjami diagnostycznymi i procesem diagnozowania osób z niepełnosprawnością (intelektualną), które to procesy realizowane przez powołanych do tego specjalistów, jawią się – w świetle badań i konkluzji D. Grzybowskiej – jako pole szczególnych napięć, powodowanych specyficznym zachwianiem równowagi między uczestnikami kontaktu diagnostycznego (diagnosta – osoba z niepełnosprawnością). K. Tersa zaś snuje namysł nad kompetencjami diagnostycznymi nauczycieli, którzy stają wobec oczekiwań i wyzwań, bezpośrednio wynikających z formalnych wymagań stawianych szkole, czyniąc z niej miejsce diagnozy. Autorka stawia ważne pytania o realne możliwości wywiązywania się nauczycieli z zadań „docieklivego obserwatora rzeczywistości”, zważywszy zwłaszcza na niedoskonałość oferowanego im w tym zakresie wsparcia.

O niedoskonałości wspierania nauczycieli realizujących swoje zawodowe zadania, splecione z zaspokajaniem specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów, rozprawiają także w swoich tekstach K. Bidziński i A. Ozga. Pierwszy z wymienionych autorów, odwołując się do zrealizowanych badań empirycznych, wyprowadza interesujące konkluzje dotyczące doświadczanych przez nauczycieli sytuacji trudnych, których subiektywne postrzeganie pozostaje w ścisłej korelacji z uzyskiwanym przez nich wsparciem zawodowym. A. Ozga, referując wyniki przeprowadzonych eksploracji badawczych, wypowiada się głosem badanej grupy nauczycieli wyraźnie wskazując, iż potrzebują oni i oczekują profesjonalnego wsparcia, którego dostępność nie jest oczywistością i pozostaje w bezpośredniej zależności z lokalizacją szkół, w których zatrudnieni są nauczyciele.

Udziałem pedagogów, nauczycieli, terapeutów nieustannie stają się doświadczenia niełatwe, sytuujące tę grupę zawodową w sytuacjach niejednoznacznych, wymagających konfrontacji z niezwykle trudnymi do rozstrzygnięcia dylematami, zwłaszcza wówczas, gdy realizacja roli zawodowej pozostaje obciążona dotkliwie doznawanym stresem i obciążeniem psychicznym i/lub też stawia – zwłaszcza przedstawicieli zawodów pomocowych – wobec zawiłych i niedających się bez trudu rozwikłać sytuacji problemowych. Zasygnalizowane tu kwestie stały się przedmiotem tekstów E. Karabanowicz, E. Czerki-Fortuny i I. Fornalik. Ostatnia z wymienionych autorek podejmuje szczególnego rodzaju rozważania, ogniskując zainteresowanie na osobie edukatora seksualnego, który pracuje z osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Pedagog specjalny usytuowany w takiej roli, przejmuje zadania, których realizacja w nadzwyczajny sposób sytuuje go „między niepewnością a poczuciem powinności”. O tym, jak odnoszą się

nauczyciele do edukacji seksualnej swoich uczniów, dowiemy się ponadto z artykułu autorstwa M. Buchnat i K. Waszyńskiej, które przybliżają poglądy wybranej grupy pedagogów, odwołując się do badań własnych.

Niepełnosprawność intelektualna, dorosłość i terapeuci to kategorie, które przykuwają uwagę D. Krzemińskiej, A. Woynarowskiej i J. Rzeźnickiej-Krupy. Teksty wymienionych autorek poświęcone są terapeutom, którzy kreują swoistą relację z dorosłym niepełnosprawnym intelektualnie podopiecznym, realizując zadania wsparcia tej grupy społecznej. D. Krzemińska zarysowuje style bycia/działania terapeutów, zachęcając zarazem do dyskusji o placówkach wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, natomiast A. Woynarowska i J. Rzeźnicka-Krupa – odwołując się do przeprowadzonych badań – zmierzają do wyłonienia znaczeń, jakie terapeuci nadają wsparciu w dorosłości osób niepełnosprawnych intelektualnie oraz własnej roli zawodowej.

Ciało uwikłane w niepełnosprawność oraz ciało dotknięte chorobą nowotworową to problematyka kolejnych dwóch tekstów autorstwa J.I. Belzyt i I. Lindyberg. Umieszczenie obydwu artykułów w tym numerze Niepełnosprawności uzasadnia fakt, iż cielesność spleciona z nabytą niepełnosprawnością czy chorobą, staje się jedynie płaszczyzną do rozważań eksponujących zarazem postać terapeuty oraz realizowane przez niego działania. J.I. Belzyt przygląda się ciału „poddanemu” doświadczeniu utraty dotychczasowego wyglądu, czego konsekwencją najczęściej staje się doznanie odrzucenia i naznaczenia, akcentuje jednocześnie doniosłość oddziaływań podejmowanych przez terapeutę i zorientowanych na pracę z ciałem. I. Lindyberg, usytuowana w pozycji terapeuty i badacza zarazem, opowiada o doświadczaniu choroby nowotworowej przez mężczyznę z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, odsłaniając ten trudny dla badanego fragment biografii z jego własnej narracji.

Oddając do rąk Czytelników bieżący tom Niepełnosprawności, wraz z autorami, których teksty zostały w nim opublikowane, zapraszamy do lektury artykułów, zachęcając zarazem do dalszej dyskusji, także na łamach naszego czasopisma.

Dorota Krzemińska
Redaktor tomu

Franciszek Wojciechowski, Sylwia Opozda-Suder
Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Osobowe i społeczne następstwa niepełnosprawności. Teoretyczne podstawy interpretacji

Personal and social consequences of disability.
Theoretical basis of interpretation

Pedagogy of persons with disabilities is a field of science and practice characterized for centuries by ongoing debates and changes of dominating approaches to disability. The essence of the transformations refers either to theoretical aspects of the branch or the sphere of practice connected with rehabilitation activities. The text is a discussion concentrated on the activities which aim to redefinition of the stigmatizing ideas, improving concepts of integration and normalization, sanctioning subjectivity and autonomy of a person with disability, supposing them to have a strong impact on identity and the way of being and functioning of persons.

Słowa kluczowe: pedagogika niepełnosprawności, teoria i praktyka, paradygmaty, modele niepełnosprawności, transformacja, zmiana podejść i pojęć

Keywords: pedagogics of persons with disabilities, theory and practice, paradigms and models of disability, transformation and change of ideas and approaches

Wstępne określenie zagadnienia

Pedagogika osób z niepełnosprawnościami jest dziedziną nauki i praktyki, którą od wieków charakteryzują rozmaite dyskusje i przemiany na temat dominujących ujęć niepełnosprawności. Istota dokonujących się transpozycji odnosi się tak do teorii, koncepcji, jak i działań rehabilitacyjnych na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Ich efektem jest zmiana paradygmatu na drodze od orientacji medycznych, opisujących odmiennosc, różnice i odchylenia od normy jednostek z niepełnosprawnościami, ku orientacjom społecznym, analizującym ich umiejscowienie w świecie ludzi sprawnych [Krause 2004, s. 33–39]. Szerzej, konsekwencją procesu przeobrażeń nastawienia społecznego w stosunku do tej grupy osób stał się ruch na rzecz zmian terminologii i znaczeń przypisywanych nie-

pełnosprawności. Uściślając, mowa tu głównie o podejmowaniu działań zmierzających do redefinicji pojęć o naznaczającym charakterze, rozwoju koncepcji integracyjnych i normalizacyjnych, dostrzeganiu podmiotowości i autonomii człowieka z niepełnosprawnością, jako wywierających szczególnie wpływ na bycie w świecie, tożsamość oraz sposób funkcjonowania jednostek nią dotkniętych [Woynarowska 2010, s. 53].

W myśl powyższego w niniejszym artykule zostanie poruszone zagadnienie niepełnosprawności – ujęte z różnych punktów widzenia oraz w różnych perspektywach. Zawarty w tytule problem jest jednak tak obszerny, że trudno go pomieścić na kilku stronach tekstu. Dlatego przedstawione rozważania zostaną ograniczone do zarysowania wybranych kwestii ujmujących kontekst społeczno-pedagogicznego wymiaru niepełnosprawności.

Życie człowieka ma ściśle określony wymiar czasowy oraz przestrzenny, i jest zarazem ustawicznie zmieniającą się egzystencją w procesach interakcji ze światem zewnętrznym. Człowiek jest „bytem w sytuacjach”, co oznacza, że jednostka jest zawsze w kontekście życiowym i nie można jej rozpatrywać poza nim, bo jest z tą sytuacją nierozzerwalnie powiązany [Piecuch 2005, s. 26]. Tym samym wśród nich pojawiają się takie, które mieszczą się w pojęciu „graniczne”. Zdaniem badaczy, niepełnosprawność tworzy szczególny rodzaj sytuacji granicznej, w której następuje sprawdzenie potencjału życiowego człowieka. Jednostka wówczas – jak nikt inny – staje twarzą w twarz z dramatem egzystencji. Jeśli potrafi ów dramat przezwyciężyć, stanowi to świadectwo jej prawdziwego człowieczeństwa [Świda-Ziemia 1995, s. 123].

W tym kontekście należy zaryzykować tezę, że znaczenie i waga sytuacji granicznych zmienia się w zależności od etapu życia, na jakim znajduje się jednostka [por. Piecuch 2005, s. 26]. Przytoczony pogląd pozwala na stwierdzenie, że dla faktu, kim jest człowiek, ważne jest jego tu i teraz. W rezultacie prowadzi to do konstatacji, że faza, w jakiej znajduje się on w procesie swego rozwoju, wpływa na szeroko pojęty sposób ujmowania niepełnosprawności, tak w wymiarze osobowym, jak i społecznym.

Podejmując próbę uściślenia tej kwestii podkreśla się powszechnie, że organizm człowieka jest skomplikowanym systemem energetycznym, a jego życie jest nieustannym przechodzeniem ze stanu równowagi w stan jej zaburzenia. Jednak kwestią podstawową dla przetrwania organizmu jest zdolność do zachowania wewnętrznej homeostazy, czyli stałych parametrów jego środowiska wewnętrznego [Ossowski 1999, s. 25 i n.]. Podstawowym wskaźnikiem wydolności homeostatycznej jest zdolność tolerancji zaburzeń równowagi. Tak więc zaburzenia struktury organizmu łączą się z zaburzeniami funkcji, a lokalizacja i rozległość uszkodzenia powodują zmiany w zachowaniach, czyli upośledzają sprawne regulowanie stosunków człowieka z otoczeniem [Ossowski 1999].

W tej optyce, wprowadzając w podejmowane kwestie, można powiedzieć, że punktem wyjścia dla dalszych rozważań jest próba ukazania terminologicznych ustaleń dających się pomieścić w słowach: zdrowie – choroba – niepełnosprawność, akcentując zarazem podmiotowy, jak i społeczny charakter opisu tych zjawisk.

Zdrowie staje się jednym z podstawowych elementów biografii każdej jednostki skupiając uwagę specjalistów z różnych dziedzin. Samo zaś jego pojęcie zdeterminowane jest historycznie (rozwój nauk) i dyscyplinarnie (odmienne podejście różnych dyscyplin naukowych). W aspekcie kulturowych różnic, dotyczących kryteriów zdrowia i choroby, mamy na uwadze wartości, jakie nadaje się tym atrybutom w określonych kulturach [Syrek 1999, s. 361–362]. Zdrowie jest więc nie tylko kategorią biologiczną, ale także społeczną, obyczajową i kulturową osadzoną w realiach czasu i przestrzeni [Aleksandrowicz 1982, s. 10]. Nowy paradygmat nauk o ochronie zdrowia określany jest jako model społeczno-ekologiczny (*social and ecological model of health*) i odnosi się do dynamicznie ujmowanego stanu relacji między podsystemami, które opisują funkcjonowanie człowieka w płaszczyźnie fizjologicznej, psychologicznej, społecznej i ekologicznej – co wymaga podejścia interdyscyplinarnego [Syrek 1999, s. 362]. W ujęciu M. Sokółowskiej [1972] o zdrowiu lub chorobie rozstrzygają związki dynamiczne między trzema ogniwami triady ekologicznej: czynnikiem będącym bezpośrednią przyczyną choroby, ustrojem człowieka i środowiskiem.

W rozumieniu ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia – zdrowie jest stanem wyrażającym nie tylko brak choroby, lecz dobry stan fizyczny, psychiczny i społeczny [Juczyński 1998]. W tym ujęciu choroba przejawia się zmianą w samopoczuciu (subiektywnie doznawana dolegliwość), w zmianach biologicznych (schorzenie, proces patologiczny wyrażający się w odchyleniach od normy) oraz zmianie statusu społecznego (społeczny wymiar choroby). Dobitnie mówiąc jest to interpretacja wielowymiarowa, w której zdrowie i analogicznie chorobę definiuje się nie tylko jako zjawiska biologiczne, ale również psychospołeczne [Ossowski 1999, s. 41].

Zgodnie z tym w przedmiotowej wiedzy na temat zdrowia i choroby bada się łączny wpływ stylów życia, czynników psychologicznych i warunków społecznych na dobrostan człowieka, traktując je jako podstawę określonych koncepcji [por. Juczyński 1998]. Wykreowany w nauce model biopsychospołeczny zastąpił dominujący w medycynie model biomedyczny, który ma charakter redukcjonistyczny i sprowadza chorobę do zaburzeń somatycznych, biochemicznych lub neurofizjologicznych.

W efekcie utrzymała się teza, że wyjaśnienie choroby w terminach mierzalnych, zmiennych biologicznych jest niewystarczające w przypadku chorób przewlek-

łych, gdzie znaczenia nabiera podmiotowa rola osoby chorej w procesie leczenia usprawniającego. Zdrowie jednostki zależy również w dużej mierze od kontekstu społecznego, w tym od warunków życia w środowisku, obowiązujących norm kulturowych, nawyków nabywanych w procesie socjalizacji oraz doznawanego wsparcia społecznego. W podejściu holistycznym podkreśla się, że wszystkie wymiary człowieka (biologiczny, psychologiczny i społeczny) posiadają ściśle określone znaczenie i wymagają uwzględnienia w pojmowaniu zdrowia i choroby – odwołując się do teorii systemów [Juczyński 1998, s. 672.]

W literaturze specjalistycznej istnieje pewna tendencja do traktowania zdrowia i choroby jako jednego wymiaru w postaci kontinuum, którego krańce oznaczają stan pełni zdrowia lub chorobę. Choroba w tej relacji jest zaprzeczeniem zdrowia, tj. siły, witalności oraz równowagi między organizmem a środowiskiem [por. John-Borys 2002, s. 17].

W kontekście prowadzonych rozważań wylania się pojęcie niepełnosprawności jako następstwa choroby, a także ubytku anatomicznego czy wady wrodzonej. Podejmując tym samym próbę uporządkowania różnych ujęć i stanowisk dotyczących kategorii niepełnosprawności – jak i innych pojęć, wokół których problematyka ta narasta – należy postawić pytania: czym jest niepełnosprawność?

Kompleksowość, a zarazem poziom ogólności tego pojęcia, powoduje, że trudno uzyskać jednoznaczną odpowiedź na to pytanie. W literaturze przedmiotu można bowiem odnaleźć rozmaite propozycje jej pojmowania i definiowania.

W warstwie interpretacji terminologicznych kategoria niepełnosprawności uznawana jest powszechnie za pojęcie, które znosi wszelkie pejoratywne określenia dotyczące osób z niepełnosprawnościami, gdyż wypiera z użycia takie określenia, jak: upośledzenie, inwalidztwo, kalectwo, ułomność czy szereg innych określeń o zdecydowanie negatywnym zabarwieniu. Zawiera w sobie całe spektrum schorzeń, defektów czy ograniczeń w sferze fizycznej, psychicznej czy społecznej. Przyjmuje się ją dla wyrażenia stanu osób, które wskutek odchylenia od normy (fizycznej, umysłowej bądź społecznej) doświadczają sytuacji utrudnienia i ograniczenia w rozwoju oraz funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym [Sękowska 1998, s. 13].

Rozważając dalej, na podstawie nawet pobieżnej interpretacji, nie sposób nie zauważyć, że pierwotnie w świetle teoretycznych zastosowań niepełnosprawność wpisywała się w perspektywę poznawczą, w której centralne znaczenie przypisywano pojęciu normy, służącej – ogólnie rzecz ujmując – standaryzacji jakości ludzkich działań, zachowań czy też tożsamości. W ślad za tym niepełnosprawność przeciwstawiono normalności utożsamianej z synonimem zdrowia, brakiem wszelkiej choroby, stanem idealnym, przeciętnością czy też procesem ciągłego rozwoju [zob. Kostrzewski 1992, s. 105; Speck 2005, s. 202–205 i inni]. I choć w literaturze przedmiotu znajdziemy wiele modeli normalności [zob. Kli-

masiński 2000, s. 15–16; Radochoński 2001, s. 2003 i inni], których omówienie wykracza poza obszar prowadzonych rozważań, to niezależnie od przyjętego sposobu jej ujmowania niepełnosprawność zostaje utożsamiana z wszelką odmiennością, stanem patologicznym oraz cechą jednostki, w której tkwi przyczyna niezgodności z normocentrycznym porządkiem społecznym.

Stwierdzenie powyższe wymaga określonego zastrzeżenia. Po pierwsze, gdy mówi się o chorobie, mamy zasadniczo na myśli pewien proces, który nie zawsze w sposób jednoznaczny prowadzi do niepełnosprawności. Po drugie, niepełnosprawność wyraża już jakiś stan wynikający z choroby. I po trzecie, niepełnosprawność może być też (obok choroby przewlekłej) następstwem urazu (istniejącego ubytku) lub uwarunkowana endogennie (posiada charakter wrodzony). Nie udaje się jednak wyznaczyć wyraźnej granicy między przewlekłą chorobą a niepełnosprawnością [por. Ossowski 1999, s. 41 i inni].

W tym ujęciu, w perspektywie szeroko rozumianego zdrowia, opublikowano operacyjną definicję niepełnosprawności odpowiadającą medycznemu paradygmatowi. Podstawą jej sformułowania był liniowy model zależności między trzema wyraźnie rozróżnionymi, lecz powiązаныmi w sekwencji przyczynowo-skutkowej, pojęciami: uszkodzeniem (*impairment*), niepełnosprawnością (*disability*) oraz upośledzeniem (*handicap*). Co więcej, przyjmując za punkt wyjścia szeroko rozumianą perspektywę zdrowia oraz kategorię normalności, daje się zauważyć, że twórcy tego ujęcia określili kierunek relacji pomiędzy wyodrębnionymi wymiarami: od uszkodzenia poprzez niepełnosprawność, ku upośledzeniu społecznemu. Uszkodzeniem uznano wszelki brak lub anormalność anatomiczną struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu. Dalej, uszkodzenie warunkuje niepełnosprawność kojarzoną ze wszelkim ograniczeniem lub brakiem możliwości wykonywania czynności na poziomie uważanym za normalny dla człowieka. Końcowym stadium utraty zdrowia uczyniono upośledzenie określane jako następstwo uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej. Przejawia się ono mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuacją społeczną, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról związanych z wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową [Barnes, Mercer 2008, s. 22].

Syntetyzując należy wskazać, że mimo iż ta definicja uwydatnia problem społecznych następstw uszkodzenia i/lub niepełnosprawności, to jednak nie uwzględniono tu kwestii wpływu jakie społeczeństwo wywiera na funkcjonowanie, działanie i uczestnictwo jednostki w życiu społecznym. Podejmując w definicji upośledzenia problem trudności w realizowaniu ról społecznych potraktowano bowiem środowisko jako neutralne dla realizowania przez osoby z niepełnosprawnościami funkcji społecznych, nie biorąc pod uwagę w ogóle stopnia w jakim ograniczenia środowiskowe, kulturowe i ekonomiczne decydują o społecznym

wykluczeniu i marginalizacji omawianej grupy osób. Właśnie takie podejście stało się powodem narastającej krytyki wiodącej przez wiele lat zmedyalizowanej klasyfikacji niepełnosprawności, której zarzucano także jednostronne uwypatnianie deficytów i pomijanie zdolności przystosowawczych jednostek dotkniętych niepełnosprawnością. W konsekwencji pod koniec lat 90., w wyniku tej negatywnej oceny medycznego modelu niepełnosprawności, zaczęto podejmować próby swoistego uspołecznienia zjawiska niepełnosprawności zmierzające do zmiany dominującego paradygmatu. Zainicjowano naukowo-społeczny dyskurs, w który włączyły się tak środowiska naukowe, jak i organizacje zrzeszające osoby niepełnosprawne. W efekcie prowadzonych prac – implikujących zmianę nastawienia do niepełnosprawności – zwrócono uwagę na zjawisko adaptacyjnej presji społeczeństwa ludzi sprawnych. Społeczny bowiem podział na pełnosprawnych i niepełnosprawnych uznano za główną przyczynę wyznaczenia kategorii pełnosprawnej normalności, która to określiła sztywne powszechnie obowiązujące standardy, do których wszyscy muszą się dostosować i według których są oceniani [Barnes, Mercer 2008, s. 31].

Określając niepełnosprawność kategorią społeczną, stygmatem, naznaczeniem czy społecznie degradującym statusem zawężającym możliwość zaspokajania potrzeby samorozwoju, zwrócono w ten sposób uwagę na proces marginalizacji osób niepełnosprawnych, który determinuje najczęściej zmianę pozycji, statusu społecznego i ogranicza dostęp do edukacji i kultury, udział w rynku pracy oraz wielu innych form społecznej partycypacji. Innymi słowy, uwypatniono kwestię związaną z konsekwencjami usuwania z głównego nurtu życia osób niepełnosprawnych – jako *Innych* i odbiegających w pewnym zakresie od norm społecznych i wyzwalających negatywne wartościowanie – uznając problem ten za formę społecznej opresji i wyraźne wzmocnienie procesu poszukiwania alternatywnych modeli niepełnosprawności. I tak, w następstwie tych wszystkich ustaleń zmierzających do ostatecznego rozpoznawania niepełnosprawności w kategorii zjawiska konstruowanego społecznie, rozpoczęto proces upowszechnienia nowego, społecznego paradygmatu niepełnosprawności.

Zgodnie z powyższym, dokonując porównania medycznego i społecznego modelu niepełnosprawności, uwypatniają się istotne rozbieżności obu stanowisk. Podejścia te usytuowano bowiem na przeciwległych biegunach napięć: między indywiduum a społecznością, między przystosowaniem jednostki do wymogów środowiska a przystosowaniem środowiska do jednostki z niepełnosprawnością, między akcentowaniem specjalnych, indywidualnych potrzeb a naciskiem na wyrównywanie szans w aspekcie działań społecznych. Uszczegóławiając, model medyczny w ogólnym zarysie postrzega niepełnosprawność w kategorii indywidualnej patologii jako problem jednostkowy i wymagający opieki medycznej w celu usprawnienia jednostki. Społeczna natomiast interpretacja niepełno-

sprawności sprowadza problem ten do poziomu uwarunkowań środowiskowych, skupia się na psychospołecznych aspektach zjawiska oczekując zmian społecznych [Galkowski 1997, s. 159–164].

Kierując się przedstawionymi powyżej ustaleniami należy wskazać, iż widoczna tu dwoistość funkcjonujących koncepcji niepełnosprawności stała się impulsem dla poszukiwania rozwiązań integrujących, czy też scalających oba modele. W następstwie kolejnych prac powstało nowe naukowe ujęcie – uniwersalny (biopsychospołeczny) model niepełnosprawności będący zwięźczeniem poszukiwań pośredniego paradygmatu modyfikującego wcześniejsze skrajne w swych założeniach koncepcje. Na gruncie wypracowanej w ten sposób perspektywy analitycznej artykułuje się wyraźnie, że niepełnosprawność jest zjawiskiem wielowymiarowym, postrzeganym nie tylko jako efekt uszkodzenia czy stanu zdrowia, ale i barier napotykanym przez osoby niepełnosprawne, a więc wynikającym z wzajemnych relacji ludzi i ich społecznego otoczenia [Wapiennik, Piotrowicz 2002, s. 23].

Przedstawione powyżej – w syntetycznym skrócie – według kryteriów interdyscyplinarnych, systemowe ujęcie niepełnosprawności artykułuje wyraźnie, że nie wystarczy ją postrzegać jedynie w kategoriach biologicznych i fizycznych. Można je odczytać zarazem jako swoisty międzynarodowy wzorzec określania różnych możliwych konsekwencji wrodzonych lub nabytych deficytów zdrowotnych.

Tym samym ujęcie to artykułuje wyraźnie wielowymiarowość zjawiska wynikającego ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem [por. Speck 2005; Wapiennik, Piotrowicz 2002]. Niepełnosprawność ujmowana jako pojęcie zbiorcze, mające odzwierciedlenie w wielu dyscyplinach naukowych poświęconych człowiekowi, jest swoistym paradygmatem w polityce oraz praktyce społecznej. Inaczej rzecz ujmując, niepełnosprawność jako swoisty konstrukt teoretyczny, nabiera istotnego znaczenia dla ustaleń prawnych dotyczących kształtowania polityki społecznej. Co więcej, współczesne tendencje w klasyfikacji niepełnosprawności dążą nie tylko do ujęcia ich od strony patomechanizmów zaburzeń, ale również od strony ich złożonych konsekwencji indywidualnych i społecznych. Zasadniczo ma się na uwadze kwestie ujmujące zarówno przyczyny, jak i skutki.

Ukazując to z innej perspektywy, niepełnosprawność jawi się tu jako nabywanie roli niepełnosprawnego przez wchodzenie w schemat osoby niepełnosprawnej zgodnie z nadaną etykietą – przypisywaną przez pryzmat naznaczającego – jego systemu znaczeń i doświadczeń [Gustavsson, Zakrzewska-Manterys 1997, s. 11–12].

Podsumowując, ogólnym efektem wypracowania uniwersalnego modelu niepełnosprawności była dokonana przez WHO w 2001 r. transformacja wcze-

śniejszego podejścia. W rezultacie podjętych prac utworzono wielofunkcyjny i wielowymiarowy system klasyfikacji niepełnosprawności *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF lub ICIDH-2). Przyjęto w niej nowy podział kryteriów diagnostycznych znosząc jednoliniową genezę przyczynową i rewidując pojęcie niepełnosprawności (*disability*) oraz upośledzenia (*handicap*) do kategorii działania/aktywności (*activity*) i uczestnictwa (*participation*). Podkreślono w ten sposób wyraźnie swoistą współzależność między stanem zdrowia a czynnikami kontekstualnymi (środowiskowymi i indywidualnymi), które także mogą oddziaływać na siebie i prowadzić w sytuacji uszkodzenia, ograniczenia funkcji fizycznych/zdolności umysłowych do zaburzenia działania, aktywności jednostki i/lub utrudnienia uczestnictwa społecznego, dotyczącego tak relacji ze społeczeństwem, jak i udziału w życiu społecznym [Gajdzica 2007, s. 39–40].

W końcu istotnym następstwem wprowadzonego tu ukierunkowania na to co społeczne było zlikwidowanie dotychczasowego dystansu strukturalnego, który funkcjonował między ogółem społeczeństwa a jednostkami doświadczającymi różnego rodzaju niepełnosprawności. Wyartykułowano bowiem wyraźnie fakt, że jednostki z niepełnosprawnością nie stanowią grupy mniejszościowej, gdyż w przedstawionym ujęciu zakłada się równość i sprawiedliwość w traktowaniu tej subpopulacji (niezależnie od rodzaju niepełnosprawności) w różnych sferach życia społecznego. Uściślając, zmianie uległ także sposób postrzegania niepełnosprawności – zwrot nastąpił od tradycyjnie negatywnego myślenia kategoryzującego ludzi, w kierunku pozytywnego, gdzie niepełnosprawność oceniana jest jako uniwersalne ludzkie doświadczenie [por. Wojciechowski 2007, s. 38; Żółkowska 2004, s. 33–39 i inni]. Wyraźnym przeobrażeniem uległ również aspekt pierwszoplanowego zorientowania praktyki ortopedagogicznej. Wprowadzenie takich pojęć przewodnich, jak samostanowienie, orientacja ekologiczna, integracja i współpraca, wyznaczyło nowy kierunek oddziaływań, to znaczy odejścia od paradygmatu upośledzenia na rzecz podejścia stymulacyjno-motywowującego [Speck 2005, s. 255 i n.].

Jednocześnie przykładem operacyjnej definicji osoby z niepełnosprawnością, powstałej na gruncie przedstawionych tu dyrektyw, jest definicja zaproponowana przez Tadeusza Gałkowskiego. Zdaniem tego autora „[...] osoba niepełnosprawna jest jednostką w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją, stworzonej przez bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne, których nie może tak jak inni ludzie przewyciężyć wskutek występujących w niej uszkodzeń” [za: Gajdzica 2007, s. 40]. Istotnie więc w ujęciu tym – zgodnie z założeniami modelu uniwersalnego – zwraca się uwagę na fakt, że to deprecjujące postawy ze strony społeczeństwa zwiększają napotykaną przez ludzi niepełnosprawnych bariery, czyniąc z niepełnosprawności wynik interakcji pomiędzy uszkodzeniem a społeczeństwem. Nie bez znaczenia pozostają więc

propozycje szeregu wskazań etycznych, przeciwstawiające się nadużywaniu określonych kategorii do etykietowania [por. Wapiennik, Piotrowicz 2002, s. 23].

Uściślając przyjęty tu model interpretacyjny, można powiedzieć, że predyktorami niepełnosprawności są nie tylko determinanty biologiczne, lecz także psychologiczne i społeczne, a samo zaburzenie jest stanem nabytym w toku rozwoju. Co więcej, w przyjętej interpretacji podkreśla się wyraźnie te wątki, które odnoszą się do zależności między stereotypowym wyobrażeniem o osobach niepełnosprawnych, jako *odmiennych – Innych* od ogółu społeczeństwa i mających specyficzne potrzeby oraz bardzo ograniczone możliwości adaptacyjne, a funkcjonującym w rzeczywistości społecznej systemem ich segregacji i izolacji w różnych wymiarach życia społecznego [por. Perzanowski 2009]. Oznacza to, że obraz jednostki z niepełnosprawnością jest pochodną całej opisanej tu sytuacji, czyli swoistym zwierciadłem rzeczywistości społecznej. Przy czym nie ignoruje się tu znaczenia indywidualnych (medycznych) determinantów niepełnosprawności, co szczególnie odróżnia to podejście od społecznego jej modelu. Perspektywa ta jest bowiem swoistym kompromisem między istotnymi brakami wynikającymi z modelu medycznego a dającym poddać się również krytyce modelem społecznym, który jest odzwierciedleniem koncepcji zakładających decydującą rolę uwarunkowań społecznych w kreowaniu niepełnosprawności [por. Gajdzica 2007, s. 42–46].

Zagrożenia i wyzwania związane z niepełnosprawnością. Osobowa i społeczna płaszczyna analiz

Odnosząc się w dalszej kolejności do szerokiego spojrzenia na proces urzeczywistniania się zmian rozwojowych przypisanych poszczególnym okresom życia należy przywołać te kwestie, które wiążą się z głównymi zmianami zachodzącymi w trakcie biegu życia ludzkiego, zwłaszcza w sytuacji, gdy życie to jest obciążone jakąś dysfunkcją.

W rozwoju i funkcjonowaniu człowieka większość zmian dokonuje się w sposób permanentny. Tak jak życie nie ma ściśle określonych granic – oprócz swego początku i końca – tak też zachodzące zmiany, jakim podlega, w jakich uczestniczy i jakie sam kreuje, znamionuje nieprzerwany proces. Wreszcie w każdym momencie egzystencji jednostka znajduje się w jakimś punkcie kontinuum rozwoju [zob. Berk 2009].

Zauważyć należy, że nałożenie kategorii niepełnosprawności na cykle życia ukazać może swoiste koleje losu osoby niepełnosprawnej. Jednostki te nie mają alternatywy organizowania własnego życia w perspektywie czasowej. Podlegają takim samym systemom segmentacji czasu życia jak pozostali ludzie. Systemy

segmentacji interioryzowane przez ogół członków społeczeństwa powodują, że jednostki tworzące dany krąg kulturowy, traktują je jako trajektorie życia. Ze względu na to, że niepełnosprawne osoby podlegają utrwalonym systemom segmentacji czasu, mogą się pojawić różnego rodzaju trudności z zastosowaniem poszczególnych segmentów do własnego życia [Kowalik 1999, s. 90].

Zdaniem C. Barnes i G. Mercer [2008, s. 77], za powszechny uznaje się pogląd dotyczący znaczenia dla osób niepełnosprawnych etapu życia, na którym dochodzi do uszkodzenia funkcji organizmu. W rezultacie autorzy ci przytaczają zarazem ogólnie znane trzy typowe sytuacje:

- kiedy niepełnosprawność jest stwierdzona, po urodzeniu lub we wczesnym dzieciństwie;
- niepełnosprawność nabyta jest w dorosłym życiu lub w okresie wchodzenia w dorosłe życie;
- niepełnosprawność wiąże się z patologicznym procesem starzenia się.

Zgodnie z tym osią przewodnią podjętej w dalszej kolejności dyskusji jest pytanie: jakie osobowe i społeczne konsekwencje niesie dla człowieka niepełnosprawność – występująca od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, koncentrując się na dzieciństwie i dorastaniu jako tej fazie życia, w której jednostka doświadcza wyraźnie poczucia inności od przyjętej normy.

Próbując uchwycić tą kwestię podnieść należy, że celem naukowych analiz dotyczących niepełnosprawności jest podejmowanie wysiłków ze względu na dążenia do takiego ujęcia omawianej tu problematyki, które pozwoli nie tylko na określenie stopnia i zakresu dysfunkcji w kategoriach statystycznych, ale także ukaze szerszy kontekst rozwoju jednostek z niepełnosprawnością, wyznaczając odpowiednie metody działań ortopedagogicznych.

Zgodnie z tym dalsza uwaga skoncentrowana zostanie na opisie najbardziej charakterystycznych kwestii dla jednostki dorastającej do niepełnosprawności i żyjącej z niepełnosprawnością. Ponownie należy wyartykułować, że choroba o trudnych rokowaniach bądź niepełnosprawność uwydatnia się szczególnie w dzieciństwie i okresie dorastania.

Rozpoczynając pełniejszą diagnozę ciągu procesu dorastania adolescentów z niepełnosprawnością, należy podkreślić fakt, że to normalny rozwój stanowi w pewien sposób kontekst dla rozumienia kwestii dorastania z niepełnosprawnością.

Uzasadnieniem dla takiego sposobu myślenia jest dość utrwalony pogląd mówiący, iż o rozwoju osób niepełnosprawnych decydują w istocie podobne prawidłowości i mechanizmy jak w przypadku pozostałej populacji. Szerzej, wszystkie uwagi dotyczące problematyki dorastania dotyczą również adolescentów z niepełnosprawnością. Ograniczona bowiem sprawność, mimo iż sama w sobie, jak wskazano, może zaburzać liczne obszary funkcjonowania dorastających, nie

zmienia jednak kierunku procesu dojrzewania. Jednostki nią dotknięte wpisane są w ten sam bieg organizowania własnego życia w perspektywie czasowej. Tym niemniej biorąc pod uwagę, że wystąpienie uszkodzeń i ograniczeń funkcji wpływa zarówno na przebieg rozwoju, środowisko w którym dokonuje się ten rozwój, jak i zachodzące relacje między tymi elementami, można mówić o pewnych aspektach rozwoju adolescentów z niepełnosprawnością, które różnicują go na tyle, żeby uprawomocnić pogląd o jego specyficznych cechach [por. Larkowa 1980]. Odmienne stają się bowiem u dorastających z niepełnosprawnością obciążenia i sposoby konfrontacji z przemianami tego okresu życia.

W świetle powyższego, wracając na grunt poczynionych dotąd rozważań dotyczących niepełnosprawności, nie sposób nie zauważyć, że niepełnosprawność wywiera negatywny wpływ na rozwój osobniczy i społeczny człowieka. Dobitnie rzecz ujmując, rozwój młodego człowieka dotkniętego problemem niepełnosprawności nierzadko staje się zagrożony i właśnie w warunkach zagrożenia przebiega proces wypełniania wszelkich zadań rozwojowych okresu adolescencji [por. Bardziejewska i in. 2004, s. 99 i 102].

Rozwijając ten problem należy przywołać zasygnalizowaną już kwestię, iż proces wchodzenia w świat ludzi dorosłych wywołuje liczne przeobrażenia, których konsekwencją staje się często silny lęk i niepokój. W tym kontekście niepełnosprawność wpływa na ich nasilenie, zaburzając osiągnięcie podstawowych celów typowych dla procesu dojrzewania psychospołecznego. Zgodnie z powyższym dorastający z niepełnosprawnością w trajektorii swojego życia od początku znajdują się w złożonej sytuacji życiowej przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, każda niepełnosprawność sama w sobie jest sytuacją trudną, w której ma miejsce dezintegracja tożsamości, dezaprobatą własnej odmienności czy modyfikacja dążeń i życiowych decyzji. Po drugie, jednostki z niepełnosprawnością stanowią tę grupę społeczną, która w większym stopniu może doświadczać zjawisk rozproszenia znaczeń i procesów poznawczych oraz społecznego wykluczenia i marginalizacji [por. Frąckowicz 2008; Zabłocki 1990].

Tym samym, odnosząc się do koncepcji biegu życia ludzkiego, słusznym wydaje się, by każdą dysfunkcję w stanie zdrowia i rozwoju rozpatrywać w świetle skutków jakie wnosi w sytuację życiową i społeczne przystosowanie jednostki nią dotkniętej. I tak, najczęstszymi konsekwencjami niepełnosprawności w obrębie interesującego nas okresu adolescencji będą te związane z wypełnianiem kluczowych dla tego stadium zadań rozwojowych, które możemy sprowadzić do rozwoju poczucia własnej wartości, nawiązywania satysfakcjonujących kontaktów rówieśniczych, rozwiązywania konfliktów, powtórnej separacji od rodziców czy nabywania wiedzy i umiejętności szkolnej [por. Ziółkowska 2005, s. 400 i n.; Sińcuch 2002, s. 56].

Analizując dalej zagadnienie przebiegu rozwoju jednostek dorastających z niepełnosprawnością, uwypukla się fakt, iż kwestia ta obejmuje zjawiska i procesy o złożonym wymiarze, które przesądzają o całym dalszym życiu jednostki. Innymi słowy, problem adolescencji niepełnosprawnych nabiera szczególnego wymiaru właśnie ze względu na hamujące i blokujące rozwój cechy samej niepełnosprawności grożące ukształtowaniem się zawężonych, zredukowanych bądź obciążonych interpretacji sensu swojego życia i świata [Speck 2005, s. 303].

Uzupełniając, trzeba w tym miejscu jeszcze raz podkreślić utrwalony w literaturze pogląd, że pomyślnie realizowanie zadań rozwojowych wymaga spełnienia określonych warunków fizjologicznych, psychologicznych i społecznych. Warunki te mają bowiem istotne znaczenie stymulujące oraz zwiększające prawdopodobieństwo uruchomienia kreatywnej postawy dorastających.

W określonych jednak okolicznościach – tu wynikających z niepełnosprawności – dochodzi do sytuacji zahamowania rozwoju w obrębie tak biologicznych, psychicznych, jak i społecznych możliwości jednostki, co zakłóca właściwe wypełnianie zadań rozwojowych i przyczynia się do pojawienia się licznych deficytów w zakresie konstruktywnych sposobów przystosowania. Szerzej, w ślad za odczuwanymi przez adolescentów z niepełnosprawnością deficytami konstruktywnych strategii radzenia sobie ze zmieniającymi się zadaniami rozwojowymi w okresie adolescencji, rodzi się niebezpieczeństwo odwoływania się do nierozwojowych sposobów przezwycięzania wszelkich pojawiających się trudności. Ponadto w nawiązaniu do założeń koncepcji E. Eriksona zagrażające stają się także niezrealizowane zadania rozwojowe fazy przedadolescencyjnej, będące tu barierą sprostania kolejnym wymogom życia – charakterystycznym dla okresu dorastania [por. Kulik 1997, s. 14].

Dodatkowo, uwydatniając kontekst społeczny niepełnosprawności, znamienny wydaje się fakt, iż okres adolescencji to etap życia, w którym dorastająca jednostka poprzez wzmożony kontakt z rówieśnikami doświadcza wyraźnie poczucia inności ze względu na odchylenie od ogólnie obowiązującej normy. Dzieje się tak, gdyż pojawiające się w okresie dorastania pytanie o własną tożsamość wiąże się z odkrywaniem i definiowaniem przez dorastających na tym etapie życia swojej niepełnosprawności [Stelter 2009, s. 45]. W konsekwencji po okresie swoistej chroniącej izolacji środowiska rodzinnego we wczesnych etapach życia, w fazie adolescencji, w wyniku dokonującej się społecznej konfrontacji, ma miejsce spiętrzenie niekorzystnych czynników wpływających na powodzenie rozwoju. W tym kontekście jakość funkcjonowania dziecka niepełnosprawnego w rodzinie ma też istotne znaczenie dla rozwiązania przez nie kryzysów psychospołecznych przypadających na ten moment życia. Stąd, przywołując koncepcję E. Eriksona zwraca się uwagę, że dla prawidłowego rozwoju niezbędny jest kontakt z rodzicami na-

cechowany miłością, który pozwala osiągnąć zaufanie do ludzi oraz poczucie samokontroli i własnej odrębności [por. Brzezińska 2007, s. 249 i n.].

Co za tym idzie, typowe zmiany okresu dorastania wzmacniają w swoisty sposób symptomy niepełnosprawności, nakładając się na już istniejące – choć odkryte tu ze zintensyfikowaną siłą – ograniczenia.

Uzupełniając, można w omawianym kontekście powiedzieć, iż niepełnosprawność zaburza osiągnięcie typowych dla dojrzewania psychospołecznych celów, zwłaszcza szczególnie silnej w tym etapie życia potrzeby niezależności i akceptacji [por. Janeczko 1992; Woynarowska 1993 i inni]. Przy tym prymarnego znaczenia nabierają tu nie tylko relacje rówieśnicze, ale także postawy rodzicielskie jako wpływające we wzajemnej synergii na proces kształtowania dojrzałej tożsamości adolescentów. W tym też znaczeniu zagrażający w przypadku niepełnosprawnych staje się brak zrozumienia przez środowisko rodzinne typowych dla adolescencji problemów, które nierzadko przekładając się na określone zachowanie. W takiej sytuacji mamy do czynienia z dodatkowym obciążeniem dorastających z niepełnosprawnością, gdyż wobec przeżywanych trudności okresu adolescencji zostają oni pozostawieni sami sobie, często z poczuciem braku zrozumienia, ograniczonej swobody i przybierającej na sile kontroli – postrzeganych jako formy reakcji dorosłych na związane z dorastaniem zmiany i przeobrażenia natury biologicznej i psychospołecznej [por. Twardowski 1996, s. 145–146 i n.].

Ponadto charakterystyczne dla tego etapu ludzkiej egzystencji szersze wyjście poza krąg rodzinny uwydatnia problemy związane z jakością nawiązywanych kontaktów rówieśniczych. Dysproporcje w rozwoju i świadomość własnej odmienności mają znaczący wpływ na kształtowanie się zaburzonych kontaktów z pełnosprawnymi rówieśnikami. W następstwie sprzyja to tworzeniu się systemu negatywnych przekonań o samym sobie, a ostatecznie na poczucie izolacji, proces samooceny i samoakceptacji [por. Pilecka, Pilecki 1996, s. 39–41].

Rozważając, dalej można przyjąć zgodnie z powyższym poglądem, iż charakterystycznym elementem percepcji świata i swojego w nim miejsca przez adolescentów z niepełnosprawnością staje się lęk [por. Mikrut 1995, s. 143–156]. Pojawia się on pod postacią poczucia inności i napiętnowania, związany jest też z obawą przed niepowodzeniem, nieumiejętnością komunikowania własnych potrzeb, czy też aplikują go zaburzone możliwości adaptacyjne do wymogów społecznych [Glick 1999, s. 47–69; Bybee, Zigler 1999, s. 434–461].

W świetle powyższego, stojąc na stanowisku, iż rozwój człowieka jest szczególnym produktem rozwoju społecznego, nie bez znaczenia pozostaje fakt, że stosowane stereotypy i schematy piętna służące do etykietowania osób niepełnosprawnych mogą stanowić dominującą cechę ich obrazu własnej osoby [por. Kościelska 1984].

Uszczegóławiając, na kanwie powyższego tworzy się poczucie, iż samoocena, jak i ściśle związana z nią akceptacja samego siebie jest w sytuacji niepełnosprawności szczególnie narażona na zachwianie [por. Antle 2004, s. 167–168 i n.]. Dzieje się tak, gdyż w przypadku adolescentów proces integrowania wiedzy na swój temat, związany z koniecznością włączenia w obraz samego siebie także własnej niepełnosprawności, zwykle zagraża strukturze „Ja” podmiotu. W ślad za tą refleksją nie bez znaczenia jest także sytuacja, w której jednostka odrzuca informację na temat swojej niepełnosprawności.

Przechodząc dalej w niniejszych rozważaniach istotne znaczenie dla przedmiotu prowadzonych tu dociekań wydają się mieć zagadnienia, które dotyczą zależności między wspomnianą tu dyskryminacją stereotypową a zaburzeniami tożsamości dorastających [Speck 2005, s. 233]. Doprecyzowując, w przypadku osób z niepełnosprawnością ujmowanie obrazu własnej osoby wiąże się koniecznością odwołania się do poczucia *indywidualności-odrębności*, które w tym wypadku nie gwarantują wypracowania tożsamości opartej na poczuciu osobowej wartości i kompetencji. W grupie dorastających z niepełnosprawnością określenie *odrębny* ma często zabarwienie pejoratywne – znaczy bowiem tyle co *Inny*, co nie pozostaje bez znaczenia w świetle „teorii porównań społecznych” [zob. Szymańska 2002, s. 27].

Idąc tym tokiem myślenia u dorastających z niepełnosprawności owa *odmienność – inność* pogłębia proces konstruowania społecznego piętna, wzmacnia stereotypowe myślenie, prowadząc niejednokrotnie do obniżenia wartości jednostki dla niej samej i dla innych. W konsekwencji, mówiąc słowami O. Speck [2005, s. 240] „[...] obraz »Ja« trudno uczynić pozytywnym, gdy człowiek jest naznaczony, to znaczy gdy zwraca się na niego uwagę w sensie negatywnym”.

Ostatecznie, chcąc odpowiedzieć na pytania, jakie konsekwencje rozwojowe dla dorastających wynikają z konieczności określenia siebie w ramach przypisanych schematów piętna, uwydatnić należy fakt, iż skutkiem stygmatyzacji staje się marginalizacja – niekiedy automarginalizacja – adolescentów z niepełnosprawnością odnosząca się przede wszystkim do zawężonych możliwości zaspakajania ich potrzeb i samorozwoju. Zgodnie bowiem z „teorią relacji z obiektem” [Grzesiuk 1998] rozwój pozytywnej tożsamości determinowany jest przez doświadczenie gratyfikacji potrzeb w kontakcie ze znaczącymi osobami, gdyż istotną rolę pełni tu fizyczna i funkcjonalna bliskość z drugim człowiekiem. W globalnym natomiast ujęciu, w przypadku jednostek naznaczonych *piętnem inności*, brak tej bliskości powoduje zawężenie możliwości osiągnięcia pozytywnej tożsamości indywidualnej i autonomii. Szerzej, adolescenti z niepełnosprawnością, którzy zostali obciążeni społecznym stygmatem i instytucjonalną deprecjacją, doświadczają niewątpliwie znacznie silniej zjawisk kryzysowych, dotyczących określenia czy przebudowy własnej tożsamości, niż ich pełnosprawni rówieśnicy. Uszczegóławiając, w ich przypadku sytuacje napiętnowania i stygmatyzacji, które sku-

piają się na elementach *odmienności – inności*, wiążącą się z ograniczaniem szans na harmonijne zintegrowanie poszczególnych obszarów Ja i włączenie ich we własną tożsamość [por. Wysocka 2007, s. 356-357].

W świetle powyższego doświadczenia dorastających, napiętnowanych ze względu na określoną dysfunkcję rozwoju, łączą się z budowaniem heurystyk poznawczych stwarzających sytuację potencjalnej dewaloryzacji tożsamości jednostki oraz ukształtowania się tożsamości negatywnej [por. Hebl, Kleck 2008, s. 393]. Jednostka napiętnowana w zasadzie nie ma wyboru. Z jednej bowiem strony może wybrać odrębność o swoistej konotacji, to znaczy rozumianą jako inność i różnicę, które jako społecznie odrzucane przyczyniają się do budowania tożsamości opozycyjnej. Z drugiej, alternatywą staje się przyjęcie strategii wycofania i asymilacji przez przyjęcie oferowanych, zawężonych ról, które nie pozwalają w pełni się rozwinąć [Wysocka 2007, s. 357].

Reasumując, z przytoczonych ujęć wyłania się jednoznacznie kwestia, iż wszelkie atrybucje interakcyjne odnoszące się do nastawień wobec osób z niepełnosprawnościami okazują się mieć istotne znaczenie w procesie socjalizacji tej grupy dorastających, zaburzając proces odnajdywania swojej tożsamości i stabilizującego stylu postępowania [Speck 2005, s. 246]. Szczęólnego znaczenia nabiera tu ukształtowany przez otoczenie obraz samego siebie i własnych możliwości wynikający ze stratyfikacyjnego zróżnicowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego [Dykcik 2003, s. 144] oraz stosowanych stereotypów i schematów piętna. W tym znaczeniu to środowisko pełnosprawnych rówieśników tworzy tło, które sprawia, że określone cechy niepełnosprawnych stają się napiętnowane, wpływając nie tylko na gotowość wchodzenia w indywidualne relacje, ale także jakoś i sens ich życia. Wymuszona bowiem percepcja siebie, jako jednostki *Innej* wśród pełnosprawnych, tworzy niekorzystne warunki dla dorastania do niepełnosprawności i życia z niepełnosprawnością, do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym oraz integracji społecznej [Dryżałowska 2003, s. 314]. Generalizując, podstawowym wymiarem procesu dorastania adolescentów z niepełnosprawnością nie są tylko ich obiektywne cechy, ale także ich społeczne postrzeganie czy inaczej pojawienie się tak zwanego negatywnego sprzężenia zwrotnego, w ramach którego nakładają się na siebie i wzmacniają biologiczne, psychiczne i społeczne czynniki [Kościelska 1998, s. 198].

W ramach konkluzji należy stwierdzić, iż proces dorastania osób niepełnosprawnych to szczególny rodzaj sytuacji życiowej. Odsłania się ona – jak wskazano wcześniej – jako sytuacja *graniczna*, w której niepełnosprawność percypowana jest przez doświadczające ją jednostki w kategorii obaw, niepewności, niezawionego cierpienia czy lęków egzystencjonalnych. Rozwijając tą myśl, ukształtowany w ten sposób rys psychiki adolescentów z niepełnosprawnością – okreśłany mianem „nadwrażliwości egzystencjonalnej” – nakłada się na ogólne pra-

widłowości procesu przeżywania życia w okresie dorastania, które same w sobie z psychologicznego punktu widzenia związane są z silnym niepokojem, przeżywaniem licznych lęków i trudności przybierających formę sytuacji konfliktowych, deprywacyjnych, utrudnienia czy przeciążenia [por. Ziółkowska 2005, s. 382]. Innymi słowy, niepełnosprawność wpływa na nasilenie problemów przeżywania i doświadczania życia w stadium adolescencji powodując niejednokrotnie poważne zaburzenia w sferze indywidualnego i społecznego funkcjonowania.

Tym samym, biorąc pod uwagę wszelkie przedstawione tu kwestie dotyczące specyfiki dorastania adolescentów z niepełnosprawnością bezsporny, wydaje się fakt, iż jednostki te, podobnie jak ich pełni sprawni rówieśnicy w okresie dorastania, odczuwają silną potrzebę afirmacji własnego istnienia i jego sensu. Swoiste jednak sprzężenia zachodzące między deficytami rozwojowymi a doświadczanymi w nieodosobnionych przypadkach niekorzystnymi postawami otoczenia ograniczają w ich przypadku szanse na szersze i trwałe możliwości satysfakcjonującego uczestnictwa w życiu społecznym. Rzutuje to też ujemnie na perspektywę pozytywnego przewycięcia kryzysów wieku dorastania oraz na przejście do następnego stadium rozwojowego. Dobitniej można nawet powiedzieć – niedocnienie powyższych kwestii w przypadku dorastających o nietypowym rozwoju prowadzi do opóźnienia procesu dorastania, zwłaszcza w zakresie osiągnięcia dojrzałości społecznej, a w skrajnych przypadkach do infantylizacji, ukształtowania osobowości zależnej od otoczenia, a nawet specyficznych zaburzeń w obszarze zdrowia psychospołecznego [por. Larkową 1987, s. 182].

Myśli końcowe

Odwołując się do dokonanych interpretacji nasuwa się na myśl teza, iż proces dorastania niepełnosprawnych wyznacza szczególną potrzebę wsparcia chroniącego przed poczuciem zagubienia się w życiu oraz stworzenia takiego pola przestrzeni egzystencjalnej, by możliwe było w niej budowanie optymalnych warunków rozwoju, mimo indywidualnych ograniczeń i obciążeń. Przy tym kluczowym dla tego staje się fakt, iż urzeczywistnienie „godnego/udanego życia” [Speck 2005, s. 305–307] może odbywać się jedynie w odpowiednim, udzielającym wsparcia środowisku, respektującym trzy komplementarne zasady istotne w myśleniu o młodzieży niepełnosprawnej, a więc „zasady równości, inkluzji i autonomii” [Shakespeare, Watson 1998, s. 16]. Ogólnie ujmując, tylko w takich warunkach tworzy się w przypadku osób niepełnosprawnych przyjazna przestrzeń dla ukształtowania poczucia dojrzałej tożsamości oraz racjonalnego spojrzenia na własną odmienność, a co za tym idzie, do osiągnięcia satysfakcjonującego, społecz-

nie aprobowanego życia i pozytywnego rozwoju [por. Carson, Bucher, Mineka 2005, s. 997–999; Cibor 2005, s. 39–44].

Proces opieki i rehabilitacji oraz uspołecznienia w takim ujęciu zmierza zatem do ukształtowania osobowości dającej się pomieścić w pojęciu „współzależna”, czyli determinującej jednocześnie życie „dla siebie” raz „wśród innych”. Dla rodziców oznacza to podjęcie trudnego zadania związanego z przygotowaniem dziecka do edukacji szkolnej i udzieleniem mu wsparcia w obszarze emocjonalnym, społecznym, intelektualnym i zadaniowym. Przy czym wsparcie to powinno być podporządkowane w tym ujęciu potrzebom optymalnego rozwoju jednostki i projektowane na fundamentach właściwości fizycznych, psychicznych i społecznych.

Należy też uwypuklić fakt, że w przestrzeni edukacyjnej dorastający człowiek doświadcza bardziej wyraźnie poczucia inności ze względu na odchylenie od ogólnie przyjętych standardów rozwoju. W tym kontekście odkrywanie własnej tożsamości nieodłącznie związane jest z procesami świadomości i samoświadomości. Do samoświadomości samego siebie zalicza się między innymi samoakceptację, która nabiera szczególnej wagi w odniesieniu do właściwego dla danego wieku zrozumienia własnej niepełnosprawności [por. Ossowski 1999, s. 168].

Dowiedziano również, że poznawcze ujmowanie obrazu własnej osoby związane jest też z wartościowaniem oraz poszukiwaniem sensu życia. Konsekwencje są o tyle ważne, o ile zaspokajają istotną potrzebę dostrzegania znaczenia własnych działań i całego dotychczasowego życia. Pod koniec wieku dorastania świadomość siebie i struktura wiedzy o sobie niezbędne są przy wyborze drogi rozwoju zawodowego, uniezależnienia się od rodziny generacyjnej czy wyboru partnera życiowego. Fakt ten znajduje odzwierciedlenie w przypisanych tej fazie życia zadaniach rozwojowych [zob. Brzezińska 2007, s. 227–228 i n.].

Pamiętać przy tym trzeba, że nie bez znaczenia dla omawianych tu procesów pozostaje jeszcze jedna kwestia. Mianowicie, zwraca się uwagę na fakt, iż atrybucje interakcyjne odnoszone do nastawień wobec osób niepełnosprawnych okazują się mieć istotne znaczenie w procesie socjalizacji tej grupy osób. Dochodzi do tego – jak już zostało powiedziane – dyskryminacja stereotypowa, zaburzająca tożsamość jednostki, a przez to jej własne życie w wymiarze osobowym i społecznym.

Dowodem tego są autobiograficzne wspomnienia oraz ustalenia empiryczne, które dostarczają spójnych dowodów świadczących o tym, że osoby niepełnosprawne doświadczają niesprawiedliwych i dysfunkcyjnych interakcji społecznych. Szczególnie interesujące wydają się wyniki badań, które ujawniły stałą rozbieżność między werbalnymi i niewerbalnymi zachowaniami jednostek uczestniczących w interakcjach z osobami stygmatyzowanymi. Okazało się, że zachowania łatwe do kontrolowania przez osobę sprawną (np. treść wypowiedzi) na

ogół dostosowują się do normatywnej presji, natomiast jawne zachowania niewerbalne były zwykle niewrażliwe na normę. Tym samym mogły odzwierciedlać stanowiące ich podłoże negatywne nastawienie afektywne, względnie były wyrazem pewnego lęku i niepewności odczuwanych przez jednostki niestygmatyzowane wskutek zredukowanych doświadczeń, jakie wiążą z kontaktami z ludźmi niepełnosprawnymi [por. Hebl, Kleck 2008, s. 386 i n.].

W świetle dokonanych interpretacji jednym z najbardziej podstawowych ograniczeń społecznych, jakich doświadczają osoby niepełnosprawne, jest sam charakter języka, powszechnie wykorzystywanego przy ich określaniu. Uściślając, istnieje tendencja, by jednostki te identyfikować raczej na podstawie ich piętn, niż jako ludzi, którzy posiadają wiele cech behawioralnych i fizycznych, z których zasadniczo tylko jedna wiąże się z byciem odmiennym pod jakimś względem [Hebl, Kleck 2008].

Jeśli przyjąć, że język, jakim posługuje się społeczeństwo, służy do ograniczania osób niepełnosprawnych i do przedstawiania ich w sposób jednostronny, to również podobnie funkcjonuje środowisko fizyczne, konstruowane przeważnie bez uwzględnienia specjalnych potrzeb określonej grupy mieszkańców.

W nakreślonym ujęciu ekologicznie ugruntowana edukacja osadzona zostaje na innym niekartezjańskim spojrzeniu na człowieka. Adresowana będzie więc do wszystkich sfer ludzkiego bytowania, a nie jedynie do intelektu, oparta zarazem na pogłębionym rozumieniu natury ludzkiej. Co więcej, ma się na uwadze dążenie do kreowania takiej tożsamości podmiotów, która może służyć realizacji ideałów ekofilozoficznych [Francuz 1999, s. 56]. W tym sensie człowiek staje się tym, czym jest w procesie szeroko pojętego wychowania nadającego jednostkową tożsamość. Należy postawić tezę, iż edukacja staje się instrumentem układania interakcji dorastających ze światem – tu społecznym – w rezultacie wzrastają szanse jego samoorganizacji ujętej w ekologicznym porządku.

Przeważa pogląd, że oprócz edukacji ważnym elementem destygmatyzacji i destereotypizacji życia społecznego jest poznanie określonych kategorii osób i „wyprowadzanie” ich z obszarów życia regulowanych dyskredytującymi stereotypami oraz zastępowanie regulacji stereotypowych humanitarnym prawem i zracjonalizowanymi regułami [Urban 2004, s. 125]. Możliwości powrotu jednostki naznaczonej do normalności stają się istotne dla formułowania zasad polityki społecznej skierowanej na osoby niepełnosprawne, organizowania społecznego wsparcia i edukacji. Zawarte w tym jest zadanie społeczne i polityczne odnoszące się do faktu, że wspólne życie z ludźmi, u których wystąpiło jakaś dysfunkcja w stanie zdrowia i/lub rozwoju powinno być wpisane w normalną część powinności społeczeństwa [Speck 2005, s. 203].

Istotne są też stosowane strategie interpersonalne służące „naprawianiu” interakcji między osobami niepełnosprawnymi i sprawnymi. Mają one zastosowanie

zarówno do poziomu interakcji w diadach, jak i do poziomu bardziej globalnego – społecznego [Hebl, Kleck 2008, s. 393].

Ponadto analizując szerzej poczynione dotąd uwagi można zauważyć, że na cały ten proces interpretacji i reinterpretacji znaczeń przypisywanych niepełnosprawności miał wpływ nie tylko zmiany systemowe. Proces ten ukierunkowany został także przez szereg innych sprzężonych ze sobą determinantów związanych z przemianami społecznym, włączając w to takie uwarunkowania, jak:

- ruchy społeczno-polityczne m.in. związane z odejściem od zinstytucjonalizowanych form opieki i wsparcia, uwolnieniem od paternalistycznego nastawienia oraz kształtowaniem idei normalizacji i integracji osób niepełnosprawnych,
- zmiany postaw wobec niepełnosprawności wynikające z przyjęcia perspektywy ekologicznej,
- postęp w badaniach na temat natury niepełnosprawności wspierany przez nowe techniczne i technologiczne rozwiązania,
- ustawowe zmiany uregulowań prawnych na rzecz wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, które urzeczywistniają proces inkluzji w główny nurt życia społecznego [por. Shogren, Bradley, Gomez, Yeager, Schalock i in. 2009, s. 308.].

Zawarta refleksja odsłania określoną odpowiedzialność prawną i moralną za sytuację osób niepełnosprawnych w dążeniu do utrwalania poczucia podmiotowości i własnej wartości. Nie ulega wątpliwości, że stosowane strategie korekcyjne uodparniają jednostki stygmatyzowane na zagrożenia, poprawiają mieszane interakcje i dialog, jak również łagodzą negatywne doświadczenia i następstwa niepełnosprawności, dające się odnieść do sfery osobowościowej i społecznej [por. Hebl, Tickl, Heatherton 2008, s. 254].

Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (1982), *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wydawnictwo Iskry, Warszawa.
- Antle B.J. (2004), *Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities*, „Health and Social Work”, vol. 29.
- Bardziejewska M., Brzezińska A., Hejmanowska S. (2004), *Osiągnięcia i zagrożenia dla rozwoju młodzieży w okresie dorastania* [w:] *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*, red. A. Brzezińska, E. Hornowska, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Barnes C., Mercer G. (2008), *Niepełnosprawność*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa.
- Berk L.E. (2009), *Development Through the Lifespan*, Allyn & Bacon, Boston.
- Brzezińska A. (2000), *Społeczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Bybee J., Zigler E. (1999), *Outerdirectedness in individuals with and without mental retardation*, [w:] *Personality development in individuals with mental retardation*, red. E. Zigler, D. Bennett-Gates, Cambridge University Press, Cambridge.
- Carson R.C., Bucher J.N., Mineka S. (2005), *Psychologia zaburzeń*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

- Cibor T. (2005), *Kształtowanie poczucia tożsamości u osób niepełnosprawnych intelektualnie* [w:] *Edukacja – socjalizacja – autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*, red. A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Dryżałowska G. (2003), *Doświadczenie inności a dorastanie* [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Dykcik W. (2003), *Człowiek dorosły niepełnosprawny w poszukiwaniu poczucia sensu życia* [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, red. K.D. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Francuz O. (1999), *O nową integrację wychowania*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Frąckowicz L. (red.) (2008), *Przeciw wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych*, Warszawa.
- Gałkowski T. (1997), *Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne*, „Audiofonologia”, vol. 10.
- Glick M. (1999), *Developmental and experiential variables in the self-images of people with mild mental retardation*, [w:] *Personality development in individuals with mental retardation*, red. E. Zigler, D. Bennett-Gates, Cambridge University Press, New York.
- Grzesiuk L. (1998), *Psychoterapia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (1997), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Hebl M.R., Kleck R.E. (2008), *Společne konsekwence nepełnosprawności fyzycznej*, [w:] *Společna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Hebl M.R., Tickl J., Heatherton T.F. (2008), *Kłopotliwe momenty w interakcjach między jednostkami niestygmatyzowanymi i stygmatyzowanymi*, [w:] *Společna psychologia piętna*, red. T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Janeczko R. (1992), *Stan i podstawowe tendencje w rozwoju pedagogiki terapeutycznej* [w:] *Pedagogika specjalna w Polsce*, U. Eckert, K. Poznański, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- John-Borys M. (2002), *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Juczyński Z. (1998), *Psychologia zdrowia*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, red. W. Szewczuk, Wydawnictwo Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Klimasiński K. (2000), *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Kostrzewski J. (1994), *Ewolucja poglądów AAMR dotyczących niedorozwoju umysłowego. Od Ricka Hebera (1959) do Ruth Luckasson i n. (1992)*, „Rocznik Pedagogiki Specjalnej”, t. 8.
- Kościelska M. (1998), *Oblicza upośledzenia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Kościelska M. (1984), *Upośledzenie umysłowe a rozwój społeczny*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Kowalik S. (1999), *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
- Krause A. (2010), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Kulik B. (1997), *Profilaktyka niedostosowania społecznego młodzieży szkolnej*, Stalowa Wola.
- Larkowa H. (1987), *Człowiek niepełnosprawny – problemy psychologiczne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Larkowa H. (1980), *Psychologiczne podstawy rewalidacji jednostek z odchyleniami od normy* [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Ossowski R. (1999), *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Bydgoszczy, Bydgoszcz.
- Piecuch Cz. (2005), *Sytuacja egzystencjonalna człowieka w wieku dojrzałym* [w:] *Psychologiczna i egzystencjonalne problemy człowieka dorosłego*, red. A. Gałdowa, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Pilecka W., Pilecki J. (1996), *Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo*, [w:] *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Od diagnoz do prognoz i do działania*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo „Eruditus”, Poznań.
- Radochoński M. (2001), *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Sękowska Z. (1998), *Wprowadzenia do pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Shakespeare T., Watson N. (1998), *Theoretical perspectives on research with disable children* [w:] *Growing up with disability*, red. C. Robinson, K. Stalker, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Shogren K.A., Bradley V.J., Gomez S.C., Yeager M.H., Schalock R.L. i in. (2009), *Public policy and the enhancement of desired public policy outcomes for persons with intellectual disability*, „Intellectual and Developmental Disabilities”, vol. 47.
- Sińczuch M. (2002), *Wchodzenie w dorosłość w warunkach zmiany społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Sokołowska M. (1972), *Zdrowie a społeczeństwo. Zarys wybranych problemów*, Warszawa.
- Speck O. (2005), *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Stelter Ż. (2009), *Dorastanie osób z niepełnosprawności intelektualną*, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa.
- Syrek E. (1999), *Zdrowie*, [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, red. D. Lalak, T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Szymańska J. (2002), *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Świda-Ziemba H. (1999), *Wartości egzystencjonalne młodzieży lat dziewięćdziesiątych*, Instytut Stosowanych Nauk społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Twardowski A. (1996), *Oddziaływania rodziców blokujące rozwój autonomii u dzieci upośledzonych umysłowo* [w:] *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Od diagnoz do prognoz i do działania*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo „Eruditus”, Poznań.
- Urban B. (2004), *Człowiek niepełnosprawny w obrębie społecznych interakcji*, [w:] *Niepełnosprawni wśród nas. O dostęp do edukacji i prawa do rozwoju*, red. D. Czubała, J. Lach-Rosocha, Bielsko-Biała.
- Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002), *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa.

- Wojciechowski F. (2007), *Niepełnosprawność Rodzina Dorastanie*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Wojciechowski F. (2011), *Problemy adolescencji. Postępowanie profilaktyczne i pomocowe w kontekście niepełnosprawności* [w:] *Społeczno-pedagogiczny kontekst niepełnosprawności*, red. T. Żółkowska, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Wojnarowska A. (2010), *Niepełnosprawność intelektualna w publicznym i prywatnym dyskursie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Wojnarowska B. (1993), *Edukacja specjalna a medycyna* [w:] *Edukacja osób niepełnosprawnych*, red. A. Hulek, Państwowa Akademia Nauk, Warszawa.
- Wysocka E. (2007), *Mechanizmy i źródła patologii w instytucjach edukacyjnych – analiza zagrożeń rozwojowych z perspektywy ucznia* [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa. Bezpieczna szkoła. Bezpieczny uczeń. Edukacja wobec zagrożeń szkolnych*, red. D. Czajkowska-Ziobrowska, A. Zduniak, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań.
- Zabłocki K.J. (1990), *Ludzie niepełnosprawni w sytuacjach trudnych* [w:] *Niektóre psychologiczne problemy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, red. J. Sowa, Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, Rzeszów.
- Ziółkowska B. (2005), *Okres dorastania. Jak rozpoznawać ryzyko i jak pomagać?* [w:] *Psychologiczne portrety człowieka*, red. A. I. Brzezińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Żółkowska T. (2004), *Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Uwarunkowania i obszary*, Oficyna in Plus, Szczecin.

Rafał Abramciow

Uniwersytet Pedagogiczny Kraków

Agnieszka Lewicka-Zelent

UMCS Lublin

Specyfika fenomenologicznego ujęcia poznania i doświadczenia a jej użyteczność dla pedagogiki i terapii psychologicznej

The specificity of phenomenological cognition and experience
and its usefulness for education and psychological therapy

How useful is the phenomenological cognition in education and psychological therapy? An attempt to answer this question and the question of the status of phenomenological psychology is the essence of this paper. The phenomenological cognition is understood very uniquely – above all – as the cognition which in cognitive order overtakes its object of the examination, but is never going beyond it. Phenomenological psychology as a branch of psychology is still not well known in the Polish psychology, even though it dates back to the beginning of the nineteenth century. This paper aims to give arguments and assumptions of this branch of psychology, which for a subject of its examination adopted the phenomenological method and which has grown primarily in epistemological perspective. It's just that it has grown in this perspective makes it an introduction to psychology, and is a significant part of this paper. The article concludes with the statement that phenomenological cognition -the way presented in this paper – may be beneficial in the study of psychology itself more complex subjects such as education and psychological therapy.

Słowa kluczowe: fenomenologia, fenomenologiczna metoda, pedagogika, terapia psychologiczna

Keywords: phenomenology, phenomenological method, education, psychological therapy

Wprowadzenie

Artykuł należy rozpocząć od postawienia pytań o to, czy poznanie fenomenologiczne w psychologii jest możliwe i użyteczne oraz jakie znacznie ma to poznanie w pracy pedagogów i terapeutów. Sformułowane pytania wprowadzają w problematykę zagadnień nie tylko psychologicznych, ale także epistemologicz-

nych. Wymagają one również specyficznego, refleksyjnego sposobu myślenia, który nie będzie ograniczał się jedynie do naturalistycznego ujęcia istoty działania naszego umysłu. Inspirują również do podjęcia trudu określenia relacji epistemologii rozumianej w wymiarze filozoficznym do psychologii traktowanej jako nauka empiryczna. Ustalenie takiej zależności może być pożyteczne w pracy pedagogów i terapeutów, ponieważ poznanie fenomenologiczne zarówno w pedagogice, jak i w psychologii, otwiera nieredukcjonistyczną i holistyczną perspektywę widzenia człowieka jako podmiotu wychowania oraz klienta w terapii psychologicznej. Sama metoda fenomenologiczna stosowana szczególnie w terapii psychologicznej natomiast daje możliwość stworzenia niepowtarzalnej i przede wszystkim niedyrektywnej relacji psychoterapeuta – klient oraz zmierza do przewyciężenia tylko zewnętrznego punktu widzenia tej relacji (który był zazwyczaj praktykowany zgodnie z założeniami pozytywistycznej koncepcji nauki) [Husserl 1964, s. 181] i wypracowania wewnętrznego punktu widzenia zorientowanego na ujęcie subiektywnych aspektów ludzkiego doświadczenia i zachowania. Ponadto stara się również pokonać redukcjonizm w wyjaśnianiu specyficznie ludzkich, wyższych form funkcjonowania człowieka, np. jego emocji, postulując badanie człowieka jako podmiotu świadomego wyboru własnego sposobu działania zgodnie z uznawanymi przez siebie wartościami i do poczucia odpowiedzialności za własne wybory [Uchnast 1993, s. 67]. Próba wyjaśnienia istoty poznania fenomenologicznego i metody fenomenologicznej stanowi zasadniczy problem rozważań podjętych w tym artykule.

Poznanie i metoda fenomenologiczna

Twórca fenomenologii E. Husserl [1980, s. 243] zdefiniował poznanie fenomenologiczne jako „wypełnianie się intencji w naoczności”, co oznaczało pewien przewrót w teorii poznania. Postawa człowieka wobec poznawanego przedmiotu oraz jego wola, dzięki takiemu rozumieniu stają się, obok naoczności, źródłami poznania. To że takie poznanie jest możliwe i że może być ono podstawą twierdzeń o charakterze filozoficznym, nie trzeba nikomu udowadniać. Fenomenologia jako nauka filozoficzna zdobyła sobie już dawno powszechne uznanie dzięki własnym wynikom poznawczym. Ważne jest jednak pytanie, na ile takie poznanie jest możliwe i użyteczne w psychologii.

Wszelkie nauki empiryczne, a szczególnie psychologia, mają problemy z określeniem swoich fundamentów. Bezskrytycznie przyjmuje się wiele założeń lub rozstrzygnięć filozoficznych, nie zdając sobie z tego sprawy, a przecież, jak głosiła już starożytna zasada, *parvus error in principio maximus in fine*.

Współczesny psycholog, K. Mudyń [1995, s. 69] w swojej książce o *Granicach poznania*, pisał: „często bardziej ogranicza nas nie to, że czegoś jeszcze nie wiemy, lecz raczej to co już wiemy oraz sposób w jaki to wiemy. Najbardziej jednak niekorzystna poznawczo i zagrażająca dalszej egzystencji danego systemu jest sytuacja, gdy – krótko mówiąc – „wiemy” dużo, tyle, że źle – a nie wiedząc o tym, że „wiemy źle”, nie odczuwamy też potrzeby, aby w ogóle czegoś się dowiadywać. Innymi słowy, bywają sytuacje, gdy trudności adaptacyjne są konsekwencją »defektów poznawczych« na tyle zasadniczych, iż dany system nie jest w stanie powiązać meta-poznawczo lub poznawczo-behawioralnie źródeł tych trudności z nieadekwatnością posiadanej wiedzy lub z deficytem, potencjalnie dostępnych informacji”. Najważniejszą więc rzeczą jest dokonanie odpowiednich analiz i wyjaśnień podstawowych założeń psychologicznych, w których kryje się owa możliwość i użyteczność stosowania poznania fenomenologicznego w pedagogice i psychologii.

Pewne założenia i podstawy psychologii zostały przyjęte przez badaczy już dawno temu. Dlaczego jednak zostały przyjęte, i w oparciu o jaką zasadę myślenia. Odpowiedź na to pytanie nie jest prosta. Pierwotne założenia i zasady poznawcze, nawet te przyjmowane w sposób dogmatyczny przez psychologa eksperymentalnego, nie są oczywiste np. dla fenomenologa czy psychologa humanistycznego. Wręcz przeciwnie, są one skomplikowane, nieoczywiste, abstrakcyjne i wymagające ogromnego wysiłku poznawczego umysłu człowieka, aby je właściwie rozpoznać i ustanowić. Przykład takiej nieoczywistości może stanowić wypowiedź W. Jamesa [1990, s. 159], jednego z pionierów psychologii. W swojej książce *Zasady psychologii* pisał, że „Nie ma czystych faktów” i że „Czysty fakt jest abstrakcją”, a istnienie faktu stanowi przecież fundamentalne założenie w psychologii. Prowadzone rozważania mają charakter propedeutyczny i bezpośrednio odnoszą się do standardów myślenia powszechnie obowiązującego w psychologii i pedagogice w kontekście epistemologii fenomenologicznej.

Epistemologia fenomenologiczna jest meta-poznaniem, które stara się intuicyjnie analizować warunki możliwości poznania. Punkt wyjścia stanowi analiza i refleksja nad samą naturą poznawania oraz ustalenie, czym istnieje świadomość poznania przed uznaniem jej jako faktu przyrodniczego. Należałoby zatem twierdząco odpowiedzieć na pytanie, czy możliwe i użyteczne jest poznanie fenomenologiczne w psychologii. Odpowiedź taka nabiera jednak sensu tylko i wyłącznie w perspektywie świadomego przyjęcia kategorii myślenia oraz metod poznawania epistemologii fenomenologicznej.

Psychologia przede wszystkim jest nauką empiryczną, czyli taką, w której ważne jest wyciąganie wniosków na podstawie prowadzonych doświadczeń. Fundamentem takiej właśnie psychologii jest samo doświadczenie. Wystarczy zająć się pojęciem „doświadczenie” jako przykładem „filozoficznego założenia”,

gdyż nie wiadomo tak na prawdę, czym ono jest. Chcąc udzielić odpowiedzi na to pytanie, należałoby przyjąć kolejne założenia filozoficzne dotyczące samego istnienia, realności itd. W istocie nie wiemy, co to znaczy doświadczać, chociaż wiadomo, czym może być doświadczenie (możemy podać rozmaite sposoby rozumienia doświadczenia). Pomimo że psychologia jest nauką doświadczalną, to kryterium doświadczenia dostarcza jej epistemologia. Nie jest ona w stanie dostarczyć sobie kryterium doświadczenia, ponieważ nie jest meta-poznaniem. Warto jednak podkreślić, że doświadczenie rozumiane potocznie jako empiryczne, jest źródłem poznania psychologicznego. Nie chodzi tutaj o radykalną zmianę pojęcia doświadczenia obowiązującego w psychologii empirycznej, ale o rozszerzenie jego rozumienia na poziomie „przed-empirycznym”, czyli fenomenologicznym. Takie fenomenologiczne rozszerzenie niczym nie grozi potocznemu rozumieniu doświadczenia empirycznego. Przedmiot doświadczenia w takim przypadku jest dostępny wcześniej w analizie poznawczej. Takie „wyprzedzenie” poznania przedmiotu doświadczenia jest możliwe właśnie dzięki wprowadzeniu fenomenologicznej warstwy rozważań, która uprzedza w porządku poznawczym tradycyjne metody poznania, takie jak: indukcja, dedukcja czy introspekcja psychologiczna, i wprowadza nieklasyczne metody poznawcze, takie jak intuicja fenomenologiczna czy redukcja ejdetyczna [Ingarden 1980, s. 230]. Dla epistemologii fenomenologicznej pierwszą daną doświadczenia jest zawsze fenomen, a dopiero później fakt.

Czy epistemologia fenomenologiczna ma prawo takie nowe metody poznawcze wprowadzać i twierdzić np., że istnieje różnica pomiędzy fenomenami a faktami, albo, że istnieje rodzaj oglądu (dostępny intuicji fenomenologicznej), w którym nie zjawisko, lecz istota ogólna rzeczy unaocznia się bezpośrednio świadomości, to już jest inny problem wykraczający poza problematykę niniejszego opracowania. Ważne jest jednak wykazanie możliwości istnienia innego sposobu poznawania niż to o charakterze naturalnym oraz tego, że jest ono użyteczne w psychologii i pedagogice. Właśnie dzięki tej nowej fenomenologicznej warstwie rozważania, człowiek może oderwać się od postawy naturalnej wobec przedmiotu poznania i uzyskać wolność wyboru poznawczego. W epistemologii fenomenologicznej pierwszym aktem poznania jest zawsze wybranie sposobu poznawania. To, według jakiej teorii wyjaśnia się naturę zjawisk psychicznych, nie jest obojętne w ogóle. Najpierw należy dokonać krytyki i wyboru samej teorii poznawania. I tak na przykład w niektórych zjawiskach psychicznych nie można ograniczyć się do wyjaśnienia danego zjawiska według praw natury, czyli praw związku przyczynowo-skutkowego, obok których istnieją również prawa samej świadomości, mające u swych podstaw również związek intencjonalno-celowy. Tak więc właściwa teoria poznania to ta, która sama dostosowuje się do przedmiotu poznania, a nie nakazuje przedmiotowi poznania dostosowywać się do siebie, i ta, która

nieustannie dokonuje krytyki siebie samej. Niektóre zjawiska psychiczne, takie jak np. emocje, wymagają również innego sposobu wyjaśniania z uwagi na skomplikowaną swoją naturę – właśnie w aspekcie praw związku intencjonalno-celowego. Dzięki wprowadzeniu nowej fenomenologicznej warstwy rozważań, związek przyczynowo-skutkowy nie jest jedynym, możliwym istniejącym wyjaśnieniem danego zjawiska psychicznego. Oczywiście nie chodzi tutaj o zrezygnowanie z postawy naturalnej wobec przedmiotu, ponieważ prowadzone rozważania przestałyby mieć charakter psychologiczny, a raczej o jej chwilowe zawieszenie w celu uzyskania nowej fenomenologicznej świadomości poznawczej.

Już I. Kant [1990, s. 123] pisał w *Krytyce władzy sądzienia*, że „Niezwyczajną wiarą wykazuje się ten, kto wierzy tylko w to co widzi i trzyma w swojej garści”. Wydaje się, że ta fenomenologiczna warstwa rozważań poznawczych i związane z nią metody poznawcze nie tylko są możliwe i użyteczne dla psychologii, ale nawet konieczne (podczas poznawania niektórych zjawisk psychicznych). Z powyższych rozważań wynika również jasno, że uzasadnienie teorii poznania przez psychologię poznawczą wydaje się być niewystarczające. Poznanie, czy doświadczenie może być nie tylko faktem przyrodniczym, ale i fenomenem samej świadomości.

Psychologia to przede wszystkim taka nauka, w której chce się wyciągać wnioski tylko i wyłącznie z doświadczenia rozumianego potocznie jako doświadczenie empiryczne, czyli z obserwacji faktów występujących zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz świadomości. Obserwacja i eksperyment stanowią podstawowe metody poznawania w psychologii faktów zewnętrznych wobec świadomości, a introspekcja – metodą poznawania faktów w wewnątrz świadomości. Pojęcie doświadczenia, jakie przyjmuje psychologia, jest faktem przyrody i jako takie opiera się na wyszukiwaniu oraz ustalaniu związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy faktami. Samo doświadczenie jest dla niej czymś tak oczywistym i „rzeczywistym”, że nie widzi potrzeby badania samej istoty doświadczenia. To, że doświadczenie istnieje, każdy widzi. Psychologia przyjmuje więc dwa typy doświadczenia: opartego o percepcję przestrzenno-czasową i introspekcję, co jest bardzo ograniczone zakresowo. F. Brentano [1970, s. 485] pisał bowiem w *Psychologii z empirycznego punktu widzenia*: „To dostarcza nam między innymi, nowego, wręcz niezbitego, argumentu przeciw tym, którzy przeczą, aby naszemu spostrzeżeniu zewnętrznemu towarzyszyło zawsze spostrzeżenie wewnętrzne. Gdyby było inaczej, pojawienie się zewnętrznych fenomenów jako minionych byłoby niemożliwe”. Z wypowiedzi autora jasno wynika, że źródłem „prawdziwego” doświadczenia jest sama świadomość, czyli jej spostrzeżenie wewnętrzne, które pierwotnie polega na bezpośrednim kontakcie z przedmiotem doświadczenia w świadomości, a nie na introspekcji psychologicznej. W ostatnich kilkudziesięciu latach w psychologii poznawczej wyraźnemu odidealizowaniu uległy poglądy na intro-

spekcję, utożsamianą z możliwością bezpośredniego i niemalże niczym nieograniczonego wglądu przez podmiot w treść oraz przebieg własnych procesów psychicznych.

Przykładowo D. Bem w teorii autopercepcji wyraźnie podkreśla, że duża część poglądów dotyczących własnych przeżyć nie pochodzi z bezpośredniej ich obserwacji, przez bliżej nieokreślony podmiot, lecz jest wtórnym efektem złożonego procesu wnioskowania z uogólnionych obserwacji własnego zachowania w odpowiednio zinterpretowanych sytuacjach oraz z reakcji otoczenia na te zachowania [MacLeod 2002, s. 87]. Tak więc introspekcja rozumiana psychologicznie może być dopiero kolejnym krokiem poznania, tuż po świadomości poznawania. Bezpośredni kontakt z przedmiotem doświadczenia świadomości jest możliwy dzięki wprowadzeniu przez epistemologię fenomenologiczną rozróżnienia na immanencję efektywną i intencjonalną, żadne bowiem doświadczenie nie jest pozbawione znaczenia nadanego mu przez świadomość i zawsze odsyła do tego co znaczy. Znaczenie rozumiane jako całość wszelkich stosunków człowieka do świata musi być pierwszą „daną” doświadczenia. Introspekcja sięga jedynie immanencji efektywnej. Nie obserwuje się i nie analizuje tego, co się przedstawia w immanencji intencjonalnej, a przecież jest różnica w początkach poznania, kiedy wychodzi się od spostrzeżenia wewnętrznego lub wewnętrznego. Zjawisko to wyjaśnia R.B MacLeod [2002, s. 70], pisząc: „Oczywiście introspekcja nie jest zbyt odległa od fenomenologicznego oglądu i opisu. Zarówno fenomenologia, jak i introspekcja kierują się na doświadczenia (Erlebnis). Ale są dwie istotne różnice. Po pierwsze, introspekcjonista wprowadza wstępne założenie, że doświadczenie dają się zredukować do określonej liczby świadomych elementów i cech; jest to uprzednie nastawienie, które fenomenolog stara się wziąć w nawias. Po drugie, i być może jest to punkt ważniejszy, nie ma miejsca w introspekcyjnej analizie dla sensu, chyba że sensory dają się zredukować do elementów i ich atrybutów. Dla fenomenologa sens jest czymś centralnym, nie do uniknięcia. Próba wyabstrahowania lub wydobycia sensu ze świata fenomenalnego jest daremna; jedyne co możemy uzyskać, to zmiana sensu”.

Z powyższych analiz wynika, że można poszerzyć pojęcie doświadczenia o warstwę i rozumienie fenomenologiczne, i że uprawianie psychologii jako nauki w ramach epistemologii fenomenologicznej zwiększa i uzupełnia jej wartość, a w określonych badaniach zjawisk psychicznych, np. emocji, jest nawet konieczne. Poznanie fenomenologiczne to poznanie, które nie ma żadnego związku z badaniem czegoś, co wykraczałoby poza doświadczenie czy analizę faktów empirycznych. Jego fenomenologiczna „aprioryczność” nakazuje prowadzenie badań przed badaniem faktów empirycznych. Jest to meta-poznanie, w którym analizuje się przede wszystkim samą zdolność poznawczą człowieka. Poznanie to zawsze pozostaje w granicach możliwego doświadczenia i skupia się przede wszystkim

na zrozumieniu samego pojęcia doświadczenia. Natomiast samo „gromadzenie” doświadczenia, sumowanie faktów doświadczenia, układanie w stopy przypadków doświadczenia, na nic się zda bez zrozumienia istoty doświadczenia. Owe „działania” poznawcze można porównać nieco metaforycznie do osoby, która starała się osiągnąć liczbę 1, dodając do 0,99 w nieskończoność cyfrę po przecinku. Istnieje zatem niewspółmierność istoty i faktów poznania. Ten kto zaczyna od faktów, nigdy nie dojdzie do istoty poznania, którą osiąga się właśnie w poznaniu fenomenologicznym, użytecznym w procesie poznawania i weryfikacji samych faktów. Nie obserwacja, indukcja czy dedukcja jest początkiem takiego poznania, ale sama analiza fenomenologiczna fenomenu poznania. Owo poznanie zawsze zaczyna od fenomenów doświadczenia, a nie od faktów doświadczenia, ponieważ fenomeny w porządku genetycznym występują wcześniej od faktów. Przykładowo emocja jest fenomenem a nie tylko faktem świadomości i wymaga fenomenologicznej metody jej poznawania, a polem jej rzeczywistego (już nie tylko możliwego) doświadczenia jest ciało człowieka. W fenomenologicznej koncepcji cielesności ciało człowieka z jednej strony jest po prostu rzeczą w świecie i podlega prawom związku przyczynowo-skutkowego, a z drugiej strony jest bezpośrednim przeżyciem świadomości, które podlega również prawom związku intencjonalno-celowego [Giorgi 2002, s. 134]. Poznanie fenomenologiczne w przypadku emocji jest więc weryfikowane w polu rzeczywistego doświadczenia, którym jest ciało człowieka, ale zarazem pokazuje nam, jak świadomość konstituuje emocje w ciele. Nigdzie zatem nie można wykroczyć poza doświadczenie i zawsze trzeba pozostawać w granicach potocznie rozumianej empirii.

Zakończenie

Poznanie fenomenologiczne, stosowane w psychologii, nie przeczy więc „tradycyjnie” przyjętym zasadom psychologii pojmowanej jako nauka pozytywna. Pozostaje zawsze w granicach możliwego doświadczenia i nigdy nie wykracza poza pole możliwego doświadczenia. Tym samym takie poznanie wzbogaca i uzupełnia powszechnie rozumiane poznanie empiryczne. Zakłada się w nim, że każde poznanie jest warunkowane przez świadomość człowieka i że zasady tego typu poznania znajdują się w świadomości człowieka. Czymś naturalnym jest przede wszystkim badanie struktury świadomości i zjawisk psychicznych przed badaniem samych zjawisk psychicznych. Zgodnie bowiem z odkryciami epistemologii fenomenologicznej zjawiska psychiczne (szczególnie te złożone) nie są tylko faktami, ale właśnie fenomenami i nabierają sensu jedynie, jeśli wcześniej przyjmiemy jakąś teorię ich rozumienia.

Reasumując warto podkreślić, że poznanie fenomenologiczne jest możliwe i użyteczne w psychologii oraz pedagogice. Umożliwia szeroką perspektywę widzenia człowieka, a tym samym wyznacza różnorodne kierunki pracy z ludźmi. Będąc eidetycznym badaniem samego poznania, rozszerza pojęcie doświadczenia, wykorzystuje nowe metody poznawcze przedmiotów i podmiotów doświadczenia oraz przyjmuje, że fakty psychiczne są warunkowane aktami świadomości, których znaczenie musi być badane fenomenologicznie. Podkreśla, że w samym poznaniu może nie chodzić tylko i wyłącznie o ustalanie faktycznych związków pomiędzy faktami, ale również o badanie strukturalne świadomości i faktów bez względu na aktualne doświadczenie.

Bibliografia

- Brentano F. (1970), *Psychologia z empirycznego punktu widzenia*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Giorgi A. (2002), *Psychologia jako nauka empiryczna uprawiana z ludzkiej perspektywy – podejście fenomenologiczne*, Wydawnictwo Trans Humana, Warszawa.
- Husserl E. (1964), *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii*, t. I i II, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Husserl E. (1980), *Medytacje Kartezjańskie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Ingarden R. (1980), *Wstęp do fenomenologii Husserla*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- James W. (1990), *Zasady psychologii*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Kant I. (1990), *Krytyka władzy sądzania*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- MacLeod B.O. (2002), *Fenomenologia i behawioryzm*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Mudyń K. (1995), *O granicach poznania*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Uchnast Z. (1993), *Psychologiczna analiza doświadczenia świata-w-którym-żyjemy: Podstawowe założenia psychologii fenomenologiczno-egzystencjalnej*, z. 9, Prace Psychologiczne, Kraków.

Joanna Iza Belzyt
Uniwersytet Gdański

Ciało w sytuacji niepełnosprawności – kontrola, odrzucenie i działania terapeutyczne

The body in the case of disability
– control, rejection and therapeutic work

The body is either biological or socio – cultural construct [Schilling 2010], so that acquiring disability influences both of the facets. Persons who experience disability face to manage their own reactions caused by trauma and cope with feelings that follow the loss of a former image and eventually to find out the way to deal effectively with a new situation and sustain functioning in a society. The article, besides the presentation of the ways a person with acquired disability works out to adapt to a new reality, also points out the chosen methods of therapy directed to the work with the body.

Słowa kluczowe: cielesność, nabyta niepełnosprawność, metody pracy z ciałem, piętno

Keywords: corporeality, acquired disability, methods of the work with the body, stigma

Wprowadzenie

Ciało jest jednocześnie tworem biologicznym, jak i społeczno-kulturowym [Schilling 2010], więc nabycie niepełnosprawności ma konsekwencje w obu tych wymiarach. Osoby, które dotyka niepełnosprawność, muszą zmierzyć się z własnymi reakcjami na przeżytą traumę oraz uczuciami związanymi z utratą dawnego wyglądu oraz znaleźć sposób na przystosowanie do nowej sytuacji i dalsze funkcjonowanie w społeczeństwie. Artykuł, poza przedstawieniem sposobów przystosowywania się do nowej rzeczywistości, w której znajduje się jednostka w sytuacji nabycia niepełnosprawności, wskazuje także wybrane metody działań terapeutycznych skierowanych na pracę z ciałem.

Współczesność stanowi mozaikę fragmentów niejednokrotnie sprzecznych z sobą, co Z. Melosik [2000] nazywa „kulturą instant”: nie ma w niej nic pewnego, stałego, a człowiek czuje się zdezorientowany poprzez brak odniesień. W tej sytu-

acji, jak wskazuje K. Nowak-Lipińska, ciało, które jest namacalne i realne – a co za tym idzie – pewne, znalazło się w centrum uwagi jako najważniejszy układ odniesienia dla poczucia „ja” [2005, s. 175]. Obecnie wydaje się, jak zauważa Z. Melosik [1999, s. 5–7], iż dusza, serce, rozum i intelekt są w odwrocie i są dodatkiem do ciała. A. Gromkowska dodaje, że „obecnie ciałem jesteśmy, czasami jedynie nim jesteśmy. Odpowiedź na pytanie – kim jestem – brzmi – jestem tym czym jest moje ciało” [2003, s. 97].

Obraz ciała może być rozpatrywany zarówno w aspekcie poznawczym, afektywnym, jak i behawioralnym, jest również istotnym składnikiem tożsamości jednostki [Schier 2010, s. 34]. Cechuje go niezwykła labilność i przez to obraz ten szczególnie podatny jest na oddziaływanie środowiska. D. Garner [za: Schier 2010] wymienia wśród podstawowych czynników wpływających na kształtowanie wizerunku czynniki fizyczne (BMI, przemiany związane z dojrzewaniem i starzeniem), czynniki psychiczne (ocena siebie, zadowolenie z siebie) oraz wpływ otoczenia (rodzice, rówieśnicy, partnerzy, wpływ mediów).

A. Giddens stwierdził, że „[...] ciało jest miejscem, w którym mamy szczęście – lub nieszczęście – przebywać, źródłem dobrego samopoczucia i przyjemności, lecz również obiektem chorób i napięć. [...] ciało nie jest jednie przedmiotem fizycznym, który „posiadamy”. Jest ono układem działania, źródłem praktyk, którego czynne zaangażowanie w codzienne interakcje jest konieczne do zachowania spójnego poczucia” [Giddens 2001, s. 137].

W kształtowaniu wizerunku niepełnosprawności niezwykle ważna jest widoczność piętna. Defekt fizyczny jest niezwykle ciężkim piętnem, gdyż jego widoczność wpływa na relacje społeczne, samoocenę i postrzeganie przez innych. Niepełnosprawność, szczególnie nabyta w trakcie życia, powoduje przelamanie i zachwianie standardowego pojmowania ogólnego wizerunku jednostki, to z kolei powoduje, że jest pojmowane jako coś niechcianego i negatywnie innego. Dodatkowo osoby pełnosprawne bardzo często zaznaczają różnice między nimi a osobami z dysfunkcjami, marginalizując je i szykanując, bądź tworząc wizerunek osoby zasługującej na litość. Piętno powoduje, że osoby będące jego nosicielami postrzegane są jako będące źródłem zagrożenia, a część osób nie ukrywa wobec nich niechęci, zahamowań czy też postaw obronnych wobec tych defektów. Duży wpływ na piętnowanie osób niepełnosprawnych ma język używany do określania ich piętna. Wyrażenia charakteryzują ich jako „obywateli drugiej klasy”, którzy są „splamieni” i „zdeformowani fizycznie i społecznie”, podkreśla to inność i niższy status społeczny. Dodatkowo stereotypy mówiące o słabości, agresywności, wiecznym smutku bądź aspołeczności osób niepełnosprawnych wspomagają i rozszerzają proces piętnowania [Barnes, Mercer 2008, s. 88]. Piękno fizyczne, szczególnie to odpowiadające kulturowym wzorcom, jest kojarzone

z pozytywnymi cechami, dlatego też osoby niepełnosprawne podlegają negatywnej opinii i stygmatyzacji jako nieatrakcyjne.

Przez proces piętnowania osoby niepełnosprawne postrzegane są jako odizolowane, o nieokreślonym statusie społecznym oraz wątpliwym człowieczeństwie [Barnes, Mercer 2008, s. 13]. Ich deformacje budzą często niechęć, drwinę czy też lęk. W następstwie tych zachowań osoby są izolowane, poddawane segregacji oraz dyskryminacji. Piętno wpływa niekorzystnie na dostosowanie się do współczesnego kanonu urody i uniemożliwia rozpatrywanie swojej inności jako pewnego rodzaju piękna. Dodatkowo to zdecydowanie obniża samoocenę i akceptację fizyczności osób ze skazą, a także szanse na pełny i satysfakcjonujący jednostkę rozwój społeczno-emocjonalny. Poza tym osoby napiętnowane mają poczucie, że „coś jest z nimi nie w porządku, oraz przekonanie, iż nie zasługują na akceptację otoczenia” [Nelson 2003, s. 343].

E. Goffman [2005], analizując zachowania osób z piętnem w miejscach publicznych i prywatnych, prezentacji samych siebie w życiu codziennym oraz radzenia sobie z piętnem (zarządzanie piętnem), przeanalizował status ciała w interakcji społecznej [por. Schilling 2010]. W tekstach E. Goffmana zarządzanie ciałem odgrywa kluczową rolę w podtrzymaniu relacji społecznych, uczestniczeniu w spotkaniach, oraz pełnieniu ról społecznych – ciało pośredniczy również w relacjach między tożsamością osobistą a tożsamością społeczną. Zyskuje status zasobu, którym można zarządzać na wiele różnych sposobów, aby stworzyć określoną wizję swojego Ja [Schilling 2010].

Jeśli wygląd ciała i umiejętności kierowania nim przypisują osobę do określonej kategorii „niepełnowartościowego” członka społeczeństwa, osoba ta internalizuje nadaną jej etykietę i włącza ją do „zranionej” tożsamości osobistej. Jak wskazują studia E. Goffman [2005] nad piętnem, postrzegamy swoje ciała, tak jakbyśmy spoglądali w lustro, którego odbicie jest konstruowane społecznie (opinie i uprzedzenia) [Schilling 2010].

Przeprowadzona przez E. Goffmana analiza zakłopotania i piętna pokazuje, jak ciało staje się pośrednikiem między tożsamością osobistą a społeczną. Zawstydenie powstaje wtedy, gdy ludzie odślwią rozbieżności swojego charakteru (nie uda im się odegrać swoich ról w opanowany sposób) albo kiedy jednostkom nie uda się utrzymać płynnego przebiegu interakcji (kiedy zasady rządzące interakcją zostaną złamane) [Schudson 1984, s. 636]. Dla takich sytuacji załamania interakcji kluczowego znaczenia nabiera ciało, ono bowiem informuje winowajcę o niepowodzeniu interakcji przez zakłopotanie, które stanowi najczęściej niekomfortowe doświadczenie. Do objawów zakłopotania zalicza się jąkanie, rumienienie się, drżenie ciała i wykonywanie niezręcznych ruchów [Goffman 2005, 2008; Kuzmics 1991].

Zakłopotanie jest zagrożeniem dla osobistej i społecznej tożsamości jednostki jako pełnoprawnego oraz kompetentnego członka społeczeństwa, ponieważ odsłania rozbieżność między pozorną i rzeczywistą tożsamością społeczną [Goffman 2005, s. 32]. Tożsamość pozorna dotyczy tego, w jaki sposób jednostka postrzega siebie i swoją tożsamość, podczas gdy rzeczywista tożsamość społeczna odnosi się do tego, jak jesteśmy postrzegani przez innych. Pozorne tożsamości społeczne rządzone są przez generalną chęć prezentowania siebie jako „normalnego”, godnego i wartościowego człowieka, tak aby odegrać pełnoprawną rolę w społeczeństwie. Zazwyczaj jednak rzeczywista tożsamość społeczna rzutuje na tożsamość pozorną. Rozbieżności pojawiające się między tożsamością rzeczywistą a pozorną, które doprowadzą incydentalnie do epizodów zakłopotania, mogą być najczęściej „naprawione”. Różnice między tymi tożsamościami nie są na tyle znaczące, aby podważyć osobistą tożsamość pełnoprawnego członka społeczeństwa. Niemniej jednak T. Burns [1992, s. 217] zwraca uwagę, że jeżeli pozorna tożsamość zawiera cechy znacząco mniej aprobowane niż wskazywało na to pierwsze wrażenie, nasza społeczna tożsamość prawdopodobnie ulegnie zmianie. Z osoby integralnej i „normalnej” jednostka stanie się „kimś naznaczonym i niepełnowartościowym” [Goffman 2005, s. 32] w oczach zarówno swoich, jak i społeczeństwa [Schilling 2010].

Ludzie z piętnem (atrybutami, które zostały zakwalifikowane jako bardzo kompromitujące) napotykają na trudności w interakcjach społecznych z „normalnymi”. Jeśli napiętnowane jednostki próbują podać się za „normalsów”, ponoszą ryzyko wykrycia szczególnej pozornej niezgodności między pozorną a rzeczywistą tożsamością społeczną [Schilling 2010, s. 98–99], czego następstwem może być dyskredytacja społecznej tożsamości jednostki i odcięcie jej od społeczeństwa oraz od jej samej, „tak że staje się ona osobą zdyskredytowaną, stojącą naprzeciw nieakceptującego ją świata” [Goffman 2005, s. 33, 52].

Wkroczenie w świat społeczny, a tym samym w świat znaczeń i języka, sprawia, że doświadczenia zakotwiczone w ciele stają się coraz bardziej zrozumiałe, uprzedmiotowione. Proces ten odzwierciedla się w poczuciu tożsamości cielesnej.

1. Ujęcie w słowa doświadczenia cielesnego wzmacnia poczucie spójności z własnym ciałem. Ważne jest dopuszczenie do świadomości jak najszerszego spektrum własnych przeżyć. Brak nazwania własnych doznań, emocji czy potrzeb płynących z ciała pozostawia nas z poczuciem niejasnego niepokoju i napięcia oraz wrażenia utraty orientacji w świecie osobistego doświadczenia. Dla dojrzałego poczucia spójności ważna jest nie tylko umiejętność nazywania, ale także umiejętność panowania nad własnym doświadczeniem. Zdolność modulowania siły własnych przeżyć oraz wiedza o przyczynach i powstawania dają poczucie kontroli nad samym sobą. Każdy kto przeżył momenty konfrontacji z niemożliwymi do zniesienia emocjami, szczególnie gdy ich pojawienie było nieoczekiwa-

ne, zna poczucie alienacji wobec tych doświadczeń. Tym samym rozumie, czym jest poczucie spójności cielesnej i jego brak.

2. Zmniejszenie puli doświadczeń niemożliwych do nazwania oraz kontroli sprzyja budowaniu poczucia ciągłości siebie cielesnego w czasie. Możemy wtedy doświadczyć naszego życia jako ciągłej linii, która nie jest przerywana stanami niemożliwymi do zintegrowania z Ja psychicznym [Mirucka, Sakson-Obada 2013, s. 39–40].

E. Goffman [2005, 2008] wskazuje na trzy istotne cechy charakterystyczne cechy koncepcji ciała:

1. ciało jest własnością jednostki, co daje jej możliwość kontrolowania i monitorowania interakcji podczas zarządzania swoim wizerunkiem. Jednostka ma możliwość kształtowania swojego ciała, ale wiąże się to z wzięciem odpowiedzialności za „efekt końcowy” [Bauman 1995, s. 142];
2. znaczenia, jakie przypisywane są ciału, wyznaczone są przez skonwencjonalizowaną formę komunikacji niewerbalnej, nad którą jednostka nie ma kontroli, ale która w znaczący sposób wpływa na kategoryzację siebie i innych [por. Belzyt 2005]. Jednostka od najmłodszych lat uczona jest, jak można prezentować swoje ciało w przestrzeni publicznej. Ciało, które nie spełnia norm, gdy nie ma nad nim kontroli, a zachowanie nie jest dla otoczenia jednoznaczne do interpretacji, podlega wykluczeniu [por. Belzyt 2013];
3. ciało odgrywa ważną rolę w pośredniczeniu pomiędzy tożsamością osobistą i społeczną. Społeczne znaczenia przypisywane ciału są internalizowane przez jednostkę i mają wpływ na konstrukcję „ja” oraz poczucie własnej wartości. Ciało tym samym jest podwójnie usytuowane: jednostkowo (traktowane jako własność jednostki) oraz społecznie (definiowane przez społeczeństwo jako istotne i znaczące) [por. Schilling 2010; Piątek 2012].

Poza rozpatrywaniem ciała w usytuowaniu jednostkowym i społecznym można również wskazać kolejne podwójne uwikłanie – ciało jest jednocześnie tworem biologicznym, jak i społeczno-kulturowym [Schilling 2010], to nabycie niepełnosprawności ma konsekwencje w obu tych wymiarach. Osoby, które dotykają niepełnosprawności, muszą zmierzyć się z własnymi reakcjami na przeżyty traumę oraz uczuciami związanymi z utratą dawnego wyglądu, a także znaleźć sposób na przystosowanie do nowej sytuacji i dalsze funkcjonowanie w społeczeństwie. U niektórych dochodzi do głębokiego zaburzenia koncepcji własnej osoby, a społeczeństwo bacznie obserwuje, w jaki sposób osoba z nabytą niepełnosprawnością poradzi sobie z kryzysem, której doświadcza i jak zamierza „złożyć na nowo” swoją biografię [por. Belzyt 2011]. Niewątpliwie powoduje to stres u jednostki, bo jak ma być tym kim była w rolach społecznych, skoro musi sobie poradzić z traumą zaburzenia odczuwania ciała (utrąty integralności ciała/cielesności), które jest podstawowym medium wrażeń.

S. Krzychała wskazuje na trzy rodzaje medium, w jakich można rozpatrywać ciało [Krzychała 2007; por. Belzyt 2011]:

- a) ciało jako medium podmiotowości – poczucie sprawstwa i podmiotowości staje się istotnym wyznacznikiem udanego życia. Życie jest w istocie własne, gdy jest doświadczane jako autonomiczne, aktywne i indywidualne. Ciało pomaga określić własną autonomię i sprawstwo: ciało można pielęgnować, określać jak ma wyglądać, ćwiczyć i doskonalić. Ciało może stać się medium sprawstwa, autonomii i indywidualności – włosy, ich kolor, uczesanie, ubiór, ozdoby, chód, mogą być komunikatem własnej tożsamości;
- b) ciało jako medium przeżyć – projekt udanego życia zakłada wypełnienie biografii pasmem wartościowych wrażeń: życie jest udane, jeśli dobrze się je przeżyje (bez względu na to czy doznania będą dotyczyły kultury wyższej czy trywialnej – wszystkie one potrzebują medium, które pozwoli te doznania odebrać lub wykreować). Ciało staje się elementem łączącym wielorakie i fragmentaryczne epizody przeżyć i doznań. Ogniskuje w sobie i czyni namacalną wartość przeżywanych emocji. Ciało pozwala spostrzec wszystkimi zmysłami piękno, w których się uczestniczy;
- c) ciało jako medium bezpieczeństwa – w sytuacji, gdy człowiek nie może panować nad swoim środowiskiem zewnętrznym (a czujemy, że nad coraz mniejszą ilością rzeczy mamy kontrolę, na coraz mniej rzeczy mamy wpływ), ratunkiem jest „wycofanie w ciało”. Kontrolowanie własnego ciała daje poczucie kontroli nad życiem. Ciało może zwrócić poczucie racjonalności i kontroli, które pozwalają obdarzyć ciało zaufaniem – mogą czuć się we własnym ciele bezpiecznie. Ciało realizuje również dwie sprzeczne potrzeby współczesnego świata – potrzeby indywidualnej ekspresji oraz potrzeby uczestnictwa w obowiązujących kanonach kultury, nazywanych modą.

Istotne w tej sytuacji jest to, jaką postawą charakteryzuje się jednostka wobec zmiany swojego wyglądu (wspomniane zbiór zasobów [Adamczak 1992] czy poczucie sprawczości (postawa agensa vs patiensis) [Majewska 2011]) oraz czy w sytuacji, gdy należało dokonać redefinicji postrzegania ciała we wspomnianych obszarach, z uwagi na to, że na ciało w sytuacji nabycia niepełnosprawności nie można już liczyć, ponieważ nie jest w stanie sprostać wymogom/wyzwaniom, jakie się przed nim stawia/stawiało, jednostka podejmie się konstruowania występu [Goffman 2008].

Występ według E. Goffmana [2008], to każda działalność jednostki, w której obecni są obserwatorzy i zachodzi wzajemne wywieranie wpływu. Sprowadza ją do gry społecznej, w której obie strony chcą ukryć niewygodne dla siebie informacje, a podsunąć te, które są dla nich korzystne i w ten sposób pokierować przebiegiem interakcji. W relacji osoba niepełnosprawna – pełnosprawna przebieg występu ma na celu ukrycie ciekawości, litości, lęku czy odrazy przez osobę

pełnosprawną, a po stronie osoby niepełnosprawnej zatajenie (zakamuflowanie) swojej niepełnosprawności. Konstruowanie występu opiera się na elementach dekoracji, idealizacji oraz kontrolowaniu ekspresji [por. Goffman 2008; Piątek 2012]. Dekoracja obejmuje wszystko co jest wykorzystywane podczas występu – sceneria i rekwizyty, a także „osobista fasada” (ubiór, postura, wygląd, mimika, gesty). Podczas idealizacji jednostka podejmuje wysiłki, aby przedstawić się w sposób odzwierciedlający wymogi grupy społecznej. „Aktor, jeśli ma być skuteczny, musi stłumić, ukryć w swej grze elementy siebie, które mogłyby wchodzić w sprzeczność w ogólniejszymi wartościami. Mieścić się w tym może strategia „uchodzenia za kogoś innego” [...]” [Piątek 2012, s. 180]. Kontrolowanie ekspresji wymaga od aktora/konstruktora występu regulowania swoich zachowań i mimiki (mięśni twarzy i reszty ciała) w taki sposób, aby nie doszło do nawet najmniejszych niezgodności między zachowaniem a definicją stworzoną na potrzeby sytuacji. Mogłoby to zaburzyć przebieg interakcji i spowodować jej załamanie poprzez uznanie jednostki za niewiarygodną (niespójną w zachowaniach).

Celem przystępowania do konstruowania występu jako przejawu kontroli ciała jest ukrycie lub odciążenie uwagi od niepełnosprawności i jej widocznych skutków. Im bardziej są widoczne, tym więcej zabiegów kamuflujących jednostka podejmuje.

Konstruując występ osoba z nabytą niepełnosprawnością dąży do zdobycia akceptacji przez partnera interakcji, ale jeśli niepełnosprawność jest widoczna, to odbywać się może swoista gra pozorów, gdy osoba pełnosprawna unika zwracania uwagi na niepełnosprawność jednostki (pomijanie piętna) poprzez „uprzejmą nieuwagę” [Goffman 2008]. Jeśli jednak osoba pełnosprawna nie jest w stanie akceptować prób osoby niepełnosprawnej w zatajaniu widocznego piętna, to może ignorować osobę, wycofywać się z relacji czy skazywać osobę niepełnosprawną na bycie „niewidzialną”. K. Rzedzicka [2009] zwraca uwagę na to, iż osoby niepełnosprawne „konstatują fakt bycia niewidocznymi dla innych. Na ową niewidoczność skazuje ich społeczne postrzeganie posiadanego przez nich osłabionego ciała. Doświadczają społecznego wykluczenia w relacjach z nieznanymi, którzy kierują się założeniem, że niepełnosprawny człowiek nie jest/nie może być interesującym partnerem do rozmowy” [Rzedzicka 2009, s. 38]. Zwraca również uwagę, że pełnosprawni uczestnicy interakcji zachowują się w ten sposób, gdy dla własnego bezpieczeństwa stosują unik, czując się zakłopotani i nie wiedząc jak się zachować [por. także: Belzyt 2005].

Osoby niepełnosprawne wskazują również na zachowania próbujące odwrócić uwagę od niepełnosprawności, próby uchodzenia za kogoś innego czy ukrywanie piętna [por. Belzyt 2009; Piątek 2012]. Jeśli te próby nie przynoszą zakładanych efektów, osoby niepełnosprawne mogą stosować prowokację, która w ich ocenie polega na pokazywaniu się na swoich warunkach, kluczem do sukcesu jest

przewidywanie reakcji otoczenia i wywoływanie reakcji, na które jest się przygotowującym, aby zachować (i kontrolować) poczucie bezpieczeństwa podczas interakcji (osoby takie nazywają siebie „bezkopleksiarzami”) [Belzyt 2009].

Warto podkreślić, że osoby z niepełnosprawnością mają ograniczoną kontrolę nad swoim ciałem i to ciało wyznacza zakres sprawowanej kontroli. Bycie osobą niepełnosprawną uświadamia jednostkom, że są „tylko nosicielami swoich ciał” [Piątek 2012, s. 183] i mimo podejmowania prób przekształcania, kamuflowania, doskonalenia, zawsze natrafiają na ograniczenia, głównie natury biologicznej, ale także medycznej, psychologicznej czy finansowej [por. Piątek 2012].

Dostrzeganie możliwości kontroli ciała i stygmatu może doprowadzić do nadmiernej koncentracji na próbach zmienienia siebie, które prowadzą do poczucia winy i obniżenia samooceny (poczucie porażki), mogą powodować fiksację na brakach w ciele, a nie na wyzwaniach i możliwościach jakie są z tym związane [por. Szlagura 2005], np. fiksacja na utracie sprawności zamiast na radości, że pokonało się chorobę czy uratowało (ocaliło) życie.

K. Piątek [2012] wskazuje także na sytuacje, w których osoby niepełnosprawne przeciwstawiają się presji konstruowania występu i przejmują kontrolę przez ujawnienie własnych ograniczeń. „Paradoksalnie czasami, aby uzyskać kontrolę nad sobą, nad otoczeniem, trzeba ujawnić swoje słabości” [Piątek 2012, s. 183].

Działania terapeutyczne

M. Merleau-Ponty [2001] wskazuje, że części ciała (kończyny) są mocami, które dają ciału możliwości ujmowania świata. Ciało jest nie tylko tym co czujemy i widzimy, ale też tym co możemy z nim zrobić, jest potencjałem ruchu, możliwością oddziaływania na otoczenie [por. Czub 2012]. Na tym założeniu można oprzeć terapię i działania pomocowe dla osób z nabytą niepełnosprawnością. Psycholodzy i terapeuci proponują nowe metody pracy z ciałem znajdującym się w sytuacji niepełnosprawności.

Zadaniem terapii jest odnalezienie w osobie jej zasobów, które może ona odczuwać początkowo jako swoje słabości i za ich pomocą uzyskać (przejąć) kontrolę nad sobą i nad otoczeniem.

Jednym ze sposobów jest improwizacja w kontakcie. Jak udowadnia W. Zagórowska w wywiadzie udzielonym A. Domańskiej, „aby dobrze funkcjonować potrzebujemy dziennie kilku przytuleń. Niestety, większość z nas cierpi na chroniczny deficyt kontaktu fizycznego z drugim człowiekiem” [Domańska 2012, s. 118], a ten deficyt, „głód dotyku” rekompensowany jest przez zaburzenia odżywiania (bulimia, anoreksja), zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi,

kompulsywnymi, niebezpiecznymi. Rozwiązaniem w jej opinii byłoby udanie się na masaż lub uczestnictwo w improwizacji kontaktowej. Jest to metoda, podczas której ciało uczy się podążać za ruchem – „naturalnym, łagodnym i miękkim, ale jednocześnie silnym, pewnym i świadomym” [Domańska 2012, s. 119] i pozwala ciału na wyrażanie siebie przez kontakt z innymi osobami. W improwizacji kontaktowej, jak sama nazwa wskazuje, ważny jest kontakt, który nie ogranicza się do jednego i stałego „punktu kontaktu”, ideałem jest gdy punkt ten zmienia się, jest „wędrujący”. Podczas tego ruchu spotykają się głowy, ramiona, barki, plecy, dłonie, kolana, stopy... Angażując w improwizację całe ciało „karmi się je dotykiem”. Co ważne, ruch może odbywać się na stojąco, siedząco czy leżąc, daje to możliwość uczestnictwa także osobom o ograniczonej sprawności. Podczas improwizacji kontaktowej uczestnicy uczą się, że są „bezpieczni, nie tylko samodzielnie stojąc na swoich nogach, ale też oddając się innym, będąc zależnymi od nich. Jednak ważne, by pamiętać, że w dalszym ciągu jesteśmy za siebie odpowiedzialni [...]” [Domańska 2012, s. 120]. Według W. Zagórowskiej improwizacja kontaktowa to kwintesencja życia w społeczeństwie – uczy komunikacji, stawiania granic, bycia blisko, a jednocześnie dbać o swoje granice i przestrzeń – a sama metoda działa jak terapia, bo otwiera na bliskość, dotyk i drugiego człowieka i dzięki temu „pozwała dozować bliskość, uelastycznia, ale uczy też stawiać wyraźne granice. Ciało powraca do swojej naturalnej gracji, uczy [...] je czuć, rozumieć, panować nad nim” [Domańska 2012, s.120] i być „tu i teraz”. Podczas tańca pojawiają się także trudne emocje, z którymi trzeba się zmierzyć lub uciec przed nimi, decyzja zawsze należy do osoby. Emocje te powodowane są niejednokrotnie skutkami wychowania w „nietykalności społecznej” [Domańska 2012, s. 120] i obawami, że dotyk może mieć podłoże erotyczne.

Z podobnymi obawami i zarzutami¹ mierzą się twórcy zyskującej coraz większą popularność w Stanach Zjednoczonych Ameryki „terapii przez przytulanie”. Nasza kultura nie docenia mocy naturalnego kontaktu, a wielu pacjentów poddających się tej terapii dostrzega szybkie efekty i przyznaje, że dopiero przez doświadczenie kontaktu uświadomiło sobie, że brakowało im dotyku w ich codziennym życiu i wiele napięć czy problemów wiązało się właśnie z brakami w tej sferze [TVN BiS, 23.09.2014].

E. Scherer, wychodząc z założenia, że z dotyku nie powinniśmy rezygnować gdy dorastamy, stworzyła program edukacyjny Children Massaging Children (CMC), wprowadzany z sukcesem w polskich przedszkolach pod nazwą 4D (Dzieci Dzieciom-Dar Dotyku)² [Cichocka 2012]. Dotyk uważa za „lek na całe zło” i nieoceniony zasób. Wszakże „dotyk mamy w genach. To coś najbardziej natural-

¹ Władze USA będą sprawdzać, czy terapia nie narusza przepisów o wykorzystywaniu seksualnymi czy nie nosi znamion prostytucji.

² Więcej informacji na www.childconnection.org.pl

nego, podstawowy zmysł. Pierwotna forma połączenia z innymi ludźmi i ze światem” [Cichocka 2012, s. 113], niestety jest ona eliminowana, kontrolowana jako potencjalnie niebezpieczna. Konieczna jest nauka „alfabetu dotyku”, czyli świadomość tego jak i kogo dotykać, niestety granica ta jest w naszej kulturze przesunięta do granic absurdu – najlepiej nie dotykać nikogo i niczego. Uczestniczki wywiadu wskazują na sytuację, gdy zajęcia z Ruchu Rozwijającego W. Sherborne w przedszkolach zostają zawieszane z inicjatywy rodziców obawiających się nadużyć seksualnych, nie dostrzegając zalet tej metody stosowanej w Polsce od lat 80.

Zakończenie

Obraz fizyczności osoby niepełnosprawnej jest często związany z doświadczeniem alienacji (np. wstyd, niezręczność, nieśmiałość) i jest on tym bardziej prawdopodobny, im większa występuje dysproporcja między rzeczywistym a pożądanym społecznie ciałem. Dodatkowo potęguje to zniekształcony (traktowanie osób z uszkodzeniami, jako przypadku medycznego, nieszczęścia, barier społecznych) lub kompletny brak wizerunku niepełnosprawności w środkach masowego przekazu. Co więcej, nacisk na piękny wygląd sprawia, że zamiast samoakceptacji wzrasta potrzeba ingerencji i modyfikacji swojej urody. Jak już wcześniej wspomniano, jednym z zasadniczych problemów jest tolerowanie swojego niestandardowego wizerunku, co bardzo często prowadzi do wytworzenia powłoki ochronnej mającej na celu odgródzenie i schowanie przed całym otoczeniem.

Do głosu coraz częściej dochodzą osoby, które chcą „celebrować odmienność”, eksponując elementy inności [Barnes, Mercer 2008] (jak czynią to przywołane „bezkompleksiarzy”) oraz osoby uważające, iż najlepszym sposobem uzyskania kontroli jest przyznanie się do słabości. Warto proponować osobom niepełnosprawnym metody pracy z ciałem, które prowadzą do akceptacji, tolerancji swojego ciała i poczucia integracji, powodując, że osoba z niepełnosprawnością przestaje odczuwać potrzebę ingerowania w ciało.

Z doświadczeń zarówno moich, jak i osób pracujących z osobami z nabytą niepełnosprawnością, wynika, że akceptacja swojego ciała, cielesności i reintegracja poczucia ciała jest dużym wyzwaniem i jest często długotrwałym oraz bolesnym procesem, który mogą wspomóc wspomniane wcześniej metody.

Wiele osób z niepełnosprawnościami poświęca swojemu wyglądowi, urodzie i trosce o ciało dużo czasu, próbując wydobyć swoją atrakcyjność. Wzmocniona pielęgnacja swojej atrakcyjności ma za zadanie podniesienie ich samooceny i samoakceptacji oraz częściowego ukrycia defektu czy odwrócenia od niego uwagi.

Przełamywanie stereotypowego wzorca i negatywnego wizerunku osób niepełnosprawnych rozwija się coraz bardziej, a główny udział w tym procesie przypada osobom z niepełnosprawnościami.

Zmierzać należy do takiego stanu, w którym osoba będzie taką jaką chce być, jaką będzie jej z sobą samą dobrze [por. Lindyberg 2005, s. 112]. Paradoksalnie pomocne w tej sytuacji mogą być strategie kontrolowania i odrzucania piętna niepełnosprawności. Niemniej podkreślić należy, że działania terapeutyczne wykorzystujące metody pracy z ciałem niosą z sobą szansę na akceptację i przepracowanie kryzysu związanego z nabyciem niepełnosprawności.

Bibliografia

- Adamczak M. (1992), *Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia* [w:] *Elementy psychologii klinicznej*, t. I, red. B. Waligóra, Poznań.
- Barnes C., Mercer G.. (2008), *Niepełnosprawność*, Warszawa.
- Bauman Z. (1995), *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Toruń.
- Belzyt J. (2005), *Kontakt i komunikacja z osobami niepełnosprawnymi. Aspekty niewerbalne*, Toruń.
- Belzyt J. (2009), *Narracje na styku niepełnosprawności i kobiecości w internecie*, „Niepełnosprawność”, t. 2.
- Belzyt J. (2011), *Osoby z nabytą niepełnosprawnością wobec wyzwania rekonstruowania biografii*, „Niepełnosprawność” t. 5.
- Belzyt J. (2013), *Niewerbalne aspekty relacji z Innym w ujęciu psychologicznym* [w:] *Miejsce Innego we współczesnych naukach o wychowaniu*, red. I. Chrzanowska, B. Jachimczak, K. Pawelczak, W poszukiwaniu pozytywów, Poznań.
- Burns T. (1992), *Erving Goffman*, London.
- Cichocka T. (2012), *Prosimy dotykać (wywiad z Evą Scherer)*, „Zwierciadło” nr 8(2002).
- Czub M. (2012), *Tyłem do przodu. Adaptacja do przemieszczonego źródła danych wzrokowych* [w] *Fenomeny kontroli ciała*, red. E. Banaszek, P. Czajkowski, R. Florkowski, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Długołęcka A. (2007), *Seksualność osób niepełnosprawnych fizycznie – zarys problemów*, [w:] *O seksualności osób niepełnosprawnych*, red. A. Ostrowska, Warszawa.
- Domańska A. (2012), *Wytańczyć dotyk*, „Sens” nr 6/45.
- Ereńc J. (2008), *Bycie innym: problem wykluczenia i izolacji ludzi niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Giddens A. (2001), *Nowoczesność i tożsamość „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Warszawa.
- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk.
- Goffman E. (2008), *Zachowanie w miejscach publicznych*, Warszawa.
- Gromkowska A. (2003), *Kobiecość w kulturze globalnej – rekonstrukcja i reprezentacje*, Poznań.
- Hewstone M., Macrae C.N., Stangor Ch. (1999), *Stereotypy i uprzedzenia*, Gdańsk.
- Krzychała S. (2007), *Ryzyko własnego życia. Indywidualizacja w późnej ponowoczesności*, Wrocław.

- Kuzmics H. (1991), *Embarassment and civilization: on some similarities and differences in the work of Goffman and Elias*, „Theory, Culture and Society”, t. 8.
- Lindyberg I. (2005), „W poszukiwaniu duszy” – czyli o paradygmacie dwudzielności świata jako jednym z kontekstów dyskursu o normalizacji [w] *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, Cz. Kosakowski, A. Krause, Olsztyn.
- Majewska M. (2011), *Czy chodzię po świecie czy świat po mnie?*, „Charaktery”, nr 5.
- Melosik Z. (1999), *Czy uczniowie są bezcieleśni?*, „Amicus”, nr 3(13).
- Melosik Z. (2000), *Kultura instant. Paradoksy pop-tożsamości* [w] *Edukacja. Społeczne konstruowanie idei i rzeczywistości*, red. M. Cylkowska-Nowak, Poznań.
- Merleau-Ponty M. (2001), *Fenomenologia percepcji*, Warszawa.
- Mirucka B., Sakson-Obada O. (2013), *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*, Sopot.
- Nelson T.D. (2003), *Psychologia uprzedzeń*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Nowak-Lipińska K. (2005), *Kobiecość-męskość w narracjach osób niepełnosprawnych* [w] *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*, Cz. Kosakowski, A. Krause, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń–Olsztyn.
- Piątek K. (2012), *Ciało nadzorowane. Strategie kontroli ciała podejmowane przez kobiety z niepełnosprawnością fizyczną* [w:] *Fenomeny kontroli ciała*, E. Banaszek, P. Czajkowski, R. Florkowski, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
- Ronald B., Lawrence B., Russell F. (2006), *Relacje interpersonalne – proces porozumiewania się*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Rumsey N., Harcourt D. (2004), *Body image and disfigurement: Issues and interventions*, „Body Image”, nr 1.
- Rzedzicka K. (2009), *Doświadczenie relacji z innymi* [w] *Relacje i doświadczenie społeczne osób z niepełnosprawnością*, Cz. Kosakowski, A. Krause, M. Wójcik, Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”, Toruń–Olsztyn.
- Schier K. (2010), *Piękne brzydactwo – Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Schilling C. (2010), *Socjologia ciała*, Warszawa.
- Schudson M., (1984), *Embarassment and Erving Goffman's idea of human nature*, „Theory and Society”, t. 13.
- Szlagura W. (2005), *Człowiekowi kryzys dano*, „Charaktery”, nr 3.

Izabela Fornalik

Otwarte Projekty Specjalne, Warszawa

Pedagog specjalny w roli edukatora seksualnego. Między niepewnością a poczuciem powinności

Special educator as sexual educator.

Somewhere between uncertainty and sense of duty

The article concerns the subject of sexual education of students with intellectual disability in Polish special schools. The author presents the report of broad research among the group of 334 teachers which presents for example: attempts to estimate the realization of sexual education in institutions, some personal experiences during imparting the subject of sexuality to students, cooperation between parents of students with intellectual disability and teachers. The article presents also some legal or political matters. The dilemmas of daily routine faced by special educators who are challenging the role of sexual educators were drawn special attention to.

Słowa kluczowe: pedagog specjalny, edukacja seksualna, niepełnosprawność intelektualna

Keywords: special educator, sexual education, intellectual disability

Wprowadzenie

Ostatnie dziesięciolecie to bez wątpienia czas ogromnych zmian w podejściu do zagadnienia seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną. Temat znalazł swe miejsce zarówno w przestrzeni medialnej, jak i naukowej. Stopniowo staje się też obecny w przestrzeni edukacyjnej, w której zaobserwować można kilka zjawisk:

- po pierwsze, kadra pracująca w placówkach specjalnych niemal masowo doszkała się w temacie seksualności swoich podopiecznych: bierze udział w wykładach, szkoleniach, konferencjach czy też warsztatach metodycznych¹;

¹ Autorka artykułu prowadzi na terenie całej Polski warsztaty i szkolenia dla kadry placówek. W ciągu ostatnich kilku lat przeszkoliła setki nauczycieli i terapeutów w różnych miejscowościach w Polsce. Niemal z każdym miesiącem zwiększa się zainteresowanie nauczycieli udziałem w tego typu szkoleniach.

- po drugie, w niektórych placówkach swoistym pokłosiem uczestnictwa w różnych formach doskonalenia są autorskie programy wspierania seksualności, opracowywane przez nauczycieli;
- po trzecie, niektórzy pedagodzy specjaliści podejmują próby włączania treści związanych z seksualnością w codzienną pracę z uczniami z intelektualną niepełnosprawnością.

Mimo wspomnianych zmian edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną nie jest obecna w większości placówek specjalnych, w których edukują się osoby z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Wpływ na taki stan rzeczy ma wiele przyczyn. Nie bez znaczenia pozostają nadal niejednoznaczne regulacje prawne dotyczące realizacji zajęć z wychowania do życia w rodzinie, ale także czynniki związane z przygotowaniem pedagogów specjalnych do pracy zawodowej (w tym do pracy z podopiecznymi w obszarze seksualności) oraz czynniki światopoglądowe. Zagadnienie edukacji seksualnej nadal rodzi wiele dylematów i pytań natury praktycznej, ale także etycznej czy nawet moralnej.

W związku z powyższym niniejsza publikacja jest próbą odpowiedzi na pytanie: jakie są opinie pedagogów specjalnych o własnej roli w edukacji seksualnej uczniów z niepełnosprawnością intelektualną oraz wiele innych, tj. jak pedagodzy specjaliści oceniają swoje przygotowanie do realizacji zajęć związanych z seksualnością, jakie są ich doświadczenia w realizacji zajęć dotyczących seksualności oraz współpracy z rodzicami oraz jakiego wsparcia potrzebują pedagodzy specjaliści, by realizować edukację seksualną w odniesieniu do uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

Poszukując odpowiedzi na wspomniane pytania przeprowadzono badania ankietowe wśród 334 nauczycieli pracujących z uczniami z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną na różnych etapach edukacji (szkoły podstawowe, gimnazja oraz szkoły przysposabiające do pracy). W badaniach wzięli udział nauczyciele – pedagodzy specjaliści – z różnych miejscowości na terenie Polski: Bydgoszcz – 15 osób, Gdynia – 31 osób, Jelenia Góra – 12 osób, Kalisz – 11 osób, Kluczbork – 31 osób, Piła – 10 osób, Szczecinek – 28 osób, Tomaszów Lubelski – 20 osób, Toruń – 25 osób, Wałbrzych – 18 osób, Warszawa – 106 osób, Wodzisław Śląski – 12 osób, Zamość – 15 osób. Badania prowadzono od września 2012 r. do grudnia 2013 r.

W niniejszym artykule przyjmuje się, iż „edukacja seksualna” to ogół oddziaływań edukacyjnych nakierowanych na dzieci, młodzież i dorosłych, a związanych z seksualnością człowieka. Owe oddziaływania dotyczą zdrowia seksualnego i prokreacyjnego [Izdebski 2012]. Należy zaznaczyć, że seksualność jest jednym z centralnych aspektów bycia człowiekiem, dlatego też przyjmują szerokie jej rozumienie. Zatem seksualność to nie tylko współżycie seksualne (jak zwykło się

w ferworze zabarwionych światopoglądem dyskusji mylić) lub inne zachowania seksualne, ale także identyfikacja płciowa, orientacja seksualna, intymność, miłość, prokreacja. Jest ona doświadczana i wyrażana przez człowieka zarówno w myślach i fantazjach, jak i przeżyciach, zachowaniach, przekonaniach, wartościach, związkach [Beisert 2007]. W tym miejscu pojawia się pytanie, co powinno być celem edukacji seksualnej w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przede wszystkim „ukształtowanie osoby zdrowej seksualnie, czyli takiej, która akceptuje swoją płęć, przyjmuje role z nią związane, bez lęku wyraża swoją seksualność w sensie fizycznym i psychicznym, ma przy tym poczucie odpowiedzialności za skutki tego wyrazu dotyczące siebie samego, partnera i społeczeństwa” [Obuchowska, Jaczewski 2002] – dodam „poczucia odpowiedzialności” w takim stopniu, na jaki pozwala jej poziom sprawności intelektualnej [Fornalik 2012].

Prawne aspekty edukacji seksualnej osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną – implikacje dla praktyki pedagogicznej

Jednymi z najważniejszych aktów prawnych regulujących kwestie związane z organizacją edukacji uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym w szkołach specjalnych są między innymi:

- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2012, poz. 977);
- rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. 2012, poz. 204).

Z kolei nadrzędnym dokumentem określającym zasady realizacji przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” jest rozporządzenie MEN z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartej w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 1999 r. Nr 67, poz. 756 ze zm.). Tekst jednolity stanowi Załącznik do obwieszczenia MEN z dnia 18 grudnia 2013 r. (poz. 395).

Analiza wspomnianych aktów prawnych pozwala stwierdzić swoistą niejednoznaczność przepisów określających realizację zajęć z wychowania do życia w rodzinie dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną, w stopniu umiarkowanym i znacznym, na różnych etapach edukacji. Konsekwencją owej niejedno-

znaczności jest dowolna – niejednokrotnie zgodna z preferencjami dyrektora placówki czy organu prowadzącego szkołę – interpretacja owych przepisów.

Prześledźmy kolejne zapisy:

- W rozporządzeniu MEN z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania... czytamy w punkcie 2, iż zajęcia z wychowania do życia w rodzinie są realizowane w klasach V i VI szkół podstawowych, w gimnazjach, zasadniczych szkołach zawodowych, liceach ogólnokształcących i w klasach I-III techników, w tym specjalnych, dla dzieci i młodzieży, publicznych i niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych. Można zatem uznać, że we wszystkich typach szkół specjalnych – również dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną umiarkowaną i znaczną – zajęcia powinny być realizowane. Zgodnie z owym rozporządzeniem na realizację zajęć przeznaczona jest w szkolnym planie nauczania, w każdym roku szkolnym, dla uczniów poszczególnych klas po 14 godzin, w tym po 5 godzin z podziałem na grupy dziewcząt i chłopców.
- Za swoiste potwierdzenie powyższego można uznać zapisy zawarte w rozporządzeniu MEN z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania..., bowiem zarówno w Załączniku nr 2 (Ramowy plan nauczania dla szkoły podstawowej specjalnej dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym), Załączniku nr 5 (Ramowy plan nauczania dla gimnazjum specjalnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym) oraz Załączniku nr 10 (Ramowy plan nauczania dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełno sprawnościami sprzężonymi) znaleźć można zapisy odnoszące się do organizacji zajęć z przedmiotu „wychowania do życia w rodzinie”.

Powołując się na wspomniane rozporządzenie, niektórzy dyrektorzy placówek dla osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną, przewidzieli w szkolnym planie nauczania godziny na realizację przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” (owe praktyki odnotowałam m.in. w kilku warszawskich szkołach specjalnych). Owe plany zostały zatwierdzone przez organ prowadzący szkoły i zajęcia są realizowane przez przygotowanych specjalistów (nauczyciele, pedagodzy specjaliści, którzy ukończyli stosowne studia podyplomowe lub kursy kwalifikacyjne). Takie praktyki nie są jednak powszechne, a raczej należy zaliczyć je do rzadkich.

Wielu dyrektorów placówek nie zgadza się ze wspomnianą interpretacją przepisów. Są oni bowiem zdania, iż w rozporządzeniu MEN z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej..., w Załączniku nr 3 (Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach)

wśród zajęć edukacyjnych (pkt. 4) nie wyodrębnia się przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”. W zaproponowanych treściach nauczania wspomina się jedynie o konieczności przygotowania ucznia do pełnienia różnych ról społecznych (w tym roli dorosłej kobiety i dorosłego mężczyzny). Z kolei w Załączniku nr 7 (Podstawa programowa kształcenia ogólnego dla szkół specjalnych przysposabiających do pracy dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi) wprawdzie w treściach nauczania odnajdujemy zapis (pkt. 10): „Wychowanie do życia w rodzinie, którego celem jest: wzmacnianie prawidłowych relacji między osobami przeciwnej płci oraz aktywnego udziału w życiu rodziny; ukazywanie wartości rodziny w życiu człowieka; pomoc w zaakceptowaniu i poszanowaniu własnego ciała; zapoznanie ucznia z prawem do ochrony intymności”. Niemniej jednak wśród zajęć edukacyjnych nie wymienia się przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie”.

W konsekwencji w placówkach nie realizuje się przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie” na specjalnie wydzielonych godzinach. Niektórzy nauczyciele włączają treści dotyczące seksualności w przedmioty, tj. funkcjonowanie w środowisku lub funkcjonowanie osobiste i społeczne. W wielu szkołach natomiast w ogóle nie przekazuje się treści dotyczących szeroko rozumianej seksualności.

Zaprezentowany brak jasności przepisów i możliwość dowolnej ich interpretacji może być doskonałym pretekstem unikania realizacji zajęć dotyczących seksualności, a tym samym unikania konfrontacji z rodzicami w tak trudnym temacie. Dla niektórych dyrektorów jest też szansą na wykazanie się przed organem prowadzącym „gospodarność”, bowiem dodatkowe godziny oznaczają dodatkowe pieniądze na edukację uczniów.

Opinie pedagogów specjalnych o edukacji seksualnej w placówkach specjalnych

Mimo opisanych powyżej trudności z jednoznaczną interpretacją przepisów dotyczących realizacji zajęć z wychowania do życia w rodzinie, wielu uczestniczących w badaniach nauczycieli wskazuje na fakt, iż w ich placówce ma miejsce edukacja seksualna uczniów. Tak twierdzi 60,2% (N=334) badanych. Treści dotyczące seksualności są najczęściej przekazywane niepełnosprawnym uczniom na codziennych zajęciach szkolnych (40,4% wskazań), ale także na specjalnie wydzielonych godzinach (29,3% wskazań) oraz w internacie (8,3% wskazań). Niektórzy nauczyciele (21,8% badanych) wskazują ponadto na fakt, że w placówkach, w których pracują, został opracowany specjalny program wspierania

seksualności uczniów lub też jest (lub był) realizowany projekt dotyczący wspierania seksualności podopiecznych (12,2% badanych).

Oceniając swoich współpracowników, największa część respondentów (59,6%) uznała, że nauczyciele w placówce prezentują podzielone zdania na temat realizacji edukacji seksualnej (część chętnie realizowałaby zajęcia, zaś część chętnie uniknęłaby takiego zadania). Część badanych (15,6%) wskazała jednoznacznie, że nauczyciele prezentują postawę unikającą. Powody takiego stanu rzeczy ujęto w tabeli 1.

Tabela 1. Przyczyny unikania przez nauczycieli tematu seksualności podczas zajęć z niepełnosprawnymi uczniami w opiniach pedagogów specjalnych

Przyczyna unikania tematu seksualności	Liczba odpowiedzi N=334	%
Czynniki światopoglądowe	125	37,4
Poczucie braku wiedzy	199	59,6
Brak przygotowania metodycznego	219	65,6
Brak wsparcia dyrekcji placówki	38	11,4
Brak programu takich zajęć	171	51,2
Brak pomocy dydaktycznych	151	45,2
Lęk przed wyrządzeniem krzywdy uczniom	45	13,5
Lęk przed rodzicami uczniów	132	39,5
Problemy związane z własną seksualnością	41	12,3
Pogląd, że o tych sprawach należy rozmawiać w domu a nie w szkole	62	18,6
Inne	16	4,8

Źródło: Badania własne.

Analiza odpowiedzi respondentów pozwala wydzielić kilka grup przyczyn prezentowania przez nauczycieli postawy unikającej wobec przekazywania uczniom treści związanych z seksualnością.

1. Pierwsza z nich obejmuje przyczyny kompetencyjne, a zatem związane z posiadaną wiedzą i umiejętnościami. Największa grupa respondentów, aż 65,6%, stwierdziła, iż przyczyną unikania realizacji przez pedagogów specjalnych treści związanych z seksualnością jest brak przygotowania metodycznego do prowadzenia takich zajęć oraz poczucie braku wiedzy (59,6% badanych). Jej brak czy niedostatek wiąże się niestety z faktem, że przeważająca większość pedagogów specjalnych w toku zdobywania zawodowych kwalifikacji nie miała szansy uzyskać wiedzy dotyczącej ludzkiej seksualności. Dotyczy to zarówno edukacji na studiach pedagogicznych, jak i na wszelkiego typu kursach kwalifikacyjnych

z oligofrenopedagogiki. W Polsce zaledwie w kilku uczelniach w ciągu ostatnich kilku lat wprowadzono przedmioty typu „pedagogika seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną” lub o podobnym brzmieniu. Niestety bardzo często liczba godzin przeznaczona na realizację owych przedmiotów jest niewielka lub zajęcia mają charakter fakultatywny.

Niemal 70% badanych nauczycieli uznało, że podczas studiów nie podejmowano z nimi tematu seksualności osób z intelektualną niepełnosprawnością. W związku z tym po ich ukończeniu nie czuli się przygotowani do prowadzenia zajęć i rozwiązywania problemów dotyczących seksualności uczniów (tak stwierdziło 57,8% badanych), zaś 33,2% badanych określiło owe przygotowanie jako niewystarczające.

Poczucie braku lub niewystarczających kompetencji związane jest często z lękiem nauczycieli, że nie sprostają zadaniu (uczniowie będą zadawać zbyt trudne pytania, praca w obszarze seksualności ujawni problemy, z którymi trzeba będzie się zmierzyć itp.). Nauczyciele w badaniach wskazali (13,5% respondentów), iż unikanie tematu seksualności wypływa z lęku przed wyrządzeniem krzywdy uczniom.

2. Kolejną grupę przyczyn, które mogą wpływać na unikanie realizacji edukacji seksualnej z uczniami, są przyczyny organizacyjne. Znacząca część ankietowanych (51,2%) wskazała, że postawa unikająca jest związana z brakiem istnienia programu zajęć z edukacji seksualnej. Niejednoznaczne wytyczne zawarte w podstawach programowych, o czym wspomniano powyżej, nie są wystarczające. W efekcie pedagogzy czują niepewność oraz nie wiedzą, jakie treści mogą czy powinni realizować z poszczególnymi grupami uczniów w różnym wieku, o różnym poziomie sprawności i prezentujących zróżnicowany poziom zainteresowania tą sferą życia. W nielicznych placówkach zostały opracowane specjalne autorskie programy (tak wskazało 21,8% nauczycieli), które po zatwierdzeniu przez rady pedagogiczne mogły być wdrożone przez pedagogów. Owe programy były jednak przeznaczone głównie dla starszych uczniów. Rzadko kompleksowo ujmowały pracę z dziećmi i młodzieżą na wszystkich etapach edukacji, najczęściej dotyczyły wybranego aspektu seksualności np. ochrony przed złym dotykiem czy dojrzewania płciowego.

Pedagodzy specjaliści podkreślili ponadto (odnotowano 45,2% wskazań), że wspomniana postawa unikająca wiąże się też z brakiem odpowiednich pomocy dydaktycznych do pracy z uczniami w obszarze seksualności. Pomoce dostępne na rynku, a przeznaczone dla sprawnej młodzieży, nie są właściwe, np. zbyt trudne w odbiorze przez niepełnosprawną młodzież, często mającą problemy w abstrakcyjnym myśleniu, w komunikacji czy nie umiejącą czytać (zbyt trudne i zbyt abstrakcyjne plansze, filmy edukacyjne czy podręczniki). Niektórzy badani (11,4%) stwierdzili też, że znaczenie w omawianej kwestii ma także brak odpo-

wiedniego wsparcia ze strony dyrekcji placówki. W rozmowach nauczyciele czasem wspominają, iż dyrektorzy placówek traktują ich inicjatywę w edukowaniu uczniów w temacie seksualności jako działanie niepotrzebne lub wręcz rozbudzające potrzeby. W wyniku takiego podejścia dyrekcji, nie zyskują też poparcia innych nauczycieli lub rodziców, a ich działania odbierane są negatywnie.

3. Ważną przyczyną rezygnacji z realizacji przez nauczycieli treści związanych z seksualnością jest lęk przed z rodzicami uczniów – tak uznało 40% respondentów. Spośród badanych nauczycieli 26% jest przekonanych o tym, że rodzice osób niepełnosprawnych intelektualnie są zdania, że rozmowy o seksualności mogą niepotrzebnie rozbudzić seksualnie ich dzieci, dlatego należy z nich zrezygnować. Z kolei 24,3% badanych uważa, że rodzice z pewnością nie chcieliby, aby ich dziecko uczestniczyło w zajęciach na ten temat.

Wspomniany lęk przed rodzicami uczniów znacznie częściej można zaobserwować u nauczycieli, którzy pracują w placówkach, które są prowadzone przez organizacje rodziców. Swoista zależność od pracodawcy – rodzica (gdy rodzic jest dyrektorem placówki lub zasiada w zarządzie danej organizacji) determinuje kroki i decyzje specjalistów. Niektórzy wyrażają pogląd, iż nie mogą otwarcie mówić o trudnościach we współpracy z rodzicami, ponieważ usłyszą, że jest to ich – specjalistów – wina. Inni wspominają o tym, że niekiedy nie są w stanie przeforsować decyzji słusznej z profesjonalnego punktu widzenia, jeśli rodzic uzna ją za niewłaściwą. Oto przykład: „niepełnosprawny intelektualnie nastolatek ze sprzężoną niepełnosprawnością ruchową prezentuje zachowania problemowe: podejmuje próby masturbacji w klasie szkolnej, narusza granice innych, zwłaszcza nauczycielek (klepanie, dotykanie miejsc intymnych itp.). W rozmowie z mamą zasygnalizowano tę kwestię podkreślając, iż zachowania są efektem pobudzenia seksualnego. Zasugerowano pracę nad socjalizacją masturbacji (wybór czasu i okoliczności oraz otwarta rozmowa z nastolatkiem), a następnie pracę nad granicami. Mama jednak twierdzi inaczej. Uważa, że zachowania syna wynikają z bezczynności. Zarzuca kadrze nieodpowiedni dobór zajęć dla syna. Kadra ma poczucie, że jest obarczana winą za zachowania nastolatka i podważany jest jej profesjonalizm. Nie może liczyć na wsparcie dyrekcji, ponieważ rodzic jest jej członkiem”.

Część nauczycieli (42%) wyraża odmienne stanowisko od zaprezentowanego. Zgodzili się z następującym stwierdzeniem: „Rodzice moich uczniów boją się i wstydzą rozmawiać ze swoimi dziećmi na tematy związane z seksualnością, więc oczekują, że ja to zrobię”, zaś 10% nauczycieli uznało, że rodzice chcieliby wręcz zrzucić na ich barki odpowiedzialność za edukację seksualną swoich synów i córek. Poczucie konieczności wyręczenia rodziców ze wspierania seksualności własnych dzieci sygnalizuje podczas szkoleń wielu specjalistów, zwłaszcza w takich

kwestiach, jak: przygotowanie do miesiączkowania, wizyty u ginekologa, nauka granic w relacjach z innymi, czy nawet nauka higieny itp.

Warunkiem niezbędnym prowadzenia dobrej edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną wydaje się być dobra współpraca rodziców z kadrą placówki, jednak zaledwie 15,6% badanych nauczycieli zgodziło się ze stwierdzeniem: „rodzice uczniów chętnie ze mną współpracują i są otwarci na podejmowanie tematu seksualności”.

W opiniach nauczycieli rodzice potrzebują różnorodnego wsparcia, by lepiej radzić sobie z seksualnością niepełnosprawnych synów lub córek. Proponowane formy wspierania zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Opinie nauczycieli o potrzebnych rodzicom formach wsparcia

Formy wsparcia	Liczba odpowiedzi N=334	%
Spotkanie szkoleniowe ze specjalistą seksuologiem	303	90,7
Praktyczne warsztaty ze specjalistą (seksuologiem)	201	60,2
Grupa wsparcia stworzona przez rodziców	109	32,6
Indywidualne konsultacje ze specjalistą (seksuologiem, edukatorem seksualnym)	218	65,3
Konsultacje z psychologiem lub pedagogiem szkolnym	96	28,7
Rozmowy z wychowawcą	105	31,4
Dostęp do literatury na temat seksualności	115	34,4
Inne	2	0,6
Nie wiem	24	7,2
Nie potrzebują żadnego wsparcia	3	0,9

Źródło: Badania własne.

Zobrazowane w tabeli dane wyraźnie pokazują, iż nauczyciele widzą konieczność udzielenia wsparcia rodzicom w obszarze seksualności ich dzieci. Za szczególnie potrzebne uznają działania, tj. szkolenia, warsztaty czy konsultacje, których realizacji podjąłby się specjalista spoza placówki (seksuolog, edukator seksualny). W rozmowach nauczyciele często podkreślają: „Rodzice potrzebują mieć poczucie, że mówi do nich autorytet, ktoś od tej dziedziny życia, ktoś, kto ma doświadczenie. Nawet jeśli powiedzielibyśmy to samo, dla rodzica bardziej wiarygodne będą słowa seksuologa, bo on jest traktowany jako specjalista”. W ich odczuciu zaproszenie specjalisty spoza placówki to dobry pierwszy krok, to przygotowanie gruntu pod dalszą współpracę. Wtedy pojawia się przestrzeń dla wychowawcy, psychologa czy pedagoga.

4. Na koniec warto wspomnieć jeszcze, że w opiniach badanych nauczycieli, na prezentowanie postawy unikającej wobec edukacji seksualnej, mogą mieć także wpływ czynniki światopoglądowe (tak stwierdziło 37,4% respondentów) oraz problemy związane z własną seksualnością (12,3% badanych).

Bez wątpienia wyznawana religia oraz przynależność do określonego kościoła odgrywają ogromną rolę w ocenie edukacji seksualnej zarówno sposobu jej realizacji, jak i przekazywanych treści. W tym kontekście pojawiają się pytania pedagogów, jak dalece ich osobiste przekonania i wyznawane wartości powinny wpływać na decyzje podejmowane względem własnych uczniów, czy mogą odmówić przekazywania określonych treści, jeśli są one sprzeczne z ich światopoglądem. Z kolei dyrektorzy placówek pozostają niekiedy bezradni w obliczu sporów światopoglądowych między członkami rady pedagogicznej lub też odmowy realizacji przez nauczyciela treści niezgodnych z jego poglądami. Trwająca przez ostatnie miesiące dyskusja medialna wokół „Deklaracji wiary”, podpisanej przez wielu polskich lekarzy oraz projektu takiej deklaracji skierowanego do nauczycieli uzmysławia, jak wiele kontrowersji, sporów, podziałów, może wynikać z międzyludzkich różnic związanych ze światopoglądem. W deklaracji czytamy m.in., iż „podstawą godności i wolności nauczyciela katolika jest wyłącznie jego sumienie, oświecone Duchem Świętym i nauką Kościoła”. Mimo zapewnień pani minister Joanny Kluzik-Rostkowskiej: „Będę robić wszystko, by neutralność światopoglądowa polskiej szkoły została zachowana”, dyskusje nadal trwają ukazując podziały wśród polskich nauczycieli. Są one szczególnie żywe w temacie edukacji seksualnej.

Badani pedagodzy specjalni są jednak przekonani, iż edukacja seksualna jest potrzebna osobom niepełnosprawnym. W ich odczuciu obowiązek przekazywania uczniom treści związanych z seksualnością powinien spocząć przede wszystkim w rękach nauczyciela – pedagoga specjalnego, który ukończyłby studia z edukacji seksualnej. Tego zdania jest 54,5% respondentów. Szczegółowe dane na ten temat ilustruje tabela 3.

Jak widać w poniższym zestawieniu, znacząca grupa badanych pedagogów specjalnych uznała, iż dużą rolę w tym względzie powinien odgrywać wychowawca klasy (50% wskazań) i właściwie każdy nauczyciel pracujący w placówce, nie pomijając psychologa czy wychowawcy w internacie. Wśród wybieranych specjalistów znaleźli się także lekarz seksuolog (wyboru dokonało 25,1% badanych) oraz edukator seksualny spoza placówki (39,2% wskazań). Niektórzy są bowiem zdania, że młodzież i dorosłe osoby niepełnosprawne będą bardziej otwarte i bezpośrednio w kontakcie ze specjalistami spoza placówki. Takie stanowisko znajduje swoje uzasadnienie częściej w przypadku pracy z młodzieżą pełnosprawną lub z lekką niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, niejednokrotnie mających dodatkowe sprzężenie

nia chorobowe czy problemy z komunikacją werbalną, nie do przecenienia jest wiedza i doświadczenie w pracy z konkretną grupą podopiecznych. Nie poziom znajomości nauczyciela ma znaczenie decydujące, lecz jego określone cechy charakteru, kompetencje i prezentowane postawy.

Tabela 3. Kto powinien edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną

Osoby, które powinny edukować seksualnie uczniów	Liczba odpowiedzi N=334	%
Rodzice uczniów	112	33,5
Wychowawca klasy	167	50,0
Każdy nauczyciel pracujący w placówce	141	42,2
Wychowawca w internacie	111	33,2
Nauczyciel po studiach z edukacji seksualnej	182	54,5
Edukator seksualny spoza placówki	131	39,2
Lekarz seksuolog	84	25,1
Psycholog szkolny	128	38,3
Katecheta	46	13,8

Źródło: Badania własne.

Podsumowując można stwierdzić, że kadra pracująca z osobami z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną wyraźnie widzi konieczność udziału pedagogów specjalnych we wspieraniu seksualności uczniów. Zwraca jednak uwagę na ważny aspekt, jakim jest właściwe przygotowanie do realizacji owych treści zarówno merytoryczne, jak i organizacyjne.

Doświadczenia własne pedagogów specjalnych w realizacji zajęć dotyczących seksualności z uczniami umiarkowanie i znacznie niepełnosprawnymi intelektualnie

Zaskoczenie mogą budzić opinie badanych pedagogów specjalnych na temat własnej roli w edukowaniu seksualnym osób z intelektualną niepełnosprawnością. Zawarto je w tabeli 4.

Jak wskazuje powyższe zestawienie, niemal połowa (47,6%) nauczycieli pracujących z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie uważa za swój obowiązek pracę z uczniami w obszarze seksualności, zaś 36,2% badanych bardzo chciałoby podejmować z uczniami temat seksualności, lecz nie czują się do tego wystarczająco przygotowani. Tak zdecydowana opinia pedagogów o konieczności włas-

nego udziału w edukacji seksualnej wskazuje na ogromną świadomość specjalistów, iż seksualność jest jedną ze sfer funkcjonowania podopiecznego, której nie można oddzielić od innych i należy – jak każdą inną – wspierać. To bowiem brak wsparcia może skutkować zaburzeniami w jego rozwoju psychoseksualnym czy też przejawianiem zachowań społecznie nieakceptowanych. Nauczyciele po raz kolejny podkreślają jednak, że ich gotowość do prowadzenia takich zajęć nie idzie jednak w parze z posiadanymi kompetencjami.

Tabela 4. Stosunek nauczycieli do realizacji zajęć na temat seksualności z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie

Opinie nauczycieli	Liczba odpowiedzi	%
Nie moją rolą jest zajmowanie się edukacją seksualną uczniów	40	12,0
Bardzo chciałbym podejmować temat seksualności z uczniami, ale potrzebuję lepszego przygotowania	121	36,2
Moim obowiązkiem, jako nauczyciela, jest realizacja z uczniami zajęć dotyczących seksualności	159	47,6
Edukacja seksualna uczniów nie powinna mieć miejsca. Może ona rozbudzić uczniów	12	3,6
Inne	2	0,6

Źródło: Badania własne.

Wspomniana gotowość uwidoczniła się w podjętych przez pedagogów specjalnych próbach wprowadzenia treści związanych z seksualnością. Aż 65% badanych nauczycieli sporadycznie podejmowało z uczniami rozmowy dotyczące seksualności, zaś 26% przeprowadziło cykl zajęć na ten temat. Bardziej szczegółowe dane wskazują jednak, że w większości odważyli się na realizację zagadnień podstawowych, tj. dojrzewanie płciowe, higiena, budowa ciała. Mieli natomiast problemy z podjęciem tematów, takich jak wykorzystanie seksualne, popęd seksualny, masturbacja, współżycie seksualne czy antykoncepcja. Potwierdzają to również dane zawarte w tabeli 5.

Spośród pedagogów, którzy podjęli z uczniami tematykę seksualności, tylko 22,4% uznało, iż bardzo dobrze poradziło sobie z realizacją tego zadania. Większość dostrzegła, że potrzebuje lepszego przygotowania merytorycznego i metodycznego.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż odwagę do podjęcia tematu z rodzicami uczniów miało tylko 53% nauczycieli, zaś 81,9% z tej grupy (N=177) oceniło swoje przygotowanie do prowadzenia takich rozmów jako niewystarczające. Z pewnością znajduje to swoje odzwierciedlenie w jakości współpracy z rodzicami w rozwiązywaniu problemów dotyczących seksualności podopiecznych.

Tabela 5. Refleksje nauczycieli po przeprowadzeniu zajęć lub rozmów z uczniami na temat seksualności

Refleksje nauczycieli	Liczba odpowiedzi N=236	%
Czułem/łam skrępowanie, onieśmielenie	8	3,4
Czułem/łam, że sobie nie radzę z realizacją zajęć	10	4,2
Nie radziłem/łam sobie z reakcjami uczniów	1	0,4
Radziłem/łam sobie tylko z tematami podstawowymi (higiena, budowa ciała)	71	30,1
Radziłem/łam sobie przeciętnie, potrzebuję lepszego przygotowania merytorycznego i metodycznego	118	50,0
Bardzo dobrze sobie poradziłem/łam z realizacją zajęć	53	22,4
Inne	22	9,3

Źródło: Badania własne.

Rodzice osób z niepełnosprawnością intelektualną podczas szkoleń i warsztatów wymieniają następujące błędy nauczycieli:

- błąd opóźniania – rozmowa na temat seksualności ma miejsce dopiero wówczas, gdy osoba niepełnosprawna intelektualnie jest już w okresie dojrzewania lub jest dorosła, zatem rodzic nie ma szansy zdobyć wiedzy, która pozwoliłaby mu przygotować się na rozwojowe przejawy seksualności dziecka i otworzyć na kwestie związane z tą sferą życia;
- „gaszenie pożaru” – podejmowanie z rodzicami rozmowy o seksualności dopiero wówczas, gdy u osoby niepełnosprawnej pojawia się lub wręcz nasila zachowanie problemowe;
- brak inicjatywy nauczycieli w podejmowaniu tematu seksualności – rodzice czują wstyd, zażenowanie oraz mają poczucie braku wiedzy na temat seksualności oraz odczuwają lęk przed konfrontacją z tematem w odniesieniu do własnego dziecka, zatem nie czują się na siłach, by rozpocząć rozmowę na ten temat z nauczycielami;
- stosowanie zasady „podaj dalej” – w odczuciu rodziców nauczyciele nie podejmują próby zmierzenia się z problemem, lecz od razu odsyłają rodzica do specjalisty – najczęściej „bliżej nieokreślonego seksuologa”, niejednokrotnie nie wiedząc czy w danej miejscowości jest dostęp do takiego specjalisty, czy też bez sprawdzenia, jakie doświadczenie w udzielaniu wsparcia osobom niepełnosprawnym ma dostępny seksuolog;
- brak propozycji konkretnych rozwiązań – rodzice są zdania, iż potrzebują niemal instrukcji postępowania w sytuacjach, w których pojawiają się określone przejawy seksualności u syna lub córki, zaś otrzymywane porady mają zbyt ogólny charakter.

Rodzice – jak twierdzą – potrzebują ponadto zrozumienia, że udzielanie własnemu dziecku wsparcia w obszarze seksualności, zwłaszcza osobie ze sprzężoną niepełnosprawnością czy głęboką niepełnosprawnością intelektualną, nierzadko oznacza przekroczenie rodzinnego tabu. Dla rodziców sprawą niezmiernie trudną jest swoiste „uczestniczenie” w doświadczaniu przez dziecko własnej seksualności. Trudna jest np. konieczność wyjaśnienia zasad związanych z masturbacją czy choćby świadomość, że syn lub córka właśnie w danym momencie za ścianą podejmuje zachowania autoseksualne. Jeszcze trudniejsze są kwestie związane z realizacją potrzeb seksualnych w związku.

Mimo popełniania wspomnianych błędów, szczególnie cenna wydaje się samoświadomość nauczycieli dotycząca konieczności podnoszenia własnych kompetencji zawodowych w zakresie pracy z osobami niepełnosprawnymi w obszarze seksualności. Jak wskazują badania, ponad połowa badanych (54%, czyli 181 nauczycieli) starała się uczestniczyć w różnych formach pozwalających zdobyć wiedzę i umiejętności w omawianym temacie. Część nauczycieli (29%) uczestniczyło w kilkugodzinnym szkoleniu dotyczącym seksualności, a 18,9% brało udział w poszerzonych warsztatach na ten temat. W niektórych placówkach miały miejsce rady pedagogiczne dotyczące seksualności uczniów, łącznie wzięło w nich udział 47 nauczycieli, co stanowi 14% badanych, zaś 17 nauczycieli (5% badanych) ukończyło studia podyplomowe lub kursy kwalifikacyjne z edukacji seksualnej.

Udział w różnych formach doksztalcania bez wątpienia wpływa pozytywnie na postawy nauczycieli wobec seksualności uczniów i ich edukacji seksualnej, co uwiadcniają dane zawarte w tabeli 6.

Tabela 6. Do jakich refleksji lub działań zachęcił nauczycieli udział w różnych formach doksztalcania w zakresie seksualności osób niepełnosprawnych

Odpowiedzi nauczycieli	Liczba odpowiedzi N=181	%
Nie wpłynął na moje działania	21	11,6
Zwrócił uwagę na problem seksualności uczniów	99	54,7
Uświadomił konieczność podjęcia tematu seksualności z uczniami	93	52,0
Nakłonił do napisania szkolnego programu wspierania seksualności uczniów	19	10,5
Nakłonił do wprowadzenia treści związanych z seksualnością w indywidualne programy edukacyjno-terapeutyczne uczniów	52	28,7
Zachęcił do podjęcia tematu z rodzicami uczniów	92	50,8
Zachęcił do poszerzenia wiedzy na ten temat	90	49,7
Inne	10	5,5

Źródło: Badania własne.

Zawarte w tabeli 6 dane wskazują niezbicie, iż udział w zajęciach zwiększających kompetencje w zakresie seksualności nie tylko zaowocował podjęciem konkretnych działań w odniesieniu do uczniów, tj. napisanie szkolnego programu, uwzględnienie treści w IPET-ach i podjęcie rozmów z uczniami, ale także zachęcił do przeprowadzenia rozmów z rodzicami podopiecznych.

Nauczyciele wyrazili jednak pogląd, iż wspomniane formy doksztalcania, w których wzięli udział, należałoby poszerzyć o inne działania wspierające nauczycieli, tj.:

- indywidualne konsultacje ze specjalistą – doświadczonym w pracy z osobami niepełnosprawnymi edukatorem seksualnym (tak wskazało 55,8% badanych; N=181). Konsultacje są bowiem szansą na omówienie konkretnych problemów dotyczących podopiecznych, niekiedy także wątpliwości merytorycznych czy etycznych;
- zajęcia praktyczne z udziałem specjalisty (tak wskazało 51,9% badanych; N=181), które dałyby możliwość opanowania konkretnych metod i form pracy z uczniami;
- zajęcia superwizyjne (tak wskazało 50,3% badanych; N=181). Wielu pedagogów zgłasza wątpliwości dotyczące tego czy właściwie prowadzą zajęcia dotyczące seksualności. W ich odczuciu możliwość poprowadzenia zajęć w obecności bardziej doświadczonego specjalisty daje szansę wspólnego omówienia mocnych i słabych stron zajęć, prowadzącego i wzbogacenia warsztatu pracy;
- zajęcia dotyczące pisania programu i konspektów zajęć (tak wskazało 30,9% badanych; N=181);
- zajęcia teoretyczne (tak wskazało 24,9% badanych; N=181).

Jak widać, nauczyciele widzą szczególną wartość w takich formach wsparcia, które pozwalają nie tylko zwiększyć praktyczne umiejętności w pracy w obszarze seksualności, ale także wzmocnić ich psychicznie.

Uczestniczący w badaniach nauczyciele uważają, że edukacja seksualna będzie miała szansę stać się rzeczywistością w szkołach specjalnych, jeśli zostaną podjęte wymienione poniżej warunki:

- włączenie tematyki seksualności w program studiów z pedagogiki specjalnej (42% nauczycieli uważa, że powinien być wydzielony przedmiot „pedagogika seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną”);
- dostęp do opracowanych i zatwierdzonych przez stosowne ministerstwo programów wspierania seksualności osób niepełnosprawnych intelektualnie; programy powinny być opracowane dla poszczególnych etapów edukacji i powinny uwzględniać poziom niepełnosprawności intelektualnej uczniów (tak twierdzi 86% badanych);

- dostęp do materiałów metodycznych z zakresu edukacji seksualnej osób z niepełnosprawnością intelektualną i pomocy dydaktycznych dostosowanych do potrzeb uczniów o różnym poziomie sprawności (tak sądzi 91% nauczycieli).

Nauczyciele nie chcieliby pozostać osamotnieni w realizowaniu edukacji seksualnej. Aż 77,2% badanych uważa, że byłoby zasadne powstanie ogólnopolskiego zespołu specjalistów (osoby z przygotowaniem seksuologicznym i pedagogicznym), którzy stanowiliby wsparcie dla nauczycieli polegające na organizacji szkoleń, konsultacji, superwizji i innych form.

Zaprezentowane wyniki badań wyraźnie pokazują, że to nie brak chęci pedagogów specjalnych jest główną przyczyną tego, iż edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną nie jest powszechna w polskich szkołach. Ewidentne braki w systemie kształcenia pedagogów, niejasne wytyczne zawarte w przepisach prawa, trudności organizacyjne, to czynniki determinujące istniejący stan rzeczy. Na nie nakłada się szereg dylematów, którym poświęcono kolejną część rozważań.

Pedagog specjalny – edukator seksualny. Dylematy związane z pełnieniem podwójnej roli

Realizacja edukacji seksualnej w odniesieniu do osób z niepełnosprawnością intelektualną wymaga od pedagoga specjalnego nie tylko odpowiednich kompetencji i dobrej organizacji, lecz także konieczności zmierzenia się z licznymi wątpliwościami, pytaniami czy też obawami. Ujęto je w poniższym wyliczeniu.

Dylemat 1. Zmierzenie się ze stereotypem, że edukacja seksualna rozbudza seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną, które ze swej natury są asekualne i nie mają potrzeb seksualnych. W ostatnich miesiącach powyższe stwierdzenie nabiera szczególnego znaczenia. Jesteśmy bowiem w Polsce świadkami głośnych ataków skierowanych przeciwko edukacji seksualnej i edukatorom seksualnym. Należą do nich akcje „Fundacji PRO – Prawo do życia”, tj. sprzeciw wobec „Standardów edukacji seksualnej w Europie” uznanych przez WHO (Światową Organizację Zdrowia), czy też inicjatywa ustawodawcza dotycząca następującego zapisu w Kodeksie Karnym „Tej samej karze (ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do 2 lat – przyp. autorki) podlega, kto publicznie propaguje lub pochwała podejmowanie przez małoletnich poniżej lat 15, zachowań seksualnych lub dostarcza im środków ułatwiających podejmowanie takich zachowań”. Opis innych działań zamieszczono na stronie www.stoppedofilii.pl. Należy mieć świadomość, iż hasła głoszone przez wspomnianą Fundację: „Ta edukacja to zamach na Twoje konstytucyjne prawa i Twoją rodzinę”,

„Ta edukacja będzie zmierzała do rozbudzenia seksualnego Twoich dzieci”, „Ta edukacja będzie bez Twojej wiedzy i zgody – poza Twoimi plecami”, „Oni idą po Twoje dzieci”, czy też inne przedsięwzięcia, np. Inicjatywa STOP Seksualizacji Naszych Dzieci i atmosfera polityczna wokół edukacji seksualnej rodzi lęk wielu osób, które podejmują lub zamierzały podejmować tematykę seksualności z uczniami z niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku uczniów z niepełnosprawnością intelektualną sprawa jest jeszcze trudniejsza. Społeczne przekonania, że osoby niepełnosprawne intelektualnie pozostają przez całe życie dziećmi, że ograniczenie dostępu tych osób do treści związanych z seksualnością nie obudzi w nich zainteresowania tą sferą życia, że możliwa jest całkowita sublimacja popędu seksualnego, u tej grupy osób wpływają na postrzeganie edukacji seksualnej tej grupy osób jako szkodliwej, niebezpiecznej, a na pewno niepotrzebnej. Niestety, edukację seksualną odbiera się często jedynie jako przygotowanie do życia seksualnego (głównie współżycia seksualnego) oraz wręcz zachęcanie do niego. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza w głębszym i głębokim stopniu, pełni ona przecież zupełnie inną rolę. W kontekście wspomnianych powyżej inicjatyw i ataków, niepokój edukatorów seksualnych osób niepełnosprawnych intelektualnie wydaje się być uzasadniony. Wystarczy wyobrazić sobie następującą sytuację: „uczeń z zespołem Downa lat 14 pod wpływem rodzącego się popędu seksualnego próbuje ocierać się o innego ucznia, czasem kładzie się na materacu i pociera o niego ciałem. Uczeń zupełnie nie radzi sobie z nowym doznaniem, nie pomaga odwracanie uwagi, zachęcanie do innej aktywności. Na prośbę rodziców nauczyciel podejmuje z uczniem rozmowę dotyczącą zasad, jakich należy przestrzegać chcąc dotykać własnego ciała: ustalenie intymnego miejsca oraz sposobu masturbacji”.

Czy w obliczu zaproponowanych zmian w przepisach prawa nauczyciel nie zachęca do podejmowania przez małoletniego ucznia zachowania seksualnego, jakim jest przecież masturbacja? A zatem czy – jeśli zmiany w przepisach weszłyby w życie – będzie mu grozić kara pozbawienia wolności do 2 lat? Paradoksalnie również i rodzice mogliby stać się ofiarami tego zapisu. Owa inicjatywa ustawodawcza trafiła właśnie do Sejmu, zatem jeszcze (i oby nigdy nie!) nie obowiązuje. Nauczyciel może jednak liczyć się z atakami niektórych rodziców, członków rady pedagogicznej czy nawet atakami medialnymi.

Dylemat 2. Czy treści związane z seksualnością może poruszać nauczyciel, który nie jest specjalistą posiadającym kwalifikacje do prowadzenia edukacji seksualnej? Oczywiście byłoby bardzo wskazane, aby osoba poruszająca zagadnienia związane z tak intymną sferą życia miała odpowiednią wiedzę na jej temat. Jednakże nie jest możliwe, aby każdy nauczyciel pracujący w szkole specjalnej ukończył stosowne studia podyplomowe czy kursy kwalifikacyjne. Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem byłoby swoiste podzielenie zadań pomiędzy wykwa-

lifikowanego edukatora seksualnego a inne osoby pracujące w placówce z podopiecznymi. Nie jest potrzebna rozbudowana wiedza seksuologiczna, by wprowadzić uczniom nazewnictwo intymnych części ciała, ćwiczyć z dziewczętami używanie środków higienicznych, np. podpaska, omówić zasady higieny, uczyć omówienia „nie” w relacjach z obcymi itd. Nie ma więc powodu, by sądzić, że nie poradzi sobie z ich wprowadzeniem pedagog specjalny po kilkunastogodzinnym szkoleniu czy warsztatach. Kwestie trudniejsze mogłyby pozostać w gestii wykwalifikowanego edukatora seksualnego. Ale oczywiście pod warunkiem, że przepisy prawa w sposób jasny i jednoznaczny gwarantowałyby osobom z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną godziny na zajęcia z wychowania do życia w rodzinie (patrz część pierwsza rozważań).

Dylemat 3. Do jakich granic może posunąć się pedagog specjalny będący edukatorem seksualnym w pracy z podopiecznymi w obszarze seksualności. Pytanie to zawiera w sobie wiele innych pytań, które wyróżniono poniżej i które związane są z najczęstszymi wątpliwościami pojawiającymi się podczas prowadzonych przez autorkę warsztatów dla nauczycieli:

- Jakie treści dotyczące seksualności mogą przekazywać podopiecznym? Największe wątpliwości pedagogów specjalnych rodzą kwestie związane z zachowaniami seksualnymi, np. instruowanie ucznia na temat bezpiecznej i społecznie akceptowanej masturbacji, rozmowa o współżyciu seksualnym, antykoncepcji. Jak widać, mają one bezpośredni związek z moralną oceną określonych zachowań czy praktyk. Nauczyciele zadają sobie także pytanie, gdzie kończy się rola pedagoga – edukatora seksualnego, a zaczyna seksuologa. Należy w tym miejscu dodać, że przeważająca większość seksuologów nie ma doświadczenia w pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną, a poza tym w wielu miejscach w Polsce dostęp do pomocy seksuologicznej jest ograniczony ze względu na brak specjalistów, jak i ze względów finansowych. W związku z tym osoby pracujące na co dzień z niepełnosprawnymi podopiecznymi biorą na siebie zadania, które w innej sytuacji mógłby realizować seksuolog.
- Jakich pomocy dydaktycznych mogą użyć w pracy z uczniami niepełnosprawnymi intelektualnie? Jak wiadomo, ze względu na trudności w myśleniu abstrakcyjnym u osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną, w ich nauczaniu niezbędne jest wykorzystanie tzw. konkretów odnoszących się do omawianej kwestii. Czy zatem użycie modelu vaginy czy penisa podczas zajęć dotyczących higieny będzie odebrane jako przestrzeganie zasad nauczania, czy też jako rozbudzanie uczniów? Interpretacja może być różna. Czy piktogramy lub inne metody alternatywnej komunikacji przedstawiające np. masturbację, współżycie seksualne powinny znaleźć swe miejsce w książkach do komunikacji niemówiącego ucznia? Czy dostarczanie uczniowi zasobu

słownictwa będzie odebrane jako zachęcanie go do zachowań seksualnych i epatowanie treściami seksualnymi?

- Czy mogę pracować w obszarze seksualności z uczniem, którego rodzice nie wyrazili zgody na taką pracę w sytuacji, gdy brak edukacji seksualnej ucznia jest przyczyną jego społecznie nieakceptowanych zachowań? Takie wątpliwości pojawiają się nie tylko wówczas, gdy uczeń jest osobą niepełnoletnią, ale także w odniesieniu do uczniów dorosłych. Nawet jeśli osoby nie są ubezwłasnowolnione, ich opiekunami faktycznymi są rodzice, którzy decydują o wszystkich aspektach ich życia. Przykłady sytuacji rodzących wątpliwości są następujące: uczeń nie radzi sobie z napięciem seksualnym, a rodzice zabraniają wyjaśnienia mu sposobu, w jaki mógłby owo napięcie rozładować; powszechnie wiadomo, że uczennica współżyje seksualnie, ale robi to bez zabezpieczenia, natomiast rodzice nie pozwalają przygotować jej do wizyty u ginekologa i zachęcają do przyjmowania środków antykoncepcyjnych, ponieważ ich zdaniem oni zabronili jej współżycia, zatem przyjmowanie środków antykoncepcyjnych jest niepotrzebne (uczennica mimo świadomości konsekwencji współżycia oraz wbrew woli rodziców nadal współżyje, na nic zdają się wszelkie rozmowy zachęcające do zaprzestania współżycia). Szczególnie wiele dylematów rodzi się wówczas, gdy owa współżyjąca uczennica ma niepełnosprawnych intelektualnie rodziców, bowiem los dziecka, które ewentualnie pojawi się w wyniku jej ryzykownych zachowań seksualnych, jest w zasadzie przesądzony.
- Jak odpowiadać na pytania uczniów dotyczące realizacji przez nich ról małżeńskich i rodzicielskich?

Zapewne w głowie każdego z pedagogów, który choćby raz podjął się zadania edukacji seksualnej swoich niepełnosprawnych uczniów, pojawiały się pytania i wątpliwości, na które trudno było udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Zakończenie

Rozważania zaprezentowane w artykule skłaniają do wysunięcia kilku wniosków końcowych:

- Nauczyciele pracujący w placówkach specjalnych w większości wyrażają gotowość realizacji edukacji seksualnej w odniesieniu do uczniów z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. Jednocześnie wskazują na konieczność zwiększenia swojej wiedzy i umiejętności w tym względzie. Starają się więc podnosić swoje kompetencje przez udział w różnych formach doształcania.

- Niezbędnym warunkiem zaistnienia edukacji seksualnej w szkołach i innych placówkach specjalnych są zmiany w przepisach prawa, w sposób jasny określające zasady tej edukacji, w odniesieniu do uczniów z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną. Owe zmiany uczyniłyby edukację seksualną obligatoryjną.
- W opiniach nauczycieli pomocnymi narzędziami do realizacji edukacji seksualnej w placówkach byłyby gotowe programy takiej edukacji, opracowane dla różnych grup podopiecznych znajdujących się na różnych etapach edukacji, ale także wszelkiego typu pomoce metodyczne (konspekty, scenariusze itp.) oraz pomoce dydaktyczne.
- Ogromny wpływ na kształt edukacji seksualnej w placówkach specjalnych mają rodzice. Z tego względu udzielenie im specjalistycznego wsparcia może nie tylko zwiększyć ich wiedzę, ale także zmienić postawy wobec seksualności swojego dziecka i zachęcić do współpracy z kadrami pedagogicznymi. Oczywiście warunkiem udanej współpracy jest też zwiększenie kompetencji nauczycieli w tym zakresie.
- Niezbędny jest udział szkół wyższych w przygotowywaniu pedagogów specjalnych do pracy z osobami niepełnosprawnymi w obszarze seksualności.
- Pedagodzy specjalni, którzy realizują lub zamierzają realizować edukację seksualną w placówce, oczekują wsparcia doświadczonych specjalistów. Ich oczekiwania dotyczą możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji w temacie seksualności, konsultacji, udziału w zajęciach superwizowanych.
- W pracy z osobami z niepełnosprawnością intelektualną w obszarze seksualności rodzi wiele pytań i dylematów. Są one niejednokrotnie pochodną braku jednoznacznych rozwiązań prawnych, ale także istnienia stereotypów na temat tej grupy osób. Należy do tego dodać brak opracowanych standardów udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym intelektualnie w sferze seksualnej. Wątpliwości towarzyszą zatem nie tylko edukatorom seksualnym, ale też niekiedy seksuologom klinicznym. W związku z tym autorka artykułu skierowała w lipcu br. oficjalne pismo do Zarządu Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w sprawie konieczności szczególnego zajęcia się kwestią seksualności omawianej grupy i wypracowania stosownych standardów postępowania. Sprawa jest obecnie rozpatrywana.

Zawarte w rozważaniach wyniki badań dowodzą, że mimo konieczności postawienia jeszcze wielu kroków: prawnych, organizacyjnych czy mentalnych, możemy zaobserwować „sprawne raczkowanie” edukacji seksualnej w polskich placówkach specjalnych. Czy jednak najbliższy czas pozwoli jej „stać na nogi”. Istnieją obawy, że bez zmiany klimatu społecznego i – przede wszystkim – politycznego wokół edukacji seksualnej nie będzie to możliwe. Przypuszczalnie edukacja seksualna znowu przestanie istnieć lub zejdzie „do podziemia”. Nie wszystko bo-

wiem pozostaje w rękach pedagogów specjalnych. Sprawy decydujące (niestety) pozostają w rękach polityków.

Bibliografia

- Beisert M. (red.) (2007), *Seksualność w cyklu życia człowieka*, Warszawa.
- Fornalik I. (2012), *Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną. W poszukiwaniu właściwego modelu* [w:] *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym*, red. Z. Lew-Starowicz, K. Waszyńska, Poznań.
- Izdebski Z. (2012), *Seksualność Polaków na początku XXI wieku*, Studium Badawcze, Kraków.
- Obuchowska I., Jaczewski A. (2002), *Rozwój erotyczny*, Warszawa.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2012 poz. 977).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 lutego 2012 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. 2012 poz. 204).
- Rozporządzenie MEN z dnia 12 sierpnia 1999 r. w sprawie sposobu nauczania szkolnego oraz zakresu treści dotyczących wiedzy o życiu seksualnym człowieka, o zasadach świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, o wartości rodziny, życia w fazie prenatalnej oraz metodach i środkach świadomej prokreacji zawartej w podstawie programowej kształcenia ogólnego (Dz. U. z 1999 r. Nr 67, poz. 756 ze zm.). Tekst jednolity stanowi Załącznik do obwieszczenia MEN z dnia 18 grudnia 2013 r. (poz. 395).

Marzena Buchnat

Zakład Pedagogiki Specjalnej WSE UAM

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii WSE UAM

Edukacja seksualna uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną w opinii nauczycieli z nimi pracujących

Sexual education of students with mild intellectual disability
in the opinion of teachers working with these students

The topic of sexual education of people with intellectual disability still evokes many fears and concerns in our society and is connected with numerous controversies and statements, very often coming from the lack of adequate knowledge and information. In connection with the current legal status of "sexual education" a research has been conducted to establish whether teachers working with students with intellectual disability in special schools and integration classes notice the need for such education. If yes, then who should, according to them, provide it, and which topics are touched upon in their work. It was also crucial to establish whether the subjects of the research feel prepared to provide sexual education and whether they use any sources to deepen their knowledge in this field.

Słowa kluczowe: edukacja seksualna, dziecko z lekką niepełnosprawnością intelektualną, nauczyciel

Keywords: sexual education, children with mild intellectual disability, teacher

Wprowadzenie

Edukacja seksualna była w Polsce przez lata tematem kontrowersyjnym i budzącym wiele sporów ideologicznych, często pozamerytorycznych. Sytuacja ta nasiliła się jeszcze bardziej, gdy Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy i Federalne Biuro ds. Edukacji Zdrowotnej (BZgA) opracowało podstawowe zalecenia dla decydentów oraz specjalistów zajmujących się edukacją i zdrowiem w zakresie edukacji seksualnej. Celem tego dokumentu było opracowanie standardów i wytycznych do pracy z dziećmi i młodzieżą w oma-

wianym obszarze, by w ten sposób motywować ich do podjęcia odpowiedzialności w zakresie zdrowia seksualnego a także budować postawy szacunku i tolerancji wolne od uprzedzeń i dyskryminacji. „Celem jest rozwinięcie u nich pozytywnego i odpowiedzialnego nastawienia do seksualności, co pozwoli im na bycie odpowiedzialnym nie tylko w odniesieniu do siebie, ale także w odniesieniu do innych osób, będących członkami społeczeństwa, w którym żyją” [http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf].

Jak piszą autorzy, konieczność realizacji edukacji seksualnej jest następstwem zmian społeczno kulturowych, które miały miejsce w ostatnich latach: proces globalizacji, migracji, technicyzacji, a także rozprzestrzenianie się wirusa HIV lub zjawisk związanych z przemocą seksualną.

W Polsce realizację szkolnej „edukacji seksualnej” regulują rozporządzenia i ustawy, które od roku 1993 w zmieniającej się formie, wskazywały na sposób, zakres i wymiar prowadzenia zajęć. Jak pokazują liczne raporty [Trawińska 1994/1995, Raport z badań prowadzonych przez Federację na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, 2000/2003, raporty Pontony, 2009/2011] edukacja seksualna w Polsce stoi na niskim poziomie, a sposób jej realizacji znacznie odbiega od założonych standardów. Sytuacja osób z niepełnosprawnością intelektualną wydaje się być w tym obszarze jeszcze bardziej zaniedbana [Karwacka 2005; Kościelska 2004; Kijak 2009; Fornalik 2012]. R. Kijak podaje, iż przejawia się to nadal małym zainteresowaniem badaczy do eksplorowania tego obszaru, wiąże się to ze znikomą – jak dotąd – liczbą badań z tego zakresu, a także brakiem przemyślanej koncepcji wychowania seksualnego zarówno w polskiej, jak i europejskiej pedagogice seksualnej [Kijak 2010]. Czasami zapomina się, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są tak samo istotami seksualnymi, posiadają potrzebę seksualną, a także chcą czuć się kobietami lub mężczyznami, jak osoby w normie intelektualnej. Rozwój seksualny osób z niepełnosprawnością intelektualną podlega tym samym prawom rozwojowym co osób w normie intelektualnej [Depko 2012, s. 425]. Można w nim wyróżnić fazę seksualności dziecięcej, młodzieńczej, dojrzałej i starczej, choć etapy te mogą być w różnorodny sposób przemieszane w związku z dysharmonią w zakresie tempa ich rozwoju biologicznego, intelektualnego, behawioralnego i duchowego [Kościelska 2004, s. 30]. W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną poza czynnikami natury wewnętrznej (biologiczno-psychicznych), jak i zewnętrznej (społeczno-kulturowych) rozwój emocjonalno-seksualny jest implikowany stopniem niepełnosprawności. To on w istotny sposób warunkuje rozbieżność pomiędzy zmianami hormonalno-somatycznymi a psychiczno-społecznymi, determinując jego stopień zaburzeń [Depko 2012, s. 425–429]. Pomimo występujących zaburzeń w sferze rozwoju seksualności nie ulega jednak wątpliwości, że każda osoba z niepełnosprawnością intelektualną przez ten rozwój przechodzi [Depko 2012; Izdebski 2007; Fornalik 2010; Kościelska 2004; Mikrut 2013; Nowak-Lipińska 1996]. W Polsce zgodnie

z obowiązującymi przepisami osoby z niepełnosprawnością intelektualną są objęte edukacją seksualną, choć jej zakres jest uwarunkowany jej stopniem.

Uczeń z lekką niepełnosprawnością intelektualną podlega tym samym rozporządzeniom odnoszącym się do edukacji seksualnej co uczeń w normie intelektualnej, bez względu na miejsce realizacji obowiązku szkolnego, tj. szkoła specjalna, klasa integracyjna czy szkoła ogólnodostępna. Realizuje te same treści w tym samym wymiarze godzin. Jedyną wytyczną jest dostosowanie treści i metod, form pracy do potrzeb, możliwości dziecka z lekką niepełnosprawnością intelektualną zgodnie z zaleceniami ujętymi w jego IPETie.

W przypadku osób z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną cele i treści nauczania regulowane są „Podstawą programową kształcenia ogólnego dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym w szkołach podstawowych i gimnazjach” (Dz. U. 2009 Nr 4, poz. 17). Znajdujemy tam zapisy, iż celem edukacji jest „przygotowanie ucznia do pełnienia różnych ról społecznych (w tym roli dorosłej kobiety i dorosłego mężczyzny)” [Fornalik 2012]. Można zatem przyjąć, iż aby uczniowie byli przygotowani do funkcjonowania jako dorosła kobieta lub mężczyzna, nauczyciele w procesie edukacji powinni przekazywać im wiedzę z zakresu:

- anatomii, fizjologii (budowa ciała kobiety, mężczyzny, podobieństwa i różnice, zmian pojawiających się w procesie dojrzewania, fizjologii zapłodnienia i procesów związanych z ciążą, porodem);
- przejawów seksualności w poszczególnych okresach życia;
- rozpoznawania normatywnych i nienormatywnych zachowań seksualnych na poszczególnych etapach rozwoju seksualnego;
- sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi związanymi z pojawieniem się potrzeby seksualnej;
- profilaktyki przemocy seksualnej.

Jeśli chodzi o edukację osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, to jest ona regulowana rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 stycznia 1997 r. (Dz. U. Nr 14, poz. 76] dotyczącym zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. Podobnie jak w przypadku uczniów z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością nie ma tam mowy o edukacji seksualnej, jednak – jak podaje Fornalik [2012] – pewne zapisy zawarte w rozporządzeniu mogą wskazywać na interesujący nas obszar, jak np. „wyrabianie orientacji w schemacie własnego ciała” (warto pamiętać, że ciało to też narządy płciowe i wprowadzenie poprawnego nazewnictwa jest już edukacją seksualną), „kształtowanie umiejętności funkcjonowania w otoczeniu” (uczeń funkcjonuje przecież jako osoba określonej płci z różnymi tego konsekwencjami)” [Fornalik 2012, s. 153].

W zakresie edukacji seksualnej w warunkach polskiego szkolnictwa mamy nadal niewiele badań [Kijak 2010]. Głównie dotyczą one podejścia nauczycieli, rodziców do problemu edukacji seksualnej, jak i realizacji tych treści z uczniami

z umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawnością intelektualną, np. między innymi badania I. Fornalik, R. Kijaka, M. Kościelskiej, K. Nowak-Lipińskiej, Ż. Stelter. Mało natomiast jest informacji o edukacji seksualnej osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Zatem istotne wydaje się zbadanie, jaki stosunek do edukacji seksualnej mają nauczyciele pracujący z uczniami z lekką niepełnosprawnością intelektualną, w jaki sposób postrzegają jej rolę w procesie wspierania uczniów w ich rozwoju.

Badania własne

W związku z aktualnym statusem prawnym „edukacji seksualnej”, przeprowadzono badanie mające na celu określenie czy nauczyciele pracujący na co dzień z uczniami z lekką niepełnosprawnością intelektualną w szkołach specjalnych i klasach integracyjnych zauważają potrzebę takiej edukacji. Jeżeli tak, to ważne wydawało się ustalenie, kto powinien ich zdaniem ją prowadzić. Istotne było też zbadanie, czy respondenci czują się przygotowani do prowadzenia edukacji seksualnej oraz czy korzystają z jakichś źródeł, by pogłębić swoją wiedzę w tym zakresie oraz jakie tematy z zakresu edukacji seksualnej poruszają w ramach swojej pracy.

W badaniach uczestniczyło 64 nauczycieli ze szkół podstawowych specjalnych i integracyjnych z województwa wielkopolskiego. Dobór próby badawczej był celowy. Kryterium doboru próby było posiadanie przygotowania z zakresu edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz praca z uczniami z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego za pomocą kwestionariusza ankiety. Grupa badanych nauczycieli była zróżnicowana ze względu na staż pracy i awans zawodowy. Jeśli chodzi o płeć, to 94% badanych stanowiły kobiety.

Pierwszym zagadnieniem, które weryfikowano, było zbadanie, czy nauczyciele widzą potrzebę prowadzenia zajęć z edukacji seksualnej dla uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną. Okazało się, że 72% badanych było zdania, że powinno się prowadzić takie zajęcia, a 25% osób odpowiedziało odmownie. Jak wynika z badań, 1/4 nauczycieli pracujących na co dzień z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną nie zauważa potrzeby prowadzenia edukacji seksualnej dla swoich podopiecznych. Liczba ta wydaje się stosunkowo duża. Warto wspomnieć, że w badaniach A. Kani [2005] przeprowadzonych wśród psychologów, pedagogów, pracowników opieki społecznej i medycznej będących uczestnikami konferencji naukowej, dotyczącej zagadnień seksualności osób z niepełnosprawnością, tylko 67% badanych uznało prawo osób z niepełnosprawnością intelektualną do edukacji seksualnej i seksualnej opieki zdrowotnej [Kania

2005, s. 49–51]. Przedstawione wyniki mogą sugerować, iż cały czas nie jest jeszcze standardem pedagogów pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną postrzeganie potrzeby edukacji w obszarze seksualności.

W dalszej części badania zapytano nauczycieli, czy zauważają przejawy seksualności u swoich podopiecznych. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Przejawy seksualności u dzieci i młodzieży z lekką niepełnosprawnością intelektualną zaobserwowane przez nauczycieli

Częstotliwość	% odpowiedzi
Często zauważam	10,90
Czasami zauważam	15,60
Rzadko zauważam	6,25
Nie zauważam	67,25

Źródło: Badania własne.

Aż 67,25% deklaruje, że nie zauważyło w trakcie swojej pracy żadnych przejawów seksualności u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. Brak obserwacji objawów seksualności u swoich uczniów w klasie może sugerować, że nauczyciele nie postrzegają chociażby zmian w wyglądzie swoich podopiecznych jako elementu rozwoju seksualnego lub w ogóle nie zwracają uwagi na tę sferę życia człowieka.

Bardzo możliwe, iż osoby, które nie widzą potrzeby prowadzenia zajęć, nie zauważają również przejawów seksualności u swoich podopiecznych. Jednak wyciągnięcie takiego wniosku wymaga bardziej szczegółowych badań.

Następnie analizowano, kto zdaniem nauczycieli powinien takie zajęcia prowadzić. Odpowiedzi respondentów zamieszczono w tabeli 2.

Na podstawie uzyskanych wyników można sformułować następujące stwierdzenia: najwięcej nauczycieli uważa, iż rozmowy na temat seksualności powinny prowadzić osoby profesjonalnie do tego przygotowane. Na drugim miejscu znalazła się kategoria – rodzice i nauczyciele. Ponad połowa badanych jest zdania, że powinni się tym zajmować oboje rodzice.

Badani wskazali na znaczącą rolę nauczycieli w zakresie edukacji seksualnej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Zapytano ich zatem, czy czują się w wystarczającym stopniu przygotowani do takich rozmów, 18,7% nauczycieli odpowiedziało, że czują się przygotowani, natomiast 71,8% odpowiedziało negatywnie na to pytanie. Pozostała część badanych wybrała odpowiedź „nie wiem”. Pomimo że nauczyciele wskazali samych siebie jako potencjalnych „edukatorów seksualnych”, 71,8% z nich czuje się zupełnie nieprzygotowanych do pełnienia tej roli.

Tabela 2. Osoby, które zdaniem nauczycieli, powinny rozmawiać z dziećmi i młodzieżą z lekką niepełnosprawnością intelektualną na temat seksualności

Osoby	% odpowiedzi
Tylko matka	6,3
Tylko ojciec	3,1
Oboje rodzice	59,3
Tylko nauczyciele	42,1
Rodzice i nauczyciele	67,1
Rówieśnicy	9,3
Osoby profesjonalnie do tego przygotowane	85,9
Książki	3,1

Źródło: Badania własne.

Zapytano również nauczycieli czy korzystają z jakichś źródeł, by zdobyć wiedzę na temat seksualności dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, a więc osób, z którymi pracują. 43,8% badanych odpowiedziało twierdząco, natomiast ponad połowa badanych (56,2%) przyznała, że nie korzysta z żadnych źródeł. Jak widać 3/4 nauczycieli nie czuje się przygotowanych do rozmawiania na ten temat, a pomimo to w większości nie poszukują oni żadnych informacji, które mogłyby im pomóc w zdobyciu potrzebnej wiedzy. W dalszej części zapytano badanych czy, a jeśli tak, to na jakie tematy w zakresie edukacji seksualnej rozmawiali ze swoimi podopiecznymi. Wyniki zamieszczono w poniższej tabeli 3.

Tabela 3. Tematy poruszane przez nauczycieli z uczniami z lekką niepełnosprawnością intelektualną

Tematy	% odpowiedzi
Miłość	81,2
Higiena	78,1
Związek	67,1
Podobieństwa i różnice między kobietami i mężczyznami	64,0
Ciąża, rozmnażanie	51,6
Zmiany fizyczne związane z okresem dojrzewania	45,3
Nazwy narządów płciowych	37,5
Przemoc seksualna	35,9
Pierwsze kontakty seksualne	34,4
Antykoncepcja	31,3
Choroby przenoszone drogą płciową	26,6
Orientacja seksualna	20,3
Masturbacja	15,6

Źródło: Badania własne.

Na podstawie uzyskanych wyników okazało się, że ponad połowa badanych nauczycieli rozmawia ze swoimi uczniami na temat miłości, higieny, związków, podobieństw i różnic między kobietami i mężczyznami, ciąży i rozmnażania. 45% badanych porusza aspekty związane ze zmianami fizycznymi związanymi z okresem dojrzewania. Wynika z tego, że najczęściej poruszonymi zagadnieniami są kwestie dotyczące obszarów związanych z bliskimi relacjami, rolami płciowymi, a także fizjologią i zmianami biologicznymi. Rzadko nauczyciele rozmawiają na temat przemocy seksualnej, pierwszych kontaktów seksualnych, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową, a więc tematów związanych z podejmowaniem aktywności seksualnej w parze. Najrzadziej poruszana jest problematyka orientacji seksualnej i masturbacji (15,6%).

Wydaje się to dosyć zatrważające, ponieważ jak wskazują badania [Walter 1986, za: Kijak 2010; McCabe 1993; Kościelska 2004] osoby niepełnosprawne intelektualnie zaspakajają swoje potrzeby seksualne w dużej mierze za pomocą masturbacji. R. Kijak podaje, że „brak uświadomienia i brak wiedzy o tym, jak prawidłowo realizować tę formę ekspresji seksualnej, powoduje, że niepełnosprawni intelektualnie często stosują patologiczne formy masturbacji zagrażające zdrowiu i życiu” [Kijak 2010, s. 108].

Zakończenie

Badania miały na celu zweryfikowanie, jak nauczyciele pracujący na co dzień z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną widzą rolę edukacji seksualnej w pracy ze swymi podopiecznymi. Zalecenia odnośnie do uwzględnienia tej problematyki w procesie edukacji dzieci i młodzieży zawarte są zarówno w dokumentach międzynarodowych (strategia WHO), jak również w polskich rozporządzeniach i ustawach. Na znaczącą rolę edukacji seksualnej w procesie wspomagania osób z niepełnosprawnością intelektualną wskazuje wielu polskich pedagogów: m.in. Z. Izdebski, I. Fornalik, R. Kijak, M. Kościelska, K. Nowak-Lipińska.

Jednak, jak wynika z przeprowadzonych badań:

1. co czwarty nauczyciel pracujący na co dzień z dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnością intelektualną nie widzi potrzeby prowadzenia z nimi zajęć i rozmów z zakresu seksualności;
2. aż 67,25% deklaruje, że nie zauważyło w trakcie swojej pracy żadnych przejawów seksualności u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną;
3. w roli prowadzących tego typu rozmowy nauczyciele widzą osoby profesjonalnie do tego przygotowane, obojga rodziców, a także co ciekawe, nauczycieli pracujących z dziećmi i młodzieżą;

4. pomimo iż nauczyciele wskazali samych siebie jako potencjalnych „edukatorów seksualnych”, 71,8% z nich czuje się zupełnie nieprzygotowanych do pełnienia tej roli;
5. ponadto 56,2% badanych nie korzysta z żadnych źródeł, by pozyskać informacje z tego zakresu;
6. ze swoimi uczniami rozmawiają na temat miłości, higieny, związków, podobieństw i różnic między kobietami i mężczyznami, ciąży i rozmnażania. Prawie połowa nauczycieli porusza zagadnienia związane ze zmianami fizycznymi związanymi z okresem dojrzewania. Do najczęściej poruszanych zagadnień należą tematy związane z bliskimi relacjami, rolami płciowymi, a także fizjologią i zmianami biologicznymi. Tylko około 1/3 z nich rozmawia na temat przemocy seksualnej, pierwszych kontaktów seksualnych, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową. Najrzadziej poruszana jest problematyka orientacji seksualnej i masturbacji. Można zatem przyjąć, że pomijane są kwestie związane z podejmowaniem zachowań seksualnych czy to autoerotycznych, czy w parze.

Przedstawione wyniki badań skłaniają do refleksji nad przygotowaniem nauczycieli pracujących z osobami z lekką niepełnosprawnością intelektualną do prowadzenia edukacji z zakresu rozwoju psychoseksualnego. Wszyscy badani nauczyciele mieli uprawnienia do pracy z zakresu edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością intelektualną, a jednak nie czuli się przygotowani do prowadzenia rozmów na temat seksualności. Nie tylko nie czuli się przygotowani do przekazywania wiedzy, ale również w części nie zauważali takiej potrzeby. Chcąc mówić o edukacji seksualnej osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną musimy zdać sobie sprawę, że nie może się ona odbywać jedynie podczas paru wybranych godzin lekcji z Wychowania do życia w rodzinie. Powinna ona stanowić element wychowawczy w zakresie wszystkich prowadzonych przedmiotów. Nauczyciele prowadzący zajęcia z dziećmi i młodzieżą z lekką niepełnosprawnością intelektualną w swoich działaniach edukacyjnych powinni uważnie obserwować wszechstronny rozwój swoich wychowanków, w tym również w obszarze ich seksualności, by móc w odpowiednim momencie stanowić dla nich źródło wsparcia. Taka postawa nauczycieli wymaga jednak odpowiedniego przygotowania merytorycznego, które obecnie jest rzadko spotykane.

Bibliografia

- Depko A. (2012), *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Niepełnosprawność intelektualna – etiopatologia, epidemiologia, diagnoza i terapia*, red. K. Bobińska, T. Pietras, P. Gałęcki, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.
- Fornalik I. (2010), *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną? Poradnik dla specjalistów*, Stowarzyszenie Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa Bardziej Kochani, Warszawa.

- Fornalik I. (2012), *Edukacja seksualna osób z niepełnosprawnością intelektualną. W poszukiwaniu właściwego modelu* [w:] *Przemiany seksualności w społeczeństwie współczesnym. Teoria i rzeczywistość*, red. Z. Lew-Starowicz, K. Waszyńska, Wydawnictwo UAM, Poznań.
- Izdebski Z. (2005), *Postawy Polaków wobec seksualności osób niepełnosprawnych ruchowo i intelektualnie* [w:] *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, red. J. Głodkowska, A. Giryńska, Wydawnictwo Naukowe APS, Warszawa.
- Izdebski Z. (2007), *Rodzice dziecka niepełnosprawnego wobec jego seksualności* [w:] *O seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną*, red. A. Ostrowska, Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Kania A. (2005), *Postawy studentów APS i uczestników konferencji wobec seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, red. J. Głodkowska, A. Giryńska, Wydawnictwo Naukowe APS, Warszawa.
- Karwacka M. (2005), *Rodzice wobec seksualności dziecka niepełnosprawnego intelektualnie* [w:] *Seksualność osób z niepełnosprawnością intelektualną – uwalnianie od schematów i uprzedzeń*, red. J. Głodkowska, A. Giryńska, Wydawnictwo Naukowe APS, Warszawa.
- Kijak R. (2010), *Seks i niepełnosprawność. Doświadczenia seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Kościelska M. (2004), *Niechciana seksualność. O ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie*, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- McCabe M.P. (1993), *Sex education programs for people with mental retardation*, „Mental Retardation”, 31.
- Mikrut A. (2013), *O prawie osób z niepełnosprawnością intelektualną do przeżywania i wyrażania swojej seksualności. Między ideą, deklaracjami a rzeczywistością*, „Niepełnosprawność”, vol. 9, s. 57–71.
- Nowak-Lipińska K. (1996), *Pytania o miejsce edukacji seksualnej w systemie edukacji osób z głębszym upośledzeniem umysłowym* [w:] *Spółczesność wobec autonomii osób niepełnosprawnych*, red. W. Dykcik, Wydawnictwo Eruditus, Poznań.
- Raport Grupy Edukatorów Seksualnych „Ponton” 2009/2011.
- Stelter Ź. (2009), *Dorastanie osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Trwińska M. (1998), *Wychowanie prorodzinne i seksualne w szkole polskiej. Streszczenie raportu (Mały Raport)1994/1995* [w:] *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej i profilaktyki HIV/AIDS*, red. J. Rzepka, AGAT, Katowice.
- Źródła internetowe:
http://www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/WHO_BZgA_Standardy_edukacji_seksualnej.pdf.
- Wychowanie seksualne po polsku. Stan faktyczny* (2003), Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, Warszawa, www.Federa.org.pl/dokumenty_pdf/edukacja/zeszyt3.pdf.

Danuta Grzybowska
Uniwersytet Gdański

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną i dziecko jako szczególne podmioty diagnozy w interpretacji przyszłych pedagogów

A person with intellectual disability and a child as a special
subjects of diagnosis in the interpretation of a budding educators

A special kind of imbalance between participants of a diagnostic relation (diagnostician – w person with disability) enforces it to undergo some rigors to make it accurate. For instance, in its ethical codex American Psychological Society stresses: *Children and disabled persons participating in a survey require a special care*. The presented research was an attempt to reconstruct a picture of intellectual disability emerging from a student's interpretation of the above quoted rule. It seems that syntactic proximity to a child makes a person with intellectual disability lose her own, mature identity. Obviously, juxtaposition of a child and a person with intellectual disability may find its reason. Anyway, as far as the fixed ways of interpretation are concerned, it seems valid to avoid such procedures, since they might legitimize this type of reasoning.

Słowa kluczowe: osoba z niepełnosprawnością intelektualną, dziecko, diagnoza, diagnozowanie, pedagodzy

Keywords: person with intellectual disability, child, diagnosis/diagnosing process, educators

Wprowadzenie

Diagnoza, czyli rodzaj sztuki „odróżniania za pomocą pośredniego poznawania” [Paluchowski 2007, s. 13], jest zazwyczaj definiowana w kategoriach procesu lub tego procesu efektu końcowego. W tym pierwszym rozumieniu obejmuje różnorodne czynności i sytuacje o charakterze poznawczym, emocjonalnym, społecznym czy komunikacyjnym [Paluchowski 2007, s. 11–12]. W większości przypadków przyjmuje ona postać spotkania, w którym uczestniczy osoba diagnozowana (badany) i osoba diagnozująca (diagnosta). Spotkania jednak bardzo specyficznego, którego cechą wyróżniającą jest rodzaj relacji charakteryzujących

się wyraźnym brakiem równoważności. Ta asymetria kontaktu diagnostycznego dotyczy m.in. ról, które przyjmują uczestnicy (dominacja diagnosty przy kontroli przebiegu kontaktu, wyznaczaniu ram tematycznych), aktywności komunikacyjnej uczestników (diagnosta raczej słucha), funkcji badania (diagnosta dokonuje rozpoznania, uwzględniając dobro badanego, a nie własne korzyści).

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w sytuacji diagnozy doświadczają niejako podwojonej asymetrii w kontakcie z diagnostą. Z jednej strony – jak zauważa E. Zakrzewska-Manterys [2010, s. 139] „stosunki społeczne z upośledzonymi nigdy nie będą symetryczne, bo to właśnie niesymetryczność jest papierkiem lakmusowym upośledzenia”, z drugiej zaś – w ramach wspomnianego kontaktu upośledzeni skazani są na asymetrię wpisaną w jego istotę.

To szczególne zachwianie równowagi między uczestnikami kontaktu diagnostycznego sprawia, iż dla prawidłowego jego przebiegu niezbędne jest poddanie go pewnym rygorom, regulującym zachowanie i relacje uczestników. Wśród nich uwagę zwracają te, bezpośrednio odnoszące się do osób z niepełnosprawnością intelektualną. J. Brzeziński [2007, s. 65] w rozważaniach na temat „Co wolno a czego nie wolno w eksperymentach z udziałem ludzi”, zauważa, że: „badacz szczególną troską musi otoczyć osoby, które są jeszcze dziećmi albo są niepełnosprawne, albo pozostają w jakiejś zależności od badacza. W kodeksie etycznym stworzonym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne można zaś przeczytać m.in.: „Udział uczestników badania musi opierać się na jasno określonym porozumieniu ... Szczególnej troski wymagają dzieci i osoby niepełnosprawne biorące udział w badaniu” [Brzeziński 2007, s. 63].

Taki rodzaj językowego osadzenia niepełnosprawnych intelektualnie w „składniowym towarzystwie” dzieci koresponduje wyraźnie z zabiegami bezpośredniego odnoszenia do siebie tych dwóch podmiotów. Stosowanie paraleli z użyciem tych dwóch grup odniesienia wydaje się być praktyką obecną nie tylko w sytuacji diagnozy. Duet dziecko – niepełnosprawny intelektualnie ma swoją, wcale niekrótką, historię i pojawia się w różnych dziedzinach życia.

Na gruncie nauk pedagogicznych i psychologicznych porównanie osoby z niepełnosprawnością intelektualną do dziecka pojawiło się w momencie przyjęcia ewolucyjnego kryterium przy określaniu stopnia niepełnosprawności, kiedy podstawowym wskaźnikiem upośledzenia stał się odpowiednio niski poziom inteligencji, potwierdzony mierzalnym stopniem IQ. Tego typu stanowisko wyraźnie współbrzmi z ujmowaniem rozwoju w kategoriach osiągania ustalonych standardów, które uwidaczniają problem normy i odstępstw od niej [Brzezińska 2000, s. 43–44]. Takie statystyczne podejście znajduje swoje odbicie w charakterystykach typu: „[...] poziom umysłowy najgłębiej upośledzonego odpowiada poziomowi umysłowemu dziecka normalnego w wieku poniżej 2,5 lat” [cyt. za: Doroszewski 1989, s. 33], z drugiej zaś strony traktowaniu niepełnosprawnych

intelektualnie jako „wiecznych dzieci”. Ten sposób postrzegania osób z niepełnosprawnością intelektualną ma we współczesnej pedagogice wymiar w zasadzie historyczny. Krytyce poddała go już w latach 80. XX w. J. Doroszewski [1989, s. 33–34], zwracając uwagę na nierównomierność rozwoju osób z upośledzeniem umysłowym w porównaniu z harmonijnym jego przebiegiem w przypadku wzorca dziecięcego, a także na niebezpieczeństwa związane z tego typu myśleniem w procesie wsparcia [Doroszewski 1989, s. 33–34]. Nie oznacza to jednak, że zniknął on ze społecznej świadomości.

Innych, bardzo ciekawych odniesień niepełnosprawności intelektualnej do kategorii dziecięctwa można doszukiwać się także w sztuce. Jak zauważa Agnieszka Pospiszyl, w różnych epokach (np. w baroku) w malarskich przedstawieniach postaci np. małego Chrystusa czy też amorków i aniołków, a więc postaci mających bezpośredni kontakt z boskością, można dostrzec nawiązanie do zewnętrznych cech dzieci z zespołem Downa. Trudno oczywiście o jednoznaczną interpretację tego zjawiska. Jedna z nich sugeruje, że: „[...] artyści obawiali się konsekwencji tego, na kogo wyrośnie osoba przez nich sportretowana – dlatego też używali modeli, o których wiadomo było, że zawsze pozostaną niewinne, nie popełnią zbrodni i nie obciążą sumienia artysty niewłaściwym doбором modelu dla postaci Dzieciątka czy anioła [...]” [<http://www.anula.pl/dawno-dawno-temu.html>, dostęp: 10.05.2013].

W domyśle bowiem osoba z zespołem Downa pozostawała całe życie dzieckiem z przypisaną mu niewinnością. Z drugiej strony warto zdawać sobie sprawę, że akurat pozytywne postrzeganie osób z zespołem Downa jest ułatwione dzięki pewnym cechom ich wyglądu i zachowania. Według Hanny Olechnowicz są to np.: mała ruchliwość i płaczliwość, łatwość naśladowania innych ludzi i trwałego przywiązywania się do nich, charakterystyczny wygląd zewnętrzny (płaska twarz, szeroko rozstawione oczy, wysokie czoło) budzący uczucia opiekuńcze [Olechnowicz 1991, s. 22–23].

Trzecią wreszcie płaszczyzną, na której dokonuje się swoiste spotkanie kategorii pojęciowych dziecka i osoby niepełnosprawnej intelektualnie, jest religia. Twórca wspólnot L'Arche Jean Vanier często przywołuje postawę dziecka jako najbardziej wartościową w odkrywaniu sensu egzystencji. W odkrywaniu duchowego wymiaru relacji z Bogiem i drugim człowiekiem. Postawę, która ma wiele odniesień także do życia osób upośledzonych: „[...] ludzie cierpiący z powodu upośledzeń umysłowych nie poznają Boga w sposób intelektualny, abstrakcyjny, ale mają zdolność wyczuwania, że są kochani. Kiedy dzieci wiedzą, że są kochane, wtedy są spokojne. Kiedy czują, że są niechciane, odczuwają ból. One uczą się przez kontakt z sercem, ciałem, zmysłami. Czyż nie odnosi się to [...] zwłaszcza do ludzi z poważnymi upośledzeniami umysłowymi, którzy mają niewiele zdolności i nikt ich nie podziwia za osiągnięcia?” [Vanier 1996, s. 42].

W przypadku oficjalnego stanowiska Kościoła katolickiego w sprawie traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną także pojawia się nawiązanie do sytuacji dziecka. Na portalu mateusz.pl kwestię tę wyjaśnia ks. Mirosław Czaplą [<http://mateusz.pl/pow/021101.htm>, dostęp: 10.05.2013]: „[...] W prawie kanonicznym osoby upośledzone zasadniczo są zrównane z dziećmi, czyli osobami „przed ukończeniem 7 roku życia, które uważane są za nieposiadające używania rozumu” (Kan. 97 § 2).

Stąd wynika określony sposób traktowania osób z niepełnosprawnością intelektualną w przyjmowaniu sakramentów świętych, np.: „[...] Chrzest może zostać udzielony osobie upośledzonej umysłowo (niepełnosprawnej), gdyż jest ona uznana za dziecko. „Z dzieckiem zrównany jest [w prawie], gdy chodzi o chrzest także ten, kto nie jest świadomy swego działania” (Kan. 852 § 2) [...] co do spowiedzi ze względu na problemy ze świadomością grzechu u osób upośledzonych do sakramentu może przystępować ten, kto osiągnął wiek rozeznania (por. Kan. 989) [...] ostatecznie to spowiednik rozeznaje czy może udzielić rozgrzeszenia czy rzeczywiście ktoś miał świadomość grzechu, w jakiś sposób go wyznał i żałował”.

Zaprezentowane powyżej przykładowe sposoby ujmowania niepełnosprawności intelektualnej przez jej odniesienia – w różnych wymiarach – do dzieci i ich rozwoju, każą zastanowić się, na ile znajdują one swe odbicie w postrzeganiu niepełnosprawności przez przyszłych pedagogów w kontekście zasady etycznej, zalecającej otoczenie szczególną troską dzieci i osoby niepełnosprawne intelektualnie. Aby to sprawdzić, poproszono 20 studentów pedagogiki specjalnej (studia I stopnia, II rok) o interpretację tej zasady w brzmieniu Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego¹.

W przypadku większości (14 osób) badanych studentów sposób sformułowania zasady zdawał się narzucać im tok myślenia. Podejmowali oni zazwyczaj jedynie próby opisanie cech wspólnych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i dzieci znajdujących się w sytuacji diagnozy. Na plan pierwszy wysuwali dwa aspekty ich funkcjonowania: emocjonalny i intelektualny, rzadziej – behawioralny. Z jednej strony studenci podkreślali, że zarówno dzieci, jak i osoby niepełnosprawne intelektualnie:

- są bardziej wrażliwe,

a ponadto:

- są bardziej podatni na lęk, często czują się niepewnie,

- gorzej znoszą porażkę,

- są bardziej podatni na nacisk z zewnątrz,

z drugiej zaś – wskazywali podobieństwa w sferze poznawczej i komunikacyjnej:

- w zależności od stopnia niepełnosprawności osoby z dysfunkcją intelektualną mogą mieć porównywalny poziom inteligencji do dzieci,

¹ Badania przeprowadzono w styczniu 2013 r. w Instytucie Pedagogiki UG.

- mają niższy poziom inteligencji niż pełnosprawne osoby dorosłe,
- nie rozumieją wszystkich przyczyn i konsekwencji swojego stanu,
- mogą po prostu nie rozumieć pytań, które są im zadawane,
- mają problem ze skupieniem uwagi i koncentracją,
- nie są zdolne do konkretnego wyrażania swoich myśli, odczuć, do jasnego wyjaśniania swojego stanu.

W sferze behawioralnej badani studenci zauważali m.in.:

- ich zachowanie może być nienaturalne,
- często są niesamodzielne,
- [...] dziecko szybko się zmęczy. Tak samo osoba niepełnosprawna ze względu na swoją niepełnosprawność [...] zniechęci się i zmęczy,
- są bardziej ruchliwe,
- czasem trudno z nimi współpracować,
- zadają więcej skomplikowanych pytań.

Konsekwencją powyższego sposobu postrzegania niepełnosprawnych i dzieci są formułowane niekiedy przez studentów wskazówki do pracy z tymi osobami:

- wymagają więcej uwagi;
- trzeba przy nich być bardziej uważnym i troskliwym;
- musimy im coś kilka razy tłumaczyć i mówić bardzo prostym, nieskomplikowanym językiem; trzeba do nich mówić ciepło i życzliwie;
- koniecznie we współpracę muszą być zaangażowani rodzice, gdyż to oni mają w tej sprawie decydujące zdanie;
- diagnoza to niekiedy ciężki orzech do zgryzienia dla dorosłego czy też pełnosprawnego, więc opisywana grupa ludzi może liczyć na szczególne względy.

Zaledwie w przypadku czterech badanych można zauważyć pewne odejście od – narzuconego formułą stylistyczną omawianej zasady – schematu interpretacyjnego. W dwóch przypadkach studenci zauważają konieczność zastosowania specjalnych metod diagnostycznych w badaniach osób niepełnosprawnych („w niektórych przypadkach diagnosta musi zastosować inne, szczególne metody diagnozowania, aby pomimo trudności intelektualnych, rozpoznać dane zjawisko”). Jeden z badanych stwierdził, że:

przy diagnozowaniu szczególnie osób niepełnosprawnych diagnosta nie powinien kierować się własnymi uprzedzeniami czy poglądami,

inny podkreślił, iż:

[...] po części dzieci i niepełnosprawni intelektualnie są szczególnymi grupami.

W jeszcze innym przypadku student zauważa odmienność etiologii podobnych zachowań dzieci i osób NI:

[...] dzieci bowiem są bardziej ruchliwe, mogą krócej skupić uwagę na podanym zadaniu. Osoby niepełnosprawne również mają problem z koncentracją uwagi, co może być spowodowane zaburzeniem integracji sensorycznej.

W dwóch przypadkach badani odnieśli swoje refleksje do pojęcia „dziecko z niepełnosprawnością intelektualną”. Trudno stwierdzić czy niedokładnie odczytali omawianą zasadę, czy też dokonali swoistej kontaminacji obu kategorii:

- Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną są grupami wymagającymi zwiększonej troski w trakcie prowadzenia badań, ponieważ niechący mogą zostać w pewien sposób urażeni, przestraszyć się, co skutkuje niechęcią do diagnosty.
- Dzieci niepełnosprawne intelektualnie wymagają szczególnej troski podczas diagnozy, ponieważ dzieci te często są nie do końca samodzielne, często szybko się frustrują, więc trzeba być ostrożnym przy zadawaniu pytań.

Żaden z badanych nie wskazał na szczególny rodzaj usytuowania prawnego osób niepełnosprawnych i dzieci – i co za tym idzie – swoisty sposób komunikowania wyników diagnozy oraz ustalania działań terapeutycznych niejako poza badanym.

Każda wypowiedź niesie ze sobą określone znaczenia zawarte nie tylko w użytych słowach, ale również w samej jej konstrukcji. Język zmusza użytkownika do podporządkowania się jego wzorcom. Buduje strefy znaczeń i schematy klasyfikacyjne różnicujące przedmioty. To w nim są konstruowane społeczne portrety. Jakie zatem obrazy niepełnosprawności intelektualnej wyłaniają się ze studenckiej interpretacji przywoływanej tu zasady?

Wydaje się, że w wyniku syntaktycznego sąsiedztwa z dzieckiem osoba z niepełnosprawnością intelektualną w studenckiej percepcji traci niejako własną, dojrzałą tożsamość, a w zasadzie – nigdy jej nie tworzy, gdyż tę z okresu dzieciństwa przenosi w dorosłe życie. W ten sposób społeczeństwo nie pozwala jej być sobą, czyli osobą upośledzoną ze wszystkimi uwarunkowaniami tego stanu.

Badani studenci w swoich odniesieniach do opisywanej zasady, podkreślając dziecięcą wrażliwość niepełnosprawnych intelektualnie, wpisali się w pewną wyidealizowaną ich wizję, która leży u podstaw „egzaltowania się dziecięcą szczerością, naiwną prostodusznością czy pięknem emocjonalnego ciepła upośledzonych jako potencjalnych partnerów czystej przyjaźni” [Zakrzewska-Manterys 2010, s. 138].

Drugie pytanie, które należałoby sobie postawić, brzmi: co „zyskuje” dziecko na porównaniach tego typu? Ono, podobnie jak upośledzeni umysłowo, w kontakcie diagnostycznym jest w sytuacji podwójnego uzależnienia – jako osoba badana (pacjent) i jako dziecko. Janusz Korczak [1966, s. 124–128], analizując sytuację

dziecka w świecie dorosłych, podkreślał istnienie asymetrii w relacji dorosły – dziecko, opartej m.in. na przewadze dorosłego w zakresie:

- wzrostu i masy „[...] większe – ważniejsze od małego [...] Szacunek i podziw budzi to, co duże [...] Mały – pospolity, nie ciekawy. Mali ludzie, małe potrzeby, radości i smutki [...]”;
- siły: „[...] dziecko jest słabe. Możemy podnieść, podrzucić do góry, wbrew woli posadzić, możemy przemocą zatrzymać w biegu [...]”;
- odpowiedzialności: „[...] ono nie słucha. Jakby rozmyślnie, jakby złośliwie. Trzeba pilnować, by posłuchało, trzeba pilnować, by wykonało”;
- użyteczności: „[...] mała wartość rynkowa młodego”;
- wiedzy i doświadczenia: „[...] a dziecko małe, słabe, które krótko żyło – nie czytało, nie umie [...] Nie zna trudności i powikłań dorosłego życia”.

W tym kontekście uczynienie z dziecka punktu odniesienia dla niepełnosprawności intelektualnej dodatkowo przyczynia się do obsadzenia go w nie swojej roli – roli osoby o zmniejszonym potencjale intelektualnym. Na szczęście dla dziecka, z czasem opuszcza ono scenę dzieciństwa, porzucając również przypisane mu na niej role. Tego przywileju często nie ma człowiek upośledzony umysłowo.

Zestawienie osoby dziecka i osoby z niepełnosprawnością intelektualną może mieć oczywiście swoje uzasadnienie. Może prowadzić do krytycznego spojrzenia na jedną, jak i na drugą. Może sprzyjać obrazowemu przybliżeniu problemów tych osób. Biorąc jednak pod uwagę pewne utrwalone sposoby interpretacji, wydaje się, iż należałoby unikać tego typu zabiegów, gdyż mogą one przyczyniać się do legitymizowania takiego właśnie sposobu myślenia.

Bibliografia

- Brzezińska A. (2000), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa.
- Brzeziński J. (2007), *Co wolno a czego nie wolno w eksperymentach z udziałem ludzi*, „Charaktery”, nr 1.
- Doroszewska J. (1989), *Pedagogika specjalna*, Wrocław–Warszawa, t. II.
- Korczak J. (1966), *Prawo dziecka do szacunku* [w:] S. Wołoszyn (wybór i oprac.), *Źródła do dziejów wychowania i myśli pedagogicznej*, Warszawa, t. III.
- Olechnowicz H. (1991), *Portrety psychologiczne dzieci upośledzonych umysłowo i wskazania do pracy wychowawczo-terapeutycznej*, Warszawa, s. 22–23.
- Paluchowski J. (2007), *Diagnoza psychologiczna. Proces – narzędzia – standardy*, Warszawa.
- Vanier J. (1996), *Serce Arki. Duchowość na każdy dzień*, Warszawa, s. 42.
- Zakrzewska-Manterys E. (2010), *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa*, Warszawa.

Źródła internetowe:

<http://mateusz.pl/pow/021101.htm>.

<http://www.anula.pl/dawno-dawno-temu.html>.

Karolina Tersa
Uniwersytet Gdański

Kompetencje diagnostyczne nauczycieli. Oczekiwania i wyzwania

Teachers' diagnostic skills. Expectations and challenges

The article is centered on modern expectations, put up for Polish teachers. More and more awaited skills are to find in the changing role of an educator. Those new functions are highly desirable, because of new educational challenges (f. e. of dealing with pupils with SEN in regular schools) and pedagogical trends. Among new tasks we can find careful diagnosis of the pupils. Neither teachers' training nor given support isn't corresponding with those expectations.

Słowa kluczowe: nauczyciel, pedeutologia, kompetencje diagnostyczne, dydaktyka, specjalne potrzeby edukacyjne

Keywords: teacher, teacher studies, diagnostics skills, didactics, special educational needs

Wprowadzenie

Diagnoza jest jedną z podstawowych czynności umożliwiających skuteczne, celowe działanie. Działaniem takim bez wątpliwości jest proces terapeutyczny, edukacyjny, wychowawczy. Diagnozę należy zatem bezwzględnie potraktować jako podstawowe narzędzie w pracy osób, które procesem tym kierują.

Podstawowym miejscem dokonywania prawnie ukonstytuowanych diagnoz od dawna w polskim systemie oświaty są poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Diagnoza dokonywana w nich ma jednak jedną niezwykle znaczącą wadę – nie pozwala na zaobserwowanie dziecka w jego naturalnym środowisku. Niemożliwość diagnozowania w warunkach naturalnych rodzi wiele nieścisłości w prowadzonych badaniach. Stres poddanego testowi dziecka, niezrozumienie jego specyficznych zachowań, lęk rodzica, nieadekwatność wybranego narzędzia do niewidocznej na pierwszy rzut oka specyfiki badanego podmiotu – to tylko niektóre z wad przypisywanych pochodnej diagnozie.

W obliczu tego rodzaju problemów można stwierdzić, iż najcenniejsze i dające najwięcej wymiernych oraz przydatnych do planowania działania danych przynoszą diagnozy prowadzone w środowisku naturalnym dla badanego podmiotu. Ich zalety można zamknąć w przeciwieństwach opisanych powyżej wad. Diagnozy takie są długotrwałe. Obserwacja w warunkach naturalnych pozwala na wielodniowe, ciągłe, przynoszące różnorodność sytuacji, stanów zewnętrznych i wewnętrznych podmiotu, testowanie. Podmiot badań nie czuje się obiektem, zestresowanym nieznaną i niezrozumiałą sytuacją. Na dodatek w przypadku wyciągnięcia pochopnych lub błędnych wniosków możliwa jest zmiana podejścia diagnostycznego, użycie innego narzędzia, skonfrontowania pierwszych pomysłów z wciąż zmieniającymi się warunkami.

W diagnozie w naturalnym środowisku nikt nie przeżywa stresu. Jest to proces podobny do codziennego poznawania drugiego człowieka – szukania jego charakterystycznych, unikatowych cech. Proces ten przypomina bardziej codzienne spotkanie niż naznaczone piętnem medycyny poradniane diagnozy. W związku z tym działanie w środowisku naturalnym jest jednym z podstawowych postulatów współczesnej diagnostyki.

Szkoła jako miejsce diagnozy

Banalnym stwierdzeniem jest, że szkoła stanowi jedno z najbardziej znaczących, dla rozwoju młodego człowieka, środowisk społecznych. Zaraz po środowisku rodzinnym jest światem, w którym lokowana jest największa ilość działań, wpływów, czynników rozwijających czy zaburzających. W szkole realizuje się wiele własnych dążeń, poszukuje wzorców, orientacji, źródeł tożsamości.

O ile rodzina jest ontogenetycznie wcześniejszym, można więc założyć, iż bardziej znaczącym dla człowieka światem społecznym, o tyle możliwości podejmowania działań diagnostycznych w środowisku rodzinnym wydają się dość ograniczone. Szkoła stanowi o tyle lepsze, wdzięczniejsze i bardziej pożądane miejsce diagnozy, iż funkcjonujący w niej profesjonaliści mają szansę stać się nieinwazyjnymi badaczami. O ile diagnozy w łonie rodziny podejmowane przez samych jej członków są znaczące, w sposób istotny ukazujące wiedzę o obszarach życia dziecka, o których inne środowiska nie mogą mieć pojęcia, o tyle profesjonalizacja tych obserwacji, a także badawczy dystans, są tu prawie niemożliwe.

Trzeba pamiętać, że w szkole zachodzą równocześnie dwa procesy diagnozy. Pierwszy z nich, bardziej nominalny, unormowany, podobny jest w funkcjach do diagnozowania w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Drugi, nieformalny, nazywany niekiedy po prostu „patrzeniem w klasie szkolnej”, łączy się z nauczy-

cielską wrażliwością i uważnością. Posiada ważne cele funkcjonalne i jest mocno nakierowany na jednostkę i jej potrzeby [Konieczna 2010].

Formalne wymagania co do diagnostycznej funkcji szkoły

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach mówi, że pomoc ta w tej chwili polegać ma na rozpoznawaniu i zaspokajaniu indywidualnych potrzeb ucznia oraz rozpoznawaniu jego indywidualnych możliwości. Pomocy tej winni udzielać, w myśl opisywanego dokumentu, nauczyciele, wychowawcy i specjaliści, którzy mają się łączyć w zespoły do spraw diagnozy i planowania działań wspierających.

Do zadań takiego zespołu należą:

- „1. ustalenie zakresu, w jakim uczeń wymaga pomocy psychologiczno-pedagogicznej z uwagi na indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz możliwości psychofizyczne, w tym szczególnie uzdolnienia;
2. określenie zalecanych form, sposobów i okresu udzielania pomocy” [Jachimczak 2012, s. 170].

Jednym z rozpisywanych szczegółowo w rozporządzeniach oraz metodycznych wskazówkach dla nauczycieli zadań szkoły jest spełnienie jej funkcji diagnostycznej. Mówi się o nauczycielu jako dociekliwym obserwatorem rzeczywistości, który nie jest w stanie efektywnie zaplanować swoich działań bez pozostania obserwatorem społeczno-psychicznego świata nauczanych przez siebie klas.

Proces ten jest ważny w przypadku każdej grupy, z którą przychodzi nauczycielowi pracować. Zyskuje jednak na szczególnym znaczeniu, kiedy w grupie takiej znajdują się szczególnie uczniowie, prezentujący specjalne edukacyjne potrzeby. W przypadku tej grupy rozporządzeniodawca i współpracujący z nim doradcy opracowali bardzo szczegółowy sposób diagnostycznego działania. Wyznacza on obserwowującemu nauczycielowi kolejne kroki jego poczynań, pozostawiając jednak w wielu miejscach pole do własnych wniosków, sposobów ich przedstawiania i przetwarzania.

Wyznaczanie obszarów specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów w procesie diagnostycznym odnosi się do kilku ważnych nauczycielskich czynności. Pierwszą z nich jest tak zwana wielospecjalistyczna ocena rozwoju ucznia. Składać się na nią powinny wyniki wnikliwej diagnozy dokonywanej w sposób złożony przez zespół osób pracujących z uczniem o specjalnych potrzebach w szkole lub innej placówce. Diagnoza ta w pierwszym etapie polega na dogłęb-

nym zapoznaniu się z orzeczeniem, wydanym przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. W drugiej kolejności wchodzi w jej skład czynności dokonywane już bezpośrednio przez pracowników szkoły: obserwacje, testy, wywiady i rozmowy.

Kolejnym elementem diagnostycznego etapu pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi jest w myśli najnowszych metodycznych wskazówek szczegółowe, funkcjonalne określenie tych potrzeb. W przypadku uczniów ze SPE, którzy nie posiadają orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego, a co za tym idzie, plany ich wsparcia nie przybierają formy bardzo szczegółowych Indywidualnych Programów Edukacyjno-Terapeutycznych, tworzy się Karty Indywidualnych Potrzeb Ucznia, pozwalające na przyjrzenie się przez osoby niezwiązane z procesem diagnostycznym lub dopiero poznające ucznia, wynikiom tak skonstruowanej diagnozy.

Szkoła została zatem, w myśl najnowszych ustaleń prawnych, oficjalnie uznana za miejsce diagnozy. Również tej skutkującej uzyskaniem dla ucznia usankcjonowanego, programowego i ekonomicznego wsparcia. Dzieje się tak w przypadku tak zwanej drugiej ścieżki postępowania z uczniami z SPE, która dotyczy uczniów nieposiadających orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego. Ich specjalne potrzeby nie muszą być dokumentowane i usankcjonowane decyzją poradni psychologiczno-pedagogicznej. Zauważa się szkołę i nauczyciela jako najrzetelniejsze źródła wiedzy o uczniach. W związku z tym specjalne potrzeby zauważone w szkole uznawane są za takie, na które należy odpowiedzieć.

Należy przy tym podkreślić, że nowe rozwiązania nie wynikają wyłącznie z chęci ideologicznego ich dostosowania do panujących na świecie trendów. Konieczność przenoszenia diagnozy do placówek edukacyjnych wynika wprost z coraz większej heterogeniczności grup, które pobierają w nich naukę. Działania diagnostyczno-terapeutyczne stają się zatem, obok dotychczasowych: wychowawczych, opiekuńczych i edukacyjnych, czymś absolutnie niezbędnym w nauczycielskiej pracy [Jachimczak 2012, s. 164].

Nauczyciel – nowe oczekiwania

Wobec nauczycieli w zmieniającej się szkole stawianych jest wiele nowych, niezwykle odmiennych od tych pamiętanych sprzed kilku dekad, oczekiwań. Nauczyciele są zachęceni do przeistoczenia się z baumanowskich prawodawców, kreślących samodzielnie i autorytarnie zasady w zdefiniowanej odgórnie rzeczywistości, w tłumaczy, objaśniających i odkrywających przed uczniami wyłącznie możliwe do odnalezienia drogi jej odczytywania, zajmujących się jed-

nak przede wszystkim ukazywaniem występujących w niej prawidłowości i wyposażających uczniów w kompetencje konieczne do samodzielnej interpretacji [Bauman, 1990]. Jak pisze Teresa Hejnicka-Bezwińska [2008, s. 16]: „[...] nigdy jeszcze nie byliśmy w takiej sytuacji. Musimy się dopiero nauczyć sztuki życia w świecie nadmiernej i efemerycznej informacji. A także jeszcze trudniejszej sztuki przyuczania innych do życia w takich warunkach”.

Najpopularniejsze koncepcje, nakreślające oczekiwane w dzisiejszych czasach kierunki, w których zmieniać powinna się rola nauczycieli, mówią o odstępowaniu od bazowania w niej na *racjonalności technicznej*, wywodzącej się z filozofii pozytywnej [zob. Habermas 1999] ku przenoszeniu akcentów w stronę samodzielności poznawczej. W nurcie tym znaleźć można takie znane teorie pedagogiczne, jak koncepcja „transformatywnego intelektualisty, a także profesjonalnego mistrza, artysty czy też refleksywnego praktyka” [Dróżka 2002, s. 75]. „Z całą pewnością w warunkach wolności i różnorodności życia we wszystkich dziedzinach, nie wystarcza już model nauczyciela jako „technika od nauczania” – przekazywania jakoś „uzgodnionej” wiedzy, który to model rozwija się i nadal jest podtrzymywany (jest tańszy w realizacji) na podbudowie racjonalności pozytywistycznej” [Dróżka 2002, s. 117].

Drogi budowania się nowego typu rozumienia nauczycielstwa, opisywane szeroko w literaturze pedeutologicznej, to ewoluowanie od prostego przekazu wiedzy do kształtowania samodzielności w uczeniu się; od bezpośredniego kierowania do inspirowania jednostek w autonomicznym rozwoju; od prostego przekazu do wprowadzania w świat wiedzy, do pomagania w odnajdywaniu porządku w informacjach; od stawiania na intelekt do włączania we własną pracę myślenia o emocjach; oraz od alternatywy do twórczego i partnerskiego dialogu [Kwiatkowska 2008].

W myśl ukazywanego światopoglądu nauczycielowi nie wolno czy też nie powinien już wykorzystywać w działaniu *racjonalności technicznej*, gdzie traktuje się profesjonalizm jako sztywno, według zaprogramowanego wzoru wykonywane działania. Profesjonalizm komunikacyjny pozwala uaktywnić umiejętności elastycznego odnoszenia się do zmieniających się, nieprzewidywalnych warunków oraz nieprzerwanego uczenia się w takich okolicznościach. Podstawą rozwoju zawodowego staje się zasada systematycznego kwestionowania swojej praktyki, wola i umiejętności jej analizowania, dopuszczanie także do pojawienia się krytycznych głosów współpracowników. W takiej wizji profesjonalizmu z krytycznym namysłem podchodzi się także do teorii, którą bada się i uzupełnia przez własne zawodowe działanie [Hammersley 1997].

Jak pisze Robert Kwaśnica [2003], dzisiejszymi nauczycielami nie powinna kierować logika celu i środka (wpisana w racjonalność techniczną). Zwrócić powinni się natomiast ku etyce i logice dialogu (czyli racjonalności komunikacyjnej).

Ich kluczowym zadaniem powinno stać się porozumienie, definiowane nie jako skutek, a pierwszy i niezbywalny warunek interakcji. Używane w procesie edukacji środki nie powinny stawać się narzędziami do zmiany Drugiego a drogami własnej ekspresji komunikujących się podmiotów [Kwaśnica [2003].

Dodatkowo przekazywana w tej relacji wiedza musi mieć charakter generatywny [Grzesiak 2009]. Obejmować wiele dziedzin i skupiać się nie tyle na tak dobrze zakorzenionej w pedeutologii faktografii, a raczej wiedzy o tym co może być, gdzie wiedzy szukać, tak aby umiejętności, kompetencje i wykształcenie uczniów mogło być odporne na toczące się w zawrotnym tempie zmiany.

Kwestią nową jest również konieczność uznania przez nauczyciela autorytetu samego ucznia, jako eksperta od własnych, poznawczo istotnych doświadczeń [Klus-Stańska 2000]. Postfiguratywność dzisiejszego społeczeństwa, czyli taka jego struktura, gdzie starsze pokolenia nie są już dostarczycielami ważnej praktycznie wiedzy i nie są w stanie przekazywać jej pokoleniom młodszym, nakazuje postawić ważne i niewygodne pytanie o sens nauczycielskiej pracy w ogóle [Klus-Stańska 2000].

Opisana sytuacja wymusza na nauczycielach bezustanne kształcenie, doskonalenie swoich zawodowych kompetencji. „Wraz z postępem wiedzy i elektronicznych środków nauczania zwiększa się wymagania wobec nauczyciela. Powstaje realna potrzeba, a właściwie konieczność jego ustawicznej edukacji. Kwalifikacje nauczycielskie nie mają postaci finalnej” [Kwiatkowska 2008, s. 26]. Możliwość czy nawet konieczność bezustannego autorozwoju została ukonstytuowana nową, zatwierdzoną prawnie przez Kartę Nauczyciela, koncepcją oświaty. Dla tych celów właśnie został pomyślany system awansów zawodowych, gdzie dla zdobycia kolejnego stopnia mistrzostwa potrzeba działań bardziej złożonych niż codzienna praca.

Należy zauważyć, że oczekiwania wobec podmiotów moich rozważań odnoszą się zarówno do kompetencji związanych z rozumieniem złożoności świata, odnajdywania zależności pomiędzy tworzonymi wyłącznie na mikroskalę twierdzeniami a uniwersum oraz do ukazywania tych zależności ludziom, z którymi bezpośrednio się stykają. Oprócz tego, by ich transformatywny intelektualizm można uznać za pełny, muszą osiąść oni umiejętność współpracy nie tylko w bezpiecznym i znanym środowiskiem szkolnym, ale i na zewnątrz, w środowisku lokalnym [Rutkowiak 1995, s. 311]. Takie wymagania wobec opisywanej przeze mnie grupy stawiają na przykład reprezentanci pedagogiki krytycznej.

Nauczyciel – jako artysta w wykonywanym zawodzie, transformatywny i samoświadomy praktyk „potrzebuje samowiedzy, wiedzy o własnym przedmiocie i znajomości metod nauczania i uczenia się, przy czym ma to być wiedza przez siebie osobiście odkrywana i weryfikowana (dla siebie) w praktyce obejmującej różne uwarunkowania i problemy społeczne” [Dróżka 2002 s. 81]. Według znanej

w pedagogice koncepcji *refleksyjnego praktyka* Donalda Schöna [1983] ma być on jednostką, która konstruuje w działaniu osobną teorię wobec każdej unikalnej sytuacji. Włącza procesy poznawcze w działaniu i myśli nad działaniem. Dąży do doskonalenia się wraz z każdym podejmowanym zadaniem, rozumie przestrzeń, powstające w niej zjawiska, procesy. Z dużą swobodą przewiduje również ich skutki [Czerpania-Walczak 1997, s. 15].

Oczekiwania te wydają się być ogromne, przerastające możliwości zwykłych ludzi. Trzeba jednak zauważyć, że polski nauczyciel jest wręcz zmuszony przez socjopolityczną sytuację do stawiania się transformatywnym intelektualistą. Bez cechujących charakterystycznych dla tego typu pedagoga nie można mówić o efektywnym działaniu w nauczycielskiej pracy [Rutkowiak 1995].

Do bardziej bezpośrednio widzianych zadań współczesnego nauczyciela zaliczyć można za Kazimierzem Denkiem [2012, s. 60–61]:

- takie organizowanie procesu uczenia się, które będzie odpowiadało strategii dydaktycznej skoncentrowanej na kształcenie rozumienia świata i kierowania samym sobą i wyznaczało nauczycielowi jedynie wspierającą funkcję w tych procesach;
- angażowanie do każdego elementu pracy szkoły myślenia o wychowaniu, kształtowaniu charakteru, postaw prospołecznych, wspólnotowości, samorządności;
- szeroko rozumianą diagnozę, przeciwdziałającą wszelkiej patologizacji, działalność w obszarach zarówno rewalidacji, jak i resocjalizacji, co wiąże się z włączeniem w żywy dialog wszystkich podmiotów zaangażowanych w edukację, nie tylko tych związanych z edukacyjną profesją;
- bieżące reagowanie na szczególne wymagania stawiane przed nauczaną młodzieżą przez współczesność, co wiąże się z obserwowaniem diagnoz rynku pracy, rozumieniem mediów masowych, nakierowaniem na osobisty rozwój każdego ucznia;
- nowatorstwo we wszystkich działaniach, które ma na celu nie tylko możliwość odniesienia się do potrzeb i możliwości podmiotów swojej aktualnej pracy, ale również wykształcenie tego rodzaju postawy, niezbędnej dla funkcjonowania we współczesności, u uczniów.

Nauczyciel odnajduje się zatem we współczesnych oczekiwaniach oraz manifestacjach ich realizacji jako:

- fachowiec: przygotowany merytorycznie, indywidualizujący, dobierający treści, identyfikujący konieczne do funkcjonowania w rzeczywistości kompetencje, które musi kształcić;
- menadżer: ujmujący swoje działania w spójną całość, logiczną czasowo i przestrzennie, operacjonalizujący skonstruowane przez siebie cele w sposób niebałany;

- inspirator: motywujący, ożywiający, uruchamiający uczniach drzemiące w nich pasje;
- integrator: pracujący z grupą, negocjujący z nią, dbający o jej unikatowy charakter [Denk 2012].

Bohater moich rozważań jest przy tym niemalże zmuszony dziś do zaangażowania środków w rozwój siebie, kształtowanie zarówno swoich kompetencji, jak i osobowości. Autokreacja staje się obowiązkiem dzisiejszych pracowników systemu oświaty [Nowacki 2008]. Bez niej wysiłki skierowane ku kształceniu wymaganych współczesnością kompetencji pełzną na niczym.

Lech Witkowski nazywa nauczycielstwo „zawodem niemożliwym”, czyli takim, w którym nie sposób spełnić wszystkich stawianych przed jego reprezentantami oczekiwań. Jest to wyjątkowo trafne określenie w odniesieniu do sytuacji, którą zakreśliłam powyżej. Wydaje się, że sukcesem w dzisiejszej nauczycielskiej pracy jest już podjęcie wysiłków w kierunku spełnienia stawianych postulatów. Idealna ich realizacja wydaje się przy tym niemożliwa. Sytuacja ta, na pierwszy rzut oka zwyczajna, jest jednak wyjątkowo dramatyczna. Poczucie niespełnienia pokładanych w sobie oczekiwań powoduje bowiem w refleksywnych jednostkach wyjątkowy dyskomfort, prowokuje do wypalenia i poczucia beznadziei własnych działań.

Jaka diagnoza możliwa jest w szkole?

Jak wspomniałam wcześniej, jedną z pożądanych kompetencji współczesnego nauczyciela jest jego umiejętność diagnostyczna. Nieprzewidywalność codzienności, jej trudne do zakreślenia ramy, wielość dziejących się jednocześnie sytuacji, uniemożliwiają jednak niektóre formy ewaluacji. Bycie i obserwowanie w świecie szkoły posiada jednak ogromny potencjał do kształtowania miejsca na unikatową, nakierowaną na potencjał badanego podmiotu diagnozę.

Diagnoza czyniona w szkole, szczególnie ta nieformalna, potrzebna do codziennej pracy, nielegitymizująca za to żadnego wyraźnie nakreślonego systemu, podziału czy hierarchii, może służyć kilku znaczącym celom:

1. wstępnemu rozpoznaniu specjalnych potrzeb edukacyjnych,
2. wspomaganiu procesu nauczania-uczenia się,
3. porównywaniu osiągniętych przez uczniów wyników,
4. oraz monitorowaniu standardów edukacyjnych [Konieczna 2010].

Szczególnie pierwsze dwie kategorie wydają się być wyjątkowo istotne dla opisywanego przeze mnie tematu. Przy rozpoznawaniu specjalnych potrzeb istotna jest fachowa wiedza. Podkreśla się wagę unikania opisywania dziecka

przez pryzmat jego deficytów. Proces ten związany jest z ryzykiem naznaczenia, napiętnowania i obarczenia jarzmem stereotypu podmiotu oddziaływań [Konieczna 2010, s. 60].

Nie wolno zapominać, że dopełnieniem diagnoz podejmowanych przez nauczycieli wobec podmiotów ich edukacyjnych oddziaływań jest krytyczne, diagnostyczne przyglądanie się samemu sobie. Nauczyciel, konfrontując się w procesie edukacji z Drugim, ma możliwość stworzenia swego wielowymiarowego obrazu. Bez przejrzenia się w cudzych oczach taka aktywność byłaby niemożliwa.

Trzeba też podkreślić, że bezustannie podejmowane działanie autodiagnostyczne jest wręcz wymogiem efektywnej pracy współczesnego nauczyciela. Bez niego niemożliwe jest rozwijanie własnych kompetencji, w tym tych dotyczących indywidualizowania i przyglądania się innym ludziom.

Procesy diagnozy i autodiagnozy zachodzą zatem bezustannie i równolegle. Są dla siebie warunkami i wzajemnie się uzupełniają. Jak pisze Grzesiak [2008], są to działania wieloaspektowe i ukierunkowane na organizację działań dydaktyczno-wychowawczych. „Niezmiernie ważną sprawą jest, aby w pracy nauczyciela diagnostyka i autoewaluacja pedagogiczna towarzyszyła na co dzień oraz aby ujmowała kompleksowo elementy, mające bezpośredni wpływ na aktywny i efektywny udział każdego ucznia w procesie uczenia się. Są to:

- stan gotowości nauczyciela do podejmowania nowych zadań (ról),
- aktualny poziom pełnienia przez nauczyciela ról wobec zagrożeń edukacyjnych szkoły,
- stan warunków środowiskowych do pełnienia ról i do przyswajania przez nauczyciela nowych ról” [Grzesiak 2008, s. 41].

Należy jednak podkreślić, że przy niepewności własnych kompetencji autoewaluacja staje się zadaniem trudnym. Uświadomienie sobie własnych niedoskonałości wiąże się często nie z motywacją do pozytywnej zmiany a utkwieniem w poczuciu winy. W ocenie samego siebie i własnej pracy nauczyciel zatem również potrzebuje wsparcia.

Cienie nowych rozwiązań

Wymagania wobec nauczycielskich kompetencji diagnostycznych są ogromne. Natomiast codzienność ukazuje w tym polu wiele niedostatków. Nauczycielska niekompetencja w obszarze diagnozy powoduje zrzucanie z siebie odpowiedzialności za jej dokonywanie. Nauczycielskie rozumienie diagnozy staje się przy tym często medyczne, co powoduje wygodne poczucie, że nie jest związane z pedagogiczną kompetencją. Jak pisze Beata Jachimczak: „jest to jednak podejście

ograniczające i odsuwające od nauczycieli odpowiedzialność za zrozumienie problemów rozwojowych dziecka oraz przerzucanie działań terapeutycznych na innych specjalistów poza placówkę przedszkolną czy szkolną. Powodować to może w konsekwencji brak działań wspierających dziecko bądź utrudnione monitorowanie progresu lub regresu jego rozwoju” [Jachimczak 2012, s. 164].

Takie obszary zrzucania z siebie odpowiedzialności za niestandardowe zadania stawiane nauczycielom udało mi się zaobserwować u badanych w ramach przewodu doktorskiego [Tersa 2012] pracowników nauczania włączającego, prezentujących niskie kompetencje terapeutyczne. Co znamienne: również instytucjonalne, środowiskowe i wzajemne w gronie pedagogicznym oczekiwania wobec spełniania przez nich obowiązków diagnostycznych były wyjątkowo niskie i na taką ignorancję zezwalające.

Wobec nowych wymagań, przy tym braku kompetencji do diagnozy, doświadczanym braku korzyści z jej przeprowadzania, poczuciu, że niczemu nie służy i jest tylko utrudnieniem – uciekanie od odpowiedzialności nie jest zachowaniem zadziwiającym. Działania diagnostyczne są więc redukowane, szablonowo powielane, mało użyteczne, spełniające wyłącznie wymogi formalne, stosowane nieracjonalnie, według „gotowców” [Koniczna 2013].

Badania nad możliwościami wdrażania nowych form pracy szkoły ujawniają wiele obszarów nauczycielskiej niekompetencji. Odkryć można między innymi niedostatki w wiedzy specjalistycznej, kompetencji koniecznych do proponowanych działań a także formalnego wykształcenia, warunkującego niejednokrotnie możliwość podjęcia tego typu aktywności [por. Jachimczak 2012].

Można zauważyć również, że pedagodzy nie operują w poruszanej tematyce wiedzą teoretyczną. Poruszają się najczęściej, bez poczucia konieczności zmiany tego stanu, w wiedzy potocznej lub, jak można przeczytać w literaturze przedmiotu, w tak zwanej wiedzy instytucjonalnej [Gajdzica 2013, s. 110]. Cechuje się ona dużym poziomem potoczności, natomiast nosi piętno uwspólnienia przez podmioty miejsca jej tworzenia. Dotyczy najczęściej pełnionych przez pracowników danego miejsca ról i jest wytwarzana w interakcji. Wiedza ta jest przyjmowana na ogół w sposób powszechny, nie wymaga uzasadnienia i nie podlega przetwarzaniu.

Jej konsekwencją są wciąż kierujące działaniami większości reprezentantów opisywanej przeze mnie grupy stereotypy, kształtujące postawy oraz sposób pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Do istotnych z punktu widzenia nauczycielskich umiejętności diagnostycznych stereotypów należą:

- skupienie na biologicznych źródłach trudności,
- konieczność zaniżania progu wymagań,
- przekonanie o prymacie inkluzji na całym świecie [Gajdzica 2013].

Jednym z częstych błędów popełnianych z powodu kumulacji nieadekwatnej, stereotypowej i potocznej instytucjonalnej wiedzy, jest utożsamianie oceny z diagnozą pedagogiczną. Tymczasem, mimo że pola tych pojęć są w wielu miejscach zbieżne i procesy ich przeprowadzania są od siebie zależne, diagnoza nie jest oceną. Ocena mówi nam jaki jest wynik działania. Jest narzędziem do stratyfikacji, porządkowania uczniów według wyników, selekcji, klasyfikacji. Nie służy jednostce – służy systemowi. W diagnozie z kolei pytamy jak przebiega proces i jakie zawiera ewentualne zaburzenia. Pochylamy się nad osobą i jej indywidualnością. Dzięki niej proponuje się działania wspierające [Hajnicz 2010].

Zamieszanie takie nie jest niczym zadziwiającym. Bowiem „diagnozowanie i ocenianie nie stanowią w praktyce edukacyjnej dwóch odrębnych procesów. Być może wstępne rozpoznanie potrzeb edukacyjnych, które pozostaje najczęściej w rękach specjalnie powoływanego do spraw orzecznictwa zespołu specjalistów, stanowi ten najbardziej wyraźny element działań utożsamianych z klasycznym obszarem diagnozy. Jednak próba sprostania wymaganiom współczesnej dydaktyki ukierunkowanej na włączanie uczniów ze SPE wymaga, aby nauczyciel dokonywał stałej bieżącej oceny potrzeb ucznia w ramach diagnozy edukacyjnej” [Konieczna 2010, s. 54].

Zenon Gajdzica [2013], referując swoje badania dotyczące źródeł wiedzy polskich i czeskich nauczycieli o opisywanych zmianach, zadaje pytanie o ich realność. Niepokojące z punktu widzenia autora tendencje do niesięgania przez badanych do powszechnie dostępnej wiedzy o zmianach mogą w sposób bezpośredni oznaczać, że są na tyle nieistotne, że niewymagające ich uwagi.

Diagnoza wiąże się z bardzo zaawansowanymi kompetencjami pedagogicznymi. Nie jest działaniem, które większość ludzi może podjąć bez odpowiedniego przygotowania. „W diagnozie dążymy do poznania, zrozumienia zjawisk występujących u określonej osoby, dziecka i ucznia. Procedura weryfikacji hipotezy, a przeważnie, kolejnych hipotez, czyli zrozumienie występujących zjawisk, w przypadku edukacji, przede wszystkim dotyczących procesu uczenia się, w tym przypadku ma służyć zrozumieniu tego, co dzieje się z tą konkretną osobą, i nie musi mieć mocy zasady obowiązującej w innych przypadkach” [Hajnicz 2010, s. 36].

Jak rozległy to problem, ukazują badania przeprowadzone przez Agnieszkę i Iwonę Konieczne [Konieczna, Konieczna 2010]. Wyniki analiz wykazały, iż nauczycielska diagnoza jest bardzo daleka od profesjonalizmu. Na ogół jest nie tylko intuicyjna, ale i po prostu niefachowa. Nie odbiega w swojej strukturze, jakości i merytoryce od diagnoz dokonywanych intuicyjnie i przez pryzmat silnych emocji przez samych rodziców uczniów ze specjalnymi potrzebami.

Można by oczekiwać, że w pożądanym we współczesnym systemie oświaty kompetencje będą wyposażeni młodzi adepci zawodu, pobierający swoje formalne wykształcenie w momencie powstania już nowych oczekiwań. Tymczasem

powszechna krytyka standardów kształcenia nauczycieli pozwala wątpić w taką możliwość. Jak pisze D. Klus-Stańska [2011, s. 43], nowe standardy kształcenia „nie tylko nie poprawiają, ale obniżają możliwość zagwarantowania jakości przygotowania kadr nauczycielskich do pracy w dynamicznie zmieniających się warunkach kulturowych i rynkowych. Stwarzają ryzyko przekształcania szkoły w skansen edukacyjny zatrudniający kadrę o niskich kompetencjach i przygotowaniu w żadnej mierze nieprzystającym do wymagań współczesności”.

System ten przynosi za to całą gamę błędów, wręcz uniemożliwiających wprowadzenie postulowanych kompetencji do programów kształcenia przyszłych nauczycieli. Należą do nich:

1. Oderwanie programów od pedagogiki. Przyszli nauczyciele stają się wyłącznie przedstawicielami dyscyplin. W nowe programy wręcz wpisana jest ich niewydolność wychowawcza.
2. Biurokratyzacja standardów.
3. Chaotyczność i niespójność założeń i terminologii.
4. Dominacja celów adaptacyjnych i odtwórczych [Klus-Stańska 2011].

Do wskaźników przyszłych kłopotów w nauczycielskiej pracy można zaliczyć spowodowane zmianami w systemie kształcenia na szczeblu uniwersyteckim obniżenie liczby godzin na kształcenie pedagogiczne, brak możliwości zajęcia się istotą tendencji opiekuńczych szkoły, deformacja idei pożądaných u przyszłych pedagogów kompetencji społecznych oraz, co istotne z punktu widzenia konieczności pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych i ich zaspokojenia, absolutne pominięcie indywidualizacji. „Ani umiejętność różnicowania bieżących zadań na lekcjach, dostosowywania metod i treści do konkretnych uczniów, ani zdolność do reagowania na wydarzenia i zmiany zachodzące w świecie nauce, które stanowią podstawowy element kompetencji nauczycieli w Europie i główną zasadę kształcenia szkolnego, w ogóle nie są brane pod uwagę” [Klus-Stańska 2011, s. 49].

Czego zatem potrzeba?

Niezbędne jest pomyślenie o szkole jako jednym z ważniejszych miejsc udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Tendencja ta będzie rosła wraz z poszerzaniem się inkluzyjnej formy kształcenia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Placówki należy zatem wesprzeć w pełnieniu tej funkcji – póki co jest zadaniem spełnianym w systemie co najmniej niedostatecznie [Jachimczak 2012].

Tymczasem nowe rozwiązania prawne nie przyniosły ze sobą pomysłów na ich wdrożenie. Nauczyciele pozostawieni są sobie, swoim środowiskom i oddolnym inicjatywom. Jak pisze Gajdzica [2013, s. 106–107] „Ideologia przywołanego projektu opiera się na przesłankach etycznych. Sprecyzowano w nim zalecenia w postaci powołania szkolnych zespołów do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów, tworzenia indywidualnych programów edukacyjno terapeutycznych dla uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego oraz programów wsparcia uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Zabrakło jednak propozycji służących ich faktycznemu, a nie jedynie postulowanemu, wdrożeniu. [...] wdrażane zmiany, szczególnie w zakresie szkolnych Zespołów niosą ze sobą wiele nowych wyzwań w dziedzinie prowadzenia dokumentacji i obciążenia dodatkowymi obowiązkami pracowników szkoły ogólnodostępnej”.

Autor zauważa również, że obok ważnych aspektów, związanych z merytorycznym przygotowaniem nauczycieli do pracy, pojawiają się inne istotne obszary. Należy do nich na przykład przekonanie opisywanej przeze mnie grupy do słuszności i ważności projektowanych zmian. Oczywiście przy każdym przekształceniu opór można zniwelować przez prowadzenie dialogu, porozumienia, aktywne angażowanie nauczycieli w projektowanie zmiany oraz proponowanie wsparcia. Bez pozytywnych nastawień bowiem opisywana grupa pozostanie zablokowana na nowe i nie będzie w stanie go efektywnie rozwijać. Pozostanie, jak ich nazywa Dylak [2000] „pozornie przystosowana”. Zmiany będą wprowadzać powierzchownie, wyłącznie w celu dopełnienia formalnych wymagań.

Trzeba zatem włączyć podmioty moich rozważań w debatę o kierunku zmian. „[...] trudno wyobrazić sobie przekonanie rzeczywistych realizatorów jakiegokolwiek reformy do jej założeń bez przekazania im istotnych informacji na jej temat. Bez wątplenia problem narasta, kiedy wskazani realizatorzy nie uczestniczą w dyskusjach nad jej formułą i głównymi założeniami. Wprawdzie pominięcie lub zignorowanie znaczenia takiego etapu w przygotowywanych przemianach pozornie usprawnia przebieg całego procesu, ale znacząco obniża szanse na jego powodzenie” [Gajdzica 2013, s. 112].

Oczywistym stwierdzeniem jest, iż w celu podniesienia efektywności wprowadzonych rozwiązań jest przeniesienie ciężaru na ich kształtowanie podczas nauczycielskich studiów. Projektujący współczesne programy kształcenia akademickiego zdają się jednak ulegać powszechnemu mitowi powołania czy też samoczynności pewnych procesów. „Do stosunkowo uproszczonych stereotypów należą przekonania, że szkoła, rodzina, instytucje resocjalizacyjne czy opiekuńczo-rehabilitacyjne wychowują siłą rzeczy, siłą swego istnienia. Jeśli nawet nauczyciele – wychowawcy nie są więźniami pewnych stereotypów, to pułapki w których się znajdują, są rozleglejsze niż ich gotowość do krytycznej samooceny lub chęci pogłębiania wiedzy i umiejętności z tego zakresu” [Kosyrz 2008, s. 120].

Konieczne wydają się również różnego rodzaju metodyczne opracowania, dostarczające względnie jasną i użyteczną wiedzę nauczycielom już pracującym w systemie. Nie ma na przykład w ogóle tego rodzaju poradników, dotyczących oceniania wspierającego proces kształcenia [Konieczna 2010]. W tym obszarze bohaterowie moich rozważań po raz kolejny zostawiani są sami sobie.

Z aspektów metodycznych, ku którym koniecznie trzeba zwrócić się w kształceniu nauczycieli, należy wymienić przede wszystkim nauczanie ku indywidualizacji. Ta nietotalitarna forma pracy z uczniami, wyrażająca się reagowaniem na niestandardowe ludzkie potrzeby i takie organizowanie sytuacji dydaktycznych, opiekuńczych i wychowawczych, by wspomagać ich realizację, jest podstawą zwrócenia się ku uczniowi, który potrzebuje od szkoły wsparcia. Jak pisze D. Klus-Stańska [2011, s. 49], jest również jednym z najistotniejszych regulatorów dla efektywnej i nakierowanej na podnoszenie jakości kształcenia dla wszystkich diagnostyki pedagogicznej.

Oprócz kompetencji niezbędnych do indywidualizacji oraz obecnych od dłuższego czasu w debacie o kształceniu nauczycieli komunikacji oraz projektowania, oddzielną uwagę należałoby poświęcić właśnie diagnozowaniu [Grzesiak 2008]. Należy przy tym rozumieć je wieloaspektowo. Nie poświęcać czasu wyłącznie na technologiczną stronę tego procesu, zamkniętą w użytecznych narzędziach, odnieść się za to również do kształtowania osobowych cech, koniecznych by używać tych narzędzi z wyczuciem i efektywnie, z nakierowaniem na dobro ucznia interpretować ich wyniki.

Zakończenie

Żądanie od nauczycieli bieżącego diagnozowania nauczanych przez nich dzieci jest zjawiskiem zdecydowanie pożądanym. Nikt inny nie jest w stanie być tak bogatym źródłem wiedzy na temat specyficznych uwarunkowań uczenia się poszczególnych podmiotów kształcenia. Zmusza to również współczesnych pedagogów do ciągłej refleksji nad podejmowanymi działaniami, dostosowywania swoich działań do potrzeb dzieci, autoewaluacji.

Jednak pozostawienie opisywanej grupy zawodowej bez wsparcia w realizacji stawianych wymagań wymusza ich wypaczenia. Nauczyciel niekompetentny, pozostawiony sam sobie, odcina się od swoich zadań, w najlepszym wypadku realizując je pobieżnie i niedoskonale. Samo w sobie pozytywne wymagania należy zatem uznać za źródło nauczycielskich frustracji i podjąć kroki, mające na celu umożliwienie nauczycielom efektywne działania.

Bibliografia

- Bauman Z. (1990), *Upadek prawodawców*, „Studia Filozoficzne”, nr 4.
- Czerpania-Walczak M. (1997), *Aspekty i źródła profesjonalnej refleksji nauczyciela*, Edytor, Toruń.
- Denek K. (2012), *Nauczyciel – między ideałem a codziennością*, Wydawnictwo Naukowe WSPiA, Poznań.
- Drożka W. (2002), *Nauczyciel – autobiografia pokolenia*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.
- Dylak S. (2000), *Konstruktywizm jako obiecująca perspektywa w kształceniu nauczycieli* [w:] *Współczesność a kształcenie nauczycieli* red. H. Kwiatkowska, T. Lewowicki, S. Dylak, PWN, Warszawa.
- Gajdzica Z. (2013), *Źródła wiedzy polskich i czeskich nauczycieli na temat przemian kształcenia uczniów niepełnosprawnych – doniesienie z badań*, „Studia Edukacyjne”, nr 24.
- Grzesiak J. (2008), *Autoewaluacja wyznacznikiem kompetencji pedagogicznych współczesnego nauczyciela* [w:] *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, red. K. Żegnałek, Wydawnictwo WSPTWP, Warszawa.
- Habermas J. (1999), *Teoria działania komunikacyjnego. Racjonalność działania a racjonalność społeczna*, t. 1, PWN, Warszawa.
- Hajnicz W. (2010), *Ocena i diagnoza w procesie edukacyjnym* [w:] *Diagnozowanie potrzeb edukacyjnych dziecka*, red. A. Konieczna, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Hammersley M. (1997), *O nauczycielu jako badaczu* [w:], *Socjologia wychowania*, red. Z. Kwieciński, Edytor, Toruń.
- Hejnicka-Bezwińska T. (1993), *Kryzys pedagogiki czy kryzys pedagogów?* [w:] *Kontestacje pedagogiczne*, red. B. Śliwerski, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Jachimczak B. (2012), *Przygotowanie nauczycieli wychowania przedszkolnego do realizacji wybranych zadań z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, „Studia Edukacyjne”, nr 21.
- Klus-Stańska D. (2000) *Konstruowanie wiedzy w szkole*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.
- Klus-Stańska D. (2011), *Kształcenie nauczycieli w Polsce w oderwaniu od współczesnej pedagogiki*, „Rocznik Pedagogiczny”, t. 34.
- Konieczna A. (2010), *Problem oceniania uczniów w placówkach integracyjnych i włączających* [w:] *Diagnozowanie potrzeb edukacyjnych dziecka*, red. A. Konieczna, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Konieczna A., Konieczna I. (2010), *Problem wczesnej diagnozy niepowodzeń w uczeniu się – w piśmiennictwie* [w:] *Diagnozowanie potrzeb edukacyjnych dziecka*, red. A. Konieczna, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Kosyrz Z. (2008), *Stereotypy psychopedagogiczne a kompetencje wychowawcze nauczyciela* [w:] *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, red. K. Żegnałek, Wydawnictwo WSPTWP, Warszawa.
- Kwaśnica R. (2003), *Wprowadzenie do myślenia o nauczycielu* [w:] *Pedagogika t. 2. Podręcznik akademicki*, red. Z. Kwieciński, B. Śliwerski, PWN, Warszawa.
- Kwiatkowska H. (2008), *Pedeutologia*, WAiP, Warszawa.

- Nowacki T. (2008), *Kwalifikacje i autokreacja nauczycieli* [w:] *Kompetencje współczesnego nauczyciela*, red. K. Żegnałek, Wydawnictwo WSPTWP, Warszawa.
- Rutkowiak J. (1995), *Edukacyjna świadomość nauczycieli; intelektualizacja pracy nauczycielskiej jako wyzwanie czasu transformacji* [w:] *Odmiany myślenia o edukacji*, red. J. Rutkowiak, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Tersa K. (2012), *Zbiorowe tożsamości współczesnych nauczycieli dzieci niepełnosprawnych*, niepublikowana praca doktorska.
- Witkowski L. (2007), *Między pedagogiką, filozofią i kulturą*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.

Karol Bidziński

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Subiektywna ocena uzyskiwanego wsparcia zawodowego a nasilenie sytuacji trudnych odczuwanych przez nauczycieli podczas wykonywania zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów

The scope of difficult situations experienced by the teachers while executing tasks related to the realization of special educational needs of students and the assessment of support obtained from various entities within school psychological and pedagogical assistance system

In the article the results of a survey conducted in a group of 405 teachers were presented. The aim of the survey was to discover the opinion of teachers regarding the experienced difficult situations while executing tasks related to the realization of special educational needs of students and the assessment of support coming from the nearest professional environment. Special attention was given to the analysis of correlation relationships between the analyzed variables. The obtained results present only a small relation between the intensity of difficulties declared by the teachers and the assessment of the possibilities of acquiring professional support, its availability and effectiveness.

Słowa kluczowe: specjalne potrzeby edukacyjne, wsparcie dla nauczycieli

Keywords: special educational needs, teacher support

Wprowadzenie

Swoistość i złożoność zawodu nauczyciela polega między innymi na konieczności działania w sytuacjach otwartych, niestereotypowych, niepoddających się nakazom racjonalności instrumentalnej. Niepowtarzalność każdego ucznia i środowiskowe uwikłania sytuacji edukacyjnych powodują, że działania według wcześniej sprawdzonych procedur często bywają nieefektywne. Wymaga to od nauczycieli, by za każdym razem poznawali i interpretowali aktualną sytuację

edukacyjną, diagnozowali indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne uczniów oraz poszukiwali skutecznych form działań w celu realizacji tych potrzeb. Dodatkowo sytuację komplikuje komunikacyjny charakter pracy dydaktyczno-wychowawczej, której istotą jest trudna sztuka budowania porozumienia na drodze dialogu z podopiecznym i innymi ważnymi osobami z jego rodzinnego i edukacyjnego otoczenia. Dialogowy charakter tego aktu wymaga aktywności wszystkich podmiotów we wzajemnym poznawaniu siebie, szukaniu wspólnych wartości oraz „dążeniu do dzielenia się swoim światem z innymi, jak i oczekiwaniu wzajemności w tym dążeniu” [Kwaśnica 2008, s. 295–296].

W ostatnich latach w naszym kraju postawiono przed nauczycielami szkół ogólnodostępnych ambitne zadanie aktywnego włączenia się w urzeczywistnienie szlachetnej, lecz trudnej realizacyjnie idei normalizacji szkolnej edukacji uczniów niepełnosprawnych. Oczekuje się, że nauczyciele włączą się aktywnie w budowanie tzw. „szkoły dla wszystkich”, czyli szkoły, która ma być miejscem bezpiecznym i edukacyjnie wartościowym także dla osób z poważnymi trudnościami w uczeniu się wynikającymi z niepełnej sprawności. Celem tych działań jest nie tylko zrealizowanie zagwarantowanego w Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (2006) prawa przysługującego każdemu człowiekowi, bez względu na jego możliwości rozwojowe do korzystania z systemu edukacji „bez dyskryminacji i na zasadach równych szans”, ale przede wszystkim troska o jakość i efektywność procesu kształcenia i wychowania. Edukacja, w tym szczególnie ta realizowana w szkole, aby skutecznie spełniać swoje funkcje: wyzwalającą i socjalizacyjną [Kwieciński 1989], powinna być tak zorganizowana, by każdy uczeń, bez względu na posiadany potencjał, miał dogodne warunki do optymalnego, wszechstronnego rozwoju, a jednocześnie mógł doświadczać satysfakcjonujących kontaktów społecznych. Efektywna edukacja w wymiarze jednostkowym może stać się pomostem do pełniejszego uczestnictwa osoby z niepełnosprawnością w życiu społecznym, a w szerszym wymiarze jest podstawą do budowania społeczeństwa demokratycznego, otwartego na inność, tolerancyjnego i solidarnego. To ważne społecznie zadania, ale jednocześnie złożone wyzwania, które od nauczycieli wymagają wysokich kompetencji zawodowych i osobistych.

We współczesnej szkole ogólnodostępnej, która coraz chętniej otwiera się na uczniów o bardzo zróżnicowanym potencjale rozwojowym, od każdego nauczyciela oczekuje się wysokich kompetencji w zakresie prowadzenia diagnozy pedagogicznej, rozpoznawania indywidualnych potrzeb edukacyjnych uczniów oraz projektowania i podejmowania zadań służących realizacji tych potrzeb, ze szczególnym znaczeniem działań z zakresu pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Szczególnej pomocy wymagają uczniowie, których specjalne potrzeby wynikają z ich niepełnosprawności. Uczniowie ci, po uzyskaniu stosownego orzeczenia, nabierają praw do kształcenia specjalnego i tym samym zmienia się ich status

prawny. Posiadają wówczas uprawnienia do daleko idącej indywidualizacji organizowanych dla nich usług edukacyjnych. Zgodnie z zapisami prawa oświatowego [Rozporządzenie MEN z dnia 17 listopada 2010 r., Dz. U. Nr 228, poz. 1490 ze zm.], na poziomie planowania pracy wyraża się to koniecznością opracowania przez nauczycieli oraz specjalistów pracujących z takim uczniem indywidualnego programu edukacyjno-terapeutycznego. W fazie realizacyjnej wymaga to od nauczycieli i terapeutów harmonijnego łączenia działań edukacyjnych i terapeutycznych, umiejętnego odpowiadania na bardzo specyficzne potrzeby edukacyjne, a poprzez realizację zajęć rewalidacji indywidualnej oraz objęcie ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną, korygowanie i kompensowanie zaburzeń rozwojowych.

W przypadku stwierdzenia konieczności objęcia ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną, nauczyciele, wychowawcy, specjaliści są zobowiązani do natychmiastowego udzielenia tej formy pomocy. Szczególna rola w organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej przypada wychowawcy klasy, który na terenie szkoły staje się inicjatorem oraz koordynatorem działań pomocowych adresowanych dla ucznia z jego klasy. Wychowawca, a w placówkach pozaszkolnych – dyrektor, ustala formy pomocy, okres ich udzielania oraz wymiar godzin, w którym poszczególne formy będą realizowane, koordynuje wszelkie działania, włączając do współpracy szkolnych i pozaszkolnych specjalistów [Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r., Dz. U. z 2013 r. poz. 532].

Jak widać choćby na podstawie tej pobieżnej analizy wybranych rozporządzeń, ustawodawca postawił przed nauczycielami szkoły ogólnodostępnej szereg nowych, wieloaspektowych zadań. Komplikuje to i tak już dość złożoną sytuację zawodową nauczycieli. Można się spodziewać, że nauczyciele realizujący specjalne potrzeby edukacyjne uczniów spotykać będą się z szeregiem sytuacji trudnych.

W prezentowanych w artykule badaniach przyjęto koncepcję sytuacji trudnej, opracowaną przez T. Tomaszewskiego [1977]. Podstawowym założeniem tej teorii jest traktowanie psychiki człowieka jako organu poznawania i przekształcania relacji między podmiotem a otoczeniem. Zgodnie z tą koncepcją osoba w codziennej egzystencji konfrontuje się z sytuacjami życiowymi i zadaniowymi. Sytuacje życiowe to układy stosunków człowieka ze światem ważne dla jego życia i rozwoju, zaś sytuacje zadaniowe to stosunki ze światem istotne dla różnych rodzajów działalności celowej. Zdaniem T. Tomaszewskiego [1977] na sytuacje zadaniowe wpływa zarówno istniejący układ zależności między jednostką a jej otoczeniem, jak i to, w jaki sposób postrzega ona ten układ – jak go rozumie i ocenia. A zatem dla jednostki ważny jest zarówno obiektywny, jak i subiektywny aspekt sytuacji. W opisanych w artykule badaniach ten subiektywny aspekt sytuacji trudnych okazał się szczególnie istotny.

Nauczyciele nie powinni pozostawać sami w podejmowaniu zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Zgodnie z zapisami prawa oświatowego [Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r., Dz. U. z 2013 r. poz. 532], nauczyciele i wychowawcy są nie tylko dawcami wsparcia w ramach działań szkolnego systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej, ale także potencjalnymi biorcami pomocy. Mogą oni sięgać po wsparcie od swoich kolegów – innych nauczycieli, od dyrektora, ale także od zatrudnionych w szkole specjalistów (pedagoga, pedagoga terapeuty, pedagoga specjalnego, psychologa, logopedy, socjoterapeuty i innych specjalistów) oraz przedstawicieli innych instytucji oświatowych, pomocy społecznej, służby zdrowia, resortu sprawiedliwości. Niepokozi fakt, że tak wiele organów prowadzących szkoły nie zatrudnia w podległych im placówkach tego typu specjalistów. Jak pokazują dane pochodzące z Raportu GUS „Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2011/2012” [materiał prezentowany na stronie <http://www.men.gov.pl>], niewielki odsetek polskich szkół posiadał gabinety psychologiczne, pedagogiczne czy logopedyczne (nie ma w raporcie danych na temat liczby gabinetów pedagogów terapeutów, pedagogów specjalnych). Z analizy prezentowanych danych liczbowych wynika, że tylko od kilku do kilkunastu procent szkół posiadało gabinet psychologiczny. Nieco lepiej wyglądał stan zatrudnienia szkolnych pedagogów (do kilkunastu procent w zasadniczych szkołach zawodowych do ponad czterdziestu procent w gimnazjach i liceach). Tylko w co piątej szkole podstawowej w kraju zorganizowane były gabinety logopedyczne.

W obliczu wyzwań, przed jakimi stoi współczesna szkoła i pracujący w niej nauczyciele, ważne są badania, które pozwolą poznać zapotrzebowanie tej grupy pracowników na wsparcie zawodowe niezbędne do lepszego wykonywania zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów oraz oszacować zakres i efektywność udzielanej nauczycielom pomocy. Oceniając wartość wsparcia otrzymywanego przez osoby zmagające się z sytuacjami trudnymi, można badać różne jego aspekty. H. Sęk i R. Cieślak [2004], przytaczając szereg definicji i teoretycznych ujęć problemu wsparcia społecznego, wyróżnili następujące jego wymiary (kategorie): wsparcie strukturalne i funkcjonalne; źródła wsparcia społecznego; typy (rodzaje) społecznego wsparcia; wsparcie otrzymywane i spostrzegane; potrzebę wsparcia i mobilizację wsparcia. W prezentowanych w artykule wynikach badań próbowano poznać opinie nauczycieli między innymi na temat nasilenia sytuacji trudnych doświadczanych przez nich podczas wykonywania zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów oraz zapotrzebowania na wsparcie zawodowe płynące od osób pracujących w szkole, jego dostępności i efektywności.

Prezentacja wyników badań

W artykule zaprezentowano wybrane wyniki badań zrealizowanych przez zespół z Zakładu Wspomagania Rozwoju i Edukacji Dziecka Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach w ramach projektu *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, finansowanego ze środków Marszałka województwa świętokrzyskiego.

W badaniach tych wzięło udział 405 nauczycieli z województwa świętokrzyskiego reprezentujących kolejne etapy edukacji, wywodzących się ze szkół zlokalizowanych w różnych demograficzno-terytorialnych środowiskach, realizujących specjalne, integracyjne i ogólnodostępne formy kształcenia oraz nauczycieli o zróżnicowanym stopniu awansu zawodowego. Mimo zróżnicowania badana grupa ma charakter próby incydentalnej, o czym należy szczególnie pamiętać, interpretując uzyskane wyniki.

Celem tego przedsięwzięcia było zebranie opinii w tej grupie zawodowej na temat warunków realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci i młodzieży. Respondenci dokonali oceny posiadanych kwalifikacji i kompetencji niezbędnych do realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych ich podopiecznych, wyrazili opinię o warunkach materialnych i organizacyjnych panujących w ich środowisku edukacyjnym. Określili także zakres i natężenie odczuwanych trudności związanych z wykonywaniem zadań służących realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów, ocenili różne aspekty wsparcia społecznego niezbędnego w realizacji tych zadań, nasilenie zapotrzebowania na wsparcie, jego dostępność i efektywność. Szczegółową analizę uzyskanych wyników można znaleźć w książce *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów* [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013]. W tym artykule omówione zostaną przede wszystkim nieprezentowane w książce wyniki ukazujące związki korelacyjne między badanymi zmiennymi, takimi jak ocena odczuwanych trudności i opinie na temat doświadczanego przez nauczycieli wsparcia płynącego od osób działających w ramach szkolnego systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Dla ułatwienia interpretacji uzyskanych wyników zaprezentowane zostaną także, opisane szczegółowo w cytowanej książce, dane dotyczące oceny sytuacji trudnych doświadczanych przez nauczycieli podczas realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów oraz ich opinie na temat zapotrzebowania, dostępności i efektywności wsparcia płynącego od podmiotów działających w ramach szkolnego systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej.

Sytuacje trudne doświadczane przez nauczycieli podczas realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów¹

W badaniach poproszono nauczycieli o ocenę nasilenia odczuwanych przez nich trudności w sytuacjach związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Respondenci oceniali stopień natężenia sytuacji trudnych, posługując się skalą od 0 – brak trudności do 4 – odczuwam bardzo poważne trudności. Na podstawie analizy czynnikowej metodą głównych składowych, stosując kryterium Kaisera wyodrębniono cztery grupy tych trudności. W nawiasach podano średnie natężenie odczuwania danej trudności zadeklarowane przez nauczycieli uczestniczących w badaniach.

Pierwszą grupę zmiennych stanowiły sytuacje trudne wynikające z niezależnych od nauczycieli niekorzystnych warunków organizacji procesu edukacyjnego. Do tej kategorii zaliczono trudności wynikające z: dużej liczebności zespołów klasowych (średnia 1,9), dużego zróżnicowania potrzeb uczniów (1,9), małej przewidywalności efektywności podejmowanych działań (1,5), zbyt wielu niezależnych od nauczyciela czynników (2,0) oraz braku czasu na lekcji, spowodowanego koniecznością realizacji wspólnego programu nauczania (2,5).

Do drugiej grupy czynników zaliczono opinie badanych na temat trudności związanych ze zmiennością rozwiązań prawnych (2,0), zmiennością rozwiązań organizacyjnych obowiązujących w szkole (1,7) oraz trudności związanych ze sposobem dokumentowania działań (2,0).

Do trzeciej grupy czynnikowej zaliczono trudności wynikające z potrzeby współdziałania nauczycieli z innymi osobami zaangażowanymi w proces realizowania specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Zaliczono tu stwierdzenia dotyczące odczuwanych przez nauczycieli trudności w sytuacjach współdziałania z innymi nauczycielami (1,0), trudności wynikające z niskich kompetencji innych nauczycieli (0,8), trud współpracy ze specjalistami na terenie szkoły (1,5) oraz specjalistami spoza szkoły (1,7). Włączono tu także trudności, których źródłem jest przestrzeń współdziałania z rodzicami uczniów (1,6).

Czwartą kategorię trudności stanowiły problemy natury subiektywnej, wynikające z odczuwanych przez nauczycieli ograniczeń psychologicznych: sprzecznych oczekiwań otoczenia (1,4), zbyt wielu dodatkowych obciążeń (2,1), obawy, że negatywnie zostanie oceniona ich praca (1,5), wątpliwości, którego ucznia potrzeby są w danym czasie ważniejsze (1,7), poczucia osamotnienia w realizacji

¹ Szczegółowy opis uzyskanych wyników dotyczących oceny przez nauczycieli zakresu doświadczanych sytuacji trudnych zaprezentowano w książce *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów* [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013].

potrzeb uczniów (1,2), obawy, że nie sprostają tym wymaganiom (1,3), oceny ich pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez uczniów, a nie nauczycielskiego wysiłku (2,0).

Uzyskane wyniki wskazują na stosunkowo niskie nasilenie trudności odczuwanych przez badanych nauczycieli w pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Ze wszystkich wymienionych w kwestionariuszu ankiety potencjalnych trudności największą dla badanych nauczycieli stanowi „brak czasu na lekcji, powodowany koniecznością realizacji tego samego programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami. Źródłem poważniejszych trudności są także towarzyszące badanym odczucie zbyt wielu dodatkowych obciążeń wynikających ze wspierania uczniów w realizacji ich specjalnych potrzeb edukacyjnych oraz obawa, że praca nauczyciela jest oceniana tylko przez pryzmat wyników uzyskiwanych przez uczniów, a niewkładanego przez nauczyciela wysiłku”. Najmniejsze nasilenie trudności odczuwają badani w zakresie „współdziałania z innymi nauczycielami”. Podobnie nisko respondenci ocenili nasilenie trudności związanych z „poczuciem osamotnienia oraz obawami, że nie sprostają stawianym im wymaganiom”. Jak wynika z badań, wielu nauczycieli wierzy w swoje kompetencje zawodowe oraz czuje płynące od innych nauczycieli wsparcie [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013].

Analiza ilościowa uzyskanych wyników [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013] pozwoliła dostrzec dość duże zróżnicowane nasilenia odczuwanych trudności w grupie badanych nauczycieli. Wśród respondentów dominowały osoby, które zadeklarowały doświadczanie niewielkich trudności związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Mniejszość stanowiły osoby, które poinformowały o bardzo poważnym nasileniu trudności związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów (odsetek wahał się od 0,8% do ponad 20% badanych, w zależności od charakteru ocenianych trudności). Stosunkowo duża grupa nauczycieli zadeklarowała zupełny brak tego typu trudności (od 7% do 43% badanych, w zależności od ocenianej trudności). Te dwie ostatnie grupy badanych zasługują na szczególną uwagę. Pierwsza z racji zakresu doświadczanych trudności wymaga daleko idącej pomocy i wsparcia w wykonywaniu zadań zawodowych. W przypadku drugiej grupy istotne byłoby poznanie, co sprawia, że należący do tej grupy nauczyciele nie odczuwają nawet nieznacznych trudności.

W omawianych badaniach poszukiwano także obiektywnych czynników wpływających na zakres odczuwanych przez nauczycieli trudności. Jednak, jak wynika z bardzo drobiazgowych, opartych na pomiarach statystycznych analiz prezentowanych w książce [Bidziński i in. 2013], zakres zawodowych doświadczeń, mierzony stopniem awansu zawodowego, cechy środowiska szkolnego (etap edukacji, forma kształcenia) oraz cechy środowiska (lokalizacja szkoły),

w którym swoje zadania realizują badani nauczyciele tylko w bardzo niewielkim stopniu różnicują zakres trudności odczuwanych przez nauczycieli podczas realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Prawdopodobnie to inne czynniki determinują zróżnicowanie nasilenia odczuwanych przez nauczycieli trudności. Być może to zakres wsparcia jest tym istotnym czynnikiem?

Ocena wsparcia płynącego od osób działających w ramach szkolnego systemu pomocy psychologiczno-pedagogicznej²

Biorący udział w badaniu nauczyciele oceniali w czterostopniowej skali (1–4) zapotrzebowanie, dostępność i efektywność wsparcia płynącego od innych nauczycieli, dyrektora szkoły oraz specjalistów (szkolnego pedagoga, psychologa, logopedy, pedagoga terapeuty, pedagoga specjalnego). Poniżej, w tabeli 1 zaprezentowano uzyskane wyniki.

Respondenci zadeklarowali wysokie zapotrzebowanie na wsparcie płynące zarówno od specjalistów: zwłaszcza psychologa (średnia dla grupy 3,04) i szkolnego pedagoga (3,03), nieco mniej od logopedy (2,83), pedagoga terapeuty (2,70) i pedagoga specjalnego (2,44), jak i od osób z najbliższego otoczenia zawodowego: innych nauczycieli (2,69) i dyrektora (2,89). Wyraźnie niższe było zapotrzebowanie na wsparcie płynące od lekarza pediatry (1,78).

Tabela 1. Średnie zapotrzebowanie, dostępność i efektywność wsparcia udzielanego przez różne osoby – źródła wsparcia w ocenie badanych nauczycieli

Osoba	Zapotrzebowanie (\bar{x})	Dostępność (\bar{x})	Efektywność (\bar{x})
Pedagog szkolny	3,03	2,48	2,29
Pedagog specjalny	2,44	1,97	1,76
Pedagog terapeuta	2,70	1,77	1,63
Psycholog	3,04	1,84	1,74
Logopeda	2,83	2,31	2,17
Lekarz pediatra	1,78	1,34	1,27
Inny nauczyciel	2,69	2,89	2,76
Dyrektor	2,89	2,70	2,56

Źródło: [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013, s. 240].

² Szczegółowy opis uzyskanych wyników dotyczących oceny przez nauczycieli wsparcia społecznego zaprezentowano w książce *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów* [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013].

Nieco niżej niż zapotrzebowanie respondenci ocenili dostępność wsparcia płynącego od innych podmiotów zaangażowanych w realizację zadań służących realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Najwyżej oceniono dostępność wsparcia od osób z najbliższego otoczenia zawodowego: czyli innych nauczycieli (2,89), dyrektora (2,70); w mniejszym zakresie dostępność wsparcia płynącego od specjalistów: szkolnego pedagoga (2,48), logopedy (2,31), jeszcze niżej od pedagoga specjalnego (1,97), psychologa (1,84), pedagoga terapeuty (1,77) i lekarza pediatri (1,34).

Najniżej z trzech wymiarów wsparcia badani nauczyciele ocenili efektywność uzyskiwanego wsparcia. Podobnie jak we wcześniej omówionych wymiarach najwyżej oceniono efektywność wsparcia płynącego od osób z najbliższego otoczenia zawodowego: czyli innego nauczyciela (2,76) i dyrektora (2,56). Mniejsza była w ocenie badanych skuteczność wsparcia uzyskiwanego od specjalistów: szkolnego pedagoga (2,29), logopedy (2,17), psychologa (1,74), pedagoga specjalnego (1,76), pedagoga terapeuty (1,63), lekarza pediatri (1,27).

Szczegółową analizę uzyskanych wyników w odniesieniu do zmiennych indywidualnych (stopień awansu zawodowego) oraz środowiskowych (etap i forma edukacji, lokalizacja szkoły) znajdzie czytelnik w cytowanym już opracowaniu (Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013).

Nasilenie odczuwanych przez nauczycieli trudności a ocena wsparcia płynącego od ich otoczenia zawodowego

Poszukując związku między nasileniem odczuwanych przez nauczycieli trudności a oceną wsparcia płynącego od ich otoczenia zawodowego, dokonano analizy korelacji, korzystając ze statystyki gamma. W analizie zestawiono wyniki nauczycielskiej oceny nasilenia doświadczanych trudności w dwudziestu jeden sytuacjach związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów z pomiarem deklarowanej przez badanych oceny dostępności, zapotrzebowania i efektywności wsparcia płynącego od osób z najbliższego otoczenia edukacyjnego. Oceniano wsparcie płynące od: innych nauczycieli, dyrektora szkoły, szkolnego pedagoga, pedagoga terapeuty, pedagoga specjalnego, psychologa, logopedy, lekarza pediatri. Założono, że nasilenie sytuacji trudnych będzie dodatnio korelowało z zapotrzebowaniem na wsparcie, natomiast korelacja będzie ujemna w przypadku dostępności i satysfakcji z otrzymywanego przez nauczycieli wsparcia.

W pierwszej kolejności przeanalizowano występowanie korelacji pomiędzy szacowanym przez nauczycieli natężeniem sytuacji trudnych a ocenianym przez nich poziomem zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia, jakie uzyskują od swoich kolegów nauczycieli. Jak wynika z wcześniej prezentowa-

nych danych, jest to forma pomocy oceniona przez badanych jako najbardziej dostępna i efektywna.

Tabela 2. Zakres wsparcia od innego nauczyciela a nasilenie deklarowanych przez badanych trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od innego nauczyciela		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.a	0,0847	0,0580	0,1155*
p.15.c	0,1487*	0,0798	0,0613
p.15.e	0,0718	0,1874*	0,1440*
p.15.f	0,1023*	0,1826*	0,1081*
p.15.g	0,0369	0,1333*	0,1040
p.15.i	0,0788	0,1085*	0,1430*
p.15.j	0,1415*	0,0771	0,1061*
p.15.j	0,1291*	0,1040*	0,0897
p.15.n	0,1863*	0,1776*	0,1115*
p.15.o	0,0626	0,1092*	0,1200*
p.15.u	0,0499	0,0824	0,1549*

Legenda: Trudności wynikające z p.15.a – zmienności rozwiązań prawnych, p.15.c – sposobu dokumentowania działań, p.15.e – niskich kompetencji innych nauczycieli, p.15.f – współpracy z rodzicami uczniów, p.15.g – współpracy z innymi nauczycielami, p.15.i – współpracy ze specjalistami spoza szkoły (poradnia), p.15.j – dużego zróżnicowania potrzeb moich uczniów 15k – mała przewidywalność efektywności podejmowanych działań, p.15.m – brak czasu na lekcji wynikający z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, p.15.n – integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym, p.15.o – sprzecznych wobec mnie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor), 15p – zbyt wielu dodatkowych obciążeń, p15.u – oceny mojej pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez moich uczniów a nie mojego wysiłku; * istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Badania wykazały, że poziom zapotrzebowania na wsparcie ze strony innych nauczycieli, jego dostępność i efektywność korelują z natężeniem licznych sytuacji trudnych. Nauczyciele zgłaszający wyższe zapotrzebowanie na wsparcie ze strony swoich kolegów równocześnie deklarowali wyższe nasilenie trudności w sytuacjach związanych ze „sposobami dokumentowania działań, współpracą z rodzicami uczniów, dużym zróżnicowaniem potrzeb uczniów, brakiem czasu na lekcji wynikającym z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, integracją uczniów z ich kolegami w zespole klasowym”.

Z kolei nauczyciele, którzy wyżej oceniali poziom dostępności wsparcia ze strony swoich kolegów, zgłaszali większe nasilenie trudności związanych z „niskimi kompetencjami innych nauczycieli, trudnościami we współpracy z rodzicami

uczniów, trudnościami we współpracy z innymi nauczycielami, trudnościami we współpracy ze specjalistami spoza szkoły, brakiem czasu na lekcji wynikającym z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, trudnościami w integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym, sprzecznymi oczekiwaniami otoczenia oraz zbyt wieloma dodatkowymi obciążeniami”.

Wysoki poziom efektywności wsparcia innych nauczycieli koreluje z dużym nasileniem trudności w takich sytuacjach jak: „zmiennosc rozwiązań prawnych, niskie kompetencje innych nauczycieli, trudności we współpracy z rodzicami uczniów, trudności we współpracy ze specjalistami spoza szkoły, duże zróżnicowanie potrzeb uczniów, trudności w integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym, sprzeczne oczekiwania otoczenia (rodzice, dyrektor), zbyt wiele dodatkowych obciążeń, ocena pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez moich uczniów a nie mojego wysiłku”.

Tabela 3. Zakres wsparcie od dyrektora szkoły a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od dyrektora szkoły		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.d	-0,0089	0,0994*	0,0556
p.15.e	0,0860	0,1514*	0,1290*
p.15.f	0,1354*	0,1790*	0,1598*
p.15.g	0,0781	0,0976	0,1500*
p.15.h	0,0382	0,0666	0,1115*
p.15.i	0,0253	0,0716	0,1488*
p.15.j	0,0602	0,0680	0,1321*
p.15.k	0,0243	0,1401*	0,1059*
p.15.m	0,0487	0,1001*	0,1189*
p.15.n	0,1159*	0,0908	0,1192*
p.15.o	0,0860	0,1444*	0,1422*
p.15.u	-0,0365	0,1039*	0,0801

Legenda: Trudności wynikające z p.15.d. – liczebności zespołów klasowych, p.15.e – niskich kompetencji innych nauczycieli, p.15.f – współpracy z rodzicami uczniów, p.15.g – współpracy z innymi nauczycielami, p.15.h – współpracy ze specjalistami na terenie szkoły (psycholog) p.15.i – współpracy ze specjalistami spoza szkoły (poradnia), p.15.j – dużego zróżnicowania potrzeb moich uczniów, p.15.k – małej przewidywalności efektywności podejmowanych działań, p.15.m – braku czasu na lekcji wynikającego z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, p.15.n – integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym, p.15.o – sprzecznych wobec mnie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor), p.15.u – oceny mojej pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez moich uczniów a nie mojego wysiłku; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Zbadano również korelację pomiędzy zgłaszanym przez nauczycieli natężeniem sytuacji trudnych a szacowanym przez nich poziomem zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia ze strony dyrektora szkoły. To w ocenie badanych drugie, najbardziej dostępne i efektywne źródło wsparcia dla nauczyciela zaangażowanego w realizację specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów.

Zgłaszane przez nauczycieli wysokie zapotrzebowanie na wsparcie ze strony dyrektorów szkoły współwystępowało z sygnalizowaniem przez nich wysokiego nasilenia trudności w sytuacjach takich jak: „współpraca z rodzicami uczniów oraz integracja uczniów z ich kolegami w zespole klasowym”.

Z kolei wysoko szacowany poziom dostępności wsparcia od dyrektorów szkoły korelował z większym nasileniem trudności w sytuacjach związanych z: „liczebnością zespołów klasowych, niskimi kompetencjami innych nauczycieli, współpracą z rodzicami uczniów, małą przewidywalnością efektywności podejmowanych działań, sprzecznych oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor) oraz oceny pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez uczniów, a nie wysiłku”.

Nauczyciele, którzy wysoko oceniali poziom efektywności wsparcia uzyskiwanego od swoich przełożonych, deklarowali większe nasilenie trudności w sytuacjach, takich jak: niskie kompetencje innych nauczycieli, trudności we współpracy z rodzicami uczniów, trudności we współpracy z innymi nauczycielami, trudności we współpracy ze specjalistami na terenie szkoły (psycholog), trudności we współpracy ze specjalistami spoza szkoły, duże zróżnicowanie potrzeb moich uczniów, mała przewidywalność efektywności podejmowanych działań, brak czasu na lekcji wynikający z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, trudności integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym oraz sprzecznych wobec mnie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor).

Badano także korelację pomiędzy deklarowanym przez nauczycieli nasileniem sytuacji trudnych a zgłaszanym poziomem zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia uzyskiwanego od szkolnego pedagoga.

Nauczyciele zgłaszający wyższy poziom trudności w takich obszarach, jak mała przewidywalność efektywności podejmowanych działań, brak czasu na lekcji wynikający z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, sprzecznych wobec siebie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor), oraz poczucia osamotnienia w realizacji potrzeb uczniów, zgłaszali również wyższe zapotrzebowanie na wsparcie pedagoga szkolnego.

Badani nauczyciele zadeklarowali niższy poziom trudności we współpracy z rodzicami uczniów w sytuacji, gdy uzyskiwali bardziej efektywne wsparcie od pedagoga szkolnego. Równocześnie efektywne wsparcie pedagoga szkolnego korelowało dodatnio z poziomem trudności w sytuacji współpracy z innymi specjalistami spoza szkoły (czyli pracownikami poradni pedagogiczno-psychologicznej).

Tabela 4. Zakres wsparcie od szkolnego pedagoga a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od szkolnego pedagoga		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.f	-0,0495	-0,0901	-0,1223*
p.15.i	0,0653	0,0759	0,1085*
p.15.k	0,1267*	0,0370	0,0139
p.15.m	0,2295*	0,0043	0,0204
p.15.o	0,1207*	0,0379	0,0564
p.15.s	0,1422*	0,0710	0,0430

Legenda: Trudności wynikające z p.15.f – współpracy z rodzicami uczniów, p.15.i – współpracy ze specjalistami spoza szkoły (poradnia), p.15.k – małej przewidywalności efektywności podejmowanych działań, p.15.m – braku czasu na lekcji wynikającego z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, p.15.o – sprzecznych wobec mnie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor), p.15.s – poczucia mojego osamotnienia w realizacji potrzeb uczniów; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013].

Zbadana została korelacja pomiędzy zgłaszanym przez nauczycieli nasileniem sytuacji trudnych a ocenianym przez nich poziomem zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia otrzymywanego od szkolnego pedagoga specjalnego.

Tabela 5. Zakres wsparcie od pedagoga specjalnego a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od pedagoga specjalnego		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.b	0,1227*	0,1443*	0,1211*
p.15.c	0,0779	0,1107*	0,1334*
p.15.n	0,1275*	0,0308	0,0446

Legenda: Trudności wynikające z p.15.b – zmienności rozwiązań organizacyjnych w szkole, p.15.c – sposobu dokumentowania działań, p.15.n – integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym; istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Deklarowany przez badanych poziom efektywności oraz dostępności wsparcia uzyskiwanego od szkolnego pedagoga specjalnego koreluje z deklarowanym nasileniem trudności związanych ze zmiennością rozwiązań organizacyjnych

w szkole oraz dokumentowaniem działań – im wyższą efektywność i dostępność uzyskanego wsparcia deklarowali badani, tym większe zgłaszali nasilenie trudności w tych obszarach. Z kolei deklarowane przez nauczycieli wysokie zapotrzebowanie na wsparcie pochodzące od szkolnego pedagoga specjalnego występowało ze zgłaszanym wyższym nasileniem trudności wynikających ze zmienności rozwiązań organizacyjnych w szkole oraz integracji uczniów z ich kolegami w zespole klasowym.

Badaniami objęta została także korelacja pomiędzy szacowanym przez nauczycieli poziomem efektywności, dostępności oraz zapotrzebowania na wsparcie od pedagoga terapeuty a deklarowanym przez nich nasileniem sytuacji trudnych.

Tabela 6. Zakres wsparcia od pedagoga terapeuty a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od pedagoga terapeuty		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.b	0,0201	0,2035*	0,1488*
p.15.c	0,0384	0,0957	0,1136*
p.15.l	0,0245	0,1077*	0,1196*
p.15.m	0,0408	0,0880	0,1420*
p.15.u	0,0181	0,1103*	0,1150*

Legenda: Trudności wynikające z p.15.b – zmienności rozwiązań organizacyjnych w szkole, p.15.c – sposobu dokumentowania działań, p.15.l – zbyt wielu niezależnych od mnie czynników, p.15.m – braku czasu na lekcji wynikający z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, p.15.u – oceny mojej pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez moich uczniów, a nie mojego wysiłku; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Badani nauczyciele, którzy deklarowali wyższy poziom efektywności uzyskanego wsparcia od pedagoga terapeuty, zgłaszali wyższe nasilenie trudności w sytuacjach, takich jak: zmienność rozwiązań organizacyjnych w szkole, sposoby dokumentowania działań, zbyt wiele niezależnych od nich czynników, brak czasu na lekcji wynikający z konieczności realizacji programu dydaktycznego ze wszystkimi uczniami, oceny pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez uczniów a nie ich wysiłku. Z kolei nauczyciele, którzy oceniali wsparcie płynące ze strony pedagoga terapeuty jako bardziej dostępne, deklarowali wyższe nasilenie trudności związanych ze: zmiennością rozwiązań organizacyjnych w szkole, zbyt wieloma niezależnymi od nich czynnikami oraz oceną ich pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez uczniów, a nie ich wysiłku.

Badania dotyczyły również korelacji pomiędzy szacowanym przez nauczycieli nasileniem sytuacji trudnym a oceną poziomu zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia pochodzącego od szkolnego psychologa.

Tabela 7. Zakres wsparcie od psychologa a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od psychologa		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.c	0,1182*	0,0710	0,0543
p.15.k	0,1295*	0,0219	-0,0464

Legenda: Trudności wynikające z p.15.c – sposobu dokumentowania działań, p.15.k – małej przewidywalności efektywności podejmowanych działań; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Badania wykazały, że wyższe zapotrzebowanie na wsparcie od psychologa zgłaszane przez nauczycieli dodatnio koreluje z deklarowanym przez nich wyższym nasileniem trudności w sytuacjach wiążących się z dokumentowaniem działań oraz poczuciem małej efektywności podejmowanych przez nich działań.

Przedmiotem analizy w poniższych badaniach była również korelacja pomiędzy zgłaszanym przez nauczycieli nasileniem sytuacji trudnych a szacowanym przez nich poziomem zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia dostarczanego przez logopedę.

Tabela 8. Zakres wsparcie od logopedy a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od logopedy		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.c	0,0679	0,0927	0,1126*
p.15.l	0,0789	0,0576	0,1033*
p.15.t	-0,0310	-0,0357	-0,1162*

Legenda: Trudności wynikające z p.15.c – sposobu dokumentowania działań, p.15.l – zbyt wielu niezależnych ode mnie czynników, p.15.t – obawy, że nie sprostam tym wymaganiom; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski 2013], wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Wyższa ocena poziomu efektywności wsparcia udzielanego przez logopedę dokonywana przez badanych nauczycieli współwystępowała ze zgłaszaniem

przez nich większego nasilenia trudności w sytuacjach, takich jak dokumentowanie działań oraz występowanie zbyt wielu niezależnych od nich czynników oraz mniejszego nasilenia obaw, że nie sprostają oni wymaganiom związanym z realizacją specjalnych potrzeb uczniów.

Zbadano również występowanie korelacji pomiędzy deklarowanym przez badanych nauczycieli natężeniem sytuacji trudnych a dokonaną przez nich oceną poziomu zapotrzebowania, dostępności oraz efektywności wsparcia otrzymywanego od szkolnego lekarza.

Tabela 9. Zakres wsparcia od lekarza a nasilenie deklarowanych przez nauczycieli trudności

Rodzaj trudności	Wsparcie od lekarza		
	zapotrzebowanie (\bar{x})	dostępność (\bar{x})	efektywność (\bar{x})
p.15.b	0,0482	0,1512*	0,1804*
p.15.o	-0,0471	0,0515	0,1185*
p.15.q	0,0687	0,1938*	0,1986*
p.15.u	0,0738	0,1006	0,1495*

Legenda: Trudności wynikające z p.15.b – zmienności rozwiązań organizacyjnych w szkole, p.15.o – sprzecznych wobec mnie oczekiwań otoczenia (rodzice, dyrektor), p.15.q – obawy, że negatywnie zostanie oceniona moja praca, p.15.u – oceny mojej pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez moich uczniów a nie mojego wysiłku; * istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Badania zrealizowane przez zespół [Giermakowska, Ozga, Bidziński, Rutkowski] 2013, wyniki dotychczas nie były prezentowane.

Badania wykazały, że nauczyciele oceniający wyżej efektywność wsparcia uzyskanego od szkolnego lekarza, zgłaszali większe trudności w sytuacjach, takich jak: zmienność rozwiązań organizacyjnych w szkole, sprzeczne oczekiwania otoczenia (rodzice, dyrektor), obawy, że negatywnie zostanie oceniona ich praca, oceny mojej pracy tylko przez pryzmat wyników uzyskanych przez uczniów a nie mojego wysiłku. Z kolei wyższa ocena dostępności wsparcia pochodzącego od lekarza pediatry dokonywana przez nauczycieli współwystępowała z deklarowaniem przez nich większego nasilenia trudności w sytuacjach, takich jak: zmienność rozwiązań organizacyjnych w szkole oraz obawy, że negatywnie zostanie oceniona ich praca.

Podsumowanie badań

Celem opisanych w artykule badań było poznanie opinii nauczycieli na temat doświadczanych sytuacji trudnych podczas wykonywania zadań związanych

z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów oraz oceny zapotrzebowania na wsparcie płynące od osób z najbliższego zawodowego otoczenia, dostępności i efektywności tego wsparcia. Szczególną uwagę poświęcono analizie związków korelacyjnych między analizowanymi zmiennymi. Do analizy statystycznej wykorzystano wskaźnik gamma. Łącznie przeanalizowano 504 pary zmiennych, istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) stwierdzono w przypadku zaledwie 70. Tak więc w tym postępowaniu badawczym wykazano tylko niewielki związek między oceną nasilenia odczuwanych przez respondentów trudności a dokonaną przez nich oceną wsparcia płynącego od różnych osób z ich zawodowego otoczenia, mierzonego w trzech wymiarach: zapotrzebowania, dostępności i efektywności.

Najwięcej istotnych statystycznie związków ($p < 0,05$) między badanymi zmiennymi stwierdzono w zakresie pomocy płynącej od innych nauczycieli (20 korelacji istotnych statystycznie) i od dyrektora szkoły (19). Wszystkie stwierdzone istotne związki korelacyjne miały charakter dodatni i dotyczyły głównie efektywności wsparcia (8 par zmiennych – wsparcie od innych nauczycieli, 10 – wsparcie dyrektora) oraz jego dostępności (po 7 par zmiennych – wsparcie od innych nauczycieli i dyrektora).

Nauczyciele, którzy deklarowali występowanie sytuacji trudnych o większym nasileniu niż inni badani, równocześnie zgłaszali silniejsze zapotrzebowanie na zawodowe wsparcie płynące od kolegów nauczycieli i dyrektora oraz lepiej niż inni ocenili dostępność i efektywność wsparcia. Biorący udział w badaniach nauczyciele również te dwa źródła wsparcia ocenili jako najbardziej potrzebne, dostępne i efektywne. Potwierdzałyby to tezę, że tylko w środowisku bezpiecznym, zasobnym w efektywne wsparcie jest miejsce na ujawnianie doświadczanych trudności.

Zdecydowanie mniej istotnych statystycznie korelacji zauważono, analizując związek nasilenia sytuacji trudnych zgłaszanych przez nauczycieli i dokonanej przez nich oceny wsparcia płynącego od szkolnych specjalistów: psychologa (2 zmienne), pedagoga specjalnego (6), pedagoga terapeuty (8), szkolnego pedagoga (6), logopedy (3), lekarza (6). Badani nauczyciele wskazali stosunkowo wysokie zapotrzebowanie na wsparcie od szkolnych specjalistów, ale jednocześnie zasygnalizowali ograniczoną dostępność i niewielką efektywność uzyskiwanego wsparcia.

Tylko w przypadku czterech rodzajów odczuwanych trudności zauważono dodatni związek z zapotrzebowaniem na wsparcie od szkolnego pedagoga. W przypadku pedagoga specjalnego i psychologa związek taki dotyczył tylko dwóch sytuacji. Analizując wyniki dotyczące zapotrzebowania na wsparcie pozostałych specjalistów (logopeda, pedagog terapeuta, lekarz), nie stwierdzono żadnych istotnych korelacji w tym zakresie. Pojawia się ważne z perspektywy praktycz-

nej pytanie: dlaczego nasileniu większości odczuwanych trudności nie towarzyszy zwiększone zapotrzebowanie na wsparcie płynące od specjalistów. Trudno na podstawie badań ocenić jednoznacznie, czy jest to spowodowane brakiem wiary nauczycieli w efektywność tego typu wsparcia, czy może wynikającego z codziennych doświadczeń przekonania o niedostępności tej formy pomocy.

Uzyskane wyniki wskazują także na niewiele istotnych związków korelacyjnych między oceną dostępności i efektywności wsparcia płynącego od szkolnych specjalistów a nasileniem zgłaszanych przez nauczycieli sytuacji trudnych. Stwierdzono tylko po kilka istotnych zależności, większość z nich o charakterze dodatnim: w przypadku wsparcia od pedagoga terapeuty (3 – dostępność i 5 – efektywność), pedagoga specjalnego (2 – dostępność i 2 – efektywność), lekarza (2 – dostępność i 4 – efektywność), szkolnego pedagoga (0 – dostępność i 2 – efektywność), psychologa (0 – dostępność i 0 – efektywność), logopedy (0 – dostępność i 3 – efektywność). Wyższej ocenie dostępności wsparcia otrzymanego od szkolnych specjalistów oraz jego efektywności towarzyszyło nasilenie zgłaszania przez nauczycieli sytuacji trudnych. To kolejna przesłanka pozwalająca na uzasadnienie tezy, że łatwiej jest nauczycielom uświadamiać sobie i ujawnić otoczeniu doświadczane sytuacje trudne, jeśli towarzyszy im przekonanie o dostępności i efektywności wsparcia uzyskiwanego od szkolnych specjalistów.

Nie potwierdziła się zakładana hipoteza, że wraz z większą deklarowaną dostępnością oraz efektywnością wsparcia płynącego od szkolnych specjalistów będzie malało nasilenie zgłaszanych przez badanych nauczycieli sytuacji trudnych. Tylko w przypadku dwóch par zmiennych stwierdzono istotną statystycznie zależność o charakterze ujemnym. Wyższa ocena poziomu efektywności wsparcia udzielanego przez logopedę dokonywana przez badanych nauczycieli występowała ze zgłaszaniem przez nich mniejszego nasilenia obaw, że nie sprostają oni wymaganiom związanym z realizacją specjalnych potrzeb uczniów. Nauczyciele zadeklarowali także niższy niż inni badani poziom trudności we współpracy z rodzicami uczniów w sytuacji, gdy oceniali uzyskiwane wsparcie od pedagoga szkolnego jako bardziej efektywne.

Uzyskane wyniki mogą niepokoić, świadczą bowiem o braku wyraźnego związku między oceną wsparcia zawodowego uzyskiwanego przez nauczycieli a oceną nasilenia odczuwanych przez nich sytuacji trudnych. Wielu uczestników badań twierdziło, że w ogóle nie doświadczą trudności w realizacji zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. Autorzy cytowanej monografii [Bidziński i in. 2013, s. 288], próbując wyjaśnić, dlaczego stosunkowo duża grupa badanych nauczycieli zadeklarowała, że nie odczuwa, choćby niewielkich, trudności w tak złożonym procesie, jakim jest wspieranie uczniów w realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych, wymienili kilka prawdopodobnych przyczyn.

„Jedną z przyczyn tego zjawiska można upatrywać w odmiennym zakresie nauczycielskich doświadczeń związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów. (-) stosunkowo wielu badanych nauczycieli wypowiedziało się, że nie spotyka w swojej pracy uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Biorąc pod uwagę duże zróżnicowanie indywidualnego potencjału rozwojowego uczniów oraz stratyfikację społeczną, trudno przyjąć, że w prowadzonych przez nauczycieli zespołach klasowych, grupach wychowawczych nie ma uczniów, których specjalne potrzeby wynikają na przykład z zaniedbań środowiskowych, przewlekłej choroby, ze specyficznych i niespecyficznych trudności w uczeniu się lub z innych źródeł. Być może respondenci, o których mowa, uznali, że potrzeby te są efektem naturalnego zróżnicowania przebiegu rozwoju uczniów i pomoc w ich realizacji jest czymś normalnym w praktyce pedagogicznej, a więc nie wiąże się z odczuwaniem przez nauczyciela trudności.

Deklarowany brak trudności byłby w tym wypadku wyrazem pedagogicznego optymizmu nauczycieli, wiary w osobiste i zawodowe kompetencje. Z drugiej zaś strony wynik ten może świadczyć o wąskich zdolnościach refleksyjnych, ale też może być sygnałem ograniczenia przyzwolenia dawanego sobie do odczuwania trudności w wykonywaniu zadań zawodowych. Nasuwa się pytanie: czy w tej grupie nie znalazły się osoby, które w swoim środowisku nie mają bezpiecznej przestrzeni pozwalającej na konfrontowanie się z sytuacjami problemowymi i ujawnianie trudnych emocji”.

Uzyskane rezultaty analizy korelacyjnej potwierdzają te przypuszczenia. Wynika z nich smutna prawidłowość: wielu badanych nauczycieli nie łączy trudności doświadczanych w realizacji specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów z możliwością pozyskiwania zawodowego wsparcia oraz oceną jego dostępności i efektywności. Niestety w polskiej praktyce szkolnej pokutuje wciąż przekonanie, że napotykanne trudności należy rozwiązywać samodzielnie albo ich nie ujawniać. Przyczyniają się do tego obiektywne warunki, w których nauczyciel zbyt często bywa osamotniony w realizacji swych pedagogicznych zadań. Aby zapobiegać temu niebezpiecznemu zjawisku, potrzebne są szybkie działania. Zmiany muszą mieć charakter dwutorowy: z jednej strony należy rozwijać w nauczycielach gotowość i umiejętności do pozyskiwania wsparcia w trudnych sytuacjach zawodowych, a z drugiej zintensyfikować działania władz różnego szczebla w upowszechnianiu i zbliżeniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej świadczonej nauczycielom.

Bibliografia

- Bidziński K., Giermakowska A., Ozga A., Rutkowski M. (2013), *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce.

- Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne – problemy i techniki pomiaru* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa.
- Kwaśnica R. (2008), *Wprowadzenie do myślenia o nauczycielu* [w:] *Pedagogika*, red. Z. Kwieciński, B. Śliwerski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 291–319.
- Kwieciński Z. (1989), *Składniki i aspekty edukacji. Potrzeba całościowego ujęcia* [w:] *Socjalizacja – osobowość – wychowanie*, red. H. Muszyński, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Sęk H., Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa.
- Tomaszewski T. (1977), *Człowiek i otoczenie* [w:] *Psychologia*, red. T. Tomaszewski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych (2006), http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepełnosprawnych.pdf [dostęp: 20.08.2014].
- Raport GUS Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2011/2012, http://men.gov.pl/images/zycie_szkoly/dane_2011_2012.pdf [dostęp: 25.08.2014].
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 listopada 2010 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych (Dz. U. Nr 228, poz. 1490 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013 r., poz. 532).

Ewa Karabanowicz
Uniwersytet Gdański

Radzenie sobie ze stresem i obciążeniem psychicznym nauczycieli szkół specjalnych i ogólnodostępnych

Coping with stress and psychological burden by public and special schools teachers

In the teaching profession stress may cause the production of negative emotions, which could induce physiological and biochemical changes in the body. These changes are conditioned by perceiving certain expectations as threatening [Grzegorzewska 2006]. In situations stressful for an individual, they trigger activation of the appropriate coping mechanisms required to alleviate these negative emotions. An incompetent usage of these mechanisms increases an anxiety and it is a psychological burden [Sęk 2005]. My research elaborates the negative impact triggered by stress and an inadequate coping mechanisms associated with it. In particular, I have dedicated my studies to teachers. I will examine occupational burnout amongst teachers from public and special education schools focusing on their coping mechanisms used as a response to stressful situations. 80 participants took part in this research, including 40 public school teachers and 40 special education teachers. I used *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) self-assessment and the *Work-Related Behavior and Experience Patterns* questionnaire. The results show that the occupational burnout occurs in 90% of participants. In stressful situations, both public school and special education teachers used the Task-Oriented and the Emotion-Oriented coping style. Special education teachers applied the Avoidance coping style more frequently, which is on looking for social interactions.

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, wypalenie zawodowe, nauczyciele

Keywords: dealing with stress, burnout, teachers

Wprowadzenie

Stres w zawodzie nauczyciela przyczynia się do wytwarzania negatywnych emocji, którym towarzyszą zmiany fizjologiczne oraz biochemiczne organizmu. Są uwarunkowane spostrzeganiem stawianych im wymagań jako zagrażających [Grzegorzewska 2006]. W sytuacji trudnej dla jednostki powodują uruchamianie odpowiednich mechanizmów radzenia sobie w celu złagodzenia negatywnych

stanów emocjonalnych. Nieuświadczony ich stosowanie zwiększa poczucie lęku oraz stanowi obciążenie psychiczne [Sęk 2005]. Niniejszy artykuł skupia się wokół negatywnych konsekwencji, które może wywoływać stres oraz niewłaściwe radzenie sobie z nim, zwracając szczególną uwagę na osoby pracujące w szkołach. Jego celem jest ukazanie stylów radzenia sobie ze stresem oraz strategii radzenia sobie z obciążeniem psychicznym, wypaleniem zawodowym nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych. W badaniu wzięło udział 80 osób, w tym 40 nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz 40 nauczycieli szkół specjalnych. Wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, Kwestionariusz AVEM mierzący wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą. Wyniki badań wskazują, że u 90% nauczycieli występuje syndrom wypalenia zawodowego. W stresujących sytuacjach badane grupy równie często stosują styl skoncentrowany na zadaniu i emocjach. Pedagodzy specjaliści częściej od nauczycieli szkół ogólnodostępnych stosują styl skoncentrowany na unikaniu, oparty na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.

Pojęcie stresu wykorzystuje się do opisu sytuacji, w której znalazł się człowiek, oraz przeżyć mających istotne znaczenie dla jednostki. Nie ma jednego jednoznacznego ujęcia omawianego terminu. W psychologii mówi się o trzech tradycyjnych podejściach do zjawiska stresu, które różnią się od siebie lokalizacją źródła. Jedno z nich ujmuje stres jako zdarzenie zewnętrzne, sytuację oraz bodźce dochodzące ze środowiska, drugie – jako wewnętrzną reakcję człowieka, a więc jego wszelkie przeżycia. Kolejne podejście odnosi się do relacji między właściwościami jednostki a bodźcami zewnętrznymi [Sęk 2005].

Każda sytuacja, odczuwana jako stresująca, wymaga odpowiednich strategii radzenia sobie. Człowiek dobiera odpowiednie sposoby reagowania w danym momencie. Może obniżyć liczbę aktualnie oddziałujących stresorów przez redukcję niektórych z nich (o ile istnieje taka możliwość), bądź wprowadzić samego siebie w stan relaksu, wyciszenia, większej stabilności, stosując odpowiednie metody, zwiększające jego wytrzymałość oraz zmieniające jego ocenę danej sytuacji [Litzke, Schuh 2007]. Współcześnie termin stres i radzenie sobie uznawane są za pojęcia nierozłączne. Radzenie sobie ujmuje się jako proces (całość aktywności, jaką podejmuje jednostka w stanie zagrożenia, przyczyniająca się do jej rozwoju), strategia (ogniwa aktywności człowieka) oraz styl (indywidualne dyspozycje warunkujące zachowanie w sytuacji trudnej) [Heszen-Niejodek 2007].

Konstruktywne rozwiązywanie problemów i radzenie sobie z trudnościami szczególnie ważne jest w zawodzie nauczyciela. Nauczyciel pełni rolę kierownika, organizującego proces wychowawczo-dydaktyczny oraz zorientowanego na wartości intelektualne, moralne, światopoglądowe oraz estetyczne, wyznaczające jego pracę pedagogiczną [Sekułowicz 2005].

Warunkiem spójnej aktywności zawodowej nauczyciela jest odniesienie jego działań do kontekstu społecznego, sytuacji edukacyjnej. Zmiany kulturowe

wpływają na proces kształcenia oraz wychowania. Podobnie zawód nauczyciela podlega reinterpretacji w kontekście przemian systemów edukacyjnych. Osoby pracujące w szkole mają obowiązek adaptacji do zmieniających się warunków i stylów kształcenia, przewartościowania tradycyjnej roli. Ponadto powinni pomagać swoim podopiecznym przystosować się do aktualnie wprowadzanych przemian edukacyjnych. Istotne znaczenie w pełnieniu roli nauczyciela ma jego wiedza, zdolności pozwalające na osiągnięcie postawionych celów, akceptacja różnorodności, elastyczność reagowania na sytuacje wychowawcze, a więc również odpowiednia wiedza psychologiczna i pedagogiczna. Kompetencje nauczyciela mają służyć między innymi umiejętnemu przekazywaniu wiadomości, stanowiących teoretyczne podłoże określonej dziedziny naukowej, wydobywaniu potencjału jednostki, rozwijaniu jej możliwości, planów edukacyjnych, kształtowaniu charakteru oraz wzbogacaniu osobowości ucznia. Duży nacisk kładzie się również na rozwój twórczego myślenia, inicjowanie innowacyjnych rozwiązań w procesie edukacyjnym i kształtowanie umiejętności samodoskonalenia się w każdej sferze życia ucznia [Tabor 2008].

Odpowiednio rozwinięte kompetencje pozwalają na lepsze zrozumienie innych, cierpliwość i zaangażowanie. Umożliwiają efektywniejsze radzenie sobie w sytuacjach stresowych, przez większą kontrolę nad aktualnymi zdarzeniami, wytrwałość w realizowaniu zadań oraz podejmowanie wyzwań. Sprzyjają łagodzeniu trudnych zachowań oraz wpływają na rozwój zdolności interpersonalnych i intrapersonalnych, mających duże znaczenie w przypadku efektywnej komunikacji z innymi [Madlińska-Michalak, Góralska 2012]. Nauczyciele nie są jednak postawieni w łatwej sytuacji. Z jednej strony pełnią rolę odtwórcy, przekazującego dane treści programowe i wykorzystującego gotowe programy. Z drugiej strony muszą odznaczać się kreatywnością, tworzyć nowatorskie rozwiązania [Sekułowicz 2005].

Coraz więcej osób pracujących w szkole prezentuje objawy narastającego zmęczenia z powodu niekorzystnych warunków oraz obciążających sytuacji w pracy. Poziom niezadowolenia oraz wyczerpania zależy między innymi od nasilenia czynników stresogennych, a także od subiektywnej wrażliwości i odporności psychicznej. Poczucie przygnębienia może się zwiększać, gdy zaangażowany nauczyciel nie otrzymuje pozytywnej informacji zwrotnej, dotyczącej jego starań i wysiłku, a z drugiej strony, pomimo swoich starań, nie widzi zamierzonego efektu swojej pracy [Schaefer 2008].

Stres przeżywany w pracy nauczyciela może być związany z ilościowym (biurokratyzacja, wykonywanie dodatkowych czynności) i jakościowym (realizacja zajęć wychodzących poza kompetencje, nierealistyczne oczekiwania przełożonych) przeciążeniem nieustannie pojawiającymi się zadaniami. Nauczyciel powinien być profesjonalnie przygotowany i wyzwalać aktywność oraz potencjał swo-

ich uczniów. Wymaga się od niego przekraczania konwencjonalnych sposobów nauczania, opieki, a także wychowania. Musi niejednokrotnie przezwycięzać brak zainteresowania podopiecznych prezentowanym tematem i pokonać u niektórych niechęć do nauki, gdyż jego sukces warunkowany jest osiągnięciami uczniów. Ponadto jego celem jest zapewnienie optymalnych warunków do rozwoju dla wszystkich osób w klasie – zarówno tych zdolnych, pracowitych, chętnych do działania, jak i zaniedbanych wychowawczo, z obniżoną motywacją, różnego rodzaju zaburzeniami, niepełnosprawnych intelektualnie bądź fizycznie itp. [Zubrzycka-Maciąg 2013].

Z badań Pyżalskiego [2010], dotyczących najbardziej obciążających elementów związanych z wykonywaną pracą, można wysunąć wniosek, że największe trudności wynikają z organizacji systemu oświaty. Większość nauczycieli było niezadowolonych z własnych zarobków, niewspółmiernych do włożonego wysiłku. Ponadto wskazywali oni na przeładowane programy nauczania oraz mały wpływ na zadania realizowane przez szkołę, co wynika z zewnętrznej ewaluacji procesów kształcenia i wychowania, a także odgórnie narzucanych rozwiązań i treści nauczania. Podkreślali niekorzystny stan pomieszczeń przeznaczonych dla pracowników, a także zbyt dużą liczbę uczniów, co negatywnie wpływa na ich pracę. Wśród mniej obciążających czynników wymieniali rywalizację współpracowników, brak wsparcia ze strony przełożonych oraz brak pomocy ze strony kolegów i koleżanek.

Długotrwały stres powoduje wyczerpanie emocjonalne, stanowiące efekt przytłoczenia sprawami. Może również prowadzić do wypalenia zawodowego, które ma charakter stresu zawodowego. Wynika z występujących w pracy zagrożeń oraz wysokiego poczucia odpowiedzialności za wykonanie zadań. Przyczynia się do wyczerpania fizycznego i psychicznego na skutek ciągłego odczuwania negatywnych uczuć [Kirenko, Zubrzycka-Maciąg 2011]. Doświadczenie przyjemnych bądź nieprzyjemnych emocji wiąże się z wieloma aspektami pracy. Stres, stanowiący złożony konstrukt czynników, uwzględnia m.in. właściwości pedagoga, miejsca, a także bierze pod uwagę czynniki społeczne. Przyczynia się do coraz mniejszego zainteresowania omawianą profesją. Zdarza się, że osoby podejmujące się pracy nauczyciela, szybko z niej rezygnują na skutek obciążenia. Szczególnie obserwuje się taką tendencję u pedagogów specjalnych, pracujących z osobami ze zdiagnozowanymi zaburzeniami zachowania [Pyżalski 2007].

Nauczyciele szkół specjalnych muszą sprostać stawianym odgórnie wymaganiom, co często wywołuje u nich napięcie i lęk. Praca z osobą niepełnosprawną wymaga kreatywności, pomysłowości, stałego badania, poszukiwania innowacyjnych metod, a także uwzględniania specyficznych zadań, dostosowanych do potrzeb danego ucznia. Do najważniejszych należą zadania edukacyjne, które polegają na zdobywaniu przez wychowanka wiedzy i umiejętności oraz jego

rehabilitacji, dostosowanej do głębokości i rodzaju niepełnosprawności. Pracując na podstawie indywidualnie przygotowanego programu edukacyjno-terapeutycznego, nauczyciel powinien rozwijać samodzielność ucznia i jego czynności samoobsługowe, wykorzystując odpowiednie narzędzia. Zadania wychowawcze skupiają się głównie na pełnieniu funkcji wychowawczej i pielęgnacyjnej, przy włączeniu również w proces dydaktyczno-wychowawczy rodziców. Istotna jest odpowiednia postawa pedagoga wobec rodziców dziecka niepełnosprawnego, polegająca na informowaniu o postępach podopiecznego, udzielaniu wskazówek do pracy z nim, pomoc w sprawach socjalnych. Z kolei zadania integrujące dotyczą integracji zarówno dzieci, rodziców, jak i nauczycieli wokół tematu niepełnosprawności, nagłaśniania potrzeb rodzin, nauczycieli, aranżowania różnego rodzaju zebrań z władzami. Pedagog specjalny powinien być ukierunkowany na niesienie pomocy uczniom oraz okazywać im troskę. Cenioną wartością oprócz wysokich kwalifikacji stanowi również umiejętność krytycznego spojrzenia na własne działania, autorefleksja. Nauczyciel, podejmując pracę, staje przed dużym wyzwaniem. Szczególnie na początku kariery musi zrozumieć znaczenie roli nauczyciela w placówce specjalnej, zapoznać się z różnymi formami szkolnictwa specjalnego, ich zasobami, programami nauczania oraz dostosować je do indywidualnych potrzeb wychowanka [Sekułowicz 2005].

Nauczyciel pracujący w szkole narażony jest na oddziaływanie wielu czynników stresogennych, dlatego niezmiernie ważna jest umiejętność konstruktywnego rozwiązywania problemów i radzenie sobie z trudnościami.

Celem prezentowanej pracy jest ukazanie stylów radzenia sobie ze stresem oraz strategii radzenia sobie z obciążeniem psychicznym, wypaleniem zawodowym u nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych.

W pracy skupiono się wokół następujących problemów badawczych oraz hipotez:

- 1) Jakie style radzenia sobie ze stresem prezentują nauczyciele szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych?

Nauczyciele szkół ogólnodostępnych prezentują przypuszczalnie wyższy poziom koncentracji na zadaniu, a niższy na unikaniu i emocjach niż nauczyciele szkół specjalnych, ponieważ styl skoncentrowany na emocjach i/lub unikaniu jest charakterystyczny dla osób przejawiających syndrom wypalenia zawodowego [Sekułowicz 2006].

- 2) Jaki jest stopień zaangażowania, odporność psychiczna i stosunek emocjonalny do pracy nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych?

W związku z założeniem, że nauczyciele szkół specjalnych charakteryzują się mniej efektywnymi strategiami radzenia sobie z sytuacjami problemowymi niż nauczyciele szkół ogólnodostępnych, a jednocześnie przejawiają częściej syndrom wypalenia zawodowego, przypuszczalnie charakteryzują się rów-

nież większym zaangażowaniem emocjonalnym, mniejszą odpornością psychiczną i silniejszym emocjonalnym stosunkiem do pracy [Chrzanowska 2004; Sekułowicz 2006].

- 3) Czy styl radzenia sobie ze stresem wiąże się z wypaleniem zawodowym nauczycieli i czy zależność ta może być kształtowana odmiennie w zależności od charakteru pracy?

Styl radzenia sobie ze stresem wiąże się z prawdopodobieństwem wypalenia zawodowego. Przewidywalnie styl zadaniowy będzie wiązał się ujemnie a emocjonalny dodatnio z ryzykiem wypalenia zawodowego. Zależność ta może być silniejsza wśród nauczycieli szkół specjalnych, ponieważ ich praca wymaga większego emocjonalnego zaangażowania [Sekułowicz 2006].

Metody

W badaniu wzięło udział 80 osób, w tym 40 nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz 40 nauczycieli szkół specjalnych (pedagogów specjalnych). Wśród badanych było 75 kobiet i 5 mężczyzn. Nauczyciele szkół ogólnodostępnych nauczali w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Sątocznie, Zespole Szkół im. Marii Curie-Skłodowskiej w Korszach, oraz w Szkole Podstawowej nr 6 w Gdyni. Z kolei nauczyciele szkół specjalnych byli pracownikami Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego nr 1 w Gdyni oraz Specjalnego Ośrodka Szkolno-Wychowawczego w Kętrzynie. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że przeciętny wiek nauczycieli szkół specjalnych ($M=41,30$; $SD=8,69$) nie różni się istotnie od wieku nauczycieli szkół ogólnodostępnych ($M=43,45$; $SD=8,96$), a różnice można uznać za znikome ($t(78)=-1,090$; $p=,140$; $d=-,32$). Podobnie również brak jest istotnych statystycznie różnic między obiema grupami pod względem liczby lat spędzonych na edukacji, gdzie przeciętny nauczyciel szkół specjalnych ($M=18,75$; $SD=1,79$) spędził podobnie jak nauczyciel szkół ogólnodostępnych ($M=19,35$; $SD=2,37$) od 17,5 do 21,5 roku na kształceniu się. Istotną (na granicy przyjętego poziomu istotności) różnicę między obiema porównywanymi populacjami zaobserwowano w odniesieniu do doświadczenia zawodowego ($t(78)=-1,913$; $p=,060$; $d=-,61$), gdzie nauczyciele szkół specjalnych charakteryzują się przeciętnie o około cztery lata krótszym ($M=13,48$; $SD=8,25$) od nauczycieli szkół ogólnodostępnych ($M=17,40$; $SD=10,02$) stażem zawodowym. W związku z faktem, że między obiema grupami nauczycieli występuje istotna różnica pod względem stażu pracy, czynnik ten został poddany kontroli statystycznej, a jego oddziaływanie na kształtowanie się istotnych cech psychologicznych (zmiennych zależnych) zostało oszacowane i poddane kontroli.

Zastosowane metody

W badaniu wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, składający się z trzech skal dotyczących stylu radzenia sobie ze stresem (styl skoncentrowany na zadaniu, emocjach i unikaniu) oraz Kwestionariusz AVEM mierzący wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą. Uwzględnia trzy sfery osobowości, którym przyporządkowano 11 skal kwestionariusza – zaangażowanie zawodowe (subiektywne znaczenie pracy, ambicje zawodowe, gotowość do wydatków energetycznych, dążenie do perfekcji, umiejętność zachowania dystansu), odporność psychiczną i strategie zwalczania sytuacji problemowych (tendencja do rezygnacji, ofensywny styl radzenia sobie z problemami, równowaga wewnętrzna) oraz emocjonalny stosunek do pracy (poczucie sukcesu w pracy, zadowolenie z życia, poczucie wsparcia społecznego). Kwestionariusz wyróżnia także cztery typy zachowań i przeżyć związanych z pracą – Typ G (zdrowy), Typ S (oszczędnościowy), Typ A (ryzyka), Typ B (wypalony). Wymienione metody mają na celu ukazanie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz obciążeniem psychicznym/wypaleniem zawodowym u nauczycieli pracujących w szkołach ogólnodostępnych oraz u pedagogów specjalnych.

Wyniki

Do weryfikacji postawionych hipotez zastosowano test analizy kowariancji ANCOVA dla grup niezależnych (czynnika grupy zawodowej) z kontrolą oddziaływania stażu zawodowego nauczyciela na kształtowanie się wskaźników radzenia sobie ze stresem, a także przeżyć związanych z pracą.

Wyniki przeprowadzonej analizy, zaprezentowane w tabeli 1, wskazują, że liczba lat pracy jest jedynie istotnym predyktorem kształtowania się stylu emocjonalnego ($F(1;76)=5,104$; $p=,027$; $\chi^2=,062$), przy czym pod tym względem nie występują różnice między nauczycielami ze szkół ogólnodostępnych ($M=44,40$; $SD=7,94$) i nauczycielami ze szkół specjalnych ($M=44,48$; $SD=9,02$). Znaczy to, że nauczyciele niezależnie od grupy zawodowej wraz z rosnącym stażem pracy coraz częściej skłaniają się do korzystania z emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem. Natomiast różnice między nauczycielami z obu porównywanych grup okazały się statystycznie istotne w zakresie skłonności do unikowej strategii radzenia sobie ze stresem opartej na poszukiwaniu kontaktów ($F(1;76)=7,048$; $p=,010$; $\chi^2=,084$), gdzie nauczyciele ze szkół ogólnodostępnych charakteryzują się niższą ($M=15,85$; $SD=3,50$) skłonnością do poszukiwania kontaktów w sytuacji stresowej niż nauczyciele szkół specjalnych ($M=18,05$; $SD=3,60$).

Tabela 1. Podsumowanie wyników jednoczynnikowej analizy kowariancji ANCOVA dla oszacowania różnic między grupami zawodowymi nauczycieli w zakresie stylu radzenia sobie ze stresem z uwzględnieniem oddziaływania stażu zawodowego

Wyszczególnienie	Nauczyciel szkół ogólnodostępnych		Pedagog specjalny			Staż zawodowy			Grupa zawodowa		
	M	SD	N	M	SD	N	F(1;76)	p	χ^2	F(1;76)	p
	Styl zadaniowy	57,00	6,40	40	56,50	7,51	40	,003	,960	<,001	,104
Styl emocjonalny	44,40	7,94	40	44,48	9,02	40	5,104*	,027	,062	,268	,606
Styl unikowy	41,68	6,76	40	44,40	7,49	40	,164	,686	,002	3,051	,085
Odwracanie uwagi	18,05	4,45	40	18,13	4,41	40	2,664	,107	,033	,177	,675
Poszukiwanie kontaktów	15,85	3,50	40	18,05	3,60	40	,030	,862	<,001	7,048*	,010

* $p < ,05$.

Źródło: Badania własne.

Tabela 2. Podsumowanie wyników jednoczynnikowej analizy kowariancji ANCOVA dla oszacowania różnic między grupami zawodowymi nauczycieli przy kontroli oddziaływania stażu zawodowego

Wyszczególnienie	Nauczyciel szkół ogólnodostępnych		Pedagog specjalny			Staż zawodowy			Grupa zawodowa		
	M	SD	N	M	SD	N	F(1;76)	p	χ^2	F(1;76)	p
Subiektywne znaczenie pracy	18,75	3,92	40	18,50	4,36	40	1,225	,272	,016	,248	,620
Ambicje zawodowe	16,80	3,89	40	17,33	3,61	40	1,368	,246	,017	,740	,392
Gotowość do wydatków energetycznych	16,25	4,30	40	16,08	4,59	40	,114	,736	,001	,059	,809
Dążenie do perfekcji	14,05	3,81	40	14,63	4,34	40	1,302	,257	,017	,141	,708
Zdolność do dystansowania się	19,78	4,19	40	17,13	3,65	40	4,909*	,030	,060	6,517*	,013
Tendencja do rezygnacji w sytuacji porażki	19,43	3,44	40	19,68	3,89	40	1,247	,268	,016	,004	,951
Ofensywna strategia rozwiązywania problemów	14,88	3,51	40	14,80	3,41	40	,373	,543	,005	,001	,792
Wewnętrzny spokój i równowaga	16,83	4,16	40	16,93	5,09	40	,887	,349	,011	,096	,770
Poczucie sukcesu w zawodzie	15,00	3,31	40	15,33	3,79	40	,001	,969	,000	,151	,699
Zadowolenie z życia	14,63	3,99	40	14,20	3,93	40	,997	,321	,013	,067	,797
Poczucie wsparcia społecznego	14,18	4,15	40	12,90	3,69	40	,209	,649	,003	1,729	,192
Zaangażowanie zawodowe	85,63	10,60	40	83,65	10,08	40	,042	,838	,001	,618	,434
Odporność psychiczna i strategie zwalczania sytuacji problemowych	51,13	5,41	40	51,40	7,63	40	,131	,718	,002	,066	,768
Emocjonalny stosunek do pracy	43,80	9,38	40	42,43	9,21	40	,362	,549	,005	,267	,607

* $p < ,05$.

Źródło: Badania własne.

W wyniku analizy dotyczącej stopnia zaangażowania, odporności psychicznej i emocjonalnego stosunku do pracy nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych zaobserwowano, że staż zawodowy oddziałuje jedynie na kształtowanie się zdolności do dystansowania się ($F(1;76)=4,909$; $p=,030$; $\chi^2=,060$). Równocześnie w odniesieniu do tego wymiaru zaangażowania zawodowego zaobserwowano istotną statystycznie różnicę między obiema grupami zawodowymi nauczycieli ($F(1;76)=6,517$; $p=,013$; $\chi^2=,078$), gdzie nauczyciele szkół specjalnych charakteryzują się niższą skłonnością do dystansowania się wobec sytuacji stresowych ($M=17,13$; $SD=3,65$) w porównaniu z nauczycielami szkół ogólnodostępnych ($M=19,78$; $SD=4,19$). Jednocześnie każdy rok pracy w zawodzie nauczyciela niezależnie od jego charakteru wiąże się z większą skłonnością do dystansowania się wobec sytuacji stresowych. Interesujące jest, że poza tym wymiarem zaangażowania zawodowego brak jest istotnych różnic między nauczycielami w odniesieniu do opisywanej sfery osobowości warunkującej efektywność pracy jednostki. Powyższe dane zostały przedstawione w tabeli 2.

Z kolei wyniki analiz przeprowadzonych dla oszacowania podobieństwa do wyróżnionych typów pracownika (Typ G – zdrowy, Typ S – oszczędnościowy, Typ A – ryzyka, Typ B – wypalony), oszacowanych na podstawie profilu właściwości, wyliczonego w kwestionariuszu AVEM, wskazują, że wśród 80 badanych nauczycieli 90% ($N=72$) charakteryzuje się występowaniem wypalenia zawodowego, natomiast żaden z badanych nauczycieli nie charakteryzuje się najwyższym podobieństwem do typu zdrowego, co ukazuje tabela 3.

Tabela 3. Rozkład częstości występowania typów pracownika w badanej populacji nauczycieli

Typ pracownika	Częstość	Procent
Typ S – oszczędnościowy	5	6,3
Typ A – ryzyka	3	3,8
Typ B – wypalony	72	90,0
Ogółem	80	100,0

Źródło: Badania własne.

Jednakże dokładniejsza analiza wyników ilościowych – wskaźnika podobieństwa obliczonego dla każdego nauczyciela indywidualnie – wskazuje, że nie ma istotnych statystycznie różnic między grupami nauczycieli szkół ogólnodostępnych i nauczycieli szkół specjalnych, co zostało przedstawione w tabeli 4.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że zarówno staż zawodowy, jak i różnice w wykonywanej pracy zawodowej nie wiążą się z poziomem ryzyka

Tabela 4. Podsumowanie wyników jednoczynnikowej analizy kowariancji ANCOVA dla oszacowania różnic między badanymi grupami zawodowymi nauczycieli co do prawdopodobieństwa prezentowanego typu pracownika przy uwzględnieniu oddziaływania stażu zawodowego

Wyszczególnienie	Nauczyciel szkół ogólnodostępnych		Pedagog specjalny			Staż zawodowy			Grupa zawodowa		
	M	SD	N	M	SD	N	F(1;76)	p	χ^2	F(1;76)	p
Typ G – zdrowy	,01	,03	40	,00	,00	40	,021	,885	,000	2,117	,150
Typ S – oszczędnościowy	,09	,21	40	,06	,17	40	,062	,803	,001	,350	,556
Typ A – ryzyka	,10	,20	40	,07	,14	40	,129	,721	,002	,426	,516
Typ B – wypalony	,80	,29	40	,87	,21	40	,184	,670	,002	1,006	,319

Źródło: Badania własne.

wystąpienia danego typu pracownika. Wszystkie oszacowane różnice okazały się statystycznie nieistotne. Jest to prawdopodobnie związane z występowaniem efektu „podłogi i sufitu” - tzn. niemal maksymalnymi i minimalnymi wynikami poszczególnych wskaźników. Na przykład typ wypalony w badanej próbie osiąga niemalże krańcowo wysokie wyniki prawdopodobieństwa występowania ($M=,84$; $SD=,25$), natomiast typ zdrowy jest prezentowany na skrajnie niskim poziomie ($M=,01$; $SD=,02$).

W celu weryfikacji hipotezy, że styl radzenia sobie ze stresem jest skorelowany z wypaleniem zawodowym nauczycieli szkół specjalnych i ogólnodostępnych, przeprowadzono analizę korelacji liniowych Pearsona między wskaźnikami stylu radzenia sobie ze stresem a prawdopodobieństwem przynależności do typu B pracownika. Dodatkowo oszacowano zależność między tymi cechami oddzielnie w populacji nauczycieli szkół specjalnych i ogólnodostępnych i przeprowadzono test Z-Fishera dla oszacowania różnicy co do siły tej zależności.

Wyniki analizy korelacji liniowych Pearsona wskazują, że wbrew postawionej hipotezie, styl emocjonalny wiąże się z obniżeniem prawdopodobieństwa wystąpienia wypalenia zawodowego ($r=-,27$), a także ze wzrostem przyjmowania strategii oszczędnościowej ($r=,27$). Natomiast styl zadaniowy zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia typu ryzyka ($r=-,25$). Pozostałe zależności okazały się statystycznie nieistotne i znikome co do wielkości. Powyższe dane zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki analizy korelacji między stylem radzenia sobie ze stresem a prawdopodobieństwem występowania poszczególnych typów pracownika

	Typ B – wypalony	Typ G – zdrowy	Typ A – ryzyka	Typ S – oszczęd- nościowy
Styl zadaniowy	,176	-,159	-,253*	,012
Styl emocjonalny	-,272*	,060	,091	,270*
Styl unikowy	,031	,032	,075	-,111
Odwracanie uwagi	-,050	,020	,128	-,052
Poszukiwanie kontaktów	,114	,018	-,005	-,147

* $p < ,05$

Źródło: Badania własne.

W celu weryfikacji drugiej części postawionej hipotezy przeprowadzono analizę korelacji oddzielnie w obu porównywanych grupach, co przedstawia tabela 6.

Wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że nie ma podstaw do przypuszczeń, że charakter pracy może modyfikować zależność między stylem radzenia sobie ze stresem a prawdopodobieństwem wypalenia zawodowego lub innych

typów pracownika. Wszystkie analizowane zależności okazały się być podobnie silnie niezależne od badanej grupy. Można zatem powiedzieć, że wniosek przedstawiony dla ogółu populacji nauczycieli jest z dużą dozą prawdopodobieństwa słuszny dla każdej z grup, co potwierdza również tabela 7.

Tabela 6. Wyniki analizy korelacji między stylem radzenia sobie ze stresem a prawdopodobieństwem przynależności do poszczególnych typów pracownika w zależności od charakteru wykonywanej pracy

	Typ B – wypalony	Typ G – zdrowy	Typ A – ryzyka	Typ S – oszczęd- nościowy
Nauczyciel szkół ogólnodostępnych				
Styl zadaniowy	,26	-,21	-,26	-,09
Styl emocjonalny	,00	,12	,10	,00
Styl unikowy	-,04	,12	,15	-,11
Odwracanie uwagi	-,13	0,4	,17	,01
Poszukiwanie kontaktów	,11	,10	,14	-,28
Pedagodzy specjalni				
Styl zadaniowy	,10	,00	-,28	,11
Styl emocjonalny	-,24	-,17	,09	,22
Styl unikowy	,06	-,11	,02	-,09
Odwracanie uwagi	,05	-,09	,08	-,13
Poszukiwanie kontaktów	,05	,02	-,14	,05

Źródło: Badania własne.

Tabela 7. Podsumowanie wyników analizy testem Z-Fishera dla porównania korelacji między stylem radzenia sobie ze stresem a prawdopodobieństwem wystąpienia poszczególnych typów pracownika

	Typ B – wypalony	Typ G – zdrowy	Typ A – ryzyka	Typ S – oszczęd- nościowy
Styl zadaniowy	,236	,287	,487	,189
Styl emocjonalny	,354	,100	,491	,303
Styl unikowy	,340	,166	,286	,467
Odwracanie uwagi	,221	,283	,354	,275
Poszukiwanie kontaktów	,406	,358	,120	,070

Źródło: Badania własne.

Nauczyciele szkół ogólnodostępnych i nauczyciele szkół specjalnych charakteryzują się pewną interesującą własnością – im bardziej emocjonalnie potrafią rozładować własną sytuację stresową, tym mniejsze jest ryzyko wystąpienia

u nich syndromu wypalenia zawodowego. Jednakże należy pamiętać, że wyniki analizy częstości występowania wypalenia zawodowego wskazały, że 90% wszystkich nauczycieli niezależnie od charakteru ich pracy to osoby wypalone. Można zatem mocno zastanawiać się nad długoterminową skutecznością stosowania takiego mechanizmu emocjonalnego w sytuacji stresowej, jako czynnika ochronnego przed wypaleniem zawodowym.

Dyskusja

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie kilku wniosków dotyczących obciążenia psychicznego, wypalenia zawodowego nauczycieli szkół ogólnodostępnych oraz szkół specjalnych, ich sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdza się, że u większości nauczycieli (bo aż u 90%) występuje syndrom wypalenia zawodowego. Niezależnie od charakteru pracy prezentują niebezpieczny dla zdrowia typ zachowań i przeżyć (Typ B – wypalony), który cechuje się ograniczonym zaangażowaniem w pracę przy jednocześnie ograniczonej zdolności dystansowania się do problemów zawodowych. Jednostki „wypalone” mają silną skłonność do rezygnacji oraz zmniejszoną odporność na przeciążenia i wyraźnie ograniczone poczucie radości z życia. Cechy charakterystyczne dla typu „wypalonego” stanowią duże zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Początkowo pojawia się uczucie zmęczenia psychicznego, poczucie bezradności nie tylko w sferze zawodowej, ale także w relacjach interpersonalnych z otoczeniem. Następnie pojawia się poczucie braku sensu życia, które jest niebezpieczne dla funkcjonowania człowieka [Rongińska, Gaida 2003]. Warto zaznaczyć, że pedagodzy specjalni uzyskali nieznacznie wyższy wskaźnik wypalenia zawodowego niż nauczyciele szkół ogólnodostępnych, natomiast różnice między grupami są nieistotne statystycznie. Sekułowicz [2005] podkreśla, że pedagodzy specjalni częściej niż nauczyciele szkół ogólnodostępnych narażeni są na różnego typu nieprzewidywalne zachowania uczniów, akty agresji, konflikty w grupie.

Powyższą konkluzję potwierdzają międzykulturowe badania programu badawczego Zakładu Psychologii WSP TK w Zielonej Górze i Instytutu Psychologii Uniwersytetu w Poczdamie [2003] na nauczycielach z Polski, Niemiec, Austrii, według których populację nauczycieli charakteryzuje negatywna konstelacja typów ryzyka A oraz B i jest to niezależne od warunków społeczno-kulturowych. Niepokojące jest bardzo rzadkie występowanie typu zdrowego (11–17%). Warto wspomnieć, że w prezentowanym badaniu żaden z nauczycieli nie wykazał dobrej kondycji psychicznej, a więc Typu G, który charakteryzuje osoby postrze-

gające siebie jako kompetentne w różnych sferach życia (nie tylko zawodowej), stawiające sobie ambitne cele. Jednostki Typu G posiadają umiejętność dozownia wysiłku w zależności od wymagań związanych z sytuacją i zadaniem [Rongińska, Gaida 2003].

Badania Tucholskiej [2003] potwierdzają, że wypalenie zawodowe u nauczycieli wiąże się z niskim poczuciem bezpieczeństwa, wysokim ogólnym poziomem lęku, niepokoju, poczuciem niepewności, częstszym doświadczaniem gniewu, irytacji. Ponadto osoby z wysokim wskaźnikiem wypalenia mają tendencję do negatywnej autoprezentacji, percepcji siebie, obniżoną samokontrolę, niską wytrwałość, obniżone zadowolenie z sukcesów zawodowych, a także małą solidność i sumienność w podejściu do wykonywanych zadań, co w zawodzie nauczyciela jest niezwykle istotne z uwagi na pracę z dziećmi i młodzieżą.

Należy zaznaczyć, że w prezentowanych badaniach nauczyciele szkół ogólnodostępnych i szkół specjalnych nieznacznie różnią się pod względem zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej oraz stosunku emocjonalnego do pracy. Różnice między grupami nie są istotne statystycznie. Na podobnym poziomie prezentują m.in. ambicje zawodowe, skłonność do pogodzenia się z porażką, zadowolenie ze swoich osiągnięć zawodowych. Znacząca natomiast jest wyższa umiejętność psychicznego odpoczynku od pracy, a więc zdolność do dystansowania się u nauczycieli szkół ogólnodostępnych w porównaniu z nauczycielami szkół specjalnych, a każdy rok pracy jest związany z coraz większą skłonnością do dystansowania, co może stanowić mechanizm obronny przed występowaniem syndromu wypalenia zawodowego.

Niezmiernie ważnym elementem prowadzonych badań jest ukazanie stylów radzenia sobie ze stresem prezentowanych przez nauczycieli szkół ogólnodostępnych i specjalnych. Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że badane grupy równie często stosują styl skoncentrowany na zadaniu i emocjach. Istotną różnicę u nauczycieli zaobserwowano w przypadku stosowania stylu skoncentrowanego na unikaniu opartego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Pedagodzy specjalni częściej od nauczycieli szkół ogólnodostępnych w sytuacjach stresowych mają tendencję do wystrzegania się myślenia oraz doświadczania trudnej sytuacji. Zazwyczaj starają się przebywać z innymi ludźmi, odwiedzają ich, rozmawiają z nimi. Mają jednak niższą zdolność do dystansowania się i psychicznego odpoczynku od pracy niż nauczyciele szkół ogólnodostępnych, która zwiększa się wraz ze stażem pracy. Większe doświadczenie z kolei sprzyja stosowaniu typu S („oszczędnościowego”), charakteryzującego się niską pozycją pracy w życiu osobistym, niewielkimi ambicjami zawodowymi oraz niską gotowością do wydatków energetycznych [Rongińska, Gaida 2003].

Interesujące wyniki uzyskano w zakresie stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu. Nauczyciele mający tendencję do podejmowania wysiłków, które

zmierzają do rozwiązania problemu, mają większe prawdopodobieństwo wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego. Opisywana zależność jest jednak nieistotna statystycznie. Znaczna różnica ujawniła się między stylem zadaniowym a przynależnością do Typu ryzyka A, charakteryzującego się niską odpornością psychiczną, brakiem poczucia wsparcia psychicznego, wysokim zaangażowaniem zawodowym, a także przypisywaniu wykonywanej pracy dużego znaczenia. Osoby prezentujące Typ A posiadają również obniżoną umiejętność do dystansowania się wobec trudności związanych z zawodem [Rongińska, Gaida 2003]. Nauczyciele prezentujący styl skoncentrowany na zadaniu mają mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia Typu ryzyka A. W związku z tym, koncentracja na rozwiązywaniu problemów chroni ich przed wystąpieniem typu nadmiernie obciążonego, mającego perfekcyjne nastawienie do pracy i zwiększoną skłonność do rezygnacji w sytuacji niepowodzenia.

Odwołując się do związku wypalenia zawodowego i stylów radzenia sobie ze stresem, badania Sekułowicz [2006] ukazują nieco odmienne wyniki – wraz ze wzrostem wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji nauczycieli, wzrasta też tendencja do stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach, a jednocześnie maleje w przypadku stosowania strategii zaradczych. Natomiast w prezentowanych badaniach styl skoncentrowany na emocjach nieznacznie wiązał się z obniżeniem syndromu wypalenia, ale zwiększeniem tendencji do oszczędnego wydatkowania energii. Sekułowicz [2006] podkreśla, że duża liczba nauczycieli szkół specjalnych zauważa szereg trudności napotykanych w pracy, które dezorganizują działalność pedagogiczną. Bardzo często czują się sfrustrowani, zmęczeni oraz zniechęceni do pracy, co wpływa na ich poziom rozczarowania z pełnionej funkcji.

Zakończenie

Zjawisko wypalenia zawodowego jest coraz powszechniejsze wśród osób wykonujących zawód nauczyciela. Przyczynia się do poważnego zaburzenia funkcjonowania jednostki, ponieważ wywołuje wiele negatywnych objawów psychicznych oraz fizycznych [Sekułowicz 2006]. Potocznie zawód nauczyciela określa się jako męczący i niewdzięczny. Charakteryzuje się nasileniem sytuacji problemowych, które wynikają z konieczności obcowania z innymi ludźmi oraz wykonywania obowiązków zawodowych. Powstający stres jest efektem współdziałania wielu czynników [Chrzanowska 2004]. Może dotyczyć ilościowego przeciążenia, do którego zalicza się m.in. biurokrację oraz konieczność wykonywania dodatkowych, niesprawiedliwie przydzielonych zadań, a także jakościowego przeciążenia, czyli realizacja zadań wykraczających poza kompetencje, wypełnienie nierealistycznych oczekiwań [Zubrzycka-Maciąg 2013].

W pracy zawodowej istotną rolę odgrywają kompetencje fachowe, indywidualne style działania, radzenia sobie z problemami, emocjonalny stosunek do pełnionej roli zawodowej, który przejawia się w wartościowaniu skuteczności podejmowanych działań. Praca może stanowić źródło satysfakcji, jak i frustracji oraz poczucia niezadowolenia [Rongińska, Gaida 2003]. W konsekwencji może doprowadzić do poczucia wyczerpania emocjonalnego, dlatego istotne znaczenie w przeciwdziałaniu występowania syndromu wypalenia jest odpowiednia profilaktyka.

Można wyrazić nadzieję, że przeprowadzone badania dotyczące radzenia sobie w sytuacjach stresowych oraz wypalenia zawodowego przyczynią się do zmiany warunków pracy nauczycieli oraz poszerzą i ulepszą programy mające na celu promocję zdrowia, a także zapobieganie zjawisku wypalenia.

Bibliografia

- Chrzanowska I. (2004), *Wypalenie zawodowe nauczycieli a ocenianie osiągnięć szkolnych uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i uczniów o prawidłowym rozwoju na etapie szkoły podstawowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Grzegorzewska M.K. (2006), *Stres w zawodzie nauczyciela: specyfika, uwarunkowania i następstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Heszen-Niejodek I. (2007), *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie* [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. III, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Litzke S.M., Schuh H. (2007), *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kirenko J., Zubrzycka-Maciąg T. (2011), *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Madlińska-Michalak J., Górska R. (2012), *Kompetencje emocjonalne nauczyciela*, Wolter Kluwer Polska S.A., Warszawa.
- Pyżalski J. (2010), *Stresory w środowisku pracy nauczyciela* [w:] *Psychospołeczne warunki pracy polskich nauczycieli. Pomiędzy wypaleniem zawodowym a zaangażowaniem*, red. J. Pyżalski, D. Merecz, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Pyżalski J. (2007), *Wypalenie zawodowe jako efekt stresu zawodowego w profesjach pomocowych* [w:] *Kwestionariusz Obciążeń Zawodowych Pedagoga (KOZP)*, J. Pyżalski, P. Plichta, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rongińska T., Gaida W.A. (2003), *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra.
- Schaefer K. (2008), *Nauczyciel w szkole*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Sekułowicz M. (2006), *Analiza wypalenia zawodowego nauczycieli szkolnictwa specjalnego – ocena zjawiska* [w:] *Człowiek niepełnosprawność – społeczeństwo*, red. J. Gładkowska, nr 1.
- Sekułowicz M. (2005), *Nauczyciele szkolnictwa specjalnego wobec zagrożenia wypaleniem zawodowym – analiza przypadków*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP, Wrocław.

-
- Tabor U. (2008), *Biograficzne uwarunkowania rozwoju nauczyciela – analiza jakościowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Tucholska S. (2003), *Wypalenie zawodowe u nauczycieli – psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Zubrzycka-Maciąg T. (2013), *Psychospołeczne uwarunkowania stresu nauczycielek szkół podstawowych i gimnazjów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii-Curie Skłodowskiej, Lublin.

Anna Ozga

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Lokalizacja szkół a możliwości pozyskania wsparcia przez nauczycieli województwa świętokrzyskiego realizujących specjalne potrzeby edukacyjne uczniów

Location of schools in relation to chances for obtaining support from the perspective of the teachers in Świętokrzyskie voivodeship addressing special educational needs of the students

The present survey on 405 teachers from Świętokrzyskie voivodeship teaching students with special educational needs has revealed the need for support in the context of the chances to profit from it – it has then shown potential chances of the respondents to obtain the support they need. As for the forms of support described in the text (physical, instrumental, emotional, informational and spiritual), in the opinions of the surveyed teachers, they are generally less available than they should be, taking into account the needs for assistance reported by the teachers. On the other hand, the teachers assess their possibilities to profit from various sources of support in two ways. The respondents can freely profit from the support of the headmasters and peers whereas their possibilities to obtain support from guidance counselors, special counselor therapists, psychologists, speech therapists and pediatricians are described as much weaker. The study has shown that the teachers working in village schools have the lowest chances to access various forms and sources of support (which results mainly from lower availability of support). The situation of the teachers working in Kielce, whose needs for support are a little higher, is only slightly better, whereas the teachers working in municipal and powiat cities are those who describe their chances to obtain support as the highest. The results of the survey clearly express the voice of the teachers who point at the areas of professional support which is indispensable for them yet hard to obtain, in the times when the tasks they face are more and more complex and the expectations towards them higher and higher.

Słowa kluczowe: wsparcie, formy wsparcia, źródła wsparcia, nauczyciele województwa świętokrzyskiego, uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi

Keywords: support, forms of support, sources of support, teachers of Świętokrzyskie voivodeship, a student with special educational needs

Wprowadzenie

Idea edukacji włączającej otwiera drzwi ogólnodostępnej szkoły każdemu dziecku, przyznaje też uczniom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi prawo do pobierania nauki w szkołach znajdujących się najbliżej ich domów. Dla wielu nauczycieli oznacza to nowe zadania, które muszą podjąć: rozpoznawanie mocno zróżnicowanych specjalnych potrzeb dzieci, planowanie i realizowanie działań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych dostosowanych do ich możliwości, organizowanie i udzielanie im pomocy psychologiczno-pedagogicznej. By odważnie podejmować te prace i skutecznie wspomagać rozwój wszystkich dzieci, nauczyciele potrzebują specjalistycznej wiedzy i umiejętności, odpowiednich pomocy i środków dydaktycznych, konsultacji ze specjalistami, a zatem potrzebują szeroko rozumianego wsparcia – informacyjnego, materialnego, instrumentalnego, emocjonalnego, duchowego [Sęk, Cieślak 2004]. Źródłem tego wsparcia dla nauczyciela wychowawcy mogą być rodzice ucznia, koledzy nauczyciele, zatrudnieni w szkole lub w poradni psychologiczno-pedagogicznej specjaliści (psycholog, pedagog, logopeda, doradca zawodowy, terapeuta pedagogiczny), pracownicy placówek doskonalenia nauczycieli, a także innych przedszkoli, szkół i organizacji pozarządowych działających na rzecz rodziny, dzieci i młodzieży [Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizowania pomocy psychologiczno – pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach].

Badania własne

W trakcie realizowania projektu badawczego *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów* rozpoznano obszary wsparcia niezbędnego nauczycielom województwa świętokrzyskiego odpowiedzialnym za kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a także zdiagnozowano możliwości korzystania badanych z profesjonalnej pomocy [Bidziński, Giermakowska, Ozga, Rutkowski 2013]. Ciekawe wydaje się zestawienie tych dwóch ocen dokonanych przez respondentów. Zabieg ten pozwoli odpowiedzieć na następujący problem badawczy: jakie są potencjalne szanse zaspokojenia potrzeb wsparcia w ocenie badanych nauczycieli. Poszukiwanie odpowiedzi na przyjęte pytanie badawcze prowadzono w kontekście kilku zmiennych niezależnych – w tym artykule przedstawiony zostanie niepublikowany fragment badań dotyczący lokalizacji szkół, w których pracują respondenci.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz autorski kwestionariusz opracowany przez zespół pracowników z Zakładu Wspomagania Rozwoju i Edukacji Dziecka Uniwersytetu Jana Kochanowskiego¹. W tym tekście odwołuję się jedynie do dwóch pytań zamieszczonych w kwestionariuszu, dotyczących nauczycielskiej oceny wsparcia społecznego.

Badani to grupa 405 nauczycieli, złożona z 363 kobiet i 42 mężczyzn – pracowników świętokrzyskich placówek edukacyjnych. Ponieważ większość respondentów to uczestnicy różnych form doskonalenia zawodowego, dobór próby badawczej trzeba określić jako incydentalny.

Jeśli chodzi o lokalizacje szkół, w których pracują badani nauczyciele, to 61 respondentów reprezentuje szkoły funkcjonujące w mieście wojewódzkim, 72 nauczycieli naucza w szkołach w miastach powiatowych, 32 nauczycieli uczy w miastach gminach, 133 zatrudnionych jest w szkole we wsi gminnej, natomiast 99 badanych pracuje w placówkach działających we wsi osadzie (dla 8 badanych osób brak danych dotyczących środowiska, w którym pracują).

Rodzaje niezbędnego wsparcia a jego dostępność w opinii badanych nauczycieli

Uczestniczący w projekcie badawczym nauczyciele, wykorzystując 4-stopniową skalę, ocenili własne zapotrzebowanie na wsparcie informacyjne, materialne, instrumentalne, emocjonalne i duchowe, a w kolejnym kroku oszacowali także swoją dostępność do poszczególnych rodzajów wsparcia. Dla grupy 405 nauczycieli policzono różnice między zapotrzebowaniem i dostępnością różnych form wsparcia (tab. 1). Otrzymane wyniki wskazują, że badana grupa najmniejszą szansę ma na uzyskanie wsparcia materialnego (deficyt rzędu 1,00) i instrumentalnego (0,85), natomiast stosunkowo najłatwiej o wsparcie informacyjne i duchowe (których niedobór wynosi 0,39 i 0,37).

¹ Narzędzie powstało dla potrzeb projektu *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*. Składa się ono z 20 pytań, głównie półotwartych.

Tabela 1. Średnie zapotrzebowania na różne rodzaje wsparcia w kontekście ich dostępności w ocenie badanych nauczycieli

Rodzaj wsparcia	Zapotrzebowanie (\bar{x})	Dostępność (\bar{x})	Różnica między zapotrzebowaniem a dostępnością wsparcia (\bar{x})
Materialne	3,01	2,02	1,00
Instrumentalne	2,78	1,95	0,85
Emocjonalne	2,71	2,23	0,47
Informacyjne	2,94	2,54	0,39
Duchowe	2,47	2,12	0,37

Źródło: Badania własne.

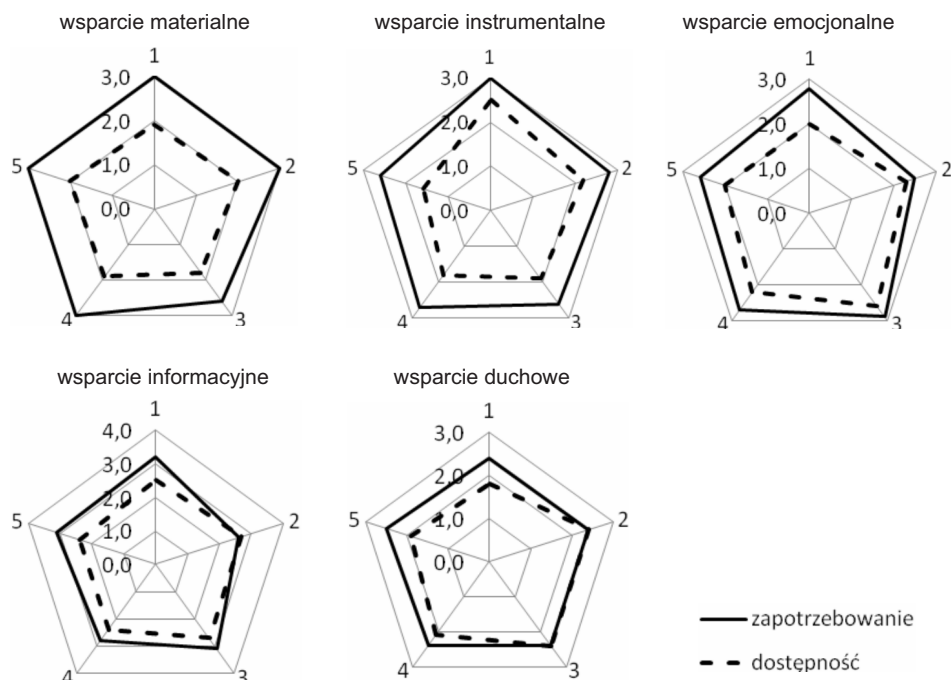
Możliwości pozyskania różnych form wsparcia w ocenie nauczycieli według lokalizacji szkół

Zebrane w trakcie badań informacje dotyczące zapotrzebowania nauczycieli województwa świętokrzyskiego na różne formy wsparcia, a także dostępności do nich według lokalizacji szkół, przedstawia wykres 1. Tabela 2 ilustruje natomiast różnice między zapotrzebowaniem i dostępnością do pięciu form wsparcia nauczycieli z różnych środowisk, wskazuje też obszary pomocy, które statystyka uznała za istotnie różne.

Tabela 2. Różnice w ocenie potencjalnych szans korzystania z różnych form wsparcia dokonanej przez nauczycieli według lokalizacji szkół

Różnica między zapotrzebowaniem a dostępnością następujących typów wsparcia:	Lokalizacja szkoły										H*	Istot- ność
	1		2		3		4		5			
	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N		
materialnego	1,11	53	0,9	64	0,85	26	1,11	123	0,97	89	1,70	n.i.
instrumentalnego	0,54	46	0,62	59	0,83	24	0,99	120	1,06	88	7,40	n.i.
emocjonalnego	0,76	50	0,12	65	0,37	27	0,49	123	0,61	92	7,15	n.i.
informacyjnego	0,62	53	-0,12	65	0,33	27	0,46	124	0,58	89	13,54	p<0,05
duchowego	0,63	49	0,09	62	0,04	25	0,3	121	0,66	90	9,81	p<0,05

Legenda: 1 – miasto wojewódzkie, 2 – miasto powiatowe, 3 – miasto gmina, 4 – wieś gmina, 5 – wieś osada; *Test Kruskala-Wallisa



Legenda: 1 – miasto wojewódzkie, 2 – miasto powiatowe, 3 – miasto gmina, 4 – wieś gmina, 5 – wieś osada

Wykres 1. Profile średnich ocen zapotrzebowania na różne rodzaje wsparcia oraz dostępności do niego według lokalizacji szkół, w których pracują respondenci

Trzeba powiedzieć, że o wsparcie materialne jest generalnie trudno – w opiniach wszystkich nauczycieli. Największe deficyty zaobserwowano w szkołach zlokalizowanych w mieście wojewódzkim oraz we wsi gminnej (średnia 1,11). Nieco mniejsze niedobory wsparcia materialnego odnotowano w ocenach nauczycieli z placówek ulokowanych w miastach gminnych (deficyt rzędu 0,85).

Jeśli chodzi o szanse nauczycieli na uzyskanie wsparcia instrumentalnego, to są one tym większe, im wyższy status urbanistyczno-demograficzny miejscowości, w której ulokowana jest szkoła. Największe rozbieżności między potrzebą a dostępnością tego typu wsparcia zgłaszają nauczyciele ze szkół funkcjonujących we wsiach gminnych (deficyt rzędu 0,99) oraz osadniczych (deficyt rzędu 1,06). Nieco łatwiej o tę pomoc jest w mieście wojewódzkim (deficyt rzędu 0,54).

Największy deficyt wsparcia emocjonalnego obserwuje się u nauczycieli ze szkół kieleckich (deficyt rzędu 0,76) oraz funkcjonujących we wsiach osadniczych (0,61), w najlepszej sytuacji są natomiast nauczyciele z miast powiatowych (deficyt 0,12), którzy mają największe szanse uzyskania tej formy wsparcia.

Jak wykazała analiza statystyczna, lokalizacja szkoły różnicuje potencjalne szanse nauczycieli na uzyskanie wsparcia informacyjnego ($H=13,54$, $p<0,05$). Najtrudniej zdobyć je respondentom pracującym w szkołach ulokowanych w mieście wojewódzkim (0,62), a także we wsiach osadniczych (0,58). Zdecydowanie najłatwiej o nie w miastach powiatowych, gdzie według badanych dostępność tej formy pomocy jest nawet wyższa niż jej potrzeba.

Różnice między zapotrzebowaniem a dostępnością do wsparcia duchowego nauczycieli reprezentujących różne środowiska społeczne różnią się między sobą istotnie statystycznie ($H=9,81$, $p<0,05$). O największym niedostatku tej formy pomocy możemy mówić w odniesieniu do nauczycieli zatrudnionych w szkołach zlokalizowanych we wsiach osadniczych a także w placówkach kieleckich (deficyt rzędu 0,6). W najlepszej sytuacji są natomiast nauczyciele szkół funkcjonujących w miastach powiatowych i gminnych, którzy dostrzegają jedynie minimalne braki wsparcia duchowego w swoim środowisku (rzędu 0,09 i 0,04).

Źródła niezbędnego wsparcia a ich dostępność w opinii badanych nauczycieli

W podjętych badaniach zapytano 405 nauczycieli, czyjej pomocy potrzebują w procesie planowania i realizacji działań edukacyjnych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a także jak oceniają swoją dostępność do niej. Respondenci, przy użyciu 4-stopniowej skali, dokonywali oceny zapotrzebowania oraz dostępności do źródeł profesjonalnego wsparcia.

Porównanie średnich określających potrzebę korzystania ze zróżnicowanych źródeł wsparcia, zgłaszaną przez nauczycieli z możliwością uzyskania tej pomocy, ukazuje tabela 3. Wynika z niej, że najtrudniej nauczycielom doświadczane przez uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi problemy konsultować z psychologiem (deficyt 1,24) oraz pedagogiem terapeutą (deficyt 1,02). Średni niedosyt obserwujemy dla pomocy udzielanej przez logopedę, pedagoga szkolnego i specjalnego oraz lekarza pediatrę (0,59; 0,50; 0,47), natomiast najmniejsze braki dotyczą szansy na wsparcie udzielanego przez dyrektora placówki (0,21). Zdecydowanie odmiennie wygląda sytuacja wsparcia płynącego od kolegi nauczyciela. Ponieważ poziom dostępności do tego źródła wsparcia jest wyższy niż zapotrzebowanie na nią, oznacza to, że w tym obszarze respondenci mają pełną możliwość uzyskania niezbędnej im pomocy.

Tabela 3. Średnie zapotrzebowania na źródła wsparcia w kontekście ich dostępności w ocenie badanych nauczycieli

Źródło wsparcia	Zapotrzebowanie (\bar{x})	Dostępność (\bar{x})	Różnica między zapotrzebowaniem a dostępnością wsparcia (\bar{x})
Psycholog	3,04	1,84	1,24
Pedagog terapeuta	2,70	1,77	1,02
Logopeda	2,83	2,31	0,59
Pedagog szkolny	3,03	2,48	0,50
Pedagog specjalny	2,44	1,97	0,50
Lekarz pediatra	1,78	1,34	0,47
Dyrektor	2,89	2,70	0,21
Inny nauczyciel	2,69	2,89	-0,18

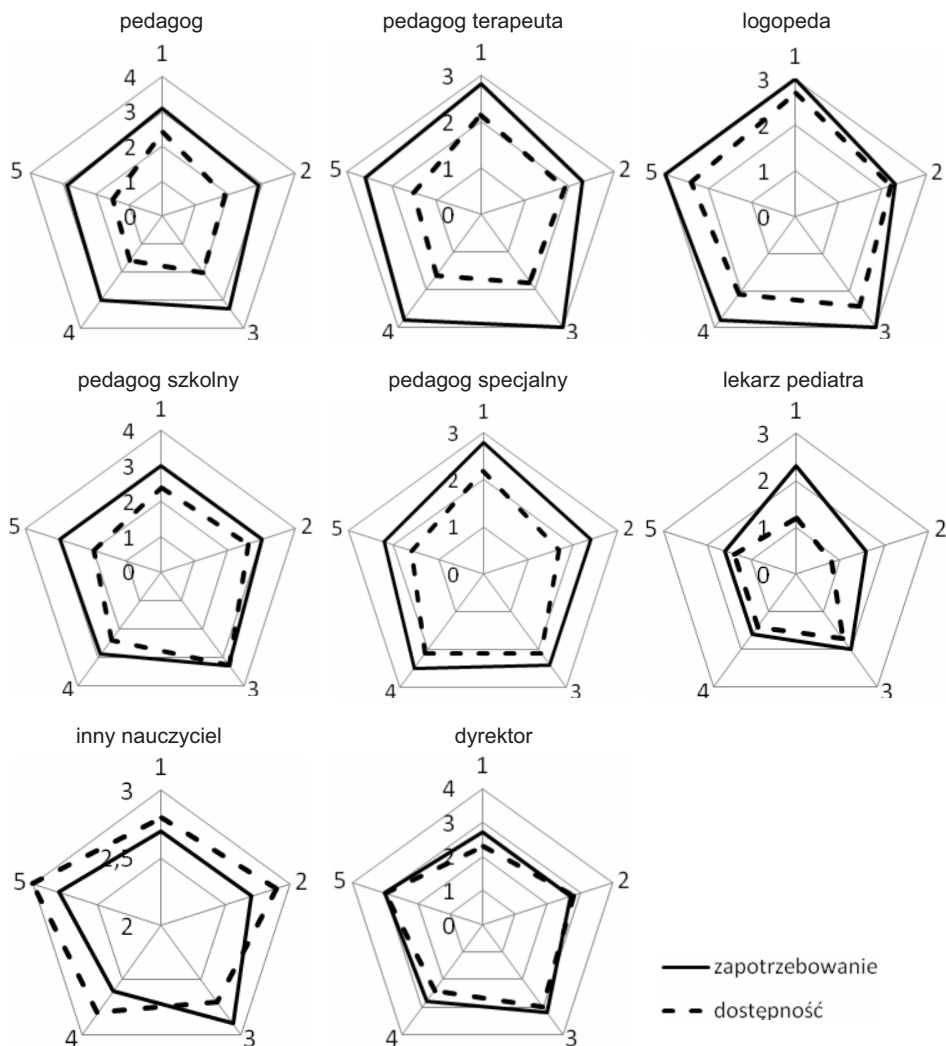
Źródło: Badania własne.

Możliwości korzystania z różnorodnych źródeł wsparcia według lokalizacji szkół

Informacje dotyczące różnic między zapotrzebowaniem a dostępnością do źródeł wsparcia dla nauczycieli z różnych środowisk przedstawia tabela 4, a w formie graficznej – wykres 2.

Jeśli chodzi o wsparcie udzielane przez psychologa, to trzeba powiedzieć, że niedosyt tego źródła wsparcia jest nie tylko największy ze wszystkich uwzględnionych w badaniach, ale też jest tym wyższy, im niższy jest status urbanistyczno-demograficzny miejscowości, w której pracują respondenci. Oznacza to, że nauczyciele realizujący swoje zawodowe zadania w placówkach ulokowanych na wsiach zarówno gminnych, jak i osadniczych mają najmniejsze szanse na psychologiczne wsparcie (deficyt rzędu 1,47; 1,49). Stosunkowo najłatwiej o nie natomiast w ocenie nauczycieli zatrudnionych w placówkach kieleckich, gdzie obserwuje się niedobór rzędu 0,79.

Trzeba powiedzieć, że na każdym etapie edukacji trudno również o wsparcie płynące ze strony pedagoga terapeuty. Duży niedostatek tej pomocy zaobserwowano w wypowiedziach nauczycieli realizujących swoje zawodowe zadania w placówkach ulokowanych na wsiach (deficyt rzędu 1,21 i 1,13). Z kolei potencjalnie większe szanse na ten rodzaj pomocy mają nauczyciele zatrudnieni w szkołach/przedszkolach funkcjonujących w miastach powiatowych (deficyt 0,69).



Legenda: 1 – miasto wojewódzkie, 2 – miasto powiatowe, 3 – miasto gmina, 4 – wieś gmina, 5 – wieś osada

Wykres 2. Profile średnich ocen zapotrzebowania na profesjonalne wsparcie oraz dostępności do niego według lokalizacji szkół, w których pracują respondenci

Jak wynika z odpowiedzi biorących udział w badaniach respondentów, wsparcie logopedy najtrudniej zdobyć nauczycielom ze szkół funkcjonujących na wsiach (deficyt rzędu 0,7), natomiast niewielkie braki tego typu wsparcia obserwuje się w wypowiedziach respondentów reprezentujących placówki z miast powiatowych (deficyt rzędu 0,24).

Istotny niedosyt wsparcia udzielanego przez pedagoga szkolnego obserwuje się w wypowiedziach nauczycieli ze szkół we wsiach osadach (rzędu 0,92), a nie-

wiele mniejsze braki tej pomocy zgłaszają nauczyciele z placówek kieleckich (0,72). W najlepszej sytuacji są natomiast badani reprezentujący środowisko miast gminnych (deficyt 0,15).

Tabela 4. Różnice w ocenie potencjalnych szans korzystania z różnorodnych źródeł wsparcia dokonanej przez nauczycieli według lokalizacji szkół

Różnica między zapotrzebowaniem a dostępnością do następujących źródeł wsparcia:	Lokalizacja szkoły										H*	Istotność
	1		2		3		4		5			
	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N	(\bar{x})	N		
psycholog	0,79	48	1,08	59	1,18	22	1,47	111	1,49	78	6,39	n.i.
pedagog terapeuta	0,85	41	0,69	42	1,12	17	1,21	90	1,13	71	3,87	n.i.
logopeda	0,38	47	0,24	57	0,68	22	0,77	107	0,75	81	5,40	n.i.
pedagog szkolny	0,72	46	0,43	60	0,15	26	0,47	116	0,92	86	7,59	n.i.
pedagog specjalny	0,64	44	0,69	51	0,33	21	0,45	103	0,55	80	1,09	n.i.
lekarz pediatra	1,08	36	0,84	50	0,28	21	0,23	99	0,31	65	11,52	p<0,05
dyrektor	0,38	47	0,00	60	0,33	27	0,34	109	0,07	86	5,16	n.i.
inny nauczyciel	-0,07	43	-0,20	58	0,15	26	-0,27	105	-0,21	80	2,65	n.i.

Legenda: 1 – miasto wojewódzkie, 2 – miasto powiatowe, 3 – miasto gmina, 4 – wieś gmina, 5 – wieś osada; *Test Kruskala-Wallis

Jeśli chodzi o wsparcie udzielane przez pedagoga specjalnego, to największe rozbieżności między potrzebą a dostępnością tego typu wsparcia zaobserwowano u nauczycieli ze szkół kieleckich (deficyt rzędu 0,69) oraz funkcjonujących w miastach powiatowych (niedobór 0,69). Najmniejsze braki w tym obszarze zgłaszają natomiast respondenci reprezentujący miasta o statusie gmin (0,33).

Na podstawie przeprowadzonej analizy statystycznej trzeba powiedzieć, że lokalizacja placówki istotnie różnicuje możliwości korzystania ze wsparcia udzielanego badanym przez lekarza pediatrę ($H=11,52$, $p<0,05$). O największym niedostatku tej pomocy możemy mówić w odniesieniu do nauczycieli placówek kieleckich (deficyt rzędu 1,08). Z kolei respondenci reprezentujący szkoły ze wsi gmin oraz miast gmin dostrzegają jedynie minimalne braki medycznej pomocy w swoim środowisku (deficyt rzędu 0,23 i 0,28).

Analiza ilościowa zebranego materiału empirycznego ujawniła bardzo niewielkie deficyty wsparcia udzielanego przez dyrektorów w szkołach kieleckich oraz ulokowanych w gminnych miastach i wsiach (niedobór rzędu 0,3). Natomiast w opiniach nauczycieli reprezentujących szkoły z miast powiatowych dostępność dyrektorskiego wsparcia idealnie pokrywa się z zapotrzebowaniem na tę pomoc.

Zdecydowanie najlepiej w ocenach respondentów wygląda możliwość uzyskania wsparcia od innych nauczycieli. Niewielki niedobór pomocy kolegi nauczyciela zaobserwowano jedynie w wypowiedziach nauczycieli z placówek ulokowanych w miastach gminnych (deficyt 0,15), natomiast pozostali respondenci ocenili, iż dostępność pomocy udzielanej przez kolegów nauczycieli jest wyższa niż ich potrzeby wsparcia.

Zakończenie

Przedstawione badania 405 nauczycieli województwa świętokrzyskiego, podejmujących kształcenie uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, ujawniły zapotrzebowanie na wsparcie w kontekście możliwości korzystania z niego – pokazały zatem potencjalne szanse respondentów na uzyskanie potrzebnej im pomocy.

Jeśli chodzi o opisywane w tekście formy wsparcia (wsparcie materialne, instrumentalne, emocjonalne, informacyjne i duchowe), to generalnie w opiniach respondentów ich dostępność jest mniejsza niż zgłaszane przez nich potrzeby pomocy. Z kolei nauczycielskie oceny możliwości korzystania z różnych źródeł wsparcia układają się dwutorowo. Badani w miarę swobodnie mogą korzystać z pomocy dyrektorów placówek oraz kolegów nauczycieli, natomiast zdecydowanie słabiej oceniają swoje możliwości uzyskania wsparcia od pedagogów szkolnych i specjalnych, terapeutów, psychologów, logopedów oraz lekarzy pediatrów.

Badania wykazały, iż najmniejsze szanse na pozyskanie różnych form i źródeł wsparcia charakteryzują nauczycieli zatrudnionych w szkołach ulokowanych na wsiach (co wynika głównie z mniejszej dostępności do wsparcia). Okazało się, że tylko w nieco lepszej sytuacji są nauczyciele placówek kieleckich, u których zaobserwowano nieco większe zapotrzebowanie na wsparcie. Natomiast najlepiej swoje potencjalne możliwości uzyskania wsparcia oceniają respondenci reprezentujący placówki funkcjonujące w miastach gminnych oraz powiatowych.

Wyniki przeprowadzonych analiz to wyraźny głos nauczycieli, którzy wobec coraz bardziej skomplikowanych zadań oraz stale rosnących oczekiwań kierowanych w ich stronę, sygnalizują obszary niezbędnego im, a trudnego do zdobycia profesjonalnego wsparcia.

Bibliografia

Bidziński K., Giermakowska A., Ozga A., Rutkowski M. (2013), *Nauczyciele województwa świętokrzyskiego wobec zadań związanych z realizacją specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów*, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce.

Rozporządzenie MEN z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizowania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2013 r. poz. 532).

Sęk H., Cieślak R. (2004), *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne* [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa, s. 11–28.

Dorota Krzemińska
Uniwersytet Gdański

Style bycia/działania terapeutów jako asumpt do rozważań o placówkach wsparcia dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną

Styles of being/activity of therapists as a contribution to reflect
on institutions supporting adults with intellectual disability

The presented text attempts to discuss the styles of being of therapists working with adults with intellectual disabilities. The styles of being of therapists are exemplified showing two similar yet varying placements – daily environmental self – help centers, exposing two chosen factors: the way the centers are organized and how therapists shape their relations and communicate with participants. The reflection on therapists' styles of being introduces a broader discussion on the role of current institutional supporting of people with intellectual disabilities, pointing out the necessity to urgent dispute and reformulation – eventually making emerge many questions that, among others, could be undertaken in the views of H. Giroux or S. Danforth.

Słowa kluczowe: osoby dorosłe z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, style bycia terapeutów, instytucje wsparcia

Keywords: adults with intellectual disability, therapists' styles of being, supporting institutions

Wprowadzenie

Prezentowana wypowiedź jest swoistą próbą zwerbalizowania pewnej refleksji, którą ogarniam placówki wsparcia przeznaczone dla osób dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, takie jak np. środowiskowe domy samopomocy czy warsztaty terapii zajęciowej, koncentrując moją uwagę na osobach terapeutów. Refleksja, którą chcę się podzielić, rodziła się we mnie od dłuższego czasu, będąc m.in. pokłosiem wielu wizyt w wymienionych wyżej miejscach. Wizyt, które najczęściej wiązały się z tzw. hospitacjami w ramach konkretnych przedmiotów realizowanych w toku studiów na kierunku pedagogika specjalna, dotyczących obszaru dorosłości osób z niepełnosprawnością intelektualną (np.

Wsparcie w dorosłości osób z niepełnosprawnością, Rehabilitacja osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną), podczas których wraz ze studentami odwiedzamy trójmiejskie środowiskowe domy czy warsztaty terapii zajęciowej. Przede wszystkim zaś, prezentowany tu namysł wypływa z moich indywidualnych doświadczeń związanych z bytowaniem w wymienionych instytucjach, a tym samym mających naturę terenowej eksploracji, splecionej ze swobodną obserwacją, najczęściej połączoną także z fragmentarycznymi, spontanicznymi rozmowami (z terapeutami, podopiecznymi oraz uczestniczącymi w hospitacjach studentami pedagogiki specjalnej), jakie towarzyszyły wzmiankowanym powyżej hospitacjom placówek. Chodzi mi tutaj o przybliżenie zapewne znanej (większości osób) sytuacji, związanej z odczuciem, iż bywając w analogicznych, funkcjonujących, teoretycznie w oparciu o te same założenia i zasady, placówkach, w których przebywają podopieczni o podobnych właściwościach (przynajmniej z klinicznego punktu widzenia, ustanawiającego dokumentarną tożsamość osób z upośledzeniem umysłowym głębszego stopnia) – a odnosząc je do placówek, takich jak wymienione środowiskowe domy samopomocy czy warsztaty terapii zajęciowej (osoby dorosłe z niepełnosprawnością intelektualną) – ulega się wrażeniu, iż pomimo ich „analogiczności”, placówki te różnią się między sobą, często nawet znacząco. Przy czym wyraźną trudność sprawia jednoznaczne określenie źródła tej różnicy, bowiem doznanie to, przynajmniej w moim pojęciu, przynależy bardziej do sfery intuicyjnego odczuwania, aniżeli do racjonalnej, zintelektualizowanej percepcji, wiodącej wprost do wyłonienia klarownego obrazu, z wypunktowaniem precyzyjnie dających się uchwycić cech. Dodam jedynie, iż po jednym z cykliw hospitacji w instytucjach wsparcia, o których mowa – kiedy to odwiedziliśmy wraz ze studentami trzy środowiskowe domy samopomocy – studenci zapytali mnie wprost, czy na pewno były to placówki ustanowione zgodnie z tymi samymi zasadami, regulującymi ich stronę formalno-organizacyjną (wyrazili się dosłownie: „czy były to takie same placówki”, bo „jakoś wydają się inne”). Suma moich dotychczasowych, podobnych zresztą odczuć, skłoniła mnie do bliższego przyjrzenia się zasygnalizowanemu zjawisku wraz z dążeniem do jego opisanego i próby zrozumienia/rozpoznania, co w rezultacie zainicjowało szereg (pozostawionych tymczasem bez ostatecznych rozstrzygnięć) pytań, dotyczących instytucji wsparcia dla osób z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej.

Pierwszym impulsem, który (u)kierunkował moje dociekania, by zidentyfikować swoiste odmienności w funkcjonowaniu wyżej wymienionych placówek, było poszukiwanie różnic(y), lokując ją w osobach, stanowiących ich społeczność. Skłoniłam się zatem ku zbiorowemu podmiotowi uformowanemu przez indywidualne postacie terapeutów, którzy bez wątplenia odpowiedzialni są za kreowanie przestrzeni, w jakiej wraz z podopiecznymi przebywają. Chcę zatem przy-

rzeń się funkcjonowaniu terapeutów – głównie zaś poddać oglądowi ich działania, które przekładają się na całokształt/ogół funkcjonowania placówki, ze szczególnym wyeksponowaniem/zaakcentowaniem tego, jak / w jaki sposób / jakie znaczenie/rolę pełni to działanie w odniesieniu dla podopiecznych/uczestników. Generalnie chodzi mi tutaj o dążenie do zobrazowania, choć może słuszniej byłoby powiedzieć jedynie zarysowania, pewnego zbiorowego (aczkolwiek złożonego z indywidualnych właściwości) charakteru działań terapeutów, które nadają określonej placówce swoiście indywidualny, NIEPOWTARZALNY, czy może nawet specyficzny charakter (koloryt), a jaki niewątpliwie odczuli już podczas pierwszej wizyty studenci hospitujący wybrane placówki, o czym nadmieniałam powyżej.

Ów sposób działania terapeutów określiłam jako ich styl bycia/działania, przy czym nadmieniam, że pojęcie to bywa raczej określane w taki sposób potocznie, i przyznam, że w literaturze naukowej nie znalazłam definicji wprost odnoszącej się do takiego sformułowania. Natomiast w obszarze socjologii styl bycia podaje się niekiedy jako termin pośredniczący w definiowaniu pojęcia, jakim jest styl życia. Ten jawi mi się jako pojęcie o znacznie szerszym zakresie i z pewnością należy do tych kategorii, które – o czym wyczytujemy z literatury – niełatwo jednoznacznie i dokładnie określić. Trudności w jego definiowaniu wynikają zarówno z wielu znaczeń, które są mu przypisywane, podobnie jak i problematycznym jawi się określenie zachowań (społecznych), które styl życia konstytuują, tym bardziej, iż niezwykle trudno poddać je precyzyjnemu pomiarowi. W piśmiennictwie przedmiotowym [np. Siciński 1978, 1988] styl życia jako pojęcie odnaleźć można pośród następujących kategorii (gdzie traktowany jest niekiedy nawet zamiennie), które odnoszą się do/opisują: sposób życia, wzory zachowań, wzory kultury czy wprost bywa referowany do wartości i postaw.

Dla potrzeb niniejszych rozważań przywołuję definicje stylu życia zaproponowane przez Andrzeja Sicińskiego, który podaje, że: „[...] styl życia znamienny dla pewnej zbiorowości ludzkiej jest charakterystycznym dla tej zbiorowości sposobem bycia w społeczeństwie. Ten sposób bycia to specyficzny zespół codziennych zachowań członków owej zbiorowości, a dzięki temu umożliwiającą ich społeczną identyfikację” [Siciński 1978, s. 13–14].

„Styl życia jest [...] przejawem jakiejś zasady (zasad) wyboru codziennego postępowania spośród repertuaru zachowań możliwych w danej kulturze [...], jest czymś danym [...], znamienny(m) dla życia codziennego danej zbiorowości, grupy lub jednostki” [1988, s. 18].

Podążając za myślą Sicińskiego, przyjmuję, że przez styl bycia/działania terapeutów w placówkach wsparcia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną rozumieć będę: charakterystyczny dla nich sposób działania, składający się na zespół zachowań, będących przejawem zasad wyboru codziennego postępo-

wania w przestrzeni instytucji, w której pełnią określoną rolę (zawodową). Ów zespół zachowań to ogół cech/ właściwości specyficznych dla terapeutów omawianych placówek, który związany jest z określonymi ich postawami wobec realizowanych czynności zawodowych, w tym dotyczących sposobu pojmowania niepełnosprawności (intelektualnej) i osoby z niepełnosprawnością oraz relacji interpersonalnych nawiązywanych z podopiecznymi. To także zespół zachowań werbalnych i niewerbalnych informujących innych o ich przynależności do określonej zbiorowości.

Próbując zezemplifikować opisywane przeze mnie zjawisko odwołam się do (zobrazowania) działań terapeutów w dwóch – w moim odczuciu odmiennie funkcjonujących, choć tożsamy – placówkach, których zróżnicowanie lokuję właśnie w stylu bycia pracujących w nich profesjonalistów. W obydwu miejscach terapeuci stanowią zespół maksymalnie sześciu osób, ich wiek zawiera się w przedziale 35–50 lat, grupę tworzą zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Zdecydowana większość z nich posiada wykształcenie kierunkowe – są absolwentami studiów na kierunku/specjalności pedagogiki specjalnej, albo społecznej (zarówno licencjackich/magisterskich bądź podyplomowych, w przypadku gdy dana osoba jest np. absolwentem Akademii Sztuk Pięknych czy Akademii Wychowania Fizycznego), mają także przygotowanie związane z aktywnością, która stanowi ich domenę w ofercie programowej placówki, jaką jest np. działalność muzyczna, teatralna czy plastyczna. Wszyscy terapeuci związani są zawodowo z opisywanymi miejscami przynajmniej od pięciu lat. Obydwie placówki znajdują się na terenie Trójmiasta, przedstawiam je jako ŚDS X i ŚDS Y.

Oto, jak widzę ich funkcjonowanie jako pochodną stylu bycia pracujących w nich terapeutów, który odnoszę do dwóch obszarów działań: związanych z organizacją placówki i bezpośredniej relacji z uczestnikami.

Działania związane z organizacją placówki

Charakterystyczną właściwością działania pierwszej opisywanej placówki, o której zadecydowali terapeuci (a jaka jest możliwa do obserwowania już nawet w trakcie incydentalnej, okazjonalnej wizyty, np. hospitacji w **ŚDS X**, a z całą wyrazistością uwidacznia się podczas bardziej zażyłego, trwającego w czasie kontaktu) jest to, iż praktycznie nie istnieją tutaj trwale, w sposób sztywny, przyjęte ramy organizacyjne czy plan normujący codzienne działania. Zrezygnowano z zajęć, które przebiegają zgodnie ze ściśle opracowanym harmonogramem i wymagają konieczności przestrzegania określonych ram czasowych. Terapeuci postanowili bowiem przełamać swoicie „szkolną” organizacyjną konwencję, którą

uważają za typową raczej dla większości placówek o charakterze rehabilitacyjno-edukacyjno-rewalidacyjnym, właściwą na wcześniejszych etapach instytucjonalnego wspomaganie/edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ta specyficzna właściwość funkcjonowania placówki, w której uderza niejako swoisty luz, objawia się wyjątkową swobodą bytowania uczestników, w nadzwyczajnie sporym zakresie niby wolnego czasu. Uczestnicy spędzają czas rozproszeni w przestrzeni placówki, formując rozmaite konstelacje personalne i oddając się albo rozmaitym, indywidualnie podejmowanym aktywnościom, albo spędzając czas na naturalnie, stosownie do okoliczności i aktualnych potrzeb, nawiązywanym rozmowom (które przybierają postać codziennego, potocznego dyskursu). Niekiedy zewnętrznemu obserwatorowi mogłoby się nawet wydawać, że ta wyjątkowo swobodna aktywność dominuje nad regularnie i planowo przebiegającymi zajęciami. Jest to jednak zabieg celowy: terapeuci wyrażają bowiem przekonanie, że środowiskowy dom samopomocy, który przeznaczony jest dla osób dorosłych (wśród których wielu podopiecznych jest w tym samym wieku co terapeuci, a często nawet to osoby wiekiem starsze od nich) i niekoniecznie powinien być widziany jako miejsce, gdzie obowiązuje typowy dla placówek edukacyjnych ściśle zaplanowany harmonogram i rytm dnia.

Spora przestrzeń swobody i elastyczności, którą dostrzegam w przyjętym stylu działania terapeutów (a tym samym i podopiecznych), zupełnie nie przeszkadza w realizacji działań związanych ze wspomaganie, aktywizacją i dążeniami do/próbnymi (społecznego) integrowania, czego bez wątplenia dowodzą sukcesy odnoszone w różnego rodzaju przedsięwzięciach, a przede wszystkim bez trudu dostrzegalna społeczna aktywność podopiecznych i ich komunikacyjna sprawność. Różne rodzaje aktywności, ujęte w ofercie programowej placówki (czyli np. przedsięwzięcia teatralne, muzyczne, plastyczne), podejmowane są wówczas, gdy wiążą się z określonymi realizacjami projektów czy przygotowaniami do udziału w różnych imprezach. Wkomponowane zostają niejako naturalnie, stosownie do okoliczności i adekwatnie do czasu potrzebnego na ich realizację, lecz paradoksalnie nie „łamią” owego „luzu i wolnego”. W swoistym potoku jak gdyby swobodnej aktywności uczestników ośrodka znajduje się jeszcze miejsce na wyjścia do kina, teatru, na wystawy (często są one uzależnione od samopoczucia, nastroju, spontanicznie wyszukanej atrakcji, obwieszczonej np. w porannej prasie). Szczególną troską i zaangażowaniem terapeutów są sprawy związane z codzienną, „pozaśrodkową” egzystencją podopiecznych, roztaczającą się na potoczne ich życie, które angażuje uwagę i czas w taki sposób, który trudno zaplanować, bo wymyka się sztywnym ramom działania i precyzyjnej organizacji, najczęściej zaś wymaga bieżącej uwagi, zainteresowania, a niekiedy koniecznej interwencji.

Opisywany powyżej – jak widać – obszerny zakres swobody tak w funkcjonowaniu samej placówki, jak i przebywających w niej uczestników, pozornie może

prowokować pewnego rodzaju „luz” i nieskrępowanie. Paradoksalnie jednak, zarazem generuje sporą aktywność podopiecznych, wymuszając zwłaszcza samodzielne dokonywanie wyborów i możliwie autonomiczne podejmowanie decyzji, szczególnie w kontekście przyjętego i skrupulatnie realizowanego założenia, że podopieczni placówki biorą – na miarę swoich indywidualnych możliwości – udział we współdecydowaniu o tym, co dzieje się w placówce, przede wszystkim zaś dążą do podejmowania decyzji i dokonywania wyborów dotyczących ich samych.

Kolejny obszar działań związanych ze stylem bycia terapeutów dotyczy:

Bezpośredniej relacji z uczestnikami

Terapeuci w placówce ŚDS X już podczas pierwszego spotkania dają poznać się jako osoby wyjątkowo otwarte, empatyczne, pełne energii, które bez trudu nawiązują kontakt, zaś u onieśmiałonych błyskawicznie i umiejętnie przełamują wszelkie opory.

Charakterystyczną właściwością, jaka daje się dostrzec, a niejako narzuca się nawet podczas okazjonalnej, jednorazowej wizyty w placówce, jest wyraźnie partnerski charakter relacji terapeutów z uczestnikami placówki. Są w niewymuszony, spontaniczny sposób naturalni, szczerzy, otwarci. Zdołali pokonać i wyzbyć się nierzadko obserwowanego w relacjach podopieczny – terapeuta, swoiście protekcyjnego, obarczonego pewną pobłażliwością sposobu bycia. To możliwe partnerskie podejście do podopiecznych sprawia, że nie stają się oni podmiotami, a może raczej „przedmiotami”, podlegającymi zaplanowanym i niejako narzuconym działaniom, których podjęcie staje się obowiązkowe. Przeciwnie, adekwatnie do ich możliwości uczestnicy mają swój aktywny udział we współkreowaniu i decydowaniu o tym co w placówce się dzieje. W jaskrawy sposób ów specyficzny dla ŚDS X układ relacji i wzajemnych odniesień terapeutów oraz podopiecznych obrazuje następująca sytuacja. Otóż zawsze, kiedykolwiek odwiedzam placówkę wraz ze studentami, nawet jeśli jest to grupa licząca około 25 osób, całość spotkania przebiega w jednoczesnej obecności wszystkich podopiecznych i terapeutów (czego nie należy przypisywać wyłącznie korzystnym warunkom lokalowym, sprzyjającym pomieszczeniu tak liczebnej grupy osób). Terapeuci bowiem w taki sposób kierują spotkaniem, że ma ono charakter niejako towarzyski; o placówce i jej społeczności opowiadają terapeuci i sami podopieczni – przy czym każde z takich spotkań nigdy nie jest czymś możliwym do powtórzenia według jakiego schematu czy planu, rutynowo, ale ma naturę wysoce spontaniczną, żywą, naturalną. Sami studenci, komentując taką „hospitację”, mówią, iż nie mieli wrażenia pobytu w instytucji, lecz w miejscu na swój sposób „domo-

wym"/„udomowionym”, gdzie panuje niezwykła atmosfera, dzieją się wyjątkowo interesujące rzeczy, której nie chce się opuszczać, a czasu nigdy dość by wyczerpać rozmowy. Szczególną ich uwagę przykuwa właśnie sposób bycia terapeutów, relacje z podopiecznymi i sposób porozumiewania się z nimi, przede wszystkim zaś samo społeczne, by nie powiedzieć towarzyskie, obycie uczestników placówki – osób dorosłych z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej – i ich umiejętności nawiązywania kontaktu czy komunikacyjna aktywność.

Czyniąc analogiczny opis w odniesieniu do drugiej z prezentowanych placówek – ŚDS Y oraz przyglądając się działaniom pracujących tu terapeutów, które uwidaczniają się w sposobie organizacji placówki i sferze relacji z podopiecznymi, zauważam, że jest to placówka, w której przyjęto ścisłą organizację i harmonogram działania. Dodam jedynie, że oferta ŚDS Y jest zbliżona do oferty ŚDS X. Uczestnikom również proponuje się zajęcia teatralne, muzyczne, plastyczne (z różnych technik) czy zajęcia ruchowe. Są one realizowane w stałym, systematycznym rytmie, nieczęsto podlegają zmianom czy elastycznej korekcie, dotyczącej nie tyle ich przebiegu co umiejscowienia w harmonogramie. Każdy dzień tygodnia ma swój przyjęty schemat i strukturę, określone czynności i aktywności następują po sobie, są wyliczone czasowo. Uczestnicy praktycznie przez cały czas pobytu w placówce są czymś zajęci, najczęściej zaś podejmowane działania angażują prawie całą grupę jednocześnie, a podopieczni są „zlokalizowani” w jednym pomieszczeniu. Zasadniczo ogół działań realizowanych w placówce, zaprojektowanych w głównej mierze przez terapeutów, wygląda perfekcyjnie pod względem organizacyjnym i jest bez wątplenia metodycznie nienaganny. I chociaż można by dopatrywać się tu pewnego schematyzmu, to – w zamyśle terapeutów – za takim zabiegiem przemawia pewien zamierzony cel, jakim jest stworzenie poczucia określonego, przewidywalnego rytmu, stwarzającego poczucie bezpieczeństwa i stałości. Jednakże, mimo tych niewątpliwie przemyślanych i z najwyższą starannością realizowanych programowych aktywności, daje się tu odczuć coś co w moim pojęciu jest nieuchwytnie, trudne do zwerbalizowania, coś co sprawia, że w całym tym aktywnym, poukładanym miejscu, nie czuje się jakiegoś swoistego nerwu czy niezwykłego charakteru, a placówka tchnie na swój sposób naturą instytucji. Choć w istocie, co z całą mocą podkreślam, nie sposób którykolwiek wycinek działalności tej placówki ocenić niepochlebnie, a całość kształt jej funkcjonowania jest wzorowy, zwłaszcza jeśli odnieść go do formalnego (metodycznego – to określenie wzbudza we mnie wątpliwą jego zasadność w odniesieniu do współdziałania z /wsparcia dorosłych osób z niepełnosprawnością »intelektualną« i zwykle miewam pewną trudność w jednoznacznym sprecyzowaniu czym i jaka ma być metodyka pracy z dorosłą osobą z tym rodzajem niepełnosprawności).

W obszarze bezpośredniej relacji z uczestnikami terapeutami w ŚDS Y zachowują postawę serdeczności, życzliwości, pełnego oddania, zaangażowania, czym niewątpliwie stwarzają podopiecznym poczucie wsparcia i wspomaganie. Wyczuwalny jest tutaj jednak pewien specyficzny dystans i wrażenie istniejącej hierarchizacji w relacji pomiędzy terapeutami i uczestnikami placówki. Nie jest to komunikowane czy manifestowane wprost i zapewne nie jest także czymś celowo, świadomie zaprojektowanym, a sami terapeuci często zapewniają o naturalnych i otwartych/spontanicznych wzajemnych odniesieniach w relacjach z podopiecznymi, to daje się tu wyczuć swoisty podział i rozgraniczenie, gdy przyjrzeć się całej społeczności. Naturalnie trudno pewnemu niezbędnemu dystansowi pomiędzy wymienionymi dwoma podmiotami przypisywać jakieś negatywne znaczenie, to jednak jest to dystans nieco inny – i znów trudno to uchwycić słowami – aniżeli ten, który właściwy jest relacjom terapeutów i podopiecznych w ŚDS X (gdy czynimy już takie porównanie wprost), a odczuwa się go (odbiera) w odmienny sposób. Zauważam to chociażby w sposobie komunikowania się terapeutów z podopiecznymi – który pozostając pełnym taktu, życzliwości i serdeczności – pobrzmiwa tonem mimo wszystko jakby dominującym, nieco protekcyjnym, a tym samym zdaje się uwypuklać niesymetryczność relacji (w pewien sposób nieuniknionej w przestrzeni ustanowionej przez osoby niepełnosprawne i pełnosprawne) oraz stratyfikacji w środowisku placówki. Dotyczy to również samej przestrzeni fizycznej, gdzie w ŚDS Y ostrzej zarysowuje się podział na strefę uczestników, strefę terapeutów czy nawet „rewir” kierownictwa. Mam ogromną trudność w zwerbalizowaniu moich (a także studentów) odczuć, którymi dzielili się po wizycie w tym miejscu, dotyczących sposobu bycia/działania terapeutów, któremu absolutnie trudno cokolwiek zarzucić – bo jest on zapewne podyktowany ich postawą pełną zaangażowania i imperatywu dobrze wykonywanej pracy, ale zarazem brakuje tego „czegoś”, co trudno jednoznacznie określić, nazwać, a co zarazem wyzwalałoby entuzjastyczny odbiór tej placówki (i np. nieustającą chęć przebywania w niej).

Podczas jednej z wizyt w opisywanym miejscu, gdy zjawiłam się wraz z kilkunastoosobową grupą studentów, zaproszono nas do przestronnej sali, która pełni różne funkcje, począwszy od wypoczynkowej (mieszcząc fotele, kanapy), miejsca do prób zespołu teatralnego czy muzykowania, okazjonalnie pełniąc także rolę sali gościnnej. Przechodząc do tego pomieszczenia, minęliśmy „po drodze”, obecnych w danym dniu uczestników śds-u, którzy zgrupowani przy dużym stole wykonywali prace plastyczne, pod opieką jednego z terapeutów. Ta część pomieszczenia została zamknięta za pomocą rozsuwanych drzwi, tworzących zarazem dodatkową ścianę, a studenci wraz ze mną i osobą reprezentującą kierownictwo placówki, pozostaliśmy oddzieleni (by nie rzecz odcięci) od podopiecznych, których jedynie mogliśmy słyszeć za ową ścianą i którzy wiedząc, że stale tam jesteśmy,

czasami coś do nas wołali, wyraźnie chcąc zaznaczyć swoją obecność i nawiązać kontakt. O placówce dowiedzieliśmy się jedynie z ust osoby przynależącej do jej „pełnosprawnego członu”, co odbyło się zresztą z pełnym zaangażowaniem zapałem, entuzjazmem, bardzo interesująco. Ale na tym poprzestała cała wizyta – opowieść trwała na tyle długo, że na spotkanie z podopiecznymi oraz choćby powierzchowne poznanie przestrzeni fizycznej tego miejsca, gdzie znajdują się przecież różne pracownie, nie było już czasu. Uczestnicy, tkwiąc za ścianą, tworzyli niejako osobny byt, angażowani w zaplanowaną w harmonogramie dnia czynność. Odniosłam mimo to nieprzeparłe wrażenie, że mieli oni ogromną ochotę na spotkanie z gośćmi, jednak prymarną rolę przypisano obowiązującym zajęciom, w których uczestniczyli. Zasygnalizowany zaledwie sposób zorganizowania obu wymienionych placówek wraz z dążeniem do zarysowania przejawów relacji w ich społecznościach, wzbudził mój namysł także w kontekście innych doświadczeń, dotyczących analogicznych placówek, których nie prezentuję w tym artykule.

Zdaję sobie sprawę z tego, iż moja wypowiedź zapewne pod wieloma względami nie jest odkrywczą. Na podobne aspekty funkcjonowania instytucji dedykowanych niepełnosprawnym oraz na ich sposób działania wraz z bytującymi w nich podmiotami zwróciła przed laty M. Grzegorzewska [1964, 2002]. I choć koncentruje ona swoją uwagę na funkcjonowaniu nauczyciela, ściśle powiązanym z obszarem edukacji specjalnej uczniów z niepełnosprawnością pół wieku temu, co sprawia, że całość narracji tej badaczki i specyficzna, właściwa czasom, gdy powstawały jej teksty, retoryka, która dziś jawić się może nieco archaiczna, to upatruję w jej rozważaniach pewnych analogii, jakie poczyniłam w odniesieniu do działań terapeutów pełniących zadania wspomagania i wsparcia osób dorosłych niepełnosprawnych (intelektualnie).

Odwołując się do poglądów M. Grzegorzewskiej, które mimo odległej perspektywy czasowej, w jakiej były wygłaszane, jawią się nadal aktualne, ja zaś odczytuję w nich podobne do moich intencje poszukiwania źródła/przyczyny odmienności/zróźnicowania (w funkcjonowaniu) pewnych zespołów czy zbiorowości, które ukonstytuowane w obszarze edukacji/rehabilitacji, zostają powierzone konkretnemu pedagogowi/pedagogom. Ci z kolei, pomimo że dysponują podobnymi kompetencjami zawodowymi, kreując wraz z powierzonymi im podmiotami określony wycinek rzeczywistości, nadają mu rozmaite, a często nawet jaskrawo kontrastujące ze sobą oblicza.

Analizując wzmiankowany powyżej problem, M. Grzegorzewska dominującą rolę w konstruowaniu obrazu/oblicza prowadzonej przez nauczyciela grupy (a tym samym dostrzegając doniosły wpływ na podmioty poddane jego oddziaływaniu) przypisuje osobowości. I chociaż – jak autorka sama zaznacza – nie podejmuje ona drobiazgowej analizy i precyzyjnego definiowania tego pojęcia, to

w sposób niezwykle celny, obrazowo, ukazuje rolę, jaką osobowość nauczyciela pełni w całokształcie jego działania. W rozumieniu M. Grzegorzewskiej [1964, s. 17], co niezmiernie istotne, osobowość jawi się jako projekt realizowany w toku niemal całego życia, który z jednej strony reguluje w przemożny sposób wszelkie działania, z drugiej zaś strony to człowiek przejmuje odpowiedzialność za formowanie własnej osobowości, gdyż ta „[...] jest dziełem samokształcenia się w osiągnięciu pewnej spójnej, harmonijnej struktury duchowej i zachowaniem jej odmienności osobniczej, jej indywidualności. Osobowość w rozwoju swoim kształtuje się według pewnych wytycznych, zarysowanych na poznaniu i wartościowaniu zjawisk życia, oraz na poznaniu i ocenie swoich możliwości. [...] Rośnie więc osobowość w zależności od wartości tych zadań, jakie sobie stawia na drodze życia, wytkniętej przez jej postawę wewnętrzną w stosunku do otoczenia, życia i świata w związku ze swoim »ja« i w najwłaściwszej sobie istocie cele ponadindywidualne ujmuje. Jednostka więc buduje wewnątrz siebie ciągle i wszędzie pod działaniem najrozmaitszych nieuniknionych wpływów życia samego”.

Chcąc poglądowo zezemplifikować własne obserwacje dotyczące kompleksowo widzianych działań nauczycieli, M. Grzegorzewska wyraziście, niemal fotograficznie, nakreśla różne wizerunki zespołów klasowych w szkołach specjalnych (rozproszonych po różnych kontekstach środowiskowych, często ulokowanych w warunkach niezwykle trudnych), które to oblicza czyni bezpośrednią pochodną osobowości pedagoga. To jego osobie, przywołując przykłady działań konkretnych postaci, poświęca wnikliwą uwagę, wskazując jak/w jaki sposób postać duchowa nauczyciela i stosunek jego do grupy okazuje się projektować całą strukturę kontekstu, w którym bytuje pedagog i powierzone jego działaniu podmioty. „Są więc klasy sztywne, biernie i żywe, nastawione na dociekanie i czyn, badawcze, usamodzielnione i klasy w różnym stopniu biernie przyjmujące wiadomości, uśpione jak gdyby w pędzie do twórczości i działania. [...] Atmosferę taką wyczuwa się w izbie szkolnej, widzi w zachowaniu dzieci, wyczytuje w spojrzeniu ich oczu, w wyrazie i postawie wobec pracy” – relacjonuje M. Grzegorzewska [1964, s. 15].

Od nauczyciela i jego osobowości, tego jakim jest jako człowiek – a w opinii przywoływanej autorki winien on „być wewnątrz kimś” – zależy ogólny kształt, swoista natura przestrzeni, którą tworzy. To on, emanując przymiotami własnej osobowości, kreuje atmosferę miejsca, nadaje mu pewien indywidualny, unikalny charakter, buduje jego nastrój, jaki – czego dowodzi Grzegorzewska – udziela się tym, z którymi pedagog koegzystuje, współdziała, prowadzi czy w pewien sposób kieruje. Owa „całość kontekstu” wyraźnie daje się odczuć zewnętrznemu obserwatorowi, nawet podczas przygodnej obecności w danym miejscu, choć wyczuwalna bywa bardziej intuicyjnie, aniżeli racjonalnie, w sposób zintelektualizowany uświadamiana. Toteż wymieniona autorka [1964, s. 17] podkreśla,

iż obraz/oblicze przestrzeni, którą modeluje osobowość pedagoga, możliwe są do zaobserwowania, choć zapewne w znacznej mierze ich ogląd przynależy do sfery (swoiście instynktownego, intuicyjnego) odczuwania i trudno jednoznacznie zwerbalizować jego efekty, jako że o doświadczanym/odczuwanym klimacie danego miejsca zadecydują [...] te elementy ducha mniej albo bardziej uchwytnie które udzielają się człowiekowi tylko od człowieka. (podkr. D. Krzemińska), „Życiodajną krynicą ducha szkoły będzie zawsze człowiek – jego osobowość”, chociaż – jak dopowiada Grzegorzewska: „obraz tego zjawiska jest zawily i nieprzejrzysty”.

Odwołując się do zaprezentowanych powyżej poglądów M. Grzegorzewskiej mogę zauważyć, iż moje obserwacje poczynione w środowiskowych domach samopomocy wzbudziły we mnie podobne odczucia, a ponadto skłoniły do analogicznych konkluzji.

Zbieżne w swojej wymowie jawią się fragmenty badań A. Woynarowskiej [2010], która poddając analizie sposoby rozumienia i nadawania znaczeń zjawisku niepełnosprawności intelektualnej i podmiotom w różny sposób weń uwikłanych, nakreśliła obraz tych fenomenów w publicznym i prywatnym dyskursie, ustanawiając jako jeden z podmiotów własnych badań grupę terapeutów (wybranej placówki wspomagania i wsparcia z terenu Trójmiasta). Niepełnosprawność intelektualna jako codzienność doświadczana przez terapeutów wiąże się ze znaczeniami, które autorka wyłaniając z ich narracji, lokuje w czterech rodzajach dyskursu: emancypacyjnym, korekcyjno-opiekuńczym, opiekuńczym oraz normalizacyjno-adaptacyjnym. „Przyglądając się wszystkim przedstawionym narracjom terapeutów, można skonstatować, że ich dyskursy układają się na dwóch biegunach, wchodząc ze sobą w dyskusję. Pierwszy biegun, oparty na dyskursie korekcyjno-opiekuńczym i opiekuńczym, można nazwać tradycyjną konstrukcją niepełnosprawności intelektualnej i jej miejsca w społeczeństwie. Drugi biegun to zawarta w dyskursie emancypacji i dyskursie adaptacyjno-normalizacyjnym próba dyskusji, próba emancypacji człowieka z niepełnosprawnością intelektualną i ze znaczeń, i z przypisanej mu „z urzędu” roli społecznej” – objaśnia Woynarowska [2010, s. 292]. I choć nie formułuje ona wprost wniosku o bezpośredniej relacji pomiędzy tym, jaką koncepcję osoby z niepełnosprawnością intelektualną prezentują terapeuci, a wizją placówki, w której funkcjonują oraz sposobem widzenia własnej pracy z podopiecznymi, to można, jak sędzę, poczynić takie sugestie. Mam na myśli bowiem rolę jaką odgrywa widzenie w niepełnosprawnym jednostki nieporadnej, zdominowanej przez niepełnosprawność i jej „destrukcyjne” skutki, wymagającej nieustannego wspomagania i kontroli, a tym samym sprowadzenie pracy z „taką” osobą do wymiaru opieki i swoistej „pielęgnacji” podporządkowanego i biernego wychowanka. Prawdopodobnie odmiennie postrzegać będzie swoją relację z podopiecznym terapeuta,

dla którego ten jest człowiekiem przejawiającym niewątpliwie określone deficyty, ograniczenia, utrudnienia wynikające z doświadczanej niepełnosprawności, lecz zarazem wspomaga go w podejmowaniu wysiłku do przygotowania/osiągania pewnej samodzielności, niezależności i samostanowienia, uwzględniając indywidualne możliwości każdego z podopiecznych, nie próbując jedynie „(z)rewalidować” jego deficytów i defektów.

Kwestią, która w kontekście relacjonowanych tu rozważań budzi moją szczególną uwagę i troskę, jest ta, która skłania mnie do stawiania pytań o to, jaki kształt powinna przybierać relacja z dorosłą osobą z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej i na czym współcześnie ma polegać praca/współdziałanie z nią, jej wspomaganie czy wsparcie w takich placówkach jak środowiskowe domy samopomocy czy warsztaty terapii zajęciowej. Zważywszy szczególnie na fakt, iż wielu podopiecznych tych instytucji to osoby coraz starsze, koegzystujące w jednej przestrzeni z osobami ledwo dwudziestoletnimi, którzy wzrastali już w innych warunkach społeczno-kulturowych i najpewniej mogą mieć odmienne edukacyjne i życiowe/egzystencjalne doświadczenia. Ci pierwsi często tworzą najbardziej „zasiedziałą” zwykle dość liczną grupę uczestników wymienionych placówek: wielu z nich jest w nich od samego początku, co oznacza okres blisko dwudziestu lat. Nie dziwią zatem dylematy i pytania stawiane także przez samych terapeutów: co zaproponować tym podopiecznym, jakie propozycje działań/aktywności zawrzeć w ofercie programowej, które byłyby najbardziej właściwe dla seniorów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym. Sama zatem sobie zadaję pytanie o to, który ze sposobów funkcjonowania placówek, bez wątpienia wykreowany m.in. przez style bycia/działania pracujących w nich terapeutów, jawi się korzystniejszy, bardziej właściwy, odpowiedni. Zwłaszcza dla najstarszych podopiecznych, w odniesieniu do których nie sposób już mówić o aktywizacji zawodowej, zaś repertuar aktywności, oferowany przez placówkę, jawi się dla nich nie w pełni adekwatny czy wręcz stosowny dla aktualnych potrzeb. Czy w ogóle możemy stawiać tak sformułowane pytania. Odnoszę wrażenie, że są one uzasadnione, gdyż po części tyczą kwestii związanych z modelem rehabilitacji/terapii osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną.

Środowiskowy dom samopomocy jako „emblematiczna lokalizacja”

Style bycia, działania terapeutów w środowiskowych domach samopomocy, których przykłady działania, odnoszące się do kwestii (z)organizowania samej placówki oraz relacji z podopiecznymi poddaję pod namysł, w nierozzerwalny sposób wiążą się z kreowaniem określonego kontekstu/lokalizacji życia codziennego. Jak wskazuje P. Sztompka [2009, s. 34] „życie codzienne toczy się

w rozmaitych kontekstach, a dla każdego kontekstu można wskazać typowe, emblematyczne miejsce, najczęstszą lokalizację". Dla osób dorosłych z głębszą niepełnosprawnością intelektualną owym emblematycznym miejscem i najczęstszą lokalizacją, w której mogą bytować po zakończeniu/opuszczeniu kontekstu edukacji specjalnej (gdzie podlegały zorganizowanemu procesowi oddziaływań edukacyjno-rewalidacyjno/rehabilitacyjno-wychowawczych) są właśnie m.in. środowiskowe domy samopomocy, pomyślane jako ośrodki (społecznego) wsparcia i wspomagania (wpisane w szerszy kontekst, jakim jest system rehabilitacji (społecznej)). Repertuar kontekstów i lokalizacji oraz sieć nieustannych przemieszczeń pomiędzy nimi w rozmaitych sekwencjach czasowych, które mogą być udziałem wymienionej wyżej grupy osób, jest bez wątpienia znacznie węższy aniżeli przestrzeń, w której poruszają się i przemieszczają pomiędzy jej kontekstami dorosłe osoby pełnosprawne. Toteż środowiskowy dom samopomocy w pewnym w sensie staje się dla osoby dorosłej z głębszą niepełnosprawnością intelektualną owym emblematycznym miejscem, które spełnia doniosłą rolę w jej życiu. Jawi się lokalizacją, której przypisywane są istotne znaczenia i najczęściej zdaje się spajać i tak niezbyt liczne konteksty/lokalizacje oraz obszary bytowania w potocznym życiu, kreując zarazem „[...] najbardziej typowe, codzienne ludzkie doświadczenie [...]”, jakim wedle określenia P. Sztompki [2009, s. 34–35] są „[...] spotkania z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi różnorodnych relacji”.

Przywołane tu stwierdzenia skłaniają mnie do formułowania wątpliwości i pytań o to: czym i jaka zatem powinna być relacja z dorosłą osobą/seniorem z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia. Jaką rolę ma pełnić w tej relacji terapeuta, władny kreować zarówno przestrzeń, w której realizuje własną rolę zawodową, jak i ustanawia (współ)działanie z podopiecznym, które bez wątpienia pozostają m.in. pochodną jego wizji niepełnosprawności i osoby niepełnosprawnej. Być może ważnym w tym kontekście jawi się także pytanie o to, w jaki sposób powinna dokonywać się formacja zawodowa osób, które przygotowują się do pracy z dorosłymi osobami niepełnosprawnymi (intelektualnie). Co to znaczy być terapeutą osoby dorosłej z niepełnosprawnością intelektualną i (współ)kreować z nią instytucjonalną przestrzeń placówki, jej programową ofertę i podejmowane w niej działania? Mam bowiem poczucie, że to nie kompetencje metodyczne tzw. profesjonalisty i terapia realizowana według określonych wytycznych, z zastosowaniem „specjalnych” metod, powinny dominować w pracy z dorosłym/seniorem z niepełnosprawnością intelektualną. A jeśli nie metody, to co? Skłonna jestem przypisać wyższą rangę kompetencjom ludzkim, osobowościowym, osobistemu i zbiorowemu stylowi bycia/działania, które znajdują uzewnętrznienie/wyraz w możliwie naturalnym, pełnym otwartości i ciekawości sposobie (współ)bycia, komunikatywności oraz umiejętności uważnego i cierpliwego dialogowania, wyczulenia oraz uwrażliwienia na potrzeby podopiecznych.

Nie sędzę, by formacja stricte „metodyczna” mogła zdyskredytować „bycie wewnątrznie kimś” – jeśli odnieść ten kontekst rozważań do poglądów wspomnianej wcześniej M. Grzegorzewskiej. Zakładając zatem, że to pedagog-terapeuta staje się bezpośrednim uczestnikiem konstruującym relację z osobą dorosłą/seniorem z niepełnosprawnością intelektualną, to jego postać i rola jawi mi się bliska raczej wizji pedagoga/nauczyciela postulowanej przez reprezentanta pedagogiki krytycznej H. Giroux [2010]. W jego koncepcji, w której za kategorie centralne uznaje się różnicę, dialog i zmianę, pedagog usytuowany zostaje w roli „transformatywnego intelektualisty”, który zdolny jest zagłębić się w środowisko oraz jego fenomeny i związane z nimi problemy, które nie tylko wydobywa na jaw i poddaje krytycznemu oglądowi, ale także uruchamia i angażuje się w działania na rzecz grup oraz jednostek słabszych, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem (a do takich należy niewątpliwie społeczna grupa osób z niepełnosprawnością).

W bezpośredniej relacji z niepełnosprawnym intelektualnie zaś – jeśli odnieść ją do poglądów Giroux – przyjmuje on rolę pośrednika pomiędzy podopiecznym a światem społecznym – wspiera we wkraczaniu w rozmaite jego wycinki i konteksty, wspomaga w rozumieniu i podejmowaniu (nowych) ról, związanych z wiekiem i właściwą danej osobie sytuacją biograficzną. Sam potrafiąc dialogować, wyzwała i podtrzymuje komunikacyjną aktywność z podopiecznym, wspierając i wzmacniając jego wysiłki do wchodzenia i uczestniczenia w określonych obszarach życia codziennego, starając się (stopniowo) poszerzać jego konteksty oraz związane z nimi doświadczenia. Uruchamianie umiejętności/zdolności do porozumiewania się/komunikowania się wraz z ukształtowaniem zdolności do pojmowania/rozumienia otaczającej rzeczywistości, to zdaniem C.C. Cunninghama [1991], podstawowe kategorie w rozwoju i funkcjonowaniu każdej osoby z niepełnosprawnością, które w istotnym stopniu decydują o możliwościach jej dostępu i uczestnictwa w różnych sferach (społecznego) życia i podejmowania w nim określonych ról. By temu sprzyjać, wspierająca obecność (pedagoga) terapeuty jawi się wyraziście potrzebna, jednak z naciskiem na to, by ten – zgodnie z koncepcją Giroux – był zdolny do podejmowania dialogu i trudu wnikania i rozumienia podopiecznego z niepełnosprawnością (intelektualną), zorientowany był na różnicę i zdolny ją aprobować, przy pełnej świadomości jaką sam pełni w konstruowaniu tożsamości podmiotów, z którymi współdziała. Aplikując w tym miejscu ponownie poglądy Giroux, terapeuta przyjmujący rolę „transformatywnego intelektualisty”, jawi się wrażliwy i wyczulony na realne (!) potrzeby podopiecznych, zaś rozpoznając i wnikając w ich problemy, stara się na nie reagować i zmierzać do ich rozwiązywania nie tylko w wymiarze indywidualnym, jednostkowym, ale także traktuje je szerzej, jako problemy innych – sprawy określonego środowiska i związanej z nim grupy społecznej, będąc jednocześnie predystynowanym do

angażowania się i kreowania działań na rzecz oraz w interesie społeczności marginalizowanych i słabszych. Tak widziany terapeuta to postać przygotowana do tego, by powziąć i realizować aktywny wysiłek, zmierzający do społecznej zmiany.

Dychotomiczność pedagogiki/edukacji specjalnej a implikacje dla jej obszaru przedmiotowego i sfery profesjonalnych praktyk oraz związanych z nimi podmiotów

Namysł podejmujący wymienione powyżej kwestie – czyli dociekania skupione wokół odmiennych sposobów realizowania roli i zadań terapeuty osoby dorosłej z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej – wydaje się mieścić w polu dyskusji zaproponowanej m.in. przez S. Danforth [1997], w której dokonuje on swoistego zestawienia/porównania modernistycznego i postmodernistycznego modelu nauki, odnosząc je do obszaru pedagogiki/edukacji specjalnej, eksponując przy tym konsekwencje jakie owe wzorce niosą dla ujmowania/pojmowania zjawiska niepełnosprawności (intelektualnej) oraz rozległej sfery pragmatycznego działania, które podejmuje się wobec osób niepełnosprawnych. Danforth podnosi tu także kwestię formowania się/ukonstytuowania w przestrzeni społecznej grupy profesjonalistów, którzy niejako we władanie obejmują człowieka niepełnosprawnego, angażując własne działania na różnych etapach jego biograficznej sytuacji. Ową grupę stanowią zarówno postaci reprezentujące korpus nauki (włączając weń różne dyscypliny naukowe) oraz profesjonaliści realizujący określone praktyki edukacyjne i rewalidacyjno-rehabilitacyjne wobec niepełnosprawnych – w tym także interesujący mnie w kontekście niniejszej wypowiedzi (pedagogzy) terapeuci osób dorosłych z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej.

Licznie reprezentowana grupa tych właśnie profesjonalistów to absolwenci kierunku pedagogika specjalna, czerpiący znaczący zasób swojej profesjonalnej wiedzy także z obszaru tej właśnie dyscypliny. Z poglądów Danforth wnioskuje, że dokonuje on wyraźnego rozgraniczenia w obrębie „tej samej” pedagogiki/edukacji specjalnej – rozumianej tu zarówno jako jedna z dziedzin nauki, jak i sfera „specjalistycznych” praktyk, której kontrastujące oblicza uwarunkowane pozostają przez konstruujący je modernistyczny i postmodernistyczny dyskurs.

Danforth zauważa bowiem, że modernistycznie zorientowana pedagogika/edukacja specjalna i profesjonaliści funkcjonujący w jej obszarze (zarówno badacze naukowo, jak i praktycy) to grupa społeczna, której działania nie tylko pozostają w pełni formalnie uprawomocnione, ale władni są fundować społeczny status osób niepełnosprawnych (intelektualnie) oraz nieomal w pełni kontro-

lującą wpływać na ich życie, zdominowane często przez rozległą sieć korekcyjno-naprawczych i terapeutycznych praktyk. „W tych działaniach, inspirowanych mocą modernistycznie zorientowanych badaczy, ostatecznym celem jawi się wypracowanie takich metod i technik, które staną się gwarantem osiągnięcia pożądaných efektów w oddziaływaniach podejmowanych wobec osób z upośledzeniem umysłowym. Owe »najdoskonalsze praktyki«, jak powszechnie twierdzono, powinny następnie zostać wystandaryzowane i trafić do powszechnego stosowania przez profesjonalistów” – objaśnia Danforth [1997, s. 95, tłum. D. Krzemińska]. Naukowo ugruntowane metody postępowania/niesienia pomocy osobom z upośledzeniem umysłowym, mając za zadanie „przewyciężenie” deficytów czy niwelowanie skutków doświadczanej przez jednostkę niepełnosprawności, w rezultacie miały przyczynić się do podniesienia jakości jej życia. Pozwolę sobie poczynić w tym miejscu pewną uwagę, że w istocie trudno uznać takie działania za w pełni niepożądane i przypisać im jednoznacznie negatywny wydźwięk – wszak trudno zaprzeczyć, iż wiele ze stosowanych dawniej i obecnie metod (wykorzystywanych np. w edukacji czy terapii) faktycznie wspiera rozwój i/lub przyczynia się do realnej poprawy funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w jej (codziennej) egzystencji. To jednak ich stosowanie, podobnie jak ogół rozmaitych sposobów postępowania związanych z edukacją, rehabilitacją, wspomaganiem niepełnosprawnych, wiąże się z ryzykiem działań nadmiernie uprzedmiotawiających, które często zdają się dominować nad (poddawaną im) osobą niepełnosprawną, czyniąc z niej niejako biernego wykonawcę narzucanych praktyk. Nie o same zabiegi i wysiłki terapeutyczno-rehabilitacyjne zresztą tu wyłącznie chodzi, ale także o uzurpację pełnosprawnego „pomagacza”, który jako depozytariusz zdrowia i pożądaney (dobrej) kondycji, rości sobie prawo do przejmowania kontroli nad (powierzonym mu) „defektywnym” podopiecznym, co przejawia się również i tym, że niemalże w pełni przyczynia się do projektowania jego życia, uzasadniając nadto swoje przedsięwzięcia realizacją (pro)integracyjnych i normalizacyjnych dążeń.

W opozycji (do zaprezentowanej powyżej koncepcji pedagogiki specjalnej i realizowanego w jej duchu profesjonalnego postępowania wobec osób niepełnosprawnych) lokuje Danforth model pedagogiki/edukacji specjalnej widzianej jako projekt postmodernistyczny, stanowiący obszar krytycznego namysłu nad ogółem założeń i idei, w tym naukowo uzasadnianych twierdzeń i przekonań, które fundują ideologię niepełnosprawności/niepełnosprawnego oraz ustanawiają powiązaną z nimi sferę określonych działań i praktyk. Danforth [1997, s. 101] przekonuje, że postmodernistycznie zorientowani pedagodzy specjalni „[...] zyskują szansę dokonania wyboru jak postrzegać niepełnosprawność i samą pedagogikę/edukację specjalną. Te bowiem mogą być widziane jako historyczne i biurokratyczne artefakty (twory pedagogiki specjalnej o międzynarodowym

zasięgu/wymiarze), mogące podlegać kwestionowaniu i kontestacji na poziomie lokalnym. Kontestacje te kreują możliwość konstruowania niegeneralizujących opisów lokalnych tożsamości, generujących ważne znaczenia dla jednostek i niewielkich społeczności edukacyjnych. Pojawia się zatem szansa, by „niepełnosprawnieni” przez modernizm ulegli Re-definicjom i Re-interpretacji przy uwzględnieniu kategorii i pojęć wolnych od języka/terminologii i opisów niepełnosprawności” (tłum. D. Krzemińska).

Z poglądów Danfortha wyczytuję, iż postulowane w pedagogice/edukacji specjalnej zmiany zarówno w obrębie jej naukowego statusu, jak i w obszarze praktyk stosowanych przez pedagogów-terapeutów, w tym także tych, którzy podejmują zadanie wspomagania i wsparcia osób dorosłych z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, nie mają wprost oznaczać zwykłej „[...] zamiany repertuaru naukowo wypracowanych »najlepszych praktyk« przez nową listę/ zbiór »najlepszych praktyk« postmodernistycznych. Miałoby to, zamysłem jest wsparcie w wypracowaniu najlepszych praktyk przez profesjonalistów (nauczycieli, studentów) i członków rodzin, którzy doświadczają/stykają się z jednostkowymi i niepowtarzalnymi potrzebami i celami każdej indywidualnej osoby” [Danforth, 1997, s. 105, tłum. D. Krzemińska].

Kontynuując myśl wymienionego autora, istotne jawi się jego przekonanie, że postmodernistycznie zorientowany profesjonalista jest gotów solidarnie współdziałać z osobami niepełnosprawnymi w ich walce o przeformułowanie/dekonstrukcję niepełnosprawności, a także ról jakie ta wywala w ich życiu. Jednym z zadań profesjonalistów staje się udzielanie wsparcia niepełnosprawnym i ich rodzinom w dążeniu i wysiłkach tej grupy do zmiany społecznych przekonań dotyczących deficytów i braku kompetencji oraz ukonstytuowania, zbudowanego na relacjach i samorozumieniu, pojmowania własnej siły i sprawczości.

Nie sposób także nie dostrzec, iż pedagogika specjalna jako projekt postmodernistyczny widziany przez Danfortha, odmiennie konstruuje nie tylko dyskurs niepełnosprawności, ale także inaczej umiejscawia uwikłane w niepełnosprawność podmioty: osłabia prymat profesjonalistów, tych zwłaszcza, którzy stanowią korpus nauki, wyciszając niejako ich dominujący głos, upełnomocnia natomiast tych, którzy nie mówią głosem nauki i nie reprezentują podmiotu naukowej formacji. Danforth mówi tu o samych osobach niepełnosprawnych, niezależnie od wieku i rodzaju niepełnosprawności, członkach ich rodzin, a także praktykach – szeregowych pracownikach (nauczycielach, terapeutach, asystentach, opiekunach), realizujących zadania w różnych instytucjach, włączając do tej grupy także specjalistów odpowiedzialnych za konstruowanie programów – zyskują oni szansę zabierania głosu, (współ)konstruowania dialogu i aktywnego działania na rzecz społecznej zmiany. W poglądach Danfortha, które dotyczą roli i zadań profesjonalistów „pierwszej linii” – jak nazywa ich autor – dopatruję się

pewnych analogii w sposobie widzenia pedagoga jako „transformatywnego intelektualisty”, którego sylwetkę nakreśla wymieniony przeze mnie we wcześniejszej części tekstu H. Giroux. Ja sama zaś opowiadam się za tym, by rola (pedagoga) terapeuty osoby dorosłej/seniora z głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej, wyrastała z założeń, a w każdym razie ulegała inspiracji, krytycznej i postmodernistycznie zorientowanej pedagogiki (specjalnej). Szerzej o tym, snując wnikliwą refleksję nad współczesnym obszarem polskiej pedagogiki specjalnej i podmiotami jej zainteresowania, wypowiada się J. Rzeźnicka-Krupa [2011, 2012], która stawia pytania o paradygmatyczną zmianę wymienionej dyscypliny, czyniąc nawiązania do kulturowego kontekstu fenomenu niepełnosprawności jako centralnej kategorii pedagogiki specjalnej.

Namysł nad (kontrastującymi) wizerunkami środowiskowych domów samopomocy, a których zróżnicowanie ulokowałam w odmiennych stylach bycia/działania terapeutów, sprowokował mnie nie tylko do przyjrzenia się właśnie postaciom i roli terapeutów, lecz – co równie ważne – wyzwolił pytania o to, jakim winno być miejsce/przestrzeń jako instytucja wsparcia/wspomagania dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną głębszego stopnia. Jakie ma być jego oblicze. Czy ma to być miejsce, które w pewnym sensie stanowi „przedłużenie” zarówno etapu edukacyjno-rewalidacyjnego, uwzględniając typowy dla niego organizacyjno-formalny kształt i charakter, gdzie prymat wiodą praktyki rehabilitacyjno-terapeutyczne, realizowane z programową konsekwencją, która niekiedy zdaje się dominować nad uczestnikami/podopiecznymi i ich faktycznymi potrzebami i problemami. Widzę je raczej jako przestrzeń, owo ważne „emblematiczne miejsce”, gdzie „sztywno” skrojony repertuar (rehabilitacyjno-„naprawczych”) działań ustępuje miejsca po prostu kreowaniu pewnej wspólnoty, doświadczania (radości) wspólnego bytowania w oswojonej przestrzeni, gdzie panują rozumiejące relacje międzyludzkie oraz uważny, cierpliwy i pokorny dialog, uwrażliwiający na jednostkowe problemy i potrzeby. Przestrzeń i miejsce, w którym udzielane wsparcie sprzyja dokonywaniu zmian nie tylko w codziennym funkcjonowaniu dorosłego człowieka z niepełnosprawnością intelektualną, ale także miejsce, z którego płyną impulsy dla przeobrażeń w środowisku, w którym żyje. Nie uzurpuję sobie prawa ani też nie pretenduję do sformułowania rozstrzygających odpowiedzi czy dostarczenia konkretnych propozycji i rozwiązań. Moją intencją jest jedynie zachęta do dyskusji, stawiania pytań, wzbudzenie namysłu i refleksji w obszarze naukowych dociekań oraz w polu codziennych praktyk związanych z (systemem) rehabilitacji i wsparcia wymienionej grupy osób. Przewiduję bowiem nieuchronną konieczność i potrzebę (wy)kreowania nowych koncepcji tego jak/w jaki sposób wspomagać dorosłe i starsze osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną, a także jaką rolę powinien pełnić w niej (pedagog) terapeuta, by rehabilitacja nie była – jak zauważa E. Zakrzewska-Manterys

[2010] (nie w pełni chcianym) i przez całe życie narzucanym zadaniem, ani też nie polegała na „[...] przesyleniu życia osoby niepełnosprawnej procedurami terapeutycznymi, korekcyjnymi, leczniczymi i usprawniającymi w życiu dorosłym, co utrudnia bardziej, aniżeli pomaga w osiągnięciu normalnej codzienności przez osoby niepełnosprawne” – na co zwracają uwagę Cz. Kosakowski i A. Krause [2002].

Bibliografia

- Cunningham C.C. (1991), *Spojrzenie ponad patologię. Obecne tendencje w pedagogice specjalnej*, red. J. Pańczyk, „Roczniki Pedagogiki Specjalnej”, t. 2, WSPS, Warszawa.
- Danforth S. (1997), *On what basis hope? Modern and postmodern possibilities*, „Mental Retardation”, vol. 35, no. 2, s. 93–106.
- Giroux H.A., Witkowski L. (2010), *Edukacja i sfera publiczna. Idee i doświadczenia pedagogiki radykalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków
- Grzegorzewska M. (2002), *Listy do młodego nauczyciela. Cykl I–III*, Wydawnictwo APS, Warszawa.
- Grzegorzewska M. (1964), *Znaczenie wychowawcze osobowości nauczyciela* [w:] *Wybór pism*, red. M. Grzegorzewska, PWN, Warszawa.
- Kosakowski Cz., Krause A. (2002), *Terapia w pedagogice specjalnej* [w:] *Forum pedagogów specjalnych XXI wieku*, red. J. Pańczyk, t. 3, Łódź.
- Sztompka P. (2009), *Przestrzeń życia codziennego* [w:] *Barwy codzienności. Analiza socjologiczna*, red. M. Bogunia-Borowska, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Rzeźnicka-Krupa J. (2011), *Niepełnosprawność i pedagogika. Pytanie o podmiot a zmiana paradygmatyczna dyscypliny*, „Studia z Teorii Wychowania”, t. II, nr 2(3), s. 267–283.
- Rzeźnicka-Krupa J. (2012), *Niepełnosprawność w perspektywie kulturowej: źródła zmian w obszarze konstruowania przedmiotu zainteresowań pedagogiki specjalnej*, „Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo”, nr 2, s. 7–21.
- Siciński A. (1978), *Wprowadzenie* [w:] *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, red. A. Siciński, PWN, Warszawa.
- Siciński A., Wyka A. (1988), *Badania „rozumiejące” stylu życia: narzędzia*, IFiS PAN, Warszawa.
- Woynarowska A. (2010), *Niepełnosprawność intelektualna w publicznym i prywatnym dyskursie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Zakrzewska-Manterys E. (2010), *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa*, Wydawnictwo UW, Warszawa.

Agnieszka Woynarowska, Jolanta Rzeźnicka-Krupa
Uniwersytet Gdański

Znaczenia nadawane wsparciu w dorosłości i własnej w nim roli przez terapeutów dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną

The meanings therapists apply and view their role in supporting
adulthood of persons with intellectual disability

The idea of the text is to show and analyze the meanings therapists apply to supporting adulthood of persons with intellectual disability and the role they play in this support. Therapists are all specialist who construct support in adulthood and carry it out during workshops of occupational therapy or at community self-help homes. In the authors' opinion these are therapists who create the shape of the placements, the culture of the organization and its specific "adulthood supporting" climate. Therapists and their styles of functioning, individual philosophy of rehabilitation and the way they understand (adulthood of people with) intellectual disability and realize their professional roles and tasks – are the most significant factors modelling the process of rehabilitation. The text is hence an inquiry aiming to answer the following questions: how the therapists define adulthood, exposing adulthood of persons with intellectual disability? What are the meanings they apply to professional roles realized in practice? How do they understand the process of supporting adulthood?

Słowa kluczowe: dorosłość z niepełnosprawnością intelektualną, wsparcie w dorosłości, terapeuci osób z niepełnosprawnością intelektualną

Keywords: adulthood with intellectual disability, supporting adulthood, therapists of adults with intellectual disability

Wprowadzenie

Współczesny polski system wsparcia społecznego dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną obejmuje bardzo wiele instytucji i organizacji podejmujących różnorodne działania, które mają w swoim zamierzeniu kształcić zawodowo, rehabilitować społecznie i zawodowo, przeciwdziałać społecznemu wykluczeniu tych osób i podnosić ich jakość życia. Polski system bazuje na idei

decentralizacji, czyli rozpraszania lub rozdzielania władzy skupionej w centrum [Wolman, za: Głębińska 1997, s. 107]. Oznacza to przekazywanie wypełniania zadań i celów polityki społecznej i rozwiązywania problemów osób z niepełnosprawnością ze szczebla centralnego do samorządów terytorialnych – województw, powiatów i gmin. Powstające „systemy lokalne”, jak pisze T. Żółkowska, miały zbliżyć administrację do społeczności lokalnej i przynieść korzyści w postaci: zwiększenia wrażliwości systemu na lokalne potrzeby społeczne, wzrost różnorodności form wsparcia i nowatorstwa, zmniejszenie rozdźwięku między preferencjami jednostek i rozdziałem zasobów publicznych [Żółkowska 2004, s. 317]. System wsparcia społecznego organizowany na szczeblu centralnym i lokalnym tworzą instytucje rządowe, instytucje administracji samorządowych oraz organizacje pozarządowe. System, traktowany jako całość, posiada swój wymiar czasowy i przestrzenny, poza rodziną w obrębie systemu wsparcia osoby z niepełnosprawnością intelektualną znajdują się przedstawiciele instytucji, profesjonalści mający wpływ na jej funkcjonowanie społeczne [Żółkowska 2004, s. 329]. Jednym z warunków wyrównywania szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną są, jak pisze Żółkowska, służby i sieci społeczne wspierające te osoby, czyli między innymi instytucje oraz specjaliści, pomagający w podnoszeniu poziomu niezależności w życiu codziennym oraz w egzekwowaniu przysługujących niepełnosprawnym intelektualnie praw [Żółkowska 2004, s. 325].

Sieć wsparcia społecznego dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną w pierwszej kolejności tworzą instytucje kształcenia zawodowego. Edukacja zawodowa stanowi część ogólnego systemu edukacji i wpisuje się w politykę oświatową naszego państwa określoną przez MEN w Ustawie o systemie oświaty z 1991 roku wraz z dalszymi rozporządzeniami, a realizowana jest w specjalnych szkołach zawodowych i szkołach przysposabiających do pracy. Drugim elementem sieci wsparcia są instytucje prowadzące proces rehabilitacji społeczno-zawodowej. Zadania i cele rehabilitacji społeczno-zawodowej określone są przez politykę społeczną państwa i zawarte zostały w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 roku, Ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy z 2004 roku wraz z nowelizacjami. Rehabilitacja społeczno-zawodowa jest realizowana w warsztatach terapii zajęciowej, środowiskowych domach samopomocy, domach pomocy społecznej, zakładach aktywizacji zawodowej, mieszkaniach treningowych i chronionych. W skład sieci wsparcia społecznego wchodzi również organizacje pozarządowe, które w ramach aktywizacji zawodowej prowadzą projekty zatrudniania wspomaganego dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. W niniejszym tekście interesującym nas polem, na którym prowadzona jest rehabilitacja społeczno-zawodowa i wsparcie w dorosłości, interesującymi

nas instytucjami z lokalnej sieci wsparcia są warsztaty terapii zajęciowej i środowiskowe domy samopomocy oraz terapeuci, którzy owe miejsca tworzą.

Dorosłość i wsparcie w dorosłości

Nadrzędnym celem pracy instytucji tworzących sieć wsparcia społecznego dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną jest wspieranie ich dorosłości, społeczno-zawodowa rehabilitacja, przygotowanie do prowadzenia samodzielnego życia. Dorosłość przez andragogów definiowana jest bardzo różnorodnie. M. Malewski wyróżnia trzy stanowiska definiujące dorosłość. Pierwsze ujmuje dorosłość jako: stan społeczny człowieka, drugie jako proces rozwoju psychicznego i trzecie jako proces społeczno-kulturowy [Malewski 1991 s. 24]. Dorosłość definiowana jako stan społeczny człowieka może oznaczać według Mościckiej „zdolność do samodzielnego zapewnienia sobie bytu i do wykonywania zadań społecznych” [Mościcka, za: Malewski 1991, s. 24]. Dorosłość rozumiana jako proces rozwoju psychicznego jest wiązana z właściwościami psychicznymi jednostki i traktowana jako całościowy proces rozwojowy. M. Malewski odwołuje się tutaj do trzech andragogicznych koncepcji dorosłości: C.C. Cogginsa, R. Urbańskiego oraz M.S. Knowlesa. Coggins analizuje proces dorosłości na skali wzrost – regres. Przebieg tego procesu odzwierciedla kompleks przyjmowanych postaw wobec: siebie, innych, życia (uważana za kluczową), wiedzy i procesu jej zdobywania. R. Urbański traktuje dorosłość „jako dynamiczny, całościowy proces osobowościowego »stawania się« jednostki” i analizuje go jako system progresywnych zmian o charakterze społeczno-moralnym [Malewski 1991, s. 27]. Punktem wyjścia tej koncepcji jest etyczny wymiar człowieka „prostomyślnego”. Urbański wyróżnia pewne typy dyspozycji osobowościowych reprezentujących dorosłość. Za najbardziej istotne dla wizerunku człowieka dorosłego uznaje dzieść dyspozycji osobowościowych: „ciągła ekspansja miłości i ciepła życia; niezależność od pełnienia roli społecznej; pogoda i spokój wewnętrzny; poczucie wewnętrznej siły i możliwości oddziaływania na innych; otwartość na doświadczenie życiowe innych i otaczającą rzeczywistość; uznanie wzajemnej zależności jako esencji bytu ludzkiego; umiejętność cieszenia się cudzą radością; umiejętność pełnego przeżywania chwili; wiara w siebie i innych; działanie w pełni spontaniczne” [Malewski 1991, s. 28].

Inną wizję dorosłości ukazuje M.S. Knowles, twierdząc, „że jest ona finalnym rezultatem ciągu zmian i przekształceń, jakim w procesie życiowego dojrzewania ulegają struktury psychiczne jednostki” [Malewski 1991, s. 29]. Proces dojrzewania, który prowadzi do dorosłości, jest procesem wielopłaszczyznowym i obejmu-

je całą egzystencję człowieka. Dorosłość rozumiana jako proces społeczno-kulturowy ujmowana jest „jako proces fizycznego, społecznego i psychicznego rozwoju człowieka, który obejmuje cały okres jego istnienia” [Malewski 1991, s. 30]. Stanowisko to kładzie nacisk na role społeczne jako zadania przeznaczone jednostce. Miarą dorosłości jest zdolność człowieka do samodzielnego kształtowania własnego życia w taki sposób, aby efektywnie, spełniając formułowane wobec niego oczekiwania społeczne, dostarczało mu poczucia sensu jego egzystencji i było źródłem indywidualnej satysfakcji [Malewski 1991, s. 36].

W pryzmacie omówionych koncepcji dorosłości można by stwierdzić, że człowiek dorosłym staje się przez całe życie, rozwijając swoje postawy względem siebie, innych, życia, rozwijając pewne dyspozycje osobowościowe, wypełniając społeczne oczekiwania poprzez wypełnianie ról społecznych przeznaczonych dorosłemu oraz posiada zdolność samodzielnego kształtowania własnego życia i ma poczucie jego sensu. Tak rozumiana i definiowana dorosłość powoduje, że w wielu społecznych kręgach osoby z niepełnosprawnością intelektualną uznawane są za „wieczne dzieci”, gdyż w społecznym oglądzie nie posiadają dostatecznej umiejętności samodzielnego kształtowania własnego życia czy pełnienia ról społecznych przypisanych osobom dorosłym, takich jak: bycie pracownikiem, bycie w związku, bycie rodzicem, osobą kreującą swoje życie, potrafiącą podejmować samodzielne decyzje.

Taki sposób myślenia o dorosłości osób z niepełnosprawnością intelektualną pokazują chociażby badania K. Rzedzickiej dotyczące społecznych koncepcji dorosłości w odniesieniu do niepełnosprawności. Analizy autorki ukazują, że badani raczej nie łączą dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną, uważając, że w zasadzie to wyklucza ona możliwość bycia dorosłym [Rzedzicka 2003]. Myślimy jednak, jesteśmy o tym w zasadzie o tym przekonane, że dzięki wielu realizowanym projektom wsparcia aktywności społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnością intelektualną, poprzez tworzenie płaszczyzn do doświadczania własnej autonomii w warsztatach terapii zajęciowej i środowiskowych domach samopomocy, poprzez tworzenie projektów umożliwiających zaistnienie w wielu dorosłych rolach społecznych i obecność w przestrzeni publicznej, zmianie ulegnie społeczne myślenie o rolach jakie osoby z niepełnosprawnością intelektualną powinny w społeczeństwie pełnić (od roli biernego inwalidy i „wiecznego dziecka” do roli aktywnego obywatela, pełnowartościowego konsumenta). Proces wsparcia w dorosłości jest naszym zdaniem asystowaniem osobie niepełnosprawnej intelektualnie w nabywaniu kompetencji do prowadzenia, na miarę swoich możliwości, autonomicznego życia, towarzyszenie jej w realizacji zadań codzienności, pomoc w wypełnianiu ról osoby dorosłej, pomoc w utrwalaniu nabytych umiejętności. Jest to również kreowanie przestrzeni do zdobywania nowych doświadczeń życiowych, nowych umiejętności czy kompetencji istotnych dla radzenia so-

bie w dorosłości i byciu coraz bardziej samodzielnym, niezależnym. Za cel nadrzędny uznalibyśmy, aby dorośli z niepełnosprawnością intelektualną mając realny obraz siebie, zdobywając nowe kompetencje, kreując przy wsparciu własne życie: rozwijali się, doświadczali, godnie żyli i przekraczali niemożliwe.

Cele i zadania Warsztatu terapii zajęciowej i Środowiskowego domu samopomocy jako miejsc wsparcia dorosłości i rehabilitacji społeczno-zawodowej. Terapeuta dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną

W myśl założeń Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 roku oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 2002 r. w sprawie szczegółowych zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatu terapii zajęciowej, warsztat terapii zajęciowej jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Realizacja tego celu, odbywa się przy zastosowaniu technik terapii zajęciowej, zmierzających do rozwijania: umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej; psychofizycznych sprawności oraz podstawowych i specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających uczestnictwo w szkoleniu zawodowym albo podjęcie pracy [Dz. U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776, s. 16]. Realizacja celu WTZ odbywa się poprzez: rozwijanie umiejętności wykonywania czynności życia codziennego oraz zaradności osobistej, przygotowanie do życia w środowisku społecznym, m.in. poprzez rozwój: umiejętności planowania i komunikowania się, dokonywania wyborów, decydowania o swoich sprawach oraz innych umiejętności niezbędnych w niezależnym życiu, a także poprawę kondycji psychicznej, rozwijanie umiejętności przy zastosowaniu różnych technik terapii zajęciowej, rozwijanie psychofizycznych sprawności niezbędnych w pracy, rozwijanie podstawowych oraz specjalistycznych umiejętności zawodowych, umożliwiających podjęcie pracy w zakładzie aktywności zawodowej lub innej pracy zarobkowej albo szkolenia zawodowego [Dz. U. z 1997 r. Nr 123, poz. 776, s. 17]. Powyższe cele realizowane są w różnych pracowniach, z wykorzystaniem technik terapii zajęciowej. Powyższe cele realizowane są przez: kierownika warsztatu, specjalistów do spraw rehabilitacji lub rewalidacji, instruktorów terapii zajęciowej, psychologa, doradcę zawodowego lub instruktora zawodu – w miarę potrzeb.

Środowiskowy dom samopomocy jest jednostką organizacyjną resortu pomocy społecznej. Do zadań środowiskowych domów samopomocy należy budowanie sieci oparcia społecznego, przygotowanie osób z niepełnosprawnością intelektualną i przewlekłe psychicznie chorych do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku. Podstawą prawną ich funkcjonowania jest rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy z dnia 9 grudnia 2010 r. [Dz. U. Nr 238, poz. 1586]. Jako miejsce wsparcia społecznego oferuje uczestnikom zajęcia rehabilitacji społecznej, której celem jest: umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwo w życiu społecznym. Rehabilitacja społeczna realizowana jest przede wszystkim przez: wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej; wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych; likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i dostępie do informacji; kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi. Kadra środowiskowych domów samopomocy w postaci: psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, instruktora terapii zajęciowej, asystenta osoby niepełnosprawnej oferuje uczestnikom następujące aktywności: trening funkcjonowania w codziennym życiu, umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów, trening umiejętności spędzania czasu wolnego, poradnictwo psychologiczne, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, terapię ruchową, terapię zajęciową przygotowująca do rehabilitacji z warsztatach terapii zajęciowej [Dz. U. Nr 238, poz. 1586, s. 3].

Powyższe cele i zadania instytucji wsparcia społeczno-zawodowego, wsparcia dorosłości określają jak wspomnieliśmy, powyższe Ustawy, akty prawne, ale ich realizacja należy do kadry tworzącej te miejsca, do terapeutów pracujących z dorosłymi osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Terapeutami nazywamy wszystkich tych profesjonalistów, którzy konstruują wsparcie w dorosłości, a zatem terapeutów zajęciowych, specjalistów d. s. rewalidacji i innych pracujących w warsztatach terapii zajęciowej i środowiskowych domach samopomocy. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną po ukończeniu edukacji zawodowej najczęściej dalej kontynuują swoje zmagania z nauką prowadzenia aktywnego i niezależnego, na miarę swoich możliwości, dorosłego życia właśnie w warsztatach terapii zajęciowej lub środowiskowych domach samopomocy. To terapeuci określają atmosferę tych miejsc, kulturę organizacyjną, ich „wspomagający dorosłość” klimat. Terapeuci z własnym stylem funkcjonowania, podejścia do zadań i celów rehabilitacji społeczno-zawodowej. Ich styl funkcjonowania, indywidualna filozofia rehabilitacji, indywidualne rozumienie niepełnosprawności intelektualnej i dorosłości uwikłanej w niepełnosprawność intelektualną określa również ich własną rolę we wsparciu dorosłości, to jak pracują, jakie stawiają sobie

cele, kim we własnym oglądzie są w tym działaniu, i w którą stronę kierują proces rehabilitacyjny. Terapeuci jako osoby znaczące, obok rodziców, a nierzadko w opozycji do nich, konstruują w interakcji z człowiekiem z niepełnosprawnością intelektualną jego tożsamość i przygotowują do pełnienia lub też nie jakiś ról społecznych.

Znaczenia nadawane wsparciu w dorosłości i własnej w nim roli przez terapeutów dorosłych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną

Przedmiotem analiz, zatem, które prezentujemy w niniejszym tekście, uczyniłyśmy znaczenia nadawane wsparciu w dorosłości, sobie jako terapeucie i swojej pracy przez terapeutów dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Niezwykle interesujące wydało się nam poznanie odpowiedzi na następujące pytania: jak terapeuci definiują dorosłość i dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną. Jakie znaczenia nadają swojej roli i swojej pracy. Jak rozumieją proces wsparcia w dorosłości. Próbując rozpoznać wymienione kwestie i znaleźć odpowiedzi na nurtujące pytania razem ze studentami III roku oligofrenopedagogiki Uniwersytetu Gdańskiego, w ramach poszerzania ich wiedzy z przedmiotu rehabilitacja dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną, zrealizowałyśmy mini projekt badawczy podczas, którego studenci przeprowadzili wywiady jakościowe, w oparciu o przygotowane dyspozycje, z 17 terapeutami w 9 placówkach-trzech warsztatach terapii zajęciowej i pięciu środowiskowych domach samopomocy na terenie Trójmiasta.

Pierwszy obszar poczynionych analiz odnosi się do naszego pierwszego pytania badawczego i dotyczy: znaczeń nadawanych dorosłości i dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną przez terapeutów. Analiza materiału badawczego ukazała ogromną trudność terapeutów z definiowaniem dorosłości osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz określeniem siebie jako tego znaczącego podmiotu w procesie wsparcia dorosłości. Dorosłość jest obszarem związanym z pewnymi społecznymi oczekiwaniami, do wypełniania których przygotowują się wszyscy członkowie poszczególnych społeczeństw i jest w koncepcjach andragogów, jak powyżej to nakreśliłyśmy definiowana bardzo różnorodnie. Przypomnimy, że w pryzmacie omówionych koncepcji, człowiek dorosłym staje się przez całe życie, rozwijając swoje postawy względem siebie, innych, życia, rozwijając pewne dyspozycje osobowościowe, wypełniając społeczne oczekiwania poprzez podejmowanie ról społecznych przeznaczonych dorosłemu oraz posiada zdolność samodzielnego kształtowania własnego życia i ma poczucie jego sensu.

Terapeuci postrzegają dorosłość właśnie w perspektywie tych społecznych definicji i wiążą ją głównie ze społecznymi oczekiwaniami względem dorosłego oraz rolami społecznymi, które dorosła osoba powinna wypełniać. Dorosłość jest według nich posiadaniem kompetencji do wypełniania ról społecznych przypisanych temu etapowi życia. Jak mówią:

Wymieniać można by długo, jest to na pewno samodzielność, jakaś ogólna zaradność życiowa i odpowiedzialność. Odpowiedzialność zarówno za siebie jak i za następne pokolenia. Z dorosłością kojarzy się także wykształcenie i podjęcie pracy.

Również przez te społecznie ukształtowane oczekiwania i znaczenia przypisywane dorosłości i dorosłemu człowiekowi terapeuci próbują postrzegać dorosłość osób z niepełnosprawnością intelektualną i sami dostrzegają pewną trudność w określeniu tego etapu życia. Tak rozumiana i definiowana dorosłość powoduje, że w wielu społecznych kręgach osoby z niepełnosprawnością intelektualną uznawane są za „wieczne dzieci”, gdyż w społecznym oglądzie nie posiadają dostatecznej umiejętności samodzielnego kształtowania własnego życia czy pełnienia ról społecznych przypisanych osobom dorosłym, takich jak: bycie pracownikiem, bycie w związku, bycie rodzicem, osobą kreującą swoje życie, potrafiącą podejmować samodzielne decyzje. Jak wypowiadają się terapeuci:

Generalnie jest to, ta sama definicja, oczywiście zakres w zależności od osoby, zakres jej odpowiedzialności będzie różny.

Oczywiście jest tak, że dla części osób niepełnosprawnych, niektóre ze spraw, które jakby definiują u nas zazwyczaj dorosłość, nie będą dostępne.

W dalszych wypowiedziach terapeutów wyróżnić można następujące kategorie znaczeń nadawanych dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną: niepełnosprawność intelektualna wyklucza dorosłość i jest tylko stanem metrykalnym. Terapeuci z takimi poglądami, nie widzą możliwości bycia dorosłym przez osobę z niepełnosprawnością intelektualną. Według nich są to „biologicznie dorosłe ciała z mentalnością dziecka”, co w konsekwencji wyklucza podejmowanie działań wspierających dorosłość. Jak mówią:

Trudno mówić o nich jako o osobach dorosłych, ponieważ oni mają mentalność dziecka i są na poziomie dziecka często 3 letniego. O dorosłości to tu mowy nie ma.

Uważam, że są dorosłe jak najbardziej, ale z mentalnością dziecka. Metryka i fizjologicznie też. Biologicznie.

Wygodne jest traktowanie ich jak dzieci i jakby to powiedzieć wspieranie ich bardziej dziecinnych potrzeb niż tych związanych z dorosłością. A mam na myśli potrzeby osób dorosłych, mam na myśli potrzebę bycia partnerem, potrzebę bycia kochanym, potrzebę tolerowania, potrzebę również seksu. Tego się tutaj nie wspiera a wręcz ogranicza jak tylko można. Nie wspiera się działań co do dorosłości tylko się je ogranicza.

Drugi sposób postrzegania tego obszaru, przez terapeutów, to uznanie, że niepełnosprawność intelektualna umożliwia bycie dorosłym, dorosłym w innym rozumieniu tego pojęcia i w „okrojonym” wymiarze, co w konsekwencji powoduje podejmowanie działań stwarzających szansę na próbowanie bycia w różnych społecznych rolach.

W mojej opinii to jest tak, że dorośli z niepełnosprawnością intelektualną to są osoby, które mają pewne problemy z wejściem w dorosłe życie. To, co my rozumiemy poprzez dorosłe życie, czyli jakieś usamodzielnienie przede wszystkim, niezależność bytowa i finansowa- to w zasięgu co niektórych osób niepełnosprawnych jest, a w zasięgu co niektórych nie jest. Generalnie chodzi o to, żeby te osoby jak najpełniej i w jak największym stopniu realizowały się w życiu dorosłym. No i teraz trzeba to sobie przelożyć na nasze rozumienie, no bo nie mamy innego rozumienia dorosłości.

No właśnie z tą dorosłością, to tak, no to, nie jest taka prawdziwa dorosłość w rozumieniu zdrowego człowieka. Przede wszystkim wiąże się z tym, że pewne sfery są niedostępne tym osobom. Dorosłość tych osób to jest pewien stopień samodzielności, tak bym to określiła. Pewien stopień samodzielności. Ta dorosłość nie jest dorosłością w takim normalnym sensie.

Trzeci obszar znaczeń dorosłości z niepełnosprawnością intelektualną to jej ujmowanie jako projektu całościowego stawania się- pewna kategoria otwarta, gdzie terapeuci zdają sobie sprawę z pewnych obszarów niesamodzielności, z potrzeby pokierowania, pokazania. Bardzo ważne dla nich jest podejmowanie ciągłych prób i tworzenie możliwości zbierania nowych doświadczeń przez uczestników placówek. Jak się wypowiadają:

Dorosłość dla nich moim zdaniem to jest takie prawo do decydowania jednak o sobie, co robią gdzie robią, uczestniczenie w życiu poza warsztatowym.

Dorośla osoba, tak jak u nas, kładziemy bardzo duży nacisk na to, żeby oni wiedzieli, że już są dorośli, co oznacza dorosłość, z jaką odpowiedzialnością się wiąże i też próbujemy zmieniać te zachowania, które oni nabyli przez traktowanie ich jako dzieci. Tutaj staramy się im przypominać, że dorosłość to również obowiązki i tak dalej, odpowiedzialność.

Każdy uczestnik warsztatu traktowany jest jak osoba dorosła. W placówce staramy się nie infantylizować uczestników, staramy się, aby każdy ubierał się stosownie do wieku. Na naszych spotkaniach warsztatowych często poruszane są problemy dotyczące ubioru, makijażu, seksualności, czyli takich, które są zarezerwowane dla dorosłych. Każdy z uczestników może sam wybrać temat, który chciałby poruszyć.

To jest próba samodzielności

To osobiste rozumienie dorosłości i postrzeganie w jego pryzmacie dorosłości osoby z niepełnosprawnością intelektualną warunkuje, w naszej opinii, podejmowane działania wspierające dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną w realizowaniu przez nie tego etapu swojego życia i postrzeganie w tym działaniu swojej roli. Rozwijając ten wątek poszukiwałyśmy w wypowiedziach terapeutów

odpowiedzi na kolejne pytania: Jakie znaczenia nadają swojej roli i swojej pracy. Jak rozumieją proces wsparcia w dorosłości.

W poglądach terapeutów wsparcie w dorosłości rozumiane jest podobnie, ale mamy wrażenie, że akcent kładzie się na dwa różne obszary. Z jednej strony w opiniach grupy terapeutów wsparcie w dorosłości jest kreowaniem przestrzeni do doświadczenia samodzielności i pełni możliwości, z drugiej strony, w opiniach innych jest usprawnianiem i terapią. Myślimy, że owa subtelna różnica wynika z filozofii rehabilitacji i postrzegania podmiotu działań oraz swojej roli. Być może wynika z języka i sposobu wypowiedzi, z podejścia do działań, gdzie w pierwszym przypadku bardziej istotne wydają się potrzeby i jakość życia, a w drugim cel rewalidacji i terapia.

Znaczenia wsparcia dorosłości, które zinterpretowałyśmy jako kreowanie przestrzeni do doświadczenia samodzielności i pełni możliwości, odnajdujemy w następujących wypowiedziach terapeutów:

Wsparcie to dla mnie, aby było jak najmniej różnic pomiędzy osobą niepełnosprawną a pełnosprawną. Żeby jak najmniej różnic w korzystaniu z dóbr kultury, które nam niesie cywilizacja. Bierzemy udział w różnych przedsięwzięciach ramię w ramię obok pełnosprawnego członka społeczeństwa. Nadszedł czas żeby próbować samodzielności, żeby jak najbardziej asymilować się z ludźmi.

Działania, które mają na celu rzeczywiste usamodzielnienie. Żeby ta osoba była jak najbardziej zadowolona ze swojego życia, żeby mogła jak najwięcej o sobie decydować i brać za to odpowiedzialność. To, co tutaj robimy, takim celem nadrzędnym, przynajmniej w mojej opinii, jest to, żeby tym osobom umożliwić jak najpełniejsze przeżywanie swojego życia.

Znaczenia wsparcia dorosłości, które zdefiniowałyśmy jako usprawnianie i terapia, przedstawiają takie wypowiedzi, jak:

Powstrzymanie regresu.

Byś terapeutą osoby niepełnosprawnej oznacza prowadzić różne formy terapii w procesie rehabilitacji, towarzyszyć osobie niepełnosprawnej i pomagać w działaniach.

Podtrzymywanie tych umiejętności, które nabyły przez okres kształcenia.

Wzmacniać to, co jest uzyskane i rozwijać, te następne sfery. Rozwijać, utrwalać no i trzeba być człowiekiem też przy tym wszystkim, czyli normalnym człowiekiem i rozmawiać jak z normalnymi ludźmi.

Uczymy, usprawniamy, rozwijamy, takie jest nasze zadanie.

Jaka jest rola terapeutów we wsparciu w dorosłości, jakie znaczenia nadają sobie i swojej w nim roli. Jako osoba znacząca, otwierająca przestrzeń doświadczenia dorosłości, kreująca poniekąd sposób myślenia o sobie osoby niepełnosprawnej intelektualnie terapeuta jest niezwykle ważnym filarem tego etapu życia. Wielu terapeutów zdaje sobie z tego sprawę, że to od nich w dużej mierze zależy jakość życia tych osób i zaspokojenie wielu potrzeb. Osobiście postulowałybyśmy

uruchamianie coraz częściej paradygmatu myślenia krytycznego w odniesieniu do konstruowanych zadań rehabilitacyjnych i własnej wspierającej działalności, jak pisze T. Szkudlarek, myślenie krytyczne jest, zadaniem stałym, „krytyką codzienną”, krytyką, która musi być ponawiana bez przerwy i nigdy nie będzie ostateczna. Parafrazując rozważania T. Szkudlarka, myślenie krytyczne terapeutów to codzienne poszukiwanie myślowej perspektywy dla opisanie rehabilitacji osób niepełnosprawnych (ich edukacji, terapii, wsparcia) – rozgrywającej się w społeczeństwie. To odchodzenie od traktowania rehabilitacji jako „zadania” (myślenie, jak opisuje Szkudlarek, związane z założeniowym traktowaniem edukacji, prowadzące do tworzenia pozoru), na rzecz traktowania rehabilitacji-terapii – edukacji – jako faktu wymagającego konceptualizacji [Szkudlarek 2000, s. 98].

Terapeuci o sobie mówią jako o towarzyszu na drodze do samodzielności, pomocniku i wzorze do naśladowania. Pewnym drogowskazie, filarze wskazującym i wspierającym dostępne obszary dorosłości. Postrzegają siebie jako kogoś, kto konstruując proces rehabilitacji społeczno-zawodowej daje możliwość osobie niepełnosprawnej intelektualnie konfrontacji swoich umiejętności. W ich poglądach główną ich rolą jest pomagać i towarzyszyć, być nadzieją, kreować przestrzeń do zdobywania doświadczeń:

My jesteśmy ich oczami, rękami i rozumem. To my ich kierujemy i uczymy jak mają przejść pewne etapy swojego życia w danym momencie. My jesteśmy tutaj dla nich wzorem. Widzą jak się zachowujemy i też próbują się tak zachować. Naśladują nas. Jesteśmy tutaj po to, żeby im pomagać.

Pomagam im z rozumieniem pewnych rzeczy.

Bardziej towarzyszę, partner i pomocnik.

Mogę nieść pomoc osobom niepełnosprawnym, oni widzą w nas nadzieję i to jest fantastyczne. Jesteśmy wypełnieniem dla tych osób, które po skończeniu edukacji nie mają żadnych zajęć poza siedzeniem w domu.

Moja praca polega na towarzyszeniu i zajęciu, aby każdy rozwijał się w tym, w czym- co lubi i co umie.

Na zakończenie – bez zakończenia

Terapeuci dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną towarzyszą im w drodze ku dorosłości i na drodze dorosłości przez bardzo długi czas. Dwudziestokilkulatkowie, młodzi absolwenci szkół przysposabiających do pracy, specjalnych szkół zawodowych doświadczają swojej dorosłości w instytucjach sieci wsparcia dla dorosłych: warsztatach terapii zajęciowej, środowiskowych domach samopomocy, biorą udział w treningu samodzielności w mieszkaniach treningowych czy doświadczają sytuacji pracy w projektach staży zatrudniania wspoma-

ganego. Na każdym z tych etapów, w każdym miejscu towarzyszą im ci, którzy ich wspierają. Są dla niepełnosprawnych intelektualnie towarzyszami, przewodnikami, drogowskazami i bardzo często niezwykle znaczącymi osobami, osobami, które kreują ich tożsamość: wyzwalają lub zniewalają. Ich indywidualna filozofia rehabilitacji, postrzeganie niepełnosprawności intelektualnej i dorosłości, własnej roli implikuje podejmowane działania. Jak zwraca uwagę T. Żółkowska, „z badań wynika, że większość działań podejmowanych wobec osób z niepełnosprawnością powoduje zniekształcenie doświadczeń społecznych i kształtowanie zachowań nadmiernie zależnych od innych osób [...] Z analizy zadań instytucji realizujących usługi na rzecz osób z głębszą niepełnosprawnością wynika, że w zasadzie na wszystkich etapach rozwoju niepełnosprawni intelektualnie poddawani są treningowi posłuszeństwa i grzeczności. Będąc stale nagradzani za uległość, nie podejmują samodzielnej i niezależnej aktywności” [Żółkowska 2011, s. 79]. Środowisko profesjonalistów: terapeutów, instruktorów terapii zajęciowej, specjalistów do spraw rewalidacji, praktyki działania i praktyki interpretacyjne rozgrywające się w przestrzeni światów instytucji wymagają pogłębionych badań. Nasz mini projekt badawczy zrealizowany razem ze studentami otwiera dalsze pole naszych naukowych eksploracji. Na zakończenie i bez zakończenia oddamy głos terapeutom jednego z gdańskich warsztatów terapii zajęciowej, mając nadzieję, że: „Warsztat terapii zajęciowej to dobre miejsce, żeby: rozwijać się, godnie żyć, przekraczać niemożliwe, wyruszać w świat pracy zawodowej” [<http://psouu.gda.pl/wtz-o-nas>].

Bibliografia

- Głąbicka K. (2001), *Polityka społeczna w Unii Europejskiej*, Warszawa.
- Malewski M. (1991), *Andragogika w perspektywie metodologicznej*, Wrocław.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy z dnia 9 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 238, poz. 1586).
- Rzedzicka K. (2003), *Społeczne koncepcje dorosłości a niepełnosprawność* [w:] *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*, red. K. Rzedzicka, A. Kobyłańska, Warszawa.
- Szkudlarek T. (2000), *Wyzwanie „trzeciego paradygmatu”: dylematy konstrukcji i dekonstrukcji teorii pedagogicznych* [w:] *Alternatywy myślenia o/dla edukacji*, red. Z. Kwieciński, Warszawa.
- Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z 1997 roku oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 2002 r. (Dz. U. Nr 123, poz. 776, s. 16).
- Żółkowska T. (2004), *Wyrównywanie szans społecznych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Uwarunkowania i obszary*, Oficyna „In Plus”, Szczecin.
- Żółkowska T. (2011), *Wspomaganie rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną – refleksje pedagoga* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań-krytyka podejść-propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo A. Marszałek, Toruń.

Eliza Czerka-Fortuna
Uniwersytet Gdański

Dylematy moralne w pracy terapeutycznej. Wskazania dla zawodów pomocowych

Moral dilemmas in therapy.
Recommendations for the helping professions

The aim of the paper is to highlight some moral dilemmas that are a significant part of psychotherapists' experience. The analysis of group discussions with systemic therapists show the dynamics of their involvement in the therapeutic process, their problems with maintaining neutrality and setting healthy boundaries between them and their clients (patients). The research reveals ambivalence of many therapeutic assumptions, especially in non-directive approaches, in particular interlocutors stress such problems as mixed feelings towards clients, conflicts between value systems or loyalty conflict between the goals of client and constraints of the counseling centres. All in all, it seems that many particular therapeutic dilemmas come down to the question: How to help clients resolve their problems, build their resources and save their autonomy at the same time?

Słowa kluczowe: terapia systemowa, dylematy moralne, psychoterapia, zawody pomocowe

Keywords: systemic therapy, moral dilemmas, psychotherapy, helping professions

Wprowadzenie

Proces terapeutyczny jest specyficzną formą kontaktu, wymagającą umiejętności komunikacyjnych wykraczających poza ramy codziennej konwersacji. Terapeuta bierze na siebie odpowiedzialność nie tylko za sposób przekazu informacji istotnych z punktu widzenia leczenia klienta, ale również (choć w ograniczonym zakresie) za konsekwencje interpretacji, jakich jego rozmówca dokona. „Prowadzenie” klienta wymaga posiadania szerokiego zakresu wiedzy dotyczącej ludzkiej psychiki, ale również świadomości własnych umiejętności komunikacyjnych, stereotypów i przekonań, a także wewnętrznych konfliktów (identyfikowanych podczas własnej psychoterapii). Problemem kluczowym jest również świadomość własnego systemu wartości – następstw stosowania określonych za-

sad w działaniu, ale może przede wszystkim rozumienia powodów, które doprowadziły do kierowania się określonym światopoglądem.

Celem artykułu jest zidentyfikowanie dylematów moralnych ujawniających się w trakcie procesu terapeutycznego oraz przedstawienie sposobów ich rozwiązywania z punktu widzenia terapeutów reprezentujących paradygmat systemowy¹. Pomimo hermetyczności problematyki, tekst ten uważam za użyteczny również dla przedstawicieli innych zawodów pomocowych – psychologów, pedagogów specjalnych czy pracowników socjalnych, którzy nierzadko wykorzystują umiejętności terapeutyczne w poradnictwie czy innych formach pracy z klientem wymagającym emocjonalnego wsparcia.

Etyka czy pragmatyka?

Jak wskazuje Ija Lazari-Pawłowska [1971, s. 35, 37], wykonywanie określonego zawodu kształtuje osobowość pracownika – jego nawyki, styl życia, wzorce zachowania i stereotypy, szczególnie jeżeli określona profesja obwarowana jest systemem norm w postaci kodeksu etycznego. Warto jednak zaznaczyć, że czym innym są ogólne zasady etyczne deklarowane przez określone środowisko zawodowe, czym innym przekonania moralne poszczególnych psychoterapeutów czy konkretne zachowania rozumiane jako postępowanie moralne [Lazari-Pawłowska 1971, s. 34]. W praktyce między tymi trzema obszarami istnieje wyraźny rozdźwięk, co może prowadzić do „wewnętrznego konfliktu roli”. Konfrontacja między różnymi wartościami czy celami wiążącymi się z realizacją roli zawodowej dotyczy najczęściej czterech aspektów: konfliktu między wyborem „dobrym” a „złym”, dwoma typami dobra, konfliktu zobowiązań wobec różnych ludzi (partnerów roli), czy rozbieżnych koncepcji roli i odmiennych wobec niej oczekiwań [Lazari-Pawłowska 1971, s. 55]. Przy czym jedynie dylemat między działaniem uznawanym za dobre, a tym, które może zaszkodzić klientowi, jest rodzajem decyzji, która w pewnym zakresie może być regulowana przez kodeksy etyczne.

Zasady zawarte w kodeksach psychoterapeutycznych² kładą szczególny nacisk na prawa i obowiązki psychoterapeuty oraz prawo pacjenta do zachowania

¹ W dużym uproszczeniu, terapia systemowa zakłada, że symptomy chorobowe pojawiające się u klienta wynikają z dysfunkcyjnego funkcjonowania systemu, najczęściej rodzinnego. Ponieważ omówienie tego nurtu terapeutycznego nie jest celem artykułu, zainteresowanych odsyłam m.in. do podręcznika akademickiego *Psychoterapia* [2006].

² Kodeks etyczno-zawodowy psychologa (Polskie Towarzystwo Psychologiczne), Kodeks Etyczny Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz kodeksy zasad etycznych towarzystw i stowarzyszeń zrzeszonych w Polskiej Radzie Psychoterapii.

autonomii. W niezwykle trafny sposób skondensowała te zasady M. Huflejt-Łukasik, zwracając uwagę na:

- „I. Zasadę oddzielania własnego światopoglądu i wartości od tego, co ma miejsce w trakcie psychoterapii.
- II. Zasadę niemieszania zawodowej roli i życia osobistego.
- III. Zasadę świadomego i dobrowolnego uczestnictwa klienta w psychoterapii.
- IV. Zasadę przestrzegania tajemnicy.
- V. Zasadę doskonalenia swoich umiejętności.
- VI. Zasadę świadomości własnych ograniczeń” [Huflejt-Łukasik, s.143–146].

Z perspektywy terapeuty, kluczowym celem kontaktu psychoterapeutycznego jest zbudowanie odpowiedniej atmosfery w relacji z klientem zapewniającej mu poczucie bezpieczeństwa i akceptacji. Zatem należy unikać jawnych nadużyć czy zachowań manipulatorskich. Bywa jednak, że granice relacji terapeutycznej zostają naruszone [por. m.in. Namysłowska 2011, s. 8–9; Kokoszka 2006 s. 66–74]. Wśród wykroczeń osób profesjonalnie udzielających pomocy wymieniane są takie nadużycia, jak: związek seksualny między psychoterapeutą a pacjentem, wykorzystanie finansowe pacjenta, naruszenie poufności lub traktowanie pacjenta jako źródła informacji, a także osobista niesprawność psychoterapeuty czy opuszczenie pacjenta, np. poprzez zmianę warunków finansowych uniemożliwiających kontynuowanie terapii [Kokoszka 2006, s. 67–68; Milska-Wrzosińska 2006, s. 21]. Te niepochlebne zachowania wskazują jednak na możliwość pojawienia się w akcie komunikacji różnych sprzecznych głosów powiązanych z odgrywaniem wielu ról. Jest to źródło licznych dylematów moralnych, ponieważ terapeuta gubi się w wielu systemach wartości, które są przypisane do ról, które odgrywa. Dlatego często postulowane jest ograniczanie się terapeutów jedynie do leczenia objawów, z którymi przychodzi klient, bez ingerowania w ogólne zasady życia, jakimi się on kieruje.

Pisząc o prawie klienta do samostanowienia istotne byłoby również zadanie pytania: Jakie oczekiwania stawia przed nami beneficjent pomocy? Wydawałoby się, że większość klientów oczekuje konkretnego efektu w postaci rozwiązania problemu. Zatem czy można „obietcać” klientowi, że osiągnie założony cel? W nie-dyrektywnych nurtach terapeutycznych pewnym rozwiązaniem jest informowanie rozmówcy o konsekwencjach, jakie może przynieść wybór określonego działania w różnych fazach procesu terapeutycznego. Pozwala to na przeniesienie akcentu z wymiaru pragmatycznego, jakim jest efektywność terapii na wymiar etyczny, który zawiera się w pytaniu: Czy niezależnie od skuteczności rozwiązania wybranego przez klienta, zachowane zostało jego prawo do autonomii i nie zostało naruszone jego dobro [Chyrowicz 2002, s. 88]. Przy takim założeniu musimy uwzględnić możliwości pacjenta odnośnie do podjęcia decyzji o samostanowieniu (np. czy pacjent podlegający leczeniu farmakologicznemu jest świa-

domy własnych wyborów i zmian, jakie zachodzą w nim samym i w jego środowisku) oraz w jakim stopniu oddziaływanie terapeutyczne naruszy strukturę jego osobowości. Zasadniczym celem terapii jest doprowadzenie pacjenta do sytuacji, w której dostrzeże swój problem z nowej perspektywy, przeformułuje go (zdarza się, że problemem jest coś innego) lub znajdzie zasoby w trudnej sytuacji. Realne korzyści z introwertycznego temperamentu bądź zaburzeń osobowościowych mogą zmienić optykę klienta, przez co życiowa trudność, z przeciwnika którego trzeba zwyciężyć, stanie się jednym z wymiarów egzystencji.

Ambiwalencja zasady neutralności

Psychoterapia, rozumiana jako działanie w celu zmniejszenia objawów chorobowych, różni się od innych form działań pomocowych, takich jak: psychoedukacja, pomoc psychologiczna (korzystne rozwiązanie problemu) i wychowanie (przekazanie systemu wartości, poparty diagnozą moralną) [Kokoszka 2006]. Jednostronna transmisja wartości w dialogu terapeutycznym jest często rozumiana jako indoktrynacja. Zatem ważne wydaje się powstrzymanie terapeuty od przekazu własnego systemu wartości, ale również, o czym często zapominamy, systemu wartości będącego podstawą podejścia terapeutycznego jakie reprezentuje. Warto jednak zaznaczyć, że zrozumienie dla potrzeby autonomii klienta i rezygnacja z jego „umoralniania” nie jest jednoznaczna z aprobatą dla jego destrukcyjnych czy przemocowych zachowań, nawet jeżeli byłyby one ideologicznie czy światopoglądowo uzasadniane. Pewnym zabiegiem klasyfikującym omawiane zagadnienie jest rozdzielenie działalności psychoterapeutycznej, jako formy leczenia zaburzeń, od poradnictwa i pomocy psychologicznej. O ile w przypadku psychoterapii postulowane jest zachowanie światopoglądowej neutralności, to w innych formach pomocy podejście bardziej subiektywistyczne może przynosić większe korzyści [Aleksandrowicz 2006, s. 18]. Należy jednak zaznaczyć, że w takim przypadku rozwiązania, do których dochodzą obie strony, są formułowane na płaszczyźnie obopólnej akceptacji, a nie transmisji wartości, klienci zaś zgłaszający się do „dedykowanych im” instytucji przychodzą z konkretnym problemem, którego są świadomi (np. klienci ośrodków chrześcijańskich czy poradni dla osób homoseksualnych). Z kolei „klient terapeutyczny” częściej doświadcza chaosu aksjologicznego i większej złożoności problemu, zatem proponowanie mu w tej sytuacji rozwiązań światopoglądowych może być ryzykowne [Hale 1976, s. 299].

Stosunek do neutralności zmienia się w zależności od nurtu terapeutycznego czy osobistych doświadczeń terapeuty, niemniej najbardziej aktualna wykładnia tego pojęcia zakłada „tolerancyjny i pełen empatii stosunek do wartości represen-

towanych przez klienta” [Marchewka, Sikora 2013, s. 68], oznacza to rezygnację z tendencji do oceniania rozmówcy, nawet w sytuacji, gdy nasz system wartości reprezentuje przeciwległy biegun. Z drugiej strony terapeuta ma również prawo do zachowania własnego światopoglądu w tajemnicy, nawet wtedy, gdy pacjent prosi o jego ujawnienie – warto wtedy wyjaśnić rozmówcy, że rozwiązania, które wdrożylibyśmy w życie w podobnej sytuacji jak ta, w jakiej znajduje się pacjent, mogłyby być dla niego mało użyteczne.

Granice i wymiary relacji terapeutycznej

Problem autonomii obu stron procesu terapeutycznego czy celów mu przyświecających stanowi podłoże dla bardziej szczegółowych dylematów pojawiających się w pracy terapeutycznej. Próba naświetlenia tych trudności będzie przedstawieniem wyników badań przeprowadzonych za pomocą dyskusji grupowej. W badaniach uczestniczyło 12 terapeutów reprezentujących nurt systemowy i pracujących w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego i prywatnych gabinetach terapeutycznych.

Wśród najczęściej omawianych problemów pojawiły się następujące zagadnienia:

Radzenie sobie z oczekiwaniami klienta, których terapeuta nie może spełnić

Najczęściej oczekiwania dotyczyły prośby o zasugerowanie rozwiązania problemu klienta, co przejawiało się w formułowaniu pytania: „Co mam zrobić?”, po próbę uzyskania potwierdzenia, że działania podejmowane przez klienta wobec członków rodziny są słuszne: „Dobrze, że to powiedziałam mężowi czy nie?”. W większości nurtów terapeutycznych, szczególnie tych niedyrektywnych, do których należy terapia systemowa, terapeuta podąża za narracją klienta, ukierunkowując ją czasem za pomocą odpowiednich pytań, co ma na celu sprawdzenie licznych hipotez wyłaniających się z autoopowieści. Nie wchodzi jednak w rolę doradcy, respektując zasadę, że to klient jest ekspertem od własnego życia. Mimo znajomości tej dyrektywy, stosowanie jej w praktyce może okazać się wyzwaniem.

Mam klientkę, która prosi o receptę lub o ocenę czy dobrze zrobiła. Tam są problemy małżeńskie, bardzo szczegółową instrukcję chciałaby w kwestii pożycia małżeńskiego, również oceny czy dobrze zrobiła, czy nie. Pierwsze spotkanie to uczenie klienta, aby przestał mnie pytać czy dobrze zrobił, czy źle, czy to zaszkodzi małżeństwu, czy pomoże.

Wśród rozwiązań, które można zastosować wobec tego dylematu, terapeuci postulowali: ukierunkowywanie klienta poprzez przedstawianie mu różnych alternatyw do wyboru bądź czekanie do momentu osiągnięcia przez klienta gotowości na podjęcie działania.

Odczuwanie negatywnych emocji wobec klienta

Najczęściej pojawiającym się uczuciem negatywnym jest złość, głównie skierowana na klienta, który w nomenklaturze terapeutycznej określany jest mianem odwiedzającego-narzekającego. Pacjent będący w tej roli zainteresowany jest zaspokajaniem własnych potrzeb emocjonalnych, jednak dość niechętnie podejmuje działania prowadzące do zmiany, co czyni spotkania mało efektywnymi z racji pojawiania się w narracji tych samych, powtarzających się problemów. Po stronie terapeuty może pojawić się pokusa zignorowania potrzeb tego klienta czy nawet przejawiania zachowań na granicy przemocy emocjonalnej, np. danie klientowi do zrozumienia, że przychodzi z błahymi problemami i terapeuta traci czas.

Irytacja. Z czym przychodzi. Z głupotą przychodzi. Przecież to proste. Pół świata tak ma. Tak by się chciało powiedzieć, żeby umniejszyć ten problem – inni sobie poradzi, pani też sobie poradzi.

Niechęć do klienta może się pojawić w momencie stawiania mu zbyt wygórowanych oczekiwań – gdy w mniemaniu terapeuty powinien być on autorefleksyjny, świadomy swoich motywacji czy konsekwencji swoich działań.

Czasem mamy takie oczekiwania wobec tej osoby, że będzie świadoma tego, kim jest. A oni przychodzą na różnych etapach. Czasem musi ileś czasu minąć, żeby ta osoba stała się świadoma siebie.

My na grupie Balinta mieliśmy trudność, żeby nazwać nasz problem, a klient do nas przychodzi też z jakimś problemem, a my oczekujemy, że on go nazwie, aby nam było łatwiej wystartować czy się ustawić.

Ambiwalentne uczucia budzą pacjenci preferujący postawy czy zachowania niezgodne ze społecznym wzorcem, takie jak chociażby opisywany w trakcie dyskusji przypadek pacjentki odczuwającej dystans emocjonalny wobec adoptowanego dziecka. Omawiana historia okazała się podwójnie ciekawa, gdy terapeutka uświadomiła sobie, że klientka nie zasygnalizowała w żaden sposób, iż odrzuca adoptowane dziecko, a jedynie ujawniła dylematy związane z pojawieniem się trudności w opiece nad dzieckiem adoptowanym i biologicznym niemowlęciem, co niestety przez psychologa zostało zinterpretowane jednoznacznie, prawdopodobnie w związku z identyfikacją ze starszym dzieckiem.

Konflikt między własnym systemem wartości a systemem wartości klienta

Dylemat jest bardziej wyrazisty u terapeutów o jasno określonym, czasem radykalnym, światopoglądzie. Abstrahując od dyskusji czy taka postawa jest właściwa i skuteczna w relacji terapeutycznej, warto podkreślić, że niektóre dylematy klientów mogą być dla takich osób trudne do zaakceptowania. Terapeuta ultrakatolicki, nie zważając na rzeczywiste potrzeby i oczekiwania klientów, może odczuwać pokusę „właściwego pokierowania” klientem homoseksualnym czy pacjentką, która chce usunąć ciążę. Z drugiej strony osoba o poglądach bardzo liberalnych może rozważać sposoby przekonania rozmówcy do działania zgodnego ze zbiorem własnych zasad moralnych. Podczas dyskusji omawiany był przypadek pacjentki, której lekarz prowadzący zasugerował przerwanie obciążonej genetycznie ciąży z powodu zagrożenia życia. Rzeczywistym klientem terapeuty (w Poradni Rodzinno-Pastoralnej) była matka ciężarnej kobiety odczuwająca konflikt między własnymi przekonaniami religijnymi a potrzebą ochrony życia i zdrowia córki. Dyskusja terapeutyczna oscylowała między dwoma poglądami: u osób mało zaangażowanych religijnie pojawiła się potrzeba „zmanipulowania” klientki w taki sposób, aby dokonała wyboru związanego z ochroną jej życia: „Lepiej aby przeżyła i mogła mieć inne dzieci, niż gdyby miała umrzeć wraz z nienarodzonym dzieckiem”. Nawet pojawił się postulat uświadomienia klientce, że powinna wybrać „mniejsze zło”. Z kolei osoby wierzące uważały, iż w takiej sytuacji należy pozostawić klientce możliwość wyboru, nawet jeżeli wiązałby się on z zagrożeniem jej życia.

Zasadniczo, podczas analizy tego dylematu wyłoniły się dwa poglądy. Dla niektórych respondentów światopogląd terapeuty jest nieodłącznym elementem procesu terapeutycznego i nie powinien on rezygnować z ujawnienia swoich wartości. Z drugiej strony badani uważali, że warunkiem nawiązania dobrej relacji terapeutycznej jest akceptacja klienta bez wartościowania problemu czy sytuacji w jakiej się znalazł oraz prób „naprawiania” go, jeżeli jego intencją nie jest zmiana zachowania, a jedynie potrzeba porady sobie z moralnym dylematem. Według tej wykładni, uruchomienie empatii odsuwa światopogląd na plan dalszy.

Dylemat dotyczący charakteru relacji terapeutycznej

Podstawowy zakres problemów, które musi rozwiązać rozpoczynający pracę z klientem terapeuta, zawiera się w następujących pytaniach:

1. Czy klient potrzebuje terapii czy innej formy pomocy?
2. Jak powinien być prowadzony proces terapeutyczny, aby klient budował własne zasoby?

3. Jak kierować relacją terapeutyczną, aby klient miał poczucie, że uzyskuje wsparcie emocjonalne?
4. Kiedy relacja terapeutyczna powinna zostać zakończona?

Uzgodnienia dotyczące większości z tych dylematów znajdują się w zawartym z klientem kontrakcie, w którym zazwyczaj określana jest liczba spotkań konsultacyjnych i terapeutycznych. Bywa jednak, że mimo założeń wstępnych u terapeuty pojawia się wątpliwość czy odbiorca terapeutycznych wskazań poddał konfrontacji ze światem poza gabinetem. Dylemat terapeuty koncentruje się na pytaniu: „Kiedy pozwolić klientowi odejść?”. Terapeuci-rozmówcy ujawniali lęk przed tym, że w niewłaściwy sposób pokierowali procesem terapeutycznym szczególnie wobec klientów, którzy czują się emocjonalnie związani z terapeutą i sygnalizują niechęć do rozwiązania relacji. Bywa, że klient świadomie zasiewa lęk u terapeuty, sygnalizując, że zakończenie terapii lub zmiana terapeuty (co proponuje się w sytuacji impasu) osłabia jego możliwości adaptacyjne. Linie demarkacyjną między własną rzeczywistością a życiem klienta terapeuta wyznacza sam, co również nie jest kwestią prostą. W tym zakresie profesjonaliści zwracali uwagę na częsty brak asertywności, zwłaszcza w zakresie ulegania namowom klientów, aby udzielać porad drogą telefoniczną: „Za tydzień przyjdę według grafiku, ale teraz chciałabym coś omówić”, oraz tworzenie z klientem relacji pseudoprzyjacielskiej.

Klient się dopomina o to, aby być szczególnym klientem, że nie jest nam obojętny. Czasem bywa, że chce okazać wdzięczność. Klient z obniżoną samooceną może czuć się winny, kiedy nie okaże wdzięczności, może z tego powodu naprawdę cierpieć”

Problem z neutralnością

Stosowanie mniej lub bardziej świadomych technik wywierania wpływu przez pacjenta może zaspokajać potrzebę uznania terapeuty, co ma znaczenie dla zachowania przez niego neutralności, której utrzymanie jej jedną z głównych zasad prowadzenia terapii.

Ona z zeszytem przychodzi, długopisem. Mnie tam też już rośnie [...] O coś mądrego powiedziałam, jak ona zapisze [...] Łapiemy się na ten lep.

Walka z pokusą posiadania władzy nad klientem jest prostsza dla terapeutów skoncentrowanych na metaanalizie procesu terapeutycznego, która uruchamiana jest w trakcie pracy superwizyjnej lub tzw. Grup Balinta. Badanie własnego warsztatu terapeutycznego pozwala na rozwijanie technik uwalniania się z zawiłych komunikacyjnie sytuacji. Może to być trudne, gdy intelektualny wymiar komunikacji jest zdominowany przez wymiar emocjonalny, co się zdarza, gdy terapeuta ma podobne doświadczenia życiowe.

Ja działałam w grupie wsparcia dla osób po stracie, sama jestem mamą po stracie i moje trudności to po pierwsze rozpoznać oczekiwania tej osoby i drugą trudność, jak mierzyć się z cierpieniem [...], jak w tej sytuacji rozpoznać co jest potrzebne: czy powinnam przytulić czy milczeć, zadać pytanie czy dawać propozycje. [...] W takich sytuacjach mam taka trudność, mimo że osobiście przeżyłam, mam już dużo doświadczeń w tym zakresie, z krewnymi, z matkami, ojcami, ale takie sytuacje mnie mrożą w pierwszym momencie. Nawet jeżeli mam przekonanie, że dużo umiem i kontroluję emocje, to i tak zawsze jest przy mnie pytanie, co właściwie robić, czy iść takim schematem zachowania, czy iść za instynktem. [...] Ja widzę drogę, którą będą musieli przejść i potem jestem taka rozbita i myślę sobie: teraz dopiero się zacznie, człowiek wychodzi z tej roli terapeutyczno-pomagacza i jest mu też ciężko, i przejmuje ich uczucia.

Świadomość, iż pełny obiektywizm i niezaangażowanie są niemożliwe do osiągnięcia, zdejmuje częściowo odium w stosunku do niektórych problemów terapeutycznych. Sama świadomość nie chroni jednak terapeuty przed konsekwencją negatywnych emocji, na jakich przeżywanie jest narażony. W tym zakresie pomaga superwizja i własna psychoterapia, pełniące funkcje odbarczające.

Dwuznaczność lojalności

Z uwagi na to, że wszyscy badani terapeuci pracowali w publicznych instytucjach edukacyjnych i medycznych, znaczącym problemem okazało się realizowanie oczekiwań swoich przełożonych, które z jednej strony wypływały z ministerialnie narzuconych standardów udzielania pomocy, a z drugiej z potocznego rozumienia oddziaływania terapeutycznego.

Przeszkadza w tym momencie, takie wyniesione z pracy zawodowej przekonanie, że trzeba dać klientowi gotowe rozwiązanie. W miejscu gdzie pracuję, tego się od nas oczekuje – diagnozy, stanowiska, jakiejś tam recepty dla tego problemu.

Wszyscy do mnie mówili: Zrobmy coś, pomóżmy mu itd. Ja mówię: słuchajcie, nie mogę tracić neutralności, to że my musimy mieć efekt, wynik, wskaźnik, że chłopak był zdołowany, ale ma się zmienić, to mogą mu dać tabletki, będzie fantastycznie i już nic nie muszę robić.

Lojalność wobec pacjenta i poczucie odpowiedzialności za proces terapeutyczny wymagają od profesjonalisty wierności wobec zasad terapeutycznych, które na pierwszym miejscu stawiają interes życiowy klienta. Rozwiązania krótkoterminowe, połowicznie niwelujące problem mogą być efektywne z punktu widzenia instytucji, ale niekoniecznie beneficjenta pomocy.

Zakończenie – Między altruizmem a profesjonalizmem

Przedstawiona w artykule analiza trudności pojawiających się w procesie terapeutycznym ma o tyle uniwersalny charakter, że niezależnie od tego, z jakim

typem klienta czy jego rodziny pracujemy, stykamy się z podobnymi dylematami. Oczywiście ich nasilenie czy zabarwienie emocjonalne, towarzyszące konkretnym przypadkom i sytuacjom, mogą się różnić. Respektowanie prawa do autonomii dziecka, osoby niepełnosprawnej intelektualnie czy chorej psychicznie będzie bardziej ograniczone niż w przypadku osoby dorosłej biorącej współodpowiedzialność za rezultaty psychoterapii. Niemniej to od terapeuty zależy, w jakim zakresie jest skłonny respektować taką potrzebę rozmówcy, ewentualnie zachęcać interlokutora do budowania zasobów zwiększających jego zakres autonomii. Rozwijanie niezależności i poczucia sprawstwa u klientów w różnym wieku rozwojowym i różnej sytuacji życiowej jest działaniem zgodnym z ich życiowym interesem, przez co również jest formą altruizmu. Świadomość własnego systemu wartości i dylematów pojawiających się na drodze do realizacji postawy altruistycznej stanowi kwintesencję pracy terapeutycznej. Jak pokazały badania, większość trudności opisywanych przez terapeutów stanowi problem wyznaczania i respektowania granic, które z jednej strony określane są za pomocą światopoglądu, a z drugiej, poprzez profesjonalną wiedzę, do której powinien się odwoływać psychoterapeuta. Wiedza jest również kategorią aksjologiczną, o czym często zapominamy hołdując cnotom bardziej nacechowanym emocjonalnie. A warto o tej wartości wspomnieć, ponieważ odwołanie się do niej w wielu sytuacjach terapeutycznych stanowi remedium na pojawiające się konflikty. Jak podkreśla J.W. Aleksandrowicz, „zbyt często systemy wartości zastępują rzetelną wiedzę o człowieku, zaburzeniach jego zdrowia i zasadach leczenia” [Marchewka, Sikora 2013, s. 20]. W rozważaniach na temat etycznych aspektów psychoterapii warto zatem podkreślać, że dyskusja nad wyborem wartości ma sens jedynie wtedy, gdy analizowane są w odniesieniu do aktualnego poziomu wiedzy naukowej.

Kwestii profesjonalnego przygotowania adeptów szkół terapeutycznych poświęcono wiele artykułów. Warto jednak wspomnieć, że proces certyfikacji psychoterapeutycznej wymaga ukończenia kilkuset godzin szkolenia z zakresu określonego nurtu terapeutycznego, co najmniej kilkudziesięciu godzin psychoterapii własnej, stałej superwizji, dodatkowo uczestnictwa w warsztatach i grupach dyskusyjnych. Wymogiem jest również rozpoczęcie własnej praktyki, której rezultaty w postaci nagrań video z pracy z klientami są oceniane na egzaminie końcowym. I chociaż zewnętrzne kryteria oceny profesjonalizmu nie uwzględniają umiejętności rozwiązywania dylematów pojawiających się w interakcji z osobą potrzebującą pomocy, to wydaje się, że przejście całościowego procesu szkolenia wspiera rozwijanie poznawczej i emocjonalnej dojrzałości, będącej warunkiem terapeutycznej skuteczności.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J.W. (2006), *Psychoterapia: etyka – wartości – deontologia*, „Psychoterapia”, 2(137), s. 13–20.
- Chyrowicz, B. (2002), *O ingerencji w ludzką psychikę i kontrowersyjnych korzyściach naruszania autonomii* [w:] *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Hale D. (1978), *Responsibility and psychotherapy*, „Psychotherapy: theory, research and practice”, 4, s. 298–302.
- Hufelt-Łukasik M., *Zasady etyczne w psychoterapii* [w:] *O etyce służb społecznych*, red. W. Kaczyńska, IPSIR UW, Warszawa.
- Lazari-Pawłowska I. (1971), *Etyki zawodowe jako role społeczne* [w:] *Etyka zawodowa*, red. A. Saragata, Książka i Wiedza.
- Kokoszka A. (2006), *Integracja w ludzką psychikę – dylematy psychoterapeuty* [w:] *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*, red. B. Chyrowicz, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Marchewka K., Sikora K. (2013), *Poza tabula rasa. Współczesne rozumienie postulatu neutralności światopoglądowej psychoterapeuty*, „Psychoterapia”, 4(167), s. 67–78.
- Namysłowska I. (2011), *Czasami słowo leczy, a czasami rani – negatywne aspekty psychoterapii*, „Psychoterapia”, 2(157), s. 5–10.
- Milska-Wrzosińska Z. (2006), *Moralność nauczania, nauczanie moralności*, „Psychoterapia”, 2(137), s. 21–25.
- Olech A. (2006), *Etos zawodowy pracowników socjalnych*, Katowice.
- Psychoterapia. Podręcznik akademicki* (2006), red. L. Grzesiuk, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa.

Iwona Lindyberg
Uniwersytet Gdański

Choroba nowotworowa w doświadczeniu biograficznym osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną. Refleksja badacza – terapeuty

Cancer in the biographical experience of a person with intellectual disability. Reflection of a researcher – therapist

The text is of theoretical and empirical nature. It is devoted to biographical experience (connected with cancer) of a person with moderate intellectual disability. The research was of situated in the constructionist – interpretative approach. Narration of the examined person enabled to distinguish the following main categories which constitute his experience of the cancer: the birth of diagnosis, the first stay in a hospital, medicalised everyday life, disease and relations with others.

Słowa kluczowe: osoba niepełnosprawna intelektualnie, biografia, choroba nowotworowa, rodzina
Keywords: person with intellectual disability, biography, cancer disease, family

Wprowadzenie

Przyczyn, dla których ten tekst powstał, jest wiele. Niewątpliwie ważną kwestią jest fakt, iż wątek badawczy, który objawia się w niniejszym tekście, jest częścią większego projektu, który dotyczy badania pól doświadczeń osób z niepełnosprawnością intelektualną. Najistotniejszą przyczyną jest jednak specyficzna sytuacja życiowa, w której znalazł się podmiot moich badań. Sytuację tą określiłabym jako kryzysową lub w aspekcie biograficznym w wymiarze chronologicznym jako zdarzenie krytyczne. Według K. Durczak termin „zdarzenie krytyczne” ma sens chronologiczny, bowiem wskazuje „na takie wydarzenia lub sytuacje, które stały się punktem zwrotnym bądź przyniosły zmiany w naszym życiu” [2005, s. 163].

Badania realizowałam w podejściu konstrukcjonistyczno-interpretatywnym, w którym to, jak podkreśla B. Cytowska, istotną perspektywą w jakiej to podejście należy rozpatrywać, jest zaangażowanie badacza, bowiem „to on inspiruje

słyszaną kreację, jest więc nie tylko jej odbiorcą, ale również współtwórcą” [2011, s. 91]. Badacz realizujący badania w takiej właśnie perspektywie „powinien zdawać sobie sprawę, że to co usłyszał i co współtworzył poprzez stawiane pytania, gesty, mimikę, jest jedyne i niepowtarzalne, gdyż trudno usłyszeć drugi raz identyczną opowieść” [Cytowska 2011, s. 91].

Podejście konstruktywistyczno-interpretatywne „wymusza” przede wszystkim pewną specyfikę sytuacji badawczej. Jak każda sytuacja badawcza, na gruncie nauk społecznych, jest to spotkanie podmiotów, ale jej specyfika polega na tym, że w pełni jest to sytuacja wymiany. Jak wspomina A. Wyka: „sytuacje badawcze stają się sytuacjami wymiany: przede wszystkim wiedzy (kompetencji) społecznej, ale nie tylko” [Wyka 1993, s. 26]. Badacz rezygnuje tu z bycia w sytuacji uprzywilejowanej poznawczo i psychologicznie i na równi z badanymi ponosi pewne koszty psychologiczne (emocjonalne) uczestnictwa w procesie badawczym. Badacz nie występuje więc z pozycji eksperta, a musi w pełni angażować się w kontakty z osobą badaną [Wyka1993].

K. Hernik powołując się na między innymi na Hammerslea, Atkinsona, Koneckiego i M. Kosterę wskazuje przede wszystkim na następujące cechy paradygmatu interpretatywnego:

- „założenie o niestabilności i względności rzeczywistości społecznej;
- pojęcie »działania« przeciwstawione »bezznaczeniowemu zachowaniu« (odrzućenie pozytywistycznego modelu: bodziec – reakcja, ludzie interpretują bodziec i modyfikują własne działania);
- rola społeczna jest uzależniona od refleksyjnego procesu interpretacji i jest ciągle wytwarzana, ulega nieustannym przeobrażeniom, zależy od procesów nadawania znaczeń i negocjacji oraz innych procesów interakcyjnych;
- natura jednostki jest twórcza, a rzeczywistość jest wytworem intersubiektywnym uczestników, jest dynamiczna i zmienna, niemożliwa do przewidzenia (nie da się odkryć »praw« rządzących ludzkim zachowaniem) ze względu na symboliczny charakter postrzegania świata i symboliczny charakter interakcji (interpretacja)” [Hernik 2007, s. 6].

Przedmiotem moich badań były znaczenia nadawane przez osobę z głębszą niepełnosprawnością intelektualną własnym doświadczeniom odnoszącym się do doświadczania choroby nowotworowej. Badana przeze mnie osoba, pomimo niepełnosprawności intelektualnej, została potraktowana jako w pełni kompetentna do dzielenia się własnym doświadczeniem. W tym aspekcie nie różni się ona od innych ludzi. Jak każdy człowiek ucieleśnia świat społeczny i staje się sobą, wytwarzając swoją tożsamość [Kaufman 2010]. Według J.C. Kaufmana „reprezentacja nie jest prostym odbiciem, jest zasadniczym momentem dialektycznego procesu konstruowania rzeczywistości, momentem, w którym postrzeżenie tego co społeczne, przechodzi przez indywidualne świadomości, gdzie selekcjonowanie

i mieszane są elementy świata społecznego, by wśród tysięcy możliwych konkretnych zachowań określić, a więc wybrać to co zyska konkretny kształt i wpisze się z kolei w sferę świata społecznego” [Kauffman 2010, s. 92]. Oczywiście podejście biograficzne do badań wiąże się z pewnymi wyzwaniem etycznymi, ale jak twierdzi P. Miller, „badacz terenowy w swojej pracy spotyka się z całym wachlarzem problemów o charakterze etycznym, ale istotne jest, aby w toku realizacji projektu badawczego kierował się nie tylko celami naukowymi czy względami pragmatycznymi, ale by potrafił w drodze empatii, do której niejako zobowiązuje go sama specyfika profesji, prowadzić swój projekt badawczy, tak by ten nie był uciążliwy czy wręcz szkodliwy dla badanych osób” [Miller 2010, s. 44]. Niewątpliwie badanie doświadczeń wpisuje się w podejście biograficzne do badanej rzeczywistości. Według M. Czyżewskiego „badania biograficzne są bardzo różnorodne teoretycznie i metodologicznie, dlatego jakiegokolwiek zbiorcze tezy na ich temat są z góry narażone na błąd” [Czyżewski 2013, s. 21].

Metodą zbierania danych jakościowych był wywiad pogłębiony, przeprowadzony kilkakrotnie z osobą badaną oraz wywiady grupowe przeprowadzone podczas zajęć grupowych z uczestnikami WTZ, do którego Badany uczęszcza, a także wywiad przeprowadzony z Jego mamą. Dane jakościowe pozyskane podczas wywiadu przeprowadzonego z mamą posłużyły mi w tej publikacji do narysowania świata społecznego osoby badanej. Na przebieg samego wywiadu, jako rozwijającej się interakcji, duży wpływ mają pewne nastawienia oraz oczekiwania, które są wnoszone do niej przez partnerów [Ślęzak 2009]. Warto podkreślić, iż „o ile bowiem prowadzący wywiad zwykle jednoznacznie interpretuje sytuację w kategoriach realizacji celów naukowych, dla jego rozmówcy nie zawsze jest to tak oczywiste” [Ślęzak 2009, s. 33]. Warto podkreślić, że dla wielu badanych wywiad może być okazją do przepracowania wydarzeń z przeszłości i werbalizacji własnych emocji i uczuć. Może więc nabrać charakteru wywiadu, który określić można jako wywiad terapeutyczny [Kvale 2004, s. 118]. Zdaniem B. Cytowskiej [2012] prowadzenie wywiadów z dorosłymi osobami z niepełnosprawnością intelektualną wiąże się z dopasowywaniem się do rozmówców i często podążaniem za wypowiedziami o słabo wyłaniającej się strukturze. W przypadku mojego rozmówcy szczególnie ważne było podążanie za pewnymi wątkami, które często pojawiały się bez zakorzenienia w czasie. Badany po prostu nie umiał pewnych wydarzeń ułożyć chronologicznie.

Spółeczny świat Badanego/kontekst sytuacyjny

Spółeczny świat dostarcza jednostkom, które w nim uczestniczą, określonej perspektywy poznawczej i właśnie za pomocą tej perspektywy człowiek definiu-

je dane sytuacje. Ta perspektywa jest pewnym uporządkowanym sposobem widzenia świata [Słowińska 2010, s. 22]. Zdaniem P.L. Bergera i T. Luckmanna „rzeczywistość życia codziennego jest przez nas przyjmowana bez zastrzeżeń jako rzeczywistość” [2000, s. 37] i nie wymaga od nas specjalnych weryfikacji, które wykraczałyby ponad czy poza jej obecnością [Berger, Luckmann 2000].

Bohaterem tej publikacji i podmiotem moich badań jest Marek – 30-letni mężczyzna z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym. Dla potrzeb tej publikacji istotne wydaje się być nakreślenie kontekstu społecznego, determinującego w pewnym stopniu uzyskane podczas wywiadu dane jakościowe. Badany edukował się w przeszłości w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym. Marek wspomina bardzo dobrze pobyt w szkole. Czuł się tam dobrze, był zżyty z kolegami i koleżankami, ale również z niektórymi nauczycielami. Po ukończeniu nauki w SOSW od razu został uczestnikiem jednego z gdańskich Warsztatów Terapii Zajęciowej. Mama Marka podczas ostatniego roku jego edukacji dowiedziała się, że w pobliżu ich miejsca zamieszkania funkcjonuje placówka przeznaczona dla dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną. Chcąc oswoić syna z tym, co go w przyszłości czeka, zadbała o to, aby jeszcze podczas ostatniego roku edukacji Marek miał stały cotygodniowy kontakt z Warsztatem. Badany potrzebuje bowiem w nowych sytuacjach sporo czasu na zaakceptowanie nowej sytuacji. O motywach podjęcia decyzji rozpoczęcia nowego rozdziału życia w placówce przeznaczonej dla dorosłych osób z niepełnosprawnością mama Marka opowiedziała w następujący sposób:

To mi tak sąsiadka poradziła, aby przyjść do Warsztatu. No tak, aby on zobaczył, co i jak, poznał kolegów, a nie tak na głęboką wodę od razu. Pani wie, to źle jak tak człowiek przyjdzie i nikogo nie zna, a musi od razu tam chodzić i być z innymi na co dzień.

B. Cytowska [2011], podsumowując badania przeprowadzone w grupie 20 rodziców (w tym trzech ojców) dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną na podstawie analizy i interpretacji znaczeń przypisywanych dorosłości swoich dzieci, stwierdziła, że rodzicielstwo tej grupy badanych osób to ciągle balansowanie między dwoma biegunami doświadczeń:

- „walka o podmiotowość, a jednak uprzedmiotowianie,
- usamodzielnianie versus kontrolowanie,
- wdrażanie do gospodarowania pieniędzem (niezależność finansowa) – brak wiary, że to możliwe,
- dostrzeganie kompetencji pracowniczych – narzekanie na najniższe uposażenie, najprostsze obowiązki,
- dawanie prawa do bycia w związku, a jednak ograniczanie i stawianie warunków,
- wyznaczanie obowiązków – zwalnianie z ich realizacji,

– rozumienie potrzeby kontaktów – lęk przed wykorzystaniem” [Cytowska 2011, s. 106].

Już na początku uczęszczania Marka do Warsztatu okazało się, iż jego mama przejawia dość nadopiekuńczą postawę wobec syna. Wiele inicjatyw odnoszących się do projektów, w których Badany mógł uczestniczyć, jego mama gasiła w zarodku. Po prostu nie wyrażała zgody na jego uczestnictwo w tych projektach lub nawet, jeśli wyrażała po długim czasie zgodę, to bardzo szybko zaczynała odwozić syna od jakiegokolwiek aktywności w danym wyznaczanym przez projekt kierunku (np. zatrudnienie wspomagane, szkolenia zawodowe, zajęcia warsztatowe dotyczące seksualności). Sama mama Marka określiła swoje podejście do syna jako:

dbanie o niego: [...] No on by chciał może coś więcej czasem, ale to się i tak mu nie uda. Pani wie, oni mają gorzej we wszystkim. No, on inwalida jest, ale jeszcze go do pracy zabiorą a on i tak nie da rady. Nie jest bystry żeby ze wszystkim poradzić sobie. Niech on już siedzi tu. A co mu źle jest?

Tak określona przez mamę Marka jego dorosłość to bezpieczne bycie w placówce bez szczególnych nowych wyzwań. Mama Marka wygłaszała wiele tego typu wypowiedzi w jego obecności - tak więc nie można się dziwić, że on sam w wielu sytuacjach wymagających od niego podjęcia decyzji nie umiał sobie z daną sytuacją poradzić. Najczęstsza jego reakcja w takich sytuacjach, to próba odroczenia podjęcia decyzji:

No, nie wiem... to mama powie co mam tam zrobić..., Ja nie chcę... tego na te zajęcia... bo muszę z mamą... no trzeba zadzwonić to mama powie..., Do pracy to nie idę... mama wie... mama powie... że rentę zabiorą...

W powyższych wypowiedziach badanego niewątpliwie uwidacznia się jego lęk, a dobrze znając kontekst środowiskowy, z całą pewnością można stwierdzić, iż lęk ten jest odbiciem lęków mamy. Mama Badanego ma specyficzną wizję przyszłości Marka:

no jak siły starczy to będzie z nami a potem to jakoś będzie [...] poradzić sobie będziemy musieli jakoś, Pani wie. Z córką kłótnia była lata temu. Szkoda gadać to my prawie kontaktu nie mieliśmy. Teraz może jakiś jest, ale taki marny.

Niewątpliwie mama Badanego boi się o niego zarówno w perspektywie teraźniejszości, jak i przyszłości. Jak twierdzi A. Żyta [2011], rodzice dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną obawiają się przyszłości swojego dziecka. Ich lęki według autorki dotyczą:

- „niepodjęcia przez pełnosprawne dzieci obowiązku opieki nad niepełnosprawnym bratem/siostrą,
- braku zaufania do oferowanych form wsparcia i mieszkalnictwa dla dorosłych osób z niepełnosprawnością (najczęstsze zarzuty dotyczą bezduszności tych

form, niezaspokajania potrzeb psychicznych, nieuwzględniania indywidualnych potrzeb mieszkańców),

- negatywnego wpływu na życie osobiste pełnosprawnych dzieci, faktu podjęcia opieki nad niepełnosprawnym rodzeństwem” [Żyła 2011, s.172].

Zdaniem A. Szalast „w obliczu dorosłości przeżywanej w warunkach niepełnej sprawności intelektualnej mamy do czynienia z tymi samymi zadaniami rozwojowymi, tymi samymi emocjami, tymi samymi lękami oraz dodatkowo z licznymi utrudnieniami, mającymi swe źródło w stereotypowo osadzonym funkcjonowaniu środowiska społecznego, często nie gotowego na przyjęcie dorosłej osoby z niepełnosprawnością intelektualną i/lub psychiczną” [Szalast 2012, s. 248].

Badany jest uczestnikiem WTZ od 6 lat. Jest lubiany w swojej grupie. Przez kilka lat „przypisany” był do Pracowni Treningu Umiejętności Społecznych. Obecnie korzysta głównie z zajęć w Pracowni Rękodzieła Artystycznego. Oprócz wsparcia terapeutycznego w swojej pracowni korzysta, jak każdy uczestnik WTZ na co dzień, z zajęć realizowanych poza swoją pracownią. W jego przypadku są to zajęcia terapii ruchem, muzykoterapii, zajęcia kulinarne, zajęcia relaksacyjne, zajęcia z psychologiem czy też zajęcia Aikido. W zeszłym roku okazało się, że Marek doświadcza choroby nowotworowej. Niewątpliwie pojawienie się diagnozy dla niego samego oraz dla osób z jego otoczenia było wydarzeniem przełomowym, zmieniającym ogląd rzeczywistości.

Jak twierdzą P.L. Berger i T. Luckmann „rzeczywistość życia codziennego jest zorganizowana wokół »tutaj« mojego ciała oraz »teraz« mojej terażniejszości. To tutaj i teraz jest ośrodkiem ukierunkowania na rzeczywistość życia codziennego. To, co w moim życiu codziennym przedstawia się jako »tu i teraz«, stanowi realissimum mojej świadomości. Jednakże rzeczywistość życia codziennego nie wyczerpuje się w tym co bezpośrednio obecne, ale obejmuje również zjawiska, które nie są obecne »tu i teraz«” [Berger, Luckmann 2000, s. 35–36]. W kontekście moich badań oznacza to odwołanie się do takiego doświadczenia, w którym jako badacz umożliwiłam skupienie się Badanemu na tej sferze życia codziennego, która jest mu bezpośrednio dostępna, a która pozornie tylko zogniskowana jest w pełni wokół ciała [por. Berger, Luckmann 2000, s. 36].

Choroba w doświadczeniu Badanego

Choroba nowotworowa pojawiła się w świadomości Marka w sposób nagły, choć pewne poczucie dyskomfortu somatycznego występowało u badanego od dłuższego czasu. Marek obserwował u siebie pewne zmiany fizyczne (pojawienie się niewielkiego guzka w miejscu intymnym i jego stopniowy rozwój) i niewątpliwie to one go niepokoiły:

On tam był. Jak tego [...] myłem się tam to nie patrzyłem. No nie chciałem. Mały był taki, że nie dotykałem. Mama mówiła, że tam dotykać nie trzeba, bo po co.

Powyższa wypowiedź zaciekała mnie, ponieważ nie byłam pewna czy Markowi chodziło o zakaz dotykania się w to miejsce już po postawieniu diagnozy, czy chodziło mu o przestrogi dawane przez mamę wcześniej. Zapytałam go o to i dowiedziałam się, że:

tam nie wolno się dotykać za dużo. No wcale nie można. Tam lepiej się nie dotykać. Mama mówiła: nie dotykać się, jak taki knyp byłem.

Niewątpliwie ta wypowiedź przekonała mnie, iż mój rozmówca miał rozmowy z mamą na ten temat jeszcze przed zachorowaniem – jak sam to określił – w dzieciństwie.

Niewątpliwie, gdy Badany poruszał w swojej narracji wątek diagnozy, jego wypowiedziom towarzyszyło duże napięcie. Marek wówczas często urywał zdania, zamyślał się, zmieniała się jego mowa ciała. Staralam się mu wówczas pomóc, dając mu pozytywne komunikaty. Fakt zgłębiania przeze mnie jako badacza znaczeń, jakie Badany nadaje własnej chorobie, niewątpliwie w sytuacji wywiadu pogłębionego oznaczał wyzwanie związane z prowadzeniem trudnej rozmowy na temat wciąż "żywy" dla mojego rozmówcy. Wielokrotnie odczułam, iż ta nasza rozmowa ma dla Marka charakter terapeutyczny, choć nie taki był główny cel moich badań. Sądzę, że wywiady grupowe, w których badany uczestniczył, również miały dla niego znaczenie terapeutyczne - uczestniczył w nich chętnie, choć zdarzało się, że musiał być ośmielany do wypowiedzi przeze mnie czy też przez innych współrozmówców. Marek często w swojej narracji werbalizował wyrzuty sumienia związane z ukrywaniem przed otoczeniem swoich dolegliwości. Podczas jednej z wypowiedzi ujął to w następujący sposób:

Stresuję się. Mogłem wcześniej powiedzieć mamie a nie czekać. Głupi byłem. Powiedziałem mamie, bo mnie bolało. W niedzielę powiedziałem. Tata przyszedł z pracy w poniedziałek i dzwoniłiśmy wszędzie i dopiero na sierpień bym miał.

Niewątpliwie wyrzuty sumienia potęgowane są jeszcze u Marka faktem, iż nie do końca rozumie on dlaczego podjął decyzję, aby ukrywać fakt, że z jego ciałem dzieje się coś nietypowego:

głupi byłem taki... No coś się mi stało, że nie pokazywałem'. No nie wiem czemu... Ja mamę kocham. Ja jej Mareczek jestem. No nie wiem... 7 czy 8 cm ten mój rak miał. Duży był! Czulem tam, ale nie mówiłem nic. Bolało tam i powiedziałem mamie. A bałem się co mama powie, że to tam jest.

Z perspektywy minionego czasu silne emocje związane z diagnozą nowotworu u Badanego nie zmniejszyły się. Pytania, które wtedy stawiał innym, od jakiegoś czasu zaczął stawiać sobie: „Ja to myślę o tym co to przyszło do mnie. Mi ten rak urósł tak. Powoli rósł – lekarz mi to powiedział, że rósł. No jak ten na polu co

rośnię” (podpowiadam czy chodzi mu o słowo: „chwast”, a Marek potwierdza, że właśnie o to określenie mu chodziło). Badany w swojej narracji nie używał jakiegoś podziału minionego czasu na „przed” i „po” diagnozie czy też „przed chorobą” i „teraz”. Myślę, że związane jest to z faktem, iż jako osoba z głębszą niepełnosprawnością intelektualną minionego czasu, nie stara się on uchwycić w jego chronologii, a odwołuje się do różnych emocji i uczuć, których doświadczył czy też doświadcza. Czasami potrzebował do zrekonstruowania własnych doświadczeń konkretnego pytania, a czasami dyskretnej podpowiedzi w postaci choćby pewnego sformułowania. Sam fakt zaangażowania rodziców w poszukiwanie rozwiązania dla swojego problemu miał dla Badanego ogromne znaczenie:

[...] Lżej mi było bo... jak powiedziałem mamie... I musiałem jej pokazać że tego guza mam. I musiałem słipki zdjąć. I ona zobaczyła i się przestraszyła. Głupi byłem, że nie powiedziałem i bałem się. Lekarz też mówił, że głupi byłem.

Mama stała się dla Marka przewodnikiem podczas kontaktów z lekarzami już od pierwszej wizyty w przychodni. Dzięki mamie badany czuł się bezpieczny, ale lęk towarzyszył mu pomimo wsparcia rodziny:

Mama to tam z lekarzem gadała... Z mamą to krzywdą się nie stanie – tak mama mówiła, mama to trochę płakała jak ja nie widział, no płakała. A ja to się tak bałem wtedy co oni powiedzą. I oni wzięli tam... te... żeby zbadać czy tam rak jest. I napisali, że złośliwy... mam raka. A niektórzy tam czerwoną chemię mają. I ona najgorsza jest!.

Zdaniem M. Skrzypek medycyna „nadal pełni rolę ważnego zasobu interpretacyjnego, wykorzystywanego wówczas, gdy w związku z poważną chorobą zakwestionowana zostaje oczywistość codziennego doświadczenia” [Skrzypek 2013, s. 61]. Medyczna perspektywa interpretacyjna odnoszona do poważnej choroby może być więc potraktowana jako jedna z „końcowych prowincji znaczeń”. Diagnoza medyczna ma więc znaczącą moc, i co najważniejsze, cieszy się poważnym społecznym uprawomocnieniem, i powoduje, że dla chorych ta rzeczywistość jawi się jako „spójna i sensowna” [Skrzypek 2013]. Dla Marka diagnoza w tym medycznym aspekcie jest zupełnie „nie do odczytania”, ale w interpretacyjnym wymiarze stanowi ważny punkt odniesienia i ogniskowania się wokół niej pewnych zdarzeń, którym nadaje znaczenie. Diagnoza medyczna zaś jako pewien swoisty „interpretacyjny projekt”, który współkreowany jest przez laika i profesjonalistę, sama w sobie ma pewne znaczenie dla dalszej interakcji terapeutycznej [zob. Skrzypek 2013].

Spotkanie ze szpitalem było dla Marka czymś nieznanym. W swojej narracji Badany przywoływał liczne szczegóły dotyczące swojego pobytu w szpitalu. W tej części wywiadu Marek starał się na początku zachować pewną kolejność tego co się działo, ale z czasem ta kolejność przestawała mieć dla niego znaczenie. Starałam się nie korygować jego wypowiedzi, aby umożliwić mu wypowiedź

i jednocześnie uzewnętrznić wypowiedzi, ale też te swoistego rodzaju „przeskoki” w czasie i wątkach były dla mnie ważną informacją odnoszącą się do przeżyć badanego. O pierwszym zetknięciu ze szpitalem Marek opowiedział w następujący sposób:

Lekarz mi USG zrobił. I guza mam - powiedział. I do szpitala mi dał... I poszedłem do szpitala.. i wieczorem przyszedł lekarz i mi powiedział, że będą mnie usypiać. Od pasa w dół, żebym nic nie czuł. I wycinali mi tego... tam.

Badany, rekonstruuując własne doświadczenia, przywoływał szczegóły, które w czasie pobytu w szpitalu miały dla niego znaczenie:

Kotarę miałem. Żebym nic nie widział. Muzyka była przy operacji. Maszyna włączona była do serca. I EKG było. I paski takie fajne były w maszynie. To serce pokazywało - tak lekarz mówił. On mi wszystko pokazał żebym nie bał się.

Niewątpliwie hospitalizacja i sama operacja musiały być też wyzwaniem dla personelu szpitala, bowiem Badany, będąc osobą niepełnosprawną intelektualnie, wchodzi łatwo w relacje z innymi i często zadaje pytania czy też komentuje to co się zdarza w bezpośredni sposób. Mama Badanego powiedziała mi, że lekarz rozmawiał o chorobie głównie z nią, ale podkreśliła również, iż syn zadawał lekarzom i pielęgniarkom wiele pytań lub też komentował to co się dzieje. Takie zachowanie Marka wywoływało niejednokrotnie uśmiech na twarzy personelu medycznego, co mama odbierała pozytywnie, a sam Marek nadawał temu również pozytywne znaczenie:

tacy tam mili lekarze byli dla mnie i pielęgniarki miłe. I lekarz mi wytłumaczył i opowiadał co robi i co potem mi będzie, że leżeć będę jeszcze i potem może leczyć będą...

Opowiadając o lekarzu prowadzącym Marek opisał go w następujący sposób:

On taki dla tych chorych dobry jest. I pogada zawsze i uśmiechnie się. Ja to oglądałem „Dra Housa”. On taki zwiariowany był trochę. A ten mój lekarz to taki nie był. Normalny był. Tak wszystko powiedział mi. Spokojny był. I dobry.

Wypowiedzi o lekarzu w narracji badanego było wiele. Marek odebrał go bardzo pozytywnie i niewątpliwie ten fakt obok wsparcia rodziców (szczególnie mamy) zdawał się niwelować lęk, którego Badany doświadczał.

Wyjście ze szpitala po zabiegu rozpoczęło nowy etap w życiu Badanego. Po krótkiej rekonwalescencji codzienność wyznaczana była przez kolejne wizyty u lekarzy, badania, oczekiwanie na wyniki i odbieranie wyników badań, krótkie pobyty w szpitalu oraz cykle chemioterapii. Marek może nie pamięta kolejności wydarzeń, ale wielokrotnie sam z siebie próbował przytaczać takie krótsze cykle wraz ze szczegółowymi wydarzeniami:

Pięć dni w szpitalu byłem. W domu potem. Dwa tygodnie minęły. Potem wynik. Potem do lekarza. Potem chemia. A teraz przerwa od chemii a potem to mi powiedzą [...] Jak mi zrobią te bada-

nia to lekarz ogląda i z mamą gada, a potem mówi, że chemia i potem jadę z mamą i tam mi dają, a potem przerwa, a potem znów badania i czekam i lekarz, a mama gada... no Pani wie.

Niewątpliwie ta sytuacja mężczy Marka i stale towarzyszy mu lęk o to co będzie. Jak każdy człowiek cierpi też fizycznie (somatycznie), a sytuacja niepewności i zagrożenia powoduje, że znajduje się on w sytuacji silnego stresu. Wiele osób, które doświadczyły/doświadczyły choroby nowotworowej, wspomina o tym, że ta sytuacja nauczyła/uczy ich pokory. Ten wątek (wcale nie wywołany przeze mnie jako badacza) znalazł się w kilku fragmentach narracji Badanego:

Tam nudzi się strasznie. Cztery godziny tam siedzę. Albo trzy. I to powoli kapie... Jest taka jedna co przyjemna jest i co włączy ta kropłówkę, co tak szybciej leci. A ta inna... To tak powoli leci. Nie lubię jak tak powoli. Nudzi się tam, ale no nic nie mogę. Słucham tam. Mama ze mną siedzi i pogadam do ludzi. Zawsze to zagadam i poznam kogoś.

Codziennie od rana do 12 tam leżę. Widzimy się tam. Z Tczewa przyjeżdżają, ze Słupska. A zawsze rano trzeba tę krew zbadać. Wtedy do lekarza trzeba i on mówi, że jest dobrze, to wtedy chemię dajemy, a jak jest źle, to nie dajemy chemii. A jedna dziewczyna koło mnie to 24 lata ma i też ma raka, ale nie wiem gdzie go ma. Fajna jest, to ja poznałem tam. A jak by zdrowa była, to bym jej nie poznał.

Tam na oddziale to telewizor był. 8 złotych kosztował! Z sąsiadem leżałem. Radio też było. On mówił co mu tam było, ale... No, raka miał. Gdzieś na płucach chyba. Pogadał ze mną. No tak, jak chłop z chłopem gadaliśmy. To ja mu też powiedziałem co tam mam, ale tak nie mówiłem gdzie mam. To jak on wychodził już. to mi żal było. bo fajny był i sam leżałem. a potem przyszedł ten drugi, ale on spał tylko.

Sam Badany jest bardzo skupiony na sobie i swoim doświadczeniu. Wielokrotnie podczas wywiadów odczuwałam, iż sama sytuacja wywiadu umożliwiła mu werbalizację różnych przemyśleń, które codzienne toczy, a które koncentrują się wokół jego doświadczenia choroby. Zapewne to ważny punkt odniesienia wszystkich bieżących doświadczeń. Zdarzało się, że Marek przywoływał pewne kryzysowe momenty naznaczone cierpieniem fizycznym, ale też niepewnością i lękiem:

Ta sobota i niedziela była najgorsza. Rzygałem potem. Wymioty miałem cały dzień. Tabletki mam takie to nie rzygam tak, ale brzuch boli. Taki zmęczony jestem...

Oslabiony jestem taki. Jeść mi się nie chce potem. Jest taka czerwona chemia i biała. Pielęgniarka powiedziała, że taka chemia jest najgorsza. To ja, jak jadę tramwajem, to się denerwuję czy to ta czerwona będzie. Bo to już najgorsza i do aniołków mnie zabiorą.

A po szpitalu to tak rzygałem. Nie wiem czemu. Co obiad jadłem to zaraz rzygałem. Nie wiem co mi tam było. Tak z tydzień rzygałem codziennie. Nie wiem co mi tam było. Potem przeszło. Myślałem, że już do aniołów pójde i brzuch mnie bolał od tego. A mi lekarz mówił, że to nie z choroby rzygałem, tylko leki mam takie co leczą i jak rzygam to mnie leczą.

Niewątpliwie zmagania się ze zmedykalizowaną rzeczywistością są dla każdego człowieka trudnym doświadczeniem. Marek jak niemal każdy z biegiem

czasu (okres 8 miesięcy od diagnozy) przywykł do tej codzienności. Nowy rytm tygodnia i dni, w których ma kontakt ze służbą zdrowia, są nadal dla niego nietłwym czasem, ale stara się poddać temu rytmowi. Jego mama określiła jego postawę wobec tej zmienionej rzeczywistości w następujący sposób:

Ja go podziwiam. On daje sobie radę. Ja nie wiem, czy ja bym sobie poradziła. Ani mąż. My tak czasem gadaliśmy o nim, że on dzielny jest. Denerwuje się, ale często nie pokaże tego po sobie. Tylko ja wiem, bo on pyta wtedy ciągle o coś albo ciągle o tym samym mówi. A ma czasem tak, że w ogóle nic nie mówi i ja wiem, że on martwi się bardzo.

Choroba nowotworowa jest sytuacją niezwykle trudną, w której przede wszystkim człowiekowi zostaje odebrana normalność życia. Oczekiwaloby się w takim przypadku głównie negatywnych emocji, np wściekłości na chorobę, rozpacz, lęku przed przyszłością, w której od momentu diagnozy już nic nie będzie pewne, ale kiedy spotykamy się z osobami, które doświadczyły choroby nowotworowej, często widzimy, że prezentują zupełnie inną postawę [Chorzela 2013]. Tak więc „zachorowanie na chorobę nowotworową może być doświadczeniem głęboko stresującym, zakłócającym i powodującym cierpienie, ale może również prowadzić do pozytywnych zmian w życiu” [Żukowska 2011, s. 40].

Bardzo trudnym doświadczeniem dla całej rodziny jest oczekiwanie na wyniki badań. O tych chwilach badany wspominał kilkakrotnie. Podczas jednej z wypowiedzi na ten temat Badany rozplakał się (co w sytuacji wywiadu nie zdarzyło się wcześniej):

[...] jak ja tam z mamą czekałem i w kolejce my stali... bo odebrać mama chciała moje wyniki z tej maszyny (Marek miał na myśli badanie tomokomputerowe), to tak mnie bolało wszystko... i brzuch... i serce mnie bolało... i wszystko bolało.

Człowiek jako istota społeczna ma naturalną potrzebę przebywania z innymi ludźmi. Potrzeba ta zaspokajana jest przez nawiązywanie i podtrzymywanie relacji z innymi ludźmi oraz poczucie więzi z nimi [Wiktorowicz 2012]. Marek jak każdy człowiek ma pole doświadczeń związanych z relacjami z innymi. Choroba paradoksalnie rozszerzyła krąg osób, z którymi badany musiał wchodzić w relacje. Typowe dla jego sytuacji doświadczania choroby jest również to, że były to bardzo zróżnicowane relacje, a niewątpliwie do czasu diagnozy choroby nowotworowej Badany miał bardzo ograniczone pole doświadczeń związanych z relacjami z innymi. Marek był chroniony przez rodziców (szczególnie mamę), a wszelkie próby negocjowania przez Badanego pola niezależności kończyły się niepowodzeniem. Marek przywykł do tej wciąż ograniczanej dorosłości. Oczywiście owo ograniczanie dorosłości niewątpliwie wiąże się z faktem, iż rodzice Badanego nie mają pomysłu na jego dorosłość. Tym samym on sam ma problem z doświadczaniem swojej dorosłości. Zdaniem D. Wolskiej „osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie ani też ich opiekunowie często nie mają pomysłu na to, jak ma

wyglądać ich dorosłość. Uważają za oczywiste, że to najbliższa rodzina ma być dla nich wsparciem do końca ich życia” [Wolska 2011, s. 60].

Głównymi kręgami, wokół których ogniskowały się doświadczenia społeczne Badanego do czasu choroby, była rodzina i środowisko warsztatu Terapii Zajęciowej, do którego Marek uczęszcza. Sytuacja choroby spowodowała rozszerzenie tego kręgu o różnorodne spotkania z ludźmi: te zaplanowane, ale i te przypadkowe, krótkotrwałe, ale zapamiętane przez Badanego.

Dla samego Badanego jego choroba jest wyzwaniem w relacjach. Oto fragmenty wywiadów grupowych, w których zaistniał (często przypadkiem) temat jego choroby. Warto podkreślić, iż Marek był uczestnikiem tych rozmów i że niewątpliwie sama sytuacja rozmowy na temat jego choroby nie była dla niego łatwa:

Fragment 1

Marek: Po operacji na operacyjnej leżałem. Siusiu nie mogłem robić. Bolało tam. Cewnik miałem. Dyndało mi tam. Taki worek miałem.

K: Do woreczka sikaleś?

Ł: Tak do worka?

S: To nie jest śmieszne! Wcale!

A: No, nie ma się co śmiać z tego.

Marek: Ja codziennie rano jeżdżę na badania. Krew mi badają.

K: Wyjdzie z chemii! Wyjdzie!

Marek: I te... wyniki wtedy podają.

Ł: I jakie tam masz?

Marek: Teraz się pogorszyły!. Lekarz to mi nie mówi, dlaczego takie są. Może jeszcze 3 czy 4 razy dostane chemię.

A: Ale nie umrzesz? Nie umrzesz, nie?!

Fragment 2

Ja: O czym teraz myślicie?

Marek: Hm... No, dużo rozmyślam.

K: No powiedz!

Ł: Mów Marek.

A: Tak. Lepiej się robi jak człowiek powie takie coś.

Marek: No co myślę? Włosy straciłem po pierwszej chemii. I teraz znów.

A: To nie jest nic strasznego. Odrosną włosy.

S: No nie jest. Włosy zaczęły wychodzić.

Marek: Wszyscy mówią: loki będę miał.

K: To co się martwisz?

Marek: Czy będę zdrowy?

K: Czy nie umrzesz?

Fragment 3

A: A co Ci było?

Marek: To był guz jądra.

K: Jąderka?

Marek: No! I mi wycięli go.

A: To poważna operacja była!

K: To Marek nie może mieć... tych...

A: Nie mów tego nawet!

K: Tych... dzieci... bo będzie bezpłodny.

S: Nie martw się o to!

A: A ty będziesz chciał mieć?

M: Ale co? Dzieci?

A: Tak.

Marek: Pewnie żebym chciał

Fragment 4

A: Wszyscy są za Tobą. W kościele się modliłam za Ciebie.

Ł: Ja już to wiem od pewnego czasu, że Marek ma raka.

K: Ja mówiłem mamie, że Marek bierze chemię. I Marek będzie zdrowy – mama mówiła. Mama modli się za Marka.

A: Jak ktoś jest chory to my się modlimy w kościele za tę osobę co jest chora i potem po tej operacji ta osoba jest zdrowa. Ksiądz się modli za taką osobę co operację miała.

Marek: Sąsiadka mnie pytała wczoraj, czemu włosów nie mam. I powiedziałem: chory jestem ciężko. Ciężko chory.

Ł: A ona co?

Marek: No mnie na schodach ścisnęła, przytuliła i powiedziała, że będzie dobrze.

A: Dobrze będzie, zobaczysz!

W powyższych fragmentach jest wiele stwierdzeń czy pytań, które w przytoczonych rozmowach były trudne dla Badanego. W efekcie jednak dawały one mu wsparcie - wynikały bowiem z zainteresowania jego osobą oraz z troski o niego i jego zdrowie. Badany niewątpliwie tę troskę i zainteresowanie odbiera i w swojej codzienności nadawał temu znaczenie wsparcia:

[...] Ja to cieszę się, że do Warsztatu chodzę. Jak się chemia skończyła to potem w domu byłem, a znowu potem byłem w Warsztacie. A teraz to szóstą chemię miałem chyba i znów przyszedłem do Warsztatu [...] Ja lubię tu niektórych i w domu się nudzi to wolę być tu. I mili są dla mnie... bo ja... no chory jestem to mnie nie denerwują tak niektórzy tu.

Obserwując Marka niejednokrotnie w Warsztacie, zauważyłam, że chętnie dzielił się on swoimi doświadczeniami z kolegami czy koleżankami – oczywiście

przede wszystkim z tymi, którzy należeli do bliskiego kręgu znajomych, bowiem Marek ma w Warsztacie również osoby, których nie darzy zbyt dużą sympatią. Zdaniem B. Tylewskiej-Nowak „osoba niepełnosprawna intelektualnie ma szansę na uzyskanie satysfakcjonującego statusu społecznego tylko w grupie innych niepełnosprawnych, z którymi będą ją łączyć więzy przyjaźni i wspólne zainteresowania” [Tylewska-Nowak 2011, s. 38]. Ta grupa odniesienia pozwolić może osobie niepełnosprawnej intelektualnie na realizację siebie jako „osoby pożądanej społecznie, akceptowanej, wartościowej, atrakcyjnej, ważnej” [Tylewska-Nowak 2011, s. 38].

Zakończenie

Z zebranej narracji wyłoniłam następujące główne kategorie, wokół których zogniskowały się fragmenty narracji Badanego dotyczące doświadczania przez niego choroby nowotworowej:

- narodziny diagnozy,
- pierwszy pobyt w szpitalu,
- codzienność zmedykalizowana,
- choroba a relacje z innymi.

W każdej z kategorii zawiera się wiele wątków, którym Badany nadawał indywidualne znaczenia, ale powyższe kategorie są tymi, wokół których on sam budował swoją opowieść o własnym doświadczaniu choroby. Należałoby przyjąć, iż znaczenia nie są trwałymi własnościami obiektów w świecie, „lecz są konstruowane, podtrzymywane i modyfikowane w wypowiedzi i w trakcie interakcji” [Taylor, Littleton 2010, s. 105]. W następstwie tego procesu tożsamości ludzi są ciągle konstruowane. W sytuacji wywiadu Badany był (jak każdy człowiek) aktywny w swej pracy nad tożsamością, która jest „działającym się” projektem obejmującym konstruowanie własnej biografii [por. Taylor, Littleton 2010].

Spotkanie z Badanym w sytuacji badawczej, jak i w relacji człowiek-człowiek, jest spotkaniem z doświadczeniem Innego. W kontekście doświadczania przez Niego choroby nowotworowej jest to spotkanie na swój sposób podwójnie wartościowe, bowiem Badany jest osobą z głębszą niepełnosprawnością intelektualną i w doświadczeniu biograficznym ma przeżywanie trudnej choroby. Zdaniem A. Fabiś: „Doświadczenie jest wartością, którą zdobywa człowiek całe życie. Doświadczeniem, jak innymi wartościami, można się dzielić z innymi. Uczenie się z biografii innych, to czerpanie z bogactwa wiedzy, zrodzonej z doświadczenia” [Fabiś 2008, s. 135]. To doświadczenie należy jednak rozpatrywać w kontekście konkretnego mikroświata Badanej przeze mnie osoby. Ten mikroświat należy

rozumieć jako „spójny i względnie samodzielny zespół czy też system, odrębny porządek rzeczywistości (*sub-universe*)” [Manterys 1997, s. 19]. Jako badacz, ale przede wszystkim jako człowiek, z doświadczenia Badanego jestem w stanie uczyć się, jak radzić sobie można w sytuacji granicznej. Oczywiście świat (mikroświat) społeczny Badanego kreuje i determinuje jego biografię, a elementem tego mikroświata jest sama niepełnosprawność intelektualna.

Uważam jednak, że jego sposób radzenia sobie z chorobą nie różni się w podstawowych zakresach od tego opisywanego w literaturze, odnoszącego się do doświadczeń osób sprawnych intelektualnie, znajdujących się w takiej sytuacji. Jak twierdzi A. Krawczyk: „Diagnoza jest procesem, który rozpoczyna się od wykrycia objawów choroby, poprzez etap badań diagnostycznych, aż do fazy konfrontacji z diagnozą choroby nowotworowej. Rozpoznanie i leczenie choroby nowotworowej wiąże się z pojawieniem wielu negatywnych objawów ze strony sfery odczuć (zmęczenia, lęku, bólu i depresji), które nadmiernie nasilone mogą mieć niekorzystny wpływ na przebieg terapii, osłabiać wolę walki i utrudniać procesy adaptacyjne. Stanowią też źródło cierpienia i niezrozumienia niektórych zachowań pacjentów przez opiekujący się nimi personel” [Krawczyk 2013, s. 21]. Dla Badanego choroba nowotworowa jest złożoną sytuacją stresową. Ta sytuacja mobilizuje go do pewnej formy ustosunkowania się do swoich doświadczeń. Można więc dość kolokwialnie stwierdzić, że Marek radzi sobie z tą sytuacją. Owo radzenie sobie można tu określić „jako czynnik stabilizujący, który pomaga jednostce utrzymać adaptację psychospołeczną w sytuacjach stresowych” [Krawczyk 2011, s. 24]. Radzenie sobie wiąże się tu jednak z pewnym wysiłkiem, który Badany podejmuje, by sprostać wymaganiom sytuacji i otoczenia. Według G. Kozak, najbardziej sprzyjającą procesowi zdrowienia w chorobie nowotworowej „jest strategia ducha walki, a także na pewnych etapach choroby strategia stoickiej akceptacji, nazywanej również pozytywnym przewartościowaniem” [Kozak 2012, s. 169]. Z całą pewnością można przyjąć, że takiego ducha walki do zmagania się z własnymi doświadczeniami Badany ma, ale niewątpliwie głębsza niepełnosprawność intelektualna jest tu większym wyzwaniem dla jego otoczenia i partnerów interakcyjnych niż dla niego samego.

Bibliografia

- Berger P.L., Luckmann T. (2010), *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, PWN, Warszawa.
- Boryczko-Pater B. (2011), *Osobowość a style radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów Oddziału Otolaryngologicznego*, „Sztuka Leczenia”, nr 3-4.
- Chorzela M. (2013), *Doświadczenie choroby nowotworowej jako źródło pozytywnych zmian osobowości*, „Psychoonkologia”, nr 1.
- Cytowska B. (2011), *Rodzice wobec dorosłości swoich dzieci z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Wychowanie w rodzinie. Rodzina o specjalnych potrzebach*, red. S. Walasek, B. Winczura, t. IV, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Cytowska B. (2012), *Trudne drogi adaptacji. Wątki emancypacyjne w analizie sytuacji dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną we współczesnym społeczeństwie polskim*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Czyżewski M. (2013), *Sociologia interpretatywna i metoda biograficzna: przemiana funkcji, anty-esencjalistyczne wątpliwości oraz sprawa krytyki*, „Przegląd Socjologii Jakościowej. Metoda biograficzna w naukach społecznych”, t. IX, nr 4.
- Durczak K. (2005), *Zdarzenie krytyczne jako obszar analizy biografii edukacyjnej człowieka* [w:] *Narracje – (Auto)biografia – Etyka*, red. L. Koczanowicz, R. Nahirny, R. Włodarczyk, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP, Wrocław.
- Fabiś A. (2008), *Uczyć się z biografii innego. Na przykładzie „Trzech dzienników zestawionych przez Marię von Rosen i Ingmara Bergmana”* [w:] *Uczenie się z biografii Innych*, red. E. Dubas, W. Świtalski, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Hammersley M., Atkinson P. (2000), *Metody badań terenowych*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Hernik K. (2007), *Doświadczenie konwersji przez studentów Wydziału Aktorskiego Akademii Teatralnej w Warszawie*, „Przegląd Socjologii Jakościowej. Monografie”, t. III, nr 3.
- Kaufman J.C. (2010), *Wywiad rozumiejący*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Kozak G.. (2012), *Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, nr 6.
- Krawczyk A. (2013), *Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia*, „Sztuka Leczenia”, nr 1-2.
- Krause A. (2011), *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Littleton K., Taylor S. (2010), *Biografie w rozmowie. Narracyjno-dyskursywne podejście badawcze*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. VI, nr 2.
- Miller P. (2010), *Konstruowanie tożsamości ratownika górskiego*, „Przegląd Socjologii Jakościowej. Monografie”, t. VI, nr 1.
- Tylewska-Nowak B. (2011), *Wypełnianie zadań rozwojowych przez osoby dorosłe z umiarkowaną i znaczną niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Skrzypek M. (2013), *W stronę socjologii diagnozy. Społeczne funkcje diagnozy medycznej w kontekście doświadczenia choroby*, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologia”, nr 45.
- Ślęzak I. (2009), *Stawanie się poetą. Analiza interakcjonistyczno-symboliczna*, „Przegląd Socjologii Jakościowej. Monografie”, t. V, nr 1.
- Szalast A. (2012), *Rola ośrodków wsparcia dziennego we wspomaganianiu funkcjonowania rodziny z dorosłym dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną i/lub psychiczną* [w:] *Wychowanie w rodzinie. Odmienne sytuacje i nowe zadania*, red. K. Ferencz, E. Kowalska, „Wychowanie w Rodzinie”, t. VI, Jelenia Góra.
- Wiktorowicz M. (2012), *Narracje biograficzne osób przelamujących wzorce życia rodzin dotkniętych problemem alkoholizmu (Komunikat z badań)*, „Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologia”, nr 41.
- Wolska D. (2011), *Wpływ prawidłowego przystosowania społecznego na jakość życia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labi-*

- ryntach codzienności. *Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Wyka A. (2003), *Badacz społeczny wobec doświadczenia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Zakrzewska-Manterys E., Gustavson A. (1997), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Wydawnictwo „Żak”, Warszawa.
- Żółkowska T. (2011), *Wspomaganie rozwoju dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną – refleksje pedagoga* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Żukowska Ż. (2011), *Strategie radzenia sobie i znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej*, „Psychologia Jakości Życia”, t. 10, nr 1.
- Żyta A. (2011), *Rodzice i rodzeństwo pełnosprawne a planowanie przyszłości dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną* [w:] *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności. Analiza badań – krytyka podejść – propozycje rozwiązań*, red. B. Cytowska, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Żyta A. (2011), *Życie z zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

Lista recenzentów czasopisma od roku 2014

- Dr hab. Urszula Bartnikowska (UWM, Olsztyn)
- Dr hab. Zenon Gajdzica, prof. UŚ (UŚ, Katowice)
- Dr hab. Beata Jachimczak (UAM, Poznań)
- Dr Iwona Myśliwczyk (WSP im. J. Korczaka, Warszawa)
- Dr hab. Sławomir Przybyliński (UWM, Olsztyn)
- Dr hab. Danuta Wajsprych (OSW, Olsztyn)
- Dr hab. Agnieszka Żyta (UWM, Olsztyn)

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Teksty prosimy przesyłać na adres redakcji: niepelnosprawnosc@ug.edu.pl.

Formatowanie tekstów standardowe (marginesy 2,5 cm, czcionka Times New Roman 12 pkt, odstępy 1,5). **Przypisy** w tekście, w nawiasie kwadratowym, z podaniem wydawnictwa i miejsca wydania na końcu tekstu. Krótkie (150–200 słów) **streszczenie** w języku angielskim. **Słowa kluczowe** oraz **tytuł** w języku angielskim i polskim.

W związku z wdrożeniem procedur zapobiegających ghostwritingowi oraz guest authorship, Redakcja prosi o przesłanie na jej adres (pocztowy bądź skanem na e-mailowy) podpisanej deklaracji:

- 1) ujawniającej wszystkich autorów, którzy wnieśli znaczący wkład do publikacji,
- 2) deklarującej oryginalność publikacji,
- 3) zawierającej afiliacje i kontrybucje poszczególnych autorów (procentowy wkład w autorstwo, koncepcja, założenia, metody, protokół, przygotowanie publikacji),
- 4) ujawniającej źródła finansowania publikacji.

Prosimy głównie o teksty dotychczas niepublikowane, jednak dopuszczamy również możliwość druku wartościowych fragmentów tekstów publikowanych w pracach zbiorowych, po uzyskaniu zgody właściciela praw autorskich.

Redakcja zastrzega możliwość dokonywania wyboru tekstów oraz skrótów i zmian, po uzgodnieniu z autorem.

ZASADY RECENZOWANIA

Lista recenzentów czasopisma „Niepełnosprawność” jest publikowana co najmniej raz do roku w wersji pierwotnej, czyli drukowanej.

Do oceny każdej publikacji powołuje się dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki, w której afiliowany jest autor oraz spoza jednostki wydającej czasopismo. Autorzy i recenzenci przed zakończeniem procedury recenzowania nie znają swoich tożsamości, z wyjątkiem, kiedy autor zgłosi deklarację o braku konfliktu interesów w postaci:

- bezpośrednich relacji osobistych,
- relacji podległości zawodowej,
- występowania bezpośredniej współpracy naukowej w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.

Każda recenzja ma formę pisemną i kończy się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.

ZASADY ODRZUCENIA PUBLIKACJI

1. Zastosowane zostały działania prowadzące do ukrycia autorstwa.
2. Tekst jest plagiatem.
3. Tekst nie ma charakteru naukowego.
4. Tekst nie jest merytorycznie związany z tematyką kolejnego numeru czasopisma (może w tym przypadku zostać przyjęty do publikacji w numerach kolejnych).
5. Badania prezentowane w publikacji są metodologicznie niepoprawne.
6. Tekst nie spełnia kryteriów publikacji naukowej.