ROK XVIII

2018 nr 4

e-ISSN 2451-0858

ISSN 1643-8299

Państwo i Społeczeństwo

WYKLUCZENIE SPOŁECZNE I MARGINALIZACJA A ZDROWIE PSYCHICZNE I SOMATYCZNE

POD REDAKCJĄ
MAŁGORZATY LEŚNIAK

Kraków
2018

„Państwo i Społeczeństwo" – czasopismo Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
www.panstwoispoleczenstwo.pl

Czasopismo punktowane w rankingu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Index Copernicus International

Rada Wydawnicza Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego:
Klemens Budzowski, Maria Kapiszewska, Zbigniew Maciąg, Jacek M. Majchrowski

Rada Naukowa: *Maria Kapiszewska, J. Krzysztof Lenartowicz, Zbigniew Maciąg, Grzegorz Zieliński*

Redaktor naczelny: *Jacek M. Majchrowski*

Redaktorzy tematyczni: *Joanna Aksman, Katarzyna Banasik-Petri, Joanna Bierówka, Piotr Kopiński, Małgorzata Leśniak*

Redaktor statystyczny: *Piotr Stefanów*

Sekretarz redakcji: *Halina Baszak-Jaroń*

Adres redakcji:
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1
30-705 Kraków
tel. (12) 25 24 665, 25 24 666
e-mail: wydawnictwo@kte.pl

Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych. Decyzja o opublikowaniu tekstu uzależniona jest od opinii recenzentów. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania tekstów przeznaczonych do druku. Teksty powinny być przesyłane w dwóch egzemplarzach wraz z wersją elektroniczną.

© **Copyright by Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, 2018**

e-ISSN 2451-0858

ISSN 1643-8299

Redakcja językowa: *Agnieszka Boniatowska*

Skład i łamanie: *Oleg Aleksejczuk*

Wszystkie numery kwartalnika „Państwo i Społeczeństwo" są dostępne w wolnym dostępie (open access).

Wersją pierwotną czasopisma jest wydanie elektroniczne.

Wydawca:

OFICYNA WYDAWNICZA AFM

ul. G. Herlinga-Grudzińskiego 1, lok. A 219
30-705 Kraków, e-mail: biuro@kte.pl

Sprzedaż i prenumerata: ksiegarnia@kte.pl

Państwo i Społeczeństwo

ROK XVIII 2018 nr 4

Małgorzata Leśniak: Wprowadzenie. Wykluczenie społeczne i marginalizacja a zdrowie psychiczne i somatyczne 5
Urszula Struzikowska-Seremak, Jakub Lickiewicz, Marta Makara-Studzińska: Psychologiczne determinanty wykluczenia społecznego kobiet-ofiar przemocy w rodzinie 9
Ewelina Wild, Jakub Lickiewicz, Marta Makara-Studzińska: Trening empatii jako metoda zapobiegania zachowaniom agresywnym w grupie dzieci w młodszym wieku szkolnym – doniesienia wstępne 19
Andrzej Mirski, Natalia Mirska-Tomasz: ADHD i choroba Aspergera a wykluczenie społeczne 33
Beata Zinkiewicz: Działania profilaktyczne podejmowane przez rodzinnych kuratorów sądowych w obszarze zdrowia 53
Olena Bocharova: Ludzie Donbasu wykluczeni z ukraińskiego społeczeństwa czy z Ukrainy? Próba analizy 71
Agnieszka Malczewska-Błaszczyk, Małgorzata Leśniak: Młodzież ukraińska w Polsce. Problemy integracji 85
Beata Zinkiewicz: Znaczenie pracy osób pozbawionych wolności na przestrzeni dziejów 103
Robert Witkowski: Terapeutyczny wymiar wolontariatu hospicyjnego osób pozbawionych wolności 121

VARIA

Elżbieta Staud: Praktyczne aspekty leczenia alkoholików w warunkach więziennych 141

RECENZJE

Małgorzata Leśniak, *Reintegracja społeczna osób opuszczających jednostki penitencjarne przy wsparciu potencjału społeczności lokalnej* red. M. Marczak, K. Nawrocka [Stowarzyszenie Centrum Wolontariatu, Lublin 2018, 274 s.] 149

SPRAWOZDANIA

Jakub Lickiewicz: Sprawozdanie z 2nd International Scientific and Training Conference „The Art of Conversation Is the Basis of Diagnosis", 21–22 kwietnia 2018, Bydgoszcz.....157

Instrukcja przygotowania artykułów 159

Zasady recenzowania publikacji w czasopismach 161

Lista recenzentów za rok 2018 163

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Małgorzata Leśniak
doc. dr, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0002-6915-314X

WPROWADZENIE. WYKLUCZENIE SPOŁECZNE I MARGINALIZACJA A ZDROWIE PSYCHICZNE I SOMATYCZNE

Wykluczenie społeczne jest problemem niezwykle złożonym, a jego przyczyny i obszary są mocno zróżnicowane. Na sytuację osoby czy grupy wykluczonej mają wpływ różne niekorzystne czynniki, występujące łącznie i wzajemnie się wzmacniające. Zgodnie z definicją zaproponowaną przez Grupę Drugą Zespołu Zadaniowego ds. Reintegracji Społecznej (Narodowej Strategii Integracji Społecznej dla Polski 2004–2010) wykluczenie społeczne to sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w sposób godny. Zjawisko to nabrało wielowątkowego i interdyscyplinarnego charakteru, czego dowodem są między innymi liczne badania tego zagadnienia prowadzone na gruncie nauk humanistycznych, społecznych i ekonomicznych. Autorzy tych analiz często podkreślają istnienie tendencji do wzrostu społecznej ekskluzji, czyli wyłączania z głównego nurtu życia społecznego, co rodzi szereg niekorzystnych konsekwencji dla funkcjonowania jednostek, grup i społeczności.

Jak zauważa Oliwa-Ciesielska,

> […] w analizach marginalizacji i wykluczenia widoczny jest problem z budowaniem granic nie tylko powstrzymujących nadmierną inkluzyjność pojęć, ale także pomiędzy obydwoma

> tymi pojęciami. Badacze wprawdzie starają się na użytek własnych analiz charakteryzować te pojęcia rozłącznie, ale w powszechnym użyciu do dziś nie ma zunifikowanego rozumienia określenia ani marginalizacji, ani wykluczenia. Obecnie zarówno w analizach teoretycznych, jak i w działaniach praktyków skupionych na pomocy jednostkom lokowanym w „obszarze problemów społecznych", stosuje się częściej określenie wykluczenia, niejako pomijając marginalizację, jednak nie wyodrębnia się jednocześnie wykluczenia jako sytuacji życiowej innej od marginalizacji[1].

Wykluczenie i marginalizację, twierdzi autorka, traktuje się jako sytuacje, które nie dają się jednoznacznie rozgraniczyć. Jest to trudne, ponieważ można przyjąć, że stan marginalizacji powoduje wykluczenie bądź sam czasowo jest stanem wykluczenia (lub też stanem wykluczenia w niektórych sferach życia), natomiast wykluczenie jednoznacznie świadczy o marginalizacji. Na poziomie teoretycznym można przyjąć, że marginalizacja oznacza usytuowanie na peryferiach życia społecznego, które jeszcze nie całkiem jest dla jednostki czy grupy stracone, natomiast wykluczenie oznacza brak możliwości uczestnictwa w nurtach życia społecznego, czyli znalezienie się poza życiem społecznym (choć i to wydaje się sprawą dyskusyjną). W takim znaczeniu wykluczenie oznacza izolację czy też wyizolowanie – a są to pojęcia używane także w odniesieniu do marginalizacji, często stosowane do charakterystyki życia jednostki, podkreślającej jej obcość wśród innych czy też odmienność[2]. Warto również w tym miejscu zauważyć, że definiowanie i wszechstronna analiza problematyki wykluczenia i marginalizacji jest ważna dla trafnego prognozowania skutecznych i efektywnych metod wsparcia dla osób i grup pozostających w niekorzystnej sytuacji społecznej.

W otwierającym niniejszy tom artykule Urszuli Struzikowskiej-Seremak oraz Jakuba Lickiewicza poruszono problematykę wchodzenia i podtrzymywania roli ofiary przemocy w rodzinie. Autorzy próbują nakreślić portret psychologiczny kobiety doświadczającej przemocy. Składowymi tego portretu jest – zdaniem autorów artykułu – osobowość, styl radzenia sobie ze stresem, lęk i sytuacja socjoekonomiczna. Badania autorów wykazały, że cechami charakteryzującymi kobiety doświadczające wielokrotnie przemocy w środowisku domowym jest neurotyczność, introwersja, niska otwartość na doświadczenia, styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach oraz gorsza niż w grupie kontrolnej sytuacja na rynku pracy i niższe wykształcenie. To ważne ustalenie, bowiem pozwala na wysunięcie wniosków o prawdopodobnych cechach osób narażonych na wykluczenie społeczne z powodu przemocy w rodzinie.

Drugi z prezentowanych artykułów – Eweliny Wild i Jakuba Lickiewicza – dotyczy problemu wpływu treningu empatii na poziom agresji u dzieci w wieku 6–9. Przedmiotem badań autorów stało się określenie poziomu agresji u dzieci

---

[1] M. Oliwa-Ciesielska, *Marginalizacja i wykluczenie jako trwałe cechy rzeczywistości społecznej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" 2016, nr 35 (4), s. 114, http://problemypolitykispolecznej.pl/index.php/8-czasopismo/139-spis-tresci-35-4-2016 [dostęp 20.01.2019].

[2] *Ibidem*, s. 115.

we wskazanym przedziale wiekowym, przeprowadzenie treningu empatii, a następnie ponowne zbadanie poziomu agresji. Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła związek pomiędzy treningiem empatii a poziomem agresji w badanej grupie. To niezwykle cenna uwaga, z pewnością przydatna w pracy z dziećmi i młodzieżą przejawiającą zachowania agresywne i przemocowe. Problematyki dzieci i młodzieży dotyczy również trzeci z prezentowanych w tomie artykułów. Jego autorzy, Andrzej Mirski i Natalia Mirska-Tomasz, opisują najważniejsze objawy choroby Aspergera oraz zespołu ADHD, które w największym stopniu mogą przyczyniać się do izolacji społecznej. Szczególnie ważne jest, jak podkreślają autorzy, że choć dzieci z tymi symptomami nie przejawiają zaburzeń osobowości ani nawet klinicznie definiowanych zaburzeń zachowania, bardzo często odbierane są – niesłusznie – jako psychopatyczne, agresywne, antyspołeczne, dziwaczne, nieodpowiedzialne, nieczułe, niewspółpracujące z grupą czy niewypełniające obowiązków. W konsekwencji powoduje to u tych dzieci znaczne obniżenie samooceny, wycofywanie się z kontaktów społecznych, uciekanie w swój własny, hermetyczny świat. Winni o tym pamiętać nie tylko szkolni wychowawcy. O działaniach inkluzyjnych w obszarze zdrowia podejmowanych przez kuratorów sądowych informuje nas artykuł Beaty Zinkiewicz. To ciekawe uzupełnienie treści poprzednich artykułów.

Dwa następne artykuły w prezentowanym tomie dotyczą problemów Ukrainy. Olena Bocharova porusza problematykę wykluczenia pewnych grup ludności z ukraińskiego społeczeństwa, zaś Agnieszka Malczewska-Błaszczyk i Małgorzata Leśniak skupiają się na problemach związanych z integracją młodzieży ukraińskiej, która w Polsce kontynuuje obowiązek szkolny.

Tom zamykają dwa artykuły – Beaty Zinkiewicz i Roberta Witkowskiego – traktujące o pracy szczególnej kategorii osób dotkniętych wykluczeniem, tj. osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych. To bardzo interesujący temat i, jak się zdaje, wciąż wymagający rzeczowej dyskusji i pogłębionych analiz.

Redaktor tomu wyraża nadzieję, że prezentowana publikacja choć w części przyczyni się do lepszego zrozumienia tak złożonej problematyki, jaką jest wykluczenie społeczne i związany z nią proces marginalizacji.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Urszula Struzikowska-Seremak
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie Filia nr 7

Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
orcid: 0000-0001-7371-0204

Marta Makara-Studzińska
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
orcid: 0000-0002-7317-7574

PSYCHOLOGICZNE DETERMINANTY WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO KOBIET-OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE

Streszczenie
W artykule poruszono problematykę wchodzenia, a następnie podtrzymywania roli ofiary przemocy w rodzinie w kontekście próby stworzenia portretu psychologicznego kobiet doświadczających przemocy w swoim środowisku rodzinnym. Składowymi portretu psychologicznego – zdaniem autorów artykułu – jest osobowość, styl radzenia sobie ze stresem, lęk i sytuacja socjoekonomiczna. Badania własne wskazały, że cechami charakteryzującymi kobiety doświadczające wielokrotnej przemocy w środowisku domowym są: neurotyczność, introwersja, niska otwartość na doświadczenia, styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach oraz gorsza niż w grupie kontrolnej sytuacja na rynku pracy i niższe wykształcenie. Pozwala to na

wysunięcie wniosków o prawdopodobnych cechach osób narażonych na wykluczenie społeczne z powodu przemocy w rodzinie.
Słowa kluczowe: portret psychologiczny, osobowość, kryzys psychologiczny, stres psychologiczny, styl radzenia sobie ze stresem, lęk, przemoc w rodzinie, wykluczenie społeczne

Psychological determinants in societal exclusion experienced by domestic violence victims
Abstract
The article embraces the problem of woman's victimology in domestic violence environment; origins and sustainability of her role as a victim of familial abuse – all in context of her psychological portrait. According to the author, the components of such portrait are personality, capability in stress management, fear and socioeconomic situation. Author's own research referenced in the article suggests that characteristics of a woman who repetitively experiences violence in domestic environment are: neuroticism, introversion, low openness for experiences, coping with stress focused on emotions and lesser job skills as in comparison with subjects in control group. It allowes to come to a conclusion which personality traits are most likely to be fund in people who are subjects of social exclusion due to domestic violence.
Key words: psychological portrait, personality, psychological crisis, psychological stress, stress coping and management, fear, domestic violence, social exclusion

Wprowadzenie

Zjawisko przemocy w rodzinie coraz częściej staje się przedmiotem badań naukowych. W myśl definicji Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz Kodeksu karnego przez przemoc rozumie się jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające na niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne. Irena Pospiszyl definiuje przemoc jeszcze krócej, określając to zjawisko jako „wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej lub psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji"[1]. Wśród wielu rodzajów przemocy szczególny problem społeczny stanowi przemoc w rodzinie, która dotyczy szeroko rozumianych nadużyć, mających miejsce w warunkach funkcjonowania rodziny[2]. O skali zjawiska mogą świadczyć wyniki badań przeprowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia, które pokazują, że w skali całego świata jedna na trzy kobiety doświadczyły przemocy w rodzinie[3].

[1] I. Pospiszyl, *Razem przeciwko przemocy*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 1999, s. 16.

[2] Por. M. Montalto, *How Have Academic Theories of Domestic Violence Influenced Western Physical Domestic Violence Treatment Programs in Recent Years?*, „Journal of Alcoholism & Drug Dependence" 2016, vol. 4, no. 2, https://www.omicsonline.org/open-access/how-have-academic-theories-of-domestic-violence-influenced-westernphysical-domestic-violence-treatment-programs-in-recent-years-2329-6488-1000237.pdf [dostęp: 17.09.2018].

[3] World Health Organization, Violence and Injury Prevention, Geneva 2014, https://www.who.int/violence_injury_prevention/en/ [dostęp: 6.09.2018].

Wśród czynników ryzyka przemocy domowej wymienia się wiek, wykształcenie oraz zawód. Istotne są także relacje rodzinne i przekonania religijne[4]. Za istotny czynnik ryzyka, pozostający po stronie ofiary, uważa się także brak wsparcia społecznego[5]. Konsekwencjami przemocy domowej może być również pogorszenie funkcjonowania fizycznego i psychicznego, w tym objawy depresji oraz lęku[6]. Brunon Hołyst podkreśla istnienie „potencjału wiktymogennego", który rozumieć można jako system cech osobniczych jednostki, jak również struktur społecznych, które wraz z cechami związanymi z warunkami życia jednostki predysponują ją do wejścia w sytuację zagrażającą zaistnieniem przestępstwa. Potencjał ten może wystąpić m.in. w cechach kondycji psychicznej, biologicznej, społecznej czy ekonomicznej[7].

Konsekwencje przemocy w rodzinie wpływają zarówno na funkcjonowanie fizyczne, jak i psychiczne. W badaniach dotyczących jakości życia kobiet doświadczających przemocy w rodzinie podczas ciąży wykazano pogorszenie stanu zdrowia fizycznego oraz, w przypadku przemocy psychicznej, obniżenie poziomu funkcjonowania społecznego i samopoczucia[8]. Jeszcze inną konsekwencją przemocy domowej jest wykluczenie społeczne, związane ze wstydem i poczuciem winy, często pojawiającymi się u ofiar.

Jak podkreślają liczni autorzy, wykluczenie społeczne ma wiele twarzy. Powiązane z nim pojęcia to: ostracyzm, dyskryminacja, dehumanizacja i izolacja społeczna. Ze względu na pojemność zjawiska, proponuje się jego szeroką definicję, rozumiejąc wykluczenie społeczne jako doświadczenie oddzielenia od innych, związane z fizycznym (np. izolacja społeczna) lub emocjonalnym (np. odrzucenie) aspektem funkcjonowania[9]. Szerszą definicję proponują Suzanne Moffatt i Nina Glasgow, które postrzegają wykluczenie jako separację jednostki lub grupy od szeroko rozumianego społeczeństwa[10]. Według Kipa Williamsa

---

[4] F. Naeem *et al.*, *Angry Wives, Abusive Husbands: Relationship between Domestic Violence and Psychosocial Variables*, „Women's Health Issues" 2008, vol. 18, issue 6, s. 453–462.

[5] P. Montesó-Curto *et al.*, *Violence and Depression in a Community Sample*, „Journal of Clinical Nursing", 2016, no. 26, https://www.researchgate.net/publication/305823230_Violence_and_depression_in_a_community_sample [dostęp: 6.09.2018].

[6] M. Ahmadzad-Asl *et al.*, *Domestic Violence Against Women as a Risk Factor for Depressive and Anxiety Disorders: Findings from Domestic Violence Household Survey in Tehran, Iran*, „Archives of Women's Mental Health" 2016, vol. 19, issue 5, s. 861–869.

[7] B. Hołyst, *Wiktymologia*, Wydawnictwa Prawnicze PWN, Warszawa 2000.

[8] Z. Tavoli, A. Tavoli, *Quality of Life in Woman Who Were Exposed to Domestic Violence during Pregnacy*, „BMC Pregnacy and Childbirth" 2016, vol. 16, https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0810-6 [dostęp: 11.09.2018].

[9] P. Riva, J. Eck, *The Many Faces of Social Exclus Ion, w: Social Exclusion: Psychological Approaches to Understanding and Reducing Its Impact*, eds. P. Ricka, J. Eck, Springer International Publishing, New York 2016.

[10] S. Moffatt, N. Glasgow, *How Useful Is the Concept of Social Exclusion When Applied to Rural Older People in the United Kingdom and the United States?*, „Regional Studies" 2009, vol. 43, issue 10, s. 1291–1303.

wykluczenie społeczne zagraża czterem podstawowym potrzebom ofiary i powoduje dążenie jednostki do ich odzyskania. Do zagrożonych przez wykluczenie potrzeb Williams zalicza: samoocenę, sens życia, poczucie przynależności oraz poczucie kontroli[11]. Opierając się na tej koncepcji, Gili, Williams i Beer podkreślają, że należy dokonać podziału wykluczenia społecznego na dwie kategorie: odrzucenie niejednoznaczne oraz wyraźne, spośród których to drugie będzie miało większe konsekwencje dla potrzeb oraz emocji jednostki, a tym samym powinno być traktowane jako bardziej wyniszczające[12].

Przemoc w rodzinie jest bezpośrednim szkodzeniem rozwojowi osobowości[13]. Rodzina pochodzenia jest przestrzenią, w której tworzą się wzorce, przenoszone do późniejszych relacji. To w nich ujawniają się silnie zakorzenione, często uwarunkowane przez relację z rodzicami, cechy osobowości. Te same czynniki wydają się decydować w sposób bezpośredni o ryzyku wykluczenia społecznego kobiet krzywdzonych i ich rodzin; wiążą się również z niektórymi stereotypami na temat przemocy.

Metodologia badań własnych

Celem badań przedstawionych w niniejszej publikacji było określenie czynników ryzyka mogących prowadzić do wykluczenia społecznego kobiet – ofiar przemocy w rodzinie.

Na podstawie literatury przedmiotu można wysnuć wniosek, że czynników ryzyka należy poszukiwać w szeroko rozumianej strukturze osobowości kobiet doświadczających przemocy, w skład której wchodzi styl radzenia sobie ze stresem oraz poziom lęku przeżywanego przez ofiary. Za czynnik ryzyka uznano także doświadczenie przemocy w rodzinie pochodzenia, które wpływa na późniejszy rozwój osobowości jednostki[14]. Założenia te ujęto w następujących hipotezach:

1. Istnieją różnice w cechach osobowości ofiar przemocy w rodzinie i osób przemocy takiej niedoświadczających.
2. Istnieją różnice w poziomie lęku, ujmowanym jako cecha, pomiędzy kobietami-ofiarami przemocy w rodzinie a kobietami jej niedoświadczającymi.
3. Istnieją różnice w stylach radzenia sobie ze stresem ofiar przemocy w rodzinie i osób nie mających takich doświadczeń.

---

[11] K. Williams, *Ostracism: A Temporal Need Threat Model*, „Advances in Experimental Social Psychology" 2009, vol. 41, s. 275–314.

[12] G. Freedman, K.D. Williams, J.S. & Beer, Softening the Blow of Social Exclusion: The Responsive Theory of Social Exclusion, „Frontiers in Psychology" 2016, vol. 7, no. 1570.

[13] M. Skwarek, *Przemoc wobec kobiet w rodzinie – perspektywa społeczno-polityczna*, „Praca Socjalna" 2001, nr 4, s. 44–52.

[14] J. Messing, J. Thaller, T. Thaller, *Intimate Partner Violence Risk Assessment: A Primer for Social Workers*, „British Journal of Social Work" 2014, vol. 45, no. 6, s. 1804–1820.

W badaniu wzięły udział dwie grupy kobiet: pierwszą tworzyły ofiary przemocy w środowisku domowym, a drugą osoby niedoświadczające jej w swojej przestrzeni domowej. Osoby badane zaliczano do właściwej grupy poprzez weryfikowanie ich sytuacji pytaniem o informację, czy w rodzinie wszczęta jest procedura „Niebieskiej Karty". Do badania kwalifikowano osoby, które aktualnie lub w czasie trzech ostatnich miesięcy doświadczały przemocy w rodzinie.

Na grupę badaną składało się łącznie 80 kobiet, podzielonych na dwie podgrupy. Do pierwszej zaliczono przedstawicielki dwóch podgrup: kobiety w wieku 20–60 lat, podopieczne Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie Filia nr 7, oraz klientki Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Chrzanowie. Kobiety te były dotknięte przemocą w rodzinie ze strony swoich partnerów, wszystkie pozostawały w kontakcie ambulatoryjnym z ośrodkami. Kierowano się przekonaniem, że przebywanie badanych w hostelu ośrodka lub w Ośrodku dla Ofiar Dotkniętych Przemocą może być zmienną wpływającą na stan emocjonalny i ogólny dobrostan psychiczny. Ofiary przemocy w warunkach pobytu w hostelu Ośrodka Interwencji Kryzysowej są odizolowane od sprawcy, otoczone opieką, poddane działaniom wspierającym i psychoedukacyjnym, jak również osadzone w okresie dzielącym je od ostatniego incydentu przemocy oraz poczucia rzeczywistego i aktualnego zagrożenia ze strony partnera, co mogłoby zniekształcić rzeczywisty poziom ich funkcjonowania.

Grupę kontrolną stanowiło 40 kobiet wyłonionych spośród tych, które nie doświadczyły przemocy w rodzinie. W grupie kontrolnej znajdowały się przedstawicielki studiów psychologicznych oraz pracowników socjalnych. Wiek kobiet z grupy kontrolnej zawierał się w przedziale 20–60 lat. W ankiecie socjodemograficznej zawarte zostały pytania związane z aktywnością zawodową kobiet, która może mieć związek z zależnością od sprawcy przemocy. Grupa kontrolna została przebadana tymi samymi narzędziami, co grupa kobiet doświadczających przemocy: ankietą socjodemograficzną, Inwentarzem Osobowości NEO-FFI, Inwentarzem Stanu i Cechy Lęku STAI, a także Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Kryzysowych CISS.

Autorska ankieta socjodemograficzna stanowiła tło dla właściwych badań cech składających się na portret osobowościowy kobiet-ofiar przemocy w rodzinie. Ankieta przewidywała pozyskanie informacji na temat wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, aktualnego miejsca zamieszkania, form doświadczanej przemocy, informacji o doświadczaniu przez respondentkę ankiety przemocy w rodzinie pochodzenia, częstotliwości doświadczanej przemocy, sytuacji zawodowej (zatrudniona/bezrobotna) oraz informacji na temat posiadania dzieci.

Inwentarz Osobowości NEO-FFI jest narzędziem służącym do pomiaru cech osobowości w oparciu o teorię pięcioczynnikowego modelu osobowości Costa i McCrae: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości, ugodowości oraz su-

mienności. Przed przystąpieniem do badań rozważono wykorzystanie w tym celu kwestionariusza NEO-PI-R, pozwalającego na zbadanie dyskretnych różnic między badanymi osobami w szczegółowym poziomie każdego z pięciu wymiarów osobowości w oparciu o podskalę każdego z nich, jednak z uwagi na konieczność przeprowadzenia badań czterema narzędziami, a także ze względu na czas badania oraz ilość itemów, zdecydowano o zastosowaniu podstawowej wersji narzędzia – NEO-FFI – w celu zapobieżenia nadmiernemu poznawczemu obciążeniu osób badanych, co mogłoby mieć dodatkowy wpływ na wyniki analiz, stając się niepożądaną zmienną w prowadzonych pomiarach.

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI stanowi polską adaptację amerykańskiego kwestionariusza STAI (State-Trait Anxiety Inventory) autorstwa C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha oraz R.E. Lushene'a z 1970 roku, służącej jako narzędzie do przesiewowego badania mającego na celu wyłonienie osób o bardzo niskim i bardzo wysokim natężeniu lęku, interpretowanego jako stała dyspozycja wewnętrzna. Narzędzie traktuje zjawisko lęku jako L-stan oraz L-cechę, przy czym L-stan rozumiany jest jako świadome postrzeganie napięć oraz obaw przy jednoczesnym pobudzeniu autonomicznego układu nerwowego. Tym, co charakteryzuje L-stan, jest duża zmienność pod wpływem czynników zagrażających. Lęk rozumiany jako (L-cecha) oznacza predyspozycję do podatności na rozpoznawanie różnych sytuacji jako subiektywnie zagrażające i odpowiadanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do obiektywnego zagrożenia, co ma charakter wyuczony.

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Kryzysowych CISS pozwala na zbadanie indywidualnego stylu radzenia sobie w sytuacjach stresujących, trudnych, kryzysowych, wskazując na trzy główne style: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Ostatnia skala – styl radzenia sobie skoncentrowany na unikaniu – posiada dwie podskale, a zatem rozbity został na dwa kierunki działań: poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) oraz angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ). SSE najsilniej związany jest z lękiem, dlatego że lęk wiąże się z silnymi negatywnymi emocjami, co może dać obraz w badaniu osób narażonych na doświadczanie lęku spowodowanego sytuacją przemocy.

Wyniki poszczególnych podskal kwestionariusza NEO-FFI nie miały rozkładu normalnego w analizowanych grupach, a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitney'a. Wyniki uzyskane w kwestionariuszach STAI oraz CISS miały rozkład normalny, z tego względu do analizy danych zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Za istotny uznano wynik na poziomie >0,05.

Wyniki badań własnych

Uzyskane wyniki badań zawarto w tabeli 1. Dla większej przejrzystości zamieszczono w niej tylko wyniki istotne statystycznie. Ofiary przemocy były bardziej neurotyczne niż grupa kontrolna, jak również wykazywały mniejszą ekstrawersję i mniejszą otwartość na doświadczenia, nie różniły się natomiast istotnie od grupy kontrolnej poziomem ugodowości i sumienności. Wyniki istotne statystycznie oznaczono pogrubioną czcionką.

Tabela 1. Różnice w cechach osobowości w obu grupach osób badanych

NEO-FFI	Grupa	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	P
Neuro-tyczność	Ofiary przemocy	28,51	9,48	2 6	8	44	23	37	p<0,001
	Grupa kontrolna	17,1	6,43	17	3	32	15	21,25	
Ekstrawersja	Ofiary przemocy	20,49	8,76	21	7	36	12,5	28	p<0,001
	Grupa kontrolna	29,2	8,43	29	6	45	22,75	36	
Otwartość	**Ofiary przemocy**	**22,08**	**9,61**	**21**	**6**	**40**	**15**	**28**	**p=0,007**
	Grupa kontrolna	**27,73**	**8,06**	**27,5**	**12**	**45**	**22,75**	**31,75**	
Ugodowość	Ofiary przemocy	33,26	6,34	32	18	44	29	37,5	p=0,644
	Grupa kontrolna	33,85	5,84	33,5	23	47	30	37	
Sumienność	Ofiary przemocy	31,72	7,65	30	21	48	25	37	p=0,1
	Grupa kontrolna	34,25	6,21	33,5	25	60	30	37,25	

Tabela 2. Różnice w stylach radzenia sobie ze stresem w obu grupach osób badanych

CISS	Grupa	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	P
SSZ	Ofiary przemocy	50,13	10,36	50	23	66	43	60,5	p<0,001
	Grupa kontrolna	58,48	8,65	58	39	75	53	62,75	
SSE	Ofiary przemocy	44,23	8,61	43	27	64	38,5	49,5	p=0,012
	Grupa kontrolna	38,92	9,62	39,5	20	63	32,75	45	

Powyższa tabela wskazuje na różnice w stylu radzenia sobie ze stresem w grupach badanych: ofiary przemocy istotnie statystycznie częściej niż grupa kontrolna skupiały się na emocjach. Kobiety-ofiary istotnie statystycznie mniej niż grupa kontrolna w sytuacji stresowej skupiały się na zadaniu. Kobiety doświadczające przemocy w środowisku rodzinnym nie różniły się istotnie od grupy kontrolnej stosowaniem stylu skupionego na unikaniu i jego podstylów: poszukiwania kontaktów towarzyskich i angażowania się w czynności zastępcze ($p>0,05$).

U ofiar przemocy lęk jako stan oraz lęk jako cecha były istotnie statystycznie bardziej nasilone niż w grupie kontrolnej ($p<0,05$; mediany wyższe u ofiar przemocy).

Tabela 3. Różnice międzygrupowe w zakresie L-stan i L-cecha

STAI	Grupa	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	P
Lęk jako stan	Ofiary przemocy	44,82	12,01	44	26	74	36	52,5	p<0,001
	Grupa kontrolna	33,48	7,93	33	20	61	29	37	
Lęk jako cecha	Ofiary przemocy	48,77	10,84	48	11	66	41,5	57,5	p<0,001
	Grupa kontrolna	38,08	8,49	37,5	23	58	32,25	45	

Dyskusja

Uzyskane wyniki badań wskazują na istotne statystycznie różnice w obrębie cech osobowości, stylów radzenia sobie ze stresem oraz lęku. Pozostają w zgodzie z wcześniejszymi badaniami, które podkreślały negatywne konsekwencje przemocy w rodzinie dla funkcjonowania fizycznego i psychicznego ofiar. Do czynników ryzyka można zaliczyć wysoki poziom neurotyczności oraz niski ekstrawersji i otwartości na doświadczenia. Taka konfiguracja cech będzie utrudniać sięganie po wsparcie społeczne, które powinno być kluczowym elementem radzenia sobie w sytuacji agresji partnera. W badanej grupie ofiar przemocy częściej w porównaniu z grupą kontrolną znajdowały się osoby introwertywne, co wiązać się może bezpośrednio z posiadaną liczbą potencjalnych zasobów społecznych mogących wziąć udział w procesie pomocowym na rzecz wychodzenia z roli ofiary przemocy w rodzinie, a która może być mniejsza niż u osób ekstrawertywnych, posiadających bogatsze kontakty społeczne. Taki układ cech tłumaczy również silną zależność od partnera i nieumiejętność sprzeciwienia się jego działaniom. Osoby te będą miały tendencję do nieujawniania swoich problemów, wycofywania się i równoczesnego nieszukania nowych rozwiązań. Z tego powodu mogą tkwić w schematach, nie podejmując próby przerwania patologicznej relacji. Pytaniem otwartym jest, czy wyższy poziom neurotyczności stanowi w grupie ofiar przemocy przyczynę czy skutek trwania w przemocowym związku. Bez wątpienia większy niż u osób z grupy kontrolnej poziom neurotyczności wskazywać może na trudności kobiet doświadczających przemocy w rodzinie w radzeniu sobie z utrzymującymi się dłużej trudnymi stanami emocjonalnymi związanymi z lękiem, co koresponduje z nasilonym lękiem jako stanem emocjonalnym i lękiem jako cechą. Przeżywanie lęku i rozpamiętywanie niepowodzeń, typowe dla osób z wysokim poziomem neurotyzmu, może znacząco wpływać na styl radzenia sobie ze stresem. Przejawiać się to może występującym częściej niż w grupie kontrolnej stylem radzenia sobie ze stresem zorientowanym na emocje.

Ofiary przemocy częściej stosują strategie skoncentrowane na emocjach, co oznacza, że skupiają się na radzeniu sobie z napięciem i negatywnymi odczuciami związanymi z sytuacją. Rzadziej podejmują działania zmierzające do uporania się z samą sytuacją, co pozostaje w związku z wysokim poziomem

neurotyczności i niską otwartością na doświadczenia, które powodują trudności w poszukiwaniu alternatywnych rozwiązań zaistniałej sytuacji. Może to być podyktowane także faktem, że przemoc, budząca poczucie zagrożenia, oddziałuje na sferę emocjonalną jednostki znajdującej się w poczuciu zagrożenia, co może przerodzić się w dwie proste reakcje: walkę lub ucieczkę, zmierzające do zagwarantowania jednostce realizacji podstawowego zadania, jakim jest jej przetrwanie.

Wysoki poziom lęku jako cechy nasila wcześniej wskazane zachowania, uniemożliwiając adekwatne działanie w trudnej sytuacji. Wysoki poziom lęku jako stanu wydaje się być efektem pozostawania w relacji z partnerem stosującym przemoc. W połączeniu z niższą otwartością na doświadczenia może być powiązany z umiejętnością nabywania zasobów służących rozwiązywaniu sytuacji oraz z tendencją do elastyczności w działaniu, co pozwaliłoby na lepszą adaptację jednostek do zmiany ich okoliczności życiowych. Ofiary przemocy mogą mieć zatem większy lęk przed porażką i z tego powodu rzadziej podejmować działania zmierzające do zmiany.

Badania nie wykazały istotnych różnic międzygrupowych w poziomie sumienności, co może być podyktowane faktem, że większość spośród badanych kobiet doświadczających przemocy w rodzinie reprezentuje grupę podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Cechą kobiet korzystających z pomocy tych ośrodków jest prawdopodobnie wyuczona bezradność, która może być czynnikiem wtórnie obniżającym poziom sumienności w dynamicznej strukturze osobowości. Podobnie doświadczanie przemocy może dezorganizować poziom funkcjonowania badanych, jak również demotywować w procesie podejmowania decyzji o dokonywaniu zmian w swojej sytuacji życiowej. Ponadto kobiety doznające przemocy doświadczyć mogły obniżenia dwóch istotnych umiejętności adaptacyjnych, czyli zdolności do samoorganizowania się i konsekwentnego dążenia do wyznaczonych przez siebie celów, co sprzyja bierności podtrzymującej relacje ze sprawcą przemocy.

Wymienione czynniki ryzyka rozumieć można jako składowe potencjału umożliwiającego zapobieganie wykluczeniu społecznemu z powodu przemocy w rodzinie. Korzystanie z sieci wsparcia w połączeniu z wiedzą na temat szkodliwości występowania przemocy w rodzinie, a także umiejętność oszacowania ryzyka wystąpienia zagrożenia agresją podczas wchodzenia w poszczególne relacje oraz podejmowanie konstruktywnych działań na rzecz zmiany trudnej sytuacji związanej z przemocą mogą podnieść jakość życia tych osób. Kluczowym przedsięwzięciem, jak wskazują wyniki badań, są jednak działania związane z aktywizacją ofiar przemocy oraz działaniem proaktywnym ograniczającym ryzyko wykluczenia społecznego tychże. Wiedza ta stanowi wyzwanie dla pracowników służb społecznych, wymuszając na nich większą aktywność i wychodzenie z właściwą pomocą.

Zagadnienie wymaga jednak dalszej eksploracji. Wydaje się zasadnym kontynuowanie badań w tym obszarze, podobnie jak istotne jest zwiększenie reprezentatywności grup badawczych. Do ciekawych wniosków może doprowadzić rozważenie kontekstu związku płci z doświadczaniem przemocy. Przyjmuje się, że głównie kobiety stają się ofiarami przemocy w rodzinie, jednak, jak pokazują statystyki, ofiarami przemocy ze strony i kobiet, i mężczyzn padają również mężczyźni. Płeć może predysponować do przyjęcia określonych postaw czy zachowań związanych z wymogami kulturowymi, wzorcami ról społecznych i wynikającymi stąd oczekiwaniami wobec jednostki, przejawianymi w procesie pierwotnej i wtórnej socjalizacji, niepozostającej bez znaczenia dla rozwoju osobowości. Powyższe związane jest ze stereotypem na temat przemocy, wskazującym wyłącznie kobiety jako ofiary przemocy w rodzinie.

Uzyskane wyniki otwierają jednoznacznie przestrzeń do kolejnych badań nad problematyką osobowości kobiet będących ofiarami przemocy w środowiskach domowych. Ukazanie trzech najważniejszych czynników ryzyka jednostki doświadczającej przemocy w środowisku domowym – osobowości, stylów radzenia sobie ze stresem oraz lęku – może pomóc w zrozumieniu mechanizmów predysponujących jednostkę do wejścia w proces wykluczenia społecznego i stereotypizacji ofiar przemocy z powodu trwania w tym trudnym dla nich kryzysie sytuacyjnym.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Ewelina Wild
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
orcid: 0000-0001-7371-0204

Marta Makara-Studzińska
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
orcid: 0000-0002-7317-7574

TRENING EMPATII JAKO METODA ZAPOBIEGANIA ZACHOWANIOM AGRESYWNYM W GRUPIE DZIECI W MŁODSZYM WIEKU SZKOLNYM – DONIESIENIA WSTĘPNE

Streszczenie
Praca dotyczy problemu wpływu treningu empatii na poziom agresji u dzieci w wieku 6–9 lat. Przedmiotem badań jest określenie poziomu agresji u tychże, przeprowadzenie treningu empatii, a następnie ponowne zbadanie poziomu agresji. Agresję badano zmodyfikowaną wersją kwestionariusza „Moje życie w szkole", opracowanego przez Tiny Arora i zaadoptowanego w wersji polskiej przez Tomasza Kołodziejczyka. Trening obejmował osiem ćwiczeń, których celem było rozwinięcie umiejętności związanych z empatią. Badania empiryczne zrealizowano wśród dzieci w wieku 6–9 lat, czyli uczniów klas 1–3 szkoły podstawowej. W grupie badanej znalazło się sto

dzieci: 52 dziewczynki, 48 chłopców. Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła związek pomiędzy treningiem empatii a poziomem agresji w badanej grupie. Nie potwierdzono natomiast hipotezy o związku płci i skuteczności treningu. Zarówno u chłopców, jak i u dziewczynek trening empatii przyniósł rezultaty, chociaż w grupie chłopców były one lepsze.Trening empatii okazał się skuteczny. Zmniejszył poziom agresji w badanej grupie stu dzieci w wieku 6–9 lat w ciągu jednego tygodnia. Badanie nasunęło szereg wątpliwości i przemyśleń dotyczących jego wykonania i skłoniło do refleksji nad udoskonaleniem przyszłych prób badawczych. Pewne jest jednak, że trening empatii obniża poziom agresji i może stanowić skuteczne narzędzie w radzeniu sobie z agresją w szkole.
Słowa kluczowe: agresja, zapobieganie wykluczeniu społecznemu, młodszy wiek szkolny, trening empatii

The influence of empathy training as the way to prevent aggressive behaviours of primary school children – preliminary reports

Abstract

The work concerns the issue of the influence of the training on the empathy and the aggression in group of children 6–9 years old. The subject of the research was to determine the level of aggression in group of children 6–9 years old, conducting training of empathy, and re-examination of the level of aggression. Aggression was examined by modified version of questionnare "My life in school" created by Tiny Arora, with polish adaptation by Tomasz Kołodziejczyk. The empathy training included eight exercises, the aim of which was to develop skills related with empathy. There was 100 students of elementary school in the study group, 52 girls and 48 boys. A conducted statistical analysis confirmed the correlation between the empathy training and the level of aggression in whole study group. However, a hypothesis about relationship between sex and effectiveness of training weren't confirmed. Both boys and girls empathy training brought results, although it was more effective in first group. The empathy training was proven to be effective. It reduced the level of aggression in the study group of 100 children 6–9 years old. These findings prompted to number of doubts and thoughts about its implementation and encouraged to reflect on the improvement of future research trials. It is certain, however, that empathy training reduces aggression and can be an effective tool in dealing with aggression at school.
Key words: aggression, aggression prevention, primary school children, empathy, empathy training

Wprowadzenie

W dobie wielkich przemian społeczno-gospodarczych narasta zjawisko przestępczości i agresji oraz obojętności na ludzką krzywdę. Media codziennie opisują kolejne akty przemocy, okrucieństwa i wandalizmu. Coraz częściej nagłaśniają także potrzebę przeciwdziałania im już na etapie działań prewencyjnych. Niezwykle istotną rolę w zakresie zwalczania agresji i profilaktyki pełnią szkoła i rodzina jako podstawowe środowiska wychowawcze. To alarmujące, że problem agresji widoczny jest również wśród uczniów najmłodszych klas szkoły podstawowej.

Ze względu na odmienną etiologię, formy i rodzaje agresji, a także charakter motywacji zachowania zdefiniowanie agresji nie jest zadaniem łatwym. W psychologii społecznej agresja rozumiana jest jako zachowanie ukierunko-

wane na spowodowanie fizycznej lub psychicznej szkody[1]. Inni autorzy terminu „agresja" używają do opisania „każdej formy zachowania, której celem jest wyrządzenie szkody innej żywej istocie lub spowodowanie obrażeń u tejże, motywowanej tym samym do uniknięcia takiego potraktowania"[2]. W świetle wymienionych definicji należy wnioskować, że agresja klasyfikuje się w obszarze działań intencjonalnych, ukierunkowanych na zranienie, sprawienie bólu oraz wyrządzenie krzywdy. Przejawiać się może w formie werbalnej lub fizycznej. Jej złożoną formę może stanowić wykluczenie społeczne[3].

Literatura fachowa proponuje wiele koncepcji agresji. Niektóre zwracają uwagę na jej instynktowną interpretację, traktując ją jako wrodzony popęd, niezbędny dla przeżycia gatunku. Zgodnie z innym podejściem, określanym jako „hipoteza frustracji – agresji", doświadczenie frustracji pobudza popęd do działania przeciwko źródłu frustracji i właśnie ów popęd odpowiada za agresywne zachowania[4].

Odmienne podejście prezentują John Dollard i Neal E. Miller, twórcy tej teorii, którzy twierdzili, że gniew jest wyuczalnym popędem. Oznacza to, że zachowania agresywne są uwarunkowanymi genetycznie reakcjami człowieka na dane zdarzenie. W momencie, gdy reakcje zostaną powiązane z obojętnymi wcześniej bodźcami sygnałowymi, będą razem tworzyć reakcję gniewu. Zachowanie agresywne mogłoby być rezultatem ujawnienia się tych bodźców sygnałowych, które wzbudzają gniew. Jego redukcja spowodowałaby nasilenie agresywnego zachowania. Naukowcy dowodzą, że agresja pojawi się wówczas, gdy jest najlepiej wykształconą reakcją na gniew[5].

Jeszcze inna koncepcja postrzega agresję jako nawyk. Zgodnie z tym podejściem agresja nie jest tendencją do ujawniania zachowań destrukcyjnych, ale samym zachowaniem. Nawyk jest działaniem zautomatyzowanym, które nie jest kontrolowane przez świadomość człowieka. Arnold Buss określa agresję jako nawyk napastowania i stwierdza, iż może ona być cechą charakterystyczną osobowości człowieka. Autor wyróżnia cztery czynniki, które warunkują siłę agresywności u danej jednostki. Są to: częstość i intensywność, stopień wzmocnienia, facylitacja społeczna oraz temperament. Częstość i intensywność przeżywanych napaści, frustracji i przykrości w istotny sposób wpływają na poziom agresji. Można przyjąć, iż człowiek, który ciągle jest poddawany czynnikom wywołującym gniew, będzie znacznie agresywniejszy niż osoba, która tych czynników

[1] E. Aronson, T.D. Wilson, R.M. Akert, *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, przeł. J. Gilewicz, Zysk i S-ka, Poznań, 2012.

[2] R.A. Baron, D.R. Richardson, *Human Aggression*, Springer Science & Business Media, New York 2004.

[3] *Social Psychology of Inclusion and Exclusion*, eds. D. Abrams, M.A. Hogg, J.M. & Marques, Psychology Press, Philadelphia 2004.

[4] D.T. Kenrick, S.L. Neuberg, R.B. Cialdini, *Psychologia społeczna*, przeł. A. Nowak *et al.*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.

[5] J. Grochulska, *Agresja u dzieci*, WSiP, Warszawa 1993.

nie doświadcza[6]. Siła agresywności jest determinowana przez stopień wzmacniania agresywnego zachowania. Nagroda wzmacnia zachowanie, kara je osłabia. Agresja, która nie zostaje wzmocniona, czyli w jej wyniku nie została osiągnięta żadna nagroda, zmniejsza siłę nawyku.

Zgodnie z modelem agresji Andersona i Bushmana (2002) na agresję wpływ mają czynniki indywidualne i sytuacyjne. To one oddziałują na stan, w jakim znajduje się jednostka, i warunkują jej reakcję agresywną. Można przyjąć, iż na agresję, a więc jej siłę, częstość występowania i rodzaj zachowań mają wpływ takie czynniki, jak wrodzone predyspozycje, własna aktywność, wpływ środowiska oraz wychowanie. O ile niemożliwa jest zmiana zachowań wrodzonych, o tyle to, co powstało w wyniku uczenia się, można zmienić w ten sam sposób, o ile proces oduczania zostanie rozpoczęty, kiedy zachowania niepożądane są słabo utrwalone i nie stały się jeszcze stałą cechą osobowości.

Zachowania agresywne u dzieci

Wśród zachowań agresywnych występujących u dzieci można wyróżnić agresję fizyczną, do której zalicza się: bicie i kopanie, oraz agresję słowną, czyli wyzywanie, wyśmiewanie i in. Istnieje również kategoria zachowań agresywnych niewerbalnych, takich jak na przykład grożenie pięścią czy pokazywanie nieprzyzwoitych gestów. Podobnie jak zachowania agresywne fizyczne i psychiczne, również zachowania niewerbalne mają na celu zastraszanie lub obrażanie innych. Zachowania agresywne występują w postaci bezpośredniej lub pośredniej. Przykładem postaci bezpośredniej może być sytuacja, w której jedno dziecko bije lub ośmiesza inne, natomiast przykładem postaci pośredniej są plotki lub namawianie do uderzenia czy przezywania. Zachowania te nie występują jednak w tak sztucznym podziale. Obok zachowań agresywnych fizycznych obserwuje się jednocześnie działania słowne i niewerbalne[7]. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli z 2014 roku najbardziej rozpowszechnionym zjawiskiem patologicznym w szkołach jest agresja słowna i fizyczna. Jako dominującą przemoc słowną wskazują zarówno uczniowie (74%), jak i nauczyciele (43%). O agresji fizycznej mówi 58% uczniów i 15% nauczycieli. Także wśród przypadków odnotowywanych w dokumentacji szkolnej najwięcej jest przejawów agresji (51%) – NIK zauważa, że zjawisko to narasta[8]. W literaturze przedmiotu funkcjonuje termin „bullying", określający powtarzające się akty fizycznego lub psychicznego znęcania się nad słabszymi (tyranizowanie, dokuczanie, dręczenie), charaktery-

[6] E. Aranowska, J. Rytel, *Struktura czynnikowa kwestionariusza agresji Bussa i Perry'ego (BPQA) w populacji polskiej*, „Studia Psychologica" 2012, R. 2, s. 135–151.

[7] J. Kołodziejczyk, *Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole*, Sophia, Kraków 2004.

[8] Najwyższa Izba Kontroli, *Przeciwdziałanie zjawiskom patologii wśród dzieci i młodzieży szkolnej*, Poznań 2014, https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/13/068/LPO/ [dostęp: 17.09.2018].

zujące się fizycznym, werbalnym lub psychologicznym atakiem na drugą osobę, nierównością sił pomiędzy sprawcą a ofiarą, bezpodstawnym nękaniem, powtarzalnością aktów agresji, widocznym zamiarem wywołania strachu oraz odczuwaniem przyjemności przez sprawcę. Do form bullyingu można zaliczyć oczernianie, ignorowanie, odrzucanie lub zastraszanie. Na ogół dręczone dzieci nie mają zbyt wielu przyjaciół, nie są też lubiane wśród rówieśników. Dręczycielami mogą być zarówno chłopcy, jak i dziewczynki[9]. W dzisiejszych czasach coraz powszechniejszy staje się też cyberbullying, definiowany jako „stosowanie technologii informacyjno-komunikacyjnych do realizacji świadomego, powtarzanego, wrogiego zachowania przez jednostkę lub grupę, która ma na celu skrzywdzenie innej osoby"[10]. Z badań wynika, że co drugi młody człowiek (52%) miał do czynienia z przemocą werbalną w Internecie lub poprzez telefon komórkowy, 47% dzieci doświadczyło wulgarnego wyzywania, 21% poniżania, ośmieszania i upokarzania, 16% straszenia i szantażowania, natomiast 29% dzieci zgłasza, że ktoś w sieci podawał się za nie wbrew ich woli[11].

W młodszym wieku szkolnym agresja fizyczna jest zastępowana agresją słowną. Ucząc się reguł kulturowych, dzieci poznają zasady okazywania gniewu lub agresji. Bardzo często oznacza to, że im są starsze, w tym większym stopniu ich gniew jest maskowany, a agresja kontrolowana. U dziewczynek obserwuje się nieco inny sposób okazywania agresji, określany jako agresja społeczna. Polega on na naruszeniu poczucia własnej wartości innej osoby lub zniszczeniu jej stosunków z innymi[12].

Agresja szkolna zwykle występuje w sytuacji społecznej. Oprócz napastnika i ofiary w wydarzeniu uczestniczą też ich rówieśnicy. Co więcej, bardzo często motywem agresji szkolnej jest nie tylko chęć szkodzenia komuś – celem agresji jest chęć osiągnięcia pożądanej wysokiej pozycji społecznej w grupie[13].

W młodszym wieku szkolnym agresja bywa typową reakcją na trudności i niepowodzenia i może stanowić poważny problem wychowawczy, kiedy przeradza się w agresywność, charakteryzującą się cyklicznością szkodliwego zachowania. Może być skutkiem agresywnych wzorów zachowania w środowisku dziecka, jego nadpobudliwości, jak również niepowodzeń w nauce, które są charakterystyczne dla okresu szkolnego[14]. Zmiana zachowania agresywnego jest uzależniona od specyficznych cech jednostki, dlatego też z każdym dzieckiem

---

[9] *Agresja i przemoc w szkole. Przyczyny, rozpoznawanie, zapobieganie*, red. I. Pufal-Struzik, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce [cop. 2007].

[10] J. Pyżalski, *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, OW Impuls, Kraków 2012, s. 122.

[11] *Ibidem*.

[12] *Ibidem*.

[13] D. Boyd, H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, przeł. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2008.

[14] B. Lehman, *Confronting School Bullying: Kids, Culture, and the Making of a Social Problem*, „Contemporary Sociology: A Journal of Reviews" 2016, vol. 45, no. 2, s. 162–163.

powinno się postępować indywidualnie. Do podstawowych zasad działania, mających na celu zapobieganie agresji, można zaliczyć: modelowanie, polegające na pokazywaniu, jak postąpić w danej sytuacji, nagradzanie poprawnych form zachowania oraz rozwijanie empatii w stosunku do innych[15].

Empatia

Zjawisko empatii w literaturze przedmiotu definiowane jest najczęściej jako „łączenie się w uczuciach z innymi"[16], „przyjmowanie i rozumienie cudzego punktu widzenia, szczególnie w postaci współbrzmienia emocjonalnego i w odniesieniu do uczuć"[17], „zdolność do stawiania się w sytuacji innej osoby – doświadczania wydarzeń i emocji (np. radości czy smutku) w taki sposób, w jaki doświadcza ich ta osoba"[18]. Empatia polega zatem na dzieleniu postrzeganych emocji innych ludzi. Uznaje się, że empatia pełni kluczową rolę w motywowaniu prospołecznych zachowań, hamowaniu agresji oraz dostarczaniu emocjonalnych i motywacyjnych podstaw dla rozwoju moralnego.

Empatia ma podłoże biologiczne, ale jest też umiejętnością, której człowiek uczy się praktycznie przez całe życie, najpierw poprzez bezpośrednie doświadczenia z rodzicami i opiekunami, później poprzez zabawę, a następnie przez różne formy wymiany kulturowej. W tej nauce znaczącą część stanowi dziecięca zabawa oraz proste doświadczenia międzyludzkie. Dziecko, którego uczucia nigdy nie były uwzględniane przez najbliższe otoczenie, będzie miało problem z rozwinięciem umiejętności emocjonalnego odzwierciedlania. U zdrowo rozwijających się dzieci umiejętność empatii nabywana jest między drugim, a trzecim rokiem życia[19].

W rozwoju empatii, oprócz czynników biologicznych, dużą rolę odgrywają także czynniki środowiskowe, w szczególności te, które kształtują procesy socjalizacyjne. Literatura przedmiotu dostarcza dowodów na skuteczność treningu empatii w zmniejszaniu agresji u dzieci w młodszym wieku szkolnym[20].

---

[15] E. Aronson, *Człowiek – istota społeczna*, przeł. J. Radzicki, WN PWN, Warszawa 2005.

[16] C. Saami, *Kompetencja emocjonalna i samoregulacja w dzieciństwie*, [w:] *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, red. P. Salovey, D.J. Sluy-ter, Rebis, Poznań 1999, s. 102.

[17] B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi: zarys psychologii społecznej*, Scholar, Warszawa [cop. 2004], s. 460.

[18] E. Aronson, *op. cit.*, s. 445.

[19] *Psychologia akademicka*, t. 1, red. J. Strelau, D. Doliński, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.

[20] Zob. R. Castillo *et al.*, *Effects of an Emotional Intelligence Intervention on Aggression and Empathy among Adolescents*, „Journal of Adolescence" 2013, vol. 36, no. 5, s. 883–892; B.B.H. Sohravardi, K.B. Bafrooei, M.H. Fallah, *The Effect of Empathy Training Programs on Aggression and Compatibility Students of Elementary Schools in Yazd, Center of Iran*, „International Journal of Pediatrics" 2015, vol. 3, issue .4.2, s. 841–851.

Wskazuje się także na jego skuteczność w zapobieganiu przemocy w szkole[21]. Jakkolwiek warto podkreślić, że wyniki metaanalizy, poszukujących zależności pomiędzy empatią i agresją w różnych grupach nie są jednoznaczne[22].

Metodologia badań empirycznych

Celem badań było sprawdzenie wpływu treningu empatii na poziom agresji u dzieci w wieku 6–9 lat. Tym samym pojawia się pytanie o skuteczność tego typu działania w kwestii wykluczenia społecznego. Przedstawione analizy teoretyczne, dotyczące specyfiki funkcjonowania dzieci we wczesnym wieku szkolnym, problematyki agresji oraz empatii, pozwalają na postawienie pytania badawczego: czy istnieje związek pomiędzy treningiem empatii a poziomem agresji u dzieci w wieku 6–9 lat? Kolejnym pytaniem było, czy istnieje związek pomiędzy skutecznością treningu empatii a płcią dziecka. Wśród zmiennych można wyróżnić zmienne niezależne: płeć, trening empatii, oraz zależne: poziom agresji.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W celu weryfikacji postawionego pytania badawczego zastosowano dwa narzędzia – kwestionariusz „Moje życie w szkole" oraz autorski trening empatii. Trudność w badaniu stanowił fakt, że nie jest możliwe zastosowanie kwestionariuszy samoopisowych w grupie dzieci w młodszym wieku szkolnym ze względu na ich brak umiejętności samoopisu. Z tego powodu zdecydowano się na narzędzie opisujące częstotliwość incydentów związanych z agresją.

Do badania agresji został użyty kwestionariusz „Moje życie w szkole", opracowany przez Tiny Arora i zaadoptowany w wersji polskiej przez Tomasza Kołodziejczyka. Lista kontrolna jest anonimowa i składa się z 38 pytań dotyczących sytuacji, które mogły mieć miejsce w szkole podczas ostatniego tygodnia. Ze względu na wiek i możliwości poznawcze badanych kwestionariusz ograniczono do 12 pytań. Została zachowana forma, w której pytania o agresję są przeplatane pytaniami pozytywnymi i neutralnymi dotyczącymi życia dziecka w szkole. Taki sposób badania nie wzbudza w uczestniku podejrzeń, że jest pytane o agresję. Dzieci są przekonane, że odpowiadają na pytania dotyczące życia w szkole, co sprawia, że chętnie wypełniają ankietę, a jej zwięzła forma

[21] M. Şahin, *An Investigation into the Efficiency of Empathy Training Program on Preventing Bullying in Primary Schools*, „Children and Youth Services Review" 2012, vol. 34, issue 7, s. 1325–1330.

[22] Zob. D.D. Vachon, D.R. Lynam, J.A. Johnson, *The (Non) Relation between Empathy and Aggression: Surprising Results from a Meta-Analysis*, „Psychological Bulletin" 2014, vol. 140, no. 3 751; E. Teding van Berkhout, J.M. Malouff, *The Efficacy of Empathy Training: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*, „Journal of Counseling Psychology" 2016, no. 63, s. 32–41.

powoduje, że robią to w bardzo krótkim czasie. Taka forma utrudnia również próby podawania odpowiedzi zgodnych ze spodziewanymi oczekiwaniami badacza. Dzieci zaznaczały w odpowiednich polach, czy dana sytuacja w ogóle nie miała miejsca, wydarzyła się raz lub więcej niż jeden raz. Kwestionariusz zawiera zarówno zdarzenia nieprzyjemne, przyjemne, jak i neutralne.

Trening empatii składał się z ośmiu ćwiczeń. Jego celem było rozwinięcie umiejętności dostrzegania i poznawania własnych emocji, rozwijanie wrażliwości na potrzeby innych ludzi, umiejętność interpretacji sytuacji życiowych z różnych punktów widzenia, umiejętność wczuwania się w stany emocjonalne i sytuacje innych ludzi oraz uświadomienie konieczności zdobywania kompetencji emocjonalnych. W treningu empatii została wykorzystana kostka uczuć, karty z emocjami oraz ilustracje przedstawiające sytuacje z życia dziecka. Ćwiczenia treningowe zaczerpnięto z książki Charmaine Liebertz *Skarbnica edukacji dobrego serca. Inteligencja emocjonalna: podstawy, metody i zabawy*[23]. Trening empatii nie był dla dzieci męczący czy nużący – dzieci uczyły się nazywania i współodczuwania emocji w formie zabawy. Po upływie tygodnia od treningu dzieci wypełniły kwestionariusze oraz wyraziły chęć udziału w kolejnych ćwiczeniach, co świadczy o tym, iż był on dla dzieci przyjemny, był formą zabawy, dzięki której miały możliwość rozwijania empatii.

Wyniki badań własnych

Badania empiryczne zostały przeprowadzone wśród dzieci w wieku 6–9 lat, czyli uczniów klas 1–3 szkoły podstawowej. Grupa badanych obejmowała sto dzieci, w tym 52 dziewczynki i 48 chłopców. Tabela nr 1 przedstawia ilość dzieci w danym wieku.

Tabela 1. Liczba chłopców i dziewcząt w danym wieku

	Sześciolatki	**Siedmiolatki**	**Ośmiolatki**	**Dziewięciolatki**
Chłopcy	8	19	16	5
Dziewczęta	11	15	11	15

Badanie zostało przeprowadzone w trakcie zajęć lekcyjnych. Najpierw dzieci otrzymały kwestionariusz „Moje życie w szkole", który wypełniły, następnie, jeszcze w tym samym dniu, uczestniczyły w treningu empatii. Po upływie tygodnia dzieci ponownie wypełniły ten sam kwestionariusz. Zarówno kwestionariusze, jak i całość badań były anonimowe.

[23] L. Charmaine, *Skarbnica edukacji dobrego serca. Inteligencja emocjonalna: podstawy, metody i zabawy*, przeł. M. Jałowiec-Sawicka, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2007.

W celu weryfikacji uzyskanych danych zastosowano test Wilcoxona dla grup zależnych, oraz test niezależności chi-kwadrat. Do opracowania statystycznego wyników użyto pakietu statystycznego Statistica 10.0.

Prezentacja wyników badań własnych

Związek pomiędzy treningiem empatii a poziomem agresji

Uzyskane wyniki dotyczące związku pomiędzy treningiem empatii a przejawami agresji w badanej grupie zaprezentowano w tabeli nr 2. Znajdują się w niej wyniki testu dla każdej z podskal kwestionariusza. Za istotny uznano poziom 0,05.

Tabela 2. Agresja u dzieci a trening empatii

Zmienna zależna: poziom agresji				
Podskala – kwestionariusz „Moje życie w szkole”	**Pomiar badania (grupa)**	**Średnia**	**N**	**p (istotność)**
„Próbowało mnie kopnąć albo kopnęło mnie”	Przed treningiem	0,67	100	<0,001 Z = -5,1285
	Po treningu	0,09	100	
„Powiedziało, że mnie zbije”	Przed treningiem	0,50	100	<0,001 Z = -3,9638
	Po treningu	0,10	100	
„Chciało zabrać mi pieniądze”	Przed treningiem	0,15	100	<0,05 Z = -2,0684
	Po treningu	0,04	100	
„Chciało mnie uderzyć albo uderzyło mnie”	Przed treningiem	0,70	100	<0,001 Z = -4,8058
	Po treningu	0,11	100	
„Chciało mnie skaleczyć”	Przed treningiem	0,22	100	<0,01 Z = -3,3927
	Po treningu	0,03	100	
„Chciało zniszczyć moją rzecz albo zniszczyło ją”	Przed treningiem	0,45	100	<0,001 Z = -3,6526
	Po treningu	0,09	100	

Przeprowadzona analiza wykazała istotne statystycznie różnice w każdym z badanych zachowań. Dodatkowo przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat pomiędzy generalną ilością wystąpień agresji u dzieci przed i po treningu empatii. Porównanie grup i wyniki zebrano w tabeli nr 3. Przeprowadzona analiza wykazała różnicę istotną statystycznie ($chi^2 = 39,28$, $p<0,001$). Dzieci niedoświadczających żadnych przejawów agresji było dwa razy więcej po przeprowadzonym treningu empatii niż przed nim.

W odpowiedzi na pytanie, czy płeć warunkuje skuteczność treningu empatii, zastosowano dla obu płci oddzielnie nieparametryczny test rang Wilcoxona. W tabelach 3–5 znajdują się wyniki testu dla każdej z podskal kwestionariusza (poziom istotności $\alpha = 0,05$).

Tabela 3. Agresja dziewczynek a trening empatii

Zmienna zależna: poziom agresji				
Podskala – kwestionariusz „Moje życie w szkole”	**Pomiar badania (grupa)**	**Średnia**	**N**	**p (istotność)**
„Próbowało mnie kopnąć albo kopnęło mnie”	Przed treningiem	0,35	52	<0,05 Z = -2,236
	Po treningu	0,12	52	
„Powiedziało, że mnie zbije”	Przed treningiem	0,29	52	nieist. Z = -1,161
	Po treningu	0,15	52	
„Chciało zabrać mi pieniądze”	Przed treningiem	0,06	52	nieist. Z = 0,000
	Po treningu	0,06	52	
„Chciało mnie uderzyć albo uderzyło mnie”	Przed treningiem	0,40	52	nieist. Z = -1,861
	Po treningu	0,15	52	
„Chciało mnie skaleczyć”	Przed treningiem	0,17	52	nieist. Z = -1,681
	Po treningu	0,06	52	
„Chciało zniszczyć moją rzecz albo zniszczyło ją”	Przed treningiem	0,31	52	<0,05 Z = -2,044
	Po treningu	0,08	52	

Przeprowadzona analiza wykazała w grupie dziewczynek w dwóch przypadkach różnice istotne statystycznie – pytania: „Próbowało mnie kopnąć albo kopnęło mnie” oraz „Chciało zniszczyć moją rzecz albo zniszczyło ją”. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności w innych przypadkach zachowań agresywnych.

Tabela 4. Agresja chłopców a trening empatii

Zmienna zależna: poziom agresji				
Podskala – kwestionariusz „Moje życie w szkole”	**Pomiar badania (grupa)**	**Średnia**	**N**	**p (istotność)**
„Próbowało mnie kopnąć albo kopnęło mnie”	Przed treningiem	1,02	48	<0,001 Z = -4,457
	Po treningu	0,06	48	
„Powiedziało, że mnie zbije”	Przed treningiem	0,73	48	<0,001 Z = -4,014
	Po treningu	0,04	48	
„Chciało zabrać mi pieniądze”	Przed treningiem	0,25	48	<0,05 Z = -2,395
	Po treningu	0,02	48	
„Chciało mnie uderzyć albo uderzyło mnie”	Przed treningiem	1,02	48	<0,001 Z = -4,540
	Po treningu	0,06	48	
„Chciało mnie skaleczyć”	Przed trenngiem	0,27	48	<0,01 Z = -3,059
	Po treningu	0,00	48	
„Chciało zniszczyć moją rzecz albo zniszczyło ją”	Przed treningiem	0,60	48	<0,01 Z = -3,042
	Po treningu	0,10	48	

Przeprowadzona analiza wykazała w każdym przypadku zależność istotną statystycznie dla wszystkich przejawów agresji. Ponadto przeprowadzono analizę testem niezależności chi-kwadrat pomiędzy generalną ilością wystąpień agresji u dziewczynek i chłopców oddzielnie: przed i po treningu empatii. Przeprowadzona analiza wykazała istotną różnicę w poziomie agresji u dziewczynek przed i po treningu empatii ($chi^2 = 8{,}496$, $p = 0{,}014$). Wyraźnie zmniejszyła się ilość uczennic doświadczających agresji więcej niż jeden raz.

Analogiczne badania wykonano w grupie chłopców. Przeprowadzona analiza wykazała istotną statystycznie różnicę w poziomie agresji u chłopców przed i po przeprowadzonym treningu empatii ($chi^2 = 35{,}12$, $p<0{,}001$). Szczególnie wyraźnie można zaobserwować spadek w ilości wystąpień „więcej niż jeden raz" przypadków agresji u uczniów. W przypadku czterech stwierdzeń zanotowano u chłopców różnice istotne statystycznie w przeciwieństwie do grupy dziewczynek („Powiedziało, że mnie zbije"; „Chciało ukraść mi pieniądze"; „Chciało uderzyć albo uderzyło mnie"; „Chciało mnie skaleczyć"). W obu grupach trening empatii okazał się skuteczny (istotnie statystycznie), choć w grupie chłopców przyniósł on lepsze rezultaty.

Wnioski i dyskusja wyników

Przedstawione badania miały na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie badawcze dotyczące wpływu treningu empatii na poziom agresji u dzieci w wieku 6–9 lat. Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnice w każdym z badanych punktów. Można jednak zauważyć, iż największe różnice zanotowano w przypadku stwierdzeń odnoszących się do najczęstszych sytuacji agresji, które mają miejsce w szkole. Warto też zwrócić uwagę, że trening skuteczniej zadziałał wobec sytuacji agresji, które miały miejsce „więcej niż jeden raz", niż wobec takich, które miały miejsce jednokrotnie w ciągu ostatniego tygodnia. Świadczy to tym, że istotnie trening empatii zmniejszył zachowania agresywne traktowane jako zjawisko całościowe, jednak pojedyncze zachowania uległy tylko nieznacznej zmianie.

W grupie dziewczynek w dwóch przypadkach zanotowano różnice istotne statystycznie, odnoszące się do stwierdzeń: „Próbowało mnie kopnąć lub kopnęło mnie" oraz „Chciało zniszczyć moją rzecz lub zniszczyło ją". Przed treningiem oba przykłady agresji uzyskały jedne z wyższych not wśród wszystkich przejawów agresji u dziewczynek. Powyższe przykłady opisują fizyczne formy przemocy, należy jednak dodać, iż wśród uczennic w młodszym wieku szkolnym dominuje agresja społeczna oraz agresja odwetowa. Żadne nie zostały ujęte w kwestionariuszu, stąd nie można określić, w jakim stopniu są one obecne w życiu szkolnym dziewczynek z badanych grup.

W grupie chłopców przeprowadzona analiza wykazała w każdym przypadku zależność istotną statystycznie, co oznacza że dla każdego z zachowań agresywnych trening empatii okazał się skuteczny. Największe różnice odnotowano dla stwierdzeń: „Próbowało mnie kopnąć albo kopnęło mnie" oraz „Chciało mnie uderzyć albo uderzyło mnie", a więc najczęstszych fizycznych form agresji wśród dzieci w młodszym wieku szkolnym, w szczególności wśród chłopców. W przypadku stwierdzenia „Chciało mnie skaleczyć" po zastosowaniu treningu nie zanotowano żadnych przejawów tego rodzaju agresji. Dowodzić to może jego skuteczności – dzieci uświadomiły sobie, że skaleczenie kogoś powoduje fizyczny ból i, najczęściej, płacz, co przejawiło się brakiem występowania tego typu zachowania w późniejszym okresie. Z drugiej jednak strony, warto zauważyć, że w badanych grupach ogólna ilość wystąpień tego rodzaju agresji jest bardzo niska, stąd można przypuszczać, że ta forma agresji w ogóle w nich w nich nie występuje lub występuje incydentalnie.

Analiza statystyczna wykazała skuteczność treningu empatii. W grupie chłopców przyniósł on lepsze rezultaty niż w grupie dziewcząt. Może to być spowodowane dominacją fizycznych form agresji w kwestionariuszu nad formami agresji odwetowej czy społecznej. W związku z tym w dalszych badaniach należałoby poszerzyć kwestionariusz o pytania dotyczące dwóch pozostałych form agresji. Należy jednak pamiętać, że badana grupa to dzieci w wieku 6–9 lat, stąd długość kwestionariusza i ilość pytań muszą być dostosowane do możliwości poznawczych tej grupy wiekowej.

Jak wynika z analizy, ilość wystąpień zachowań agresywnych u dziewczynek jest mniejsza niż u chłopców. Może to mieć związek z konstrukcją narzędzia, kładącą nacisk na fizyczne formy agresji. Kwestionariusz nie badał takich form agresji jak cyberbullying, który jest w dzisiejszych czasach coraz powszechniejszym zjawiskiem. W dobie komputeryzacji każde dziecko ma już dostęp do Internetu. Uczniowie, nawet we wczesnych klasach szkoły podstawowej, potrafią korzystać z najnowszych form komunikacji elektronicznej. W Internecie dziecko czuje się bardziej anonimowe, łatwiej jest mu więc kogoś obrazić, poniżyć czy ośmieszyć, gdyż unika ono fizycznej konfrontacji z ofiarą. Z tego względu kierunkiem dalszych badań mógłby być cyberbullying i próba określenia skali problemu tej formy agresji oraz zbadanie skuteczności treningu empatii dla agresji elektronicznej.

Warto także zwrócić uwagę, że w przeprowadzonej analizie agresja była badana po raz drugi w odstępie tygodnia od pierwszego badania i treningu empatii. Trudno więc określić, w ciągu jakiego czasu trening ów będzie skuteczny. Zakładając, iż agresja jest efektem uczenia się, a oduczanie dokonuje się poprzez rozwijanie empatii, należy pamiętać, że każde zachowanie, które ma być dobrze zapamiętane i automatycznie powielane, musi być regularnie powtarzane. Stąd wniosek, że trening empatii będzie skuteczny tylko wtedy, gdy będzie okresowo powtarzany. W dalszych badaniach należałoby również poszerzyć diagnozę

agresji o metodę obserwacyjną, gdyż żaden kwestionariusz nie jest w stanie opisać wszystkich form agresji, którymi posługują się dzieci w szkole, a które może zaobserwować ich wychowawca. Należy również dodać, iż w polskiej literaturze przedmiotu oprócz kwestionariusza, który został wykorzystany do badania, nie ma innych narzędzi diagnozujących poziom agresji wśród dzieci w tym wieku.

Podsumowując, trening empatii okazał się skuteczny. W ciągu tygodnia zmniejszył poziom agresji w badanej grupie stu dzieci w wieku 6–9 lat. Zagadnienie wymaga jednak dalszej eksploracji badawczej, związanej z badaniem nie tylko ilości, lecz przede wszystkim natężenia agresji oraz wydłużenia okresu obserwacji. Uzyskane wyniki wskazują jednak, że trening empatii ma wpływ na poziom agresji, może być zatem skuteczną metodą zapobiegania wykluczeniu społecznemu wśród dzieci szkolnych.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Andrzej Mirski
dr, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0002-3688-0308

Natalia Mirska-Tomasz
dr, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0002-1709-6809

ADHD I CHOROBA ASPERGERA A WYKLUCZENIE SPOŁECZNE

Streszczenie
W artykule przedstawiono kwestię możliwych form wykluczenia społecznego wobec osób dotkniętych zespołem Aspergera i ADHD. Choroby te, choć charakteryzują je znaczne różnice, są do siebie podobne, ponieważ obie poważnie utrudniają relacje międzyludzkie, mogące powodować bardzo negatywne reakcje ze strony środowiska, przyjmując formę nawet wykluczenia społecznego. Ich wspólną cechą jest również fakt, że choroby te pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, a zatem w szczególnie wrażliwym okresie życia, gdy kontakty ze środowiskiem społecznym są potrzebne do prawidłowego rozwoju i gdy są one najlepsze. Często konsekwencje urazu psychicznego spowodowanego odrzuceniem społecznym mogą być bardziej dotkliwe i przedłużone niż sama choroba. Na przykład ADHD często zanika samoistnie w okresie dojrzewania (najprawdopodobniej z powodu dojrzewania mózgu, zwłaszcza obszarów kory czołowej), a psychologiczne skutki odrzucenia przez rówieśników, nauczycieli, a nawet własną rodzinę mogą utrzymywać się przez długi czas, uruchamiając na przykład tendencje do tworzenia epizodów depresyjnych. W artykule przedstawiono najważniejsze objawy zespołu Aspergera i ADHD, które w największym stopniu mogą przyczynić się do izolacji społecznej, oraz główne formy oddziaływania terapeutycznego, pedagogicznego i edukacyjnego w celu poprawy stosunków społecznych tych dzieci i zapewnienia im prawidłowego funkcjonowania w środowisku społecznym.

Słowa kluczowe: wykluczenie społeczne, marginalizacja, samotność, bezrobocie, ubóstwo, dyskryminacja

Asperger's disease, ADHD and social exclusion

Abstract

The article presents the question of possible forms of social exclusion towards people affected Asperger's and ADHD. These diseases, although share their considerable differences, are alike in that they seriously hinder interpersonal relationships, which can cause a very negative reactions from the environment, even taking the form of a social exclusion. Their common feature is also the fact that these diseases appear in early childhood, and therefore in a particularly vulnerable period of life when needed for proper development are the best contacts with the social environment. Often, the consequences of psychological trauma caused by social rejection may be more severe and prolonged than the disease itself. For example, ADHD often disappears spontaneously in adolescence (most likely due to the maturation of the brain, especially the frontal cortex areas), and the psychological effects of rejection by peers, teachers and even his own family may persist for a long time, assuming eg. the tendency to form depressive episodes. The article presents the most important symptoms of Asperger's syndrome and ADHD, which to the greatest extent may contribute to social isolation and the most important forms of therapeutic, pedagogical and educational impacts in order to improve the social relations of these children and provide them with the proper functioning of the social environment.

Key words: social exclusion, marginalization, loneliness, unemployment, poverty, discrimination

Wprowadzenie

Choroba Aspergera oraz ADHD należą do zaburzeń psychicznych ujawniających się już w okresie dzieciństwa i często trwających nadal, w dalszych okresach życia, choć wraz z upływem czasu zmienia się ich forma i dynamika. Ich wczesne pojawienie ma jednak bardzo duże znacznie, bowiem, niezależnie od trwania objawów, wywierają one przemożny wpływ na dalszy los osób nimi dotkniętych. Nawet jeżeli dane zaburzenie ustąpi, to szkody, spowodowane jego obecnością w okresie dzieciństwa, mogą się nadal utrzymywać, nawet przez cały okres dorosłości. Najpoważniejsze skutki psychologiczne to: znaczne obniżenie poczucia własnej wartości, niestabilny obraz siebie, skłonności depresyjne oraz brak wystarczających kompetencji społecznych.

Co bardzo istotne, szkody te w ogromnej mierze spowodowane są różnymi formami odrzucenia społecznego, które można już w zasadzie zaliczyć do kategorii społecznego wykluczenia. Nie jest ono tak mocno nasilone jak w przypadku ciężkich przypadków alkoholizmu czy psychozy, ale wystarczające, aby pozostawić negatywne i trwałe ślady w psychice. Ważne jest również, że zaburzenia nastroju w żadnym wypadku nie wchodzą w skład pierwotnych symptomów choroby Aspergera lub ADHD. Na początku dzieci pierwszego typu są bardziej racjonalne niż emocjonalne, dzieci z ADHD raczej spontaniczne i ożywione. Obniżenie poczucia własnej wartości, a także pojawiające się w ślad za tym objawy lękowe i depresyjne, prawie zawsze pozostają wtórnym

skutkiem społecznego odrzucenia i napiętnowania, które można ujmować jako pewną formę społecznego wykluczenia.

Co ciekawe, ten aspekt problematyki choroby Aspergera i ADHD jest właściwie pomijany w literaturze przedmiotu. Pojęcie wykluczenia społecznego nazbyt często jest właściwie rezerwowane dla takich zagadnień jak bieda, bezrobocie, starość, mniejszości etniczne czy kulturowe, a w przypadku zaburzeń psychicznych – alkoholizm czy schizofrenia. Choć oczywiście problematyka marginalizacji w przypadku wszystkich wymienionych powyżej zjawisk jest bardzo poważna i wymagająca wielkiej uwagi, to jednak rzadziej dostrzegane zjawisko względnego wykluczania społecznego dzieci, nastolatków, a nierzadko także osób dorosłych z chorobą Aspergera oraz ADHD, jest również kwestią zasadniczą. Są to zespoły pojawiające się w populacji często, coraz częściej diagnozowane (dzięki wyraźnemu polepszeniu metod diagnostycznych), można więc już mówić o społecznym charakterze problemu. Ważne jest też to, że łatwiej się wyleczyć z tych chorób niż z ich powikłań.

Wykluczenie społeczne

Wykluczenie społeczne, zwane także marginalizacją, to niedobrowolne wyłączenie z życia społecznego, łączące się z ograniczeniem, a czasem nawet brakiem dostępu do społecznych zasobów oraz grup i instytucji. Ma ono zwykle cztery wymiary: a) samotność, czyli wyłączenie z relacji i kontaktów społecznych; b) bezrobocie, czyli wyłączenie z aktywności zawodowej; c) ubóstwo, czyli poważne ograniczenie konsumpcji oraz d) dyskryminacja, czyli wyłączenie z mechanizmów wpływu i władzy. Wykluczenie społeczne wiąże się z różnymi problemami społecznymi, różnorodne mogą być również jego przyczyny. Bardzo często jedna forma marginalizacji pociąga za sobą inną, a więc np. bezrobocie prowadzi do ubóstwa, dyskryminacja do samotności etc. Do najczęstszych powodów marginalizacji możemy zaliczyć: alkoholizm, narkomanię, zaburzenia psychiczne, podeszły wiek, brak wykształcenia. Niektóre z tych zjawisk mogą stanowić zarówno przyczynę, jak i efekt wykluczenia społecznego, np. ubóstwo, alkoholizm czy bezdomność. Wykluczenie prowadzi do postępującej izolacji jednostki i spadku jej aktywności społecznej, a wśród jego możliwych konsekwencji wymienić można nieprawidłowe wypełnianie ról społecznych i rozwój przestępczości.

Związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a wykluczeniem społecznym ma charakter obustronny. Z jednej strony wiele, może nawet większość zaburzeń psychicznych powoduje mniejsze lub większe wykluczenie społeczne. Z drugiej strony wykluczenie społeczne wiedzie zwykle do znacznego obniżenia jakości życia, co w konsekwencji często prowadzi do różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Trudno jest wskazać jednoznacznie związki przyczynowo-

-skutkowe zaistnienia wykluczenia społecznego, bowiem jest to zjawisko dynamiczne i nie zawsze poddaje się klasycznym kryteriom oceny. Wykluczenie społeczne jest wobec tego pojęciem znacznie szerszym niż samo ubóstwo, choć ubóstwo może prowadzić do wykluczenia społecznego. Definiując więc wykluczenie społeczne w zakresie zdrowia, należy odnieść się nie do tradycyjnie postrzeganego wykluczenia społecznego (opartego na ubóstwie i niedostosowaniu społecznym), ale spojrzeć na to zjawisko znacznie szerzej, także w przypadku osób niezgłaszających trudności w codziennym życiu. W przypadku choroby Aspergera i ADHD na początku mamy prawie zawsze tylko do czynienia ze względnym wykluczeniem społecznym (najpierw w środowisku rówieśników, później czasem także ze strony władz edukacyjnych). Życiowe konsekwencje takiego odrzucenia w okresie dzieciństwa mogą w przyszłości przerodzić się w poważniejsze jeszcze formy społecznego wykluczenia, włączając bezrobocie i biedę.

Wpływ zaburzeń psychicznych na izolację i wykluczanie społeczne

Jednym z ważnych powodów tego zjawiska jest wciąż jeszcze negatywny stosunek do osób chorych psychicznie. Wprawdzie powoli ta niekorzystna postawa ulega zmianie, ale same choroby wciąż mierzą się z podejrzliwością i niechęcią. W opinii zwłaszcza słabo wykształconej części społeczeństwa choroba psychiczna jest wyobrażana jako rodzaj gwałtownie przebiegającej psychozy, w której ogarnięty szaleństwem człowiek jest całkowicie nieodpowiedzialny i groźny dla otoczenia. Oczywiście, tego typu formy zaburzeń psychicznych są wielką rzadkością, w zasadzie obejmują bardzo niewielki procent jednej tylko jednostki nozologicznej, jaką jest schizofrenia paranoidalna, i to w sytuacji całkowitego braku leczenia. W istocie znacznie większą liczbę przestępstw, a także irracjonalnych i nieodpowiedzialnych zachowań, podejmują ludzie zdrowi psychicznie (tyle że z deficytami moralności czy zdrowego rozsądku). Ogromna większość ludzi z zaburzeniami psychicznymi nie stanowi żadnego zagrożenia dla społeczeństwa, co najwyżej ich znaczne cierpienia nie pozwalają im uczestniczyć w pełni w życiu społecznym.

Wielkim, etycznym i zawodowym, obowiązkiem psychologów jest zwalczanie tego negatywnego stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, co zresztą leży w interesie samych lekarzy, gdyż wstyd z powodu bycia uznanym „za chorego" jest bardzo częstym powodem, dla którego ludzie nie sięgają po pomoc psychologów, choć chcieliby i powinni. Psychologowie zresztą nie zajmują się tylko terapią zaburzeń, ale także pomocą w rozwiązywaniu problemów i wzmacnianiem procesów rozwojowych. W istocie zatem ludzie korzystający z profesjonalnej opieki psychologicznej, różnych form psychoterapii, coachingu czy warsztatów rozwojowych, mają często znacznie bardziej rozwiniętą samo-

świadomość i kompetencje społeczne od nieintersujących się psychologią i od niej stroniących „ludzi zdrowych". Oczywiście, naszemu państwu jeszcze daleko do modelu znanego z niektórych miast Zachodu, gdzie członek klasy średniej ma swojego terapeutę i szczyci się tym. Wciąż zatem pokutujący negatywny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi jest jednym z powodów izolacji, a nawet wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, chociaż zjawisko to ulega osłabieniu i należy się spodziewać, że wkrótce przestanie odgrywać większe znacznie.

Drugim powodem, dla którego osoby z zaburzeniami psychicznymi podlegają izolacji, a często, w ślad za nią, także społecznemu wykluczeniu, jest to, że samo ich zaburzenie powoduje istotne pogorszenie relacji i kompetencji społecznych. Zaburzenie psychiczne powoduje, że albo w ogóle nie można nabyć pewnych kompetencji społecznych (jak np. w autyzmie), albo ich nabywanie jest znacznie utrudnione (jak w ADHD) czy wreszcie kompetencje te ulegają gwałtownemu pogorszeniu (jak po wybuchu depresji czy schizofrenii). Nie trzeba wcale być mitycznym i właściwie już niespotykanym „szaleńcem z siekierką w ręku", aby wzbudzić niechęć i podejrzliwość otoczenia. Wystarczy być zamkniętym w sobie, lękliwym, roztargnionym, nerwowym, nieuważnym, smutnym człowiekiem, aby znacznie gorzej funkcjonować na rynku pracy, w towarzystwie, a nawet we własnej rodzinie. To z kolei zjawisko zdaje się nawet nasilać, bowiem żyjemy obecnie w kulturze, która zdecydowanie faworyzuje ekstrawertyzm, aktywność oraz, przynajmniej powierzchowne, okazywanie zadowolenia ze wszystkiego i ze wszystkich. Warto podkreślić, że nie jest to wina psychologii pozytywnej, która wyraźnie przestrzega przez takim powierzchownym rozumieniem szczęścia, a zwłaszcza jego „społecznego przymusu". To jest znacznie szersze zjawisko cywilizacyjne, którego omawianie wychodzi poza treść tego artykułu.

Ponieważ pierwsza wspomniana przyczyna izolacji osób z problemami psychicznymi zdaje się słabnąć, a druga nasilać, coraz łatwiej, zwłaszcza w krajach cywilizacji zachodniej, o zjawisko, gdzie lepiej powiedzieć, że ma się klinicznie rozpoznaną depresję i leczy u modnego psychoanalityka, niż że jest się po prostu, w naturalny sposób, smutnym i rozczarowanym. Zjawisko to można nazwać „klinicyzacją", czyli chęcią tłumaczenia w życiu społecznym swoich spadków nastroju, niepokojów czy wad w klinicznych kategoriach zaburzeń psychicznych. To z kolei pociąga za sobą inny niekorzystny efekt: że leczenia depresji (zwłaszcza farmakologicznego) podejmuje się większa liczba osób niż powinna. Warto zaznaczyć, że osoby cierpiące na chorobę Aspergera czy ADHD raczej skorzystały na klimacie „klinicyzacji", ponieważ etykieta tych chorób bardziej pomaga niż szkodzi; krótko mówiąc: lepiej mieć „łatkę" Aspergrea niż zimnego dziwaka lub ADHD zamiast lenia i głupca. To również sprawia, że w niektórych krajach (zwłaszcza USA) rozpoznaje się i podejmuje farmakologiczne leczenie ADHD częściej niż powinno.

Trzecim powodem jest po prostu instrumentalne traktowanie ludzi, zwłaszcza w społeczeństwach nastawionych na szybki zysk. Zaburzenia psychiczne zwykle obniżają koncentrację i skupienie na pracy, takie osoby są więc na wysoko konkurencyjnym rynku pracy szybko eliminowane i zaczynają podlegać wykluczeniu społecznemu. Osobę, która zaczyna pracować gorzej, zaczyna się traktować jak maszynę, która się zepsuła i trzeba ją jak najszybciej posłać do dobrego specjalisty, by ją naprawił.

Wpływ izolacji i wykluczania społecznego na zaburzenia psychiczne

Izolacja społeczna wpływa z kolei na powstanie zaburzeń psychicznych lub znaczne ich nasilenie. Człowiek jest z natury istotą społeczną. Bardzo źle znosi społeczną izolację, wykluczenie lub choćby uporczywą krytykę czy złe traktowanie. Wiemy już doskonale, jak rujnujące psychicznie efekty przynosi długotrwałe bezrobocie lub bieda, przede wszystkim z powodu następującego w ich efekcie społecznego wykluczenia. Wiadomym jest też, że choroby psychiczne częściej dotyczą emigrantów[1], różnego rodzaju mniejszości, grup wyizolowanych społecznie. Według różnych szacunków ryzyko schizofrenii jest w przypadku Brytyjczyków pochodzenia karaibskiego od 5 do 13 razy większe niż u rdzennych – białych Brytyjczyków, wskaźnik zachorowalności Azjatów żyjących w Wielkiej Brytanii jest zaś 5 do 8 razy wyższy[2]. Podobne zależności zaobserwowano w przypadku innych grup imigrantów, także w Holandii, Danii, Szwecji, Australii i Stanach Zjednoczonych. Problem zależności między psychozą a migracją opisany został po raz pierwszy już w 1932 r. przez Ørnulva Ødegårda, który zaobserwował go podczas fali migracji Norwegów do Stanów Zjednoczonych[3]. Zaburzeniem najczęściej opisywanym w literaturze tematu jest schizofrenia, niemniej istnieją podstawy, aby sądzić, że efekt przynależności do grupy migrantów przekłada się również na częstotliwość występowania zaburzeń afektywnych[4] czy lękowych[5]. Negatywne reakcje społeczne powodują także nasilenie istniejących chorób, pogarszają możliwości ich leczenia, a także są powodem groźnych powikłań.

---

[1] J. Kucharska, *Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych / Mental health problems in ethnic minority groups*, „Psychiatria Polska" 2012, t. 46, nr 3, s. 451–459.

[2] C. Morgan, M. Charalambides, G. Hutchinson, R.M. Murray, *Migration, Ethnicity and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model*, „Schizophrenia Bulletin" 2010, vol. 36, nr 4, s. 655–664; W.L.A. Fung, D. Bhugra, P.B. Jones, *Ethnicity and Mental Health: The Example of Schizophrenia and Related Psychoses in Migrant Populations in the Western World*, „Psychiatry" 2009, vol. 8, no. 9, s. 335–341.

[3] Ø. Ødegård, *Emigration and Insanity. A Study of Mental Disease among the Norwegian Born Population of Minnesota*, Levin & Munksgaard, Copenhagen 1932.

[4] A. Chakraborty, M. McKenzie, *Does Racial Discrimination Cause Mental Illness?*, „The British Journal of Psychiatry" 2002, vol. 180, no. 6, s. 575–577.

[5] W. Mak, A. Rosenblatt, *Demographic Influences on Psychiatric Diagnoses among Youth Served in California Systems of Care*, „Journal of Child and Family Studies" 2002, vol. 11, no. 2, s. 165–178.

Nie ulega wątpliwości, że głównym powodem pojawiających się częściej różnorakich zaburzeń psychicznych wśród imigrantów jest właśnie izolacja społeczna. Osoby takie, pogrążone w samotności, nieprzyjmowane do pracy, odrzucane w relacjach interpersonalnych i intymnych, żyją w coraz większym przekonaniu o swojej inności, byciu gorszym i niechcianym. Przede wszystkim jednak człowiek jest istotą społeczną, toteż pozbawiony odpowiednich relacji społecznej funkcjonuje psychicznie coraz gorzej, aż wreszcie pogrąża się w chorobie psychicznej.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi często są swoistymi „imigrantami" w swoim środowisku. Ich zachowanie nie pasuje do norm i standardów danej społeczności, są inni, budzą poczucie irytacji, zniechęcenia, lęku, często wrogości. Zarówno dziecko z choroba Aspergera, jak i z ADHD jest odbierane przede wszystkim jako inne ze strony swoich rówieśników, niejednokrotnie jednak także ze strony nauczycieli czy nawet rodziców.

W skład pierwotnego ADHD nie wchodzi np. depresja, więc dzieci dotknięte tym zespołem nie przejawiają początkowo skłonności depresyjnych. Problem stwarzają dopiero negatywne reakcje i sygnały ze społecznego otoczenia. Dziecko z ADHD, na skutek swojego roztargnienia, nieuwagi, impulsywności, jest bardzo często odrzucane przez rówieśników, oceniane negatywnie przez nauczycieli i krzywdzone w domu rodzinnym, co wtórnie rodzi u niego najpierw silne reakcje lękowe, a z czasem poczucie niższej wartości, niekompetencji, nieprzystosowania, odrzucenia, prowadząc wreszcie do poważnych objawów depresyjnych, co powoduje znaczne pogorszenie i powikłanie obrazu choroby. W przypadku choroby Aspergera zjawisko to jest nieco mniej nasilone, gdyż dzieci te są bardziej introwertyczne i zainteresowane swoimi pasjami. Głębsza jednak analiza wskazuje, że każdy człowiek potrzebuje relacji społecznych, nawet jeżeli pozornie mniej mu na nich zależy. Sytuacja, w której człowiek nie zdaje sobie sprawy z negatywnych skutków braku wsparcia i kontaktów społecznych, wcale nie pomaga. Ponadto zachodzi tu zjawisko błędnego koła: objawy zaburzenia powodują izolację społeczną, ta z kolei nasila i pogarsza objawy. Dlatego tak bardzo potrzebne jest jego przerwanie, co odbywać to się musi na dwóch płaszczyznach, poprzez uczenie pacjenta koniecznych kompetencji społecznych oraz, z drugiej strony, wpływaniem na otoczenie, aby lepiej chorego traktowało. W przypadku choroby Aspergera czy ADHD postawienie diagnozy może polepszyć sytuację. Po pierwsze dlatego, że w jakimś stopniu dziecko jest za to mniej odpowiedzialne (co jednak nie może całkowicie znosić odpowiedzialność za swoje zachowanie), a po drugie – ponieważ diagnoza zaburzenia jest lepiej w tym wypadku przyjmowana niż sugerowana obecność stałych, bardzo źle widzianych cech osobowości.

Choroba Aspergera i ADHD jako zespoły szczególnie narażone na izolowanie społeczne

Zespół Aspergera i ADHD mają wiele cech wspólnych. Przede wszystkim oba są rozpoznawane w okresie dzieciństwa (choć często trwają nadal w późniejszych latach życia), co ma bardzo ważne znaczenie.

Wczesny wiek, w którym się te zaburzenia pojawiają, jest jednocześnie okresem decydującym, w kwestii wyuczenia się odpowiednich kompetencji społecznych. Choroby psychiczne, które pojawiają się w późniejszym wieku, mogą wprawdzie osłabić funkcjonowanie społeczne (np. z powodu lęku czy depresyjnego wycofania), ale raz nabyte w dzieciństwie kompetencje społeczne działają nadal i szybciej pozwalają na powrót do współżycia społecznego w okresie remisji. Wcześnie pojawiająca się choroba Aspergera oraz zespół ADHD powodują natomiast, że te pierwsze kompetencje nie mają szans na odpowiednie ujawienie i wypracowanie. Wczesna manifestacja tego zaburzenia powoduje, że dotknięte nim dzieci są też równie wcześnie narażone na różne traumatyczne przeżycia w postaci odrzucenia, bicia, maltretowania. To z kolei często powoduje wtórną nadwrażliwość na negatywne bodźce społeczne, na krytykę i przejawy niechęci, aktywując skłonność do zaburzeń depresyjnych w przyszłości.

Warto zauważyć, że negatywne reakcje społeczne i społeczne izolowanie wydają się bardziej frustrujące oraz że częściej wiodą do reakcji depresyjnych u dzieci z ADHD niż z chorobą Aspergera. W przypadku tego drugiego zaburzenia istnieje po prostu mniejsza potrzeba kontaktów społecznych, większe zainteresowanie różnymi pasjami i obiektami niż ludźmi. Jeżeli takie dziecko wpada w złość, to bardziej dlatego, że coś poszło nie po jego myśli (na przykład poprzestawiano mu zabawki), a nie z powodu złego humoru innych, o który dba mniej. Ale konsekwencje osamotnienia takiego dziecka nadal będą poważne, nie będzie się ono mogło nauczyć odpowiednich kompetencji społecznych, jego pozycja w grupie będzie niższa, czasem nawet może to uniemożliwić dalsze kontynuowanie edukacji, znalezienie pracy czy założenie rodziny. Natomiast dzieci z ADHD, wbrew pozorom, bardziej lgną do innych, pragną się bawić, szukają podziwu, zainteresowania, bliskich relacji i niezwykle boleśnie odczuwają emocjonalne odrzucenie przez pozostałych ludzi, zwłaszcza rówieśników lub członków rodziny.

W obu zespołach kluczowym czynnikiem zaburzającym funkcjonowanie społeczne i nabywanie społecznych kompetencji jest zdecydowany brak czy niedobór empatii. O ile w chorobie Aspergera brak ten ma raczej charakter pierwotny, o tyle w przypadku ADHD raczej wtórny. Empatia wymaga bowiem skupienia i cierpliwości, czego dzieciom z ADHD ewidentnie brakuje, przez co sprawiają wrażenie mało empatycznych.

Wreszcie wspólną cechą tych zaburzeń jest to, że w pierwszym kontakcie dzieci te wcale nie robią wrażenia chorych; przeciwnie, budzą duże nadzieje ze względu na swą inteligencję, kreatywność, nawet entuzjazm. Objawy pojawiają

się niespodziewanie, zwykle w formie dramatycznej i nader często są postrzegane przez otoczenie społeczne nie w kategoriach chorobowych (klinicznych), ale „moralnych". Dzieci te są nagle oceniane jako niegrzeczne, nieodpowiedzialne, bezwzględne, histeryczne, leniwe – po prostu złe i z tego powodu niejednokrotnie gwałtownie odrzucane. W obu wypadkach powiadomienie otoczenia o nie moralnym czy intelektualnym, ale chorobowym wymiarze tych zaburzeń może być dla tych dzieci w ostatecznym rozrachunku korzystniejsze.

Należy jednak zwrócić uwagę, że w miarę rozpowszechniania niekorzystnych, a często przesadzonych lub wręcz zafałszowanych informacji o tych zaburzeniach, zaczynają mieć one w pewnych środowiskach (głównie w szkołach, zwłaszcza wśród rodziców innych dzieci, ale, niestety, także czasem wśród nauczycieli) zdecydowanie złą markę. Czasem rodzice, gdy dowiedzą, się, ze inne dziecko ma któreś z tych zaburzeń, chcą gwałtownie swoją pociechę wycofać z klasy lub zabronić „takiemu" dziecku bawić się ze swoim. Dotyczy to zwłaszcza ADHD, uważanego niekiedy za „dopust boży" w instytucji edukacyjnej. Z kolei w przypadku choroby Aspergera problemem jest to, że jest często ona mylona z prawdziwym autyzmem (zaburzenie to należy wprawdzie do spektrum autyzmu, ale ma znacznie lżejszy obraz), ten zaś z kolei (też niesłusznie) jest pojmowany jako poważne kalectwo umysłowe. W przypadku niekompetentnych nauczycieli taki obraz dziecka może bardzo negatywnie odbić się na jego dalszej edukacyjnej karierze.

Drugą wspólną przyczyną odrzucania przez środowisko dzieci z chorobą Aspergera oraz ADHD jest brak czy niedostateczne wykształcenie się kompetencji społecznych i komunikacyjnych. Dotyczy to przede wszystkim niewłaściwego odczytywania komunikatów płynących ze strony otoczenia bądź też nieprzywiązywania do nich odpowiedniej wagi. Z kolei wysyłane przez nie sygnały są niedostatecznie jasne, spójne i zrozumiałe, często wydają się dziwaczne. Dzieci te popełniają poważne gafy społeczne, funkcjonując niemalże jak „słoń w składzie porcelany".

Oczywiście, istnieją też fundamentalne różnice pomiędzy tymi zaburzeniami, dlatego też w dalszym ciągu artykułu zagadnienie społecznej izolacji będzie omawiane dla obu zaburzeń osobno.

Groźba wykluczenia społecznego w zespole Aspergera

Zespół Aspergera jest według klasyfikacji DSM-V[6] łagodniejszą formą zaburzenia ze spektrum autyzmu, którą, według ICD-10[7], charakteryzują nieprawidłowości w zakresie wzajemnych integracji społecznych oraz nasilone, wyizolo-

[6] Diagnosfic and Stafisfical Manual of Mental Disorders (DSM–5), American Psychiatric Association, 2013, https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm [dostęp: 12.09.2018].

[7] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) – WHO Version for 2016.

wane zainteresowania lub stereotypowe wzorce zachowania. Osobę z zespołem Aspergera cechuje brak empatii, pedantyczna, pełna powtórzeń mowa, uboga komunikacja niewerbalna, silne zaabsorbowanie wybranymi tematami i stosunkowo niezdarna motoryka. Kompetencje społeczne są w tym zespole bardzo widocznie osłabione. Osoby z tym zespołem zachowują się często nieadekwatnie do sytuacji, w których się znajdują, a ich pragmatyka społeczna jest tak niska, że bardzo łatwo zrażają do siebie innych. Mają one szczególne trudności z inicjowaniem nowej znajomości, z zapoznaniem się z nowym kolegą czy dołączeniem do już bawiącej się grupy[8]. Nie należy jednak mylić zespołu Aspergera ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości, w którym zainteresowanie relacjami z innymi jest rzeczywiście nikłe (DSM-V)[9]. Dzieci z zaburzeniem Aspergera często chciałyby mieć kolegę czy koleżankę (choć najchętniej o podobnych – wąskich i wyspecjalizowanych zainteresowaniach), ale po prostu nie potrafią samodzielnie nawiązać kontaktów. Dziecko z zespołem Aspergera samo z siebie na ogół źle integruje się z rówieśnikami, trzeba mu w tym pomóc. Nie jest zatem wcale takie samotne i samolubne z natury, choć może robić na rówieśnikach takie wrażenie Ponieważ na pierwszy rzut oka nie robi wrażenia osoby zaburzonej, jego nagłe gafy przypinają mu łatę osoby gburowatej i nieprzyjemnej, czego konsekwencją jest postępująca izolacja społeczna. Dziecko z zespołem Aspergera ma problemy z kontrolą ekspresji uczuć, a jego reakcje emocjonalne są często nieadekwatne, a przy tym bardzo burzliwe. Agnieszka Kozdroń[10] przedstawiła bardzo ciekawy opis schematu gwałtownej reakcji emocjonalnej u pacjenta z zespołem Aspergera: aura przed, atak właściwy, wyciszanie reakcji, wyczerpanie. Oczywiście, te nieadekwatne reakcje również nie przysparzają chorym przyjaciół i nie ułatwiają im współżycia społecznego. Dzieci te bardzo lubią narzucać swoje pomysły i zasady, co wynika nie tyle z ich skłonności do dominacji, ale z wąskiego, mocno wyspecjalizowanego kręgu zainteresowań – zabawa na inny temat nudzi je i nuży. Dlatego też mają bardzo duży problem ze współpracą w grupie, za wszelką cenę próbując narzucić swoje reguły gry. Mimo niskich kompetencji społecznych potrafią wykazać się wręcz makiawelicznym talentem do stosowania manipulacji, aby osiągnąć swoje cele. Mają też dużą skłonność do przekory, czyli zachowań negatywistycznych. Osoby te często zachowują się dokładnie przeciwnie w stosunku od oczekiwań otoczenia, a zachowanie to ma z natury impulsywny charakter[11]. Nie wynika to jednak z cech socjopatycznych lub nadmiernej (przeważnie obcej im), skłonności od rywalizacji, ale z silnej potrzeby niezależności, pozostawiania w kręgu swoich zainteresowań. To jednak również pogarsza jakość ich kontaktów społecznych – uważane są za zarozumialców lub samotnych dzi-

[8] M. Charbicka, *Dziecko z zespołem Aspergera*, Difin, Warszawa 2015, s. 44.

[9] *Diagnosfic and Stafisfical Manual of Mental Disorders*, *op. cit*.

[10] A. Kozdroń, *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Difin, Warszawa 2015.

[11] *Ibidem*.

waków. Charakterystyczne jest również, że dzieci te lepszy kontakt nawiązują z osobami dorosłymi, które, w przeciwieństwie do rówieśników, wydają im się bardziej przewidywalne, poważne i – mające ciekawsze zainteresowania. Dzieci te cenią też surowe i konsekwentne przestrzeganie „dorosłych" zasad społecznych, nie lubią głupich figli, starają się nie kłamać, stąd też mogą być traktowanie przez rówieśników jako „wtyki" dorosłych (głównie nauczycieli i wychowawców). Często też na odwrót – wolą relacje z dziećmi młodszymi od siebie, które łatwiej poddają się ich pomysłom i inicjatywom.

Kolejnym źródłem społecznych problemów dzieci z zespołem Aspergera jest ich wyraźnie niższa empatia i zaburzenia „teorii umysłu", co ostatecznie przekłada się na znacznie obniżoną zdolność do rozpoznawania stanów emocjonalnych oraz motywacji i intencji innych ludzi. Współcześnie podkreśla się fakt, iż może to mieć związek z wyraźnymi zaburzeniami przetwarzania informacji sensorycznej, jakie mają miejsce u osób z chorobą Aspergera[12]. Carl H. Delecato wymienia trzy najważniejsze typy deficytów sensorycznych związanych z chorobą Aspergera (a także z innymi zaburzeniami ze spektrum autyzmu): nadwrażliwość (nadmierna ilość docierających bodźców), zbyt mała wrażliwość (niewystarczająca ilość odbieranych bodźców) oraz biały szum (zbyt dużo bodźców docierających z wewnątrz organizmu w stosunku do bodźców zewnętrznych). Według autora dziecko z tym syndromem usiłuje samo dostarczyć sobie bodźców, których potrzebuje mózg[13]. Dlatego żyje ono samotnie, w stworzonym przez siebie świecie. Wreszcie, przyczyną, dla której dzieci te często są odrzucane przez rówieśników, jest niezgrabność ruchowa, będąca skutkiem zaburzonej koordynacji ruchowej[14].

Przeciwdziałanie wykluczeniu w zespole Aspergera – uwagi terapeutyczne i wychowawcze

Zaburzenie to powinno być poprawnie diagnozowane już w przedszkolu, kiedy to często się po raz pierwszy objawia – brak odpowiednich działań pomocowych w tym okresie prowadzi do nasilenia się objawów chorobowych oraz niepowodzeń szkolnych, czyli stanu, w którym znalazło się dziecko na skutek niespełniania wymagań szkoły[15]. Czynnikami, które często przesądzają o niepowodzeniach szkolnych już od najwcześniejszego okresu edukacji, są: wysoki poziom lęku oraz zaburzenia koordynacji ruchowej. Istotne jest, aby szkoły, a zwłaszcza przedszkola, zwracały szczególną uwagę na potrzeby dzieci z zespołem Asperge-

[12] P.G. Emmons, McKendry Anderson L., *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*, przeł. R. Waliś, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007.

[13] C.H. Delecato, *Dziwne, niepojęte, autystyczne dziecko*, przeł. M. Główczak, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995.

[14] T. Attwood, *Zespół Aspergera*, przeł. M. Łamacz, Zysk i S-ka, Poznań 2006.

[15] J. Konopnicki, *Powodzenia i niepowodzenia szkolne*, PZWS, Warszawa 1966.

ra, a także zagwarantowanie im specjalnych zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. Szczególnie pomocny jest udział w sesjach terapeutycznych podczas Treningów Umiejętności Społecznych, na których dzieci te uczą się budowania relacji i prawidłowego funkcjonowania w zespole. Szczególnie pomocny jest Trening Umiejętności Społecznych Goldsteina według Emmena i Plasmeijera, oparty na zasadach kognitywnego nauczania społecznego i uczący podstawowych umiejętności społecznych, jak zawieranie znajomości, słuchanie i zadawanie pytań, inicjowanie rozmowy, odmawianie, reagowania na krytykę, wyrażanie krytyki, dyskutowanie oraz radzenie sobie z uczuciami w czasie kontaktów społecznych[16].

Stosunek innych dzieci do uczniów z tym syndromem zależy w bardzo dużym stopniu od stosunku nauczyciela do obciążonego nim ucznia. Dlatego bardzo ważną rolę w procesie wspierania kompetencji społecznych dziecka odgrywa szkoła lub przedszkole, do którego uczęszcza. Pomoc ze strony pedagogów szkolnych oraz psychologów szkolnych jest tutaj bardzo istotna i wskazana. Ale także zajęcia w klasie dają możliwość odpowiednio przygotowanemu nauczycielowi wspierania dziecka w nauce najważniejszych zachowań społecznych. Powinien on zachęcać dziecko do jak największej współpracy z rówieśnikami, wykorzystując ich obecność jako naturalną wskazówkę dla dziecka, co robić w różnych sytuacjach, a z drugiej strony –modelować stosunek pozostałych uczniów do dziecka z zespołem Aspergera, zachęcając do większej tolerancji na nieco odmienne zachowanie. Nauczyciel powinien też w większym stopniu nadzorować dziecko w czasie przerw lekcyjnych i zabaw, aby również w tych okolicznościach zwiększać jego szanse na nabycie odpowiednich umiejętności społecznych[17].

Bardzo ważna jest współpraca pedagogów z rodziną dziecka dotkniętego zespołem Aspergera. U rodziców tych dzieci brak wiedzy na temat tego zaburzenia jest jeszcze bardziej alarmujący niż u nauczycieli. Ponadto rodzice często reagują zupełnie nieprawidłowo na objawy tego zaburzenia, stosując, na przykład, przemoc, która znacznie pogarsza sytuację. Nadmiernie tez zwykle koncentrują się oni na negatywnych aspektach choroby, nie dostrzegając mocnych stron dziecka, np. jego wybitnej inteligencji, świetnej pamięci czy unikalnych zdolności. Warto zwrócić uwagę, że współczesna psychoterapia, zwłaszcza pozytywna, kładzie bardzo silny akcent właśnie na dostrzeganiu pozytywnych stron i sił pacjenta, które mogą się stać odskocznią dla procesu zdrowienia i prawidłowego rozwoju.

Agnieszka Kozdroń, pamiętając, jak często reakcją rodziców na postawioną diagnozę jest szok, gniew, rezygnacja czy depresja, wskazuje, że najwłaściwszą postawą, jaką rodzice muszą sobie wyrobić w stosunku do dziecka, jest po prostu akceptacja[18]. Natomiast dwa podstawowe działania, które powinny przedsięwziąć rodzice we współpracy z terapeutami, to z jednej strony kompen-

[16] M. Charbicka, *op. cit.*, s. 49.

[17] T. Attwood, *op. cit*.

[18] A. Kozdroń, *op. cit*.

sowanie deficytów, a z drugiej – aktywowanie zasobów dziecka. Rodzice oczywiście powinni wykorzystywać różnego rodzaju dostępne terapie pod okiem specjalistów, ale sami też w tym terapeutycznym procesie powinni brać udział. Ich szczególna rola polega na budowaniu w dziecku poczucia własnej wartości, utrzymywaniu wobec dziecka komunikacji bezpośredniej, jasnej, precyzyjnej i szczerej, ustaleniu zasad elastycznych i podlegających negocjacjom oraz współtworzeniu wokół dziecka terapeutycznego środowiska, sprzyjającego rozwojowi. Rolą terapeuty jest określanie problemów dziecka, praca nad nimi w określonym czasie oraz cykliczne spotkania z rodzicami w celu omawiania postępów, połączone ze szkoleniem opiekunów pod kątem wykonywania różnych prostych ćwiczeń z dzieckiem w domu.

Nierzadko zdarzają się sytuacje, w których ofiarą zespołu Aspergera jest nie tylko dziecko, ale też jedno z rodziców (nierzadkie, gdyż z całą pewnością działa w tej chorobie czynnik genetyczny, wzmocniony jeszcze o zjawisko naśladownictwa). W takim wypadku terapia oczywiście powinna objąć zarówno rodzica, jak i dziecko. Warto dodać, że terapia rodzinna choroby Aspergera, ciągle stosunkowo rzadko stosowana w Polsce, korzystna jest nawet wtedy, gdy u rodziców nie rozpoznaje się terapii.

Groźba wykluczenia społecznego w zespole ADHD

ADHD, czyli zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością jest uwarunkowanym polietiologicznie zaburzeniem neurorozwojowym, w klasyfikacjach diagnostycznych zaburzeń psychicznych definiowane dwojako: w klasyfikacji DSM-V[19] jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, a w klasyfikacji ICD-10[20] jako zespół hiperkinetyczny (F90). Częstość występowania tego zespołu szacuje się 1–20% dzieci[21]. Tak duża rozpiętość danych wynika z niejednorodnego systemu diagnozowania i braku spójności kryteriów diagnostycznych. I tak przykładowo w Stanach Zjednoczonych stwierdza się ADHD u 7% dzieci, w Chinach u 2–13%, a w Polsce częstość występowania szacuje się na 6,6%[22]. Jak podaje Małgorzata Lipowska[23], ta sytuacja może odzwierciedlać odmienne kulturowo wymagania dla mieszczącego się w lokalnej normie zachowania, np. w Chinach kładzie się szczególny nacisk na to, aby nauczyć

[19] *Diagnosfic and Stafisfical Manual of Mental Disorders*, *op. cit*.

[20] *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, *op. cit*.

[21] T. Wolańczyk, A. Kołakowski, A. Pisula, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zespół hiperkinetyczny)*, Centrum CTB, Warszawa 2005.

[22] A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska A., *ADHD-zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

[23] M. Lipowska M, *Dysleksja i ADHD współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011

dzieci kontrolowania swojej emocjonalności, natomiast w USA bardziej stawia się na kreatywność i swobodne wyrażanie siebie.

ADHD jest zaburzeniem diagnozowanym najczęściej w wieku szkolnym, między 6. a 9. rokiem życia, jednak, jak twierdzi większość klinicystów, niektóre objawy widoczne są już w okresie niemowlęctwa, dotyczy to zwłaszcza takich symptomów jak mniejsze zapotrzebowanie na sen, drażliwość i zwiększona wrażliwość na bodźce. Wedle kryteriów DSM V pewne objawy muszą wystąpić przed ukończeniem przez dziecko dwunastu lat[24]. Najczęściej jednak objawy te widoczne są w okresie rozpoczęcia nauki szkolnej, gdy dziecko nie jest w stanie sprostać takim wymaganiom, jak siedzenie w ławce przez dłuższy czas, koncentracja na tym, co mówi nauczyciel, czy wykonywanie zadań wymagających poznawczego wysiłku[25]. U chłopców występuje zwiększone ryzyko depresji oraz zaburzeń zachowania, natomiast u dziewczynek częstsze występowanie zaburzeń lękowych[26].

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością występuje także u osób dorosłych, obejmując około 2,5% populacji osób powyżej 17. roku życia, chociaż rozpiętość pomiędzy różnymi badaniami jest dosyć duża[27]. Często jest to kontynuacja zaburzenia z okresu dzieciństwa i adolescencji – w grupie dzieci, u których zdiagnozowano ADHD, u około 2/3 tych pacjentów objawy utrzymują się w okresie dorosłości[28]. Ale też coraz częściej objawy ADHD rozpoznawane są u osób dorosłych, u których w okresie dzieciństwa nie stwierdzono tego zaburzenia.

U pacjentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi często występują istotne problemy w funkcjonowaniu społecznym. Skłonność do impulsywnych zachowań, stwarzanie niebezpiecznych sytuacji spowodowane trudnością z oszacowaniem ryzyka czy nieumiejętność poczekania na swoją kolej bywają powodem odrzucenia ze strony rówieśników, a często i ze strony osób dorosłych. Trudności z koncentracją, nadaktywność oraz impulsywne zachowanie u dzieci z ADHD mogą powodować problemy społeczne, co skutkuje wykluczeniem z grona rówieśników.

Z trzech najważniejszych, osiowych, diagnostycznych kryteriów ADHD: hiperaktywności, zaburzeń uwagi oraz impulsywności, ta ostatnia cecha jest zazwyczaj źródłem najczęstszych konfliktów interpersonalnych i powodem społecznego odrzucenia. Tak więc w pracy nad lepszym funkcjonowaniem społecz-

---

[24] J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, s. 47.

[25] A. Mirski, N. Mirska-Tomasz, *Rola neuromarkerów w diagnozie ADHD*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej" 2016, t. 16, nr 1, s. 117–129.

[26] J. Biederman, E. Mick, S. Faraone, *Normalized Functioning in Youths whith Persistent ADHD*, „The Journal of Pediatrics" 1998, vol. 133, issue 4, s. 544–551.

[27] J. Morrison, *op. cit.*, s. 48.

[28] M. Szewczuk-Bogusławska, H. Flisiak-Antonijczuk, *Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych?*, „Psychiatria Polska" 2013, t. 47, nr 2, s. 293–302.

nym osoby cierpiącej na zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi w głównym stopniu należy zająć się problemem nadmiernej impulsywności. Impulsywność jest wymieniana jako przyczyna zachowań agresywnych – uważa się ją za istotną cechę osobowości dyssocjalnej, często rozpoznawanej u osób uzależnionych, dopuszczających się przestępstw i umieszczanych w zakładach karnych[29]. Eysenck definiuje impulsywność jako cechę określającą stałą skłonność do podejmowania ryzyka, do działań niezaplanowanych i zbyt szybkiego podejmowania decyzji[30], Daruna i Barnes[31] mówią o występowaniu zachowań nieprzemyślanych, przedwczesnych, nadmiernie ryzykownych i nieadekwatnych do sytuacji, natomiast Monterosso i Ainslie określają impulsywność jako niezdolność do odroczenia gratyfikacji, nieumiejętność opanowania i samokontroli[32]. Według Moellera impulsywność należy uznać za konstrukt wielowymiarowy, określający predyspozycje do szybkich, niezaplanowanych reakcji w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, bez zwracania uwagi na potencjalne negatywne konsekwencje tych zachowań[33]. Działanie impulsywne podejmowane jest zbyt szybko, aby prawidłowo ocenić jego konsekwencje, gdyż towarzyszy mu brak oceny sytuacji i konsekwencji. W jakimś sensie można uznać, że zachowanie podejmowane jest odruchowo, jakby poza świadomością[34]. Na przykład Eysenck[35] podkreśla istotną różnicę pomiędzy impulsywnocią („impulsiveness") a ryzykanctwem („venturesomeness"), za nieodłączny element ryzykanctwa uznając świadomość podejmowanych działań. W świetle powyższych definicji trafne wydaje się być zdanie Loewensteina, który uznał, że impulsywność to zagubione ogniwo pomiędzy wiedzą a działaniem („lost chain between knowledge and action")[36]. W odniesieniu do zachowań typowych dla populacji ogólnej osobę impulsywną definiowano jako podejmującą działania po krótszym zastanowieniu niż inne jednostki dysponujące taką samą wiedzą i możliwościami intelektualnymi[37].

---

[29] Por. F.G. Moeller, E.S. Barratt, D.M. Dougherty, J.M. Schmitz, A.C. Swann, *Psychiatric Aspects of Impulsivity*, „American Journal of Psychiatry" 2001, vol. 158, no. 11, s. 1783–1793; E.S. Barratt, M.S. Stanford, T.A. Kent, A. Felthous, *Neuropsychological and Cognitive Psychophysiological Substrates of Impulsive Aggression*, „Biological Psychiatry" 1997, vol. 41, no. 10, s. 1045–1061.

[30] H.J. Eysenck, M.W. Eysenck, *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*, Plenum Press, New York 1985.

[31] J.H. Daruna, P.A. Barnes, *A Neurodevelopmental View of Impulsivity*, w: *The Impulsive Client. Theory, Research and Treatment*, eds. W.G. McCown, J.L. Johnson, M.B. Shure, American Psychological Association, Washington, DC 1993.

[32] J. Monterosso, G. Ainslie, *Beyond Discounting: Possible Experimental Models of Impulse Control*, „Psychopharmacology" 1999, vol. 146, issue 4, s. 339–347.

[33] F.G. Moeller, E.S. Barratt, D.M. Dougherty, J.M. Schmitz, A.C. Swann, *op. cit*.

[34] A.C. Swann, D.M. Dougherty, P.J. Pazzaglia, M. Pham, F.G. Moeller. *Impulsivity: A Link between Bipolar Disorder and Substance Abuse*, „Bipolar Disorder" 2004, vol. 6, no. 3, s. 204–212.

[35] S.B. Eysenck, H.J. Eysenck, *Impulsiveness and Venturesomeness: Their Position in a Dimensional System of Personality Description*, „Psychological Reports" 1978, vol. 43 (3 Pt 2), s. 1247–1255.

[36] G. Loewenstein, *Out of Control: Visceral Influences on Behaviour*, „Organizational Behavior and Human Decision Processes" 1996, vol. 65, no. 3, s. 272–292.

[37] E. Arce, C. Santisteban, *Impulsivity: A Review*, „Psicothema" 2006, vol. 18, no. 2, s. 213–220.

Tak rozumiana impulsywność, będąca istotną składową zachowania osoby cierpiącej na ADHD, przynosi jej wyjątkowo dotkliwe szkody w życiu społecznym. Dziecko z takim zachowaniem nader szybko uzyskuje etykietkę głupiego (wspomniana różnica pomiędzy wiedzą a zachowaniem), aroganckiego, bezczelnego czy źle wychowanego. Nie tylko jest z tego powodu gorzej oceniane i traktowane przez nauczycieli (fatalne oceny z zachowania), lecz przede wszystkim naraża się na odrzucenie przez rówieśników, którzy również oceniają zachowanie, często znacznie surowiej niż dorośli, mają swoje normy i oczekiwania, i nader szybko etykietują impulsywne zachowanie jako wrogie lub agresywne – dochodzi więc szybko do kłótni, bójek lub nawet zerwania znajomości.

Również zaburzenia koncentracji przynoszą poważne i trudne do odrobienia straty w życiu społecznym. Niedostateczna kontrola uwagi daje efekty podobne jak impulsywność, to jest stwarza funkcjonalną lukę pomiędzy posiadaną wiedzą a realnym zachowaniem. Dziecko z zaburzeniami koncentracji jest oceniane daleko poniżej swojej prawdziwej wiedzy i możliwości intelektualnych, uznawane za bezmyślne, roztargnione, niespełniające wymagań edukacyjnych (w przypadku ADHD łączy się to z pewnym względnym upośledzeniem działania pamięci roboczej). Zaburzenia koncentracji negatywnie wpływają przede wszystkim na rozwój edukacyjny i zawodowy osób ciepiących na ADHD, przekładając się na krótszy czas szkolnej kariery czy częstą utratę pracy. Ale niemożność skupienia uwagi psuje też opinię wśród rówieśników, którzy również mają skłonność do mylenia roztargnienia z pospolitą „głupotą".

Wreszcie poważne problemy społeczne przynosi osobom z ADHD pierwsza z wymienionych cech, czyli nadpobudliwość. W systemie diagnostycznym DSMV opisywana jest ona przede wszystkim jako nadpobudliwość psychoruchowa, w systemie ICD 10 jako hiperaktywność. Coraz więcej danych wskazuje jednak na to, że w przypadku ADHD najlepiej jest jednak mówić ogólnie o nadpobudliwości, nie ograniczając jej wyłącznie do nadpobudliwości psychoruchowej czy hiperaktywności. Najlepszym tego dowodem jest, że hiperaktywność stosunkowo rzadko występuje u dziewczynek oraz u dorosłych z ADHD. W tych grupach po prostu nadpobudliwość przejawia się inaczej, głównie w sferze psychicznej. Hiperaktywność, najczęściej manifestowana u dzieci płci męskiej cierpiących na ADHD, jest w istocie również formą nadpobudliwości, przejawiającą się głównie w nadaktywności motorycznej. Nadpobudliwość osoby z ADHD wiąże się z jej nadmierną wrażliwością, nadreaktywnością, co łączy się z nadmierną podatnością na stres i skłonnością do przesadnych, negatywnych reakcji w sytuacjach konfliktowych – to znacznie pogarsza funkcjonowanie społeczne. Dodatkowo ostatnie badania pokazały, że dzieci te mają problemy z rozpoznawaniem emocji.

Grupa naukowców, z profesorem Ryusuke Kakigi z Narodowego Instytutu Nauk Fizjologicznych na czele, odkryła cechy charakterystyczne rozpoznawania emocji przez dzieci z ADHD poprzez zmierzenie hemodynamicznej

reakcji mózgu i zasugerowała możliwość, że podstawa neuronowa dla rozpoznawania emocji twarzy jest tu inna od tej u prawidłowo rozwijających się dzieci[38]. Naukowcy pokazywali zdjęcia twarzy wyrażających radość lub złość 13 dzieciom z ADHD i 13 prawidłowo rozwijającym się dzieciom i odkryli, które miejsce w mózgu jest w tym czasie aktywne. W celu zmierzenia aktywności mózgowej użyto nieinwazyjnej spektroskopii, bliskiej podczerwieni – ten rodzaj światła przenikał przez czaszkę, a ilość wchłoniętego lub rozproszonego światła została zmierzona. Siła światła zależy od koncentracji oksyhemoglobiny, która dostarcza tlen komórkom nerwowym pracującym aktywnie. Wyniki pokazały, że prawidłowo rozwijające się dzieci wykazały znaczną reakcję hemodynamiczną w prawej półkuli mózgowej zarówno na uśmiechniętą twarz, jak i tę wyrażającą negatywne emocje. Z drugiej strony, dzieci z ADHD wykazały znaczną reakcję hemodynamiczną jedynie na twarz radosną – nie zaobserwowano aktywności mózgu w przypadku twarzy wyrażającej złość. Różnica w rozpoznawaniu ekspresji twarzy może być odpowiedzialna za upośledzenie umiejętności społecznych oraz tworzenia związków z rówieśnikami. Osoba dotknięta ADHD po prostu nie dostrzega objawów niezadowolenia czy wzrastającej agresji u innej osoby, nie odbiera zatem wczesnych sygnałów ostrzegawczych, że należałoby zmienić zachowanie. Dzieci te nadal zachowują się impulsywnie, chaotycznie i lekkomyślnie, nie zauważając, że przesytu otoczenia. Nic dziwnego, że w konsekwencji spotyka ich w końcu odrzucenie.

Tak więc pierwszym problemem dziecka z ADHD jest niezauważanie niebezpieczeństwa konfliktu i związanego z nim ataku (zwykle na początku słownego) ze strony urażonej osoby. Gdy jednak taki atak nastąpi, osoba z ADHD nie tylko zareaguje zaskoczeniem i zdumieniem, ale też przesadnym, nieadekwatnym wzburzeniem i pobudzeniem. W wyniku tego sama wszczyna bójkę lub reaguje nadwrażliwie, np. ucieczką lub opuszczeniem miejsca zabawy. To powoduje, że taka osoba nie tylko jest w następstwie oskarżana o konfliktowość i nadmierną agresję, ale staje się ofiarą odrzucenia przed środowisko czy nawet ofiarą szkolnych dręczycieli[39]. Dziecko z ADHD, właśnie z tego powodu, że nie umiało wcześnie dostrzec objawów negatywnych reakcji na swoje zachowania, nie uczy się na błędach, nie dokonuje właściwej korekty swoich zachowań, ma silne poczucie krzywdy (nawet jeżeli samo odpowiedziało ostrym kontratakiem), z którego rozwija się poczucie bycia „ofiarą", kimś gorszym, niepełnowartościowym. To z kolei wpływa na znaczne pogorszenie poczucia własnej wartości i w konsekwencji może wieść do wtórnych objawów depresyjnych.

---

[38] H. Ichikawa, E. Nakato, S. Kanazawa, K. Shimamura, Y. Sakuta, R. Sakuta, M.K. Yamaguchi, R. Kakigi, *Hemodynamic Response of Children with Attention-deficit and Hyperactive Disorder (ADHD) to Emotional Facial expressions*, „Neuropsychologia" 2014, vol. 63,s. 51–58.

[39] C. Green, C. Kit, *Zrozumieć ADHD*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęsna, MT Biznes, Warszawa 2011, s. 17.

Przeciwdziałanie wykluczeniu w ADHD – uwagi terapeutyczne i wychowawcze

Aby przeciwdziałać społecznemu wykluczeniu osób z ADHD, należy się skoncentrować na tych obszarach, w których istnieje największa możliwość społecznego odrzucenia, skupiając się na terapii oraz uczeniu koniecznych kompetencji. W pierwszym rzędzie niezbędne jest znaczne zmniejszenie poziomu impulsywności, która zwykle jest najważniejszą przyczyną społecznego odrzucenia osób dotkniętych ADHD.

W jakimś stopniu pozwala na to farmakoterapia ADHD, regulująca rozchwiany system neurotransmiterów w mózgu. Istnieje duży związek pomiędzy impulsywnością a poziomem dopaminy: impulsywność związana jest z zakłóceniem równowagi stężenia dopaminy pomiędzy korą czołową, która reguluje zwykłe funkcje wykonawcze, a prążkowiem, które wpływa na nienawykowe działania. Większość środków uzależniających, takich jak kokaina i amfetamina, bezpośrednio lub pośrednio wiąże się z wpływaniem na poziom dopaminy – w czasie ich zażywania zwiększa się stężenie dopaminy w prążkowiu, co powoduje impulsywne zachowania, których kora przedczołowa nie równoważy (co jest jej zadaniem, bo tu umieszczony jest nasz racjonalizm). Podstawowe leki, np. Ritalin czy Concerta, zwykle obniżają poziom impulsywności, nie w każdym przypadku jednak i nie przez czas nieograniczony mogą być podawane. Zachowanie impulsywne, jak każdy inny rodzaj zachowania, zostało też w jakiś sposób nauczone, a więc również (w myśl zasad terapii behawioralnej) może zostać oduczone. Niezależnie zatem od kwestii stosowania leków należy zawsze wdrożyć pewne procedury, które pozwalają ograniczyć skłonność do impulsywnego zachowania. Te procedury terapeutyczne oferują różne techniki psychoterapeutyczne, jak na przykład CBT (terapia poznawczo-behawioralna) lub ACT (terapia akceptacji i zaangażowania). Ważne jest, że pacjent sam może opanować te procedury i stosować je w codziennym życiu. Istotne są tutaj następujące kroki: a) zwiększenie wewnętrznej uważności, w celu przewidzenia i śledzenia pojawienia się nagłych impulsów do nierozsądnego działania; b) zahamowanie takiego impulsu, zatrzymanie się, zastanowienie, odroczenie zbyt szybkiej, automatycznej decyzji; c) podejmowanie następnie wszelkich działań (w tym komunikacja werbalna) w sposób kontrolowany, przy pełnej świadomości ich konsekwencji i wzięciu za nie odpowiedzialności; d) uczenie się na własnych działaniach i stała ich autokorekta. Ponieważ impulsywne działanie często łączy się też z zachowaniem agresywnym, wskazany jest udział w treningu zastępowania agresji oraz w treningu asertywności.

Drugim ważnym problemem w ADHD, powodującym istotne społecznie komplikacje, jest występowanie zaburzeń uwagi. Powodują one przede wszystkim kłopoty w karierze edukacyjnej i zawodowej, ale przynoszą też wiele komplikacji w relacjach interpersonalnych. W tym przypadku istnieją trzy sposoby

radzenia sobie (będące jednocześnie integralną częścią leczenia całego zaburzenia): farmakoterapia, terapia i trening psychologiczny oraz strukturyzacja zachowania. W tym ostatnim przypadku mogą zostać w pełni zaangażowani rodzice, nauczyciele, a przede wszystkim sama osoba cierpiąca na zespół ADHD. Środki farmakologiczne stosowane w terapii tego zaburzenia przynoszą zwykle znacząca poprawę w zakresie zdolności koncentracji uwagi, choć interwencja psychologiczna oraz strukturyzacja są również bardzo potrzebne w celu wykształcenia właściwych nawyków. W dziedzinie interwencji psychologicznych szczególnie pozytywną rolę może odegrać trening uważności. Strukturalizacja to wprowadzenie dyscypliny oraz kontroli osób z ADHD, za pomocą ustalania celów, codziennego planowania, spisów rzeczy do zrobienia, segregowania danych oraz wszelkich terminarzy, które mogą znacznie ograniczyć wewnętrzny chaos w życiu osób z ADHD oraz zwiększyć efektywność działania, jak również wzmocnić poczucie kontroli. Bardzo może być tu pomocny trening zarządzania czasem.

Wreszcie bardzo istotne jest zmniejszenie ogólnej nadpobudliwości, która przejawia się nie tylko w sferze ruchowej (hiperaktywność), ale także w nadwrażliwości na bodźce, zwłaszcza o charakterze stresującym, bardzo jest zatem ważne kształtowanie psychicznej odporności dziecka. Godny uwagi jest na przykład program stymulowania odporności psychicznej dzieci w wieku przedszkolnym zaproponowany przez niemieckich psychologów[40]. W warunkach polskich rozwija tę problematykę Iwona Sikorska[41].

Warto podkreślić konieczność zwiększenia świadomości społeczeństwa dotyczącej problematyki ADHD, gdyż wciąż jeszcze ujmuje jego objawy jako sygnały nieposłuszeństwa lub złego wychowania. Postawy te są także skutkiem występowania w społeczeństwie mitów na temat owego zaburzenia, na przykład, że ADHD w ogóle nie istnieje lub jest wynikiem bezstresowego wychowania (czego nie potwierdziły żadne badania naukowe). Brak wiedzy dotyczącej tego zaburzenia oraz funkcjonujące w społeczeństwie mity powodują, że zarówno wiele dzieci, jak i dorosłych nie otrzymuje rzetelnej pomocy, przez co narażeni są na rozwój choroby oraz związane z tym poważne koszty psychospołeczne.

Podsumowanie

W artykule przedstawiono kwestię możliwych form wykluczania społecznego wobec osób dotkniętych chorobą Aspergera oraz zespołem ADHD. Te choroby, chociaż dzielą je znaczne różnice, są podobne do siebie w tym, że poważnie utrudniają relacje interpersonalne, co może powodować negatywne reakcje ze

[40] K. Fröhlich-Gildhoff, T. Dörner, M. Rönnau, *Prävention und Resilinzförderung in Kindertagseinrichtungen*, Ernst Reinhart, Monachium–Bazylea 2012.

[41] I. Sikorska, *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.

strony otoczenia, przybierające nawet formy wykluczenia. Wspólną cechą jest także fakt, że choroby te pojawiają się już we wczesnym dzieciństwie, a więc w szczególnie wrażliwym okresie życia, kiedy dla prawidłowego rozwoju potrzebne są jak najlepsze kontakty z otoczeniem społecznym. Konsekwencje psychicznych urazów spowodowanych społecznym odrzuceniem mogą być bardziej dotkliwe i długotrwałe niż sama choroba. Tak na przykład ADHD nierzadko zanika samoistnie w okresie adolescencji (najprawdopodobniej dzięki dojrzewaniu mózgu, a zwłaszcza obszarów kory czołowej), natomiast psychologiczne skutki odrzucenia przez rówieśników, nauczycieli, a nawet własną rodzinę mogą utrzymywać się jeszcze długo, przyjmując np. postać skłonności do epizodów depresyjnych.

W artykule przedstawiono najważniejsze objawy choroby Aspergera oraz zespołu ADHD, które w największym stopniu mogą przyczyniać się do izolacji społecznej. Szczególnie ważne jest, że choć dzieci z tymi symptomami nie przejawiają zaburzeń osobowości ani nawet klinicznie definiowanych zaburzeń zachowania, są odbierane, często niesłusznie, jako psychopatyczne, agresywne, antyspołeczne, dziwaczne, nieodpowiedzialne, nieczułe, niewspółpracujące z grupą i niewypełniające obowiązków. W konsekwencji powoduje to znaczne obniżenie samooceny, wycofywanie się z kontaktów społecznych, uciekanie w swój własny, hermetyczny świat. Cierpi też na tym kariera edukacyjna, a później również zawodowa. Często dzieci te oceniane są daleko poniżej własnych możliwości, co jest tym bardziej niepokojące, że znaczna ich część odznacza się licznymi uzdolnieniami i kreatywnością. W artykule przedstawiono także najważniejsze formy terapeutycznego, pedagogicznego i wychowawczego odziaływania, mającego na celu polepszenie relacji społecznych tych dzieci i umożliwienie im prawidłowego funkcjonowania w środowisku społecznym. Oprócz samej terapii, w tym farmakologicznej (szczególnie ważnej przy bardziej zaawansowanych formach ADHD), wchodzi tu przede wszystkim wiele różnorodnych form oddziaływania psychologicznego. Część z nich ma charakter specyficzny dla tych zaburzeń, dzieci mogą też jednak skorzystać z wielką dla siebie korzyścią z takich form, jak trening asertywności, trening umiejętności społecznych czy trening uważności. W każdym wypadku szczególnie ważna rola przypada rodzicom i nauczycielom.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Beata Zinkiewicz
dr, Zakład Problemów Społecznych i Resocjalizacji,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0001-8062-8102

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE PODEJMOWANE PRZEZ RODZINNYCH KURATORÓW SĄDOWYCH W OBSZARZE ZDROWIA

Streszczenie
Artykuł ma charakter teoretyczno-empiryczny i składa się z trzech części. Pierwsza z nich to teoretyczne rozważania skoncentrowane na problematyce zdrowia w ujęciu interdyscyplinarnym, przyjmującym holistyczną perspektywę funkcjonowania człowieka. Szczególną uwagę zwrócono na znaczenie wartości zdrowia w środowiskach zmarginalizowanych, narażonych na ryzyko wykluczenia społecznego. W drugiej, metodologicznej warstwie opracowania zaprezentowano przyjętą koncepcję i procedurę badawczą. Celem eksploracji była próba diagnozy działań profilaktycznych dotyczących obszaru zdrowia, podejmowanych przez kuratorów sądowych w rodzinach dysfunkcjonalnych objętych nadzorami. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety, wywiadu i analizy dokumentów. Badania miały charakter ogólnopolski i przeprowadzono je w reprezentatywnej grupie rodzinnych kuratorów zawodowych, społecznych i okręgowych. Część trzecią artykułu stanowi szczegółowa analiza konkretnych działań prewencyjnych podejmowanych przez kuratorów we wspomnianym obszarze. Obejmowały one promowanie zdrowego stylu życia, przypominanie o obowiązku szczepień i badaniach profilaktycznych, kontakt z podmiotami ochrony zdrowia, kierowanie do ośrodków terapii uzależnień. W konkluzji końcowej stwierdzono przeciętne zainteresowanie obszarem zdrowia na tle innych działań podejmowanych przez kuratorów w codziennej pracy. Badani najczęściej wykorzystywali strategię interwencyjną oraz strategię redukcji szkód. Działalność kuratorów zawodowych była bardziej nacechowana profilaktyką w porównaniu do pracy kuratorów społecznych. Najwięcej okazji do wdrażania projektów profilaktycz-

nych mieli kuratorzy pracujący w ośrodkach kuratorskich. Większe przekonanie na temat sensu wykorzystywania zabiegów profilaktycznych w codziennej pracy wyrażały kobiety, z ponadprzeciętnym poczuciem sprawstwa i świadomością wysokiej skuteczności własnej pracy.
Słowa kluczowe: kurator sądowy, rodzina dysfunkcjonalna, profilaktyka zdrowia

Health-related preventive actions undertaken by court-appointed family guardians
Abstract
The article is comprised of three parts and is of a theoretical and empirical nature. The first part includes theoretical considerations focused on the interdisciplinary approach of health-related issues which adopted a holistic perspective of the functioning of human beings. Particular attention was paid to the importance of health in marginalized environments which face the risk of social exclusion. The second, methodological layer of the study presents the adopted concept and the research procedure. The aim of the exploration was to make an attempt to diagnose health-related preventive actions undertaken by court-appointed family guardians in dysfunctional families subject to supervision. In order to do so, the author applied a diagnostic poll method with the use of a questionnaire, interviews and a document analysis. The research was conducted nationwide in a representative group of court-appointed family professional, social and district guardians. The third part of the article is a detailed analysis of specific preventive actions undertaken by court-appointed family guardians in the above mentioned area which included promoting a healthy lifestyle, reminding about the obligation to vaccinate and undergo checkups, maintaining contact with health care institutions, and sending to addiction treatment centers. In the final conclusion the author stated that in comparison to other actions undertaken by court-appointed family guardians in their daily work, the interest in health was average. The respondents most often took advantage of the intervention strategy or the harm reduction strategy. Professional guardians concentrated more on prevention than social guardians. The guardians working in juvenile detention centers had as many opportunities as possible to implement preventive projects. Women with above-average sense of authorship and awareness of high effectiveness of their own work were more convinced about the sense and purpose of using preventive actions in their daily work.
Key words: court-appointed family guardian, dysfunctional family, health promotion

Przesłanki teoretyczne

W ostatnim ćwierćwieczu w obszarze nauk humanistycznych można zauważyć coraz większe zainteresowanie problematyką zdrowia i choroby. Zarówno liczne analizy naukowe, jak i obserwacje rzeczywistości społecznej dowodzą, że obok czynników genetycznych istotnymi determinantami zdrowia i jego zaburzeń są zmienne środowiskowe, styl życia, czynniki psychologiczno-kulturowe i społeczno-ekonomiczne[1]. Interdyscyplinarną perspektywę w spojrzeniu na zagadnienie zdrowia i choroby można dostrzec w sformułowanej jeszcze w połowie ubiegłego stulecia definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), w której pojęcie zdrowia oznacza „nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”[2]. Ujęcie to akcentuje ponadto subiektywny wymiar odczuwania, który nie

[1] E. Syrek, *Wstęp* [w:] *Jakość życia w chorobie – społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, red. *eadem*, OW Impuls, Kraków 2001, s. 7.

[2] B. Woynarowska *et al.*, *Zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce i w innych krajach. Raport z badań*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993, s. 4.

zawsze musi być zgodny z medycznym obrazem stanu zdrowia danej jednostki. Zatem na popularną obecnie holistyczną koncepcję zdrowia składa się kilka powiązanych ze sobą aspektów: zdrowie fizyczne, rozumiane jako prawidłowe funkcjonowanie narządów i układów organizmu człowieka, zdrowie psychiczne, czyli sprawność umysłu i równowaga emocjonalna (np. zdolność rozpoznawania i wyrażania uczuć, czy umiejętność radzenia sobie ze stresem), zdrowie społeczne, utożsamiane ze zdolnością do utrzymywania prawidłowych relacji interpersonalnych i zdrowie duchowe, oznaczające umiejętność utrzymywania wewnętrznego spokoju (życia w zgodzie z wartościami, najczęściej związanego z wiarą i praktykami religijnymi)[3].

Wymienione kategorie stanowią spójną, warunkującą się wzajemnie całość i wpisują się w obowiązujący obecnie społeczno-ekologiczny model zdrowia, związany z paradygmatem salutogenetycznym[4], w którym akcentowana jest zmienność zdrowia w czasie, więc ujmowane jest ono poprzez kontinuum: zdrowie – choroba (zaproponowanym przez socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego), oznaczające pewną zróżnicowaną jakościowo przestrzeń pomiędzy stanem idealnym a zaawansowanym procesem chorobowym. Zgodnie z tym ujęciem jakość zdrowia jednostki (jej miejsce na kontinuum) stanowi wypadkową jej potencjału zdrowotnego (wyposażenia biologicznego – uwarunkowań genetycznych, odporności fizjologicznej itp.), zasobów podmiotowych (świadomość zdrowotna) i środowiskowych (cechy otoczenia fizycznego i przyrodniczego, dostępność ośrodków opieki medycznej itp.) oraz umiejętności jego wykorzystania (styl życia uwzględniający postawy prozdrowotne lub antyzdrowotne)[5]. Współcześnie coraz częściej ujmuje się zdrowie jako szczególną wartość, o którą trzeba dbać i brać za nią odpowiedzialność. Dzięki niej bowiem jednostka lub grupa realizuje swoje potrzeby satysfakcji i rozwoju, potrafi radzić sobie ze środowiskiem i je przekształcać. Jest to wartość stanowiąca istotny zasób gwarantujący rozwój społeczno-ekonomiczny, który przekłada się na poprawę jakości życia człowieka[6].

Zagadnienie jakości życia jest nierozerwalnie związane ze zdrowiem i również obejmuje kilka komplementarnych sfer funkcjonowania człowieka: biologiczną, społeczną, podmiotowo-duchową. Jak zauważa Andrzej Radziewicz-Winnicki, subiektywną miarą jakości życia w sferze biologicznej jest stan fizycznego dobrostanu, przyjemności, ewentualnie brak poczucia dyskomfortu. W sferze społecznej są to poprawne relacje z otoczeniem, wypełnianie ról

---

[3] Z. Żukowska, *Zdrowie (Słownik pojęć kluczowych)*, [w:] *Pedagogika społeczna*, t. 2, red. E. Marynowicz-Hetka, WN PWN Warszawa 2007, s. 584.

[4] E. Syrek, *Zdrowie* [hasło], [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 7, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2008, s. 874–875; A. Gaweł, *Zdrowie dzieci i młodzieży – wyzwania dla praktyki edukacyjnej*, [w:] *Dylematy współczesnego wychowania i edukacji*, red. A. Kozłowska, OW AFM, Kraków 2007, s. 128–129.

[5] A. Gaweł A., op. cit., s. 129.

[6] Z. Żukowska, op. cit., s. 584.

społecznych zgodnie z wyznaczonymi standardami w danym środowisku, poczucie bezpieczeństwa, bycia akceptowanym w grupie. Z kolei w wymiarze podmiotowo-duchowym źródłem jakości życia jest pozostawanie w zgodzie ze sobą i wartościami absolutnymi, realizacja indywidualnych celów, zainteresowań i pasji[7]. Integracja tych sfer przekłada się na subiektywne poczucie sensu życia.

Zarówno holistyczna koncepcja zdrowia, jak i związane z nią pojęcie jakości życia przywoływane są najczęściej w kontekście współczesnych zagrożeń społecznych, a w szczególności – przy okazji analizy zjawiska marginalizacji i ekskluzji, polegającego na stopniowym wyłanianiu się w danym społeczeństwie pewnych peryferyjnych grup defaworyzowanych, zbędnych, niepotrzebnych, wykluczanych z czynnego uczestnictwa w życiu społecznym. Marginalizowane są przede wszystkim osoby ubogie, bezdomne, upośledzone umysłowo, uzależnione od środków psychoaktywnych, opuszczające zakłady penitencjarne. Źródła ich problemów (które dziś urosły do rangi istotnego problemu społecznego) lokowane są najczęściej w transformacji społeczno-ustrojowej, która obok niewątpliwych pozytywnych zmian przyniosła również wiele rozczarowań, związanych między innymi z pogłębiającym się rozwarstwieniem społecznym. W tym kontekście mówi się o syndromach 3 B i 4 B (Bieda – Bezrobocie – Bezdomność oraz Bogaci Bogacą się – Biedni Biednieją), mając na myśli ogromną grupę osób, która „nie nadążyła" za gwałtownymi zmianami i nie poradziła sobie w nowej rzeczywistości rodzącej się demokracji i gospodarki wolnorynkowej, gdzie bardziej liczy się inicjatywa i przedsiębiorczość, a pomoc państwa w obliczu różnorodnych trudności nie jest już tak oczywista jak dawniej, stając się pewnym przywilejem, często wręcz dobrem starannie reglamentowanym. Wiąże się to z ewolucją współczesnej polityki społecznej i wynikającą z niej wyraźną zmianą akcentów: od typowego dla poprzedniego ustroju „wyręczania" obywateli w kierunku ich wspierania, czyli wspomagania w rozwoju indywidualnych i środowiskowych zasobów.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, oczywiste jest, że szeroko rozumiane zdrowie i jakość życia jednostek oraz grup wykluczonych społecznie pozostawiają wiele do życzenia (we wszystkich wspomnianych wcześniej sferach), toteż powinny być przedmiotem powszechnej troski. W tym kontekście dążenie do przeciwdziałania negatywnym skutkom marginalizacji, ograniczanie niekorzystnych zmian prowadzących do gettyzacji biedy i związanego z nią rozprzestrzeniania się patologii oraz ogólna poprawa kondycji biopsychospołecznej osób wykluczonych staje się sprawą priorytetową, zwłaszcza dla przedstawicieli służb społecznych, zlokalizowanych zarówno w sektorze publicznym, jak i pozarządowym, np. pracowników socjalnych, asystentów rodziny, *streetworkerów*, kuratorów sądowych itp. Najważniejszym zadaniem wymienionych instytucji

[7] A. Radziewicz-Winnicki, *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 607.

jest uruchamianie wszelkich działań o charakterze inkluzyjnym, czyli ogółu zabiegów zmierzających do reintegracji społecznej jednostek i grup wykluczonych, zapewnienia im poczucia bezpieczeństwa socjalnego, odbudowy poczucia własnej wartości oraz uświadomienia znaczenia partycypacji i sprawstwa w funkcjonowaniu ich wspólnoty lokalnej. Przykładami cennych inicjatyw służb społecznych we wspomnianym obszarze są różnorodne programy wychodzenia z bezdomności, aktywizacji bezrobotnych, rehabilitacji niepełnosprawnych czy terapii uzależnień.

Instytucja rodzinnego kuratora sądowego jest w naszym kraju jednym z ważniejszych podmiotów współczesnego systemu pomocy, profilaktyki i resocjalizacji w środowisku otwartym. Zgodnie z obowiązującymi regułami legislacyjnymi kuratorzy realizują określone przez prawo zadania o charakterze wychowawczo-resocjalizującym, diagnostycznym, profilaktycznym i kontrolnym[8]. Swoim postępowaniem obejmują ogromną liczbę osób, wśród których znajdują się zarówno jednostki głęboko uwikłane w patologię, jak i te, które z przyczyn bardziej lub mniej przez siebie zawinionych są dopiero narażone na ryzyko wykluczenia społecznego. Nadzorowane środowiska charakteryzują się często tak dużym nagromadzeniem czynników patogennych, że proces udzielania im instytucjonalnego wsparcia (często wbrew ich woli, bez zrozumienia potrzeby zmiany i koniecznej współpracy) jest długi, skomplikowany i stanowi ogromne wyzwanie dla podmiotów pomagających. Patrząc przez pryzmat efektywności wychowawczej, najtrudniejsze są rodziny z problemem alkoholowym i – powiązanym z nim najczęściej – zjawiskiem przemocy. Równie niekorzystne, a przynajmniej mało obiecujące prognozy (pedagogiczne i kryminologiczne) odnoszą się do środowisk przestępczych. Niezależnie od tego wśród podopiecznych kuratorów znajdują się również osoby przeżywające różnorodne kryzysy życiowe o charakterze przejściowym (np. choroba, utrata pracy), którym umiejętnie udzielone wsparcie może stanowić punkt zwrotny w procesie przywracania własnych zdolności samoregulacyjnych. Optymistyczne prognozy wychowawcze odnoszą się na przykład do nadzorowanych rodzin zastępczych, którym bardzo często wystarcza pomoc o charakterze informacyjno-doradczym.

W zależności od tego, czy nadzór dotyczy nieletniego przestępcy, osoby uzależnionej od substancji psychoaktywnych, rodziny dysfunkcjonalnej częściowo[9], czy dysfunkcjonalnej całkowicie[10], kurator kieruje się ustaleniami diagnostycznymi i przyjmuje określony model pracy z każdym indywidualnym

[8] K. Gromek, *Kuratorzy sądowi. Komentarz do ustawy z 27 lipca 2001 r*., Lexis Nexis, Warszawa 2002.

[9] Dysfunkcjonalność częściowa oznacza niewypełnianie wybranych funkcji rodziny, np. funkcji ekonomicznej, emocjonalnej itp. Dotyczy ona przykładowo nadzorów opiekuńczych nad rodzinami niekompletnymi wskutek emigracji zarobkowej jednego lub obojga rodziców, zaniedbującymi potrzeby małoletnich dzieci, tzw. eurosierot.

[10] Dysfunkcjonalność całkowita wiąże się z niewypełnianiem wielu ważnych funkcji rodziny, np. w przypadku choroby alkoholowej rodziców.

przypadkiem, eksponując w nim w mniejszym lub większym stopniu aspekt kontrolno-informacyjny, kontrolno-opiekuńczy lub terapeutyczno-opiekuńczy[11]. W ramach wybranego modelu kurator posługuje się szeregiem metod i form pracy wychowawczej (np. informowanie, dostarczanie wzorów osobowych, stosowanie zaleceń, wyrażanie sugestii, doradzanie wychowawcze, przekonywanie, organizowanie doświadczeń[12]). Zgodnie z filozoficznymi założeniami *caseworku* kurator, korzystający z repertuaru możliwych do zastosowania sposobów postępowania, musi mieć na względzie konieczność respektowania kluczowych zasad pracy z powierzonymi przez sąd osobami (np. zasady akceptacji, indywidualizacji, współuczestnictwa, systematyczności, współpracy ze środowiskiem, optymizmu pedagogicznego), które stały się uniwersalnymi, uzasadnionymi teoretycznie i sprawdzonymi w praktyce wyznacznikami osobliwej relacji z drugim człowiekiem.

Mimo iż specyfika profesji kuratorów sądowych może tworzyć wrażenie, że podejmują oni zabiegi o charakterze *stricte* resocjalizacyjnym, to w całokształcie zadań i celów do osiągnięcia w ich codziennej pracy można dostrzec ogromną przestrzeń dla działalności profilaktycznej. Obejmują oni bowiem nadzorami całe środowiska rodzinne i mają szansę działać systemowo, tj. we współpracy z innymi podmiotami mogą podejmować próby zapobiegania pojawianiu się niekorzystnych czynników, które jeszcze nie wystąpiły, ale istnieje potencjalne ryzyko zagrożenia nimi (np. choroba, utrata pracy). Czynności wczesnoprofilaktyczne (obok działań resocjalizacyjnych) wynikają z funkcji „zewnętrznej" i razem z działaniami wspomagającymi sąd oraz czynnościami organizacyjnymi (funkcja „wewnętrzna") składają się na ogólny model roli zawodowej kuratora sądowego[13]. Aspekt „zewnętrzny" działalności kuratora wiąże się z czynnościami podejmowanymi w środowisku lokalnym i obejmuje szereg zadań zmierzających zarówno do korygowania niepożądanych zachowań i postaw podopiecznych, jak i budowania klimatu sprzyjającego motywowaniu ich do wewnętrznej przemiany. Kurator może inicjować i koordynować różnorodne działania środowiskowe na rzecz osób nadzorowanych, dostarczając im – alternatywnych wobec dotychczasowych – pozytywnych wzorców postępowania, może dopingować ich do pracy nad sobą w zakresie wzmacniania samokontroli wewnętrznej, asertywności, redukcji zachowań agresywnych, czy też wyzwalać i wzmacniać ich aktywność twórczą. Taki rodzaj aktywności kuratora mieści się w zakresie działalności typowej dla profilaktyki uniwersalnej (zwanej również pierwszorzędową lub uprzedzającą). Przyjmując holistyczną perspektywę w spojrzeniu na osoby

---

[11] M. Heine, *Warunki efektywności resocjalizacji nieletnich poddanych dozorowi sądowych kuratorów społecznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1982, s. 36–37.

[12] M. Kalinowski, *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, [w:] *Profilaktyka i resocjalizacja młodzieży*, red. F. Kozaczuk, B. Urban, Wydawnictwo WSP, Rzeszów 1997, s. 220–223.

[13] T. Jedynak, K. Stasiak, *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Lexis Nexis, Warszawa 2007, s. 36–37.

objęte nadzorem, przy projektowaniu działalności prewencyjnej trudno jest pominąć kwestię ich kondycji zdrowotnej. Tak więc wszelkie zabiegi służące szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej w kierunku promocji zdrowia (lansowania wzorców postaw prozdrowotnych i eliminowania zachowań antyzdrowotnych), które mają służyć wzmocnieniu ogólnej kondycji psychofizycznej podopiecznych, a w rezultacie – poprawie ich funkcjonowania w różnych sferach życia – można uznać za działania inkluzyjne.

Uwagi metodologiczne

Biorąc pod uwagę zarówno przesłanki teoretyczne, jak i opierając się na osobistych minionych doświadczeniach w pracy kuratora, autorka niniejszego opracowania zrealizowała projekt badawczy uwzględniający interdyscyplinarne podejście do działalności kuratora sądowego. Mając na celu poznanie tych czynności kuratorów rodzinnych, które wykraczają poza tradycyjnie rozumianą kontrolę i mają charakter profilaktyczny, przeprowadziła ogólnopolskie badania obejmujące próbę ponad tysiąca kuratorów (zawodowych, społecznych i okręgowych) zatrudnionych w 33 okręgach sądowych w pionie rodzinnym. Wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego z zastosowaniem ankiety, wywiadu i analizy dokumentów. W niniejszym opracowaniu zostaną zaprezentowane i omówione tylko te wyniki eksploracji, które bezpośrednio dotyczą obszaru zdrowia (w najwęższym rozumieniu) i działań prewencyjnych kuratorów w tym zakresie[14]. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu, uwagi metodologiczne również będą odnosiły się tylko do określonego wycinka badań.

Najbardziej inspirującym tłem teoretycznym przyjętym dla analizowanej problematyki okazały się koncepcje systemowe (ekologiczne) i – popularna aktualnie na gruncie profilaktyki – koncepcja *resilience*. Stanowiły one punkt wyjścia w projektowaniu części kwestionariusza ankiety uwzględniającej holistyczną perspektywę w spojrzeniu na osoby nadzorowane, czyli biopsychospołeczny kontekst każdego indywidualnego przypadku. Biorąc pod uwagę założenia ogólnej teorii systemów[15], akcentującej nierozerwalny związek różnych elementów rzeczywistości biologicznej, psychologicznej i społecznej (osoby – instytucje – relacje) i będącej jej rozwinięciem tezy koncepcji przestrzeni ekologicznych D. Baackego[16], autorka wyodrębniła pięć komplementarnych ob-

[14] Wyniki badań odnoszące się do innych obszarów działalności kuratora zostały opublikowane w monografii autorki pt. *Profilaktyczny wymiar działalności rodzinnych kuratorów sądowych*, OW AFM, Kraków 2015.

[15] L. Bertalanffy, *Ogólna teoria systemów. Podstawy, rozwój, zastosowania*, przeł. E. Woydyłło-Woźniak, PWN, Warszawa 1984; A. Bałandynowicz, *Rozwój konceptualizacji środków probacyjnych i kształtowanie się metod resocjalizacyjnych*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2009, s. 250–277.

[16] H.M. Griese, *Socjologiczne teorie młodzieży. Wprowadzenie*, przeł. J. Dąbrowski, OW Impuls, Kraków 1996.

szarów funkcjonowania jednostki/rodziny nadzorowanej: „zdrowie", „relacje w rodzinie", „edukacja", „praca", „rozwój osobowości" – jako arenę działalności profilaktycznej kuratora rodzinnego. Każdemu z nich przyporządkowała konkretne działania ujęte w postaci itemów i czterostopniową skalę: „bardzo często podejmuję", „często", „czasami", „nigdy nie podejmuję". Do koncepcji *resilience* autorka odwołała się przede wszystkim dlatego, że jest to interdyscyplinarne, eklektyczne ujęcie, które w przekonujący sposób, w oparciu o analizy empiryczne próbuje wyjaśnić fenomen dobrego funkcjonowania jednostki, niezależnie od niesprzyjających warunków życiowych lub traumatycznych zdarzeń[17]. Rodzinny kurator sądowy jako jeden z elementów lokalnego systemu opieki i profilaktyki, obejmujący swoim oddziaływaniem środowiska zmarginalizowane, może odegrać istotną rolę w procesie poszukiwania i wzmacniania pozytywnych zasobów jednostki i otoczenia, czyli utrwalania czynników chroniących, będących – zgodnie z tezami przywołanej koncepcji – buforem wobec obszarów ryzyka.

Biorąc pod uwagę analizowany w niniejszym opracowaniu wycinek badań, wyniki eksploracji powinny dać odpowiedź na następujące pytania/problemy badawcze:

- Jaką rangę wśród innych działań profilaktycznych podejmowanych przez rodzinnych kuratorów sądowych zajmują zabiegi związane ze zdrowiem osób nadzorowanych?
- Jakie konkretne działania o charakterze profilaktycznym podejmują kuratorzy w stosunku do osób nadzorowanych w obszarze „zdrowie"? Jaka jest częstotliwość tych działań?
- W jakim zakresie obraz podejmowanych działań prewencyjnych jest zróżnicowany ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych?
- Jaka zależność istnieje pomiędzy określaniem swojej pozycji w systemie profilaktyki (poczuciem sprawstwa) a podejmowaniem konkretnych działań zapobiegawczych w obszarze „zdrowie"?
- Jaka istnieje zależność pomiędzy deklarowaną skutecznością własnej pracy a podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych związanych ze zdrowiem osób nadzorowanych?

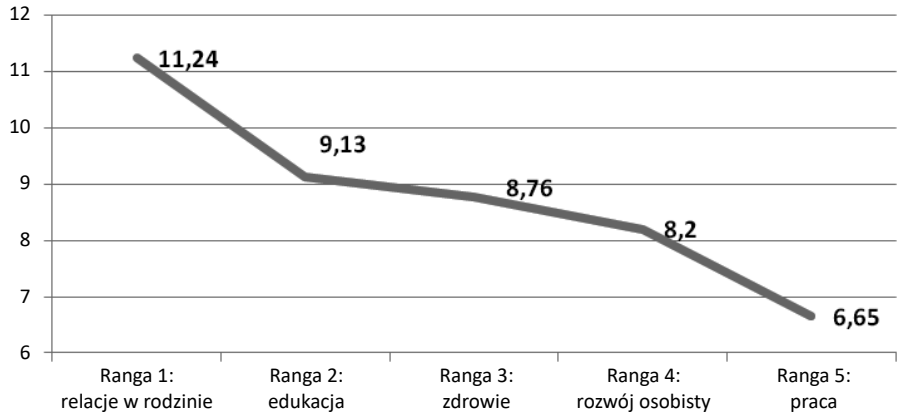
Rezultaty empiryczne zostały opracowane statystycznie. Wykorzystano kilka testów: test T-Studenta, test jednorodności wariancji ANOVA, test Kruskala-Wallisa, korelacji r-Pearsona, Rho Spearmana, test miar dopasowania chi kwadrat, test U Manna-Whitneya.

[17] A. Borucka, *Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań*, [w:] *Resilience. Teoria, badania, praktyka*, red. W. Junik, Wydawnictwo Edukacyjne „Parpamedia", Warszawa 2011, s. 11–25.

Analiza wyników badań

Pojęcie „profilaktyka" wywodzi się bezpośrednio z obszaru nauk medycznych i najczęściej kojarzone jest ze zdrowiem, zarówno somatycznym, jak i psychicznym. Wartość zdrowia jest nie do przecenienia i w świadomości współczesnego człowieka zajmuje jedną z czołowych pozycji (obok rodziny) w hierarchii rzeczy najważniejszych w życiu[18]. Dlatego ochrona zdrowia obywateli jest konstytucyjnym obowiązkiem państwa, a tym samym – reprezentujących je instytucji, w tym kuratora sądowego. Podopieczni kuratorów rodzinnych to zazwyczaj osoby charakteryzujące się poważnym deficytem w zakresie przestrzegania zdrowego trybu życia. Powszechne ubóstwo i uzależnienia wielu osób nadzorowanych w znaczący sposób osłabiają kondycję zdrowotną nie tylko jednostek bezpośrednio weń uwikłanych, ale też degradują całe środowiska rodzinne. Biorąc pod uwagę popularną piramidę potrzeb A. Maslowa, trudno wyobrazić sobie wywieranie jakiegokolwiek wychowawczego wpływu kuratora na osoby nadzorowane bez odwołania się do ich szeroko rozumianego zdrowia.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie/problem badawczy odnoszący się do hierarchii ważności podejmowanych przez kuratorów działań profilaktycznych, zestawiono wyniki dotyczące wszystkich wyodrębnionych dziedzin. Dla czytelniejszego zobrazowania znaczenia poszczególnych obszarów działań dla badanej populacji kuratorów posłużono się wykresem (wykres 1).



Wykres 1. Przypisywanie znaczenia poszczególnym działaniom przez kuratorów

W wykresie 1 zestawiono rangi, jakie kuratorzy przypisują poszczególnym oddziaływaniom profilaktycznym. Najistotniejsza jest dla nich działalność

[18] L. Kocik, *Rodzina w obliczu wartości i wzorów życia ponowoczesnego świata*, OW AFM, Kraków 2006, s. 41–42.

w obszarze relacji rodzinnych, następnie edukacji, kolejno – zdrowia i rozwoju osobowości. Na ostatnim miejscu znalazła się płaszczyzna działań związanych z pracą podopiecznych kuratorów.

Na podstawie tego zestawienia można stwierdzić, że zdrowie nadzorowanych nie jest dla badanych priorytetową dziedziną i najwyraźniej nie zawsze odwołują się oni do ugruntowanych w teorii hierarchii potrzeb człowieka. Być może jest to spowodowane specyficznym rozumieniem swojej roli zawodowej i wynikającym z niej innym uporządkowaniem istotności zadań wyznaczonych przez prawo i przełożonych. Kuratorzy większą wagę przywiązują do relacji w rodzinie, ponieważ źródła problemów w prowadzonych przez nich sprawach tkwią na ogół w zaburzonych stosunkach interpersonalnych, nadszarpniętych lub zerwanych więzach małżeńskich i/lub rodzicielskich, w niewłaściwych postawach wychowawczych i patologiach. Podobnie jest w przypadku edukacji. Zdecydowana większość podopiecznych kuratorów ma nieuregulowaną sytuację szkolną z powodu absencji i/lub niepowodzeń dydaktycznych, więc działania prewencyjne w tym zakresie wydają się bardziej pilne. Ponadto nie każdy kurator potrafi spojrzeć holistycznie na osoby nadzorowane, koncentrując się na aspektach kontrolnych i wychowawczych. Potwierdzają to inne wyniki badań autorki, dotyczące rozumienia działalności profilaktycznej w odniesieniu do swojej pracy z nadzorowanymi: otóż tylko 1,7% kuratorów zawodowych i 2,6% kuratorów społecznych utożsamia działalność profilaktyczną z szeroko rozumianym promowaniem zdrowia. Najwięcej badanych traktuje prewencję jako dziedzinę wkomponowaną w całokształt obowiązków, co świadczy raczej o przywiązaniu do kontrolnego modelu sprawowania nadzorów[19]. Innym – bardziej prozaicznym – powodem mniejszego zainteresowania obszarem zdrowia na tle innych dziedzin działalności badanych jest nadmiar obowiązków, zmuszający nawet humanistycznie zorientowanych kuratorów do wykonywania pilnych zadań zleconych przez sąd, np. jednorazowych wywiadów środowiskowych.

W tabeli 1 zobrazowane zostały wyniki na temat podejmowanych konkretnych działań prewencyjnych w analizowanym obszarze, uzyskane w grupie kuratorów zawodowych.

Respondenci zostali poproszeni o ustosunkowanie się do stwierdzeń umieszczonych w tabeli i określenie częstotliwości podejmowania konkretnych działań. W większości przypadków stwierdzenia były doprecyzowane. I tak, promowanie zdrowego stylu życia oznaczało rozmowy lub dostarczanie lektury na temat codziennej diety, aktywnego wypoczynku, uprawiania sportu, rekreacji, szkodliwości stosowania używek itp. Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych to np. dostarczanie fachowych broszur zachęcających kobiety do regularnego badania piersi. Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach ochronnych odnosiło się do małoletnich dzieci z nadzorów opiekuńczych. Chodziło o działania informujące o dostępnym i aktualizowanym cyklicznie kalenda-

[19] B. Zinkiewicz, op. cit., s. 117–121.

rzu szczepień i o czynności kontrolne w zakresie systematyczności ich przeprowadzania. Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień obejmowało natomiast nie tylko klasyczne uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, ale też uwzględniało nowy typ uzależnienia, np. od hazardu czy Internetu.

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w obszarze „ZDROWIE" przez kuratorów zawodowych

Działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE" / Kurator zawodowy	**Nigdy nie podejmuję**		**Czasami**		**Często**		**B. często podejmuję**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Promowanie zdrowego stylu życia	4	1,0	91	21,8	176	42,1	147	35,2
Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych	70	16,7	215	51,4	107	25,6	26	6,2
Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach	6	1,4	53	12,6	160	38,1	201	47,9
Kontakt z lekarzem rodzinnym, szpitalem, PFRON itp.	49	11,7	217	51,7	111	26,4	43	10,2
Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień	1	0,2	27	6,4	135	31,8	**261**	**61,6**

Z danych umieszczonych w powyższej tabeli wyraźnie wynika, że działania kuratorów podejmowane w obszarze „zdrowie" koncentrują się najczęściej na kierowaniu podopiecznych do ośrodków terapii uzależnień (61,6% wskazań). Częstotliwość aktywności kuratorów w tym zakresie dodatkowo potwierdza powszechność występowania w kontrolowanych środowiskach problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Dość duży odsetek badanych (blisko 48%) przypomina regularnie osobom nadzorowanym o obowiązkowych szczepieniach. Na trzecim miejscu wśród działań bardzo często podejmowanych przez kuratorów znalazła się promocja zdrowego stylu życia. Wyniki uzyskane w przedziale „często podejmuję" rozłożone są dość równomiernie, co oznacza, że respondenci wykorzystują na co dzień wszystkie wymienione propozycje działań profilaktycznych. Wśród działań najmniej popularnych znalazły się czynności związane z mobilizowaniem osób nadzorowanych do badań profilaktycznych i kontakt z placówkami opieki zdrowotnej.

W tabeli 2 umieszczono dane odnoszące się do grupy kuratorów społecznych.

Wśród działań profilaktycznych bardzo często podejmowanych przez kuratorów społecznych znalazły się kolejno: promowanie zdrowego stylu życia (38,6%), kierowanie do ośrodków terapii uzależnień (35,2%) i przypominanie o szczepieniach ochronnych (32,7%). Podobnie jak w poprzedniej grupie, wolontariusze wymieniali wszystkie zaproponowane działania jako często wykorzystywane w codziennej praktyce, ponieważ rozkład wyborów dokonywanych w tym przedziale jest dość równomierny. Do działań najrzadziej podejmowanych

w tej grupie osób można zaliczyć natomiast kontakt z lekarzem rodzinnym – co czwarty badany kurator społeczny nie uwzględnia go w repertuarze wykorzystywanych środków.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w obszarze „ZDROWIE" przez kuratorów społecznych

Działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE" / Kurator społeczny	**Nigdy nie podejmuję**		**Czasami**		**Często**		**B. często podejmuję**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Promowanie zdrowego stylu życia	13	2,3	127	22,2	211	36,9	**221**	**38,6**
Mobilizowanie do wykonywania badań profilaktycznych	120	21,4	250	44,6	136	24,2	55	9,8
Przypominanie o obowiązkowych szczepieniach	44	7,7	139	24,4	200	35,1	186	32,7
Kontakt z lekarzem rodzinnym, szpitalem, PFRON, itp.	**144**	**25,6**	248	44,0	117	20,8	54	9,6
Kierowanie do ośrodków terapii uzależnień	39	6,9	133	23,4	196	34,5	200	35,2

Obraz uzyskanych rezultatów badawczych uzupełniają liczne wypowiedzi badanych, stwierdzające bardzo niską świadomość zdrowotną nadzorowanych środowisk, zwłaszcza w rejonach wiejskich. Za wymowną ilustrację tego problemu może posłużyć dopisek jednej z kuratorek w rubryce dotyczącej promowania zdrowia, tzn. dostarczania fachowej lektury lub broszur informacyjnych: „A po co? Żeby było czym palić w piecu?..."[20]. Wielu podopiecznych kuratorów lekceważy i zaniedbuje obowiązki związane ze zdrowiem, nie tylko własnym, ale też swoich dzieci, narażając je na poważne ryzyko chorób, a często również wynikającej z nich trwałej niepełnosprawności. Przykładowo – wielu rodziców bardziej lub mniej świadomie rezygnuje ze szczepienia dzieci[21]. Niewłaściwe nawyki żywieniowe, nieregularność przyjmowanych posiłków, a nawet niedożywienie to powszechny problem rodzin znajdujących się pod opieką kuratorów. W wielu rodzinach pojęcie badań profilaktycznych jest zupełnie obce, a konsultacje u specjalistów mają miejsce dopiero wtedy, gdy objawy chorób są widoczne i naprawdę dotkliwe. Dotyczy to w jednakowym stopniu osób dorosłych i dzieci. Najpoważniejszym jednak problemem diagnozowanym w nadzorowanych

[20] Zacytowana wypowiedź upoważnia do przyjęcia znacznie szerszej perspektywy interpretacyjnej dotyczącej marginalizowanych środowisk, uwzględniającej przede wszystkim ubóstwo rodzin objętych opieką kuratorów. W tym kontekście zaniedbywanie obszaru związanego ze zdrowiem jest wtórne w stosunku do codziennego zmagania się z biedą i niezależne od obiektywnej świadomości pożyteczności zachowań prozdrowotnych.

[21] Ambiwalentne postawy wobec szczepień ochronnych stały się przedmiotem wielu dyskusji nagłaśnianych przez media, w których w przekonujący sposób prezentowane są stanowiska dotyczące możliwych powikłań poszczepiennych, co dodatkowo może dezorientować i wzmacniać wątpliwości wielu rodziców, przekładając się bezpośrednio na ich zachowania w tym zakresie.

środowiskach są uzależnienia, znacząco osłabiające kondycję zdrowotną podopiecznych, dlatego najwięcej działań kuratorów koncentruje się na kierowaniu ich do specjalistycznych placówek terapeutycznych. Zarówno relacje kuratorów okręgowych, jak i wypowiedzi ankietowanych przy analizie innych wątków rozpoznawanego zagadnienia dowodzą, że problemy z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (nikotyny, alkoholu, narkotyków) znajdują się na liście najważniejszych powodów zawieranych kontraktów wychowawczych[22].

Niezadowalająca kondycja zdrowotna podopiecznych kuratorów staje się dodatkowym impulsem dla inicjowania różnego rodzaju akcji społecznych w środowiskach lokalnych oraz prowadzenia cyklicznych zajęć o charakterze prewencyjnym na terenie ośrodków kuratorskich. Z badań wynika, że propagowanie zdrowego trybu życia jest jednym z kluczowych celów określanych przez kadrę tych instytucji. Jest on realizowany przede wszystkim podczas zajęć sportowych (w różnych dyscyplinach) i rekreacyjnych, ale też edukacyjnych (dotyczących zapobiegania uzależnieniom od nikotyny, alkoholu, narkotyków, leków, sterydów, inhalantów i dopalaczy oraz profilaktyki HIV/AIDS). Wśród wartościowych przedsięwzięć prozdrowotnych o zasięgu lokalnym można również wymienić Wakacyjne Tygodnie Profilaktyki organizowane w formie festynów.

Porównując wyniki badań ankietowych dotyczące konkretnych zabiegów prewencyjnych w obszarze zdrowia z wypowiedziami badanych (również kuratorów okręgowych) na temat działalności profilaktycznej na terenie ośrodków kuratorskich, można stwierdzić, że zdecydowanie więcej okazji do promowania postaw prozdrowotnych mają osoby z tych rejonów, w których funkcjonują wspomniane instytucje.

Kolejne kroki analizy zmierzają do uzyskania odpowiedzi na pytanie odnoszące się do zróżnicowania obrazu działań profilaktycznych w obszarze zdrowia ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych. W zestawieniu poniżej zostanie uwzględniona pierwsza zmienna.

Tabela 3. Działania profilaktyczne w obszarze zdrowia podejmowane przez kuratorów zawodowych i społecznych

Obszar	**Kurator**	**N**	**M**	**SD**	**Test T**
Zdrowie	Zawodowy	425	9,45	2,37	F = 24,154; df = (991,9); t = 7,082; **p<0,000**
	Społeczny	577	8,26	2,94	

Analiza testem t- Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazała, iż rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) różnicuje ocenę działań profilaktycznych. Można zauważyć, że kuratorzy zawodowi (M = 9,45; SD = 2,37) wyżej oceniają swoją pracę w stosunku do osób nadzorowanych w obszarze działań związanych ze zdrowiem niż kuratorzy społeczni (M = 8,26; SD = 2,94). Wynik ten jest

[22] B. Zinkiewicz, *op. cit*., s. 193–194.

istotny statystycznie dla p<0,01, co oznacza, że grupy kuratorów różnią się między sobą.

Uzyskane wyniki wyraźnie potwierdzają zależność podejmowanej działalności profilaktycznej od pełnionej funkcji. To kuratorzy zawodowi odznaczają się większą aktywnością wobec osób nadzorowanych w stosowaniu zabiegów prewencyjnych w obszarze zdrowia. Można to tłumaczyć lepszym, staranniejszym i wszechstronniejszym przygotowaniem merytorycznym i metodycznym tej grupy badanych. Ponadto dla pracowników etatowych różnorodne czynności profilaktyczne wykonywane na rzecz podopiecznych stanowią główny nurt codziennej pracy, podczas gdy dla wolontariuszy są zwykle zajęciem dodatkowym (z wyjątkiem sporej grupy emerytowanych kuratorów społecznych). Można przypuszczać, że wiąże się to z większą systematycznością i starannością, niezależnie od ogromnego obciążenia pracą.

Poniżej zestawiono dane dla oceny zależności między płcią a podejmowaniem działań w obszarze: „zdrowie".

Tabela 4. Podejmowanie konkretnych działań profilaktycznych w obszarze „zdrowie" a płeć

Obszar	**Płeć**	**Średnia ranga**	**Test U Manna-Whitneya**
Zdrowie	Kobieta	522,98	U = 61090; Z = -5,666, p<0,001
	Mężczyzna	397,3	

Przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje zależność pomiędzy płcią a oceną działań w obszarze „zdrowie". Wynik okazał się być istotny statystycznie. Generalnie kobiety wyżej niż mężczyźni oceniają podejmowane przez siebie konkretne działania prewencyjne.

Uzyskane w tym obszarze rezultaty można wprost wyjaśnić specyficznymi, uwarunkowanymi biologicznie i psychologicznie różnicami w podejściu do realizowanych zadań w obrębie obu płci. Kobiety wydają się znacznie częściej przyjmować postawę empatyczną wobec nadzorowanych, kierują się podejściem rodzicielskim w procesie rozwiązywania problemów, są z reguły bardziej troskliwe i opiekuńcze, a w ich działaniu ogromną rolę odgrywają emocje. Potwierdzają to najnowsze badania psychologiczne, z których wyraźnie wynika, że w zakresie wrażliwości społecznej i empatii kobiety przewyższają mężczyzn. Ponadto, te same badania akcentują widoczny związek pomiędzy stylami komunikacji typowymi dla poszczególnych płci a wrażliwością na innych i poczuciem łączności z nimi. Dla kobiet celem interakcji społecznych jest często współpraca i wsparcie, podczas gdy dla mężczyzn – zdobycie przewagi[23]. W związku z tym

[23] E.S. Cross, H.R. Markus, *Płeć w myśleniu, przekonaniach i działaniu: podejście poznawcze*, [w:] *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*, red. B. Wojciszke, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 68–69.

mężczyźni najczęściej są skoncentrowani na konkretnym zadaniu, charakteryzując się większą racjonalnością i pragmatyzmem w podejmowaniu decyzji. Biorąc pod uwagę stwierdzone zależności, można wnioskować, że być może kobiety wykorzystują na co dzień więcej zabiegów prewencyjnych nawet w sytuacjach wątpliwych pod względem ich skuteczności, podczas gdy mężczyźni ograniczają się jedynie do takich działań, w których mogą dominować i których prognoza jest obiecująca. Te zróżnicowane predyspozycje osobowościowe były wyraźnie widoczne w wypowiedziach badanych kuratorów umieszczanych w różnych miejscach kwestionariusza ankiety. Kobiety zdecydowanie częściej odwoływały się w nich do przykładów indywidualnych przypadków, którym z dużym poświęceniem udzielają wsparcia, np. zawożąc podopiecznych do lekarza[24]. Ich narracja była często bardzo emocjonalna, czasami wręcz przepełniona matczyną troską o los osób nadzorowanych. Przekaz mężczyzn – kuratorów był odmienny w swoim wydźwięku, ponieważ skupiali się oni raczej na swoich funkcjach, zadaniach związanych z wykonywaniem nadzorów, mniejszą uwagę przywiązując do własnego zaangażowania w życie podopiecznych i osobisty charakter relacji z nimi.

W dalszej części analizy skupiono się na poszukiwaniu zależności pomiędzy podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych a oceną indywidualnego poczucia sprawstwa (pozycji w systemie profilaktyki). Założono, że im wyżej lokowane jest przez badanych kuratorów ich miejsce w lokalnym systemie profilaktyki, tym częściej powinni oni podejmować konkretne działania zapobiegawcze w nadzorowanych środowiskach rodzinnych. W tabeli 5 zobrazowano wyniki odnoszące się do obszaru „zdrowie".

Tabela 5. Działania w obszarze „zdrowie" a ocena własnej pozycji w systemie profilaktyki (różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05 dla kuratorów zawodowych i 0,01 dla kuratorów społecznych)

OBSZAR „ZDROWIE"				
Ocena własnej pozycji w systemie profilaktyki	**KURATOR ZAWODOWY**	**Test Kruskala Wallisa**	**KURATOR SPOŁECZNY**	**Test Kruskala Wallisa**
	RANGA		RANGA	
Pozycja istotna	240,26	$chi^2 = 6,426$; $df = 2$; $p<0,05$	310,86	$chi^2 = 17,541$; $df = 2$; $p<0,01$
Pozycja przeciętna	209,44		292,51	
Pozycja nieistotna	192,85		217,14	

Analiza danych zobrazowanych w tabeli 5 wykazała, iż istnieje zależność pomiędzy oceną własnej pozycji w systemie opieki i profilaktyki a podejmowanymi działaniami w obszarze „zdrowie". Najniższą rangę obserwujemy w pozycji nieistotnej, a najwyższą w pozycji istotnej. Im wyższa ranga, tym wyższe

[24] Większą troskę o zdrowie wykazują kobiety – w porównaniu z mężczyznami. Taka tendencja została potwierdzona w ostatnim ogólnopolskim raporcie: Style Zdrowia Polek i Polaków.

znaczenie przypisywane jest własnej pozycji w systemie profilaktyki. Reasumując, jeśli kurator ocenia własną pozycję jako istotną, częściej podejmuje działania w obszarze zdrowia. Stwierdzona zależność odnosi się zarówno do kuratorów zawodowych, jak i społecznych. W obu badanych grupach wynik jest istotny statystycznie.

Zaobserwowana prawidłowość wydaje się naturalna. W pracy przedstawicieli służb społecznych ważne jest głębokie przekonanie o swoistej mocy sprawczej ich działalności, o realnej możliwości kreowania rzeczywistości społecznej, o potencjalnej zdolności do rozwiązywania problemów diagnozowanych w przestrzeni lokalnej. Świadomość istotności własnej pozycji wśród innych podmiotów opieki i profilaktyki przekłada się na motywację do pracy. Z pewnością osoby przekonane o sensie i skuteczności swojego działania są bardziej aktywne w podejmowaniu zabiegów prewencyjnych, optymistycznie nastawione do pracy, a repertuar wykorzystywanych przez nie sposobów i środków jest bogatszy.

Kolejny wątek analizy bezpośrednio nawiązuje do omawianego wcześniej zagadnienia. W tabeli 6 zobrazowano wyniki odnoszące się do zależności pomiędzy deklarowaną skutecznością własnej pracy a podejmowanymi działaniami prewencyjnymi dotyczącymi zdrowia nadzorowanych.

Tabela 6. Ocena skuteczności własnej pracy a podejmowane działania profilaktyczne w obszarze „ZDROWIE" (różnica średnich jest istotna na poziomie 0,05)

OBSZAR „ZDROWIE"				
Ocena skuteczności własnej pracy profilaktycznej	**KURATOR ZAWODOWY**	**TEST istotności**	**KURATOR SPOŁECZNY**	**TEST istotności**
	RANGA*		**RANGA**	
Niska	212,88	p = 0,789	272,64	p<0,05
Przeciętna	202,05		266,36	
Wysoka	210,90		310,52	

* Rangę przedstawiono dla zobrazowania poszczególnych ocen. Jest ona przedstawiona jedynie dla celów poglądowych. Z oceny różnic wykluczono kategorię „ocena niska" ze względu na bardzo małą liczebność próby (n = 4 kuratorzy zawodowi, n = 9 kuratorzy społeczni). Test istotności przeprowadzono dla dwóch prób niezależnych, dla kategorii ocena przeciętna i wysoka.

Kuratorzy społeczni, którzy wysoko oceniają skuteczność własnej pracy profilaktycznej w ramach sprawowanych nadzorów, różnią się w stosunku do osób, które tę skuteczność oceniają jako przeciętną, w zestawieniu z oceną działań w obszarze zdrowia. Generalnie, jeśli kurator wysoko ocenia skuteczność swojej pracy, częściej podejmuje też działania w obszarze zdrowia. Istotność ta jest na poziomie p<0,05. Przeprowadzona analiza nie wykazała różnic w omawianym obszarze wśród kuratorów zawodowych.

Uzyskane rezultaty w odniesieniu do kuratorów zawodowych są dość zaskakujące, zwłaszcza w zestawieniu z omawianymi wcześniej wynikami, na

podstawie których można było wnioskować, że kuratorzy zawodowi odznaczają się większą – w porównaniu z wolontariuszami – aktywnością w propagowaniu zdrowia w środowiskach swoich podopiecznych. Być może pracownicy etatowi traktują swoją pracę jako swoistą misję, nie zrażają się niepowodzeniami i – bez względu na mniej lub bardziej obiecującą prognozę – podejmują wszelkie możliwe próby oddziaływania na nadzorowanych. Wyniki badań autorki koncentrujące się na innych wątkach pracy respondentów wydają się potwierdzać ten kierunek interpretacji.

Podsumowanie

Na podstawie analizy uzyskanych rezultatów empirycznych, odnoszących się do podejmowania przez badanych kuratorów konkretnych działań profilaktycznych w obszarze zdrowia, można wyprowadzić następujące wnioski, stanowiące odpowiedzi na postawione w warstwie metodologicznej pytania/problemy badawcze:

- Obszar działań związanych ze zdrowiem znalazł się na trzeciej (środkowej) pozycji w hierarchii ważności, a wśród najczęściej wymienianych przez respondentów zabiegów prewencyjnych było kierowanie podopiecznych do placówek terapii uzależnień oraz promowanie zdrowego stylu życia. Najmniej popularnym działaniem z tego obszaru był systematyczny kontakt badanych z lekarzem rodzinnym i instytucjami ochrony zdrowia. Aktywność kuratorów w tym obszarze wiąże się zatem głównie ze strategią interwencyjną oraz redukcją szkód. Więcej zajęć o charakterze profilaktycznym, odnoszących się do lansowania i wzmacniania u podopiecznych postaw prozdrowotnych proponują badani zatrudnieni w lokalnych ośrodkach kuratorskich.
- Obraz podejmowanych działań prewencyjnych w obszarze zdrowia okazał się zróżnicowany ze względu na rodzaj kurateli (zawodowa/społeczna) i płeć badanych. Kuratorzy zawodowi uzyskali wyższe wyniki od grupy kuratorów społecznych, co oznacza, że pracownicy etatowi w większym zakresie wykorzystują zabiegi profilaktyczne w swojej codziennej pracy z nadzorowanymi. Zmienną różnicującą rezultaty badawcze w omawianej dziedzinie okazała się również płeć. Działalność kobiet jest – w świetle wyników badań – w większym stopniu nasycona profilaktyką w porównaniu z codziennym wykonywaniem nadzorów przez ankietowanych mężczyzn.
- Badania potwierdziły dodatkowo zależność pomiędzy podejmowaniem konkretnych działań prewencyjnych w obszarze „zdrowie" przez kuratorów zawodowych i społecznych a oceną własnej pozycji w lokalnym systemie profilaktyki. Jest to zależność wprost proporcjonalna, oznaczająca, że im wyżej badani kuratorzy oceniają swoją pozycję w systemie (im

większe jest ich indywidualne poczucie sprawstwa), tym częściej włączają do repertuaru swoich działań zabiegi profilaktyczne.

- Badania wykazały, że istnieje statystyczna zależność pomiędzy przekonaniem o wysokiej skuteczności swojej pracy a podejmowaniem przez kuratorów społecznych konkretnych działań prewencyjnych w obszarze „zdrowie". Jest to zależność wprost proporcjonalna, oznaczająca, że wolontariusze wysoko oceniający efektywność własnej pracy zdecydowanie częściej wykorzystują w pakiecie swoich działań czynności profilaktyczne. Podobnej prawidłowości nie odnotowano w przypadku badanej grupy kuratorów zawodowych.

Spoglądając całościowo na obraz uzyskanych rezultatów badawczych w analizowanym obszarze i odnosząc go do przyjętej koncepcji *resilience*, można pokusić się o następującą refleksję. Mimo iż instytucja rodzinnego kuratora sądowego wydaje się szczególnie predysponowana do odegrania istotnej roli w procesie eliminowania/ograniczania czynników ryzyka oraz rozpoznawania i wzmacniania czynników chroniących (przede wszystkim lansowania postaw prozdrowotnych) w przestrzeni funkcjonowania jednostek objętych nadzorami sądowymi, to jednak potencjał wielu prospołecznie zorientowanych osób nie jest wykorzystany we właściwy sposób. Liczne problemy natury legislacyjnej, organizacyjnej i mentalnej powodują, że kuratorzy koncentrują się na co dzień raczej na pilnych, zlecanych przez sąd czynnościach diagnostyczno-kontrolnych i, niezależnie od uświadomionej potrzeby holistycznego podejścia do każdego przypadku, nie zawsze mają szansę pochylenia się nad wszystkimi sprawami nadzorowanych, w tym również – skupienia się na ich szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej[25].

[25] To uogólnienie zostało sformułowane na podstawie całościowej oceny uzyskanych przez autorkę rezultatów empirycznych. W niniejszym opracowaniu – z uwagi na ograniczoną objętość – pominięto analizę uwarunkowań podejmowanej przez badanych kuratorów działalności prewencyjnej, do których bezpośrednio odwołuje się konkluzja końcowa.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Olena Bocharova
dr hab, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid:0000-0001-8415-3925

LUDZIE DONBASU WYKLUCZENI Z UKRAIŃSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA CZY Z UKRAINY? PRÓBA ANALIZY

Streszczenie
Celem artykułu jest przedstawienie współczesnego stanu i sytuacji panującej na wschodzie Ukrainy, a także wybranych problemów, z którymi spotykają się ludzie z Donbasu. W kwietniu 2014 roku na terenie obwodów donieckiego i ługańskiego rozpoczęła się tzw. wojna hybrydowa: Kijów wprowadził częściową blokadę terytoriów rebelii, w wyniku czego przestała funkcjonować infrastruktura niezbędna do życia: handel, szpitale, banki, transport, wodociągi i ogrzewanie. Blokada poszerzyła obszary nędzy i głodu. Powstały grupy ludzi żyjących jedynie dzięki pomocy charytatywnej, wykluczonych społecznie. Ludzie, którzy z różnych przyczyn pozostali w swych domach, walczą dziś o przetrwanie. Ich głównym celem jest przeżycie: zdobycie żywności i ochrona przed bombami, czemu towarzyszy strach o najbliższych. Cierpią, gdyż nie chcą się tułać po ośrodkach dla uchodźców, obawiając się, że w nowym miejscu nie znajdą pracy.
Słowa kluczowe: marginalność, wykluczenie, konflikt, wojna, Donbas

Donbasu's people excluded from ukrainian society or from Ukraine? Attemps of analisys
Abstract
The purpose of this article is to present current state and situation, which is in the east of Ukraine, as well as selected problems faced by the people of Donbass. In April 2014 years in the circuits of Donetsk and Lugansk, Ukraine began hybrid war. Kiev has introduced partial blockage of territories

rebellion. Stopped working all the infrastructure necessary for life: shopping, hospitals, banks and transport, water supply, heating . Lock expanded areas poverty and hunger. Arose groups of people who are living only with the help of charity. Socially excluded. People who for various reasons are there, they are struggling for survival today. Their most important aim is to survive: getting food, shelter against accidental missile, fear for relatives. People suffer because they do not want to wander around refugee centers , they are worried that in a new place, they will not find work.
Key words: marginality, exclusion, conflict, war, Donbas

„..cechą współczesności jest to,
że każdy człowiek może stać się wykluczonym..."
M. Orłowska

Wprowadzanie

Współczesne ukraińskie społeczeństwo zmaga się z wieloma problemami, które potrzebują szybkiej ingerencji ze strony władz. Szczególne miejsce wśród tych problemów zajmuje rozszerzanie procesu marginalizacji społeczeństwa, będącego przyczyną deformacji podstawowych państwowych i publicznych instytucji oraz zrujnowania kulturowych, ideologicznych, politycznych i ekonomicznych podstaw życia. Konsekwencją mogą być: utrata wartościowych orientacji, odczuwalna niepewność, wzrastający lęk przed przyszłością, problemy z zapewnieniem dzieciom wykształcenia, gwałtowne obniżenie poziomu życia[1]. Aktualność rozpatrywanego problemu wynika z wojny, konfliktu na wschodniej Ukrainie (wojna w Donbasie) – wojna hybrydowa na terenie obwodu donieckiego i ługańskiego Ukrainy rozpoczęła się w kwietniu 2014. To zbrojne wystąpienie separatystów (wspieranych przez rosyjską armię i siły specjalne), dążących do oderwania spornego terytorium od Ukrainy, było poprzedzone przez marcowe wystąpienia prorosyjskie i kryzys krymski, które nastąpiły po rewolucji Euromajdanu[2].

Od czego się to wszystko zaczęło?

Należy podkreślić, że Ukraina podzielona jest od początku swojego niepodległego istnienia. Mocno zrusyfikowany wschód zawsze ciążył ku Moskwie, natomiast ukraińskojęzyczny zachód, w którym żywe są postgalicyjskie tradycje patriotyczne (oraz nacjonalistyczne – pielęgnowany jest tutaj kult UPA i Stepana Bandery) i który domaga się integracji z Zachodem, zawsze żył swoim życiem.

Wschód odrzuca kult banderowców, uważając ich ruch narodowy za faszystowski: oceniając konflikt upowsko-radziecki, żywy zaraz po II wojnie świa-

[1] Autorka artykułu jest uciekinierką z Donbasu, która podczas wojny musiała zostawić swoich rodziców, mieszkanie, pracę i zacząć życie od zera. Obecnie pracuje w Polsce na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

[2] Konflikt na wschodniej Ukrainie [hasło];https://pl.wikipedia.org/wiki/; [dostęp: 16.09.2018].

towej, bierze stronę Armii Czerwonej, która walczyła z banderowcami[3]. Wschód (Donieckie Zagłębie Węglowe), w skrócie Donbas – to okręg przemysłowy we wschodniej Ukrainie (obwód doniecki i ługański) oraz w południowo-zachodniej Rosji (obwód rostowski). Donbas jest regionem o największej gęstości zaludnienia, biorąc pod uwagę wszystkie regiony Ukrainy (wyłączając miasto stołeczne Kijów)[4]. Według danych statystycznych z 2013 roku do wybuchu wojny na terytorium Donbasu mieszkało 4 mln 300 tys. mieszkańców[5], wywodzących się ze 113 narodowości[6]. Najwięcej z nich: 56,9% – Ukraińcy, 43,6% – Rosjanie, 1,6% – Grecy[7].

11 maja 2014 roku w obwodzie donieckim odbyło się referendum niepodległościowe nieuznane przez władze ukraińskie[8], w wyniku którego na terenie obwodu działa samozwańcza Doniecka Republika Ludowa. Według statystycznych danych w 2015 roku na terytorium kontrolowanym przez separatystów mieszkało 1,5–1,7 mln osób, na terytorium kontrolowanym przez Ukrainę – 2 mln 430 tys.[9] Zaufanie między wschodem i zachodem Ukrainy od zawsze było tylko hasłem. Na Ukrainę składają się dwie historycznie i mentalnie, a także kulturowo odmienne części, które rozwijały się w zróżnicowanych warunkach i wchodziły w skład różnych państw. Ale jest coś, co zawsze jednoczyło wszystkich: tak na wschodzie, jak i na zachodzie mieszkali zwyczajni ludzie, którzy chcieli mieć dobrą pensję, chcieli zapewnić przyszłość swoim dzieciom, chcieli mieć pewność egzystencji. To oznacza, że wartości w obu przypadkach są identyczne.

W 2010 roku analitycy z P&B Grupe przeprowadzili badania opinii mieszkańców Lwowa i Doniecka. W każdym mieście przebadano 400 osób. Należy podkreślić, ze mieszkańcy Doniecka mają pozytywny stosunek do mieszkańców Lwowa (79%), a mieszkańcy Lwowa do mieszkańców Doniecka (88%). Respondenci zgodzili się także ze stwierdzeniem, „że u mieszkańców wschodu i zachodu więcej jest wspólnego niż sprzeczności" – z tą tezą zgadza się 74% lwowian i 51% mieszkańców Doniecka. Podstawowym łącznikiem są powiązania rodzinne. Pierwsze z pytań dotyczyło rozumienia słowa „patriotyzm". Mieszkańcy Lwowa (81%) i Doniecka (61%) uważają siebie za „prawdziwych patriotów". Według respondentów najwięcej rozbieżności dotyczy: języka, poglądów poli-

[3] Z. Szczerek, *Koszmar zachodniej Ukrainy. Wschód chce do Rosji*, „Światowidz. Inne widzenie świata"; http://swiatowidz.pl/2012/01/koszmar-zachodniej-ukrainy-wschod-chce-do-rosji/ [dostęp: 16.09.2018].

[4] Donieckie Zagłębie Węglowe [hasło]; https://pl.wikipedia.org/wiki/Donieckie_Zag%C5%82%C4%99bie_W%C4%99glowe [dostęp: 16.09.2018].

[5] На оккупированной территории Донецкой области проживает примерно 1,7 млн человек – Жебривский; http://www.segodnya.ua/regions/donetsk/na-okkupirovannoy-territorii-doneckoy-oblasti-prozhivaet-primerno-17-mln-chelovek-627768.html [dostęp: 16.09.2018].

[6] В Донецке проживает более 100 национальностей; http://ura.dn.ua/07.11.2013/147678.html [dostęp: 16.09.2018].

[7] *Ibidem*.

[8] Obwód doniecki; https://pl.wikipedia.org/wiki/Obw%C3%B3d_doniecki [dostęp: 16.09.2018].

[9] На оккупированной территории Донецкой области проживает примерно 1,7 млн человек…, *op. cit.*

tycznych, odmiennego traktowania historii – to najważniejszy różnicujący czynnik dla 50% mieszkańców Doniecka i 38% – Lwowa. Następne pytanie było podstawowym, należało bowiem odpowiedzieć, kto jest sojusznikiem Ukrainy. Dla 88 % mieszkańców Donbasu – Rosja, ale już tylko dla 16% Lwowian. Odnośnie języka – dla 87% mieszkańców Doniecka językiem ojczystym był rosyjski, dla 90% Lwowian – ukraiński. Według mieszkańców wschodu obywatele zachodniej części kraju charakteryzuje: nacjonalizm (24%), patriotyzm (16%), życzliwość (6%), nienawiść do Rosji (5%), religia katolicka (5%). Mieszkańcy Doniecka charakteryzują się natomiast takimi cechami, jak: zdolność do pracy (16%), rosyjskojęzyczność (9%), prostota (8%), otwartość i szczerość (6%), nieznajomość historii (4%). Podsumowując, „w razie, jeśli wszystko nadal będzie szło w tym samym kierunku, jest ogromne ryzyko, że bardzo szybko, w ciągu jednej generacji, Ukraina przestanie istnieć jako państwo”[10].

Już sześć lat wcześniej eksperci żywili obawy, które się potwierdziły. Wojna na wschodzie kraju jeszcze bardziej rozdzieliła ludzi[11]. Żaden ukraiński rząd z okresu niepodległości nie zrobił nic dla zatrzymania tego destruktywnego procesu. Na Ukrainie od czasu nastania niepodległości nie istniały żadne programy integracyjne dla obywateli ze wschodu i zachodu. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie współczesnego stanu i sytuacji panującej na wschodzie Ukrainy, a także wybranych problemów, z którymi mierzą się ludzie z Donbasu. Postaram się również wytłumaczyć, dlaczego uważam, że ludzie z Donbasu zostali wykluczeni z ukraińskiego społeczeństwa.

Sytuacja na Donbasie. Losy i ludzie

> Donbas to piekło! Tam nie ma życia, a męczarnia. Przez cały czas boisz się o własne życie i życie swoich bliskich. Odkąd rozpoczęła się wojna, spokojnie nie spaliśmy ani jednej nocy. Ciągle nadsłuchujesz, czy wystrzały zbliżają się do twego domu, w każdej chwili na głowę może spaść bomba. Bardzo trudno było podjąć decyzję, żeby opuścić Donbas, zostawić dorobek całego życia. Ale nie mogłam już dłużej żyć w tym strachu, dlatego też w poniedziałek w nocy z rodziną opuściliśmy to przeklęte miasto – powiedziała nam 50-letnia Neonila.
>
> Jak opowiada kobieta, w Donbasie są regiony, gdzie już prawie nikt nie mieszka, a z domów pozostały tylko ruiny. Ludzie, którzy z różnych powodów tam pozostają, walczą o przetrwanie. Ich najważniejszym zadaniem jest przeżycie: zdobycie jedzenia, schronienie się przed przypadkowym pociskiem, strach o najbliższych. Sytuacja ludności cywilnej jest tragiczna. Ulice są puste. Sklepy zamknięte, witryny zaciągnięte. Kiedy wychodzi się z domu, na ulicy jest więcej psów niż przechodniów. Donbas zamienia się coraz bardziej w miasto biednych, schorowanych i starych ludzi. Tutaj nie ma pracy, nie ma pieniędzy. Emerytur i wynagrodzeń nie wypłaca się. Ceny na żywność rosną jak na drożdżach[12].

[10] Восток и запад Украины путь к доверию; http://glavred.info/archive/2010/04/23/110156-0.html [dostęp: 17.09.2018].

[11] *Ibidem.*

[12] H. Adamowicz, Życie na Donbasie to piekło, „Kurier Wileński”, 18.08.2015; http://kurierwilenski.lt/2015/08/18/zycie-na-donbasie-to-pieklo/

Sytuacja w Donbasie jest niestabilna. Ucierpiało ponad 5 mln osób, w tym 1,7 mln dzieci. Działania wojenne w obwodach donieckim i ługańskim zmusiły do przesiedlenia 1,5 mln Ukraińców, w tym ponad 180 tys. dzieci. Dostęp do podstawowych usług, także do edukacji, jest ograniczony. Około 200 tys. dzieci jest narażonych na ryzyko związane z minami i niewybuchami, a 500 tys. dzieci do 10. roku życia, które mieszkają na obszarach niekontrolowanych przez rząd, wymaga natychmiastowego podania szczepionki przeciw polio. Wsparcia wymaga również ponad 3 tys. dzieci przebywających w instytucjach państwowych. Tak się prezentuje straszliwa statystyka[13].

Władze w Kijowie podają, że tygodniowo rejestrują 15–20 tys. osób, które uciekają z zajętych przez prorosyjskich separatystów obszarów w Donbasie na wschodzie kraju. W opowieściach ludzi, którzy pozostali w zajętym przez prorosyjskich bojowników regionie, najgłośniej brzmi jedno słowo: dom. Dla jednych jest to dwupokojowe mieszkanie, dla innych willa na przedmieściach. Dlatego nie opuszczają rodzinnych domów, które często budowali ze skromnych oszczędności jeszcze w czasach komunizmu, bowiem niczego poza tym nie mają. Czas zajmuje im modlitwa o dom, którego nie chcą opuścić, a na który w każdej chwili może spaść bomba. Nie przestają myśleć o tym, jak uzyskać przepustkę, aby dostać się na tereny pozostające pod kontrolą Ukrainy. Myślą o rodzinie, która tam mieszka i której bez tej przepustki nie da się odwiedzić, a także o tym, kiedy ten koszmar nareszcie się skończy. Specjalna Misja Obserwacyjna OBWE na Ukrainie stale informuje o poważnym naruszaniu praw człowieka, o zastraszaniu i nękaniu miejscowej ludności przez zbrojne grupy, o zabójstwach, torturach i pozbawianiu wolności, o pracy przymusowej, grabieżach, żądaniach okupu i wymuszaniu pieniędzy na terenach kontrolowanych przez grupy zbrojne. „A porzucić dom, wyjechać, to jak kupić bilet w jedną stronę. Nie będzie już do czego wracać" – pisze w liście opublikowanym na portalu Ostro.org wykładowczyni jednej z uczelni w Ługańsku, gdzie rządzą rebelianci z tzw. Ługańskiej Republiki Ludowej[14].

> Ja do samego końca nie chciałem rzucać wszystkiego i rozpoczynać życia od zera. Wierzyłem, że w XXI wieku nie dojdzie do prawdziwej wojny. A teraz już nic mnie nie zdziwi. Moim zdaniem, sytuacja „zamrozi się" na tym etapie na kilka lat, co oczywiście najbardziej odczują zwykli mieszkańcy. A to dlatego, że ludzie nie są nikomu potrzebni a ich problemy nikogo nie interesują. Z jednej strony, jest armia ukraińska, którą kieruje głupia władza ukraińska, a z drugiej, prawdziwi terroryści, Czeczeńcy i wojska rosyjskie[15]

– uważa jeden z mieszkańców Donbasu.

[13] *Cichy dramat dzieci na wschodzie Ukrainy*, Onet Wiadomości, 21.10.2015; http://wiadomosci.onet.pl/swiat/cichy-dramat-dzieci-na-wschodzie-ukrainy/6xnpq8 [dostęp: 17.09.2018].

[14] *Ukraina: w Donbasie próbują nie dostrzegać wojny i walczą o przetrwanie*, Onet Wiadomości, 9.07.2015; http://wiadomosci.onet.pl/swiat/ukraina-w-donbasie-probuja-nie-dostrzegac-wojny-i-walcza-o-przetrwanie/vc7n1p [dostęp: 17.09.2018].

[15] T. Omański, *Jak żyją ludzie na wschodzie Ukrainy – rozmowa z anonimowanym mieszkańcem Ługańska*, 2016; http://www.polska-kaliningrad.ru/pl/wiadomosci-2/4361-jak-dzisiaj-zyja-ludzie-na-wschodzie-ukrainy-rozmowaz-mieszkancem-luganska [dostęp: 17.09.2018].

Ludzie, którzy z różnych przyczyn pozostali w swych domach, walczą o przetrwanie. Ich głównym celem jest przeżycie: zdobycie żywności o ochrona przed bombami, czemu towarzyszy strach o najbliższych. Cierpią, gdyż nie chcą się tułać po ośrodkach dla uchodźców, obawiając się, że w nowym miejscu nie znajdą pracy. I bać się jest czego. Zgodnie z rozporządzeniem ukraińskiego Ministerstwa Polityki Społecznej niepracujący przesiedleniec (dziecko do 16 lat, emeryt) dostaje 800 hrywien (110 złotych) na miesiąc, a pracujący – 400 hrywien (55 złotych). Natomiast najtańszy wynajem mieszkania w dużym mieście (gdzie można podjąć pracę) kosztuje 3–3,5 tys. hrywien (700 złotych). Dlatego powstaje pytanie: ile rodzin może zostawić swoje mieszkania i zacząć nowe życia na nowym miejscu? Jeszcze jesienią ubiegłego roku Kijów wprowadził częściową blokadę terytoriów rebelii, w wyniku czego przestała funkcjonować infrastruktura niezbędna do życia: handel, szpitale, banki, transport, wodociągi i ogrzewanie. Blokada poszerzyła obszary nędzy i głodu. Powstały grupy ludzi żyjących jedynie dzięki pomocy charytatywnej, wykluczonych społecznie. Kijów zakazał działalności ukraińskich banków oraz wypłacania emerytur. Od tej pory emeryci muszą po pieniądze jeździć na tereny kontrolowane przez ukraińskie władze. Początkowo wystarczyło tylko tam pojechać, później władze zaczęły domagać się zameldowania na swoim terytorium. Według danych rządowych w maju emerytury dostało ponad 1,1 mln emerytów z terenów rebelii, a nie dostało – ponad 330 tys.[16] W praktyce oznacza to, że 1,1 mln emerytów przemeldowało się do miejscowości kontrolowanych przez Kijów, a 330 tys. zostało z miejscowym meldunkiem w paszportach. Rząd zapewnia, że ludzie ci dostaną zaległe pieniądze, kiedy kontrola Ukrainy nad tym obszarem zostanie przywrócona.

> Emeryci z okupowanych terenów muszą się zarejestrować w którymś z miast kontrolowanych przez Ukraińców, by nadal otrzymywać świadczenia. Ale z uwagi na to, że współpraca bankowa została zerwana, i tak co miesiąc ktoś musi przejeżdżać punkty kontrolne i wyjmować pieniądze z bankomatu po stronie ukraińskiej. Ludzie radzą sobie na różne sposoby. Są tacy, którzy w zamian za niewielką opłatę zbierają karty płatnicze od kilku osób i przywożą im pieniądze zza linii frontu – mówi DGP Maksym Butczenko, pochodzący spod Ługańska publicysta tygodnika „Nowoje Wriemia"[17].

Jest także grupa ludzi starszych, którzy sobie zupełnie nie radzą. Można często ujrzeć stojących pod sklepami staruszków, którzy proszą już nie o pieniądze, ale o kawałek taniej kiełbasy. Znacznie wzrosła liczba przestępstw. Porządku pilnuje ustanowiona przez separatystów milicja, więc anarchii w czystej postaci tam nie zobaczymy. Jednak znaczna liczba włóczących się uzbrojonych

---

[16] P. Andrusieczko, *Rebelia za kordonem. Wewnętrzna granica na Ukrainie*, „Gazeta Wyborcza", 26.06.2015; http://wyborcza.pl/1,75477,18251679,Rebelia_za_kordonem__Wewnetrzna_granica_na_Ukrainie.html [dostęp: 17.09.208].

[17] M. Potocki, *Jak żyje się w Doniecku? Ludzie żebrzą o jedzenie, brakuje pieniędzy*, „Dziennik Gazeta Prawna", 2.02.2015; http://wiadomosci.dziennik.pl/swiat/artykuly/482693,ciezki-los-samozwanczych-republik-ludowych.html [dostęp: 17.09.2018].

ludzi, często z kryminalną przeszłością, sprawia, że po zmroku ulice wymierają. Natomiast Kijów, zamiast rozszerzyć pomoc dla ludności Donbasu, nie tylko nadal utrzymuje, ale także wzmacnia blokadę tych terenów, surowo ograniczając współpracę mieszkańców kontrolowanych przez pospolite ruszenie obszarów z resztą terytorium Ukrainy. Kordon liczy 450 km długości. Po jednej stronie obowiązuje prawo ukraińskie, po drugiej rządzą prorosyjscy rebelianci. Zwykli obywatele coraz częściej mówią o nim po prostu „granica", jednak oficjalnie obowiązuje termin „linia rozgraniczenia".

Punkt kontrolny to dwa betonowe bloki, nazywane tu „błokpostami". „Ludzie stoją godzinami pod palącym słońcem lub w ulewie. Bez toalety, bez wody. Na ogół wszyscy cierpliwie czekają"[18].

Do niedawna każdy, kto chciał przedostać się na tereny zajęte przez separatystów, musiał osobiście dostarczyć podanie. Początkowo przepustki były przypisane do konkretnego przejścia, sporo się jednak mówiło o korupcji przy ich wydawaniu, toteż 16 czerwca 2015 roku Kijów wprowadził nowe zasady – przepustki papierowe zostały zastąpione elektronicznymi. Obecnie dokumenty można przesłać drogą mailową i w ten sam sposób czekać na decyzję. Jeśli dane przejście jest akurat nieczynne, z cyfrową przepustką można przekroczyć „linię rozgraniczenia" w innym miejscu. Często się jednak zdarza, że na dokument trzeba czekać nawet miesiąc lub dłużej. Nieco lepiej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o przejście na stronę ukraińską: w sytuacji zagrożenia życia przepustki na teren Ukrainy nie są potrzebne. W rezultacie poprzez uruchomienie systemu elektronicznych przepustek Kijów z jednej strony wprowadził ułatwienia, z drugiej – utrudnił obywatelom życie, kasując od 16 czerwca 2015 roku kursy autobusowe łączące tereny rebelii z pozostałą częścią Ukrainy. Tym samym przejazd przez „linię rozgraniczenia" zamienił się w koszmar. Kijów tłumaczy to troską o bezpieczeństwo pasażerów, którzy w autobusach są bardziej narażeni na akty terroru i mogą stać się potencjalnym celem w razie wznowienia walk. A przecież ludzie stojący w kolejkach są tak samo narażeni. Albo i bardziej. Także właściciele samochodów osobowych zwietrzyli okazję do zarobku i oferują usługi transportowe, ale ich cena dla wielu jest zbyt wysoka.

Dlaczego Kijów wprowadził blokadę terenu rebelii w Donbasie? Czy to środek nacisku na Rosjan, czy wstęp do pozbycia się tych ziem? Nikt nie zna odpowiedzi na te pytania. Być może ukraińskie władze same tego do końca nie rozumieją – nie rozumieją albo nie chcą zrozumieć, że broń i jedzenie docierają do żołnierzy spoza rosyjskiej granicy, która jest otwarta od strony obwodu ługańskiego. I nikt nie będzie jeździć przez miejscowości kontrolowane przez Kijów. W DRL panuje atmosfera terroru. Internauci donoszą, że separatyści ogłosili w ostatnich dniach polowanie na ludzi, którzy słuchają ukraińskiej muzyki, malują na murach proukraińskie hasła czy rozdają ulotki „Donbas to Ukraina".

[18] P. Andrusieczko, *op. cit.*.

Liderzy LNR i DNR już od kilku miesięcy obiecują wspaniałe pensje i emerytury, zapewniając, że ich republiki są w pełni samowystarczalne. Władze „republiki" zaczęły wypłacać emerytury w rublach. Lekarze nie dostają wypłat od ubiegłego roku. Górnicy tak samo.

Wkrótce może być jeszcze gorzej. Kijów zakazał przewożenia ciężarówkami praktycznie wszystkich towarów poza pomocą humanitarną, a to oznacza blokadę ekonomiczną. Chociaż niezupełnie – pociągami dostarczany jest węgiel z rebelianckiego Donbasu do elektrociepłowni znajdujących się po stronie ukraińskiej, a także półfabrykaty metalurgiczne i drewno. Co to znaczy? Tylko jedno: władze Ukrainy blokują przewożenie nie tylko towarów dla prostych obywateli Donbasu, blokują normalnie życie, normalne odżywianie. Sama blokada tych terenów jest natomiast dla Kijowa przede wszystkim instrumentem nacisku na tzw. republiki ludowe. Jednak nie brakuje również komentarzy, że ukraińska władza prowadzi politykę zmierzającą do faktycznego pozbycia się terenów kontrolowanych przez Rosjan, a to znaczy: także ludzi, którzy zostali się na tych terenach i walczą o życie, o każdy dzień. Tak czy inaczej blokada Donbasu wywołuje krytyczne reakcje nie tylko ze strony zwykłych obywateli, ale również części ekspertów i aktywistów społecznych, którzy zwracają uwagę na naruszenie praw mieszkających tu obywateli Ukrainy.

> „Męczy mnie tylko jedno pytanie: jak kraj, w którym ponoć dokonała się rewolucja godności, mógł upaść tak nisko i tak upokorzyć własnych obywateli" – napisał na Facebooku Jewgienij Szibałow, dziennikarz i współzałożyciel humanitarnej organizacji Odpowiedzialni Obywatele w Doniecku[19].

Ale w najgorszej sytuacji zostały dzieci, uczniowie z terenów kontrolowanych przez separatystów. Ministerstwo Oświaty i Nauki Ukrainy nie uznaje świadectw dojrzałości. Co to oznacza? To mianowicie, że dzieci, które zostały w Donbasie i skończyły szkołę, nie mają prawa studiować w ukraińskich uczelniach, nie mogą być studentami i ubiegać się o ukraiński dyplom. To znaczy, że dzieci stały zakładnikami sytuacji, tylko dlatego, że ich rodzice nie mieli pieniędzy, by wyjechać na terytorium Ukrainy, w zamian zostając i walcząc o własne życie.

Oficjalnie walki w rejonie Donbasu zostały zawieszone. Oficjalnie, bo konflikt trwa. Nadal giną ojcowie, matki i dzieci. Szacuje się, że około 1,7 mln dzieci cierpi z powodu wojny. Od początku konfliktu zamknięto niemal 150 szkół, a 187 placówek oświatowych zostało uszkodzonych lub zniszczonych[20]. Od początku konfliktu we wschodnich rejonach Ukrainy 68 dzieci zostało zabitych, 186 raniono, a ponad 183 tys. zostało zmuszonych do opuszczenia swo-

[19] *Ibidem.*

[20] J. Kamińska, *„Nie możemy zgodzić się na cierpienie". Konwój dla Ukrainy*, 12.03.2015, Interia Fakty; http://fakty.interia.pl/tylko-u-nas/news-nie-mozemy-zgodzic-sie-na-cierpienie-konwoj-dla-ukrainy,nId,1696260 [dostęp: 17.09.2018].

ich domów, a tym samym zostało pozbawionych podstawowych praw, w tym edukacji[21].

Dlatego powstaje pytanie: kim dla władz ukraińskich są ludzi z Donbasu – wykluczonymi z ukraińskiego społeczeństwa czy z całego państwa?

Wykluczenie społeczne niejedno ma imię. Czasem strach przed nim sprawia, że człowiek decyduje się na największe poświęcenia, nawet gdy jest ofiarą przemocy lub przestępstwa, woli znosić swe cierpienia w milczeniu, niż otwarcie przyznać, że nie wszystko jest w porządku, że jest słaby, że jest ofiarą, że nie zawsze jest w stanie podołać stereotypom i oczekiwaniom społecznym. Nie oznacza to, że społeczeństwo tego właśnie od niego oczekuje, czasem sam jest tak silnie do danego stereotypu przywiązany, że zdaje mu się, iż przyznanie się do bolesnych doświadczeń spowoduje odrzucenie i wykluczenie poza nawias, zrujnuje ten niejednokrotnie długo wypracowywany wizerunek, pokaże zwykłego, przeciętnego człowieka, który na skutek różnych okoliczności, niekoniecznie z własnej winy, znalazł się w określonej sytuacji.

Zacznę od przytoczenie definicji pojęcia „wykluczenie społeczne". Precyzyjne określenie wykluczenia jako zjawiska społecznego wcale nie jest łatwe. Istnieje wiele definicji, które możemy napotkać, przeglądając literaturę fachową. Wykluczonym społecznie może być każdy z nas, w każdym momencie naszego życia i w każdej sferze. Nigdy nie wiemy, co nam się przytrafi, więc powinniśmy empatycznie podchodzić do ludzi dotkniętych tym problemem.

Ojczyzną nowoczesnego pojęcia wykluczenia społecznego jest Francja (Helene Riffault i Jacques-Rene Rabier opracowali w 1976 roku pierwszy program badawczy „The perception of poverty in Europe"), ale największą karierę zrobiło ono w Wielkiej Brytanii (CASE – Centre for Analysis of Social Exclusion w London School of Economics, założone w 1997 roku); niektórzy wskazują na jego podobieństwo z marksowskim pojęciem „alienacji". Jako odpowiedniki „europejskiego" wykluczenia społecznego wskazuje się także „underclass" (USA) i „marginalizację" (Ameryka Południowa)[22]. Termin ten pozwala określić sytuację, w jakiej znajduje się jednostka, gdy należy ona do społeczeństwa, jest jej elementem składowym i je współtworzy, a jednak nie może brać czynnego udziału we wszelkich działaniach tworzonych przez pozostałych obywateli, członków tego społeczeństwa. Istnieją trzy typy definicji wykluczenia społecznego: analityczny, roboczy, oficjalny. Wykluczenie społeczne w najszerszym znaczeniu rozumiane jest jako niemożność lub niezdolność jednostki do uczestnictwa w życiu

[21] L. Ondruska, *Ta wojna wciąż trwa...*, „Gość.pl. Warszawa" 2019, nr 15; http://warszawa.gosc.pl/doc/2776091.Ta-wojna-wciaz-trwa [dostęp: 17.09.2018].

[22] *Diagnoza społeczna warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Zarządzania – Rada Monitoringu Społecznego; http://www.diagnoza.com [dostęp: 17.09.2018]

społecznym. Brak owej możliwości może być spowodowany zarówno czynnikami obiektywnymi, jak i subiektywnymi.

Według najogólniejszej i najpowszechniej podzielanej przez badaczy i polityków definicji wykluczenie społeczne oznacza, że dana jednostka lub grupa społeczna, będąc członkiem wspólnoty (najczęściej chodzi o wspólnotę obywateli państwa), nie może uczestniczyć w pełni w ważnych dziedzinach życia tejże wspólnoty. Często przy tym dodaje się, że ograniczenie to nie wynika z przekonań tych, którzy są wykluczeni, ale z deficytów całkowicie lub w dużej mierze od nich niezależnych. Wykluczenie dotyczyć może pracy, konsumpcji, uczestnictwa w kulturze, życiu społeczności lokalnych i w polityce[23]. Wiemy dobrze, że omawiane pojęcie ma charakter wielowymiarowy. Widać to dobrze w praktyce, gdyż oznacza ono niemożliwość uczestniczenia jednostki już wykluczonej na wielu płaszczyznach, w tym w życiu gospodarczym, politycznym czy kulturowym. To wykluczenie wynika z braku dostępu do zasobów, dóbr, instytucji, ograniczenia praw społecznych czy też deprywacji potrzeb[24].

Wykluczenie społeczne to dynamiczny proces składający się z różnych stadiów i faz:

1) jest często powodowany brakiem zasobów;
2) prowadzi do deprywacji o różnych stopniach natężenia;
3) jest wielowymiarowy;
4) posiada aspekty oddawane przez wskaźniki pieniężne, ale też takie, których te wskaźniki nie ujmują;
5) charakteryzuje się deficytami uczestnictwa w głównym nurcie społeczeństwa i dostępu do zasadniczych systemów społecznych (rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja, opieka medyczna);
6) może oznaczać zerwanie więzi z rodziną i ze społeczeństwem;
7) może powodować utratę poczucia tożsamości i celu w życiu;
8) wiąże się z pozbawieniem lub niezrealizowaniem uprawnień socjalnych;
9) zawiera czynniki utrwalające, które dominują w cyklu życia i mogą być przekazywane międzypokoleniowo.

Podstawowymi grupami społecznymi narażonymi na wykluczenie społeczne są: osoby niepełnosprawne, osoby chore psychicznie, uzależnieni, długotrwale bezrobotni, jednostki opuszczający zakłady karne i poprawcze, kobiety samotnie wychowujące dzieci, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, bezdomni, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych oraz wychowujące się poza rodziną, osoby będące imigrantami oraz członkowie mniejszości narodowych (np. członkowie społeczności romskiej), wreszcie osoby starsze i samotne.

---

[23] F. Nalaskowski, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne jako problem dla edukacji*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Informatyki i Ekonomii TWP, Olsztyn 2007, s. 205.

[24] Z. Dach, *Rynek pracy w Polsce. Aspekty ekonomiczno-społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Kraków 2008, s. 133–143.

A zatem czym jest owo wykluczenie społeczne? Czy można zawrzeć w definicjach pojęcia „wykluczenie społeczności" z Donbasu? Terminu „wykluczenie społeczne" używa się często zamiennie z terminem „marginalizacja społeczna" („marginalność"). Termin „marginalizacja" pojawił się w 1929 roku w pracy amerykańskiego naukowca Roberta Parka. Autor po raz pierwszy zastosował go w eseju *Human Migration and the Marginal Man*, poświęconym badaniom procesów w środowisku migrantów[25].

Według Parka pojęcie „marginalność" oznacza pozycję indywiduów, które znajdują się na granicy dwóch różnych kultur i są w stanie konfliktu; stosowane jest również dla opanowania skutku nieadaptowalności migrantów[26]. Lech Witkowski uważa, że marginalność nie może być kojarzona w przestrzeni społecznej z marginesem społecznym jako warstwą lub grupą społeczną. Marginalizacja, uważaWitkowski, może dotyczyć rozproszonych jednostek lub środowisk niepodpadających pod jedną charakterystykę[27]. Marginalizacja społeczna to spadek znaczenia danej grupy w społeczeństwie, m.in. z powodu zmniejszenia się jej liczebności, osłabienia funkcji i pozycji w hierarchii społecznej, reprezentowania skrajnych poglądów lub podejmowania zachowań nieakceptowanych przez większość[28]. Współcześnie traktuje się marginalność jako „stan grup i indywiduów, który zmusza je pod wpływem zewnętrznych czynników, związanych ze społecznymi i kulturowymi aspektami, do zmiany swojej pozycji społecznej".

Tak marginalizacja, jak i wykluczenie są zjawiskami istotnie ze sobą powiązanymi. Jednostki, których sytuacja życiowa wskazuje na wykluczenie społeczne, znajdują na marginesie różnych aspektów życia publicznego, jednakże osoby zmarginalizowane nie zawsze są w sytuacji wykluczenia społecznego, gdyż mają możliwość, choć w mniejszym stopniu od pozostałej części społeczeństwa, uczestniczenia w większości ważnych wymiarach życia społecznego. Jak wynika z powyższego, pojęcie marginalizacji jest szersze od pojęcia wykluczenia[29]. Pozytywne lub negatywne przejawy marginalności zależą od społeczno-historycznych warunków i okoliczności. Negatywny kierunek marginalności przejawia się przez oddalanie, zwiększane nieadekwatnym zachowaniem charakteryzującym marginalne grupy. Natomiast pozytywny oznacza związanie z nowym postrzeganiem otaczającego środowiska, poszukiwanie wyjścia z sytuacji.

---

[25] R. Park, *Human Migration and the Marginal Man*, „American Journal of Sociology" 1928, vol. 33, no. 6; *idem*, *Race and culture*, Free Press, Glencoe 1950.

[26] *Ibidem.*

[27] L. Witkowski, *Upadek idei marginesu? (o paradoksach marginalizacji w społeczeństwie i naukach społecznych)*, maszynopis powielony, Toruń 2005.

[28] Wykluczenie [hasło], http://pl.wikipedia.org/wiki/Wykluczenie [dostęp: 17.09.2018].

[29] C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, przeł. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, s. 54–56.

Podsumowanie

Ludzie z Donbasu nie odpowiadają żadnej z przytoczonych definicji. Dlatego ciągle aktualne jest pytanie, na które nikt nie zna odpowiedzi: czy kraj może wykluczyć swoich obywateli ze społeczeństwa, pozostawiając ich na łasce rebeliantów? Nikt o to wykluczonych nie pyta, nikogo nie interesuje ich opinia,. choć nie są oni winni, nie angażowali się politycznie, a los sprawił, że ich domy znalazły się na linii ognia w walce o wschodnią Ukrainę. Żyją bez wody i prądu w mieście, nad którym przez całą dobę latają pociski. Śpią w piwnicach, uwięzieni we własnych domach, nadal nie wierząc, że ten koszmar rozgrywa się naprawdę. Nie mają za co i dokąd uciec. Nie ma nikogo, kto przyszedłby im z pomocą – świat zapomniał już o emocjach Euromajdanu. Ukraińskie władze ostrzegają, że ryzyko wybuchu nowej fali konfliktu w Donbasie jest coraz większe, a separatyści gromadzą uzbrojenie i zapasy przysyłane z Rosji. Jednak oligarchom nie przeszkadza to w walce o zwiększenie swojego stanu posiadania. Równolegle z wojną na wschodzie toczy się cicha przepychanka między magnatami, z których każdy chce wykroić swój kawałek tortu[30].

Petro Poroszenko, oligarcha i „król czekolady", który po Euromajdanie został wybrany na prezydenta Ukrainy, nie pozbył się jednak swoich biznesów, co obiecywał przed wyborami i nie zrezygnował nawet z interesów prowadzonych w Rosji. W takim razie, jeśli prezydent państwa nie czyni żadnych kroków w celu rozwiązania problemów, to co może zrobić zwykły obywatel?

12 lutego 2015 roku w Mińsku przywódcy Ukrainy, Rosji, Niemiec i Francji po kilkunastu godzinach rozmów wynegocjowali porozumienie w sprawie uregulowania konfliktu w Donbasie. Formalnie dokument podpisany został wyłącznie przez tzw. grupę kontaktową (przedstawiciele Ukrainy, Rosji, OBWE i separatystów), a dotyczy podjęcia środków zmierzających do wypełnienia porozumień mińskich z 5 i 19 września 2014 roku. Czworo przywódców przyjęło jedynie deklarację, w której podkreślono poparcie dla rozejmu w oparciu o suwerenność i integralność terytorialną Ukrainy. 13-punktowe porozumienie przewiduje m.in. zawieszenie broni od 15 lutego 2015 roku, wycofanie ciężkiego sprzętu i cudzoziemskich formacji wojskowych. Jednocześnie dokument nakłada na Ukrainę zobowiązanie m.in. do przyjęcia nowej konstytucji oraz wdrożenia ustawy o specjalnym statusie dla „niektórych rejonów obwodów donieckiego i ługańskiego"[31].

Porozumienie z Mińska można uznać za sukces Ukrainy, która uniknęła niekorzystnych ustępstw geopolitycznych na rzecz Rosji, ale nie przyniesie

[30] J. Junko, *Wojna na Ukrainie . W Donbasie walka o przetrwanie*, WP Wiadomości, 9.07.2015; http://wiadomosci.wp.pl/kat,1356,title,Wojna-na-Ukrainie-W-Donbasie-walka-o-przetrwanie,wid,17694607,wiadomosc.html [dostęp: 19.09.2018].

[31] S. Kardaś, W. Konończuk, *Mińsk 2 – kruchy rozejm zamiast trwałego pokoju*; „OSW Analizy", 12.02.2015, http://www.osw.waw.pl/pl/publikacje/analizy/2015-02-12/minsk-2-kruchy-rozejm-zamiast-trwalego-pokoju [dostęp: 19.09.2018].

ono trwałego pokoju i nie zakończy sporów między Kijowem a Moskwą. Jednak mimo porozumienia z Mińska na Ukrainie „wciąż giną ludzie". Politycy i eksperci w Kijowie zastanawiają się tymczasem, jak postępować dalej z separatystami. Na Ukrainie, szczególnie zachodniej, już od dawna mówiło się, że jeśli wschód, a konkretnie Donbas i Krym, będzie miał ochotę pójść sobie w swoją stronę – droga wolna. Rozmaici publicyści podawali korzyści płynące z takiego stanu rzeczy: odpadają regiony głosujące tradycyjnie na opcję promoskiewską, czyli odpada najcięższy kamień ciągnący kraj w stronę Rosji. Wielu pisało, że z odpadnięciem Donbasu skończy się konieczność dotowania tego regionu, a z odpadnięciem Krymu – dziwaczna sytuacja, w której na terenie jednego państwa stacjonuje flota innego.

Słowem – pozostaje opcja moskiewska, już bez ciągnącego w drugą stronę silnika, pójścia w stronę Europy[32]. Toczy się dyskusja, czy całkowicie odizolować dwie „republiki", odcinając nawet dostawy żywności, czy też stosować wobec nich bardziej miękką politykę, podyktowaną zobowiązaniami państwa ukraińskiego wobec własnych obywateli, którzy tam wciąż mieszkają. Nikt nie myśli o losie ludzi, którzy tam zostali. Rodzi się pytanie: jak dalej żyć? W co wierzyć, by nie oszaleć?

Na podstawie opracowanych danych Międzynarodowy Instytut Socjologii z Kijowa podaje, że tylko 24% mieszkańców Donbasu wierzy, iż konflikt wojskowy skończy się w następnym roku. W grudniu 2015 roku ten wskaźnik wynosił 40%. Połowa mieszkańców Donbasu uważało, że 2016 rok będzie lepszy od poprzedniego. Wszyscy czekają na pokój[33]. Tylko kiedy i czy w ogóle on nadejdzie…

---

[32] Z. Szczerek, *Wojna o Donbas, którego nikt nie potrzebuje (lecz nikt się do tego nie przyzna)*, „Między Rurytanią a Molwanią", 3.02.2015; http://szczerek.blog.polityka.pl/2015/02/03/wojna-o-donbas-ktorego-nikt-nie-potrzebuje-lecz-nikt-sie-do-tego-nie-przyzna/ [dostęp: 19.09.2018].

[33] Горловка в ожидании 2016-го: „Знаете, у меня панический страх перед началом нового года. Ведь прошлым январем война началась с новой силой, и бежать-то уже было некуда"; http://www.06242.com.ua/article/1077456 [dostęp: 19.09.2018].

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Agnieszka Malczewska-Błaszczyk
0000-0002-6915-314X

Małgorzata Leśniak
doc. dr, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
0000-0002-6915-314X

MŁODZIEŻ UKRAIŃSKA W POLSCE. PROBLEMY INTEGRACJI

Streszczenie
Autorki w swoim artykule opisują sytuację młodzieży ukraińskiej, która po przyjeździe do Polski podejmuje naukę w polskich szkołach średnich. Jak wyglądają ich pierwsze dni w Polsce? Jak wypada konfrontacja wyobrażeń na temat Polski z rzeczywistością? Na co narzekają? Co im się w Polsce podoba? Na jakie problemy związane z obecnością młodych Ukraińców wskazują ich polscy opiekunowie – wychowawcy w jednej z krakowskich placówek edukacyjnych? Jak te problemy są rozwiązywane? Co należałoby zrobić, aby poprawić sytuację młodych Ukraińców w Polsce, którzy, kończąc tu szkoły średnie, za chwilę staną się studentami polskich uczelni? To tylko kilka z wielu pytań, na które starają się odpowiedzieć, analizując wyniki swoich badań zrealizowanych na terenie jednej z placówek opiekuńczych (internatu szkolnego) w Krakowie.
Słowa kluczowe: integracja, problemy wychowawcze, sytuacja młodzieży ukraińskiej w Polsce, zachowania agresywne, empatia, stereotypy, uprzedzenia

Ukrainian youth in Poland. Integration problems
Abstract
In this article the authors are describing the situation of Ukrainian youth who come to Poland and start their education in Polish high schools. What do the first days of their stay in Poland look like? Do their expectations about Poland meet the reality? What do they complain about? What do they like about Poland? What problems are highlighted by their Polish teachers from one of Cracow educational institutions? How are these problems addressed? What should be done to improve the situation of young Ukrainians who, after graduating from Polish high schools, will soon be admitted into Polish universities? Those are only some of the questions that the authors are trying to answer by analysing the results of the study conducted in one of the boarding schools in Cracow.
Key words: integration, behavioural problems, the situation of Ukrainian youth in Poland, aggressive behaviour, empathy, stereotypes, prejudice

Wprowadzenie

Jak podkreśla wielu pedagogów i psychologów zajmujących się problemami okresu dorastania, współczesna młodzież została wystawiona na próbę, która będzie weryfikowała wpojony zarówno przez rodzinę, kulturę, a także społeczeństwo system norm i zachowań, jak i pewną indywidualną odporność na wymagania, jakie stawia trudna rzeczywistość. We współczesnym świecie młodość przestała być przedsionkiem dorosłego życia. Młodzi ludzie nie chcą być jedynie przedmiotem wychowawczych zabiegów. Aspirują do tego, by odgrywać podmiotową rolę w życiu społecznym, choć nie zawsze cywilizacja potrafi wyjść naprzeciw tym dążeniom. Młody człowiek zazwyczaj znajduje się w labiryncie o wielu wyjściach, w gąszczu przestawnych ścianek, podpisanych m.in.: dom rodzinny, czas wolny, perspektywy pracy, presja sukcesu w szkole, seks, marzenia… Dylematy młodych ludzi są bez wątpienia cechą uniwersalną; dotyczą wszystkich, bez względu na kraj zamieszkania i środowisko, z którego się wywodzą.

Piotr Pogorzelski w swojej książce-reportażu pt. *Barszcz ukraiński* przytacza wyniki badań socjologicznych realizowanych od wielu już lat wśród naszych wschodnich sąsiadów. W rankingach wartości istotnych dla Ukraińców na pierwszych miejscach niezmiennie znajdują się: zdrowie, rodzina, dzieci i dobrobyt. Największe obawy budzą zaś niskie pensje i emerytury, wzrost cen, bezrobocie i przestępczość. Prawie połowa badanych uważa, że to, jakie będzie ich życie, w większym stopniu zależy od zewnętrznych czynników niż od nich samych. Respondenci są przekonani, że większość ludzi jest gotowa postępować nieuczciwie dla własnych korzyści, a w państwie nie jest przestrzegane prawo. Z tego powodu większość Ukraińców nie ma zaufania do władz, lecz ufa przede wszystkim swojej rodzinie. Prawie połowa z nich twierdzi, że warunkiem osiągnięcia sukcesu w życiu jest posiadanie wpływowych członków rodziny, na kolejnych miejscach znalazły się takie warunki, jak: dobre zdrowie, zdolność do omijania (czasem) prawa oraz inteligencja i inne zdolności (np. artystyczne). Również wyniki badań realizowanych wśród młodych Ukraińców nie odbiegają bardzo od wyników

uzyskanych w badaniach ich rodziców. Uczniowie kończący ukraińskie szkoły są zdania, że przyszłość mogą zapewnić przede wszystkim dobrze ustawieni rodzice, a tylko 12% jest zdania, że ta przyszłość zależy od nich samych[1].

Niestabilna sytuacja gospodarcza, drożyzna, niskie zarobki, a także ukraińska wojna domowa spowodowały, że wielu Ukraińców wybiera emigrację zarobkową. Według badań Państwowego Instytutu Statystyki i Demografii Narodowej Akademii Nauk Ukrainy tylko od stycznia 2010 roku do połowy 2012 roku w celach zarobkowych za granica przebywało 3,4% Ukraińców w wieku 15–70 lat. Większość z nich pochodziła z zachodniej części Ukrainy. Wśród emigrujących są rodziny z dziećmi. Jeśli dzieci są w wieku szkolnym, podejmują bądź kontynuują, co zrozumiałe, naukę w państwie osiedlenia rodziców. Jednak część młodych Ukraińców wyjeżdża sama, bez rodziny, uczyć się na tanich, w porównaniu z ukraińskimi, uczelniach Europy Wschodniej. Przyjeżdżając do Polski, młodzi Ukraińcy borykają się nie tylko z brakiem znajomości języka polskiego – muszą zmierzyć się przy okazji ze stereotypami, uprzedzeniami, samotnością, inną kulturą, a często także z nieprzygotowaniem polskich instytucji edukacyjnych na przyjęcie jakichkolwiek obcokrajowców, w tym i Ukraińców. Rzuceni na głęboką wodę, z dala od bliskich, przyjaciół i rodziny, doświadczają wielu problemów, a mając 12–16 lat są zmuszeni rozwiązywać je po swojemu. Jak wyglądają ich pierwsze dni w Polsce? Jak wypada konfrontacja wyobrażeń na temat Polski z rzeczywistością? Na co narzekają? Co im się w Polsce podoba? Na jakie problemy związane z obecnością młodych Ukraińców wskazują ich polscy opiekunowie – wychowawcy w jednej z krakowskich placówek edukacyjnych? Jak te problemy są rozwiązywane? Co należałoby zrobić, aby poprawić sytuację młodych Ukraińców w Polsce, którzy, kończąc tu szkoły średnie, za chwilę staną się studentami polskich uczelni? Niniejszy artykuł jest próbą odpowiedzi na te pytania, a także próbą choć częściowej diagnozy sytuacji młodych Ukraińców w Polsce i problemów związanych z ich integracją.

Metodologia badań. Charakterystyka otrzymanych wyników

Badania zrealizowano na przełomie 2015 i 2016 roku, a także w roku 2017 na terenie jednego z wielu krakowskich internatów, z którego korzystają uczniowie szkół średnich, zarówno uczący się w zespole szkół, do którego należy internat, jak i uczęszczający do innych szkół średnich Krakowa. Zdarza się, że mieszkańcami internatu bywają również studenci. Internat jest koedukacyjny, dysponuje 176 miejscami, choć raczej nie zdarza się, aby wszystkie miejsca były w danym momencie zajęte. Pokoje są czteroosobowe, jest ich w sumie 44, po jedenaście na każdym z czterech pięter budynku internatu. W chwili realizacji badań na terenie placówki przebywa 160 uczniów krakowskich szkół średnich. Internat

[1] P. Pogorzelski, *Barszcz ukraiński*, Gliwice [cop. 2014], s. 16–17.

czynny jest całodobowo, przez wszystkie dni tygodnia, z wyjątkiem ferii i wakacji. Opiekę nad mieszkańcami sprawuje ośmiu wychowawców; wszyscy mają przygotowanie pedagogiczne; jeden z wychowawców jest absolwentem przysposobienia obronnego, drugi ukończył Akademię Wychowania Fizycznego i podyplomowe studia z zakresu zarządzania oświatą, wychowawcą jest też rusycystka i nauczycielka języka francuskiego. W pobliskim zespole szkół pracuje również psycholog, który – jeśli jest taka potrzeba[2] – udzielić może niezbędnej pomocy i konsultacji. Zresztą, w każdej ze szkół, do której uczęszczają mieszkańcy internatu, dostępny jest i szkolny pedagog i, w razie konieczności, psycholog. Na terenie obiektu znajduje się stołówka dla jego mieszkańców, jak i pozostałych uczniów zespołu szkół, którzy nie korzystają z noclegów w internacie. Placówka podlega krakowskiemu kuratorium, a finansowana jest przez Urząd Miasta Krakowa. W roku rozpoczęcia zasadniczej części naszych badań (2016) w internacie mieszkało 30 uczniów pochodzących z Ukrainy.

Zastosowane metody badawcze to przede wszystkim wywiad swobodny (z czterema ukraińskimi mieszkańcami internatu, z jednym polskim wychowankiem oraz z siedmioma wychowawcami), a także analiza dokumentów – dzienników grup i zeszytów informacji wychowawców. Niniejsze opracowanie zawiera fragmenty wybranych wywiadów oraz cytaty pochodzące z analizowanych dokumentów.

Pierwszy chłopiec z Ukrainy zamieszkał w internacie już w 2011 roku. Był słuchaczem Collegium Językowego, nie sprawiał kłopotów wychowawczych, dobrze się uczył, nie potrzebował więc pomocy w edukacji – szczególnie dużo czasu poświęcał na naukę języków obcych. Prawie wszyscy ówcześni mieszkańcy internatu zapamiętali go jako zawsze uśmiechniętego i sympatycznego kolegę: *Wychowawcy tylko martwili się o niego, że biedne dziecko, bo chodzi w dziurawych bluzach i sweterkach*. Po jego wyprowadzce okazało się, że, jak to stwierdzili wychowankowie, wspominając kolegę: *Te dziury to były po zabezpieczeniach antykradzieżowych, które wycinał z bardzo drogich markowych ciuchów… No tak, był ciągle uśmiechnięty, bo zdarzało mu się często przypalać marihuanę.* Jeszcze rok po tym, jak się wyprowadził z internatu, pytała tu o niego krakowska policja.

Pierwsza grupa młodzieży z Ukrainy wprowadziła się do placówki we wrześniu 2014 roku. Liczyła trzech chłopców i cztery dziewczynki w wieku 15–6 lat; byli to uczniowie pierwszej klasy technikum. Pochodzili z miejsc zagrożonych działaniami wojennymi z okolic Donbasu. W trakcie kilku miesięcy ich pobytu w internacie front działań wojennych dotarł i tam.

Była to młodzież w trudnym stanie psychicznym. Cały czas chorowali; ciągle zaziębieni, skarżący się na bóle głowy, katar i nudności. Wychowawcy też się skarżyli – dzieci te przez pół roku nie miały żadnego ubezpieczenia zdro-

[2] A. Malczewska, *Rola pedagoga szkolnego w zapobieganiu zachowaniom samobójczym wśród uczniów*, „Suicydologia. Rocznik Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego" 2006, t. 2, s. 100–107.

wotnego i trzeba było się nimi opiekować „domowymi sposobami". Niestety, częste choroby wiązały się z wysoką absencją i wynikłymi stąd trudnościami w nauce. Kontakt z ich głównym opiekunem, który na terenie Polski miał załatwiać wszystkie ważne sprawy i rozwiązywać wszelkie problemy (panem zamieszkałym w niewielkiej odległości od internatu) był znacznie utrudniony. *Pan opiekun to ten sam, który sprowadził ich do Polski, załatwiał wizy* i *„podobno" wszystkie formalności i właśnie do tej szkoły. Mówią na niego „biznesmen"* (cytat z wypowiedzi jednego z wychowawców; na wizytówce opiekuna widniała informacja, że zajmuje się handlem nieruchomościami). Zapewne z tego powodu – braku czasu na działania inne niż bardziej dochodowy biznes – nie pojawiał się na umówionych z wychowawcami internatu spotkaniach. Wreszcie po kilku miesiącach stało się jasne, że ukraińska młodzież […] *nie chce go prosić o żadne przysługi, bo ich rodzice muszą mu za wszystko dodatkowo płacić. Obligując się, że weźmie opiekę, nie spodziewał się, że będzie musiał za darmo chodzić do szkoły na rozmowy z wychowawcą czy kierownikiem internatu. Nie ma za to dodatkowo zapłacone, to stara się nie angażować* (wypowiedź wychowawcy).

W pierwszym miesiącu pobytu tej grupy w Polsce dołączyły do niej dwie szesnastoletnie dziewczynki mające polskie korzenie (babcie były Polkami). Zapisane zostały do pierwszej klasy liceum ogólnokształcącego. Na stałe, w Ukrainie, mieszkają około trzystu kilometrów od Lwowa i Kijowa w jedenastotysięcznym miasteczku: Chmielnicki. Jedną z nich jest Anastazja, która, zanim pojawiła się w Polsce, przez rok uczyła się języka polskiego w swoim rodzinnym mieście. Na pytanie, skąd pomysł, by przyjechać właśnie do Polski, odpowiedziała: *Chciałam przyjechać na studia do Polski, zdobyć wykształcenie, ale zaczęła się ta wojna i tata się uparł, i tak jakoś wyszło, że przyjechałam wcześniej. Mam kolegów, którzy uczą się teraz na studiach w Rzeszowie. Mam też jedną koleżankę w Warszawie. Ja miałam uczyć się w jakiejś szkole w Krakowie dla Rosjan, Białorusinów i Ukraińców, ale coś się stało, że po prostu dostałam się do liceum ogólnokształcącego, a chciałam coś z turystyką i akurat z takim profilem turystycznym. Po studiach chciałabym wrócić na Ukrainę, ale nie wiem, czy w ogóle coś będzie z tego wszystkiego. Tata już też mówi, że jeżeli dolar będzie kosztował 20 hrywien, to bierze rzeczy i przyjeżdża do Polski, bo nie ma sensu tam siedzieć. Będzie szukał jakiejś pracy tu, bo nie ma tam co robić, nic nie sprzedaje… Ludzie chodzą jak w muzeum i tylko patrzą, oglądają, jakie są ceny. Prawie wszystko pięć razy wzrosło. Bardzo dużo ludzi ma kredyty, prawie wszyscy. Kiedy ktoś u nas umrze, czy zachoruje, wszystko przechodzi na rzecz państwa. Nie tak, jak by można chcieć. Polska się jednak różni tym, że politycy nie kradną tak dużo jak na Ukrainie, w tym jest różnica, ale Ukraina jest większa. Jak była druga wojna światowa, Niemcy wywozili czarnoziemy. Na Ukrainie dużo rośnie, kukurydza i inne rośliny, i jakby się ktoś tym zajął, to by coś z tego było. Ja lubię o tym mówić, bo kocham historię polską i ukraińską. To mój ulubiony przedmiot.* W polskiej szkole nie radzi sobie tak dobrze, jak w ojczystym kraju: *Przychodzę*

ze szkoły i idę zaraz spać, bo nie mogę nic już robić, nie mam siły, jestem taka zmęczona, że nawet na kolację nie wstaję. Potem około godziny 21-ej się budzę, robię zadanie domowe i znowu idę spać. Na Ukrainie byłam dobrą uczennicą, a tu ciężko mi idzie, język polski najgorzej. Na Ukrainie było prościej, tam uczyliśmy się osobno języka, gramatyki, Biblii, a tu wszystko tak w jednym. Nie ma większych problemów, jeśli chodzi o kontakt z polskimi rówieśnikami: *Mówią mi, że jestem słodka, że jestem śliczna. Ja tak sobie zauważyłam, że Polka jak jest ładna, to albo pije albo pali. Bo ja tak patrzę na te dziewczyny u mnie w klasie, to wszystkie te ładne palą i piją, a jak jest jakaś taka cicha, to na nią nikt nie zwraca uwagi… Tylko na te, co piją i palą, i nie wiem, co w tym jest, że właśnie takie się podobają. Ale ja nie piję i nie palę… Jeden chłopiec z naszej szkoły chce, żeby uczyć go ukraińskiego. Polskie dziewczyny są trochę zazdrosne i tu, w internacie, no i w szkole też…*

Dziewczynka zdała do następnej klasy, ale wyprowadziła się z internatu i mieszka teraz z rodzicami w Polsce. Jak twierdzą wychowawcy, mama Anastazji jest małomówna, a ojciec mało elegancki, i z wyglądu, i z zachowania. Jedna z wychowawczyń wspomina go tak: *Nocował często na terenie budynku, wynajmował pokój hotelowy, często nie przychodził sam, tylko próbował załatwić formalności przez córkę. Na noclegi przyjeżdżał o takich porach, że nie było pracowników administracyjnych, żeby go obsłużyć. Wychowawcy wydawali mu grzecznościowo klucze do pokoju i pościel, a także, w jego imieniu, przekazywali następnego dnia pieniądze za nocleg komuś z administracji internatu. Któregoś wieczoru wszedł do pokoju wychowawców obrażony, że musi to zrobić osobiście, wyciągnął z kieszeni owinięty gumką zrolowany gruby plik pieniędzy o nominałach stuzłotowych. Wyjął jedną z tych setek i rzucił na biurko wychowawców,* mówiąc: „*Pokój!”. Poczułyśmy się jak służba, ale się nie odezwałyśmy. Zasugerowałyśmy tylko delikatnie, że robimy to grzecznościowo i nie mamy pieniędzy, żeby mu wydać resztę. Rzucił wtedy urażony: „No to może mam jeszcze chodzić i rozmieniać sam?”. Odpowiedziałam, że wychowawca nie może wychodzić poza budynek podczas pełnionego dyżuru, ponieważ cały czas odpowiada za młodzież. Obrażony wyszedł, zabierając pieniądze i twierdząc, że zapłaci rano.* Ojciec dziewczynki, podobnie jak i wielu innych rodziców przebywających w internacie dzieci z Ukrainy, nie uważał za stosowne rozmawiać z wychowawcami na temat córki. Uważał, że skoro płaci, to ma prawo wymagać i w związku z tym nie musi brać za nic odpowiedzialności. Nawet za własne dziecko.

Kolejna rozmówczyni to Daria, szesnastoletnia koleżanka Anastazji, pochodząca zresztą z tej samej miejscowości. Jej rodzice mieszkają w Polsce – ojciec, z wykształcenia filolog angielski, pracuje w stolicy „na budowie”. Matka ma ukończone technikum gastronomiczne; na Ukrainie pracowała jako sprzedawczyni w sklepie „Wszystko dla domu”, w Polsce zarabia jako pomoc domowa i opiekunka do dzieci. Daria była już kiedyś w Polsce; jakiś czas temu spędziła tu wakacje, całe dwa tygodnie w jednym z krakowskich hoteli. W szkole radzi sobie

całkiem nieźle: *Polskie koleżanki rodziców zabierają mnie na weekend, robią ze mną zadania domowe. Wychowawczyni rusycystka z internatu i dziewczyny ze szkoły pomagają nam. Chłopcy z internatu też są fajni… Dziewczyny tylko trochę zazdrosne, bo chłopcy zabiegają o nas. Z przedmiotów szkolnych lubię wiedzę o kulturze, wiedzę o społeczeństwie, język polski, chemię, matematykę. Fizyki raczej nie…* Mówi, że bardzo jej się podoba Kraków: *w Krakowie zielono, pięknie, wszystko takie nowoczesne, a tam, na Ukrainie, raczej stare…* W Polsce dziwi ją to, że młodzi Polacy często chodzą w obcisłych spodniach i farbują włosy: *Chłopacy mają spodnie – takie rurki, różowe włosy. U nas chłopak to chłopak, nie dziewczyna…* Mówi, że przeraża ją w Polsce duża liczba pociągów i tramwajów, bo – *u nas takich nie ma*. W przyszłości chciałaby pracować w straży granicznej i pilnować przede wszystkim polskich granic. Kiedyś marzyła o tym, by zostać lekarzem, jednak dzisiaj już wie, że tego zawodu wykonywać nigdy nie będzie. Chce wraz z rodzicami pozostać w Polsce. W internacie bardzo zaangażowała się w prace klubu filmowego. To przede wszystkim z polskich filmów uczy się języka polskiego.

Marek ma 15 lat i stosunkowo młodych rodziców: 36-letniego ojca i 40-letnią matkę. Na Ukrainie mieszkał nieopodal Doniecka z rodzicami, bratem i siedmiorgiem adoptowanych z domu dziecka przyrodnich braci i sióstr. Rodzice mają swoją firmę budowlaną, nieźle im się powodzi, bo firma handluje materiałami budowlanymi praktycznie na terytorium całej Ukrainy. Marek był już w Finlandii i Szwecji, więc pobyt w Polsce nie jest jego pierwszym pobytem poza domem rodzinnym. Tęskni jednak za Ukrainą, głównie za ukraińskim jedzeniem: *Tęsknię za jedzeniem ukraińskim… Za gołąbkami, barszczem i pierogami. Na Ukrainie pierogi są bardziej z ziemniakami, nie tak jak u was…* W czasie wolnym lubi grać na gitarze i w koszykówkę. Chodzi na siłownię i ogląda filmy, głównie przygodowe i kryminalne. Twierdzi, że lepiej czuje się w towarzystwie ukraińskim niż polskim: *Lepiej dogaduję się z dziewczynami ukraińskimi… Polskie dziewczyny są za spokojne i za mało się śmieją, a ukraińskie są szalone. Nie podoba mi się szkoła, w której jestem, wolałbym się uczyć w gastronomicznej*. Na pytanie, dlaczego w takim razie nie wybrał w Polsce szkoły o takim profilu, odpowiedział, że jego polski opiekun poinformował jego rodziców, że *tylko tu można*. Nie skarży się na złe traktowanie ze strony polskich rówieśników, narzeka jednak, że musi wcześnie wstawać: *na Ukrainie mogłem dłużej spać*. Bardzo podoba mu się, że w Polsce nie trzeba pokazywać kontrolerowi biletu zaraz po wejściu do tramwaju i autobusu, że wystarczy go po prostu skasować. W trakcie pobytu w internacie Marek chętnie uczestniczył w zajęciach z zakresu doradztwa zawodowego; był także aktywnym uczestnikiem klubu filmowego[3]. Wkrótce po przeprowadzonym wywiadzie Marek przeniósł się jednak do szkoły gastronomicznej; w dotychczasowej nie otrzymał promocji do następnej klasy.

[3] A. Malczewska, *Praca z młodzieżą w procesie wychowawczym*, „Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego w Krakowie »Apeiron« w Krakowie" 2008, nr 2, s. 52–58.

Z tej pierwszej, początkowej grupy uczniów z Ukrainy zostało tylko 6 osób. Druga, o wiele liczniejsza, liczy już ich 30. Wraz ze zwiększeniem się liczby uczącej się w internacie ukraińskiej młodzieży wzrosła również liczba problemów, z którymi muszą się zmierzyć ich polscy wychowawcy[4]. Pytani o te problemy, wskazują następujące (wszystkie zamieszczone poniżej uwagi są cytatami z wypowiedzi wychowawców):

- *Młodzież z Ukrainy jest bardziej głośna niż młodzież z Polski. Są na nich ciągłe skargi. Szczególnie problem nasila się w trakcie ciszy nocnej. Są bardzo głośni, krzyczą, porozumiewając się między sobą.*
- *Zdarza im się nie reagować, jak wychowawca wchodzi do pokoju i coś mówi. Tak jakby go nie było.*
- *Trzeba często powtarzać polecenia i mówić podniesionym głosem – co nie zdarzało się w przypadku młodzieży polskiej. Zdarza im się nie reagować na polecenia wychowawcy.*
- *Nie czują respektu przed wychowawcą – nie chodzi tu o wiek ani wygląd – po prostu trzeba krzyknąć, żeby coś dotarło.*
- *Doceniają tych, którzy są silniejsi i mają pieniądze* (uwaga dotycząca systemu wartości).
- *Wyzywają się między sobą: „ty kijowska dziwko, ty charkowska szmato", „chińczyk" – to o chłopcu jakuckiego pochodzenia itp. Mają konflikty na tle regionu, z którego pochodzą. Jeśli pochodzą z bogatszego rejonu, gardzą tymi, którzy są biedniejsi. Ta kwestia odniesienia się do pochodzenia jest „wyniesiona z domu", niektóre dzieci z Kijowa nie chcą mieszkać z tymi z Donbasu. Jak stwierdziła jedna z matek: „ jest zbieranina, bo z Syberii przyjechali, a my z Kijowa, to córka nie może tam mieszkać z nimi w pokoju".*
- *Konflikty między sobą rozwiązują używając siły i agresji – słownej bądź fizycznej[5]. Bójki między chłopcami[6], poniżanie koleżanek.*
- *Niektórzy słabo mówią po polsku – mają problemy w szkole.*
- *Zdarzyła się kradzież w Bonarce – jeden z chłopców z Ukrainy.*
- *Jeden z chłopców został złapany, gdy zamierzał się nogą i ręką na dziewczynkę – oboje stwierdzili, że to takie żarty. Potem dziewczynka stwierdziła, że chłopcy z Ukrainy tak ich traktują prawie zawsze.*
- *Jedna z dziewczynek miała pod łóżkiem siekierkę, którą podobno groziła koledze z Ukrainy, w odwecie ten nalepił na jej drzwi kartkę z wyzwiskami.*

---

[4] J.C. Dobson, *Zasady nie są dla tchórzy Jak zachować równowagę między miłością a dyscypliną w wychowywaniu dzieci*, przeł. U. Kowalczyk, Oficyna Wydawnicza „Vocati", Warszawa 1995.

[5] A. Malczewska-Błaszczyk, *Przestępczość nieletnich – skala zjawiska*, „Krymigraf" 2015, nr 2 (22), s. 66–79.

[6] A. Malczewska, *Środowisko internatu uczniowskiego a realizacja potrzeby bezpieczeństwa*, [w:] *Bezpieczeństwo jako wartość*, red. I. Pabisz-Zarębska, J. Szewczyk, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa Publicznego i Indywidualnego „Apeiron", Kraków 2010, s. 47–55.

- *W stołówce kucharki skarżą się, że Ukraińcy nakładają na talerze zbyt duże porcje, których nie są w stanie zjeść i potem je odnoszą. Zdarzają się przypadki rzucania jedzeniem i oczywiście hałasowanie.*
- *Polska młodzież w tym roku jest raczej nastawiona do Ukraińców negatywnie. Polacy twierdzą, że Ukraińcy są głośni. Nawet dziewczynka z Ukrainy nie chce mieszkać z Ukrainkami, „bo są głośne".*
- *Oczywiście są wyjątki – lubiane są te osoby, które zachowują się cicho, nie wyróżniają się negatywnie, tylko pozytywnie – są wesołe, koleżeńskie, sympatyczne i nie integrują się z młodzieżą z Ukrainy.*
- *Raczej brak integracji Polacy – Ukraińcy, ale zdecydowanie więcej konfliktów jest pomiędzy Ukraińcami niż między Ukraińcami a Polakami.*
- *Rodzice rzadko dzwonią, jest bariera językowa. Ale nawet jeśli przebywają w Polsce i mieszkają w internacie, nie pytają o zachowanie dzieci. Nie są tym zainteresowani. Bardziej traktują internat jak przechowalnię. Zostawiają w Polsce nawet dzieci z gimnazjum, które są niedojrzałe do samodzielnego funkcjonowania (poza rodziną). Jak powiedział mi jeden z rodziców: wizy tanie nie były, płacą, to wymagają… Jak rodzice przyjeżdżają, to nawet nie wchodzą do pokoju wychowawców, nie widzą takiej potrzeby*
- *Są rodzice, którzy unikają kontaktu nawet z opiekunami prawnymi swoich dzieci. Większość opiekunów zdecydowanie nie wiedziała, na co się porywa – nie mieli pojęcia o problemach, jakie mogą się pojawić, i niektórzy wycofują się z roli. Twierdzą np., że myśleli, że będą odpowiadać tylko za zniszczenia materialne, a jeden pan życzy sobie wynagrodzenia finansowego za każdą czynność, np. wyjazd do lekarza. Rodzice też czasem rezygnują z tych opiekunów na rzecz np. siostry, brata zakwaterowanego w internacie ucznia. Jedna z opiekunek jest osiemnastoletnią siostrą, która studiuje i nie ma czasu na kontakt z wychowawcami z powodu zajęć na uczelni.*
- *Z tego, co wiemy – w przypadku poważnego złamania regulaminu rodzice nie mogliby przyjechać po syna* [*przypadek kradzieży*[7]]*, bo nie mają wizy. Rodzice jak sobie już nie radzą z dziećmi, to sugerują wychowawcom, że nikt tu, w Polsce, nie lubi Ukraińców.*

Ciekawym źródłem informacji o problemach ukraińskiej młodzieży są również zapiski z zeszytu informacji prowadzonego przez dyżurujących w internacie wychowawców (jest to dokument zawierający ważniejsze wydarzenia z całodobowej pracy wychowawczej). Poniżej znajdują się wpisy z tego zeszytu wraz z datą sporządzonej notatki (do prezentacji wybrano wpisy pochodzące z ostatniego kwartału 2015 roku):

[7] A. Malczewska-Błaszczyk, *Młodzież wobec czynu prawnie zabronionego – „wybór" pomiędzy wykroczeniem a przestępstwem – zabór mienia*, „Krymigraf" 2013, nr 4 (16), s. 83–89.

4.09.2015. *Iwan rzucał czymś w kierunku dziewcząt z Ukrainy.*

12.09.2015. *Rozmawiałam z Iną, dziewczynka twierdzi, że miała w ręku łyżkę, a nie nóż, i nie zrobiłaby krzywdy Katerinie. Natomiast zareagowała emocjonalnie na plotki, które Katerina rozgłaszała o niej w grupie ukraińskiej (dotyczącej jej powodzenia, miejsca zamieszkania, wyglądu, niskiego według niej statusu, pochodzenia społecznego i materialnego). Według Iny Katerina uważa się za lepszą od niej i to stanowi zarzewie konfliktu. Rozmawiałyśmy z Kateriną, przedstawia odwrotną wersję: to podobno Ina zaczepiała ją słownie w ubiegłym roku szkolnym, kiedy ten konflikt został według niej zapoczątkowany. Chodziło o spodnie Kateriny, zabrane z pralki prawdopodobnie omyłkowo przez Inę. Co do wczorajszego konfliktu Katerina twierdzi, że Ina chciała ją uderzyć na korytarzu, a następnie rzuciła w jej kierunku jakimś przedmiotem, Katerina nie widziała, co to było, ale słyszała, że Ina mówi o nożu. Opiekunka prawna Kateriny stwierdziła, że nie przyjedzie, bo ma pracę w Międzyzdrojach.*

12.09.2015. *Dzwoniłam do opiekuna Kateriny. W końcu udało mi się dodzwonić – za czwartym razem, ok godz. 20.30 (nikt wcześniej nie odbierał). Pan opiekun był niemiły, bezczelny, zdziwiony, że dzwonię o tej porze. Przywitał mnie słowami: „Czy Pani wie, która jest godzina? Jest niedziela. Ja usypiam dziecko, a Pani dzwoni o tej porze". Przekazałam informację od Pana kierownika o odwołanym spotkaniu. Pan opiekun nie chciał ze mną nadmiernie rozmawiać, powtarzał kilka razy, czy wiem, która jest godzina,* i odłożył słuchawkę.

J. zgłasza złe samopoczucie pyta czy może nie iść do szkoły.

13.09.2015. *Ina bardzo źle się czuła, odczuwała silny ból w prawym boku, temperatura 37,5°, trudno było jej chodzić, porozumiałam się z towarzystwem ubezpieczeniowym na Ukrainie, otrzymałam instrukcje postępowania dotyczącego wezwania pogotowia ratunkowego, zawiadomiłam rodziców o samopoczuciu córki. Z pogotowia ratunkowego odesłali mnie do całodobowej pomocy, zadzwoniłam do całodobowej pomocy, zadzwoniłam do przychodni przy ul: Kutrzeby, lekarz-pediatra powiedział, że skoro dziewczynka „chodzi", to mam ją przywieźć do przychodni, bo ma bardzo dużo dzieci i nie przyjedzie. Ja nie mogłam opuścić stanowiska pracy, ale na szczęście inny wychowawca przyszedł wcześniej, ponad pół godziny przed dyżurem, i zaoferował pomoc wychowance (nie mówiąc już o koleżance, czyli mnie) i wziął ją prywatnym samochodem do lekarza. Dziękuję mu za okazaną pomoc. Nadmienię jeszcze, że lekarka z przychodni przy ulicy Kutrzeby powiedziała, że jeżeli nie przywiozę dziewczynki do dwóch, trzech godzin, to zadzwoni do mnie z zapytaniem, jak czuje się dziewczynka i czy jej stan zdrowia pozwoli na dalsze oczekiwanie.*

19.09.2015. *O godz. 14.40 zastałam Taję w towarzystwie… mocno przytulonych owiniętych w kapę w świetlicy… przekazano mi, że dziewczynka wzięła klucz od świetlicy, żeby się uczyć.*

22.09.2015. *Waleria źle się czuje, boli ją gardło (22.30), o godz. 23.10 Waleria zgłasza, że jest jej zimno, zażyła Theraflu, aby się rozgrzać. Dziewczynka*

położyła się do łóżka, a w razie pogorszenia samopoczucia ma zgłosić się do wychowawcy.

23.09.2015. *O godz. 21.20 na monitoringu zauważyłam następującą sytuację: na pierwszym piętrze Bogdan kopnął Inę, a następnie uderzył ją w policzek. Przeprowadzono rozmowę z wychowankami, pokazano monitoring.*

23.09.2015. *Dimitro zgłasza złe samopoczucie, o godz. 23.00 zmierzyłam mu gorączkę, miał 37,8°, wcześniej, jak mówił, miał około 39. Zażył swoje lekarstwa, położył się do łóżka*

26.09.2015. *Chłopcy z pokoju, Konstantyn i Władimir, o mało co się nie pobili. Dość szybko zareagowałam i rozdzieliłam chłopców. Byli zdenerwowani. Odbyłam z nimi rozmowę dyscyplinującą. Wyjaśniłam konsekwencje takiego zachowania. Chłopcy przeprosili i obiecali, że to się nie powtórzy.*

4.10.2015. *Dziewczynki, Katerina i Anastazja, bardzo głośne zachowanie – o 22.30 kłócą się na korytarzu. Z każdą z dziewcząt odbyłem rozmowę dyscyplinującą. Nie chciały powiedzieć, o co chodzi, dlaczego się kłócą.*

14.10.2015. *Anastazja stłukła sobie rękę o szafkę. Była bardzo zdenerwowana, ponieważ Katerina, która weszła do pokoju po jakąś książkę, skierowała w stronę dziewczynki kilka obraźliwych słów. Konflikt pomiędzy dziewczynkami trwa od kilku tygodni. Przeprowadzono rozmowę dyscyplinująco-wychowawczą z Kateriną.*

15.10.2015. *Przeprowadziłyśmy rozmowę z Anastazją w sprawie wczorajszego incydentu. Dziewczynka powiedziała nam, że między nią a Kateriną często dochodzi do konfliktów. O godz. 17.00 na drzwiach swojego pokoju Anastazja znalazła przyklejoną kartkę z obraźliwymi słowami pod jej adresem (kartka do wglądu w dzienniku wychowanków z Ukrainy). Sprawdziliśmy na monitoringu, kartkę przykleił Taves. Przeprowadziłyśmy z nim rozmowę i dowiedziałyśmy się o kolejnym konflikcie pomiędzy Anastazją a niektórymi wychowankami z Ukrainy. Anastazja we wrześniu uderzyła w twarz Tavesa. Tę informację potwierdził Władysław. Jewonety i Grzegorz skarżą się, że Anastazja od września bierze im bez pozwolenia jedzenie i nie widzi w tym nic złego. Ina potwierdziła nieprzyjemne zachowanie Anastazji w stosunku do kolegów i koleżanek z Ukrainy. Kategorycznie poleciłyśmy Ukraińcom zgłaszanie nawet najdrobniejszych zajść i konfliktów i żeby pod żadnym pozorem nie rozwiązywali problemów na własną rękę.*

15.10.2015. *Usłyszałam w pokoju nr 3 hałasy, weszłam i zastałam bijących się na podłodze Tavesa i Wołodimira. Rozdzieliłam chłopców i wzięłam na rozmowę. Wołodimir twierdzi, że Taves naśmiewał się z jego wyglądu, nazywając go „chińczykiem", oraz używał wobec niego obraźliwych słów, których nie chce powiedzieć po polsku. Taves twierdził, że żartował. Uświadomiłam Tavesowi, że obrażanie i poniżanie nie jest żartem, a bicie nie jest rozwiązaniem konfliktów. Kazałam im iść spać, zostawiłam uchylone drzwi, aby nie dochodziło do rękoczynów, ale już był spokój. Bogdan nie reaguje na uwagi – prośby o ściszenie dźwięku, jest arogancki w stosunku do wychowawcy, po polsku odpowiada, że*

nie rozumie, żeby mówić do niego tylko po ukraińsku. Aleksiej pyta wychowawcę, czy po raz kolejny przyjdzie do nich do pokoju – arogancja ze strony mieszkańca.

18.10.2015. *O godz. 19.15 zgłosił się do pokoju nr 16 Szczepan D. z zakrwawioną twarzą. Mocno rozcięty kącik ust. Opatrzyłem go i skierowałem w towarzystwie starszego kolegi do SOR przy ulicy Kopernika, zakładając konieczność szycia rany. Szczepana uderzył Aleksiej, który stwierdził, że powodem agresji była głośna muzyka. Wyjaśniłem zasadność postępowania w różnych spornych sytuacjach. Wskazałem niedozwolone metody. Aleksiej jest słuchaczem szkoły policealnej.*

19.10.2015. *Waleria ma wymioty i 38,5 od rana – nie przyjmuje jedzenia i napojów. Zadzwoniłam do matki dziewczynki, chciałam wezwać pogotowie, ale mama powiedziała, żeby poczekać na jej przyjazd do internatu. Matka przyjechała o 23.05.*

20.10 2015. *O godz. 15.15 przyjechali panowie z policji i zabrali Aleksieja na komisariat. Po przesłuchaniu ma się pakować i opuścić internat. Poinformowałam opiekuna Aleksieja o zaistniałej sytuacji, jak również o decyzji rady wychowawczej o usunięciu go z internatu za rażące naruszenie zasad współżycia w internacie i przepisów porządkowych.*

22.10.2015. *Została przeprowadzona rozmowa z opiekunem Anastazji na temat nieodpowiedniego zachowania dziewczynki w placówce – konflikty z rówieśnikami, uderzenie w twarz chłopca, zakłócanie ciszy nocnej, posiadanie niebezpiecznego narzędzia (toporek). Toporek został przekazany Panu opiekunowi…*

22.10.2015. *Po kilkakrotnych próbach udało mi się skontaktować z opiekunem prawnym Kateriny… w sprawie opłaty za kartę pobytu dla dziewczynki, opiekun poinformował mnie, że przebywa za granicą i niestety nie będzie mógł pomóc; prosił, abym skontaktował się z matką Kateriny.l*

25.10.2015. *Chłopcy z Ukrainy nie pojawili się w szkole na dodatkowych zajęciach z polskiego, źle się czuli.*

28.10.2015. *Kostia na stołówce nieodpowiednio się zachowuje – rozlany kompot – twierdzi, że ktoś rzucił nożem, ale oczywiście nie wie, kto to był. Miał posprzątać, zmywał podłogę, stolika już nie starł. Sprząta teraz generalnie pokój. Kostia ma sobie przypomnieć, kto rzucił nożem.*

29.10.2015. *Viktoria nie dotarła do szkoły…*

2.11.2015. *Wchodząc do pokoju, zastałam Tatianę palącą papierosa elektronicznego, była w towarzystwie kilku innych Ukraińców i koleżanki z klasy, też z Ukrainy – nie zgłosiła jej odwiedzin. Dziewczynki przyszły do internatu w czasie przerwy w szkole. Tatiana twierdzi, że to nie jej papieros, tylko Oleksandry (odwiedzającej ją koleżanki), ta z kolei mówi, że pożyczyła go od kolegi ze szkoły. Odbyłam z dziewczętami rozmowę dyscyplinującą, poleciłam zgłoszenie się do Pana Kierownika po odbiór papierosa… Po rozmowie okazało się, że papieros należy do siostry Oleksandry, ma się ona osobiście zgłosić po jego odbiór do Pana Kierownika.*

5.11.2015. *Opiekunka Asterna zgłosiła się na umówioną rozmowę z wychowawcą, jednak okazało się, że nie jest władna do podpisania żadnych dokumentów, ponieważ nie posiada dokumentu potwierdzającego opiekuństwo prawne nad bratem. Ponownie przekazałam opiekunce informacje o konieczności złożenia podpisu na rejestracji medycznej.*

6.11.2015. *Yegor – ból gardła, głowy, przeziębienie… Ina – ból gardła.*

8.11.2015. *Żenia skarży się, że ktoś spał w jej łóżku… prawdopodobnie Ina…. Ktoś też ruszał jej rzeczy…*

10.11.2015. *Dziewczęta z pokoju… Tatiana i Polina zgłosiły konflikt z Wiktorią. Skarżyły się na jej zbyt głośne zachowanie i pożyczanie, zabieranie ich ubrań.*

10.11.2015. *Przyszła wychowawczyni Viktorii… była zaskoczona, bo w szkole nie ma z nią problemów wychowawczych, w szkole dziewczynka zachowuje się bardziej dojrzale.*

10.11.2015. *Tania nie poszła do szkoły, boli ją oko, bo ma jęczmień. Sama leczy go pastą do zębów. Poleciłam jej iść do okulisty.*

12.11.2015. *Głośne zachowanie i słuchanie muzyki po ciszy nocnej…*

17.11.2015. *Katerina zgłasza zniknięcie spodni i bluzki z pralni.*

17.11.2015. *O godz. 21.30 zastałem dziewczynki z Ukrainy u chłopców… cztery z nich piły… znaleźliśmy 4 butelki, po wódce.*

18.11.2015. *Julia i Tania twierdzą, że dzisiaj nie idą do szkoły, bo boli je gardło i głowa. Leczą się przypadkowymi lekami.*

22.11.2015. *Ina zgłasza, że ma temperaturę – 38 stopni… Artem chory, ma gorączkę 37.9°. Nie poszedł do szkoły, zażywa theraflu, próbuję się dodzwonić do siostry Artema, ale nie odbiera telefonu. Anastazja nie poszła do szkoły. Mówi, że boli ją żołądek, nie zgłosiła tego wcześniej wychowawcom.*

24.11.2015. *Dziewczęta z Ukrainy nie poszły do szkoły, spały do 11.00. Wiem, że w nocy chodziły do 4 rano do toalety. Kiedy pytałam, co się dzieje, stwierdziły, że nie są zmęczone, bo śpią w dzień.*

12.11.2015. *Rozmawiałyśmy z mieszkańcami na temat rażącego łamania regulaminu: głośne zachowanie, palenie e-papierosów, zakłócanie ciszy nocnej, lekceważenie poleceń wychowawców, korzystanie z prysznica podczas ciszy nocnej.*

Te najważniejsze problemy, o których wzmiankowali wychowawcy, to przede wszystkim agresja; taka, do której nikt tu wcześniej nie był przyzwyczajony – ani wychowawcy, ani wychowankowie. Pocięte nożyczkami ubrania w internatowej pralni i suszarni, rzucanie w siebie ostrymi narzędziami, wyzwiska, aroganckie zachowania w stosunku do wychowawców i współmieszkańców, picie alkoholu i palenie elektronicznych papierosów, zakłócanie ciszy nocnej – to tylko niektóre z nieakceptowanych zachowań. Mieszkająca w internacie młodzież z Ukrainy często chorowała albo też symulowała choroby. Jeśli chorowa-

ła naprawdę – trudno było o natychmiastową interwencję z kilku co najmniej powodów. W internacie nie było w pełni wyposażonej apteczki, zresztą nawet gdyby taka była, to wychowawcy nie posiadają uprawnień do aplikowania jakichkolwiek medykamentów. Młodzież leczyła się więc sama, lekarstwami przywiezionymi z Ukrainy bądź innymi, „domowymi" sposobami. Często zdarzało się, że ukraińscy mieszkańcy internatu nie mieli polskiego ubezpieczenia zdrowotnego, stąd utrudniony dostęp do lekarza tu, w Krakowie. Jeśli zdarzały się przypadki symulowania choroby, to nikt nie badał przyczyn tego stanu rzeczy. Zatrudnieni w internacie wychowawcy zdawali się być bezsilni w takich przypadkach. Świadczyły o tym między innymi ich wpisy w zeszycie informacji, rażące nadmiernymi uproszczeniami, całkowitym brakiem diagnozy problemów ukraińskiej młodzieży bądź nawet jej próby lub jakiejkolwiek pogłębionej refleksji. W wielu wypadkach razić może również język, jakiego używają wychowawcy w swoich zapiskach – liczne błędy stylistyczne, interpunkcyjne (w artykule zamieszczono cytaty z poprawionym już błędami) nie świadczą najlepiej o osobach sprawujących opiekę nad młodzieżą, nie tylko ukraińską. W żadnym z przytoczonych powyżej cytatów nie zauważono wzmianki o tym, by którykolwiek z wychowawców zaproponował konsultację przypadku z psychologiem szkolnym; w nielicznych przypadkach wychowawcy konsultowali pewne problemy z nauczycielami krnąbrnych uczniów. Tymczasem młodzież z Ukrainy często wagarowała, miała problemy z nauką, w tym z nauką języka polskiego. Zdarzały się też incydenty podrabiania zwolnień lekarskich i usprawiedliwień nieobecności w szkole. Problemem młodzieży ukraińskiej jest również higiena osobista[8]. Odnotowano w internacie przypadki świerzbu i wszawicy. Skarżył się na to nie tylko personel zatrudniony w internacie, ale także mieszkająca tu polska młodzież. Ukraińcy wcale nie tak rzadko są skonfliktowani ze sobą; nie pomagają rozmowy dyscyplinujące ze strony wychowawców; są one nieskuteczne choćby i z tego powodu, że młodzież pochodzi z różnych regionów Ukrainy, również pozostających w konflikcie. Często mają problem z językiem polskim. Mówią głównie po rosyjsku. Zapytani, dlaczego nie w swoim narodowym języku, odpowiadali, że tak już się na Ukrainie przyzwyczaili, bo w szkole ukraińskiej mówią głównie po rosyjsku. W internacie również mówią po rosyjsku (choć także i po ukraińsku), a tymczasem tylko dwóch zatrudnionych w internacie wychowawców mówiło w tym języku. Często więc wykorzystywali ten fakt i rozmawiali ze sobą po rosyjsku, gdy nie chcieli, aby ktokolwiek ich zrozumiał. Nawet wśród zatrudnionych tu wychowawców panowało takie przekonanie, że ukraińskiej młodzieży więcej wolno. Katalog regulaminowych kar za niewłaściwe zachowanie tak naprawdę kończył się Ukraińcom już w pierwszym miesiącu pobytu w internacie (za analogiczne zachowanie polski uczeń musiałby opuścić internat), ale, jak zauważył jeden z wychowawców, *tam u nich jest wojna, poza tym*

[8] A. Malczewska-Błaszczyk, *Praca wychowawcza w kontekście kształtowania nawyków higieny psychicznej u młodzieży zamieszkałej w internacie* (w druku).

mają swoją kulturę i przyzwyczajenia, sposób na życie i ciężko im jest się odzwyczaić… Ten stan rzeczy przeszkadza również polskiej młodzieży, ponieważ: *Polacy nie lubią hałasu i agresji w takim wymiarze*. Stąd stają się *coraz mniej tolerancyjni w stosunku do Ukraińców*. Wychowawcy nie byli przygotowani do pracy z młodzieżą ukraińską. Nikt im nigdy nie powiedział, z jakimi problemami ewentualnie będą musieli się zmierzyć. W sytuacjach trudnych nie mieli do kogo zwrócić się o pomoc. Kuratorium również nie pomagało. Nikt, ani w internacie, ani w kuratorium, nie zastanawiał się nad tym, że tylko dwóch na ośmiu zatrudnionych w internacie wychowawców znało język rosyjski. A przecież większość rodziców tych dzieci mówi tylko po rosyjsku. Jedna z zatrudnionych wychowawczyń często zostaje w pracy „po godzinach", zawsze wtedy, gdy trzeba tłumaczyć rozmowę z rodzicami przyjmowanego właśnie do placówki dziecka z Ukrainy. Z powodu braku znajomości języka rosyjskiego wychowawcy nie są w stanie pomóc w nauce, ponieważ nie wiedzą, jak niezrozumiałe dla Ukraińców w języku polskim wyrażenie brzmi po rosyjsku. Odkąd w internacie zamieszkała młodzież z Ukrainy, wychowawcom skończyły się tak zwane długie weekendy. Do tej pory polska młodzież wyjeżdżała do swoich rodzin 1 i 11 listopada, 6 grudnia, 1 i 3 maja czy w czwartek Bożego Ciała. Było więc sporo dodatkowych dni wolnych od pracy. Pojawili się jednak Ukraińcy, a ich polskie święta nie dotyczą – *bo przecież nie wyjadą nigdzie na trzy dni...* Placówka jest zamykana na okres ferii i miesiąc wakacji. Wychowawcy obawiali, się, że wtedy też będą musieli pracować, jeśli Ukraińcy nie opuszczą internatu w tym czasie. Były i takie momenty, że wychowawcy zastanawiali się, jak rozdzielić młodzież i kto kogo weźmie do domu na święta w sytuacji awaryjnej. Na szczęście jednak do takiej sytuacji nie doszło. Czytając notatki wychowawców, można odnieść również wrażenie, że problemy przynajmniej części młodych Ukraińców niczym tak naprawdę nie różnią się od problemów młodych Polaków[9]. Szczególnie tych, którzy, podejmując naukę w szkole poza miejscem zamieszkania i z dala od rodziców, pozwalają sobie na zachowania być może nieakceptowane w domu rodzinnym. Czy wiedzą o tym polscy wychowawcy ukraińskiej młodzieży? Trudno na to pytanie dać jednoznaczną odpowiedź.

Podsumowanie

Jak można się było przekonać analizując zgromadzony materiał badawczy, brak było wyraźnie określonych zasad przyjmowania Ukraińców do placówek w rodzaju szkolnych internatów. Uwaga ta dotyczyć musi przede wszystkim dwóch istotnych kwestii – znajomości języka polskiego chociaż na minimalnym poziomie, umożliwiającym komunikację oraz naukę w szkole, a także posiadania przez

[9] A. Malczewska-Błaszczyk, *Epidemiologia i etiologia zachowań suicydalnych młodzieży – raport z badań*, „Krymigraf" 2014, nr 1 (17), s. 68–89.

młodzież ukraińską ubezpieczenia zdrowotnego. Zarówno dziecko przyjmowane do internatu, jak i jego opiekun muszą mieć również świadomość, że jeżeli wychowanek złamie regulamin obowiązujący w placówce, to poniesie konsekwencje swojego nagannego zachowania („wszystko dla dobra dziecka”[10]), tymczasem brak było jasnych wytycznych i procedur postępowania z osobami, które nie chciały zaakceptować norm obowiązujących w internacie. Jak zauważyła jedna z wychowawczyń: *Nie ma tłumaczenia, że rodzice nie mogą odebrać syna, bo nie mają polskiej wizy... A syn ma mieć świadomość, że ma się tak zachowywać, żeby nie trzeba było go odbierać z internatu, bo został z niego wydalony za skandaliczne zachowanie*. Wskazani przez rodziców opiekunowie przebywającej w Polsce młodzieży ukraińskiej muszą mieć świadomość, że należy odbierać telefony, a jeśli zajdzie taka potrzeba – odebrać z internatu i samego wychowanka czy przyjechać do placówki – w nagłych przypadkach bez względu na porę dnia i nocy, czy też jechać z wychowankiem do przychodni lub szpitala, gdy ten jest chory. Niestety, niefrasobliwość opiekunów młodych Ukraińców w tym względzie jest zatrważająca. Wskazana byłaby w wielu przypadkach stała opieka psychologiczna nad młodzieżą sprawiającą kłopoty wychowawcze, a takiej nie brak było wśród Ukraińców zamieszkujących internat. Zauważono, że w tym przypadku, gdy ukraińscy uczniowie pojawili się po raz pierwszy w tej placówce i gdy spędzali sporo czasu z psychologiem z pobliskiej szkoły, aż takich problemów jak wzmiankowane wcześniej nie było. Jednak i wtedy można było mieć zastrzeżenia do form pracy psychologa, bo pomoc w odrabianiu lekcji i nauce języka polskiego nie leżą przecież w zakresie czynności psychologa szkolnego. Zauważono również, że ukraińska młodzież pomimo braku wielu umiejętności nie ma takich problemów z samooceną jak dzieci polskie. *Z* psychologicznego punktu widzenia obraz samego siebie jest częścią doświadczenia danego człowieka; jego stosunków interpersonalnych z otaczającym środowiskiem[11]. Tymczasem zamieszkałe w internacie polskie dzieci z mniejszych miejscowości często mają zaniżoną samoocenę. Dlatego też wychowawcy stale pracują nad jej podniesieniem. Polska młodzież z zawyżoną oceną zdarza się nader rzadko. U młodzieży ukraińskiej wygląda to odwrotnie. Jak zauważają psychologowie, znajomość samego siebie polega na umiejętności spojrzenia na siebie tak, jak widzą nas inni, a także na pogodzeniu się z posiadaniem ciała i osobowości budzących czasem niewielką aprobatę grupy społecznej, w której jednostka żyje[12].

I kolejna kwestia, podnoszona także przez samych wychowawców – brak właściwego przygotowania pedagogicznego ułatwiającego pracę wychowawcy internatu. Brak takiego przygotowania, choćby w postaci kursów czy systematycznych szkoleń, powoduje, jak to określiła jedna z wychowawczyń: *Brak em-*

[10] J. Korczak, *Jak kochać dziecko,* Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1992.

[11] J. Bielecki, *Wybrane zagadnienia z psychologii*, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa 1986, s. 56.

[12] S. Siek, *Rozwój osobowości*, Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa 1976, s. 280.

patii. Tak, nauczyciele często zapominają o empatii. O tym, że internat to nie tylko państwowa placówka opiekuńczo-wychowawcza, ale dla młodych ludzi to przede wszystkim drugi dom. To właśnie tu przez kilka lat spędzają większość jednego z najważniejszych okresów wychowawczych między 15 a 19 rokiem życia, w domu rodzinnym przebywając incydentalnie. O tym, że część wychowawców internatu nie radzi sobie z problemami młodzieży, nie tylko ukraińskiej, można się przekonać, wertując karty zeszytu przebiegu dyżurów. Łatwo zauważyć ich bezsilność i brak pomysłu na efektywną pracę z grupą młodzieży, która pewno i w swoim środowisku (na Ukrainie) sprawiałaby kłopoty wychowawcze. Jedna z wychowawczyń zauważyła, że rozmowy dyscyplinujące wychowawców z młodymi Ukraińcami są *de facto* monologiem, z którego dokładnie nic nie wynika, bo upominana młodzież następnego dnia zachowuje się *równie niegrzecznie jak zazwyczaj, a zatem skutek takich rozmów jest znikomy, bądź żaden*. Jako przykład podaje działania kolegi (z wykształcenia nauczyciela geografii): *Nie mogę tu też nie wspomnieć o wychowawcy, który wcześniej pracował jako strażnik miejski i pewne przyzwyczajenia z pracy przenosi do internatu. W związku z czym „wychowywana" przez niego młodzież swoją frustrację przekierowuje na sprzęty placówki, po prostu dewastując je*. Zwrócić należy także uwagę na sprawy związane z administracją, a w zasadzie z ustalaniem liczby osób pełniących dyżur wychowawczy w placówce. Otóż wychowawcy będący na dyżurze – jedna bądź dwie osoby – mieli poważne problemy związane z brakiem możliwości zaangażowania się w opiekę nad młodzieżą w sytuacji, gdy pod ich opieką było prawie 200 młodych osób, w tym kilkudziesięciu – młodych Ukraińców, *szczególnie wymagających*. Dyżur nocny pełnił tylko jeden wychowawca i gdyby musiał towarzyszyć podopiecznemu np. w drodze do szpitala, pozostali wychowankowie pozostaliby bez żadnego nadzoru. Jest to sytuacja niedopuszczalna, biorąc pod uwagę fakt, że w tym czasie na terenie placówki nie ma nawet portiera. Jak zauważają sami wychowawcy, dobrym rozwiązaniem problemów w pracy wychowawczej z młodzieżą ukraińską byłoby zatrudnienie dodatkowych osób z dobrą znajomością języka rosyjskiego[13], tak by przynajmniej jedna osoba spośród aktualnie dyżurujących mogła bez problemu porozumieć się z młodymi Ukraińcami, bo przecież, jak zauważono w omawianej placówce, *Minie dużo czasu, zanim młodzież z Ukrainy będzie mówiła po polsku*. Wskazywano, że pomocna byłaby w tej sytuacji platforma e-learningowa, gdzie nauczyciele mogliby uczyć się języka swoich nowych podopiecznych. Należałoby także pomyśleć o zwiększeniu kwoty dodatku motywacyjnego czy wręcz o podniesieniu wynagrodzenia za pracę, gdyż mimo nowych obowiązków płace utrzymywały się na niezmienionym od lat poziomie. To oczywiście nie wszystkie rozwiązania, o których wspominali sami wychowawcy, i które nasuwają się przy okazji analizy wypowiedzi zarówno wychowawców, jak i ukraińskiej młodzieży. Otwierając granice dla młodych

[13] H. Hamer, *Klucz do efektywności nauczania, Poradnik dla nauczyciela*, Wyd: Veda M.E.N. Warszawa 1994.

Ukraińców i umożliwiając im naukę w Polsce, także na średnim poziomie, nie wprowadzono przy okazji rozwiązań sprzyjających integracji z nowym środowiskiem. O tym winni pomyśleć wszyscy, którzy odpowiedzialni są za edukację i wychowanie młodego pokolenia nie tylko na poziomie lokalnym. Tymczasem wychowawcy są zmęczeni pracą z młodzieżą ukraińską, która pomimo wielu starań nie przynosi spodziewanych efektów. Nie powinni jednak przy tym zapominać, że ich praca nie będzie skuteczna, jeżeli nie będzie poparta właściwą postawą i oddziaływaniem wychowawczym[14]. Jak zauważa Christoph Lindenberg, rozwój dziecka, a zwłaszcza jego fizjologiczno-zdrowotny aspekt, musi być podstawowym wyznacznikiem zachowania, a jeżeli postępowanie w tym względzie będzie nieprawidłowe, wychowujący mogą spowodować wielkie szkody zdrowotne i skutki psychosomatyczne; również procesy poznawcze i motywacyjne przebiegają poprawnie tylko wtedy, kiedy młody człowiek może – stosownie do stopnia rozwoju – zanurzyć się w nie tak całkowicie, że ogarnia je całą osobowością, także emocjonalnie[15]. Warto o tym pamiętać, biorąc pod uwagę jeszcze jeden aspekt pobytu ukraińskiej młodzieży w Polsce – duża część spośród nich traktuje Polskę jako przystanek w drodze na Zachód; wiedza (nauka) i doświadczenie zdobyte w naszym kraju z pewnością będą procentować w przyszłości. Pozostaje mieć nadzieję, że w labiryncie życia i gąszczu przestawnych ścianek odnajdą właściwą drogę.

[14] *Ibidem*

[15] Ch. Lindenberg, *Szkoła bez lęku*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa 1993, s. 26.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Beata Zinkiewicz
dr, Zakład Problemów Społecznych i Resocjalizacji,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0001-8062-8102

ZNACZENIE PRACY OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI NA PRZESTRZENI DZIEJÓW

Streszczenie
Treść artykułu stanowią teoretyczne rozważania na temat pracy osób pozbawionych wolności w różnych okresach historycznych. W pierwszej części opracowania zwrócono uwagę na znaczenie pracy jako wartości przypisanej naturze człowieka, będącej zarówno prawem, jak i obowiązkiem. Wspomniano o kluczowych funkcjach pracy: ekonomicznej, dochodowej i społecznej. Uwzględniono trzy zasadnicze konteksty pracy: uniwersalistyczny, chrześcijański i pragmatyczny. Szczególnie zaakcentowano pedagogiczno-psychologiczny wymiar pracy ludzkiej i jej znaczenie wychowawcze, prezentując różne postawy człowieka wobec jej wykonywania (nastawienie punitywne, instrumentalne i autoteliczne). W dalszej części analizowano rolę pracy osób pozbawionych wolności w ujęciu ewolucyjnym – od starożytności po czasy współczesne. Nawiązano do problemu niewolnictwa, pracy przymusowej i jej materialnych wytworów. Centralną część artykułu stanowi próba przeglądu różnych instytucji penitencjarnych (zagranicznych i polskich) dla osób odbywających karę pozbawienia wolności, w których wykonywanie pracy przez skazanych stało się podstawowym elementem przyjętej filozofii działania i wynikającej stąd strategii resocjalizacyjnej. Końcowe rozważania dotyczą sytuacji polskiego więziennictwa w okresie transformacji ustrojowej i współczesnych rozwiązań programowych wiążących się z pracą osób osadzonych.
Słowa kluczowe: kara pozbawienia wolności, praca osadzonych, zakład karny

The importance of work for people deprived of liberty throughout the history
Abstract
The article is comprised of theoretical reflections on work of people deprived of liberty throughout different periods in the history. The first part of the study draws attention to the importance of work as a value attributed to the human nature which is a right and an obligation at the same time. The key functions of work such as an economic, income and social function were mentioned in the paper. The author took account of three basic contexts of work, namely a universalist, Christian and pragmatic one. The pedagogical and psychological dimension of human work and its educational importance were particularly emphasized in the paper and various attitudes of humans towards it (a punitive, instrumental and autotelic attitude) were presented. The subsequent part analyzes the role of work for people deprived of liberty from the evolutionary perspective, i.e. from antiquity to modern times. The author referred to the problem of slavery, forced labour and its material products. The central part of the article constitutes an attempt to review various foreign and Polish penitentiary institutions for people serving the sentence, in which work has become the basic element of the adopted philosophy for prisoners and the rehabilitation strategy resulting therefrom. The final considerations concern the situation of the Polish prison system in the period of systemic transformations and contemporary program solutions related to the employment of prisoners.
Key words: imprisonment, employment of prisoners, penal institution

Wprowadzenie

Praca człowieka od zawsze była i jest obecnie traktowana jako podstawa jego egzystencji i rozwoju, stanowiąc tym samym główne źródło postępu cywilizacji. W definiowaniu tego terminu wyodrębnia się najczęściej kilka elementów. Po pierwsze, praca jest świadomą działalnością mającą na celu zaspokojenie potrzeb poprzez tworzenie dóbr (wartości ekonomicznej w postaci towarów lub usług). Po drugie, pracujący człowiek podejmuje pewien trud, wysiłek fizyczny lub umysłowy. Po trzecie, z pracą nierozerwalnie związany jest rozwój fizyczny, psychiczny, duchowy i moralny pracującego podmiotu. Treść tych elementów upoważnia do stwierdzenia, że praca jest przypisana naturze człowieka, będąc zarazem jego prawem i obowiązkiem[1]. W różnych ujęciach definicyjnych uzupełnia się ponadto, że w pracy mogą być wykorzystywane czynności lub właściwości zwierząt, maszyn, różnorodnych narzędzi i materiałów.

W literaturze najczęściej wymienia się następujące uniwersalne funkcje pracy ludzkiej: funkcję ekonomiczną (związaną z wytwarzaniem tzw. produktu społecznego, ocenianą z punktu widzenia jej efektywności), funkcję dochodową (pozwalającą na zaspokojenie potrzeb własnych i najbliższej rodziny) i funkcję społeczną, polegającą na kreowaniu użyteczności społecznej, rozwijającą człowieka, tworzącą więzi społeczne. Zygmunt Wiatrowski zwraca uwagę na trzy aspekty znaczenia pracy: aspekt czynnościowy (pewna forma działania), aspekt podmiotowy (racjonalny, celowy i skuteczny wysiłek człowieka w dążeniu do

[1] F. Adamski, *Praca* [hasło], [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 4, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2005, s. 781.

samorealizacji) i aspekt przedmiotowy (rzeczowy, czyli wynik, efekt danego działania)[2]. Dzięki pracy świat materialny ulega nieustannym przeobrażeniom w procesie zaspokajania ludzkich potrzeb (elementarnych i wyższych, czyli kulturowych i duchowych), uzewnętrzniają się właściwości osobowe człowieka, powstają wartości rzeczowe i duchowe[3].

Współczesne rozważania na temat pracy uwzględniają trzy zasadnicze jej konteksty: uniwersalistyczny, chrześcijański i pragmatyczny[4]. Pierwszy z nich nawiązuje do tezy, iż praca jest podstawową wartością, dzięki której powstają i funkcjonują inne wartości, jest miernikiem wartości człowieka, więc każdy powinien mieć zagwarantowane prawo uzyskania odpowiedniego przygotowania (kompetencji zawodowych) do niej i szansę jej wykonywania, bycia podmiotem w sytuacji pracowniczej, w tym – do otrzymywania wynagrodzenia. W tym kontekście sytuacja bezrobocia (powstająca na skutek gry czynników ekonomicznych) godzi w istotę człowieczeństwa. W doktrynie chrześcijańskiej akcentowana jest rola pracy jako wartości moralno-religijnej, środka koniecznego do utrzymania w zdrowiu ciała i duszy, jako źródła określonych cnót, będących gwarantem zbawienia. Myśliciele tego nurtu poświęcają również wiele uwagi zagadnieniu poczucia godności osobistej płynącej z pracy, koncepcji kształtowania się osoby i jej wolności w kooperacji z innymi ludźmi, nawiązującej do hasła solidaryzmu społecznego. Kontekst pragmatyczny jest natomiast zbliżony do uniwersalistycznego, ponieważ lansuje się tu tezę, że praca jest materialną podstawą życia społecznego, warunkiem istnienia człowieka, niezależnym od uwarunkowań polityczno-ustrojowych, jest bezdyskusyjną koniecznością życiową umożliwiającą egzystencję[5]. Współcześni teoretycy analizujący wspomniane konteksty zwracają ponadto uwagę na fakt ogromnych przeobrażeń w zakresie wykonywania pracy – w kierunku coraz większej jej mechanizacji, automatyzacji, chemizacji, komputeryzacji, informatyzacji oraz intelektualizacji i humanizacji, co kształtuje inny wymiar pracy, w którym czynności fizyczne wykonywane przez niewykwalifikowaną kadrę ograniczane są do minimum. Stanowi to duże wyzwanie dla elit odpowiedzialnych za kreowanie polityki społeczno-gospodarczej nowoczesnych społeczeństw.

Z punktu widzenia tematu niniejszego opracowania istotne wydaje się przywołanie psychologiczno-pedagogicznego znaczenia pracy człowieka. Dla psychologicznych analiz ważne jest zagadnienie postawy podmiotu wobec pracy. Wymienia się w tym obszarze trzy rodzaje nastawień:

- nastawienie punitywne (praca traktowana jest jako przymus, efekt przemocy fizycznej, moralnej lub ekonomicznej, czynności wykonywane są

---

[2] Z. Wiatrowski, *Praca człowieka. Ujęcie filozoficzno-pedagogiczne*, [w:] *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, t. 4, red. T. Pilch, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2005, s. 783.

[3] *Ibidem*, s. 784.

[4] *Ibidem*.

[5] *Ibidem*, s. 784–785; F. Adamski, *op. cit*., s. 781.

wbrew woli podmiotu; postawa jest typowa dla osób z niskim wykształceniem, wykonujących proste prace fizyczne);
- nastawienie instrumentalne (człowiek odbiera pracę jako środek do zaspokajania potrzeb – materialnych i niematerialnych);
- nastawienie autoteliczne (praca stanowi wartość i cel sam w sobie, jest źródłem rozwoju osobistego, służy wyższym wartościom, jest treścią życia umożliwiającą samorealizację)[6].

W praktyce można zaobserwować również kombinację tych postaw, najczęściej pierwszej i drugiej lub drugiej i trzeciej. Nie ulega wątpliwości, że dla utrzymania optymalnej kondycji biopsychospołecznej jednostki najkorzystniejsza jest synteza nastawienia drugiego i trzeciego.

Pedagogiczny wymiar pracy ludzkiej sprowadza się do szeroko rozumianego procesu wychowawczego. W tym ujęciu każde indywidualne lub zbiorowe działanie ludzkie ma na celu nie tylko wytwarzanie dóbr, ale przede wszystkim zakłada doskonalenie człowieka i – w konsekwencji – podporządkowanego mu świata. Dzięki wykonywaniu pracy człowiek staje przed szansą zgłębienia dobra i prawdy, uczy się podejmowania decyzji i brania za nie odpowiedzialności. Ponadto społeczny charakter pracy sprawia, że człowiek zbliża się i otwiera na innych ludzi, wspólnie z nimi tworzy nowe wartości, ubogacając się wewnętrznie i wyznaczając swoją pozycję we wspólnocie. Ukształtowana w wyniku wspólnej pracy osobowość społeczna umożliwia jednostce przeżywanie radości tworzenia i służenia innym, a wyzwalane pokłady empatii zapobiegają utrwalaniu się egocentryzmu[7].

Biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania, można przypuszczać, że zagadnienie pracy w funkcjonowaniu jednostki pozbawionej wolności może przybierać bardziej skomplikowany wymiar. Kolejne fragmenty opracowania będą koncentrowały się zatem na analizie znaczenia pracy osób uwięzionych w ujęciu ewolucyjnym.

Praca osób pozbawionych wolności w starożytności i średniowieczu

Począwszy od czasów zorganizowanej cywilizacji przed wiekami, aż do chwili obecnej wykonywanie pracy ludzkiej było ściśle powiązane z ustrojem politycznym i gospodarczo-społecznym. W starożytności ugruntował się wyraźny podział pracy pod wpływem kształtującej się państwowości i rozwoju potrzeb gospodarczych. Uczeni i kapłani oddający się na co dzień pracy umysłowej przypisali sobie prawo do sprawowania władzy i nadzoru nad jednostkami mniej światłymi, które z konieczności musiały wykonywać pracę fizyczną. Za-

[6] *Człowiek i praca, alfabet wiedzy o pracy ludzkiej*, red. W. Jacher, Wydawnictwo Instytutu Śląskiego, Opole 1979, s. 18.

[7] F. Adamski, *op. cit.*, s. 782.

równo w starożytnym Egipcie, jak i w Rzymie, Atenach oraz w Sparcie ugruntował się podział kastowo-zawodowy. Wykonywanie ciężkiej pracy fizycznej było obowiązkiem ludzi niewykształconych i najuboższych, a sprzyjał temu intensywny rozwój niewolnictwa. Niewolnikowi odmawiano praw cywilnych, traktując go jak przedmiot swego pana, a jego praca stawała się towarem. Równocześnie pod wpływem poglądów wielu starożytnych myślicieli kształtował się pewien rodzaj pogardy dla wykonywania prostych prac fizycznych. Przykładowo: filozofia grecka uznawała pracę fizyczną za czynność nieodpowiadającą godności obywatela[8]. A w związku z tym, że za wiele kategorii przestępstw karano niewolą, więc los niewolników i przestępców zasadniczo nie różnił się od siebie[9].

Za najstarsze w historii więzienia można uznać piramidy egipskie. Budowali je z ogromnym mozołem niewolnicy, jeńcy wojenni i więźniowie. Wielu z nich ginęło podczas pracy i na zawsze pozostawało gdzieś pomiędzy piaskiem a blokami kamiennymi na ogromnym placu budowy. Robotników poddawano nieludzkim torturom, na przykład wewnątrz słynnej piramidy Cheopsa (2560 p.n.e.) znajdowało się podziemne pomieszczenie, określane jako „więzienie zbłąkanych", a piramidę w Sakkarze Egipcjanie do dziś nazywają „piramidą więzienną". Na niemal wszystkich budowlach Luksoru, Karnaku, a także w świątyniach zlokalizowanych w Dolinie Królów można odnaleźć płaskorzeźby i rysunki przedstawiające skrępowanych więźniów oraz praktykowane ówcześnie sposoby ich okrutnego traktowania. Uznawane dziś za perły architektury antycznej – Akropol i Partenon są również dziełem więźniów i niewolników. Podobnie – utrzymywana przez ponad tysiąc lat potęga imperium rzymskiego była zbudowana dzięki wysiłkowi ogromnej rzeszy osób pozbawionych wolności, budujących drogi, akwedukty, świątynie i wykonujących wszelkie prace związane z obsługą ówczesnych elit władzy[10]. Śledząc rozwój cywilizacji starożytnych w innych częściach świata, można śmiało wysunąć tezę, że obok niewątpliwych zdolności wizjonerskich oraz architektonicznego i inżynierskiego polotu pomysłodawców znanych budowli, obiekty te nigdy by nie powstały, gdyby nie ogromny, często ponadludzki wysiłek osób zmuszanych do pracy, traktowanych jako jednostki gorszej kategorii, w tym osób uwięzionych za różne rodzaje działalności przestępczej (najczęściej za przewinienia lżejszej

[8] C. Strzeszewski, *Praca ludzka. Zagadnienia społeczno-moralne*, Wrocław 2004; www.google.pl/mop1.pwr.wroc.pl/kul/Praca%20Ludzka.pdf [dostęp: 23.03.2016], s. 42–47. Wprawdzie w poglądach Platona i Arystotelesa można odnaleźć tezy, iż każdy człowiek powinien być czynnym, powinien coś robić, a niektórym formom pracy nadawano rangę sztuki lub traktowano jako środek do cnoty, ale nie odnosiło się to do pracy niewolników; zob. F. Adamski, *op. cit*., s. 781.

[9] Klasowa struktura społeczna uwzględniała różnicowanie sposobów karania. Z poglądów ateńskiego męża stanu Demostenesa (385–322 p.n.e.) wynika, że niewolników karało się uszczerbkiem na ciele, a ludzi wolnego stanu – uszczerbkiem na majątku; zob. S. Christianson, *Więzienia świata. Spojrzenie na najsłynniejsze zakłady penitencjarne*, przeł. B. Gutowska-Nowak, Wydawnictwo Muza, Warszawa 2006, s.18.

[10] S. Christianson, *op. cit*., s. 12–25.

wagi, ponieważ za poważniejsze karano zazwyczaj śmiercią), którym zlecano do wykonania najtrudniejsze czynności[11].

Czasy średniowiecza przyniosły nieznaczne zmiany w podejściu do pracy, zwłaszcza w krajach Europy Środkowej i Zachodniej. Niewolnictwo stopniowo zanikało w miarę rozszerzania się chrześcijaństwa, ale różne ukryte formy przymusu pracy i związane z tym nadużycia wciąż były powszechne. Mimo iż system pracy średniowiecza określany był mianem systemu pracy wolnej, to był poddany daleko idącym ograniczeniom i reglamentacji. W rolnictwie obowiązywało poddaństwo gruntowe, oparte na funkcjonowaniu seniorów i całkowicie im podporządkowanych wasali, a w przemyśle ugruntowała się specyficzna, równie asymetryczna relacja pomiędzy mistrzem, czeladnikiem i uczniem. Jednak w miarę upowszechniania się doktryny chrześcijańskiej można było zauważyć początki rehabilitacji pracy fizycznej. Świadczą o tym m.in. wzmianki dotyczące św. Pawła, który nie wstydził się zarabiać na życie wykonując taką właśnie pracę. Rozpowszechniany był pogląd, że praca strzeże przed nałogami i lenistwem, a benedyktyńska maksyma *ora et labora* (módl się i pracuj) nadawała jej kontemplacyjno-modlitewny wymiar. W tamtym okresie czynnikiem łagodzącym ciężar pracy niewątpliwie było życie religijne, ponieważ w związku z koniecznością modlitwy i uszanowania wyznaczonego na ten cel czasu wprowadzono wolne niedziele i święta[12].

Reguły obowiązujące na wolności były przenoszone za mury ówczesnych więzień, które z perspektywy czasu uznawane są za instytucje szczególnie okrutne. Średniowiecze – jako okres wypraw krzyżowych i Inkwizycji – jest kojarzone z ufortyfikowanymi więzieniami-twierdzami, zamkami z lochami i więzieniami klasztornymi, w których stosowano najbardziej przerażające kary i tortury fizyczne. Dominującą karą była śmierć, najczęściej powolna i bolesna, ponieważ – w myśl obowiązującej doktryny – niepoprzedzona odpowiednio długimi i ciężkimi torturami stanowiła zbyt słaby środek karny[13]. Wszelkie przewinienia, za które ludzie trafiali w takie miejsca, utożsamiano z grzechem, a pobyt w więzieniu miał wypełniać funkcję pokuty. Każda kara (zwłaszcza wprowadzone w tym

[11] Budowlą starożytną stanowiącą najdłuższy na świecie (ok. 6,5 tys. km) system fortyfikacji, który przetrwał do dziś i jest widoczny ze statków kosmicznych, jest Wielki Mur Chiński. Przeciętny turysta zwiedzający ten cud świata nie zawsze jednak zdaje sobie sprawę, że powinien go traktować jako ogromne, monumentalne cmentarzysko. Budowla zaczęła powstawać w 221 p.n.e., a zaangażowano do niej ok. 3,5 mln robotników, czyli 70% ludności ówczesnych Chin, w tym niewolników i więźniów. Technika pracy polegała na układaniu i ubijaniu mokrej ziemi przekładanej trzciną lub gałęziami w drewnianych ramach. Wymagało to ogromnego wysiłku, który zebrał okrutne żniwo, ponieważ tylko przez pierwsze 10 lat budowy straciło życie ponad milion osób; zob. *Cuda świata. Chiny*, red. J. Cieślewska *et al.*, New Media Concept, Warszawa 2008, s. 15–17. Biorąc pod uwagę fakt, że mur powstawał ok. 2 tys. lat, trudno jest oszacować choćby przybliżoną liczbę ofiar tej budowli. Przewodnicy oprowadzający turystów podają, że ciała osób umierających na budowie były po prostu przysypywane, stanowiąc dodatkowy budulec tej fortyfikacji.

[12] C. Strzeszewski, *op. cit*., s. 47–50; F. Adamski, *op. cit*., s. 781.

[13] E.J. Dukaczewski, *Historia rozwoju praktyki resocjalizacyjnej w Polsce i na świecie*, [w:] *Resocjalizacja*, t. 1, red. B. Urban, J.M. Stanik, WN PWN, Warszawa 2007, s. 32.

okresie dożywotnie pozbawienie wolności) z założenia miała być dotkliwa dla osadzonych i powinna się wiązać z ich cierpieniem. Dotyczyło to w jednakowym stopniu osób świeckich, jak i duchownych, np. księży i zakonnic więzionych za złamanie ślubów. Praca była wykonywana w tych instytucjach wyłącznie pod przymusem[14].

Podejście do pracy osób skazanych w czasach nowożytnych

Wraz z intensywnym rozwojem przemysłu i handlu, charakterystycznym dla czasów rodzącego się europejskiego kapitalizmu, zaistniała potrzeba doskonalenia ówczesnego systemu pracy. W powstających nowych zakładach produkcyjnych (manufakturach) coraz częściej brakowało rąk do pracy, więc ich właściciele poszukiwali różnych sposobów na pozyskiwanie taniej siły roboczej. Pod wpływem ówczesnego „kapitalistycznego lobby" powstał system pracy przymusowej, który spotkał się z aprobatą zarówno przedstawicieli prawa, jak i administracji. Obowiązek pracy obejmował dwie kategorie osób: przestępców, którzy pracowali najciężej – najczęściej w kopalniach i na galerach (na stanowiskach, które zajmowali wcześniej niewolnicy) – oraz ludzi ubogich, żebrzących lub włóczących się, których zatrudniano do wykonywania lżejszych czynności. Przymus pracy wynikał wprost z ogłoszonego w Anglii w 1601 roku prawa ubogich (*poor law*), nakładającego na parafie anglikańskie obowiązek wypłacania zasiłków lub zatrudniania miejscowych ubogich w specjalnych instytucjach, tzw. *work houses*, czyli w domach pracy przymusowej, uznawanych z dzisiejszej perspektywy za pierwsze w historii domy poprawcze. Każdej umieszczanej tam osobie zapewniano zatrudnienie, które było wynagradzane, ale pobyt w tych instytucjach wiązał się z niewyobrażalnym wyzyskiem (np. zbyt długim dniem pracy), z okrutną dyscypliną (np. zakaz porozumiewania się i przemieszczania się bez wyraźniej potrzeby) i surowymi warunkami socjalnymi[15]. Za pierwszy powszechnie znany dom pracy uznaje się Birdewell, który powstał w Anglii jeszcze przed obowiązywaniem wspomnianego prawa (bo już w 1553 r.) z inicjatywy króla Edwarda VI – do dziś uważany jest za pierwowzór placówki poprawczej, ponieważ celem jego funkcjonowania była odnowa moralna umieszczanych tam osób poprzez fizyczny przymus pracy (niewykluczający bicia), wdrażający do uczciwego zarobkowania, i wpajanie zasad religijnych[16].

[14] S. Christianson, *op. cit*., s. 28–29.

[15] Podobne instytucje, które stanowiły pewną hybrydę, będącą skrzyżowaniem więzienia z zakładem produkcyjnym, powstawały również w innych krajach, m.in. we Francji. Warto wspomnieć, że obowiązek pracy dotyczył też kobiet i dzieci od 6 roku życia, zatrudnianych głównie w przemyśle tekstylnym; por. C. Strzeszewski, *op. cit*., s. 50–57;

[16] M. Kalinowski, *Europejskie systemy resocjalizacji nieletnich*, WSiP, Warszawa 1991, s. 20; M. Kalinowski, J. Pełka, *Zarys dziejów resocjalizacji nieletnich*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2003, s. 28–29; E.J. Dukaczewski, op. cit., s. 33; P. Frąckowiak, *Kierunki rozwoju resocjalizacji w polskich zakładach dla nieletnich*, OW Garmond, Poznań–Środa Wielkopolska 2006, s. 78.

W tym samym okresie powstały podobne instytucje na terenie Holandii, spopularyzowane pod nazwą „zakłady amsterdamskie". Pierwszy z nich został zbudowany w 1589 r. i był przeznaczony dla młodocianych przestępców, włóczęgów i żebraków. Kilka lat później, w 1595 r., wybudowano oddzielny zakład dla mężczyzn, a w następnym roku – dla kobiet. W zamyśle były one adresowane dla nieletnich przestępców, prostytutek, włóczęgów, żebraków, kierowanych na podstawie wyroku sądowego oraz dla młodzieży źle prowadzącej się, którą można było umieścić na wniosek rodziców. Z czasem w tych instytucjach zaczęto osadzać również przestępców dorosłych, skazanych na kary do 20 lat pozbawienia wolności. Zasadniczym celem funkcjonowania zakładów była poprawa moralna i przyzwyczajenie do pracy. Więźniów zatrudniano w zakładach mechanicznych, przy przędzeniu wełny, wyrabianiu sukna, szyciu, obróbce drewna itp. Praca była wynagradzana w systemie tygodniowym. Jedną część wypłaty, w postaci tzw. „tygodniówek", wręczano pracownikom bezpośrednio, a drugą odkładano na tzw. fundusz wyjściowy, co niewątpliwie świadczy o zapobiegliwości i myśleniu perspektywicznym kadry tych instytucji, której nieobojętny był los podopiecznych opuszczających mury zakładu. Poza wychowaniem przez pracę, zadbano również o edukację młodzieży, zapewniając jej naukę czytania, pisania i religii. Doświadczenia tych instytucji pokazały, że istnieją skuteczne metody likwidowania „wstrętu do pracy" i innych przejawów wykolejenia, roztaczając tym samym zarówno w kraju, jak i za granicą optymistyczną wizję dotyczącą realnej możliwości poprawy przestępców[17].

Na wzór zakładów amsterdamskich zaczęły powstawać podobne instytucje na terenie Niemiec. Wśród nich na uwagę zasługuje Dom Pracy Sierot i Ubogich we Frankfurcie, który na swoim terenie organizował pracę nieletnich, a jednocześnie stanowił ośrodek wsparcia ubogich dzieci w ich domach rodzinnych. Skupiał młodzież obojga płci, zobowiązując ją do podjęcia nauki rzemiosła u majstra (na miejscu lub w mieście) – dla chłopców, a dla dziewcząt – prac typowo „kobiecych" (szycie, tkanie, gotowanie itp.) u zatrudnianych na miejscu nauczycielek. Na podobnych zasadach funkcjonował też dom poprawczy dla zdemoralizowanej młodzieży, alkoholików i prostytutek. Głównym elementem celowo zorganizowanego wychowania była praca w fabryce wełny, pod nadzorem doświadczonego mistrza włókiennictwa. Obowiązywał 8-godzinny dzień pracy, w którym był też czas na naukę szkolną. Osoby najpilniejsze i najpracowitsze były specjalnie nagradzane, co stanowiło czynnik motywujący do codziennego starania się[18].

[17] Doświadczenia z pracy wychowawczej zakładów amsterdamskich były opisywane w broszurach wydawanych w kilku językach. W jednej z nich, zatytułowanej *Przysłowia Salomona i inne części Starego i Nowego Testamentu*, zwracano uwagę na problem demoralizacji, której ulegają młodsi wychowankowie ze strony starszych przestępców. W innej – *Miracula Sancti Raspini Redovivi* – opisano 19 przypadków „cudownego uzdrowienia z lenistwa, próżniactwa i innych zbrodniczych skłonności". W publikacjach tych akcentowano możliwość wychowania przestępców, zwłaszcza młodocianych, pod warunkiem zmiany nastawienia wychowawczego, z karno-odwetowego w kierunku wychowującym; zob. M. Kalinowski, *op. cit*., s. 20–21; M. Kalinowski, J. Pełka, *op. cit*., s. 30–31; E.J. Dukaczewski, *op. cit*., s. 33; P. Frąckowiak, *op. cit*., s. 78.

[18] M. Kalinowski, J. Pełka, *op. cit*., s. 32–33.

Jednak typowo produkcyjny profil zakładu, w którym liczył się przede wszystkim zysk, a potrzeby wychowanków często były pomijane, spotkał się z krytyką zorientowanych humanistycznie obrońców praw dzieci i osób ubogich.

Inną znaną placówką niemiecką z tamtego okresu był założony w 1632 r. zakład wychowawczo-poprawczy w Hamburgu. Przeznaczony był z jednej strony dla biednych i potrzebujących, którzy mieli w nim szansę zapracowania na swoje utrzymanie, a z drugiej – dla przestępców, którzy byli zmuszani do pracy. Liczba osób umieszczanych w tej instytucji systematycznie rosła, więc zakład rozbudowywał się i przeszedł do historii jako Szkolny Dom Pracy Ubogich. Po wielu latach doświadczeń, pod wpływem krytyki przymusu pracy (zwłaszcza wobec jednostek niepopełniających przestępstw, a umieszczanych w tym i jemu podobnych zakładach), stopniowo zaczęto odchodzić od pierwotnej idei, organizując na terenie Niemiec „zakłady pracy ochotniczej". Zamiast kontroli i represji zaczęto starać się motywować ubogich do dobrowolnego podejmowania pracy jako sposobu uniezależnienia się od jałmużny. Chętnych uczono zawodu i zatrudniano przy wykonywaniu prac tekstylnych, przy przędzeniu i tkactwie. Przeszkolonym robotnikom bezpłatnie udostępniano maszyny, a wykonany materiał był oddawany kierownictwu, które zajmowało się jego upłynnieniem. Osoby, które nie podjęły pracy w tym systemie, nie były uprawnione do żadnych świadczeń, więc zatrudnienie było koniecznością dla zapewnienia egzystencji[19]. W rezultacie – przymus pracy dalej obowiązywał, ale przybrał bardziej zakamuflowaną formę.

Jakkolwiek konieczność wykonywania pracy przez osoby dorosłe wydaje się bezdyskusyjna, tak w przypadku zatrudniania dzieci budzi wiele uzasadnionych wątpliwości i z dzisiejszej perspektywy jest nie do przyjęcia. Warto jednak podkreślić, że w opisywanych warunkach społeczno-ekonomicznych praca dzieci była powszechnie akceptowana przez społeczeństwo. Doświadczenia niemieckie tamtych lat pokazały, że wprawdzie ograniczono żebractwo, a liczba ubogich i moralnie zaniedbanych znacząco spadła, to jednak nie wyeliminowano niekorzystnego procederu demoralizacji dzieci przez starszych (w tym przestępców) przy zatrudnianiu ich do wspólnych zajęć[20]. Ten uboczny skutek wychowania przez pracę rzuca widoczny cień na funkcjonowanie opisywanych instytucji, utrudniając ich jednoznaczną ocenę.

---

[19] *Ibidem*, s. 34.

[20] *Ibidem*, s. 36. Problem wzajemnej demoralizacji więźniów (również w przypadku nieletnich) był dostrzegany również w Przytułku św. Michała w Rzymie, instytucji powstałej w 1704 r. z inicjatywy papieża Klemensa XI. Placówka skupiała 200 młodocianych przestępców i 500 starców obojga płci. Osoby zdolne do pracy były uczone rzemiosła i pracowały wspólnie w ciągu dnia, a na noc były umieszczane w osobnych celach. Warunki socjalne były bardzo skromne (np. postne wyżywienie), a dyscyplina surowa. Podczas pracy obowiązywał bezwzględny zakaz porozumiewania się, jednak nie uchroniło to przed niewłaściwym oddziaływaniem jednostek bardziej wykolejonych na kolegów zdrowych moralnie, zob. E.J. Dukaczewski, *op. cit*., s. 34; M. Kalinowski, J. Pełka, *op. cit*., s. 38.

Wychowanie przez pracę w historycznych systemach resocjalizacji

W materiałach źródłowych poświęconych myśli i praktyce oddziaływań korekcyjnych na nieletnich i dorosłych naruszających standardy moralno-prawne wyodrębnia się cztery systemy resocjalizacji: system celkowy, system progresywny, system rodzinny oraz system republik i wiosek dziecięcych. W ramach każdego z tych systemów zorganizowano w wielu krajach szereg placówek, w których wykonywanie pracy przez osoby w nich umieszczane wydaje się kluczowym zabiegiem resocjalizującym. W odniesieniu do dorosłych przestępców warto skupić się przede wszystkim na dwóch pierwszych systemach[21].

Rozpropagowanie systemu celkowego (XVII–XX w.) jest zasługą angielskiego penitencjarysty i działacza społecznego Johna Howarda, który, odwiedzając więzienia europejskie, zwrócił uwagę na ich demoralizującą funkcję. Wśród kilku ważnych wniosków odnoszących się do proponowanej reformy ówczesnego więziennictwa (zawartych w znanym dziele *O stanie więzień*) umieścił postulat dotyczący konieczności wykonywania przez osoby skazane na karę pozbawienia wolności pracy społecznie użytecznej. Warto podkreślić, iż nie chodziło mu o jakiekolwiek czynności wykonywane przez więźniów (o pracę bezcelową), a o zajęcia mające wyraźnie określone cele społeczne, przynoszące satysfakcję z wytwarzania przedmiotów użytecznych dla innych. W takim ujęciu praca skazanych zyskiwała wymiar humanitarny. Inny znany reformator prawodawstwa, działający w USA Wiliam Penn, w swojej ogłoszonej w 1682 r. tzw. Karcie Penna postulował między innymi zamianę kar cielesnych i więzienia na ciężką pracę oraz przekształcenie więzień na domy pracy, w których byłaby prowadzona obowiązkowa nauka zawodu. Owe dokumenty przyczyniły się w dużej mierze do ukształtowania dwóch odmian systemu celkowego, zwłaszcza na terenie Stanów Zjednoczonych. Pierwsza z nich – pensylwańska (lub filadelfijska – od pierwszego więzienia w Cherry Hill koło Filadelfii, zbudowanego w 1790 r. i Wschodniego Więzienia Stanowego w Filadelfii) polegała na całkowitej izolacji więźniów zarówno w dzień, jak i w nocy. Obowiązująca doktryna religijna, utożsamiająca przestępstwo z grzechem, a karę z pokutą, nakazywała modlitwę i pracę. Skazani mieli prawo do godzinnego samotnego spaceru w ciągu doby, a wszystkie czynności wykonywali w pojedynczych celach. Osoby skazane za najcięższe przestępstwa nie miały prawa do pracy. Pozostali pracowali, wykonując nudne i monotonne czynności[22]. Niestety, brak kontaktów społecznych i monotonia co-

[21] System celkowy uznaje się za historyczny, ponieważ nie przetrwał próby czasu. Natomiast system progresywny obowiązuje do dziś i jest wykorzystywany zarówno w odniesieniu do dorosłych przestępców odbywających karę pozbawienia wolności (na zasadzie tzw. wolnej progresji), jak i wobec nieletnich przebywających w placówkach resocjalizacyjnych.

[22] Jak podają źródła, pierwszym rodzajem wyrobów rękodzielniczych wprowadzonych do amerykańskich zakładów penitencjarnych był wyrób trzewików i butów. Więźniowie otrzymywali instruktaż od szewca, który był skazany na dożywotnie pozbawienie wolności; zob. D. Raś, *Uwagi o więzieniach, zapobieganiu występkom i wychowaniu młodzieży. Wybór tekstów z XVI–XX wieku*, OW Impuls, Kraków 2011, s. 56.

dzienności powodowała najczęściej przedwczesną śmierć (również samobójczą) skazanych lub przynajmniej poważne zaburzenia psychiczne. Dlatego trzy dekady od powstania pierwszej instytucji tego typu zrezygnowano z całkowitego osamotnienia więźniów, przekształcając obowiązujący system w odmianę auburnską (od miasta Auburn). Wprowadzono w niej zasadę izolacji nocnej i wspólnej pracy w ciągu dnia, przy absolutnym zakazie prowadzenia rozmów[23]. Obok koniecznych czynności porządkowo-organizacyjnych związanych z funkcjonowaniem zakładów, więźniowie wykonywali ciężkie prace publiczne na świeżym powietrzu, związane z budową dróg, wycinką lasów, regulacją kanałów wodnych itp. W ten sposób stopniowo kształtowały się stosunki społeczne osób skazanych, w tym społeczny charakter pracy wykonywanej wspólnie z innymi. System ten był rozpropagowany w wielu krajach (również na terenie Polski) i obowiązywał aż do XX w.

Krytyka systemu celkowego, która dała o sobie znać dzięki wystąpieniom francuskiego penitencjarysty Charlesa Lucasa na Międzynarodowych Kongresach Penitencjarnych we Frankfurcie i w Brukseli (1846–1847)[24], doprowadziła do ukształtowania się progresywizmu w podejściu do wykonywania kary pozbawienia wolności. Istotą systemu progresywnego było dążenie do jeszcze większego niż w odmianie auburnskiej uspołecznienia więźniów poprzez segregację i klasyfikację skazanych oraz fazowość odbywania kary, polegającą na stopniowym łagodzeniu reżimu, w zależności od postępów w ich resocjalizacji. Modelowa koncepcja wykonywania kary, opracowana przez Irlandczyka Waltera Croftona, zakładała trzy fazy. Pierwsza w początkowym okresie przypominała filadelfijską odmianę systemu celkowego. Skazani wykonywali nudną, męczącą pracę w swoich celach i byli pozbawieni kontaktów społecznych. Kiedy zachowywali się nienagannie, otrzymywali ciekawszą pracę, lepsze wyżywienie i mogli kontaktować się z innymi osadzonymi podczas zajęć, nauki i nabożeństw. W drugiej fazie (trwającej ok. połowy kary) więźniowie wykonywali ciężkie prace publiczne na otwartej przestrzeni, a noce spędzali w oddzielnych boksach. System oparty był na założeniu, że zarówno pobyt, jak i praca fizyczna w więzieniu nie powinny znacząco odbiegać od warunków, w jakich przebywają wolni obywatele. Ponieważ wierzono w zbawienny wpływ pracy blisko natury, więźniów zatrudniano najczęściej w koloniach rolniczych. Trzecia faza wiązała się z rozluźnionym reżimem, lepszym wyżywieniem i znacznie wyższym wynagrodzeniem. Uczciwa praca i nienaganne zachowanie mogły przyczynić się

[23] E.J. Dukaczewski, *op. cit*., s. 35–38. Skazani wykonywali prace kowalskie (np. wyrób gwoździ), stolarskie, tkackie, bednarskie, krawieckie w specjalnie wybudowanych na terenie zakładu warsztatach. Każdym rodzajem tych prac kierował zazwyczaj jeden z więźniów, posiadający najlepsze kwalifikacje oraz odznaczający się inteligencją i dobrym zachowaniem; D. Raś, *op. cit*., s. 56–57.

[24] Podczas obrad Kongresu zaakcentowano „wartości poprawcze tkwiące w pracy, która mogła być ulgą dla skazanego w monotonii więzienia, oraz mogła przynosić korzyści społeczne"; *idem*, *O poprawie winowajców w więzieniach i zakładach dla nieletnich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2007, s. 25.

do skrócenia kolejnych faz, a najpilniejsi skazani mogli liczyć na warunkowe przedterminowe zwolnienie[25].

System progresywny miał wiele modyfikacji i zyskał powszechne uznanie. Do chwili obecnej jest realizowany w różnych instytucjach resocjalizacyjnych. W Polsce stosuje się go zarówno w odniesieniu do nieletnich umieszczanych w zakładach poprawczych, jak i wobec dorosłych odbywających karę pozbawienia wolności, zgodnie z zasadą tzw. wolnej progresji.

Sytuacja polskiego więziennictwa przed II wojną światową

Analizując zagadnienie pracy w odniesieniu do osób pozbawionych wolności, trudno nie wspomnieć o działalności Towarzystwa Opieki nad Więźniami „Patronat", powstałego w 1905 r.[26] Organizacja została utworzona w okresie katastrofalnego stanu polskiego więziennictwa. Zakłady karne pierwszego ćwierćwiecza XX w. (zwłaszcza po I wojnie światowej) były ogromnie przeludnione, panowały w nich bardzo złe warunki sanitarne, skazani byli niedożywieni i poddawani okrutnemu traktowaniu ze strony administracji (bito w pięty, rażono prądem, wlewano wodę do nosa). Przykładowo: w okresie międzywojennym na terenie Małopolski więźniowie odbywali karę bezczynnie – nie mieli pracy ani dostępu do książek, a osoby nieletnie były pozbawione edukacji. Mimo iż regulaminy więzienne uwzględniały zatrudnianie skazanych i umożliwienie im zarobkowania, administracja postrzegała dostarczenie osadzonemu pracy za akt szczególnej łaski. Osoby wizytujące ówczesne zakłady karne podkreślały, że praca wykonywana w więzieniach nie jest traktowana jako środek wychowawczy[27], stanowiąc jedynie źródło samowystarczalności tych instytucji. Dodatkowo powojenny kryzys gospodarczy powodował, że więźniowie opuszczający zakłady karne mieli ogromne problemy z zatrudnieniem. Wszystko to stanowiło poważne wyzwanie dla Towarzystwa „Patronat", które za jeden z priorytetów stawiało sobie przygotowanie do pracy zawodowej osób opuszczających jednostki penitencjarne i zakłady dla nieletnich. W programie tej organizacji (m.in. obok wsparcia prawnego i materialnego) znajdowały się zapisy dotyczące działań mających na celu ułatwianie podopiecznym zdobycie pracy zarobkowej, np. poprzez organizowanie kursów specjalistycznych, umieszczanie w domach pracy czy zakładanie biur pośrednictwa pracy. Stopniowo zakres celów „Patronatu" ulegał rozszerzaniu, a podejmowana działalność sprzyjała wszelkim inicjatywom profilaktycznym,

[25] E.J. Dukaczewski, *op. cit*., s. 38–39; D. Raś, *op. cit*., s. 27.

[26] D. Raś, *op. cit*., s. 171.

[27] Zatrudnienie więźniów jako środek poprawczy proponował Zygmunt Bugajski (1887–1940) – naczelnik więzienia mokotowskiego, naczelnik Wydziału Penitencjarnego Departamentu Więziennego Ministerstwa Sprawiedliwości, docent Wolnej Wszechnicy Polskiej. Jego zdaniem zorganizowana praca ma wartość społeczną i terapeutyczną. Proponował odpłatną, celową pracę produkcyjną więźniów na wolności w tzw. ruchomych koloniach pracy, stanowiących etap przejściowy między zakładem a wolnością, *ibidem*, s. 193–195.

zmierzającym do ograniczania niekorzystnych zjawisk społecznych i przestępczości[28]. Organizacja działa z powodzeniem do chwili obecnej, napotykając jednak szereg problemów związanych z ciągłymi przeobrażeniami na rynku pracy, licznymi barierami legislacyjnymi i mentalnymi, istotnie utrudniającymi osadzonym i byłym skazanym możliwości legalnego zarobkowania.

Współczesne spojrzenie na pracę osób pozbawionych wolności (ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji w Polsce)

Trudne czasy wojenne przywołują wiele jednoznacznie negatywnych skojarzeń, wśród których – zwłaszcza w kontekście analizowanej problematyki – trudno jest pominąć te, odnoszące się do funkcjonowania osób przymusowo umieszczanych w obozach pracy (w tym więźniów politycznych)[29]. Wątek ten stał się motywem wielu popularnych opracowań, wśród których na szczególną uwagę zasługuje autobiograficzna powieść Gustawa Herlinga-Grudzińskiego pt. *Inny świat*. Autor opisuje w niej własne doświadczenia z pobytu w obozie pracy w Jarcewie, będącym centrum ogromnego kargopolskiego ośrodka przemysłu drzewnego. Umieszczani tam więźniowie byli traktowani jak najtańsza siła robocza i zmuszani do niewolniczego wysiłku, którego efektem miało być wypracowanie ponad 100% normy. Ciała robotników postrzegano jako towar, który ma przynieść konkretne korzyści materialne. Świadczyły o tym wstępne badania lekarskie (które polegały m.in. na dotykaniu bicepsów i ramion nowo przybyłych osób) przypominające sceny z handlu niewolnikami. Obozy były pomyślane jako specyficzne fabryki, w których zatrudniano brygady ze ściśle określonymi, przypisanymi im normami produkcyjnymi, systematycznie zawyżanymi. Najlepiej pracujący (tzw. stachanowcy) otrzymywali lepsze wyżywienie, ale tylko do czasu wypracowania narzuconej normy. W przeciwnym przypadku racje żywnościowe były drastycznie ograniczane, co przyczyniało się do szybkiego wyniszczania organizmu, otępienia i załamania psychicznego. Pracowano kilkanaście godzin dziennie (często przy czterdziestostopniowym mrozie i w nieodpowiednim do takich warunków ubraniu) przy wyrębie lasu, w tartaku, przy budowie dróg, w stacji pomp, w elektrowni, w kuchni i przy wyładowywaniu żywności, pod nadzorem konwojentów, którzy w każdej chwili mogli użyć broni wobec osób niesubordynowanych. Człowiek z założenia miał być pozbawiony godności i traktowany jako narzędzie wytwórcze, a jego wartość mierzona była tylko wydajnością, tzw. produktywnością. Praca, będąca głównym celem i treścią obozowego życia (ponieważ umożliwiała przetrwanie najsilniejszym), stawała się równocześnie okrutnym

[28] *Ibidem*, s. 165–180.

[29] Przywołane zagadnienie jest bardzo obszerne i wymagałoby odrębnego spojrzenia. W niniejszym opracowaniu – z uwagi na ograniczone ramy – skupiono się jedynie na wątku związanym z pracą więźniów w obozach rosyjskich, świadomie pomijając problem funkcjonowania nazistowskich obozów koncentracyjnych, które tworzone były w innym celu.

mechanizmem zbrodni i terroru[30]. I tak, biorąc pod uwagę dotychczasowe rozważania (zwłaszcza te odnoszące się do traktowania pracy ludzkiej w czasach starożytnych), można odnieść wrażenie, że historia zatoczyła ogromne koło: od niewolnictwa, w którym człowiek był towarem, poprzez różne formy wyzysku skazanych, ale z elementami coraz bardziej dostrzegalnego postępowania humanitarnego, nadającego odpowiednią rangę pracy i przywracającego godność podmiotowi ją wykonującemu – aż do współczesnych form zniewolenia osób pozbawionych wolności.

Po zakończeniu II wojny światowej zakłady karne miały charakter polityczny i stały się instrumentem systematycznej walki realizowanej z przeciwnikami wprowadzonego nowego ustroju[31]. Społeczność osadzonych była bardzo zróżnicowana – obok przestępców kryminalnych i politycznych „wrogów systemu", w więzieniach przebywali też niemieccy jeńcy wojenni i funkcjonariusze aparatu hitlerowskiego. Jednak niezależnie od obiektywnych trudności związanych z odbudową zakładów, kompletowaniem kadry, segregacją i racjonalnym rozmieszczeniem więźniów, za sprawę priorytetową uznano szkolenie zawodowe osadzonych i ich zatrudnienie. Było to spowodowane naturalną koniecznością odbudowy kraju po zniszczeniach wojennych. W tym celu zorganizowano zatrudnienie zewnętrzne, poza murami zakładów karnych. W latach pięćdziesiątych powołano specjalne przedsiębiorstwa produkcyjne i rolne, jak również ośrodki pracy przy kopalniach, w których stałe zajęcie otrzymały tysiące więźniów. Ich praca była bardzo nisko opłacana, co świadczy o typowo eksploatatorskim charakterze ówczesnej polityki zatrudnienia. Warto w tym miejscu dodać, że praca była obowiązkowa, a skazani wykonywali też szereg czynności, za które nie otrzymywali wynagrodzenia[32]. Co ciekawe, w obowiązującym repertuarze więziennych kar dyscyplinarnych znajdowało się pozbawienie pracy zarobkowej na czas do dwóch tygodni i zmniejszenie porcji żywnościowej za bezzasadne uchylanie się od pracy[33]. Jednak – jak podkreśla Henryk Machel, próbując ocenić powojenną myśl i praktykę penitencjarną – „Już samo zatrudnienie więźniów służyło wypełnieniu wolnego czasu […] i pomagało wobec niektórych z nich realizować cele wychowawcze"[34].

Jesienią 1956 r. zwierzchnictwo polskiego więziennictwa zostało przekazane Ministerstwu Sprawiedliwości[35]. Henryk Machel, charakteryzując ten okres, zauważa, że: „[…] wśród ścierających się poglądów na temat koncep-

[30] G. Herling-Grudziński, *Inny świat. Fenomenologia cierpienia*, [w:] S. Stabro, *Lektury polonistyczne. Literatura współczesna*, t. 1, TAiWPN Universitas, Kraków 1997.

[31] H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej – casus polski*, OW Impuls, Kraków 2006, s. 37–38.

[32] *Ibidem*, s. 39–40.

[33] *Ibidem*, s. 55.

[34] *Ibidem*, s. 58.

[35] Wcześniej nadzór nad zakładami karnymi sprawowały kolejno Ministerstwo Bezpieczeństwa Publicznego (Departament więziennictwa i obozów) i od grudnia 1954 r. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

cji wykonywania kary pozbawienia wolności zwyciężyła tendencja humanitarna. Nastąpił widoczny rozwój ośrodków pracy więźniów, a więc zakładów mniej dolegliwych, nastawionych na pełne zewnętrzne zatrudnienie skazanych. Zdecydowanie zwiększyło się zatrudnienie więźniów, szczególnie zewnętrzne. Można zauważyć wyraźną tendencję do oddziaływania na więźniów przez pracę […]"[36]. Autor dodaje, że w tamtych latach nie wyobrażano sobie sytuacji, w której więźniowie nie pracowaliby. Świadczą o tym statystyki: pod koniec lat pięćdziesiątych zatrudnienie osadzonych w zakładach karnych wynosiło blisko 70%. Jednak po kilku latach, ze względu na wysokie koszty, problemy organizacyjne i niestabilność tej grupy zawodowej, ta pozytywna koniunktura wyraźnie zmalała. W odpowiedzi na tę sytuację wprowadzono wtedy kilka rozwiązań. Jednym z nich był system bezdozorowego zatrudnienia. Skazani sami wychodzili do pracy i wykonywali ją bez asysty funkcjonariusza więziennego. Wymagało to jednak starannej selekcji i odpowiedniego przygotowania tej grupy osób przez personel wychowawczy zakładów, co w tamtym okresie było dużym wyzwaniem, zważywszy na braki kadrowe. Do innych rozwiązań można zaliczyć tworzenie przywięziennych przedsiębiorstw produkcyjnych i rozwój różnych form pracy nakładczej, co wiązało się z intensyfikacją różnorodnych szkoleń zawodowych. Uwzględniając zarówno potrzeby więziennictwa, jak i zainteresowania osób skazanych proponowano kursy kucharzy, piekarzy, palaczy c.o., krawców, szewców, introligatorów, stolarzy, tapicerów, spawaczy – dla mężczyzn, natomiast kobietom oferowano szkolenia w zakresie kreślarstwa, hafciarstwa i firankarstwa, krawiectwa, kuśnierstwa, cerowania artystycznego, fryzjerstwa, dziewiarstwa itp. W niektórych zakładach funkcjonowały szkoły zawodowe z warsztatami, gdzie od razu można było odbyć praktykę. Uzyskanie kwalifikacji zawodowych i wykonywanie odpłatnej pracy poprawiało sytuację materialną osadzonych nie tylko podczas odbywania kary (np. pomagało niektórym z nich w spłacie zaległości alimentacyjnych), ale również znacznie ułatwiało otrzymanie zatrudnienia zgodnego ze zdobytymi fachowymi umiejętnościami po opuszczeniu zakładu[37]. Można więc przyjąć, że kierunek przyjętej w tym zakresie polityki był pożądany.

Po polityczno-gospodarczym przełomie, który dokonał się w 1989 r., rzeczywistość penitencjarna w wielu obszarach uległa znaczącej zmianie, widocznej również w sferze zatrudnienia skazanych. Przede wszystkim praca osób odbywających karę pozbawienia wolności przestała być obowiązkowa, co bezpośrednio przełożyło się na fakt, iż przestała być również narzędziem resocjalizacji. Przeobrażenia na wolnościowym rynku pracy (i wraz nimi pojawiające się zjawisko bezrobocia) powodowały stopniowy spadek zatrudnienia

[36] H. Machel, *op. cit*., s. 60–61.

[37] *Ibidem*, s. 62–63; 72–73.

więźniów, a osoby opuszczające zakłady karne miały coraz większe trudności ze znalezieniem posady[38].

Podczas gdy w innych dziedzinach życia transformacja ustrojowa przyniosła wiele korzyści, tak w przypadku obiektywnej sytuacji osób pozbawionych wolności (zwłaszcza w zetknięciu z twardymi regułami obowiązującymi na współczesnym rynku pracy) zmieniła się ona na zdecydowanie gorszą. Co więcej, dokonujące się na tej płaszczyźnie przeobrażenia wygenerowały szereg niekorzystnych zjawisk obserwowanych w populacji osadzonych w zakładach karnych. Z badań Henryka Machela (przeprowadzonych w kilku instytucjach penitencjarnych i koncentrujących się na podgrupie młodocianych) wynika, że bezrobocie (szczególnie długotrwałe) wpływa na demoralizację i przestępczość osadzonych, powoduje poczucie ich porażki życiowej, obniża samoocenę, potęguje przekonanie o niesprawiedliwości społecznej, wzmacnia zjawisko wyuczonej bezradności i marginalizacji, a praca jako cel oraz sposób na życie traci u nich na wartości[39]. Autor zwrócił uwagę między innymi na fakt, że nierówny dostęp do możliwości wykonywania pracy w patologiczny sposób wzmacnia pozycję jednostek zatrudnionych w stosunku do pozostałych w nieformalnej strukturze podkulturowej, której współczesne oblicze wiąże się przede wszystkim z kultem posiadania. Ten problem zauważył również Jacek Kozieł, podkreślając, że pozycja skazanego w więzieniu to wypadkowa specyficznie rozumianej sławy (złej), potencjału intelektualnego i stanu posiadania związanego z zatrudnieniem, ponieważ wszystko to stwarza szereg możliwości oddziaływania na innych, manipulacji przy oferowaniu pewnych dóbr cenionych nieco inaczej za murami zakładu niż na wolności (pieniędzy, kawy, herbaty, papierosów), nie wykluczając czerpania korzyści materialnych i dopuszczania się różnych brutalnych form eksploatacji za niespłacone długi (np. wykorzystywania seksualnego)[40].

Z kolei Andrzej Bałandynowicz, recenzując stan dzisiejszego więziennictwa w kontekście zatrudnienia skazanych, posługuje się mocnym pojęciem współczesnego niewolnictwa (co stanowi wymowną analogię do wcześniejszych fragmentów niniejszego opracowania), dając konkretne przykłady świadczące

---

[38] Nowe przepisy stanowią, że świadczenie pracy będzie udzielane skazanemu w miarę możliwości zakładu, a zapewni się ją przede wszystkim osobom zobowiązanym do świadczeń alimentacyjnych, mającym trudną sytuację materialną lub rodzinną; *ibidem*, s. 109; 126–127.

[39] *Ibidem*, s. 141. Na syndrom wyuczonej bezradności w kontekście procesu readaptacji społecznej skazanych zwrócił też uwagę Tadeusz Sakowicz. Zdaniem autora jest to zjawisko powszechnie występujące. W swoich badaniach dotyczących systemów normatywnych osób uwięzionych poruszał między innymi kwestię deklarowanej przez osoby odbywające karę pozbawienia wolności umiejętności życia z własnej pracy. Okazało się, że tylko 41,1% badanych wskazało, że posiada taką umiejętność (choć często jeszcze w praktyce jej nie sprawdziła), natomiast 31% odpowiedziało, że takiej umiejętności nie ma. Duża grupa osób badanych nie potrafiła jednoznacznie wypowiedzieć się na ten temat; zob. T. Sakowicz, *Systemy normatywne w świadomości osób uwięzionych. Studium socjopedagogiczne*, OW Impuls, Kraków 2013, s. 202.

[40] J. Kozieł, *Zorganizowana przestępczość a podkultura więzienna na przykładzie Aresztu Śledczego w Łodzi*, [w:] *Wina – kara – nadzieja – przemiana. Materiały I Krajowego Sympozjum Penitencjarnego Kalisz 25–27 września 1996*, red. J. Szałański, Wydawnictwo UŁ, CZSW, COSSW, Łódź–Warszawa–Kalisz 1998, s. 470; H. Machel, *op. cit*., s. 140.

o zorganizowanym wyzysku państwa wobec analizowanej grupy osadzonych[41]. Przedstawiając wyliczenia, autor pokazuje na przykład, że zatrudniony więzień pracujący na pół etatu (82 godziny miesięcznie) otrzymuje tylko 34,38 zł, a pieniądze przekazywane przez rodzinę również nie trafiają do niego w pełnej kwocie, podlegając rozdzieleniu (część przeznaczana jest na fundusz walki z przestępczością). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że ceny za różne produkty w więziennej kantynie są zazwyczaj wyższe o 10–30% niż na wolności (z wyjątkiem papierosów i znaczków pocztowych), a osadzony musi kupować np. przybory toaletowe, nie wspominając już o obowiązkowych opłatach za rozpatrywanie różnych wniosków (np. o przedterminowe zwolnienie – 45 zł, o przerwę w odbywaniu kary – 60 zł). Trudno nie zauważyć, że nawet zatrudnionej osobie wynagrodzenie miesięczne nie wystarcza na zaspokojenie podstawowych potrzeb, a skazani niepracujący są zdani na pomoc rodziny lub wsparcie z państwowego budżetu. Taka sytuacja w oczywisty sposób rzutuje na postawy osób pozbawionych wolności wobec pracy. Zwłaszcza recydywiści nie dostrzegają potrzeby utrzymywania stałego zatrudnienia, zarówno podczas odbywania kary, jak i po opuszczeniu zakładu. Nie postrzegają oni zazwyczaj pracy w kategoriach obowiązku, skupiając się raczej na działaniach dających szybkie dochody materialne. Z badań wynika, że absolutna większość z nich odrzuca pozytywny wariant funkcjonowania w rolach pracowniczych, przejawiając ambiwalentny (39,7%) lub negatywny (56,8%) stosunek do pracy[42].

Jednak niezależnie od niekorzystnego stanu współczesnej polskiej penitencjarystyki w zakładach karnych podejmowane są interesujące próby wdrażania projektów resocjalizacyjnych, wśród których znajdują się również programy aktywizacji zawodowej skazanych[43]. Wiele instytucji penitencjarnych nawiązuje ponadto stałą współpracę z samorządem lokalnym, proponując wykonywanie przez skazanych różnych czynności (zarówno odpłatnie, jak i charytatywnie) na rzecz szkół, cmentarzy, sądów, policji, ośrodków pomocy społecznej, klubów sportowych itp.[44] Mimo niesprzyjającej koniunktury, świadomość wartości pracy

---

[41] A. Bałandynowicz, *Probacja. Resocjalizacja z udziałem społeczeństwa*, LEX a Wolters Kluwer business Warszawa 2011, s. 143–144.

[42] *Ibidem*, s. 195–197.

[43] Jednym z nich jest np. „Program edukacyjny aktywizacja zawodowa w ramach Klubu Pracy Skazanych", realizowany w Zakładzie Karnym we Włocławku. Jego celem jest „[…]wzbudzenie motywacji do czynnego poszukiwania pracy, wykreowanie umiejętności jej zdobycia i utrzymania oraz traktowania jej jako zasadniczego źródła utrzymania siebie i rodziny.[…] Jest adresowany do dorosłych i młodocianych mężczyzn, skazanych po raz pierwszy, z pozostałością kary od 6 do 9 miesięcy, którzy przed aresztowaniem pozostawali bez pracy, oraz do tych, którzy napotykali trudności w jej zdobyciu […]"; H. Machel, *op. cit*., s. 241. Inne programy tego rodzaju scharakteryzowane są obszernie w publikacjach naukowych, m. in. w pracy pod red. Moniki Marczak. Poza programami aktywizacji zawodowej, na szczególną uwagę – w kontekście omawianej problematyki – zasługują również projekty wzmacniające role społeczne poprzez pracę z osobami niepełnosprawnymi oraz opiekę nad zwierzętami i pielęgnację roślin; zob. *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez służbę więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, OW Impuls, Kraków 2009.

[44] Za przykład może posłużyć struktura zatrudnienia w Oddziale Zewnętrznym Aresztu Śledczego w Radomiu; D. Wosik-Kawala, T. Grabowski, *Działalność resocjalizacyjna Oddziału Zewnętrznego Aresztu*

jako narzędzia resocjalizacji i wiara pracowników penitencjarnych w dobroczynny jej wpływ, przynajmniej na niektórych osadzonych, jest wciąż aktualna.

Podsumowanie

Znaczenie pracy osób pozbawionych wolności jest niewątpliwie bardzo zróżnicowane i wielowymiarowe. Z perspektywy państwa na przykład, zatrudnienie osadzonych wypełnia ważną ekonomicznie funkcję, przyczyniając się do wytwarzania i pomnażania produktu krajowego brutto stosunkowo niewielkim kosztem (niezależnie od konieczności utrzymania więźnia). Z punktu widzenia osadzonych ocena zatrudnienia oraz stosunek do wykonywanej podczas odbywania kary pracy jest sprawą zindywidualizowaną i stanowi wypadkową aktualnej sytuacji każdego osadzonego, określonej działaniem splotu wielu czynników (cech osobowości, długości odbywania kary, stanu rodzinnego, sytuacji finansowej itp.). Z pewnością osoby skazane na długoletnie więzienie, z nieustabilizowaną sytuacją rodzinną, nieobciążone finansowo zaległościami z tytułu grzywien czy alimentów będą prezentowały inne, bardziej punitywne nastawienie do pracy niż osadzeni na kary krótkoterminowe, mający na utrzymaniu rodzinę, dla których zatrudnienie służy zaspokojeniu potrzeb, czyli wiąże się z funkcją dochodową i jest traktowane instrumentalnie. Niewątpliwie skrajnie różne podejście do pracy mają z jednej strony osoby zgłaszające się dobrowolnie do programów resocjalizacyjnych opartych na wolontariacie w hospicjach lub domach pomocy społecznej (jednostki z nastawieniem autotelicznym), a z drugiej – osadzeni uwikłani w struktury podkulturowe, nigdy wcześniej niepracujący, manifestujący postawy jawnej pogardy dla uczciwego zarobkowania. Resocjalizacyjna wartość pracy jest więc porównywalna z efektywnością innych sposobów oddziaływania na osadzonych, która jest uwarunkowana wieloczynnikowo i nie poddaje się prostym, jednoznacznym ocenom.

Śledczego w Radomiu, [w:] *Skuteczna resocjalizacja. Doświadczenia i propozycje*, red. Z. Bartkowicz, A. Węgliński, Wydawnictwo UMCS, Lublin,2008, s. 108–109.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Robert Witkowski
ppłk SW, pedagog, dyrektor Aresztu Śledczego w Elblągu

TERAPEUTYCZNY WYMIAR WOLONTARIATU HOSPICYJNEGO OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI

Streszczenie
Autor publikacji od ponad dwudziestu lat pracuje w Służbie Więziennej. Wśród jego zainteresowań naukowych oraz doświadczeń zawodowych szczególne miejsce zajmują te, które związane są z zagadnienie wolontariatu hospicyjnego osób pozbawionych wolności. Tematem artykułu jest ukazanie terapeutycznego wymiaru procesu, polegającego na przygotowaniu i kierowaniu więźniów do pomagania osobom termalnie chorym, będącym pod opieką hospicjów. Hospicjum, praca z osobami termalnie chorymi ma niewątpliwy aspekt terapeutyczny, który zmienia myślenie, zachowania i pozwala zweryfikować hierarchię wartości osobistych skazanych. Wolontariat hospicyjny jest sam w sobie terapią, która jest mocnym i zmieniającym doświadczeniem dla więźniów.
Słowa kluczowe: Służba Więzienna, system penitencjarny, resocjalizacja, skazany, wolontariusz, hospicjum

Therapeutic dimension of the hospice voluntary service of convicts
Abstract
The author of the publication has been working in the Prison Service for over 20 years. Among his academic interests and professional experiences, a special place is occupied by those connected with issue of hospice voluntary service of persons deprived of their liberty. The subject of the article is to present therapeutic dimension of process consisting of preparing and directing prisoners to help the terminally ill pass away in a dignified manner. Hospice, contact with terminally ill people has an indubitable therapeutic aspect and transforms thinking, behavior and allows to verify the hierarchy of personal values of prisoners. The hospice voluntary service is in itself a therapy, which is a powerful and transformative experience for the prisoners.
Key words: Prison Service, penitentiary system, social rehabilitation, inmate, volunteer, hospice

Czas pytań o sens resocjalizacji penitencjarnej

Według niektórych autorów uzyskiwana we współczesnej polskiej praktyce penitencjarnej efektywność poprawcza nie jest w pełni zadowalająca. Wśród przyczyn tego niezadowolenia wymienia się między innymi przeludnienie zakładów penitencjarnych, niewystarczający profesjonalizm części personelu wychowawczego, bezrobocie skazanych, niekonsekwencje w zakresie ich ogólnego i zawodowego dokształcenia, demoralizujący nadmiar czasu wolnego[1] oraz nadmierne zbiurokratyzowanie organizacji pracy wychowawców i psychologów pracujących w zakładach karnych i aresztach śledczych z osobami pozbawionymi wolności[2].

W związku z tym praktycy pracujący z osobami izolowanymi stawiani są coraz częściej w trudnej sytuacji, gdy spotykają się z opiniami, że resocjalizacja nie istnieje. Jest to sytuacja dla nich kłopotliwa, gdyż dyskredytuje ich zaangażowanie, pomysły i cały trud niełatwej pracy z osobami przejawiającymi zachowania antyspołeczne[3]. A przecież to dzięki ich szczególnej kreatywności oraz entuzjazmowi w poszukiwaniu nowych podejść powstają nowe programy readaptacji społecznej wdrażane w zakładach karnych i aresztach śledczych.

To prawda, że programy te są różne i różna też jest ich efektywność, ale ogólne stwierdzenie, że nie działają, jest nieprawdziwe. Większość z nich ma na celu motywowanie do zmiany i kształtowanie umiejętności niezbędnych do satysfakcjonującego życia osobistego, zgodnego z normami społecznymi i prawnymi. Należy pamiętać jednak, że efektywność oddziaływań redukujących przestępczość jest zależna nie tylko od treści programów i sposobu ich realizacji, ale przede wszystkim od późniejszych decyzji, wyborów i postaw samych podmiotów oddziaływań.

Pytania o skuteczność resocjalizacji, o zasadność prób oddziaływania pedagogicznego, psychologicznego lub terapeutycznego na osoby, które odbywają karę pozbawienia wolności, są oczywiście podejmowane zasadnie. Tak jak pytania dotyczące tego, czy realizowane programy są konstruktywne, skuteczne i rzeczywiście resocjalizujące. Można również zadać inne, np.: skoro resocjalizacja nie istnieje, to może odstąpić od realizowania w jednostkach penitencjarnych programów resocjalizacyjnych, readaptacyjnych i poprzestać jedynie na wykonywaniu izolacyjnej funkcji kary?

Krytycy prowadzonych oddziaływań resocjalizacyjnych w warunkach izolacji więziennej twierdzą, że pomimo zwiększającego się wysiłku na rzecz resocjalizacji więźniów nie osiągnięto dotychczas warunków umożliwiających

---

[1] A. Szymanowska, *Więzienie i co dalej?*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2003.

[2] H. Machel, *Psychospołeczne uwarunkowania pracy resocjalizacyjnej personelu więziennego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2001.

[3] R. Opora, *Efektywność oddziaływań resocjalizacyjnych*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2015.

praktyczne zaistnienie tego procesu i jego efektywny przebieg[4]. Leszek Lernell akcentuje, że instytucje penitencjarne posiadają specyficzne warunki infrastrukturalne i bytowo-organizacyjne, które decydują o tym, że pobyt w nich wiąże się z określonymi dolegliwościami i utrudnieniami charakterystycznymi dla instytucji totalnej. O takim charakterze decyduje przede wszystkim fakt, że przymus pełni w nich zasadniczą rolę. W konsekwencji autor dochodzi do przekonania, że do więzienia jednostka zostaje wtrącona siłą, a każdą chwilę trwającego przymusu przeżywa boleśnie jako doznanie pozbawienia całkowicie udziału własnej woli, własnej wolności[5].

Marek Konopczyński[6] twierdzi, że w rzeczywistości resocjalizacyjnej panuje chaos merytoryczny i metodyczny. Autor krytykuje sam fakt, że w klasycznym ujęciu proces resocjalizacji przebiega w specjalnie do tego celu powołanych instytucjach i placówkach o charakterze izolacyjnym i paraizolacyjnym[7].

Konopczyński jest pewien, że pedagogika resocjalizacyjna przeżywa wyraźny kryzys zmiany[8]. Kryzys ten ma trzy źródła. Pierwsze z nich związane jest z tendencją do zwiększania rygoryzmu karnego, który sprawił, że punkt ciężkości z działalności *stricte* resocjalizacyjnej przesunął się w stronę priorytetów administracyjno-formalnych. Ujmuje to tak: „niepoparte naukowymi dowodami przekonania dotyczące roli kary i karania w procesie resocjalizacji akceptowane przez środowiska polityczne i administracyjne, odcisnęły piętno na polskiej rzeczywistości resocjalizacyjnej". Drugim źródłem jest wiara w przekonanie, że przestępczość, tak jak inne zjawiska społeczne, powinna podlegać terapii, czyli leczeniu. Twierdzi, że bezkrytyczne przeniesienie dorobku nauk psychologicznych i medycznych na grunt oddziaływań resocjalizacyjnych budzi uzasadnione obawy, bowiem koncepcje, teorie i metody psychologiczne miały na celu pomoc ludziom sfrustrowanym, znerwicowanym i z psychicznymi problemami, a nie przestępcom – osobom wadliwie socjalizowanym, posiadającym dewiacyjną tożsamość. Trzecie źródło stanowi teza, że odizolowanie przestępcy od reszty społeczeństwa jest dobrym sposobem na wywołanie u niego trwałej pozytywnej zmiany. Według autora to rozumowanie samo w sobie jest mało logiczne, bo jeśli traktujemy proces resocjalizacji jako proces inicjowania i doskonalenia umiejętności funkcjonowania w rolach społecznych i życiowych, to zarówno sama formuła izolacji, jak i jej warunki w zasadzie niweczą przyjęte *a priori* założenia.

Podsumowując, Konopczyński uważa, że resocjalizacja ma być pozytywną zmianą człowieka nieprzystosowanego społecznie, będącą wynikiem meto-

[4] L. Wawrzyniak, *Wybrane aspekty resocjalizacji penitencjarnej*, [w:] *Kryzys w resocjalizacji a wybrane aspekty pracy penitencjarnej*, red. D. Lizoń-Szłapowska, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2012.

[5] L. Lernell, *Rozważania o przestępstwie i karze*, PWN, Warszawa 1975.

[6] M. Konopczyński, *Kryzys resocjalizacji czy(li) sukces działań pozornych*, Wydawnictwo Pedagogium, Warszawa 2013.

[7] *Idem*, *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*, OW Impuls, Kraków 2014.

[8] *Ibidem*.

dycznie zaplanowanych oddziaływań inicjujących jego rozwój osobowy i społeczny. Zmiany tej nie sposób osiągnąć w warunkach izolacji więziennej, bowiem stosuje się archaiczne formy przymusu instytucjonalnego, oparte na stosowaniu kar i nagród regulaminowych; stosuje się również terapię, choć przyczyny przestępczych zachowań nie mają na ogół podłoża chorobowego, a sam fakt wymierzenia kary pozbawienia wolności nie posiada walorów resocjalizacyjnych, czyli nie wywołuje pozytywnej zmiany, a jedynie negatywną, powodując bunt, odrzucenie, frustrację. Podkreśla także, że skazany po odbyciu kary ma nikłe szanse na pozytywne funkcjonowanie ze względu na brak opieki postpenitencjarnej i stygmatyzację społeczną.

Z kolei zdaniem Andrzeja Bałandynowicza badania formalnych struktur organizacyjnych instytucji penitencjarnych podważają resocjalizacyjną funkcjonalność kary pozbawienia wolności. Świadomość istniejących w nich procesów prowadzi do formułowania twierdzeń negujących możliwość resocjalizacji w warunkach więziennej izolacji i dyscypliny. Autor twierdzi stanowczo, że instytucje penitencjarne jedynie dehumanizują więźniów i wyraża przekonanie, że zjawisko występuje niemal we wszystkich państwach[9].

Nie budzi żadnych wątpliwości stwierdzenie, że resocjalizacja penitencjarna jest procesem niezwykle trudnym. Inni autorzy twierdzą jednak, że jest procesem jednocześnie niezbędnym, który powinien być realizowany poprzez kierowanie do osób przebywających w warunkach izolacji więziennej programów ukierunkowanych na kształtowanie umiejętności społecznych i poznawczych, wypełnianie i wzmacnianie ról społecznych oraz aktywizację zawodową[10]. Jak twierdzi Henryk Machel[11], w czasie izolacji powinna być realizowana resocjalizacja penitencjarna, której istotą jest zmiana nawyków charakterologicznych poprzez wyeliminowanie niekorzystnych, aspołecznych i antyspołecznych postaw warunkujących aspołeczne i antyspołeczne zachowania człowieka. Myśl tę kontynuuje Monika Marczak, uważając, że wskazane nowe style zachowania, zmiana nawyków i eliminowanie niewłaściwych postaw winny dotyczyć w szczególności życia małżeńskiego i rodzinnego, zawodowego i relacji interpersonalnych[12].

W ogólnie określonym celu resocjalizacji można wyodrębnić dwa cele szczegółowe, które różni stopień efektywności. Pierwszym jest cel minimum,

---

[9] A. Bałandynowicz, *Psychodegradacja osobowości oraz defaworyzacja, ekskluzja i wykluczenie społeczne recydywistów następstwem nieracjonalnego i reliktowego systemu sprawiedliwości karnej opartej na paradygmacie izolacji przestrzennej*, [w:] *Długoterminowe kary pozbawienia wolności w teorii i w praktyce*, red. W. Zalewski, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2015.

[10] B. Pastwa-Wojciechowska, *Czy oddziaływania redukujące deficyty wychowawcze u osób naruszających normy prawne mają sens?*, [w:] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, OW Impuls, Kraków 2009.

[11] H. Machel, *Wiezienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Wydawnictwo Arche, Gdańsk 2003.

[12] *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*, red. M. Marczak, OW Impuls, Kraków 2009.

gdzie dąży się do tego, aby stan osobowości skazanego, podmiotu oddziaływań, umożliwił mu funkcjonowanie w społeczeństwie po opuszczeniu więzienia, w sposób nienaruszający norm prawnych. Drugim jest cel maksimum, gdzie stan osobowości podmiotu oddziaływań umożliwia mu nie tylko funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób nienaruszający norm prawnych, ale także w sposób respektujący wiele istotnych i ważnych dla życia norm moralnych. Przy realizacji celu maksimum możliwe jest minimalizowanie nieprzystosowania społecznego lub jego zupełna likwidacja[13]. Ten punkt widzenia przyświeca praktyce realizowanej przez personel penitencjarny na podstawie obowiązującego prawa karnego wykonawczego.

Współpraca polskiej Służby Więziennej z ośrodkami opieki paliatywnej

Niejako naprzeciw opisanym powyżej krytycznym ocenom systemu penitencjarnego wyłania się inna perspektywa. W roku 2009 polska Służba Więzienna została uhonorowana Kryształową Wagą Wymiaru Sprawiedliwości za realizację wybranych programów readaptacji społecznej osób pozbawionych wolności. Nowatorski eksperyment pod nazwą „Wolontariat skazanych w Polsce" został tak wysoko oceniony przez Komisję Europejską i Radę Europy[14]. Służba Więzienna wzięła udział w konkursie zorganizowanym przez Dyrekcję Generalną Wymiaru Sprawiedliwości, Wolności i Bezpieczeństwa Komisji Europejskiej oraz Dyrekcję Generalną Praw Człowieka i Spraw Prawnych Rady Europy. Instytucje te przyznawały najważniejszą europejską nagrodę instytucjom promującym i ulepszającym działania publicznego wymiaru sprawiedliwości w krajach członkowskich Unii Europejskiej i Rady Europy[15]. Do konkursu zgłoszono 30 projektów z 17 krajów unijnych[16].

Przedstawiony do konkursu projekt opisywał nowatorską na skalę światową formę współpracy administracji penitencjarnej zakładów karnych i aresztów śledczych w Polsce z hospicjami i domami pomocy społecznej dla osób niepełnosprawnych i w podeszłym wieku. Współpraca ta polegała na przygotowaniu i kierowaniu do wolontariatu – do pomagania najbardziej bezbronnym i potrzebującym osobom – mężczyzn i kobiet odbywających karę pozbawienia wolności w warunkach izolacji penitencjarnej.

Okazało się więc, że model oddziaływań resocjalizacyjnych realizowanych przez personel penitencjarny zakładów karnych i aresztów śledczych w Polsce

---

[13] H. Machel, *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994.

[14] A. Paczkowska, *Wolontariat więźniów w hospicjum – gdańskie doświadczenia*, „Pastores" 2012, nr 2 (55).

[15] A. Paczkowska, P. Krakowiak, R. Witkowski, *Wolontariat więźniów jako dobra praktyka włączania do życia w społeczności*, „Wychowanie na co dzień" 2011, nr 6 (213).

[16] J. Cegielska, *Wolontariat więźniów*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego" 2009, nr 5 (64).

znalazł uznanie wśród przedstawicieli europejskiego wymiaru sprawiedliwości i został wskazany jako wart naśladowania.

W dokumentach Rady Europy czytamy, że zaleca się, aby resocjalizacja osób pozbawionych wolności realizowana była w formie różnorodnych aktywności na rzecz społeczeństwa i aby oddziaływania readaptacyjne dawały możliwość zdobywania nowych umiejętności przydatnych w życiu zawodowym[17].

Ten sposób myślenia i działania jest bardzo bliski rozwiązaniom polskiego systemu penitencjarnego po wejściu w życie ustawy Kodeks Karny Wykonawczy z 1997 roku, gdzie edukacja i zatrudnienie osadzonych przy współpracy z instytucjami pozawięziennymi, jako droga do realizacji celów wykonywania kary pozbawienia wolności (art. 67), są, obok zajęć kulturalno-oświatowych, specjalistycznych oddziaływań terapeutycznych i podtrzymywania kontaktów z rodziną, podstawowymi formami oddziaływań[18]. Taki właśnie cel: aby środki oddziaływania umożliwiały sprawcy przestępstwa kształtowanie ważnych umiejętności społecznych, które umożliwią mu osobisty rozwój i dadzą szansę na integrację z częścią społeczeństwa szanującą porządek prawny, jest wskazany na gruncie polskiego prawa karnego wykonawczego[19].

Polska Służba Więzienna zainicjowała i od kilkunastu lat realizuje ten unikatowy projekt polegający na przygotowaniu i kierowaniu osób pozbawionych wolności do wolontariatu poza terenem więzienia, do pomagania osobom chorym, cierpiącym, niepełnosprawnym i umierającym. To trudne przedsięwzięcie, wymagające ogromnego zaangażowania więziennych wychowawców, psychologów i terapeutów oraz innych osób decydujących o skierowaniu skazanego do zatrudnienia poza terenem zakładu karnego lub aresztu śledczego. Wiąże się z tym odpowiedzialność, aby do szczególnych miejsc, jakimi są hospicja i domy pomocy społecznej, nie trafiły osoby nieodpowiednie, zagrażające bezpieczeństwu pacjentów, lekarzy, pielęgniarek i innych wolontariuszy. Skierowanie konkretnego skazanego jest poprzedzone wielomiesięcznymi rozmowami i obserwacją zachowań w relacjach interpersonalnych.

Pionierskimi były programy, w ramach których osoby pozbawione wolności opiekowały się osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i ruchowo: „Bona" (1998, Zakład Karny w Lublińcu) i „Duet" (2002, Areszt Śledczy w Krakowie-Podgórzu). Od 2002 roku realizowany jest projekt, w ramach którego skazani z Zakładu Karnego w Gdańsku-Przeróbce pomagają w gdańskim hospicjum. Aktualnie zakłady karne i areszty śledcze w całym kraju współpracują z 41 hospicjami i ośrodkami opieki paliatywnej. Szacuje się, że codziennie około 130 osadzonych opuszcza jednostki penitencjarne, aby jako wolontariusze poma-

---

[17] Council of Europe, *Social Reintegration of Prisoners*, report of Social, Health and Family Affairs Committee, 2006, Doc. 10838, 7.02.2006,

[18] J.D. Pol, *Możliwości wolontariatu w aresztach i zakładach karnych*, „Roczniki Naukowe Caritas" 2001, t. 5.

[19] S. Pawela, *Prawo karne wykonawcze. Zarys wykładu*, Wydawnictwo Zakamycze, Kraków 2003.

gać bezpośrednio chorym, cierpiącym i umierającym oraz przy pracach pomocniczych. Od 2002 roku do tego szczególnego wolontariatu skierowanych zostało ponad 1600 osadzonych. Analogicznie, w odniesieniu do ośrodków i domów pomocy społecznej – codziennie około 500 więźniów pomaga w blisko 130 placówkach, a liczba osób skierowanych do pomocy w tych instytucjach przekroczyła 7 tys. (opracowanie własne autora).

Pomysł na oddziaływanie resocjalizujące poprzez aktywizowanie osób pozbawionych wolności w kierunku pomagania drugiemu człowiekowi ewoluował i ewoluuje nadal.

Zagadnienie to można rozpatrywać w szerszym kontekście przygotowywania i kierowania do zatrudnienia osób skazanych. Codziennie w całym kraju tysiące osadzonych opuszcza mury jednostek penitencjarnych. Pracują odpłatnie w firmach, które ich zatrudniają. Pracują też nieodpłatnie, z czego korzyść czerpią nie tylko hospicja i domy pomocy społecznej, ale także szpitale, szkoły, instytucje kulturalne, fundacje itp. To efekt wieloletniej współpracy Służby Więziennej z wieloma instytucjami; to także efekt wysiłków zmierzających do pozyskiwania kolejnych miejsc zatrudnienia dla więźniów.

Hospicjum jest jednak miejscem szczególnym. Dlatego też skazani, którzy są kierowani przez administrację penitencjarną do aktywnego pomagania innym, są odpowiednio wybierani spośród zróżnicowanej pod wieloma względami populacji osób odbywających karę pozbawienia wolności[20]. Skazany – przebywając w oddziale penitencjarnym przez kilka lub kilkanaście miesięcy lub nawet kilka lat – znajduje się pod stałą obserwacją i w stałym kontakcie z personelem pionu penitencjarnego. Wychowawca, psycholog czy też terapeuta, podczas bardzo wielu rozmów aktywizują, zachęcają do różnorodnych działań, przyglądają się sposobom realizacji zadań, wzmacniają, podpowiadają możliwe drogi ich realizacji (Zarządzenie nr 2 Dyrektora Generalnego SW). Zwracają uwagę na predyspozycje uwięzionego, stopień wrażliwości, otwartość na nowe doświadczenia, relacje ze współosadzonymi i przełożonymi. Funkcjonariusze i pracownicy Służby Więziennej, będący na co dzień w bezpośrednim kontakcie z więźniami, potrafią takie cechy dostrzec w wielu pozornie zwykłych sytuacjach życia społeczności w oddziale[21]. Elementem tego procesu jest też rozmowa, podczas której skazany słyszy propozycję uczestnictwa w programie readaptacji społecznej polegającym na zaangażowaniu się w wolontariat hospicyjny[22]. Jeżeli – być może po kolejnych, czasem wielu rozmowach – wyraża otwartość na podjęcie tego kroku, decyzję o skierowaniu go do hospicjum podejmuje komisja penitencjarna (Kodeks Karny Wykonawczy, art. 76).

Należy podkreślić, że kryteria doboru, oprócz wcześniej wymienionych, biorą pod uwagę charakter popełnionych przestępstw oraz sposób funkcjonowa-

[20] A. Paczkowska, P. Krakowiak, R. Witkowski, *op. cit.*

[21] A. Paczkowska, *Wolontariat więźniów w hospicjum*…, *op. cit.*

[22] A. Paczkowska, P. Krakowiak, R. Witkowski, *op. cit*.

nia w warunkach izolacji penitencjarnej. Dyskwalifikowani są ci osadzeni, którzy mają problemy z samodyscypliną, sprawcy przestępstw przeciwko wolności seksualnej, aktywni uczestnicy podkultury przestępczej, przejawiający tendencje do manipulowania oraz sprawcy przemocy i uzależnieni przed ukończeniem odpowiednich programów terapeutycznych.

Kolejna weryfikacja ma miejsce już w placówce, do której skierowany został skazany. To tu personel decyduje – rozpoznając stopień rzeczywistego zaangażowania i sposób układania relacji interpersonalnych – jakie obowiązki powierzyć wolontariuszowi[23]. Nie do przecenienia jest rola opiekuna, koordynatora ze strony hospicjum. Jest to osoba kluczowa, która nie tylko wskazuje, jakie obowiązki wolontariusz-skazany ma realizować. Powinna być również mentorem, wychowawcą, nauczycielem umiejętności praktycznych oraz akceptowanych w tym miejscu zachowań. Opiekun jest też osobą, która utrzymuje stały kontakt z wyznaczonym przedstawicielem zakładu karnego lub aresztu śledczego, aby w sytuacji konieczności, gdy spotka się z niewłaściwym zachowaniem lub brakiem motywacji ze strony skazanego, natychmiast reagować. Zdarzają się także sytuacje – co jest zupełnie naturalne – że konfrontacja z miejscem skutkuje rezygnacją. Bowiem nie każdy chętny do działania jest odpowiedni do roli wolontariusza[24]. Widok ludzi umierających i poważnie chorych, przestrzeni ośrodka paliatywnego, wywołuje czasem lęki, strach i wycofanie.

Geneza wolontariatu hospicyjnego więźniów

Definicji wolontariatu jest wiele. Polska instytucja, Centrum Wolontariatu, definiuje to pojęcie jako bezpłatne, dobrowolne działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie[25]. Inni autorzy rozumieją wolontariat jako świadomą gotowość do rezygnacji z korzyści zarobkowej, dobrowolność jako nieprzymuszony wybór do służenia innym, ciągłość, czyli konsekwentne i odpowiedzialne podejście do podjętych obowiązków, systematyczność jako działanie rozciągnięte w czasie nie dopuszczające przerwy w podjętych zadaniach (za wyjątkiem tzw. wolontariatu akcyjnego)[26] lub dobrą i wolną wolę, która jest równoznaczna z podjęciem decyzji o oddaniu się i poświęceniu się czemuś, co uznane zostało za ważne, potrzebne i godne zaangażowania[27].

---

[23] A. Paczkowska, *Wolontariat więźniów w hospicjum*…, *op. cit.*

[24] G.G. Johnson, *A Personal View on Palliative and Hospice Care In Correctional Facilities*, „The Journal of Law, Medicine & Ethics" 1993, vol. 27

[25] J. Przewłocka J., *Zaangażowanie społeczne Polaków w roku 2010: wolontariat, filantropia, 1%. Raport z badań*, Stowarzyszenie Klon/Jawor, Warszawa 2011.

[26] J. Mastalski, *Aksjologiczne wymiary wolontariatu*, [w:] *Człowiek dla człowieka – współczesne wyzwania wolontariatu*, red. G. Godawa, Wydawnictwo Czuwajmy, Kraków 2013.

[27] S. Gawroński, *Ochotnicy miłości bliźniego. Przewodnik po wolontariacie*, Wydawnictwo Więzi, Warszawa 1999.

Dla Patrycji Stawiarskiej wolontariat jest swoistym stylem życia, dokonywaniem świadomych wyborów, swoistą percepcją świata i ludzi oraz wynikającym z tego konkretnym zachowaniem. Jest także poszukiwaniem sensu własnych działań i szansą na samorealizację, na spełnianie samego siebie w jedyny i niepowtarzalny sposób, szukaniem odpowiedzi na pytanie: *być* czy *mieć*[28].

Osoby podejmujące się działalności wolontaryjnej, bez względu na źródło motywacji i stopień zaangażowania, bez wątpienia wymagają przygotowania merytorycznego i praktycznego, a funkcjonowanie wolontariusza warunkują określone zasady postępowania. Bowiem w relacji *wolontariusz – wspomagany*, udzielający pomocy powinien posiadać umiejętności merytoryczne, związane z charakterem udzielanej pomocy, i interpersonalne, związane ze wzajemnym kontaktem, budujące zaufanie[29]. Ważność umiejętności interpersonalnych w niesieniu pomocy innym akcentuje Balawajder. Uważa on, że w kontakcie *wspomagający – wspomagany* niezbędne są: umiejętność nawiązania kontaktu, otwartość wobec innych, autentyczność własnej osoby, umiejętność komunikowania się, słuchanie, ujawnianie własnych emocji, bycie tolerancyjnym, okazywanie szacunku, wyrozumiałość dla wartości i przekonań ważnych dla drugiej osoby, umiejętność dawania poczucia bezpieczeństwa poprzez wyrażanie akceptacji dla drugiej osoby, szanowanie jej praw do kształtowania własnego życia wedle uznania oraz zachowanie równowagi emocjonalnej w trudnych chwilach[30].

Trochę inaczej definiowany jest wolontariat hospicyjny. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1994 roku opieka paliatywna jest całościową czynną opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin[31].

Jeszcze precyzyjniejsza wydaje się być definicja autorstwa Bosanqueta i Salisbury'ego[32], gdzie opiekę paliatywną rozumie się jako aktywną, całościową opiekę nad pacjentem i jego rodziną sprawowaną przez zespół wielospecjalistyczny i podejmowaną wówczas, gdy etap choroby pacjenta nie daje możliwości wyleczenia, zaspokajającą wszystkie medyczne potrzeby pacjenta, a także potrzeby psychiczne i duchowe pacjenta i jego rodziny w czasie trwania choroby oraz żałoby.

---

[28] P. Stawiarska, *Wolontariat hospicyjny. Perspektywa interdyscyplinarna*, Difin, Warszawa 2011

[29] *Ibidem.*

[30] K. Balawajder, *Umiejętności interpersonalne w niesieniu pomocy innym*, [w:] *Psychologia pomocy. Wybrane zagadnienia*, red. K. Popiołek, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.

[31] M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierającym*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2000.

[32] N. Bosaquet, Ch. Salisbury, *Providing a palliative care service*, Oxford University Press, Oxford 1999.

Wolontariusz musi być dyspozycyjny. Powinien też być osobą, która jest odpowiednio przeszkolona w opiece nad pacjentem terminalnie chorym, musi go bowiem umiejętnie pielęgnować, myć, towarzyszyć mu[33]. Ciągły kontakt z taką osobą wymaga dojrzałości psychicznej, równowagi emocjonalnej, wewnętrznego spokoju, cierpliwości i tolerancji[34].

Wolontariusz w hospicjum ma swoje obowiązki. Wśród nich wymienia się: poszanowanie praw pacjentów, zachowanie w tajemnicy informacji dotyczących pacjentów i ich rodzin, poszanowanie mienia hospicjum i korzystanie z niego w sposób zgodny z przeznaczeniem oraz należyte wykonywanie przyjętych zobowiązań[35].

Podkreślenia wymaga zagadnienie różnorodności form wolontariatu hospicyjnego. Różnorodność związana jest z faktem, że wolontariuszami są ludzie bardzo wielu specjalności – zarówno lekarze, pielęgniarki, studenci medycyny i duszpasterze, jak i naukowcy, ludzie świata kultury, dziennikarze, inżynierowie, nauczyciele i przedstawiciele niewymienionych zawodów oraz uczniowie i inni[36], bowiem każda para rąk jest niezbędna do niesienia pomocy. Dlatego też różne mogą być sposoby pomagania. Sposób i rodzaj udzielanej pomocy uzależniony jest od takich czynników, jak: wiek, motywacja, stan duchowy i emocjonalny oraz ilość czasu. Podstawowe formy bezinteresownego pomagania to wolontariat niemedyczny i wolontariat medyczny[37].

Wolontariat niemedyczny (tzw. akcyjny) polega na przygotowywaniu i przeprowadzaniu akcji służących pozyskiwaniu środków finansowych na opiekę hospicyjną, prowadzeniu działań edukacyjnych i informacyjnych oraz na uczestniczeniu w pracach porządkowych, administracyjnych, instalacyjno-technicznych na rzecz ośrodków[38].

Wolontariat medyczny jest realizowany przez osoby, które, podejmując współpracę z ośrodkiem opieki paliatywnej, chcą pracować w bezpośrednim kontakcie z chorym, opiekować się nim. Wolontariuszami medycznymi zostają nie tylko osoby posiadające wykształcenie medyczne lub pielęgniarskie. Częściej na początku szkolenia spotyka się osoby, które wcześniej nie miały z medycyną nic wspólnego. Po odpowiednim przygotowaniu wykonują fachowe czynności, pomagając stałemu personelowi w pielęgnacji chorych oraz uczestniczą w re-

---

[33] M. Górecki, *op. cit.*

[34] A. Ostrowska, Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1997.

[35] B. Kozłowska, L. Pawłowski, *Prawa i obowiązki w wolontariacie hospicyjnym*, [w:] *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*, red. P. Krakowiak, A. Modlińska, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2008.

[36] P. Krakowiak, A. Janowicz, *Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego*, [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, red. P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2008.

[37] P. Krakowiak, *Formy wolontariatu hospicyjnego,* [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, *op. cit.*

[38] B. Kozłowska, L. Pawłowski, *op. cit.*

lacjach interpersonalnych. Ta forma wolontariatu w praktyce realizowana jest w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej, w ramach domowej opieki hospicyjnej, a także w oddziałach pobytu dziennego (ośrodki opieki dziennej, poradnie leczenia bólu)[39].

Pierwsze polskie doświadczenia aktywizowania osób pozbawionych wolności do wolontariatu hospicyjnego związane są ze współpracą gdańskiego zakładu karnego z ośrodkiem opieki paliatywnej w stolicy Pomorza. Pierwsza – nieudokumentowana sytuacja – miała miejsce w 1995 roku. Młody mężczyzna – odbywający karę za dokonanie rozboju oraz pozbawienie życia własnego ojca, który był sprawcą przemocy wobec żony, matki skazanego – z własnej inicjatywy, przy aprobacie więziennego wychowawcy, udał się do ówczesnego oddziału opieki paliatywnej i tam przekonał kierownika placówki, aby mógł być wolontariuszem. Przez kilka miesięcy opuszczał gdańskie więzienie, aby w ten sposób „odkupić swoją winę" (opracowanie własne autora).

Udokumentowana współpraca Hospicjum im. księdza Eugeniusza Dutkiewicza w Gdańsku z Zakładem Karnym w Gdańsku-Przeróbce rozpoczęła się w 2002 roku. Początkowo polegała na tym, że grupa 8–10 skazanych pomagała w końcowej fazie budowy Domu Hospicyjnego przy ulicy Kopernika w Gdańsku. Wymagała tego sytuacja – brakowało środków finansowych na prace wykończeniowe. Ówczesna dyrekcja gdańskiej jednostki penitencjarnej od razu odpowiedziała na potrzeby werbalizowane przez księdza Piotra Krakowiaka, dyrektora hospicjum. Dzięki temu szybko i systematycznie postępował proces wykończenia budynku hospicjum wraz z zapleczem administracyjno-socjalnym i technicznym. Skazani realizowali prace tynkarskie, zabudowywali kolejne pomieszczenia, pomagali w budowie małej architektury wraz z parkingiem, zagospodarowywali teren wokół budynku oraz przylegający ogród. Praca skazanych okazała się nie do przecenienia. Dlatego też współpraca była kontynuowana, gdy budowano Centrum Wolontariatu Hospicyjnego. Równolegle część skazanych pracowała, pomagając w utrzymaniu czystości w oddziałach dla pacjentów, mając już kontakt z chorymi i personelem, w części administracyjnej, w kaplicy, a także wokół budynków oraz w opiece nad ogrodem[40].

W roku 2004 wspólne przedsięwzięcie nabrało jeszcze innego, szczególnego charakteru. Wybrani skazani zostali zaproszeni przez personel specjalistyczny hospicjum do udziału w wolontariacie medycznym, do pracy w opiece nad pacjentami. Bezpośrednim motywem do takiego kroku była dla personelu przypadkowa, zaobserwowana sytuacja – bezinteresowne zainteresowanie i zaangażowanie skazanych w opiekę nad skazanym, kolegą, który umierał w Domu Hospicyjnym z powodu nowotworu mózgu. Podjęto wtedy decyzję o zorgani-

[39] A. Modlińska A. (2008*). Formy wolontariatu hospicyjnego – wolontariat medyczny*, [w:] *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, *op. cit.*

[40] R. Witkowski, *Wolontariat hospicyjny więźniów. W kierunku inkluzji społecznej*, [w:] *Psychologia penitencjarna*, red. M. Ciosek, B. Pastwa-Wojciechowska, PWN, Warszawa 2016.

zowaniu kursu wstępnego oraz praktycznych zajęć przygotowujących do fachowego opiekowania się chorymi[41]. Od tego momentu do dziś część spośród wolontariuszy-skazanych jest angażowanych w bezpośrednią pomoc w opiece nad pacjentami[42]. Ich rola polega na współpracy z lekarzami, pielęgniarkami i innymi wolontariuszami w karmieniu pacjentów, przygotowywaniu i wykonywaniu czynności higienicznych i pielęgnacyjnych, zmienianiu i segregacji pościeli, towarzyszeniu chorym w salach, na spacerach i w innych miejscach[43].

Pozytywne doświadczenia sześcioletniej współpracy gdańskiego hospicjum i Zakładu Karnego w Gdańsku-Przeróbce skłoniły Fundację Hospicyjną do zainteresowania zagadnieniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. W roku 2008 do Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (FIO) złożono projekt programu zatytułowanego: „WHAT – Wolontariat Hospicyjny jako narzędzie Tolerancji i Akceptacji dla osób opuszczających placówki penitencjarne". Celem głównym tego projektu było rozpoczęcie długoterminowej kampanii społecznej na rzecz przeciwdziałania marginalizacji osób odbywających karę pozbawienia wolności jeszcze przed opuszczeniem przez nie placówek penitencjarnych oraz zmiana społecznego negatywnego obrazu placówek opieki paliatywnej jako miejsc kojarzonych wyłącznie ze śmiercią – by ich społeczny wizerunek mocniej asocjowany był z hasłem kampanii społecznej Fundacji Hospicyjnej: „Hospicjum to też Życie". Celami szczegółowymi było przeszkolenie personelu placówek opieki paliatywnej i personelu placówek penitencjarnych w zakresie wolontariatu hospicyjnego osób skazanych poprzez dwie edycje trzydniowych szkoleń wyjazdowych budujących dwuosobowe zespoły: pracownik hospicjum – przedstawiciel zakładu karnego lub aresztu śledczego. Natomiast za nadrzędny cel projektu uznano reintegrację społeczną więźniów poprzez wolontariat hospicyjny[44].

Do współpracy przy realizacji tego projektu zaproszono Okręgowy Inspektorat Służby Więziennej w Gdańsku oraz Zakład Karny w Gdańsku-Przeróbce. Jednym z elementów programu była konferencja zorganizowana w październiku 2008 roku w Gdańsku. Wstępnie projektując konferencję, uznano, że należy jej uczestników zapoznać z zasadami współpracy, z prawnymi aspektami i kryteriami doboru więźniów do wolontariatu hospicyjnego oraz zachęcić inne ośrodki z całej Polski do realizacji gdańskiego pomysłu.

Bezpośrednio po konferencji, na której przedstawiono gdański model współpracy pomiędzy konkretną jednostką penitencjarną a konkretnym hospi-

---

[41] A. Paczkowska, *Wolontariat więźniów w hospicjum*…, *op. cit.*

[42] M. Świtała, P. Krakowiak, *Sentenced to Care*, „Hospice Information Bulletin" 2007, vol. 6.

[43] R. Witkowski, *10 lat współpracy Służby Więziennej z ośrodkami hospicyjnymi*, 2012; http://www.sw.gov.pl/pl/okregowy-inspektorat-sluzby-wiezienej-gdansk/news,10360,oisw-gdansk-10-lat.html [dostęp: 12.06.2015].

[44] A. Paczkowska, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, B. Sikora, R. Witkowski, *Wolontariat hospicyjny jako narzędzie reintegracji społecznej osób pozbawionych wolności*, [w:] *W poszukiwaniu optymalnego modelu więzienia resocjalizującego*, red. Z. Jasińki, D. Widelak, Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2010.

cjum, w grudniu 2008 roku współpracę polegającą na przygotowaniu i wdrożeniu dla wolontariatu skazanych podjęło aż jedenaście placówek opieki paliatywnej i jednostek penitencjarnych[45].

Należy podkreślić, że właśnie program „WHAT…" był jednym z dziewięciu realizowanych już przez kilka lat przez jednostki penitencjarne w Polsce, zgłoszonych w 2009 roku do konkursu ogłoszonego przez Komisję Europejską i Radę Europy jako projekt zatytułowany „Wolontariat skazanych w Polsce", który otrzymał Kryształową Wagę Wymiaru Sprawiedliwości[46].

Kolejne lata to dalszy, systematyczny rozwój tego szczególnego, odważnego przedsięwzięcia. W 2009 roku dwadzieścia placówek hospicyjnych współpracowało z zakładami karnymi i aresztami śledczymi, w następnym roku było ich już dwadzieścia pięć, by w roku 2011 liczba ta wynosiła dwadzieścia dziewięć[47]. Na początku roku 2014 badania własne autora wskazywały na dalszy wzrost tej liczby, która wynosiła czterdzieści jeden.

Terapeutyczny wymiar kierowania i angażowania osób pozbawionych wolności w wolontariat

Stworzenie odpowiedniego rozwoju osobie pozbawionej wolności, która wyraża chęć dokonania zmian w swoim życiu, która jest skłonna podjąć konkretne działania i aktywnie spędzić czas odbywania kary, leży w gestii Służby Więziennej. Umożliwienie skazanemu doświadczenia wolontariatu w hospicjach stanowi dla niego doskonałą okazję do takiej aktywności, skutkującej możliwym rozwojem osobistym, zmianą przekonań i zachowań.

Na początku należy uczciwie zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia negatywnych aspektów oddziaływania wolontariatu. Paczkowska wymienia następujące zagrożenia: możliwość obniżenia samooceny (jeśli wolontariusz został niewłaściwie przygotowany do pomagania i źle dokonano doboru zadań dla niego), zahamowanie rozwoju osobowości (trudne sytuacje jakich doświadcza pomagając umierającym mogą spowodować pojawienie się smutku, frustracji, osamotnienia, lęku), możliwość uaktywnienia drzemiących w człowieku problemów (wzbudzenie stanów depresyjnych lub depresji, zaburzeń psychotycznych, zwłaszcza jeśli występowały w przeszłości)[48]. Jako zagrożenia innego rodzaju, które również należy mieć na uwadze, wskazuje się łatwy dostęp do leków opio-

[45] P. Krakowiak, *Włączanie skazanych do wolontariatu opieki paliatywno-hospicyjnej na świecie i w Polsce. Dobre praktyki współpracy systemu penitencjarnego ze środowiskiem opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce*, „Probacja" 2014, nr 2

[46] R. Witkowski, *Wolontariat hospicyjny więźniów…*, *op. cit.*

[47] P. Krakowiak, A. Paczkowska, R. Witkowski, *Prisoners as Hospice Volunteers in Poland*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce" 2013, t. 7, nr 2.

[48] A. Paczkowska, *Psychologiczne aspekty wolontariatu hospicyjnego*, [w:] *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, red. J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak, A. Paczkowska, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2010.

idowych i silnie działających, dostęp do cudzej własności, możliwość wywierania nacisku, wpływ na decyzje podejmowane przez osoby samotne[49]. Dlatego tak podkreślana jest rola koordynatorów wolontariatu, która polega na dobrym poznaniu kandydata (rekrutacja i motywacja), przygotowaniu odpowiedniego szkolenia wprowadzającego w tematykę pomagania osobom chorym, właściwym dobieraniu zadań dla wolontariusza i służeniu pomocą w sytuacjach trudnych oraz kontrolowaniu sposobu realizacji zadań[50].

Jednak doświadczenie praktyków – pracowników ośrodków opieki paliatywnej i funkcjonariuszy Służby Więziennej – oraz literatura przedmiotu wskazują na liczne możliwe pozytywne aspekty oddziaływania wolontariatu na skazanych, które mogą mieć wpływ na rozwój osobisty człowieka, który zdecydował się pomagać drugiemu człowiekowi. Paczkowska wymienia następujące: 1) umiejętność współdziałania w grupie i poczucie przynależności do grupy osób realizujących wspólne zadanie, 2) budowanie i wzmacnianie odpowiedzialności, z własnego wyboru, 3) uczenie się cierpliwości i tolerancji wobec innych, 4) zmiana samooceny poprzez samoświadomość i samodoskonalenie się, 5) uczenie się nawiązywania kontaktu, efektywnego komunikowania się, skutecznego słuchania, okazywania emocji, 6) rozwijanie zdolności rozumienia emocji i własnej wrażliwości oraz 7) możliwość zmiany i kształtowania się postaw i zachowań wobec osób starszych, cierpienia i umierania.

Takie właśnie pozytywne aspekty oddziaływania wolontariatu mogą być udziałem skazanego – wolontariusza. Udając się do hospicjum ma możliwość przebywania poza budynkiem więziennym, celą i oddziałem mieszkalnym. Zaczyna przebywać w zespole ludzi, którzy realizują wspólne założenia, idee, pomysły. Staje się częścią tego zespołu, bierze odpowiedzialność za powierzone mu obowiązki. Ma poczucie, że jego praca jest potrzebna. Uczy się pomagać drugiemu człowiekowi, staje się za niego odpowiedzialny. Ma też świadomość, że to praca na rzecz konkretnej, lokalnej społeczności, z którą się integruje. Inaczej patrzy na wartość zdrowia, ludzkiego życia, dóbr materialnych. Zaczyna dostrzegać wartość kontaktów międzyludzkich. Wraca do ważnych relacji z bliskimi, zaczyna o nie dbać. Myśli o swoim życiu w perspektywie teraźniejszości i przyszłości, tej na wolności, po odbyciu kary. Niekiedy równolegle dojrzewa duchowo, religijnie. Jego udziałem stają się doświadczenia na poziomie psychologicznym, społecznym i zawodowym. Często dzięki intensywnemu zetknięciu się z życiem – jako cierpieniem zakończonym nieuniknioną śmiercią, doświadczeniu egzystencjalnemu i duchowemu, wzbudzana jest refleksja nad sensem, nad wartościami, nad hierarchią wartości. To powoduje, że wolontariusz-skazany inaczej patrzy na takie kwestie jak dobra materialne, ludzkie życie, zdrowie, kontakty międzyludzkie, upływ czasu, relacje z bliskimi[51].

[49] A. Modlińska, *op. cit.*

[50] A. Paczkowska, *Psychologiczne aspekty wolontariatu hospicyjnego*, *op. cit.*

[51] I. Świerżewska, *Współczesne dobre łotry*, „Idziemy" 2010, nr 51.

Jak zauważa Muskała, pomaganie drugiemu człowiekowi, angażowanie się dla jego dobrostanu, może mieć dla więźniów – co nie pozostaje bez znaczenia w związku z ich sytuacją – wpływ na minimalizowanie negatywnych skutków dla psychiki związanych z samą izolacją penitencjarną, zwiększyć poziom samooceny, zaradności, niwelować zachowania agresywne oraz zwiększyć szanse na rynku pracy poprzez zdobycie kwalifikacji opiekuna ludzi chorych i niepełnosprawnych[52].

Dla niektórych więźniów fakt możliwości pomagania chorym i umierającym stanowi swoistą formę ekspiacji za popełnione wcześniej czyny, których konsekwencją była ludzka krzywda[53].

Wolontariat daje możliwość specyficznej, ale i bardzo konkretnej integracji z innymi ludźmi. Pomaga im doświadczyć i uwierzyć w to, że mogą być akceptowani, pomocni. Zdaniem jednego z inicjatorów tego pomysłu – może pomóc w kształtowaniu umiejętności społecznych związanych z kontaktami interpersonalnymi, tak ważnymi w prawidłowym funkcjonowaniu, zarówno w czasie izolacji jak i na wolności[54].

Agnieszka Roguska zwraca uwagę na jeszcze jeden możliwy aspekt tej kwestii. Wolontariusz w swojej aktywności na rzecz pomocy innym uczy się poprzez działanie i jest w trakcie procesu nieustannego stawania się, bycia w drodze osiągania pełni człowieczeństwa[55]. Natomiast Stawiarska wyraża przekonanie, że wolontariusz swoim „byciem z", napotykając ból egzystencjalny, osamotnienie, pustkę, niepokój, staje się nie tylko towarzyszem, ale i przyjacielem chorego. Ten kontakt często zmienia jego życie, sposób widzenia siebie, świata. Ten aspekt – duchowy i głęboko humanistyczny – również wymaga zaakcentowania. Jeśli bowiem takie procesy mają szansę zaistnieć poprzez doświadczenie wolontariatu hospicyjnego osób pozbawionych wolności, to możemy mówić o czymś więcej niż o resocjalizacji. Możemy mówić o rozwoju osobistym szczególnego rodzaju[56].

Angażowanie więźniów w wolontariat hospicyjny jawi się więc jako bardzo dobry sposób na stworzenie szczególnego i skutecznego adaptowania się do życia w społecznościach i daje szansę na integralny rozwój osoby[57]. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że korzyści wynikające z kierowania więźniów do wolontariatu mają nie tylko oni sami. O korzyściach mówią też pracownicy hospicjów i – co zdaniem Paczkowskiej jest najważniejszym elementem z czysto ludzkiego punktu widzenia – sami pacjenci.

[52] M. Muskała, *Więź osadzonych recydywistów ze środowiskiem*, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego, Poznań 2006.

[53] R. Socha, *Więźniowie pomagają w hospicjum. Tam, gdzie mięką twardziele*, „Polityka" 2007, nr 2.

[54] P. Krakowiak, *Formy wolontariatu hospicyjnego*, *op. cit.*

[55] A. Roguska, *Wolontariat – działania na rzecz jednostki i społeczeństwa*, [w:] *Wolontariat w teorii i praktyce*, red. M. Danielak-Chomać, Wydawnictwo Elpil, Siedlce 2010.

[56] P. Stawiarska, *op. cit.*

[57] A. Paczkowska, P. Krakowiak, R. Witkowski, *op. cit.*

Dzięki obecności skazanych-wolontariuszy i ich zaangażowaniu zaspokajane są potrzeby związane z tymi pracami w placówce, które mają charakter fizycznych i porządkowych oraz budowlanych i remontowych. Dla permanentnie niedoinwestowanych i starających się o fundusze instytucji opieki paliatywnej są to bardzo ważne kwestie. Budynki i przyległe do nich tereny nieustannie wymagają konserwacji, remontów, modernizacji, codziennie wymagają też sprzątania, aby utrzymane zostały odpowiednie standardy czystości. Ci z więźniów, których personel kieruje do wolontariatu medycznego – myją, golą, przenoszą, dźwigają, karmią, czytają książki i są przy chorych. Statystycznie w hospicjach na dwadzieścia pięć kobiet wolontariuszy przypada tylko sześciu mężczyzn. Często pomocnicy zza więziennych murów są jedynymi mężczyznami, których pomoc dla personelu pielęgniarskiego jest wręcz nieodzowna[58]. Ponadto – nie tak jak zwykli wolontariusze – są dla pacjentów dyspozycyjni, są niemal codziennie, nie raz w tygodniu, nie przez godzinę czy dwie. Zwykły wolontariusz ma swoją pracę, rodzinę. Skazany nigdzie się nie spieszy, ma czas, który oddaje, aby wysłuchać chorego, porozmawiać z nim, pożartować, wspólnie obejrzeć mecz piłkarski. Bez pośpiechu, do dyspozycji.

Innego typu korzyści z faktu kierowania do pomagania drugiemu człowiekowi – choremu, umierającemu – dostrzegają także przedstawiciele Służby Więziennej[59]. Psychologowie, wychowawcy i terapeuci zyskują kolejne narzędzie, możliwość i pretekst do rozmów ze skazanym o wartościach i innych sprawach ważnych z punktu widzenia procesu resocjalizacji. Doświadczenia więziennego personelu pracującego w bezpośrednim kontakcie z osadzonymi pokazują, że inaczej pracuje się i rozmawia z osobą, która pomaga w hospicjum. To rozmowa z człowiekiem bardziej poważnym, dojrzałym, zmieniającym priorytety, chętnym do odbudowywania czy pielęgnowania relacji z bliskimi, planującym w sposób realistyczny i odpowiedzialny swoją przyszłość bez nieodpowiedzialnych zachowań i nawyków przestępczych[60].

Praktyka pokazuje, że podnosi to skuteczność procesu przygotowania do opuszczenia więzienia i readaptacji poza nim. Osadzeni, którzy są już świadomymi wolontariuszami, mówią wprost o tym, że to doświadczenie pomaga im uczyć się rozmawiać o trudnych sprawach, uczyć się być z drugim człowiekiem w sposób dojrzały, odpowiedzialny. Mówią też o odzyskiwaniu poczucia własnej wartości, akceptacji siebie i swojej życiowej sytuacji. Niektórzy z nich traktują pracę z chorymi jako formę zadośćuczynienia, zaspokajając w ten sposób własne potrzeby duchowe. Prawdą jest także, że dostrzegają inne korzyści, tak oczywiste w związku z izolacją więzienną: możliwość przebywania przez wiele godzin poza celą, przychylne spojrzenie sądu decydującego o udzieleniu warunkowego przedterminowego zwolnienia, możliwość uczenia się nowego zawodu, nowych

[58] *Ibidem.*

[59] A. Paczkowska, *Wolontariat więźniów w hospicjum*…, *op. cit.*

[60] A. Paczkowska, P. Krakowiak, R. Witkowski, *op. cit.*

umiejętności przydatnych po wyjściu na wolność. Wspólne wnioski precyzowane przez pracowników ośrodków paliatywno-hospicyjnych oraz funkcjonariuszy z zakładów karnych i aresztów śledczych na podstawie doświadczeń i obserwacji zjawiska wolontariatu osób pozbawionych wolności wskazują na to, że stwarza się w ten sposób skazanemu lepsze warunki do adaptacji i reintegracji w społeczności lokalnej po opuszczeniu jednostki penitencjarnej po zakończeniu odbywania kary[61].

Podsumowując, należy stwierdzić, że dojrzały wolontariusz – wcześniej poznany podczas procesu rekrutacji i motywacji, odpowiednio przeszkolony oraz poddany superwizji i monitoringowi – może zmienić swoje postawy względem życia, dojrzeć emocjonalnie, poprawić swoje umiejętności społeczne, uświadomić sobie swoje motywy działania, doświadczyć satysfakcji i radości z niesienia pomocy. Bowiem wolontariat „[…] ma moc zbliżania ludzi do sedna człowieczeństwa. Nie jest wyłącznie filantropią, ale może stać się sposobem na życie wynikającym z wrażliwości na człowieka"[62].

Wolontariat więźniów – jeden z przykładów resocjalizacji penitencjarnej

Współpraca zakładów karnych i aresztów śledczych z hospicjami i domami pomocy społecznej wyróżnia polski system penitencjarny na tle innych. Wolontariat więźniów jest postrzegany w Europie jako odważny, nowatorski eksperyment, będący bardzo dobrą praktyką resocjalizacji penitencjarnej. I jest to praktyka w naszym kraju powszechna. Aktualnie bowiem zakłady karne i areszty śledcze kierują codziennie ponad 600 wolontariuszy, współpracując z 41 hospicjami i ośrodkami opieki paliatywnej oraz z 130 domami pomocy społecznej.

Dzięki realizowanym przez Służbę Więzienną programom osoby odbywające karę pozbawienia wolności, mężczyźni i kobiety, mają możliwość włączania się w życie społeczności, dla których wartością jest ludzkie życie, godność człowieka, szacunek, odpowiedzialność i tolerancja. Stają się wolontariuszami. Idea wolontariatu społecznego, oparta na bezinteresowności, dobrowolności, systematyczności i odpowiedzialności za powierzone obowiązki, sama w sobie jest ogromną wartością, z którą mogą identyfikować się beneficjenci tych programów resocjalizacyjnych.

Zarówno więzienni wychowawcy, psychologowie i terapeuci, jak i pracownicy ośrodków opieki paliatywnej oraz domów pomocy społecznej dla niepełnosprawnych i chorych, po wielu latach doświadczeń wyrażają przekonanie, że angażowanie skazanych w wolontariat (pomaganie drugiemu człowiekowi) może mieć pozytywny wpływ na rozwój osobisty tychże. Wskazują też, iż skazani stają się odpowiedzialni, cierpliwi, tolerancyjni, identyfikują się z ideami

[61] A. Paczkowska, P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, B. Sikora, R. Witkowski, *op. cit.*

[62] A. Paczkowska, *Psychologiczne aspekty wolontariatu hospicyjnego*, *op. cit.*

altruistycznymi, zdobywają umiejętność współdziałania w grupie, zmieniają swoje postawy i zachowania wobec innych ludzi. Kontakt z umierającym i cierpiącym człowiekiem zmienia ich sposób postrzegania świata, życia, siebie samego. Motywowanie, kierowanie i monitorowanie funkcjonowania skazanych w miejscach realizacji wolontariatu jest więc szczególnym i skutecznym sposobem przygotowywania ich do powrotu do społeczeństwa. Jest dobrą praktyką, ukazującą sens resocjalizacji penitencjarnej. Jest od wielu lat realizowanym pomysłem, sposobem prowadzenia skutecznych oddziaływań. Można więc zaryzykować stwierdzenie, że resocjalizacja penitencjarna ma sens, że odpowiednio przygotowane programy, dobór skazanych i wypracowane modele współpracy z instytucjami pozawięziennymi dają szansę na readaptację społeczną osób pozbawionych wolności.

W tym kontekście radykalna krytyka polskiego systemu penitencjarnego, jednoznacznie negatywne oceny pracy personelu zakładów karnych i aresztów śledczych, pytania o sens i skuteczność prowadzonych oddziaływań, mogą i powinny być postrzegane z innej perspektywy. Przygotowywanie skazanych i kierowanie ich do wolontariatu sprzyja integracji ze społeczeństwem, holistycznie postrzeganemu rozwojowi osobistemu na poziomie społecznym, psychologicznym, zawodowym, duchowym i religijnym oraz dokonywaniu zmian w hierarchii wartości. Jeśli u wielu osób izolowanych w więzieniach dostrzega się skupienie na postawie życiowej typu *mieć*, co bardzo często jest przyczyną wejścia w konflikt z prawem, to wolontariat otwiera możliwość kształtowania postawy typu *być*. Dążenie do tego i podobnych celów jest dobrym pomysłem na to, aby oddziaływania resocjalizacyjne były konstruktywne i skuteczne.

VARIA

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Elżbieta Staud
por., psycholog w Areszcie Śledczym w Krakowie

PRAKTYCZNE ASPEKTY LECZENIA ALKOHOLIKÓW W WARUNKACH WIĘZIENNYCH

Uregulowania prawne

Zgodnie z obowiązującym Kodeksem karnym wykonawczym z 1997 roku mamy trzy systemy wykonywania kary pozbawienia wolności: programowanego oddziaływania; terapeutyczny; zwykły.

Art. 96. § 1. W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnieni od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie – wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej (art. 96 kkw).

Przymus leczenia w warunkach izolacji penitencjarnej

Artykuł 62 Kodeksu karnego określa zagadnienie przymusu leczenia odwykowego w polskim systemie więziennym, gdzie, orzekając karę pozbawienia wolności,

sąd może określić rodzaj i typ zakładu karnego, w którym skazany ma odbywać karę, a także orzec system terapeutyczny jej wykonania. Również artykuł 117 Kodeksu karnego wykonawczego mówi, że: skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu albo środków odurzających lub substancji psychotropowych, a także skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny. Wskazane regulacje prawne powodują, że każda osoba pozbawiona wolności, u której zostanie zdiagnozowane uzależnienie od alkoholu, musi odbyć terapię odwykową. Wydaje się, że przymus ten powinien mieć rozsądne granice – obecny stan prawny, niestety, nie daje takich możliwości.

Oddział terapeutyczny w Areszcie Śledczym Kraków-Podgórze, założenia ogólne

Zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora CZZK z 10.01.1976 w sprawie zasad i form leczenia odwykowego choroby alkoholowej u skazanych przebywających w Zakładzie Karnym w Krakowie-Podgórzu powołano do życia oddział przeciwalkoholowy. Oficjalnie został on otwarty 1.03.1973, a przeznaczony był dla mężczyzn dorosłych, pierwszy raz karanych.

Początkowo personel specjalistyczny oddziału stanowiło dwóch lekarzy psychiatrów oraz pielęgniarz. Oddział nie posiadał wyspecjalizowanej kadry psychologicznej i pedagogicznej. Opiekę nad pacjentami oddziału włączono do zakresu obowiązków psychologa ogólnozakładowego oraz wychowawcy działu penitencjarnego. W grudniu 1983 roku zatrudniono psychologa, powierzając mu funkcję kierownika oddziału.

W oddziale przebywali skazani dorośli pierwszy raz karani, wobec których sądy lub komisje społeczno-lekarskie ds. leczenia przymusowego alkoholików wydały orzeczenie o przymusowym leczeniu. Do oddziału trafiali również skazani skierowani do leczenia odwykowego przez komisję penitencjarną.

Należy zwrócić uwagę, że charakterystycznym elementem leczenia z tamtego okresu była implantacja esperalu – na oddziale rozpoczęto ją we wrześniu 1973 roku. Skazanym uświadamiano skutki połączenia alkoholu ze środkiem uczulającym, co miało dodatkowo wzmocnić lęk przed sięganiem po alkohol. Okres działania implantu wynosił około jednego roku.

W 1978 roku w Areszcie Śledczym w Krakowie-Podgórzu powstała grupa Anonimowych Alkoholików „Nadzieja".

W ocenie CZZK z roku 1974 oddział działający w Podgórzu otrzymał opinię najlepiej prowadzonego w kraju. W roku 1988, ze względu na reorganizację i przeprowadzany remont, oddział zawiesił swą działalność. Zarządzeniem Orga-

nizacyjnym CZZK 1.06.1991 oddział odwykowy w Areszcie Śledczym w Krakowie-Podgórzu został reaktywowany.

Zasady organizacji oddziału terapeutycznego

Od połowy lat dziewięćdziesiątych w Areszcie Śledczym Kraków-Podgórze działa oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych od alkoholu. Oddział przeznaczony jest dla skazanych mężczyzn młodocianych i dorosłych, obecnie: typu zamkniętego i półotwartego, wcześniej wyłącznie typu półotwartego. Dysponuje 49 miejscami.

Personel działu terapeutycznego

W dziale zatrudnionych jest siedmiu pracowników. Sześć osób jest funkcjonariuszami służby więziennej, natomiast siódma jest pracownikiem cywilnym. Wszyscy pracownicy działu terapeutycznego posiadają specjalistyczne kwalifikacje zawodowe.

Założenia teoretyczne

W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych opracowano i wprowadzono profesjonalny program terapii, dostosowując go do współczesnych metod pracy z uzależnionymi od alkoholu. Program ten – z modyfikacjami, które zostały dokonane na przestrzeni lat – funkcjonuje do dnia dzisiejszego. Jest on eklektyczny. W ogólnych założeniach opiera się na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia profesora Jerzego Mellibrudy oraz (w mniejszym stopniu) na tzw. minesockim modelu leczenia uzależnień, realizowanym w więzieniach w USA. Terapia czerpie z założeń psychologii behawioralnej i poznawczej. Uzależnienie od alkoholu traktowane jest przez zespół terapeutyczny jako choroba niezawiniona, przewlekła, postępująca i śmiertelna.

Program obejmuje:

- Grupę wstępną – trwa dwa tygodnie,
- Grupę zadaniową – sześć tygodni,
- Grupę pracy nad bezsilnością wobec alkoholu – jeden tydzień,
- Grupę zapobiegania nawrotom choroby alkoholowej – dwa tygodnie,
- Trening Asertywnych Zachowań Abstynenckich – jeden tydzień.

Skazanym oddziału terapeutycznego oferowana jest pomoc w zakresie zmiany zachowania, której konsekwencją byłaby zdolność do utrzymywania możliwie jak najdłużej abstynencji. Podstawowymi celami terapii jest, aby klient uwierzył, że jest w stanie powstrzymać się od picia alkoholu i zażywania innych

substancji psychoaktywnych oraz że ma w sobie potencjał do zmodyfikowania dotychczasowego stylu życia i dokonania korzystnych dla siebie zmian. Każdy z leczonych w oddziale skazanych ma możliwość:

- skonfrontowania własnych doświadczeń z objawami zespołu uzależnienia od alkoholu,
- zrozumienia, jaką rolę pełnił alkohol w jego życiu,
- lepszego poznania siebie i swojej choroby oraz uwierzenia w to, że można żyć bez alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- poznania i zaakceptowania swojej bezsilności wobec alkoholu,
- nauczenia się, jak godnie żyć ze swoją chorobą,
- podjęcia prób dokonania zmian we własnym życiu,
- mówienia bez lęku prawdy o sobie,
- popełniania i naprawiania własnych błędów oraz ponoszenia konsekwencji własnych decyzji,
- nauczenia się innych niż picie alkoholu sposobów rozładowywania napięć emocjonalnych,
- zidentyfikowania przeszkód na drodze do trzeźwości oraz poznania przesłanek powrotu do zdrowia,
- rozpoczęcia pracy nad budową nowego, trzeźwego stylu życia,
- znalezienia satysfakcji z dokonywanych w sobie zmian,
- zrozumienia, jak ważną rolę w procesie zdrowienia odgrywają grupy samopomocowe oraz profesjonalna pomoc.

Praca ze skazanym uzależnionym opiera się na terapii grupowej oraz indywidualnych programach terapii opracowanych przez terapeutów przy współudziale skazanych. W pełnym cyklu terapii skazany uczestniczy w ok. 225 godzinach zajęć programowych. Każdy skazany przebywający w oddziale terapeutycznym ma przydzielonego terapeutę prowadzącego. Konsultacje indywidualne odbywają się co najmniej raz w tygodniu. Podstawowy cykl leczenia trwa trzy miesiące (dwanaście tygodni). W wyjątkowych przypadkach może być przedłużony bądź skrócony o miesiąc. Czas oczekiwania na przyjęcie na oddział terapeutyczny wynosi obecnie około dziesięciu miesięcy.

Skazany, kończąc terapię, podpisuje kontrakt długoterminowy, obejmujący okres jednego roku od ukończenia terapii. Kontrakt ten obejmuje zalecenia, które skazany zobowiązuje się wykonać bez względu na sytuację prawną, oraz terminy rozliczeń z terapeutą z wykonywanego planu zdrowienia.

Charakterystyka skazanego, uzależnionego od alkoholu kierowanego do terapii w zakładzie karnym

Skazani trafiający do oddziałów terapeutycznych, to często „[…] pacjenci najsłabiej wykształceni, bardzo często bez pracy i bez zawodu [...]. Są to zazwyczaj

ludzie, z którymi nikt inny już nie chce pracować. Zakład Karny jest więc instytucją, która zbiera większość najtrudniejszych przypadków”[1]. W zakładzie karnym osadzeni kierowani do terapii wykazują często deficyty umiejętności psychologicznych i społecznych, są zaburzeni osobowościowo, upośledzeni umysłowo.

Większość pacjentów można zdiagnozować jako Dorosłe Dzieci Alkoholików. Nierzadko są ofiarami przemocy w rodzinie i jednocześnie, już jako dorośli, stają się sprawcami przemocy wobec bliskich. W czasie terapii okazuje się, że pacjenci ci mają bardzo dużą tolerancję na negatywne konsekwencje wynikające z nadużywania alkoholu. To, co dla przeciętnego człowieka wydaje się dramatyczne, skłaniające chociażby do zatrzymania się i przemyślenie sytuacji, u podopiecznych oddziału nie wzbudza większej refleksji czy potrzeby zmiany. Mają trudność z powiązaniem negatywnych skutków swojego nałogu z ich aktualnym funkcjonowaniem. Pacjenci ci mają ograniczone zaufanie do innych – nie tylko pracowników oddziału terapeutycznego, ale też i innych pacjentów. Wielką trudność sprawia im otwarte, szczere mówienie o sobie i o swoich doświadczeniach, co z założenia utrudnia proces terapeutyczny. Często też można zaobserwować, jak małe umiejętności mają podopieczni w konstruktywnym radzeniu sobie ze złością. Zdarza się, że proces terapeutyczny jest przerywany lub zawieszany ze względu na przewinienia, których skazany dokonuje w czasie pobytu w zakładzie karnym, w czasie trwania terapii, i zostaje za nie ukarany (zgodnie z zasadami obowiązującymi w izolacji penitencjarnej). Bywa również, że pacjenci mają kłopoty z zaakceptowaniem proponowanych im przez terapeutę nowych, alternatywnych rozwiązań. Dzieje się tak często, ponieważ pacjentom brakuje zaplecza, sprzyjającego trzeźwieniu po wyjściu na wolność – zdarza się, że mają problemy finansowe, nie mają miejsca, do którego mogliby wrócić. W czasie trwania terapii poświęca się również czas i na te zagadnienia – celem jest zmotywowanie podopiecznych do udania się, po opuszczeniu więzienia, do ośrodka readaptacyjnego, aby tam kontynuowali leczenie i w bezpiecznych warunkach przystosowywali się do nowego stylu życia.

„[...] można przypuszczać, że na skuteczne leczenie mają wpływ w pewnym stopniu, wszystkie kolejne doświadczenia składające się na całość oddziaływań terapeutycznych, jakim została poddana jednostka. Nawet jeśli dotychczasowe próby można ocenić jako nieskuteczne ze względu na kryterium utrzymywania abstynencji, mogą one stanowić pewien »zaczyn« motywacyjny, który może przyczynić się do wytworzenia u pacjenta rzeczywistej motywacji do walki z nałogiem w trakcie ostatniego leczenia, określanego jako skuteczne”[2]. W czasie pracy w oddziale terapeutycznym dążymy do tego, aby uelastycznić mechanizmy obronne, jakimi posługuje się skazany uzależniony od alkoholu,

[1] A. Majcherczyk, *Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych*, „Alkoholizm i Narkomania” 2007, t. 20, nr 3, s. 321–342.

[2] J. Rogala-Obłękowska, *Problemy z oceną skuteczności programów terapii uzależnienia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP; www.psychologia.edu.pl [dostęp: 23.08.2018].

oraz zapoczątkować proces jego przemiany. W czasie trwania terapii wyposażamy pacjentów w wiele narzędzi aby ten proces rozpoczęli.

Sama wiedza na temat choroby alkoholowej może spowodować, że skazani dostrzegą, że ich choroba nie jest zawiniona, że są w stanie ją zatrzymać i zmienić swoje życie. W czasie terapii pacjenci dokonują bilansu zysków i strat ze swojego „pijanego życia", co pomaga im wyciągnąć wnioski w kwestii sposobu, w jaki chcą dalej żyć. Stopniowo przejmują odpowiedzialność za własne życie, za decyzje, które podejmują. Zdobywają podstawową wiedzę dotyczącą emocji – ich rozpoznawania, kontrolowania, wyrażania w taki sposób, aby nie krzywdzić siebie i innych. Samo doświadczenie pracy w grupie terapeutycznej i bycia w relacji terapeutycznej jest dla wielu ze skazanych doświadczeniem korektywnym. Okazuje się, że są w stanie nawiązać dobre relacje z innymi, że są w stanie czerpać z cudzej pomocy, że ich relacje z otoczeniem mogą opierać się na wzajemnym szacunku, zrozumieniu, zaufaniu. Doświadczają olbrzymiego poczucia bezpieczeństwa. Pozwalają sobie na otwarcie się – tj. opowiadania o sobie, ale też dawania/przyjmowania pomocy. Skazani, oprócz udziału w terapii, doświadczają również możliwości czerpania pomocy z ruchów samopomocowych – regularnie, raz w tygodniu, w oddziale terapeutycznym w Areszcie Śledczym w Krakowie-Podgórzu odbywają się mityngi AA. W moim przekonaniu wzbudzenie motywacji do zmiany w pacjentach jest bardzo istotne, daje nadzieję, że po opuszczeniu zakładu karnego pacjent będzie kontynuował ten już rozpoczęty proces.

Zmiany, których skazani dokonują w czasie trwania terapii, są również podtrzymywane i rozwijane w ramach programu „Duet".

„Duet" – zarys programu readaptacji osób uzależnionych od alkoholu i pozbawionych wolności poprzez pracę z młodzieżą niepełnosprawną

Program „Duet" to program readaptacji społecznej skazanych uzależnionych od alkoholu poprzez pracę z osobami niepełnosprawnymi, mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej w Krakowie przy ulicy Łanowej 41. Służy on przede wszystkim kształtowaniu u jednostek niedostosowanych społecznie zachowań i postaw społecznie aprobowanych. Niewątpliwie praca skazanych z osobami niepełnosprawnymi kształtuje w nich poczucie odpowiedzialności za drugą osobę, partnerstwo w działaniu oraz zrozumienie potrzeb osób niepełnosprawnych (kształtowanie i rozwijanie postaw empatycznych). Istotnym jest fakt, że do programu włączani są skazani uzależnieni od alkoholu, którzy ukończyli pełen cykl terapii odwykowej w Areszcie Śledczym w Krakowie-Podgórzu.

Deficyty, którymi charakteryzują się alkoholicy przebywający w więzieniu, wynikają często z wieloletniego nadużywania alkoholu. Dotyczą one głównie podstawowych umiejętności życiowych: komunikacji, nawiązywania i utrzymywania konstruktywnych relacji, podejmowania decyzji, systematyczności

pracy, a przede wszystkim pełnienia podstawowych ról społecznych.

Istotne jest, aby budowanie nowego stylu życia, opartego na pełnej abstynencji od alkoholu, nie kończyło się wraz z odbyciem pełnego cyklu terapii w oddziale odwykowym. Wychodzenie z uzależnienia to proces długofalowy, wymagający dokonywania zmian w wielu obszarach życia. Bezpośredni kontakt z osobami niepełnosprawnymi, zaangażowanie w pomoc tym ludziom, może wpłynąć na zmianę wielu przekonań i nastawień, a także ugruntować motywację do zmian i wypracowania społecznie pożądanych postaw: poczucia odpowiedzialności i obowiązku. Zdobywają doświadczenie bycia potrzebnym, poprzez fakt, że pomagają innym – odbudowują swoje poczucie sensu i celu życia. Wpływa to też na zmianę jednoznacznie negatywnego obrazu więźnia w społeczeństwie.

Na zakończenie chcę zaprezentować list od jednego ze skazanych, który brał udział w programie „Duet". Poprosiłam go, aby napisał, czym jest dla niego praca w Domu Pomocy Społecznej.

> Praca w Domu Pomocy Społecznej nie jest ciężka, lecz bardzo specyficzna i trzeba pamiętać o tym, żeby podejść do każdego mieszkańca w indywidualny sposób. Praca polega na opiece nad mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej (karmieniu, pilnowaniu, pomoc przy podstawowych czynnościach, zabawie, spacerach, czytaniu książek, rozmowach, wyjściach kulturalno-oświatowych: kino, teatr, filharmonia itp.). Pracownicy są pozytywnie nastawieni do skazanych, nie przekreślają ich tylko ze względu na to, iż jest się z zakładu karnego. Wydaje się, że praca w Domu Pomocy Społecznej przed wyjściem z zakładu karnego bardzo pomaga w przystosowaniu się do warunków wolnościowych, integracji z innymi ludźmi, ludźmi chorymi (by ich nie dyskryminować tylko dlatego, że są chorzy, tylko żeby ich zrozumieć), odpowiedzialności nie tylko za siebie, ale przede wszystkim za innych (osób, które bez drugiej osoby tak naprawdę nic nie mogą zrobić), to jest bardzo duży kredyt zaufania dla skazanych, pomaga to też w jakiś sposób uświadomić, iż to, że przebywamy w zakładzie karnym, to wcale nie przekreśla nas po wyjściu i że musimy do niego wracać, że są tacy ludzie, którzy starają się pomagać i dawać szansę osobom pozbawionym wolności, a także uświadamia ludziom, którzy nie mają kontaktu w żaden sposób z zakładem karnym, że nie wszyscy ludzie, którzy w nim przebywają, od razu powinni zostać odizolowani od społeczeństwa tylko przez to, że się w nim znaleźli. Myślę, że tę pracę albo się lubi, albo nie. Początek pracy był dość trudny, gdyż nie wiedziałem, co i jak mam robić. Nigdy nie miałem tak naprawdę do czynienia z osobami niepełnosprawnymi w tak znacznym stopniu. Można powiedzieć, że „bałem" się robić cokolwiek z nimi, by nie zrobić im krzywdy, ale z czasem, przyzwyczajeniem, praktyką i pomocą osób tam pracujących, doszedłem do tego, że pracuję z mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej prawie bez żadnych obaw, bo teraz po prostu wiem, jak mam to robić, aczkolwiek pracuję tam już chwilę, a obawiam się w dalszym ciągu tego, iż jak coś się stanie, jakiś wypadek – np. ktoś się zadławi podczas karmienia, że nie poradzę sobie w tej sytuacji, że zrobię coś źle, że nie będę umiał pomóc. Nie wiem, jak na innych tam pracujących osadzonych, ale myślę, że ta praca pozytywnie na mnie wpłynęła. Przede wszystkim przez to, że wcześniej podchodziłem do ludzi niepełnosprawnych z dużym dystansem, ale to przez niewiedzę. Teraz wiem, że trzeba podchodzić jak do zdrowego człowieka (oczywiście na tyle, na ile się da) i wydaje mi się, że oni tego od nas oczekują. Lubię chodzić tam do pracy, lubię, jak się cieszą, gdy do nich przychodzę i z nimi przebywam. Staram się traktować ich mniej więcej tak samo, żeby nikomu nie było przykro tam i choć chwilę poświęcić każdemu, ale nie powiem, bo mam tam swoich ulubieńców, z którymi i tak przebywam najdłużej.

RECENZJE

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Małgorzata Leśniak
doc. dr, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych,
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
orcid: 0000-0002-6915-314X

REINTEGRACJA SPOŁECZNA OSÓB OPUSZCZAJĄCYCH JEDNOSTKI PENITENCJARNE PRZY WSPARCIU POTENCJAŁU SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ, RED. M. MARCZAK, K. NAWROCKA [STOWARZYSZENIE CENTRUM WOLONTARIATU, LUBLIN 2018, 274 S.]

Reintegracja społeczna, w ogólnym zarysie, oznacza działania – w tym również o charakterze samopomocowym – mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osób nimi objętych umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu[1]. Jak zauważa Ryszard Szarfenberg, pojęcie reintegracji społecznej upowszechniło się w Polsce w związku z przygotowaniami i przystąpieniem do Unii Europejskiej. Stało się to w kontekście jednego z procesów uruchomionych w ramach 3 Strategii Lizbońskiej. W podobnym znaczeniu do reintegracji używa się także pojęć: „rehabilitacja", „readaptacja" i „resocjalizacja". O ile pierwsze pojęcie pojawia się w kontekście niepełnosprawności, a adresatami działań rehabilitacyjnych są osoby z niepełnosprawnościami, to kolejne dwa są stosowane głównie w odnie-

[1] Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 stycznia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zatrudnieniu socjalnym, Dz.U. 2019 poz.217.

sieniu do osób skazanych na kary pozbawienia wolności – w czasie odbywania kary lub po jej odbyciu. U podstaw rozumienia tych terminów stoi pewien wzór prawidłowego wypełniania dozwolonego zestawu ról społecznych[2]. Zatem o reintegracji/readaptacji społecznej (środowiskowej) mówimy przede wszystkim w znaczeniu powrotu do życia społecznego osób okresowo wyizolowanych z naturalnego życia społecznego.

Readaptacja społeczna osób skazanych na karę pozbawienia wolności ma istotne znaczenie społeczne – wieloletni pobyt w jednostce penitencjarnej może powodować szereg niekorzystnych procesów: przystosowania się do życia w izolacji, utratę dawnego miejsca zamieszkania, rozkład więzi rodzinnych oraz utratę umiejętności zawodowych i społecznych, które można realizować tylko w środowisku otwartym. Zwraca na to uwagę raport Najwyższej Izby Kontroli, będący informacją o wynikach kontroli przeprowadzonej w zakładach karnych, gdzie przebywają osadzeni skazani na wieloletnie kary pozbawienia wolności. W raporcie czytamy m.in., że jedną z głównych bolączek utrudniających readaptację społeczną skazanych jest brak spójnego systemu, a także kompleksowej strategii przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób, które odbyły już karę pozbawienia wolności[3].

Pośród opracowań dotyczących problemów związanych z readaptacją społeczną osób opuszczających zakłady karne na szczególne wyróżnienie zasługuje publikacja wydana w ramach projektu „Przygotowanie do wolności. Reintegracja społeczna osób opuszczających zakłady karne przy wsparciu potencjału społeczności lokalnej", współfinansowanego ze środków Programu Fundusz Inicjatyw Obywatelskich Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Redaktorkom, Monice Marczak i Katarzynie Nawrockiej, udało się zaprosić do współpracy liczne grono osób, przedstawicieli wielu środowisk, zarówno teoretyków, jak i praktyków związanych z różnymi instytucjami działającymi w obszarze szeroko rozumianej resocjalizacji i readaptacji społecznej. Podkreśla ten fakt jeden z recenzentów wydawniczych, pisząc, że „Publikacja, odnosząc się do doświadczeń praktyków oraz badań naukowych w obszarze postaw rodzicielskich, jest ciekawą propozycją dla osób zainteresowanych tematyką społecznej readaptacji i integracji osób pozbawionych wolności i ich rodzin". Dodatkowym atutem pracy jest bez wątpienia jej interdyscyplinarność, przejrzystość, dobry język i liczne odwołania do literatury przedmiotu.

Tom dzieli się na trzy części. Pierwsza zawiera opis teoretyczny programu resocjalizacji w zakresie kształtowania kompetencji społecznych i poznawczych oraz integracji rodzin z elementami arteterapii dla prawidłowego pełnienia

---

[2] R. Szarfenberg, *Reintegracja społeczna w spółdzielczości socjalnej: pojęcia i pomiar – ekspertyza*, Uniwersytet Warszawski, Instytut Polityki Społecznej; http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/ss_ekspertyza2.pdf [dostęp 20.09. 2018].

[3] *Readaptacja społeczna skazanych na wieloletnie kary pozbawienia wolności. Informacja o wynikach kontroli*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2015, s. 7 i n.

ról społecznych – „Akademia Rodzica". To program z powodzeniem realizowany w Areszcie Śledczym w Lublinie; warto w tym miejscu wspomnieć, że został również dofinansowany ze środków Funduszu Inicjatyw Obywatelskich MRPiPS. Program zawiera niezwykle cenny ustęp, mianowicie wypowiedzi skazanych ojców, uczestników projektu. „Oczywiście, że warto robić takie projekty ze względu na to, że można się dużo nauczyć jak postępować w stosunku do dziecka i jak z nim rozmawiać. Jest to bardzo miła praca nad tym programem, chociażby przez warsztaty. Można coś zrobić od serca dla dziecka, wyrazić przez to, że ktoś po tej stronie tęskni za nimi i że je kocha" – to zaledwie niewielki fragment cytowanej tu wypowiedzi pokazującej potrzebę projektowania i realizowania tego typu programów.

Drugą część tomu otwiera artykuł Justyny Nowickiej *Parenting w percepcji skazanych ojców jako korelat postaw rodzicielskich oraz zmian w sytuacji życiowej rodziny spowodowanych odbywaniem kary pozbawienia wolności.* Artykuł jest przede wszystkim próbą przybliżenia specyfiki znaczenia rodzicielstwa mężczyzn odbywających karę pozbawienia wolności. Kolejny artykuł – *Ojciec w życiu dziecka. Niezbędny element czy dodatek do macierzyństwa* Alicji Plucińskiej ukazuje wagę obecności ojca w życiu dziecka oraz negatywne skutki jego braku; jest kontynuacją problematyki podjętej we wcześniejszym opracowaniu. *Uprawnienia związane z rodzicielstwem przysługujące osobom odbywającym kare pozbawienia wolności* Jolanty Zozuli, *Analiza postaw rodzicielskich skazanych ojców i ich potencjału psychospołecznego* Katarzyny Nawrockiej oraz *Funkcjonowanie społeczne kobiet, których partnerzy odbywają karę pozbawienia wolności* Moniki Marczak to kolejne, bardzo interesujące rozwinięcia problematyki poruszanej we wstępie tej części tomu.

Trzecia, ostatnia część recenzowanej publikacji dotyczy roli i potencjału wsparcia szeroko rozumianej społeczności lokalnej w procesie readaptacji społecznej. Otwiera ją artykuł Włodzimierza Jacka Głucha *Praca więźniów jako szczególny most do integracji społecznej na wolności. Nowe perspektywy przez pryzmat programu Ministerstwa Sprawiedliwości „Praca dla więźniów" na przykładzie Okręgowego Inspektoratu Służby Więziennej w Lublinie.* Na szczególne podkreślenie zasługuje tu fakt, że autor artykułu podkreśla wagę i znaczenie współpracy Służby Więziennej z podmiotami zewnętrznymi, realizującymi działania z zakresu pomocy społecznej i działającymi w jej obszarze instytucjami wsparcia. Kolejni autorzy, Andrzej Fereniec oraz Dominika Woźniak, podejmują wątek współpracy Służby Więziennej z podmiotami administracji publicznej, a także aktywizacji zawodowej osób pozbawionych wolności w trakcie odbywania przez nich kary w jednostce penitencjarnej. Anna Zbiciak to kolejna autorka zamieszczonego w tej części monografii artykułu – *Edukacja osób pozbawionych wolności przez kreację artystyczną z elementami arteterapii* dotyczy nie tylko roli arteterapii w procesie resocjalizacji, ale także podkreśla znaczenie działań o charakterze wolontariackim w procesie społecznej inkluzji osób po odbyciu

przez nie kary pozbawienia wolności. Karolina Wychowaniak i Gabriela Gaber w swoich doniesieniach podkreślają z kolei wartość wsparcia obywatelskiego w procesie resocjalizacji i, jak zauważają redaktorki tomu, mogą stać się bazą nie tylko do zwiększenia wiedzy i świadomości czytelników, ale także podstawą do przemyślenia postaw przejawianych wobec osób pozbawionych wolności. Ostatnie dwa artykuły części trzeciej tomu to *Wskazania i przeciwwskazania do stosowania mediacji w rodzinach dotkniętych problemem przemocy* Kamilli Bargiel-Matusewicz i Agnieszki Ewy Łyś, a także *Wsparcie mediacyjne osób pozbawionych wolności i ich rodzin w ramach działalności Ośrodka Pomocy Postpenitencjarnej* Lilli Karwowskiej.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na jeden jeszcze aspekt problemów związanych z readaptacją społeczną skazanych. W państwach członkowskich Unii Europejskiej sprawdzają się przede wszystkim takie projekty na rzecz grup dyskryminowanych i zagrożonych wykluczeniem, które polegają na partnerstwie złożonym z instytucji samorządowych i organizacji społecznych. Zgodnie z art. 39 kodeksu karnego wykonawczego przedstawiciele stowarzyszeń, fundacji, organizacji i instytucji, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz osoby godne zaufania mogą uczestniczyć w radach oraz innych organach kolegialnych – powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, Ministra Sprawiedliwości lub podległe mu organy albo wojewodów – których zadaniem jest świadczenie pomocy skazanym i ich rodzinom czy też koordynowanie współdziałania społeczeństwa z zakładami karnymi i aresztami śledczymi. W ten sposób prawodawca nałożył m.in. na organy samorządu terytorialnego ustawowy obowiązek prowadzenia pomocy postpenitencjarnej (a w jej ramach podejmowanie działań związanych z reintegracją byłych osadzonych). O tym, że jest to pomoc w dalszym ciągu niewystarczająca, można przekonać się z lektury raportu Najwyższej Izby Kontroli. Bazując jednak na tym, co określają przepisy prawa, należy zauważyć, że większa waga powinna być przywiązywana do działalności sektora pozarządowego. Połączenie sztywnych zasad działania administracji państwowej i samorządowej z elastycznością organizacji pozarządowych może zaowocować powstaniem znacznie skuteczniejszych programów ułatwiających integrację społeczną osobom opuszczającym zakłady karne. A kompleksowa pomoc w tej integracji to również możliwości i zasoby społeczności lokalnej, jej instytucji, stowarzyszeń, fundacji i osób chcących nieść pomoc drugiemu człowiekowi. Nie zapomniały o tym autorki publikacji, zapraszając do współpracy przy jej tworzeniu tak wielu przedstawicieli różnych środowisk. Niezwykle cenna to inicjatywa, a sama publikacja z pewnością może stać się interesującym źródłem inspiracji do dalszych poszukiwań skutecznych działań w obszarze wsparcia udzielanego byłym skazanym.

SPRAWOZDANIE

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

Jakub Lickiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
orcid: 0000-0001-7371-0204

SPRAWOZDANIE Z 2ND INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND TRAINING CONFERENCE „THE ART OF CONVERSATION IS THE BASIS OF DIAGNOSIS", 21–22 KWIETNIA 2018, BYDGOSZCZ

Współczesna medycyna coraz większą rolę przypisuje prawidłowym relacjom pomiędzy pacjentem i personelem medycznym. Przeprowadzone badania wskazują na wpływ prawidłowej komunikacji m.in. na ilość stosowanych środków przeciwbólowych oraz całość procesu zdrowienia. Obecnie nie ma wątpliwości co do licznych korzyści, jakie płyną z właściwej atmosfery w relacji lekarz–pacjent. Oznacza to stopniowe odchodzenie od funkcjonującego przez wiele lat modelu leczenia określanego jako „biomedyczny", w którym pacjent stanowił jedynie biernego wykonawcę lekarskich zaleceń, a chorobę postrzegano wyłącznie jako problem konkretnego narządu czy układu. Takie podejście ograniczało postrzeganie pacjenta jako jednostki, z jej emocjami, a także otoczeniem społecznym.

Holistyczne podejście do leczenia, ze szczególnym naciskiem na komunikację, rozwija się w Europie i na świecie od wielu lat, czego dowodem jest umieszczenie tych umiejętności w zakresie programów nauczania studentów

medycyny w Wielkiej Brytanii i poddanie ich ocenie, tak jak każdej innej umiejętności. Z tego względu konferencja „The Art of Conversation Is the Basis of Diagnosis", która odbyła się w dniach 21–22 kwietnia 2018 roku w Bydgoszczy, stanowi ważny głos zmierzający do zmiany w podejściu środowiska medycznego do leczenia. Wydarzenie zostało zorganizowane przez Uniwersytet Adama Mickiewicza w Bydgoszczy, a bezpośrednio odpowiedzialnymi za nie były trzy organizacje studenckie: polska (STN UMK – Studenckie Towarzystwo Naukowe Collegium Medicum UMK), norweska (NMSA – Norwegian Medical Student's Association) oraz międzynarodowa (IFMSA – International Federation of Medical Student's Association). Za konferencją stali zatem ludzie młodzi, dla których zagadnienia komunikacji z pacjentem stają się umiejętnością kluczową. Na wydarzenie udało się zaprosić wielu prelegentów, specjalistów w swojej dziedzinie, zarówno z Polski, jak i zagranicy. Uczestnicy mieli możliwość wysłuchania wykładów dotyczących komunikacji międzykulturowej sojuszu terapeutycznego czy zasad relacji z pacjentem w wieku podeszłym. Nie zabrakło też trudnych tematów, takich jak zachowania agresywne czy rozmowy o chorobie terminalnej. Są to zagadnienia kontrowersyjne, wobec których personel medyczny często czuje się bezradny.

Szczególnie interesującym był wykład inauguracyjny prof. Michaela Wolfa (Feinberg School of Medicine, Chicago, Il) który wskazywał na najczęstsze błędy komunikacyjne w relacji z pacjentem. Wskazywał również na rolę pierwszego wrażenia i jego znaczenie w całości procesu leczenia. Z kolei w swoim wykładzie prof. Zbigniew Włodarczyk (UAM, Bydgoszcz) podawał praktyczne wskazówki, które można zastosować w kwestii tak trudnej, jaką jest rozmowa dotycząca donacji organów.

Całości wydarzenia dopełniały warsztaty, na których poruszano problematykę negocjacji z pacjentem w trudnej sytuacji czy też zjawiska dziecka krzywdzonego. Ten drugi temat wydawał się szczególnie istotny, gdyż w tym przypadku prawidłowa komunikacja stanowi podstawę do udzielenia właściwej pomocy. Podsumowując, bydgoską konferencję „The Art of Conversation Is the Basis of Diagnosis" należy uznać za interesujący i ważny głos na rzecz zmian w obszarze opieki zdrowotnej. Pozostaje mieć nadzieję, że głos ten zostanie usłyszany, a ziarno w sercach i umysłach przyszłych lekarzy – zasiane.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

INSTRUKCJA PRZYGOTOWANIA ARTYKUŁÓW

Formatowanie i redagowanie

Tekst artykułu powinien być złożony pismem Times New Roman o wielkości 12 punktów interlinią 1,5. Terminy i wyrażenia obcojęzyczne oraz tytuły artykułów i książek należy pisać kursywą (*italic*). Nie należy stosować wytłuszczeń (**bold**). Nie należy stosować podkreśleń. Prosimy o konsekwentne stosowanie skrótów (np., r., w. itp.) w całym artykule. Jeśli artykuł podzielony jest śródtytułami na części, to prosimy rozpocząć od „Wprowadzenia", a na końcu umieścić „Podsumowanie". Nie ma potrzeby numerowania śródtytułów.

Ilustracje

Rysunki i fotografie powinny być wklejone do tekstu w miejscu powołania oraz dostarczone na nośnikach lub pocztą elektroniczną jako oddzielne pliki źródłowe (w formacie *.jpg, *.psd lub *.tif) o odpowiedniej jakości (np. całostronicowa grafika powinna mieć rozdzielczość około 1500 x 2400 punktów). Wykresy należy dostarczyć w plikach programu Excel (*.xls). Ilustracje zaczerpnięte z innych prac i podlegające ochronie prawa autorskiego powinny być opatrzone informacją bibliograficzną w postaci odsyłacza do literatury, umieszczonego w podpisie rysunku, np. Źródło: N. Davies, *Europa. Rozprawa historyka z historią*, Kraków 1998, s. 123.

Tabele

Tabele należy umieszczać możliwie blisko powołania i numerować kolejno. Tabele tworzy się, stosując polecenie: *Wstaw – Tabela*. Wskazane jest unikanie skrótów w rubrykach (kolumnach) tabel. Tekst w tabeli powinien być złożony pismem mniejszym niż podstawowy. Ewentualne objaśnienia należy umieścić bezpośrednio pod tabelą, a nie w samej tabeli.

Przypisy

Obowiązują przypisy dolne lub wewnątrztekstowe (harwardzkie).
Przypisy dolne należy tworzyć, stosując polecenie: *Wstaw – Odwołanie – Przypis dolny.* W polu, które pojawi się na dole kolumny, wpisujemy tekst przypisu (pismo wielkości 8–9 pkt). Przykłady:
– publikacje książkowe:
S. Grodziski, *Habsburgowie*, [w:] *Dynastie Europy*, red. A. Mączak, Wrocław 1997, s. 102–136.
– artykuły w czasopismach:
S. Waltoś, *Świadek koronny – obrzeża odpowiedzialności karnej*, „Państwo i Prawo" 1993, z. 2, s. 16.
W przypisach do oznaczania powtórzeń należy stosować terminologię łacińską, czyli: *op. cit*. (dzieło cytowane), *ibidem* (tamże), *idem* (tenże), *eadem* (taż).
– artykuły ze stron internetowych (nazwa witryny pismem prostym, data publikacji artykułu, pełny adres, data dostępu w nawiasie kwadratowym, daty zapisywane cyframi arabskimi w formacie dd.mm.rrrr):
M. Arnold, *China, Russia Plan $242 Billion Beijing–Moscow Rail Link*, Bloomberg, 22.01.2015, http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-01-22/china-russia-plan-242-billion-rail-link-from-beijing-to-moscow [dostęp: 10.07.2015].

Przypisy harwardzkie należy tworzyć wg schematu: (nazwisko autora, rok wydania, numer strony), np. (Hymes, 1980, s. 50), (Lin i Overbaugh, 2013, s. 101).

Wybrany sposób tworzenia przypisów należy stosować konsekwentnie, zgodnie z decyzją redaktora naukowego obowiązującą dla całego numeru.

Do artykułu z przypisami harwardzkimi należy dołączyć odpowiednio przygotowaną bibliografię:
– publikacje książkowe:
Hymes, D. (1980). *Socjolingwistyka i etnografia mówienia*. Tłum. K. Biskupski. W: *Język i społeczeństwo*. Wybór i wstęp M. Głowiński. Warszawa: Czytelnik, s. 41–82.
– artykuły w czasopismach:
Lin, S., Overbaugh, R.C. (2013). *Autonomy of participation and ICT literacy in a self-directed learning environment*. „Quality & Quantity", Vol. 47, No 1, s. 97–109.

Do tekstu należy dołączyć:

– tytuł artykułu w języku angielskim,
– streszczenia w języku polskim i angielskim (po około 900 znaków ze spacjami),
– słowa kluczowe w języku polskim i angielskim (4–9),
– notę o autorze zawierającą imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy oraz afiliację,
– adres poczty elektronicznej do korespondencji.

Państwo i Społeczeństwo

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

ZASADY RECENZOWANIA PUBLIKACJI W CZASOPISMACH[1]

1. Do oceny każdej publikacji powołuje się co najmniej dwóch niezależnych recenzentów spoza jednostki.
2. W przypadku tekstów powstałych w języku obcym, co najmniej jeden z recenzentów jest afiliowany w instytucji zagranicznej innej niż narodowość autora pracy.
3. Rekomendowanym rozwiązaniem jest model, w którym autor(zy) i recenzenci nie znają swoich tożsamości (tzw. *double-blind review proces*).
4. W innych rozwiązaniach recenzent musi podpisać deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów; za konflikt interesów uznaje się zachodzące między recenzentem a autorem:
   - bezpośrednie relacje osobiste (pokrewieństwo, związki prawne, konflikt),
   - relacje podległości zawodowej,
   - bezpośrednia współpraca naukowa w ciągu ostatnich dwóch lat poprzedzających przygotowanie recenzji.
5. Recenzja musi mieć formę pisemną i kończyć się jednoznacznym wnioskiem co do dopuszczenia artykułu do publikacji lub jego odrzucenia.
6. Zasady kwalifikowania lub odrzucenia publikacji i ewentualny formularz recenzencki są podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej czasopisma lub w każdym numerze czasopisma.
7. Nazwiska recenzentów poszczególnych publikacji/numerów nie są ujawniane; raz w roku czasopismo podaje do publicznej wiadomości listę recenzentów współpracujących.

[1] Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego obowiązują od roku 2012.

Państwo i Społeczeństwo

2017 (XVII) nr 4

e-ISSN 2451-0858
ISSN 1643-8299

LISTA RECENZENTÓW

W roku 2018 artykuły zgłaszane do „Państwa i Społeczeństwa" opiniowali pod kątem ich naukowej przydatności do rozpowszechniania:

prof. dr hab. n. med Adam Araszkiewicz
dr hab. Monika Augustyniak
dr n. med. Anna Maria Barciszewska
prof. dr hab. n. med. Marek Barczyński
dr n. med. Marcin Basiak
dr Agnieszka Bojko
dr hab. n. med Joanna Bonior
prof. dr hab. n. med. Leszek Bryniarski
dr hab. inż. arch. Marcin Charciarek
dr Agnieszka Cierniak
prof. dr hab. Jacek Cupryś
dr Wojciech Czajkowski
dr hab. Mariola Dorecka
prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
dr hab. n. med. Jerzy Dropiński
dr hab. Maciej Duplaga
prof. dr hab. Mirosław Filiciak
prof. dr hab. Ignacy Fiut
dr Andrzej Galbarczyk
prof. dr hab. Andrzej Gamian
dr hab. Anna Goc

dr Maja Grabacka
dr hab. inż. arch. Hanna Grabowska-Pałecka
dr n. med. Elżbieta Grześk
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Grześk
dr Agata Grzywacz-Kisielewska
dr n. med. Piotr Hydzik
dr Agnieszka Jankowicz-Szymańska
prof. dr hab. n. med. Jolanta Jaworek
dr hab. n. med. Sławomir Jeka
dr Aneta Kaniak-Golik
dr Dorota Kopacz
dr hab. n. med. Mariusz Korkosz
dr n. med. Olga Kruszelnicka
prof. dr hab. n. med. Robert Krysiak
dr hab. Joanna Kubicz, prof. ASP
prof. dr hab. n. med. Jarosław Kużdżał
prof. dr hab. n. med. Stanisław Kwiatkowski
dr Janusz Ligęza
dr Marcin Łuszczyk
dr n. med. Piotr Maciukiewicz
dr n. med. inż. Bartłomiej Matejko
prof. dr hab. Lucjan Miś
dr Ilona Nenko
dr hab. n.med. Anita Olczak
prof. dr hab. Zbigniew Paszkowski
dr hab. Paweł Pencakowski, prof. ASP
dr hab. n. med. Grzegorz Przybylski
prof. dr hab. n. med. Piotr Richter
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Rytlewski
dr hab. med. Jacek Sein Anand
dr hab. Agnieszka Siomek-Górecka
dr Kamila Stach
dr Agnieszka Stembalska
dr hab. n. med. Mirosław Szura
dr hab. Anna Ziomkiewicz-Wichary