

CZŁOWIEK WOBEC
KRYTYCZNYCH SYTUACJI ŻYCIOWYCH

UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 165

CZŁOWIEK WOBEC KRYTYCZNYCH SYTUACJI ŻYCIOWYCH

Z teorii i praktyki pracy socjalnej

Redakcja naukowa
EWA WŁODARCZYK I IZABELA CYTLAK



POZNAŃ 2011

ABSTRACT. Włodarczyk Ewa, Cytlak Izabela. *Człowiek wobec krytycznych sytuacji życiowych. Z teorii i praktyki pracy socjalnej* [Man faced with critical life situations. From the theory and practice of social work]. Poznań 2011. Adam Mickiewicz University Press. Seria Psychologia i Pedagogika nr 165. Pp. 356. 978-83-232-2329-0. ISSN 0083-4254. Text in Polish with a Summary in English.

In its assumptions, this publication is to be a compendium of knowledge on difficult life situations experienced by people. Its structure has been determined by Article 7 of the Law on Social Assistance of 12 March 2004 (the legal state valid for 2010); thus subject areas are arranged here according to its order. The problems discussed in the book (in the form of reflection on the theoretical character and the accompanying description of the forms of assistance offered in Poland) thus concerns the following questions: poverty, unemployment, orphanhood, violence in family, protection of maternity, protection of families with many children, disabilities, chronic or severe disease, helplessness in the matters of child care and upbringing and in running a household, especially in one-parent families and in those with many children, trafficking of people, lack of abilities to adapt to life of youth who leave foster and educational institutions, difficulties with integrating of foreigners, who have obtained the status of exiles in the Republic of Poland or additional protection, difficulties with adaptation to life of those who have been released from prisons, alcoholism, drug addiction, unexpected events as well as crises and natural and ecological disasters. The present authors' studies, which carried out syntheses to such an extent as it was possible, revealed the complexity and richness of the problems undertaken and mainly their relevance to today in Poland.

Ewa Włodarczyk, Izabela Cytlak – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Studiów Edukacyjnych, ul. A. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

Recenzent: prof. zw. dr hab. Andrzej Radziewicz-Winnicki

© Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2011

Projekt okładki: Marcin Makaś

Redakcja: Maciej Hendrysiak, Olga Winciorek

Redakcja techniczna: Dorota Borowiak

Łamanie komputerowe: Eugeniusz Strykowski

ISBN 978-83-232-2329-0

ISSN 0083-4254

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
UL. FREDRY 10, 61-701 POZNAŃ
www.press.amu.edu.pl

Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl

Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I. Ark. wyd. 24,00. Ark. druk. 22,25.

DRUKARNIA UNI-DRUK, LUBOŃ, UL. PRZEMYSŁOWA 13

SPIS TREŚCI

WSTĘP	7
AGNIESZKA MAKAS	
UBÓSTWO	
Zagubiony w świecie konsumpcji	11
MAREK ANDRZEJEWSKI	
SIEROCTWO	
Sieroctwo, czyli o kogo chodzi	29
MONIKA OLIWA-CIESIELSKA	
BEZDOMNOŚĆ	
Bezdomność – to problem, bezdomny – to człowiek	31
KAMILA SŁUPSKA-KWIATKOWSKA	
BEZROBOCIE	
Praca – możliwość zaspokajania potrzeb – perspektywy, czyli o tym, co robić, by ta triada mogła się urzeczywistnić	53
IZABELA CYTLAK	
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	
Czyli o doświadczaniu ograniczonej sprawności z perspektywy jakości życia .	73
DANUTA KRZYSZTOFIAK	
DŁUGOTRWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA	
Rzecz o wspieraniu człowieka w sytuacji niemocy	93
EWA JAROSZ	
PRZEMOC W RODZINIE	
„Normalna patologia” – czyli jak się baby nie bije, to jej wątroba gnije, a dzieci i ryby głosu nie mają!	109
ZBIGNIEW LASOCIK	
POTRZEBA OCHRONY OFIAR HANDLU LUDŹMI	
Rzecz o tym, że mamy nowy zbiorowy obowiązek	129
EWA WŁODARCZYK	
POTRZEBA OCHRONY MACIERZYŃSTWA I WIELODZIETNOŚCI	
Czyli czy stan błogosławiony Polek ma błogosławieństwo państwa	153

IZABELA KRASIEJKO	
BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO, ZWŁASZCZA W RODZINACH NIEPEŁNYCH LUB WIELODZIELNYCH	
Od bezradności do zaradności rodziny	179
MAREK ANDRZEJEWSKI	
BRAK UMIEJĘTNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA MŁODZIEŻY OPUSZCZAJĄCEJ PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE	
Czyli o potrzebie wspierania wychowanków w usamodzielnianiu	203
RENATA A. NGUYEN	
TRUDNOŚCI W INTEGRACJI CUDZOZIEMCÓW, KTÓRZY UZYSKALI W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STATUS UCHODŹCY LUB OCHRONĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ	
Czyli o trudnościach cudzoziemców w Polsce i o wspieraniu w ich niemożnościach	223
HANNA KARASZEWSKA	
TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO ZWOLNIENIU Z ZAKŁADU KARNEGO	
Pomoc postpenitencjarna, czyli o tym, jak państwo wspiera osoby opuszczające zakład karny i zabezpiecza się przed zjawiskiem recydywy	241
EWELINA SILECKA	
ALKOHOLIZM	
Problem indywidualny czy problem społeczny?	263
AGNIESZKA BARCZYKOWSKA	
NARKOMANIA	
Między <i>drug free</i> a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym	285
EWA WŁODARCZYK	
ZDARZENIE LOSOWE I SYTUACJA KRYZYSOWA	
Czyli o tym, że niekiedy sam czas to za mało, by uleczyć rany	311
Ewa Włodarczyk	
KLĘSKA ŻYWIOŁOWA LUB EKOLOGICZNA	
Czyli o tym, że statystyka nie dotyka tego, co jest wewnątrz	331
INFORMACJE O AUTORACH	352
Man faced with critical life situations. From the theory and practice of social work (S u m m a r y)	355

WSTĘP

Publikacja ta w swych założeniach miała być okazją stworzenia kompendium wiedzy na temat niełatwych sytuacji życiowych, których doświadczają ludzie. Zmaganie się z różnymi trudnymi sytuacjami życiowymi stanowi jedną z najbardziej trudnych, ale i istotnych dla życia aktywności człowieka¹. Termin „krytyczne wydarzenie życiowe” jest w literaturze używany zamiennie z pojęciami „sytuacja trudna” bądź „sytuacja krytyczna”, i często oznacza on początek trudności w życiu jednostki. Za krytyczne uważa się wydarzenia mające kluczowe znaczenie dla przebiegu i jakości życia. Mogą one wystąpić nagle, losowo (np. wypadek, utrata zdrowia, klęska żywiołowa) albo być rozciągnięte w czasie (np. utrata pracy, alkoholizm, narkomania). Wydarzenia te zawsze są wyodrębnione z codziennych wydarzeń, zazwyczaj dotyczą cenionych wartości (np. zdrowia, zaspokojenia ważnych potrzeb), dlatego też są bardzo ważne emocjonalnie i trudne zarazem, powodując stan napięcia i obciążenia psychicznego². Niezwykle istotną rolę w doświadczaniu krytycznych wydarzeń życiowych odgrywa subiektywna ocena osobistych i zewnętrznych zasobów, które uaktywnione w optymalny sposób pomagają rozwiązać problem.

Dobór problematyki w tej publikacji nie jest przypadkowy – jej konstrukcję wyznaczył art. 7 Ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku (stan prawny obowiązujący w marcu 2010 roku), w którym wyróżnione zostały powody rodzące trudne sytuacje życiowe, będące w szczególności podstawą do ubiegania się o świadczenia w polskim systemie pomocy społecznej, tworzące swoisty katalog (sukcesywnie rozszerzany i modyfikowany³, jako wyraz starań, aby w ten sposób nadążać za nowymi zjawiskami

¹ Por. T. Tomaszewski, *Człowiek i otoczenie*, (w:) T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Warszawa 1982, s. 32.

² H. Sęk, *Stres krytycznych wydarzeń życiowych*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*, Poznań 2001, s. 13–21.

³ Jak zauważa S. Nitecki, wymienione w powyższym artykule powody w większości przypadków opisano przy wykorzystaniu pojęć niedookreślonych, co utrudnia ich interpretację, ale jednocześnie uelastycznia możliwości udzielania pomocy (S. Nitecki, *Pravo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 159–160). Ponadto wymienione w ko-

i wyzwaniem, jakie stają przed pracą socjalną i pomocą społeczną w Polsce). Obszary tematyczne w tej publikacji są więc ułożone według porządku wyznaczonego tymże artykułem. I tak kolejno mamy okazję bliżej przyjrzeć się triadzie kwestii społecznych tworzących syndrom 3B⁴: ubóstwu (Agnieszka Makaś), bezrobociu (Kamila Słupska-Kwiatkowska) i bezdomności (Monika Oliwa-Ciesielska). Kilka tekstów podkreśla potrzebę szczególnej ochrony dziecka i rodziny: w przypadku sieroctwa (Marek Andrzejewski), przemocy w rodzinie (Ewa Jarosz), macierzyństwa lub wielodzietności (Ewa Włodarczyk) oraz bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin niepełnych lub wielodzietnych (Izabela Krasiejko). Niezadowalający stan zdrowia wyznacza obszar zainteresowań kolejnych tekstów: o niepełnosprawności (Izabela Cytlak) oraz o długotrwałej lub ciężkiej chorobie (Danuta Krzysztofiak). W prezentowanej pracy mowa jest także o trudnościach w readaptacji i integracji osób spowodowanych: opuszczeniem placówki opiekuńczo-wychowawczej (Marek Andrzejewski), zwolnieniem z zakładu karnego (Hanna Karaszewska) oraz uzyskaniem przez cudzoziemców statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej (Renata A. Nguyen). W jednym z tekstów przedmiotem zainteresowań jest stosunkowo rzadko opisywana kwestia handlu ludźmi oraz prewencja i pomoc ofiarom tego procederu (Zbigniew Lasocik). Problem uzależnienia od alkoholu (Ewelina Silecka) oraz od narkotyków (Agnieszka Barczykowska) to oś zainteresowań w kolejnych tekstach. Publikację zamyka ogląd sytuacji nagłych i nieprzewidywalnych – zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowych oraz klęsk żywiołowych lub ekologicznych (artykuły Ewy Włodarczyk).

Dobór Autorów również nie był przypadkowy. Z dumą stwierdzamy, że do tego grona dołączyły osoby identyfikowane już w środowiskach akademickich jako autorytety w zakresie danej problematyki. Mamy nadzieję, że te połączone siły i wspólny wysiłek nie poszedł na marne.

Częściowe ujednoczenie tekstów sprowadza się do umieszczenia w nich refleksji teoretycznej, ułatwiającej rozumienie danego zagadnienia oraz wskazania form pomocy praktykowanych w Polsce (sprawdzonych lub dopiero raczkujących). Każdy z tekstów zamyka wykaz polecanej literatury, najbardziej wartościowej w danej dziedzinie (jako odpowiedź Autora tekstu dla Czytelnika szczególnie zainteresowanego konkretną tematyką).

mentowanym artykule okoliczności nie stanowią zamkniętego katalogu, bo niemożliwym jest objęcie prawną regulacją wszystkich przyczyn trudnych sytuacji życiowych (I. Sierpowska, *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 61).

⁴ Jest to pojęcie zaproponowane przez S. Kawulę (więcej patrz: np. S. Kawula, *Pomocniczość w pracy socjalnej i opiekuńczej*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*, Toruń 2005, s. 540 i nast.).

Opracowania Autorów (syntetyzujące – na tyle, na ile było to możliwe, bo z oczywistych względów nie sposób ująć na kilkunastu stronach obszernych i wnikliwych rozważań na temat danej kwestii) ujawniły złożoność, wielowątkowość i bogactwo podejmowanej problematyki. Mimo to życzymy sobie, by zbiór ten okazał się szansą usystematyzowania i wzbogacenia wiedzy o poruszanych tu zagadnieniach, ich głębszego zrozumienia, a także inspiracją dla Czytelników do dalszej penetracji poruszanej problematyki – iskrą, która rozpali ciekawość poznawczą...

Niech opieranie się na wspomnianej ustawie nie zawęży grona odbiorców do potencjalnych i czynnych zawodowo pracowników socjalnych, ale zaprasza do lektury Czytelników aspirujących i aktywnie obecnych w innych profesjach, związanych z szeroko rozumianą pomocą człowiekowi.

* * *

W tym miejscu składamy serdeczne podziękowania władzom dziekańskim Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, a szczególnie Panu prof. dr hab. Zbyszko Melosikowi, bez którego życzliwości i wsparcia finansowego wydanie tej publikacji nie byłoby możliwe.

Dziękujemy także Panu prof. dr hab. Andrzejowi Radziewiczowi-Winnickiemu za wnikliwą recenzję, a także Autorom, którzy podjęli się trudu przygotowania tych wartościowych opracowań.

Izabela Cytlak i Ewa Włodarczyk

UBÓSTWO

Zagubiony w świecie konsumpcji

Ubóstwo, pomimo ponad stuletniej tradycji badawczej, wciąż należy do grupy tych problemów, które wymykają się naukowemu poznaniu. Nie ma jednej obowiązującej definicji tego zjawiska, tak jak i różne są jego wskaźniki i wymiary. Różne też mogą być konteksty rozpatrywania ubóstwa: jako problemu społecznego, kwestii społecznej czy sytuacji kryzysowej. Niezależnie jednak od przyjętego podejścia, ubóstwo dotyczące codzienności życia człowieka zawsze będzie przekładało się na pewien brak, niedostatek czy niezaspokojenie.

Różne definicje i oblicza ubóstwa

Owy niedostatek nie oznacza jedynie braków związanych z materialnym aspektem życia człowieka, a więc zaspokojeniem jego podstawowych potrzeb fizjologicznych¹, choć to właśnie taki sposób definiowania ubóstwa dominował do połowy lat sześćdziesiątych w podejściu potrzeb podstawowych (*basic needs*). Mówiąc o podstawowych potrzebach, zaliczano do nich głównie: żywność, mieszkanie i odzież². Prekursorzy tego ujęcia – Ch. Booth i B. S. Rowntree – określili najniższy dochód, który pozwala człowiekowi na zaspokojenie jego podstawowych potrzeb. Rowntree w celu analiz wyznaczył niezbędną ilość najtańszego pożywienia, odzieży i pieniędzy do utrzymania mieszkania. Tym samym autor ten określił linię ubóstwa³. B. S. Rowntree jest też twórcą pojęcia „ubóstwo absolutne” (inaczej „bieda

¹ K. Kmieciak-Baran, *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*, Gdańsk 2009, s. 51.

² T. Panek, *Ubóstwo i nierówność. Dylematy pomiaru* <dostępny na: www.stat.gov.pl>.

³ A. Skulmowska-Lewandowska, *Życie w biedzie. Analiza wzorów kulturowych ubogich mieszkańców Torunia*, Toruń 2006, s. 9.

pierwotna”), które zdefiniował jako stan niewystarczający do zaspokojenia minimalnego poziomu potrzeb, niezbędnego do utrzymania jedynie fizycznej sprawności⁴.

W drugiej połowie lat 60. koncepcja Rowentree’ego spotkała się z krytyką, zarzucono jej arbitralność i brak społecznego odniesienia. Stąd też w późniejszej wersji zakres definicji absolutnego ubóstwa został przez autora rozszerzony o potrzeby o charakterze społeczno-kulturowym⁵. Jednak dopiero P. Townsend zaproponował uwzględnienie w definiowaniu ubóstwa poziomu zamożności reszty danego społeczeństwa. Stwierdził, iż ubóstwo jest wówczas, gdy „zasoby w danym czasie w istotny sposób spadają poniżej zasobów będących w dyspozycji przeciętnej jednostki lub rodziny w danym społeczeństwie”⁶.

I tak wskazał on na ubóstwo relatywne (deprywacja relatywna), a więc niezaspokojenie takich potrzeb, które w danym społeczeństwie stanowią elementarne warunki uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Ów brak środków materialnych powoduje niepełne uczestnictwo w społeczeństwie, a w konsekwencji marginalizację i wycofanie⁷.

Współcześnie ubóstwo rozpatruje się w kategoriach „braku możliwości wypełniania funkcji życiowych, wynikających zarówno z uwarunkowań społecznych, jak i osobistych, niezbędnych do prowadzenia wartościowego życia”⁸. Jak zauważa T. Panek⁹, przełomowym momentem w dążeniu do ujednoczenia definicji ubóstwa było porozumienie na Szczycie Światowym w Kopenhadze w 1995 roku poświęcone rozwojowi społecznemu. Zarekomendowano wówczas dwupoziomową skalę ubóstwa: absolutnego i ogólnego, definiując ubóstwo absolutne jako brak możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb (takich jak żywność, woda, mieszkanie, zdrowie, urządzenia sanitarne i informacje), zaś ubóstwo ogólne jako szerszą kategorię niż ubóstwo absolutne – oprócz braku dostępu do podstawowych potrzeb oznaczać ma ono również brak możliwości uczestnictwa w życiu kulturalnym, społecznym i obywatelskim.

Zjawisko ubóstwa jako przedmiot analiz jest problemem interdyscyplinarnym, zagadnieniem badawczym czynią go takie nauki, jak: ekonomia, historia, polityka społeczna, pedagogika, praca socjalna, socjologia czy psychologia. Wielowymiarowość ubóstwa utrudnia ujednoczenie kryteriów

⁴ M. Młokosiewicz, *Metodologiczne aspekty badania ubóstwa*, „Zeszyty Naukowe US”, Prace Katedry Mikroekonomii [Szczecin] nr 8, 2003, s. 56.

⁵ A. Lech, *Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje*, Katowice 2007, s. 23.

⁶ Ibidem.

⁷ A. Skulmowska-Lewandowska, *Życie w biedzie...*, op. cit., s. 9.

⁸ T. Panek, *Ubóstwo i nierówności...*, op. cit.

⁹ Ibidem.

świadczących o ubóstwie i jednomyślność w definiowaniu tego problemu. Przedstawione poniżej definicje wskazują na wielość aspektów ubóstwa, w tym zarówno aspekty ilościowe, jak i jakościowe, obejmujące czynniki pozamaterialne.

K. Frieske, opisując ubóstwo, akcentuje ograniczenie uczestnictwa w życiu: „ubóstwo (...) to takie szczególne okoliczności, które nie pozwalają ludziom nimi dotkniętym na uczestnictwo w życiu zbiorowymi – zwłaszcza w istotny sposób pomniejszają ich możliwości uczestnictwa w podstawowych instytucjach społecznych, od rodziny poczynając, a na wymiarze sprawiedliwości kończąc. Mówiąc inaczej, ubóstwo to niezrealizowane warunki społecznej partycypacji, czyli wedle proponowanej konwencji – niezaspokojone ludzkie potrzeby”¹⁰.

T. Kamiński za ubóstwo uznaje „stan niezaspokojenia niektórych potrzeb człowieka, uznanych za podstawowe, niezbędne do normalnego rozwoju i funkcjonowania w danym społeczeństwie”¹¹. Według tego autora ubóstwo przejawia się w sferach: materialnej, duchowej, psychicznej, intelektualnej i zdrowotnej.

J. Boczoń, W. Toczyński, A. Zielińska pojęcie ubóstwa definiują jako „stan poniżej pewnego zmiennego w czasie progu dochodowego lub progu realizacji potrzeb w odniesieniu do jednostki, rodziny lub grupy społecznej”¹².

Ks. H. Skorowski¹³ wyróżnia natomiast ubóstwo:

- na płaszczyźnie ekonomicznej: pozbawienie dostępu do dóbr i usług, które są nieodzowne do przeżycia; ta forma ubóstwa może dotyczyć pojedynczych osób, grup społecznych, a nawet całych państw i narodów, objawia się ono wówczas poprzez niedorozwój gospodarczy i opóźnienie ekonomiczne;
- na płaszczyźnie społeczno-politycznej: brak dostępu człowieka do dóbr, które umożliwiają mu w pełni życie; ubóstwo na tej płaszczyźnie przejawia się prześladowaniem ludzi za ich poglądy, naruszaniem integralności psychicznej lub narkomanią, alkoholizmem czy prostytutką;
- na płaszczyźnie kulturowej utrudnienie dostępu do wartości własnej kultury etnicznej i narodowej; przejawem takiego ubóstwa może być analfabetyzm, brak dostępu do wykształcenia czy nowoczesnej technologii.

¹⁰ K. Frieske, *Bieda – miary i interpretacje*, (w:) S. Golinowska (red.), *Polska bieda II. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*, Warszawa 1997, s. 209.

¹¹ T. Kamiński, *Ubóstwo – definicje, przyczyny i pomiar zjawiska*, (w:) W. Łazewski, H. Skorowski, A. Czarnocki (red.), *Ubóstwo*, Warszawa 1998, s. 12.

¹² J. Boczoń, W. Toczyński, A. Zielińska, *Ubóstwo jako zjawisko społeczne oraz przedmiot pracy socjalnej*, (w:) T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2010, s. 120.

¹³ K. Kmiecik-Baran, *Bezrobocie czynnikiem...*, op. cit., s. 51.

R. Gierszowska i J. Łopato reasumują, iż „ze zjawiskiem ubóstwa mamy do czynienia wtedy, gdy pewnych potrzeb ludzkich (nie tylko biologicznych) nie można zaspokoić na akceptowanym społecznie poziomie – dla danego kraju i w określonym czasie. W węższym znaczeniu mówimy także o finansowej definicji ubóstwa, która oznacza brak środków finansowych na zaspokojenie potrzeb określonego gospodarstwa domowego”¹⁴.

Typologie ubóstwa

W badaniach przeprowadzonych nad ubóstwem ujawniają się różne płaszczyzny ubóstwa, które stanowią podstawę do wyodrębnienia typologii zjawiska. Do najczęściej spotkanych w literaturze należy omawiane już tu ubóstwo absolutne i względne. W. Warzywoda-Kruszyńska definiuje *biedę absolutną* jako „ostry brak dóbr materialnych i kulturowych, który hamuje normalny rozwój jednostki”¹⁵. Bieda relatywna/względna zaś wiąże się ze stosunkowo niskim dochodem w porównaniu do innych w danej społeczności.

E. Tarkowska¹⁶ wyodrębniła biedę starą i nową. *Bieda stara* odnosi się do czasów PRL-u, kiedy to ubóstwo według E. Tarkowskiej miało charakter rozproszony (dotyczyło różnych grup społecznych), było przejściowe (nie trwające cały czas, lecz pojawiające się w różnych fazach), nieoficjalne (zgodnie z założeniami polityka państwa oparta była na powszechnym dobrobycie, de facto problemy ubóstwa były nieujawniane, niezinstytucjonalizowane – instytucje społeczne udzielały jedynie niewielkiej pomocy ubogim). *Bieda nowa* odnosi się do czasu transformacji ustrojowej. Za główną przyczynę biedy nowej E. Tarkowska uznaje strukturalne bezrobocie, uzależnienie od świadczeń socjalnych. Do grupy tych ubogich należą głównie ludzie młodzi, słabo wykształceni, bezrobotni, rodziny wielodzietne, mieszkający na wsi lub w małym miasteczku¹⁷.

J. K. Galbraith¹⁸ zaproponował podział na ubóstwo jednostkowe i społeczne. *Ubóstwo jednostkowe* to problem osób, które żyją wśród bogatych spo-

¹⁴ R. Gierszowska, J. Łopato, *Zamożność, dochody, ubóstwo, świadczenia społeczne*, (w:) G. Firlik-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2007, s. 241.

¹⁵ W. Warzywoda-Kruszyńska, J. Grotowska-Leder, *Wielkomijska bieda w okresie transformacji*, Pabianice 1996, s. 23.

¹⁶ E. Tarkowska, *Styl życia biednych rodzin w przeszłości i teraźniejszości: charakterystyka badania*, (w:) E. Tarkowska (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i nowej biedzie w Polsce*, Warszawa 2000, s. 28.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem.

łeczeństw – autor uznaje za takie te społeczeństwa, które mają poniżej 50% ludności ubogiej. *Ubóstwo społeczne* zaś dotyczy tych, którzy żyją w społeczeństwach o masowym ubóstwie, tzn. tam, gdzie powyżej 50% ludności żyje w ubóstwie. Ubóstwo, które staje się doświadczeniem większych grup społecznych, jest kwestią społeczną – oznacza to, że wszelkiego rodzaju deprivacje ekonomiczne i pozaekonomiczne stają się permanentnym atrybutem życia społeczeństwa, wywierając na nie destrukcyjny wpływ.

Jeśli przyjąć za kryterium podziału punkt odniesienia w ocenie ubóstwa, można wyróżnić ubóstwo obiektywne i subiektywne. *Ubóstwo obiektywne* wyznaczone jest przez mierniki adekwatne do sytuacji w danym państwie i dotyczy braku możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb, zaś *ubóstwo subiektywne* jest indywidualnym poczuciem niezaspokojenia potrzeb, a więc pewnej świadomości niższego udziału w korzystaniu z dóbr i usług¹⁹.

W literaturze przedmiotu spotkać można również inne typologie ubóstwa:

- biedę głęboką, utrwaloną, bez nadziei,
- biedę nową, płytką, przejściową,
- biedę nową, płytką, przekazywaną następnemu pokoleniu,
- biedę dawną, utrwaloną w nowych warunkach,
- biedę powracającą,
- biedę płytką, ciągłą, niepatologiczną, biedę z nadzieją²⁰.

Przyczyny ubóstwa

Poszukiwanie przyczyn ubóstwa jest kolejnym, tuż obok definiowania i rozwiązywania problemów z nim związanych, zasadniczym sporem wśród badaczy zjawiska. I tak badacze ukazują szerokie spektrum teorii i koncepcji ukazujących przyczyny, które mogą generować ubóstwo. W perspektywie J. Vrankena²¹ możemy wyróżnić sześć modeli, na których opiera się wyjaśnianie ubóstwa:

Deficiency model – przyczyny ubóstwa tkwią w człowieku, w jego cechach takich jak: lenistwo, brak wytrwałości.

Accident model – przyczyny ubóstwa tkwią w człowieku, jednak nie wynikają one z cech jego charakteru, lecz sytuacji, w jakiej znalazł się człowiek (rozpad rodziny, choroba itp.).

¹⁹ M. Młokosiewicz, *Przyczyny i formy ubóstwa*, „Zeszyty Naukowe US” [Szczecin] nr 201, 1997, s. 21.

²⁰ R. Gierszewska, J. Łopato, *Zamożność, dochody...*, op. cit., s. 24.

²¹ A. Skulmowska-Lewandowska, *Życie w biedzie...*, op. cit., s. 20.

Culture of poverty model – powody ubóstwa tkwią w społeczności, która socjalizuje w kontrkulturze ubóstwa.

Situational model – społeczności biednych, na skutek znalezienia się w trudnej, niezawinionej przez nich sytuacji (np. dezindustrializacji miast), tworzą specyficzne strategie przetrwania, warunkiem wyjścia z nich jest zmiana sytuacji społecznej.

Structural model – problem ubóstwa wpisany jest w społeczeństwa oparte na gospodarce rynkowej, pełniąc przy tym określone funkcje na rzecz społeczeństwa kapitalistycznego. Ubóstwa nie można wyeliminować, lecz jedynie zminimalizować jego skutki.

Cyclical model – przyczyny ubóstwa tkwią w społeczeństwie i związane są ze zmianami, jakie w nim zachodzą: dekonstrukcją gospodarczą, globalizacją, restrukturyzacją. Jedynie poprawa sytuacji gospodarczej i wzrost gospodarczy mogą przyczynić się do wyeliminowania problemu biedy.

Na podobne modele w budowaniu teorii przyczyn ubóstwa wskazuje E. O. Wright²². Wyróżnia on cztery perspektywy:

Genetic/racial inferiority model – ubóstwo ludzi to wynik skazy mającej korzenie w genetycznej lub rasowej niższości, która związana jest z poziomem inteligencji. Zaznaczyć należy, że model ten nie jest popularny w nauce, funkcjonuje bardziej w kręgach społecznych.

Culture of poverty model – ubóstwo jest skutkiem cech człowieka, nabytych przez oddziaływanie społeczne i kulturowe. Mowa tu o takich cechach, jak uznawanie niesłusznych wartości, niska samoocena, zorientowanie na terażniejszość, brak motywacji.

Ravages of social change – przyczyny ubóstwa tkwią w zmianach społecznych, a zwłaszcza zmianach na rynku pracy, które nie dają możliwości zatrudnienia młodego pokolenia w porównaniu z powojennymi generacjami wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych robotników.

Class exploitation model – ubóstwo jest charakterystyczną cechą społeczeństw opartych na wyzysku jednych klas przez drugie. Ubóstwo nie jest tu zjawiskiem akcydentalnym, lecz immanentnym. Ubóstwo jest warunkiem zysku klas uprzywilejowanych, stąd też nie można go wyeliminować w warunkach kapitalizmu.

Według niektórych autorów (A. Giddens, W. Warzywoda-Kruszyńska) poszukiwanie przyczyn ubóstwa można jednak zamknąć w dwóch podstawowych tendencjach:

- ukazywanie przyczyn ubóstwa tkwiących w jednostce, tzw. „obwinianie ofiary”,
- ukazywanie przyczyn ubóstwa w strukturalnych mechanizmach społecznym, tzw. „obwinianie systemu”.

²² A. Lech, *Świat społeczny bezdomnych...*, op. cit., s. 23.

Teorie, według których ubogi człowiek ponosi „winę” za swe ubóstwo, znane były już w XIX wieku, kiedy to powstawaniu przytułków towarzyszyło przekonanie, iż „przyczyną biedy jest nieprzystosowanie i patologia jednostki. Biedni mieli być ci, którzy sobie nie radzili, czy to z braku umiejętności, zdrowia, motywacji, czy zdolności”²³. Pogląd taki charakterystyczny jest również dla lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku. Przykładem takiego podejścia jest teoria skażonych charakterów. Teoria ta zakłada, że człowiek staje się ubogi „na własne życzenie”, bowiem nie potrafi lub nie chce wykorzystać szans, które daje mu społeczeństwo. „Są biedni, ponieważ nie chce im się pracować. Nie mogą znaleźć pracy, ponieważ nie mają odpowiedniego wykształcenia. Nie mają odpowiedniego wykształcenia, ponieważ nie chcą się uczyć. Nie pracują, nie mają środków na utrzymanie i dlatego popełniają przestępstwa i wreszcie są ubodzy, bo nie szanują rodziny i żyją w niestałych związkach nieformalnych, a dzieci urodzone w takich związkach wtrącają w taką samą biedę”²⁴.

Inne stanowisko odnajdujemy w teoriach poszukujących przyczyn biedy „na zewnątrz” wobec człowieka. Tak jak jest to w teorii ograniczonych możliwości²⁵. Przyczyny ubóstwa są wobec człowieka zewnętrzne i wynikają z niewydolnych rozwiązań makrospołecznych, negatywnie determinujących losy ludzi. Za niewydolności systemu społecznego uznaje się głównie:

- niesprzyjające warunki ekonomiczne, w tym rozległe i trwale bezrobocie, które generuje niskie dochody najsłabszych grup społecznych,
- deficyty środowiska społeczno-kulturowego, w tym rozluźnienie więzi rodzinnych i międzyludzkich, przyczyniających się do takich negatywnych zjawisk, jak bezdomność, braki w komunikacji społecznej, które prowadzą do zrywania z wcześniej uznawanymi normami zachowania i izolacji kulturowej, utrudnienia w dostępie do wykształcenia.

Według teorii ograniczonych możliwości człowiek staje się ubogi nie z własnej winy czy woli, lecz jest zdeterminowany przez sytuację zewnętrzną, czyli niedomogi funkcjonowania systemu. Skutkiem tego jest wyłączenie niektórych osób ze społeczeństwa, a reakcją osób wyłączonych na ową sytuację są zachowania spotykające się ze społeczną dezaprobatą.

Obok teorii skażonych charakterów i teorii ograniczonych możliwości R. Stiller wskazuje na teorię Wielkiego Brata. Według niej odpowiedzialnością za ubóstwo obarczony jest rząd i jego nieskuteczna polityka społeczna, niemotywuująca do aktywności zawodowej. Zasada konkurencji przyjmuje

²³ A. Giddens, *Socjologia*, tłum. A. Szulżycka, Warszawa 2005, s. 339.

²⁴ Ibidem.

²⁵ G. Zabłocki, M. Sobczak, E. Piszczek, M. Kwiecińska, *Ubóstwo na terenach wiejskich północnej Polski*, Toruń 1999, s. 16.

istnienie przegrywających, którzy osłaniani są świadczeniami państwowymi. Jeśli jednak celem polityki społecznej staje się maksymalizacja tych świadczeń, wówczas praca (zwłaszcza ta nisko opłacana) traci swój sens. Opłacalna za to staje się praca na czarno i pobieranie świadczeń. Efektem tego jest powstawanie społeczeństwa dwuwarstwowego, polegające na utrzymywaniu i zaspokajaniu podstawowych potrzeb jednej warstwy przez drugą. Mechanizm taki, według M. Hirszowicz i E. Neymana, prowadzi do pasywnego uzależnienia, postaw roszczeniowych i demotywowania do podjęcia pracy²⁶.

Przyjęta optyka przyczyn ubóstwa implikuje sposób postrzegania ubogich wraz z mechanizmami ich zachowań. I tak autorzy przedstawiają różne koncepcje ubóstwa.

Koncepcją tłumaczącą istotę ubóstwa, zaliczaną również do nurtu upatrywania przyczyn ubóstwa w samym człowieku, jest teoria kultury ubóstwa (*Culture of poverty*). O. Lewis terminu tego użył po raz pierwszy w 1959 roku, odnosząc go zarówno do ubóstwa materialnego, jak i duchowego. Ubóstwo według Lewisa jest pewnym wzorcem, przekazywanym z pokolenia na pokolenie, który determinuje przekonania i wartości przyszłych pokoleń. I tak ubóstwo nie jest „wynikiem niedostosowania jednostek do rzeczywistości społecznej, ale ogólnego klimatu kulturowego, w jakim przebiega socjalizacja dzieci w ubogich rodzinach”²⁷. Ludzie ubodzy w tej teorii ujmowani są jako specyficzna subkultura w ramach szerszej kultury narodowej. W szczególności wyraża się to w wymiarze aksjologicznym. Autor tej koncepcji zauważa, że ubodzy nie tylko znają wartości uznawane przez ogół społeczeństwa, ale nawet deklarują je jako własne, choć nie są w stanie żyć zgodnie z tymi wartościami²⁸. Teoria O. Lewisa znajduje wielu kontynuatorów, wśród nich Ch. Murraya, który wskazuje na kulturę wyuczonej bezradności. Według niego zaliczają się do niej ludzie, którzy preferują korzystanie z pomocy społecznej zamiast aktywności zawodowej. Do takiego stanu rzeczy przyczynia się, zdaniem autora, polityka państwa opiekuńczego, która w pewien sposób odbiera aspiracje i motywację do pracy²⁹.

Opozycyjną koncepcją wobec teorii kultury ubóstwa jest teoria sytuacyjna. Teoria ta nie przyjmuje istnienia specyficznej subkultury ubogich, lecz zakłada, że sposób bycia człowieka i sposób postrzegania przez niego rzeczywistości zdeterminowany jest sytuacją życiową, w której znalazł się

²⁶ M. Hirszowicz, E. Neyman, *Państwo opatrnościowe i jego ofiary*, „Studia Socjologiczne” nr 3/1997, s. 78.

²⁷ A. Giddens, *Socjologia...*, op. cit., s. 339.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Ibidem.

człowiek. Zachowanie i wartości, które przyjmują ubodzy, są konsekwencją ich statusu społecznego i adaptacją do warunków życia. Wraz ze zmianą sytuacji (niskie dochody, bezrobocie) zmieniają się wzorce zachowań³⁰. Pewnym kompromisem pomiędzy koncepcją kulturową i sytuacyjną wydaje się teoria wprowadzona przez Hannerza. Teoria ta zakłada, iż niektóre zachowania są reakcjami na aktualną sytuację, jednak nie mają one charakteru stałego i znikają w momencie zmiany samej sytuacji, niektóre zaś zostają zinternalizowane w postaci norm i nie są podatne na zmianę pomimo zmiany sytuacji³¹.

Ukazując specyfikę polskiego ubóstwa, wskazuje się, głównie wśród badań³², na takie sytuacje życiowe oraz sytuacje ze sfery polityki i ekonomii państwa, które mogą przesądzać o zagrożeniu ubóstwem:

- transformacja ustrojowa,
- bezrobocie,
- wielodzietność i niepełność rodzin,
- choroba i niepełnosprawność,
- patologie (najczęściej alkoholizm, ale też uchylanie się od pracy, narkomania, rozpad rodziny),
- podeszły wiek,
- przeludnienie mieszkań lub wynajem,
- życie w subkulturze ubóstwa.

Wskazać przy tym należy na różnice, jakie zarysowały się w specyfice ubóstwa z okresu przedtransformacyjnego i po transformacji ustrojowej. Na różnice te zwraca szczególną uwagę E. Tarkowska³³. O ile ubóstwo okresu przedtransformacyjnego w Polsce przypisywane jest głównie patologiom społecznym, zaniedbaniom edukacyjnym czy tłumaczone jest dysfunkcjami i niewydolnościami rodziny oraz konsekwencjom starości i przewlekłych chorób, to wśród przyczyn polskiego ubóstwa po transformacji ustrojowej wymienić można te zjawiska, które były próbami reformowania kraju. Zazwyczaj były to niewydolne rozwiązania makrospołeczne. Za bezpośrednią przyczynę wzrostu ubóstwa w Polsce potransformacyjnej uznaje się wzrost bezrobocia, który spowodowany został przekształceniem gospodarki centralnie planowanej do modelu gospodarki rynkowej³⁴.

³⁰ E. Tarkowska, *Świat społeczny biedy a koncepcja kultury ubóstwa*, „Polityka Społeczna” nr 11-12/1999, s. 4.

³¹ A. Lech, *Świat społeczny bezdomnych...*, op. cit., s. 27.

³² G. Zabłocki, M. Sobczak, E. Piszczek, M. Kwiecińska, *Ubóstwo na terenach wiejskich...*, op. cit., s. 16.

³³ E. Tarkowska, *Styl życia biednych rodzin w przeszłości i w teraźniejszości*, (w:) E. Tarkowska (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Warszawa 2000, s. 134.

³⁴ M. Szczepska-Pustkowska, *Dzieci bezrobocia i biedy*, (w:) J. Bińczycka, B. Smolińska-Theiss (red.), *Wymiary dzieciństwa*, Kraków 2005, s. 124.

Juwenalizacja biedy

E. Tarkowska³⁵ za jedną z najbardziej charakterystycznych cech polskiego ubóstwa uznaje ubóstwo dzieci i młodzieży. Tymczasem tematyka dziecięcego ubóstwa zarówno w debacie politycznej, jak i rozważaniach naukowych jest obszarem mało rozpoznany. Fakt ten wiąże się z licznymi problemami badawczymi, zarówno ze strony etycznej, ideologicznej, jak i metodologicznej. Wśród przykładów stereotypowego myślenia w badaniach nad doświadczaniem ubóstwa przez dzieci zauważyć należy tendencję do traktowania rodziny jako podstawowej jednostki badawczej, w której to ubóstwo rozkłada się równomiernie na jej członków, bez względu na płeć, wiek czy inne specyficzne właściwości człowieka. Jak zauważa E. Tarkowska, ta tradycja badawcza przełamywana jest już dziś dzięki nurtowi feministycznemu, choć wciąż jeszcze „uwzględnienie wewnątrzrodzinnych podziałów i zróżnicowań, to stosunkowo nowa perspektywa badawcza w ramach badań nad ubóstwem – także w Polsce”³⁶. W. Warzywoda-Kruszyńska³⁷ zauważa, że przeoczenie problemu ubóstwa dotyczącego dziecko ma wiele powodów. Wśród nich autorka ta wymienia:

- 1) przekonanie, że to, co jest dobre dla dorosłych, jest też dobre dla dzieci, stąd ta sama polityka i te same instrumenty mogą służyć wszystkim tak samo, nie istnieje więc konieczność wyodrębniania dzieci jako beneficjentów;
- 2) świadomość, że bieda wśród dzieci to temat drażliwy politycznie, zagrażający wizerunkowi państwa demokratycznego;
- 3) istnienie ideologicznego sporu o to, na ile dziecko jest odrębnym podmiotem, na ile zaś składnikiem rodziny, a zatem czy punkt odniesienia stanowi Konwencja o Prawach Dziecka czy Karta Praw Rodziny;
- 4) postrzeganie dzieci jako przyczynę biedy, a nie jej ofiary;
- 5) trudności związane z pomiarem i definiowaniem dziecięcego ubóstwa.

W. Warzywoda-Kruszyńska zwraca szczególną uwagę na problemy z definiowaniem ubóstwa wśród dzieci. I tak spotykanych w literaturze określeń, takich jak „bieda dzieci”, „dziecięca bieda” czy „bieda doświadczana w dzieciństwie i młodości”, nie można uznać za tożsame. J. Mar-

³⁵ E. Tarkowska, *Nie masz kasy, jesteś nikim*, (w:) M. Dudzikowa, M. Czerepaniak-Walczak (red.), *Wychowanie*, t. 4. *Pojęcie, procesy, konteksty. Ku demokracji poprzez edukację*, Gdańsk 2008, s. 400.

³⁶ Ibidem.

³⁷ W. Warzywoda-Kruszyńska, dok. elektroniczny dostępny na: <www.dzieckokrzywdzone.pl>.

shall³⁸, przytaczana przez W. Warzywodę-Kruszyńską, za najtrafniejsze uważa sformułowanie „bieda doświadczana w dzieciństwie i młodości”. Według Marshall określenie to nie wskazuje na dzieci jako grupę homogeniczną, co przejawia się w określeniu „bieda dzieci”, uwypuklającym błędne przekonanie, iż dzieci przeżywają biedę w sposób jednakowy.

Istota ubóstwa, którego doświadczają dzieci, polega na tym, iż jest ono formą dziedziczenia świata rodziców. Podkreślić jednak należy, że w świecie dziecka ubóstwo i jego konsekwencje przeżywane są w specyficzny sposób. Przez dzieci „fenomen biedy doświadczany jest jako zaniedbanie w różnych wymiarach ich codziennej sytuacji życiowej”³⁹. Jak zauważa B. Smolińska-Theiss, zjawisko ubóstwa dziecięcego rozumieć należy jako deficyt tkwiący w środowisku, który ogranicza rozwój dziecka i który stanowi barierę jego losu. Należy zatem pojmować ją znacznie szerzej niż jedynie w wymiarze ekonomicznym⁴⁰. W wymiarze pozaekonomicznym, społecznym jest ona analizowana jako kulturowa i społeczna przestrzeń życia dziecka – „rezultat i zarazem przyczyna specyficznej subkultury ludzi ubogich i izolacji społecznej”⁴¹. Dziecko tym samym zostaje usytuowane na marginesie socjalnym, a „miejsce to staje się wyznacznikiem jego losu i podstawą jego tożsamości, nawet wówczas, gdy w jakimś momencie swojego życia opuści ono obszar ubóstwa”⁴². Zatem doświadczenie biedy w dzieciństwie odbiera dziecku nie tylko szansę na zaspokojenie jego podstawowych potrzeb materialnych, niezbędnych do prawidłowego rozwoju, takich jak odpowiednie ubranie czy pełnowartościowy posiłek, ale również przekreśla jego szanse edukacyjne i uczestnictwo w kulturze, a także możliwość korzystania z dóbr cywilizacyjnych. W konsekwencji dzieci, których socjalizacja przebiegała w „kulturze ubóstwa”, obok wielu wyuczonych mechanizmów zachowań czy też przekonań o własnych (nie)możliwościach, pozostają bez wykształcenia lub słabo wykształcone, a co za tym idzie nie mają szans na uzyskanie satysfakcjonującego zatrudnienia, które umożliwiłoby im wyjście z kręgu ubóstwa, i powielają model życia, w którym sami zostali wychowani.

Można więc stwierdzić, że dzieciństwo przeżywane w „przestrzeni ubóstwa” zatracą wszelkie charakterystyczne właściwości dla tego czasu. Życie dziecka w rodzinie ubogiej, obok wielu wymienionych zagrożeń, to przede wszystkim doświadczanie nastrojów rodziców – ich drażliwości, napięcia,

³⁸ Ibidem.

³⁹ W. Warzywoda-Kruszyńska, *Zjawiska biedy dzieci a zagrożenie wykluczeniem społecznym w przyszłości*, dok. elektroniczny dostępny na: <www.brd.gov.pl/badaniebiedy.html>.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ M. Szczepńska-Pustkowska, *Dzieci bezrobocia i biedy...*, op. cit., s. 129.

⁴² Ibidem.

smutku czy codziennych zmagani z brakiem środków do życia. Wszystko to ma bezpośrednie przełożenie w zachowaniach lękowych dziecka. Bowiem to właśnie warunki społeczno-ekonomiczne, w jakich wychowuje się dziecko, są najsilniejszym predykatorem jego ogólnego dobrostanu⁴³. Tymczasem wraz ze zmianami zachodzącymi w społeczeństwie oraz patologizacją życia rodzinnego istnieje zagrożenie narastania tego problemu. Stąd też wszelkiego rodzaju pomoc rodzinom uwikłanym w syndrom 3B (bezrobocie, bieda, bezdomność) uwzględniać powinna trudną sytuację dziecka, które problemy te odczuwa w najboleśniejszy sposób.

Konsument wybrakowany

Przeobrażenia, które dokonują się w ponowoczesnej rzeczywistości, a zwłaszcza te, które dotyczą funkcjonowania społeczeństwa, wpływają bezpośrednio na sposób percepcji i kształtowania poglądów wokół problematyki ubóstwa. Zauważyć można, iż odbiór społeczny ubóstwa w znacznej mierze podyktowany jest trendami myślowymi danej epoki. I tak niegdyś waloryzacja ubóstwa typu ascetycznego dziś ustąpiła miejsca postrzeganiu ubóstwa raczej jako przejawu niezaradności życiowej niż ascetycznej formy życia świętego. Współcześnie w społeczeństwie, o którym naukowcy zwykli mówić „społeczeństwo ryzyka” – jak chce tego U. Beck, czy „społeczeństwo konsumpcyjnym” lub „zindywidualizowanym” – jak chce tego Z. Bauman, kształtuje się nowy wymiar współczesnego ubóstwa.

Wspomniany już U. Beck w książce *Społeczeństwo ryzyka*⁴⁴ wyjaśnia specyfikę „nowego ubóstwa”. Autor ten zauważa, iż w dobie indywidualizacji umożliwiające są dwie sprzeczne tendencje – z jednej strony masowość, z drugiej zaś osamotnienia „losu”, w którym zarówno o sukcesie, jak i o porażce myślimy w kategorii indywidualności. Na fundamencie owego samotnego „losu” U. Beck charakteryzuje „nowe ubóstwo” jako takie, którym nie jest już obarczona klasa, warstwa czy grupa, lecz jednostka rynkowa. I tak los kolektywny przekształcił się w osobisty los jednostkowy, przez co przyczyny zewnętrzne (ubóstwa) zamieniają się we własne winy, a problemy systemu we własne nieudacznictwo. Wnioskować więc można, że ubóstwo pozbawione zostaje takich przyczyn obiektywnych, jak wadliwa polityka państwa czy pomoc socjalna, a staje się „właściwością” osoby ubogiej. Problemy społeczne, jak zauważa Beck, zamieniają się w dyspozycje psy-

⁴³ J. Jefferies McWhirter, B. T. McWhirter, A. M. McWhirter, E. H. McWhirter, *Zagrożona młodzież*, Warszawa 2005, s. 67.

⁴⁴ U. Beck, *Społeczeństwo ryzyka*, tłum. S. Cieśla, Warszawa 2004, s. 78.

chiczne: poczucie osobistego niespełnienia, lęk, konflikty, przez których pryzmat społeczeństwo postrzega osoby ubogie.

Obok indywidualizacji istotnym aspektem ponowoczesnej rzeczywistości jest konsumpcjonizm. Społeczeństwo konsumpcyjne opisywane przez Z. Bauman to takie, które angażuje swoich członków głównie do roli konsumentów. Przy tym Baumanowski konsumpcjonizm, nie oznacza jedynie „trywialnego konsumowania”⁴⁵, lecz jest raczej ciągłą ekscytacją, możliwością dokonywania wyboru, poszukiwaniem nowych przeżyć czy wystawianiem na nowe pokusy. Jest światem, w którym szczęście oznacza „wyciskanie” wszystkich możliwości i szans. Jeśli przyjąć za tym, iż ubóstwo to pewna forma wykluczenia z tego, co oznacza „normalne życie” czy „nieemożność dorównania innym”⁴⁶, to współczesne ubóstwo przybiera postać wykluczenia z magicznego świata konsumpcji. Bycie „wybrakowanym konsumentem”, jak pisze Z. Bauman, prowadzi do „wykluczenia ze społecznego świętowania, do którego inni zostali dopuszczeni”⁴⁷. W świecie, w którym bogactwo budzi podziw i pożądanie, ubóstwo staje się upokarzającym przeżywaniem nijakiej codzienności. Z. Bauman rysuje pesymistyczną wizję ubóstwa, niekonsumenci czy też wybrakowani konsumenci stanowią jedynie problem i utrapienie, nie przynosząc przy tym żadnych korzyści.

Ekсклюzja, będąca wykluczeniem z miejsca i relacji w społeczeństwie, która towarzyszyła ludziom ubogim niemal od zawsze, dziś przybiera nowe formy, charakterystyczne dla rzeczywistości ponowoczesnej. Procesy, takie jak konsumpcjonizm, indywidualizm (a raczej jego patologiczna forma), estetyzacja (współcześnie tworząca „nową etykę”) czy Bachtinowska karnawalizacja życia codziennego, to tylko niektóre z przykładów potencjalnych nowych ognisk wykluczenia społecznego, na które w szczególności sposób narażeni są „nowi ludzie ubodzy”.

Polityka społeczna wobec problemu ubóstwa

Tworzenie teoretycznej mapy pojęć wokół problemu ubóstwa ma cel pragmatyczny, polegający na poszukiwaniu sposobów radzenia sobie z ubóstwem oraz minimalizowania negatywnych skutków tego zjawiska.

Początki państwowego systemu opieki społecznej w Polsce przypadają na rok 1923, kiedy weszła w życie Ustawa o opiece społecznej. W myśl

⁴⁵ Z. Bauman, *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*, Kraków 2006, s. 54.

⁴⁶ Ibidem, s. 77.

⁴⁷ Ibidem, s. 79.

ustawy „opieką społeczną jest zaspokojenie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzaniu się stanu wyżej określonego”⁴⁸. Ustawa ta działała w ścisłej zależności i powiązaniu z opieką zdrowotną. Wraz ze zmianami wywołanymi przez transformację ustrojową, po 1989 roku ujawniły się problemy w wielu sferach życia społecznego, w tym problemy ubóstwa, które w okresie PRL-u były skrzętnie tuszowane. I tak w 1990 roku uchwalono Ustawę o pomocy społecznej (weszła ona w życie z dniem 17 stycznia 1991 roku), również wtedy w miejsce dotychczasowego terminu „opieka społeczna” wprowadzono pojęcie „pomocy społecznej”. Rozróżnienie tych dwóch terminów (wprowadzone jeszcze przez H. Radlińską) ma zasadnicze znaczenie. Pomoc w odróżnieniu od opieki „ma na celu wzmocnienie sił w chwilach trudnych, usuwanie przeszkód zbyt wielkich do pokonania przez jednostkę (...). Pomoc liczy się ze świadomym uczestnictwem, ze współpracą pomagających i korzystających z pomocy w pełni za siebie odpowiedzialnych”⁴⁹. Według tej ustawy pomoc społeczną zdefiniowano jako „instytucję polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia”. Pomoc społeczna jest jednym z komponentów polityki społecznej, stanowiąc tym samym część systemu zabezpieczenia społecznego. Na system zabezpieczenia społecznego składają się: ubezpieczenia majątkowe, osobowe, ubezpieczenia społeczne, ochrona zdrowia, rehabilitacja inwalidów pomoc społeczna wraz z uzupełniającymi świadczeniami socjalnymi⁵⁰.

Celem pomocy społecznej jest zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych człowieka, umożliwienie mu bytowania w warunkach odpowiadających jego godności, a także doprowadzenie do usamodzielnienia i integracji ze środowiskiem (art. 3.1 oraz 3.2). Cele te realizowane są poprzez rozbudowę infrastruktury socjalnej, diagnozę zjawisk wymagających wsparcia, pobudzanie społecznej aktywności oraz przyznawanie świadczeń przewidzianych w ustawie. W myśl aktualnej Ustawy o pomocy społecznej z 2004 roku pomoc społeczna udziela wsparcia w formie świadczeń pieniężnych oraz niepieniężnych⁵¹.

⁴⁸ G. Zabłocki, M. Sobczak, E. Piszczek, M. Kwiecińska, *Ubóstwo na terenach wiejskich...*, op. cit., s. 20.

⁴⁹ I. Klimowicz, L. Barylski, *Od opieki do pomocy społecznej*, (w:) M. Malikowski (red.), *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*, Rzeszów 1997, s. 494.

⁵⁰ Dok. elektroniczny dostępny na: <www.pomocspoleczna.ngo.pl>.

⁵¹ Ibidem.

Świadczenia pieniężne to:

- Zasiłek stały. Przysługuje pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeśli nie przekracza ona kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, czyli 461 zł. Zasiłek stały przysługuje także osobie pełnoletniej pozostającej w rodzinie, całkowicie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kryterium dochodowego na osobę w rodzinie. Wysokość zasiłku stałego jest uzależniona od wysokości dochodu osoby oraz dochodu rodziny i ustala się ją w następujący sposób: w przypadku osoby gospodarującej samotnie, zasiłek stanowi różnicę między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby. Zasiłek nie może w tym wypadku przekroczyć 418 zł. W przypadku osoby w rodzinie, zasiłek stanowi różnicę między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie. Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie.

- Zasiłek okresowy. Przysługuje w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń w innych systemach zabezpieczenia społecznego. Aby uzyskać zasiłek, należy spełniać kryterium dochodowe: w przypadku osoby gospodarującej samotnie, zasiłek stanowi różnicę między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby. Zasiłek nie może w tym wypadku przekroczyć 418 zł. W przypadku osoby w rodzinie, zasiłek stanowi różnicę między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

- Zasiłek celowy. Jest on przyznawany za zaspokojenie niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na: zakup żywności, leki lub leczenie, opał, odzież, niezbędne przedmioty użytku domowego, drobne remonty i naprawy w mieszkaniu.

- Pomoc na usamodzielnienie się oraz kontynuowanie nauki.
- Świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla uchodźców.

Świadczenia niepieniężne to:

- praca socjalna,
- bilet kredytowy,
- składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- składki na ubezpieczenie społeczne,
- pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- poradnictwo specjalistyczne,
- schronienie,
- posiłek,

- niezbędne ubranie,
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- mieszkanie chronione,
- pobyt i usługi w domu pomocy społecznej,
- pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie – w formie rzeczowej dla osób usamodzielnionych.

Znamienną cechą pomocy społecznej, w odróżnieniu od innych sfer zabezpieczenia społecznego, są następujące założenia:

- świadczenia społeczne nie przysługują w sposób automatyczny, a zatem nie mają charakteru roszczeniowego, w celu otrzymania świadczeń należy zgłosić się do ośrodka pomocy,
- instytucje pomocy społecznej przeprowadzają kontrolę stanu majątkowego świadczeniobiorcy,
- administracja publiczna współdziała z podmiotami działającymi w ramach trzeciego sektora, a więc fundacjami, stowarzyszeniami itp.⁵²

Świadczenia społeczne spełniają funkcje⁵³:

- zabezpieczającą – ochrona przed skutkami różnych rodzajów ryzyka socjalnego,
- egalitaryzującą – wyrównywanie szans życiowych różnych grup społecznych,
- edukacyjną – kształtowanie pożądaných społecznie zachowań obywatelskich, pracowniczych, rodzinnych i konsumenckich,
- integracyjną – stwarzanie warunków wzmocnienia więzi społecznej.

Korzystanie ze świadczeń społecznych uznawane jest za część praw człowieka. W Europejskiej Karcie Społecznej z 1996 roku, w artykule 30 znajdujemy:

Prawo do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną

W celu zapewnienia skutecznego wykonywania prawa do ochrony przed ubóstwem i marginalizacją społeczną, Strony zobowiązują się:

- a) podejmować działania, w ramach ogólnego i skoordynowanego podejścia, w celu popierania rzeczywistego dostępu osób oraz ich rodzin znajdujących się lub zagrożonych znalezieniem się w sytuacji margi-

⁵² M. Fic, J. Wyrwa, dok. elektroniczny dostępny na: <www.univ.rzeszow.pl/nauka/konferencje/nierownosci/.../31.doc>.

⁵³ R. Gierszewska, J. Łopato, *Zamożność, dochody...*, op. cit., s. 244.

- nalizacji społecznej lub ubóstwa, zwłaszcza do zatrudnienia, mieszkań, szkolenia, kształcenia, kultury, pomocy społecznej i medycznej,
- b) dokonywać, jeśli to konieczne, przeglądu tych działań w celu ich dostosowania do sytuacji.

Ku nowym rozwiązaniom

Odnalezienie nowych metod do walki z ubóstwem i jego skutkami wciąż stanowi jedno z ważniejszych wyzwań socjalnych Unii Europejskiej. Nowe strategie wymagają przede wszystkim zmian w sposobie myślenia o ubóstwie i wyjście poza wypracowane już schematy pomocy. Godną uwagi jest koncepcja jakości społecznej (*social quality*)⁵⁴, odnosząca się do takiej jakości życia społecznego w wymiarze społecznym, ekonomicznym i politycznym, która gwarantuje dobrostan. Osiągnięcie owego „dobrostanu obywateli” możliwe jest poprzez:

- zapewnienie minimalnego poziomu bezpieczeństwa ekonomicznego,
- doświadczania podstawowego poziomu inkluzji społecznej,
- życie we wspólnocie, która realizuje zasadę integracji społecznej,
- posiadanie możliwości rozwijania swoich zdolności.

Poszukiwanie nowych rozwiązań nabiera dziś szczególnego znaczenia, Unia Europejska ogłosiła bowiem rok 2010 Europejskim Rokiem Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym. „Podstawowe cele Roku to zwiększenie świadomości opinii publicznej na temat ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz zwiększenie zaangażowania politycznego Unii Europejskiej i państw członkowskich w walkę z tymi problemami. Zadaniem Europejskiego Roku jest również walka ze stereotypami i zbiorową percepcją ubóstwa. Opierając się na unijnych zasadach solidarności i partnerstwa, Rok 2010 nawołuje do zdecydowanej walki z przyczynami ubóstwa, aby wszyscy członkowie społeczeństwa mogli odgrywać w nim pełną i aktywną rolę”⁵⁵.

Wybrana literatura

- Bauman Z., *Praca, konsumpcjonizm i nowi ubodzy*, Kraków 2006.
- Beck U., *Społeczeństwo ryzyka*, tłum. S. Cieśla, Warszawa 2004.
- Bińczycka J., Smolińska-Theiss B. (red.), *Wymiary dzieciństwa*, Kraków 2005.
- Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa 2006.
- Czarnocki A., Łazewski W., Skorowski H. (red.), *Ubóstwo*, Warszawa 1998.

⁵⁴ L. Dziewięcka-Bokun, *Unia Europejska przeciw biedzie i ekskluzji społecznej*, (w:) L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wrocław 2003, s. 229.

⁵⁵ Dok. elektroniczny dostępny na: <www.2010againstopoverty.eu/about/?langid=pl>.

- Dudzikowa M., Czerepaniak-Walczak M. (red.), *Wychowanie, t. 4. Pojęcie, procesy, konteksty. Ku demokracji poprzez edukację*, Gdańsk 2008.
- Dziewięcka-Bokun L., Zamorska K. (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wrocław 2003.
- Firlik-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2007.
- Frysztacki K., Piątek K. (red.), *Wielowymiarowość pracy socjalnej*, Toruń 2002.
- Giddens A., *Socjologia*, Warszawa 2005.
- Golinowska S., Tarkowska E., Topińska I. (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania, metody, wyniki*, Warszawa 2005.
- Grotowska-Leder J., *Fenomen wielkomiejskiej biedy. Od epizodu do underclass*, Łódź 2002.
- Kmiecik-Baran K., *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*, Gdańsk 2009.
- Korzeniowska K., Tarkowska E. (red.), *Lata tłuste, lata chude. Spojrzenie na biedę w społecznościach lokalnych*, Warszawa 2002.
- Lech A., *Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje*, Katowice 2007.
- Malikowski M. (red.), *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*, Rzeszów 1997.
- Młokosiewicz M., *Metodologiczne aspekty badania ubóstwa*, „Zeszyty Naukowe US”, Prace Katedry Mikroekonomii [Szczecin] nr 8, 2003.
- Skulmowska-Lewandowska A., *Życie w biedzie. Analiza wzorów kulturowych ubogich mieszkańców Torunia*, Toruń 2006.
- Tarkowska E. (red.), *Przeciw biedzie. Programy, pomysły, inicjatywy*, Warszawa 2002.
- Tarkowska E. (red.), *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie*, Warszawa 2000.
- Warzywoda-Kruszyńska W., Grotowska-Leder J., *Wielkomiejska bieda w okresie transformacji*, Pabianice 1996.
- Zabłocki G., Sobczak M., Piszczek E., Kwiecińska M., *Ubóstwo na terenach wiejskich północnej Polski*, Toruń 1999.

SIEROCTWO

Sieroctwo, czyli o kogo chodzi

W sformułowaniu „sierota” chodzi o małoletnie dziecko, które nie ma rodziców, nie zaś o dziecko w rozumieniu „krewny zstępny w linii prostej pierwszego stopnia”. W tym drugim przypadku słowo „dziecko” używane jest między innymi na gruncie prawa spadkowego, gdzie dzieckiem nazywany jest niekiedy sędziwy spadkobierca (dziecko spadkodawcy).

Dziecko staje się sierotą wskutek śmierci rodziców lub w razie ich zaginięcia, czy też wówczas, gdy rodzice są nieznani.

Nie chodzi więc w omawianym przepisie o dzieci nazywane zwłaszcza w literaturze pedagogicznej i psychologicznej „sierotami społecznymi” czy też „sierotami duchowymi”¹, lecz o te, które ze wskazanych wyżej powodów nie mają rodziców. Sierotami społecznymi nazywane są te dzieci, które umieszczono poza rodziną na mocy orzeczenia sądu opiekuńczego wydanego na podstawie przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego dotyczących ingerencji w sferę władzy rodzicielskiej (od art. 109 par. 2 pkt 5 do art. 111 par. 1a)². Mianem sieroty duchowej określa się, najogólniej rzecz ujmując, osoby odczuwające osamotnienie, mimo że żyją wraz z rodziną. Do pierwszej z tych grup odnosi się treść art. 7 pkt 9 Ustawy o pomocy społecznej, w którym przewidziano objęcie pomocą społeczną z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych. Owa bezradność rodziców może doprowadzić do sytuacji, w której konieczne stanie się odseparowanie

¹ Zob. np. A. Szyborska, *Sieroctwo społeczne*, Warszawa 1969; S. Kozak, *Sieroctwo społeczne*, Warszawa 1984; B. Passini, *Sieroctwo społeczne*, Warszawa 1996; T. Olearczyk, *Sieroctwo i osamotnienie. Pedagogiczne problemy kryzysu współczesnej rodziny*, Kraków 2008; I. Obuchowska, *Dziecko zagubione w sieroctwie*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 5, 1998.

² Zob. na ten temat T. Smyczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, wyd. 5, Warszawa 2009; J. Strzebińczyk, *Władza rodzicielska*, (w:) T. Smyczyński (red.), *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, Warszawa 2003.

od nich dziecka i umieszczenie go w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Wówczas liczni uczeni, a także dziennikarze i inni, mówiąc o nim, zapewne określać go będą mianem „sieroty społecznej”³.

Często sieroty (dzieci, które nie mają rodziców) określane są jako „sieroty biologiczne”, a to w celu doprecyzowania przez autora wypowiedzi, o jaką osobę mu chodzi, gdyż pojęcia „sieroctwo społeczne”, „sierota społeczna”, ze względu na powszechne ich używanie, wykorzystywane są częściej niż określenie sieroctwo/sierota (bez przymiotnika). Mogłoby to prowadzić do nieporozumień, gdyby adresat wypowiedzi niejako automatycznie błędnie rozumiał jej treść, uważając, że mowa jest o tzw. sierotach społecznych.

W art. 6 pkt 2 UPS mowa jest z kolei o „sierocie zupełnej”. Przymiotnik ma tu służyć do doprecyzowania, że chodzi o dziecko, które nie ma obojga rodziców, a więc nie jest półsierotą (sierotą niezupełną). Osobie będącej sierotą zupełną należy dodać do renty, który wliczany jest do dochodu dziecka ubiegającego się o świadczenia z pomocy społecznej. Nie odnosi się to natomiast do półsierot.

Spośród uregulowań zawartych w UPS sierot dotyczą przede wszystkim te, które normują funkcjonowanie ośrodków adopcyjno-opiekuńczych. Dziecku, które nie ma rodziców, zwłaszcza kiedy jest małe, stosunkowo łatwo można znaleźć rodzinę adopcyjną. Niekiedy dziecko osierocone umieszczane jest też w rodzinie zastępczej.

³ Warto wskazać na słabości związane z używaniem pojęć „sieroctwo”, czy też „sieroctwo społeczne”. W pracy socjalnej ważne jest, by używać słów, które nie tworzą barier w komunikacji z interlokutorem. Słowo „sierota” eliminuje rodziców. Posługiwanie się nim jest błędem wobec dzieci, które mają rodziców, których rodzice tkwią w ich emocjach, a poza wszystkim mieszkają z reguły w tym samym mieście lub powiecie, co dziecko umieszczone w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Błąd ten w niewielkim stopniu osłabiony jest przez opatrywanie rzeczownika „sierota” przymiotnikiem „społeczna”. Jedną z praktycznych konsekwencji tego błędu jest kształcenie studentów na licznych kierunkach pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej w taki sposób, jakby przygotowywano ich do pracy z sierotami. Zatrudniani w placówkach opiekuńczo-wychowawczych absolwenci tych kierunków są często bezradni wobec rzeczywistości, z jaką się stykają – nie potrafią nawiązać właściwych relacji w dziećmi, którzy duchem są poza placówką, nie mówiąc już o braku umiejętności współpracy z rodziną wychowanka.

BEZDOMNOŚĆ

Bezdomność – to problem, bezdomny – to człowiek

Problem bezdomności, pomimo wieloletniej praktyki instytucji pomocy społecznej, ciągle uznawany jest za dotkliwy dla osób bezdomnych, ale również dla otoczenia społecznego. W Polsce bezdomność była skrętnie ukrywana aż do 1989 roku, gdyż jej charakter deprecjonował opiekuńczy system państwa. Jak wskazuje A. Przyemeński, do końca lat 80. XX wieku bezdomność nie była postrzegana jako problem społeczny. Istniała tendencja do penalizacji osób, które najłatwiej było zaklasyfikować jako włóczęgów. Sami bezdomni karani byli najczęściej za to, że uchylają się od pracy. Represje wobec nich były najczęściej przymusową izolacją w różnego rodzaju zakładach zamkniętych, w tym odwykowych i resocjalizacyjnych, a w przypadku naruszania błahych nieraz norm porządku publicznego, zwłaszcza w sytuacji niemożności (nieraz odmowy) opłacenia zasądzonych grzywien, także na wymierzaniu kar więzienia¹. Powszechna dostępność pracy sprzyjała utrwaleniu się stygmatu człowieka bezdomnego jako włóczęgi, pasożyta społecznego, nieroba, alkoholika, degenerata i kryminalisty. Pewną ich subkategorię tworzyli tzw. giganci, którzy „wybrali” swoistą formę życia bez zobowiązań. Przesłanką takich wyborów były jednak z reguły zaburzenia psychiczne².

¹ Ks. J. Marszałkowicz opisuje szybki tryb radzenia sobie z problemem – w latach 80. przymusowo usuwano bezdomnych z miejsc publicznych i zamykano ich na trzy miesiące do więzień. Por. J. A. Marszałkowicz, *Bezdomność 1945–1997: losy bezdomnych, zmiany i rozmiary zjawiska, rola schronisk. Referat na konferencji „Bezdomność – stan i perspektywy”*, Wrocław, kwiecień 1997.

² Por. A. Przyemeński, *Polityka społeczna wobec problemu bezdomności w Polsce w latach 1945–1989*, (w:) A. Rączaszek, W. Koczur (red.), *Polityka społeczna w życiu społeczno-gospodarczym kraju*, Katowice 2007.

Podstawowe pytania o wielkość populacji bezdomnych do dziś są obarczone niepewnością i dowolnością klasyfikacji. Wielu badaczy szacuje liczbę bezdomnych od 200 do 350 tysięcy³. Biorąc pod uwagę zmienność, jak i sezonowość tego problemu, takie szacunki są obecnie kwestionowane, a głównym argumentem w ich podważaniu jest wskazanie, że niejednoznaczność definicji, kogo uznać za osobę bezdomną, powoduje nadużycia w statystycznych dookreśleniach tej kategorii. Mówienie o bezdomności wspólnie można charakteryzować mianem dyskursu znacznie rozbudowanego, nie tylko o ilość publikacji naukowych, ale także o różnorodność wpisывania do obszaru bezdomności problemów szerszych, aniżeli wskazuje na to polityka społeczna czy praca socjalna. Takim przykładem jest traktowanie jako bezdomnych osób kulturowo zagubionych, którzy nie deklarują wiary w trwałe wartości, w trwałość więzi międzyludzkich, mających problemy z pytaniem o własną tożsamość i przynależność. Są to jednak ludzie, których nie charakteryzuje brak mieszkania, domu czy niezaspokojenie podstawowych potrzeb ekonomicznych. W takich odniesieniach próbuje się jednak tworzyć nowe określenia np. bezdomności duchowej, która ma niewiele wspólnego z problemami społecznymi rzeczywistych bezdomnych.

Grupa bezdomnych bezspornie może być natomiast poszerzona o osoby, które na skutek klęsk żywiołowych (takich jak ostatnie powodzie w Polsce) straciły cały dobytek. Dotąd w podejmowanych analizach była to grupa marginalna. Obecnie nie jest ona jeszcze charakteryzowana ilościowo, a raczej szacowana w odniesieniu do wielkości obszarów geograficznych dotkniętych kataklizmami. Warto zwrócić uwagę, że jest to specyficzna kategoria, która nie daje się charakteryzować za pomocą cech kultury ubóstwa – biedy socjalizowanej, powodowanej reprodukcją uznanych za dysfunkcjonalne sposobów życia, taki rodzaj braku domu należy raczej opisywać w odniesieniu do problemu sytuacji kryzysowych. Nie może być to grupa włączana w tradycyjne analizy dotyczące położenia marginalizowanych społecznie osób żyjących bez domu.

Samo klasyfikowanie bezdomności wspólnie nie dotyczy jedynie osób fizycznie pozbawionych własnego dachu nad głową. Europejska typologia bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS zakłada istnienie trzech domen konstytuujących „dom” nie tylko w ekonomicznym znaczeniu. Są to:

- domena fizyczna, przestrzeń chroniąca człowieka przed warunkami atmosferycznymi;
- domena prawna, jako gwarancja posiadanych dóbr i gwarancja możliwości zamieszkiwania;

³ J. A. Marszałkowicz, *Bezdomni*, „Tygodnik Powszechny” nr 16/1996.

- domena społeczna, pozwalająca na prywatność, intymność, relacje z drugim człowiekiem.

Jeśli jednostka pozbawiona jest jednej z domen, zachodzić może któryś z obszarów bezdomności.

Tabela 1. Siedem teoretycznych obszarów bezdomności

	Teoretyczny obszar bezdomności	Obszar fizyczny	Obszar prawny	Obszar społeczny
Bezdomność	1. brak dachu nad głową	brak lokum (dachu nad głową)	brak tytułu prawnego do wyłączności na zajmowanej przestrzeni	brak gwarantującej bezpieczeństwo prywatnej przestrzeni pozwalającej na realizację relacji społecznych
	2. bezdomność	posiadanie miejsca do życia spełniającego warunki mieszkalne	brak tytułu prawnego do wyłączności na zajmowanej przestrzeni	brak gwarantującej bezpieczeństwo prywatnej przestrzeni pozwalającej na realizację relacji społecznych
Wykluczenie mieszkaniowe	3. niezabezpieczone i nieodpowiednie zakwaterowanie	posiadanie miejsca do życia (niezabezpieczonego i niespełniającego warunków mieszkalnych)	brak zabezpieczenia najmu	gwarantuje możliwość realizacji relacji społecznych
	4. nieodpowiednie zakwaterowanie i brak „bezpieczeństwa społecznego” w legalnie zajmowanym lokum	nieodpowiednie lokum (niespełniające warunków mieszkalnych)	posiadanie tytułu prawnego i/lub zabezpieczenie najmu	brak gwarantującej bezpieczeństwo prywatnej przestrzeni pozwalającej na realizację relacji społecznych
	5. nieodpowiednie zamieszkanie (zabezpieczony najem)	nieodpowiednie lokum (niespełniające warunków mieszkalnych)	posiadanie tytułu prawnego i/lub zabezpieczenie najmu	gwarantuje możliwość realizacji relacji społecznych
	6. niezabezpieczone zakwaterowanie przy odpowiednich warunkach mieszkalnych	posiadanie miejsca do życia	brak zabezpieczenia najmu	gwarantuje możliwość realizacji relacji społecznych
	7. brak „bezpieczeństwa społecznego” w ramach zabezpieczonych i odpowiednich warunków mieszkaniowych	posiadanie miejsca do życia	posiadanie tytułu prawnego i/lub zabezpieczenia najmu	brak gwarantującej bezpieczeństwo prywatnej przestrzeni pozwalającej na realizację relacji społecznych

Źródło: J. Wygnańska, *Dane statystyczne o bezdomności w Polsce. Raport dla Europejskiego Obserwatorium Bezdomności FEANTSA*, „Pomost. Pismo Samopomocy”, Gdańsk 2005, s. 8.

W literaturze dotyczącej problemu wskazane przyczyny bezdomności dają się poddać ogólnej klasyfikacji. Podstawowym odniesieniem może być uznanie przyczyn zawinionych i niezawinionych, choć takie rozgraniczenie nie ma często wartości poznawczej, a jedynie próbuje charakteryzować różne ujęcia przyczynowe zjawisk, które prowadzą do podobnych konsekwencji – braku domu, bliskich i jakiegokolwiek przynależności. Niezależnie od opinii o przyczynach mikro- czy makrospołecznych bezdomni poddawani są społecznej ekskluzji w wielu sferach życia społecznego, charakteryzuje ich brak trwałych więzi z rodziną pochodzenia i prokreacji, bezradność, zdezorientowanie w podstawowych normach społecznych, w oczekiwaniach kierowanych do nich, a także w możliwościach uzyskania wsparcia społecznego. Warto podkreślić powiązania bezdomności z kulturą ubóstwa (O. Lewis), która charakteryzuje się biedą materialną i duchową. Jak wskazuje koncepcja kultury ubóstwa, ludzie, którzy od pokoleń żyją w obszarze biedy, poddawani są specyficznej socjalizacji, reprodukują wzory i wartości głównie nastawione na walkę o przetrwanie, z dużym naciskiem konieczności działań egoistycznych. Znaczna i długotrwała deprywacja potrzeb powoduje u nich niemożność funkcjonowania w innych warunkach.

Przyjmując podziały przyczyn bezdomności, wskazuje się na ich różne podłoże i wielość wzajemnych powiązań. Można je ulokować w różnych poziomach, które zawierają najbardziej typowe, powtarzalne doświadczenia bezdomnych⁴.

Poniższy wykres (schemat 1) obrazuje jeden z obszarów deficytowych – brak wykształcenia, niskie kwalifikacje zawodowe bądź ich brak – co ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ekonomiczne.

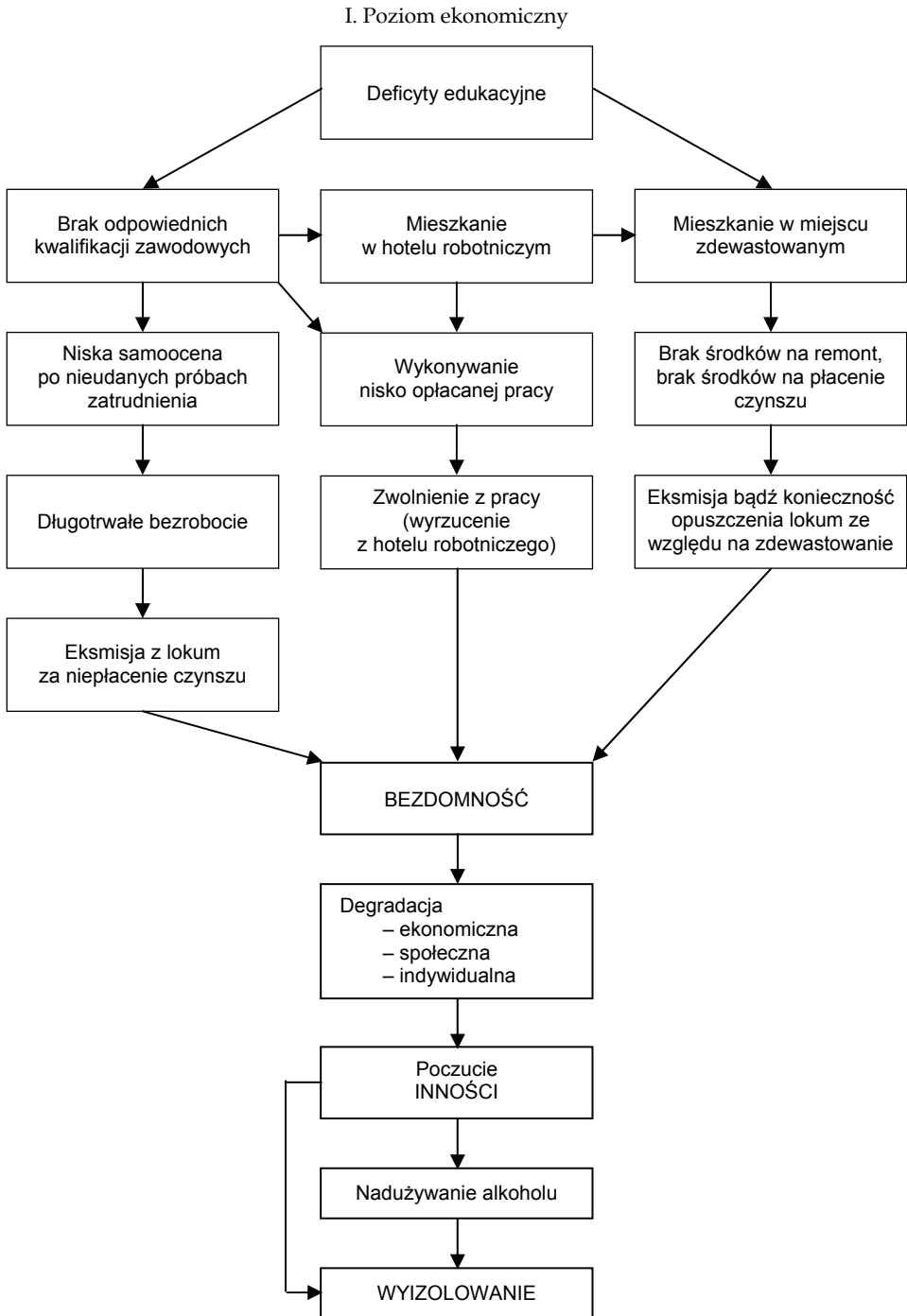
Kolejny schemat (schemat 2) obrazuje deficyty, które są wynikiem ograniczonych bądź nieprawidłowych relacji z innymi ludźmi. Braki te eliminują możliwości otrzymania wsparcia w krytycznych sytuacjach życiowych, a także stają się podłożem wielu problemowych doświadczeń.

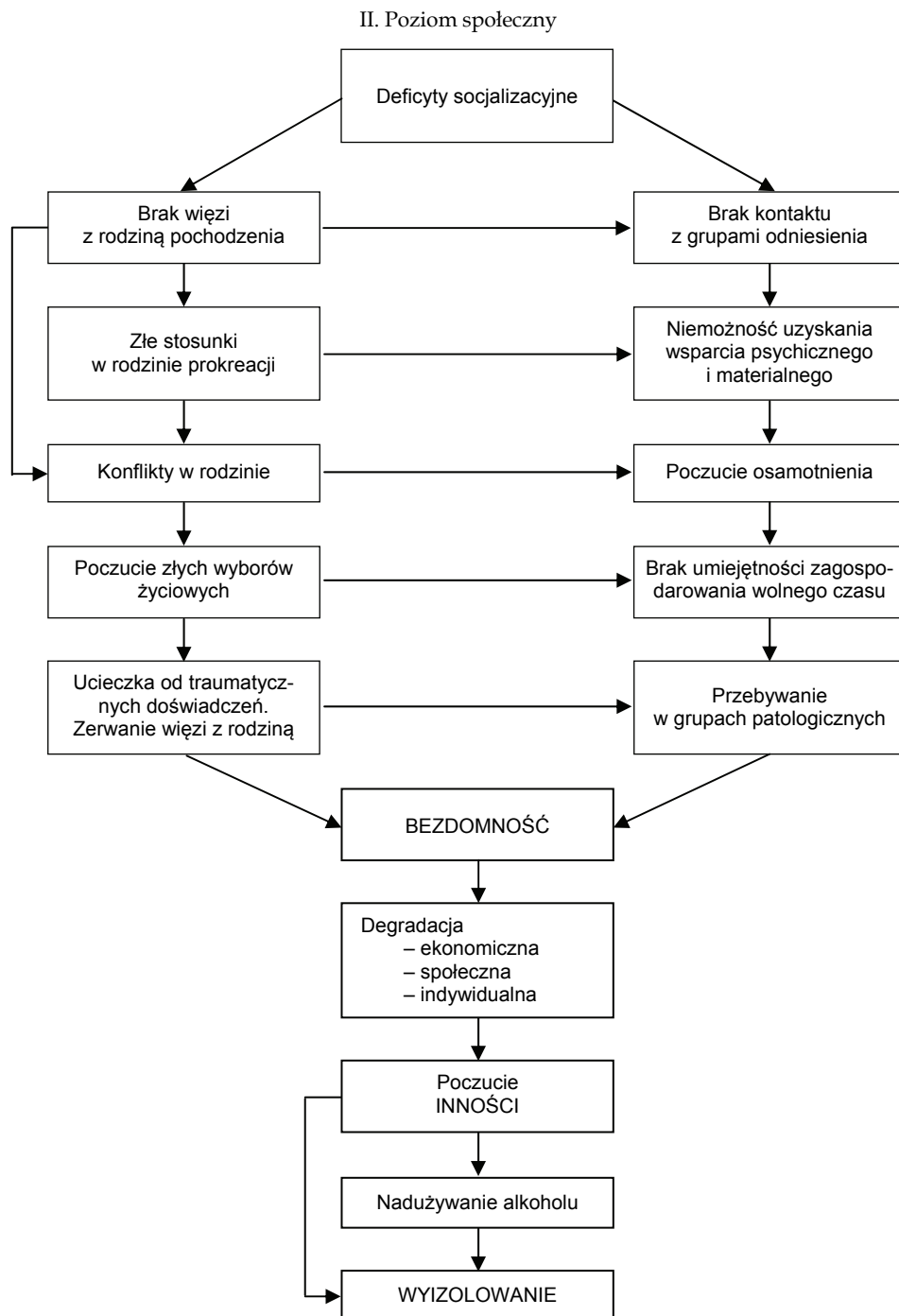
Trzeci schemat wskazuje na deficyty emocjonalne, podkreślając jednostkową trajektorię generowania problemów. Jednocześnie mogą być one przyczyną i wynikiem zaburzonych interakcji społecznych. W znacznej mierze odciskają one piętno na funkcjonowaniu jednostki i jej subiektywnej samoocenie.

Schemat czwarty odnosi się do braków w internalizacji norm, wzorów i wartości społecznie aprobowanych, co odzwierciedla się w poczuciu zagubienia w funkcjonowaniu społecznym.

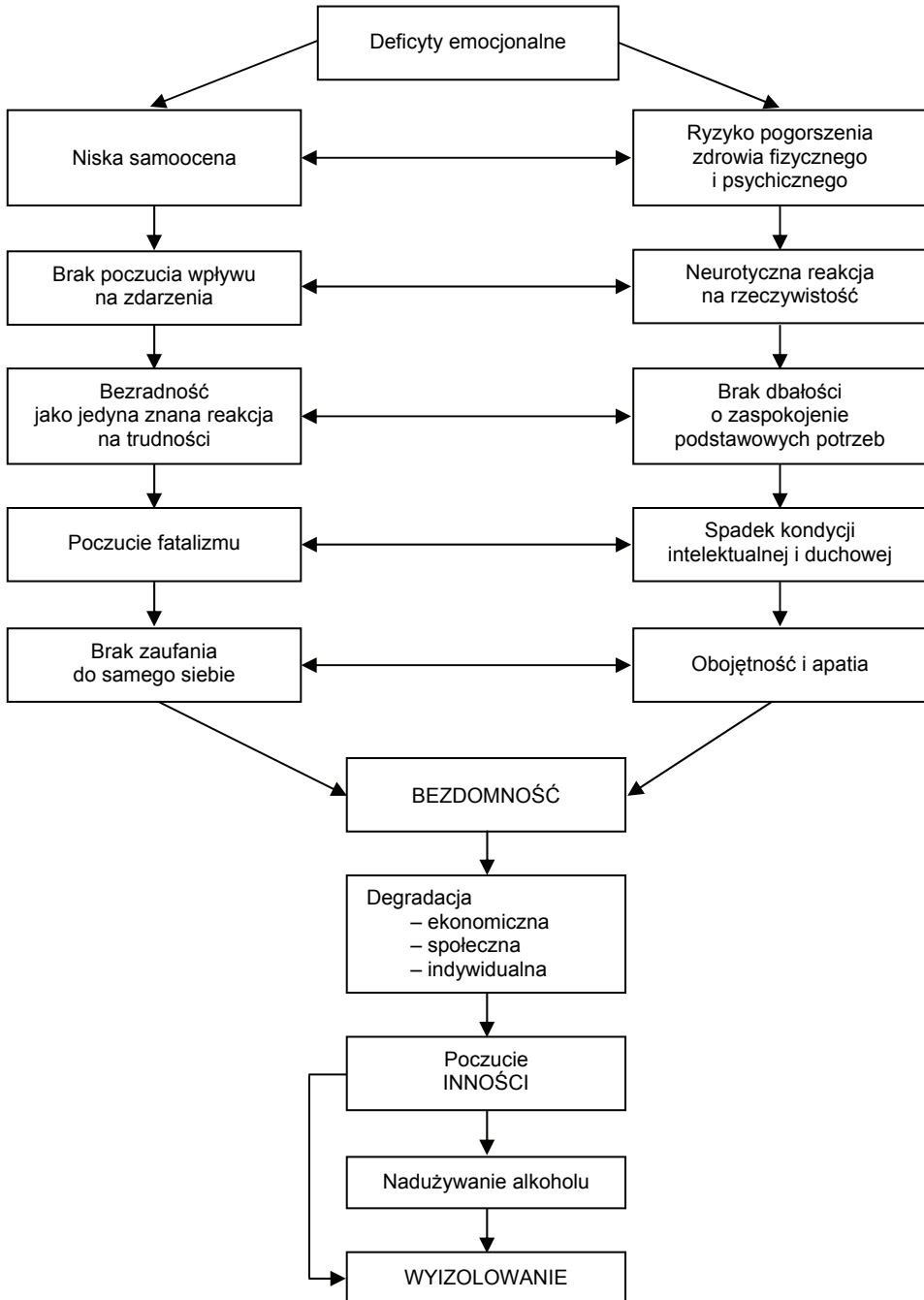
⁴ Szczegółowa analiza zawarta w: M. Oliwa-Ciesielska, *Piętno nieprzypisania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*, Poznań 2006, s. 29–32.

Schemat 1. Droga bezdomnych do wyizolowania społecznego



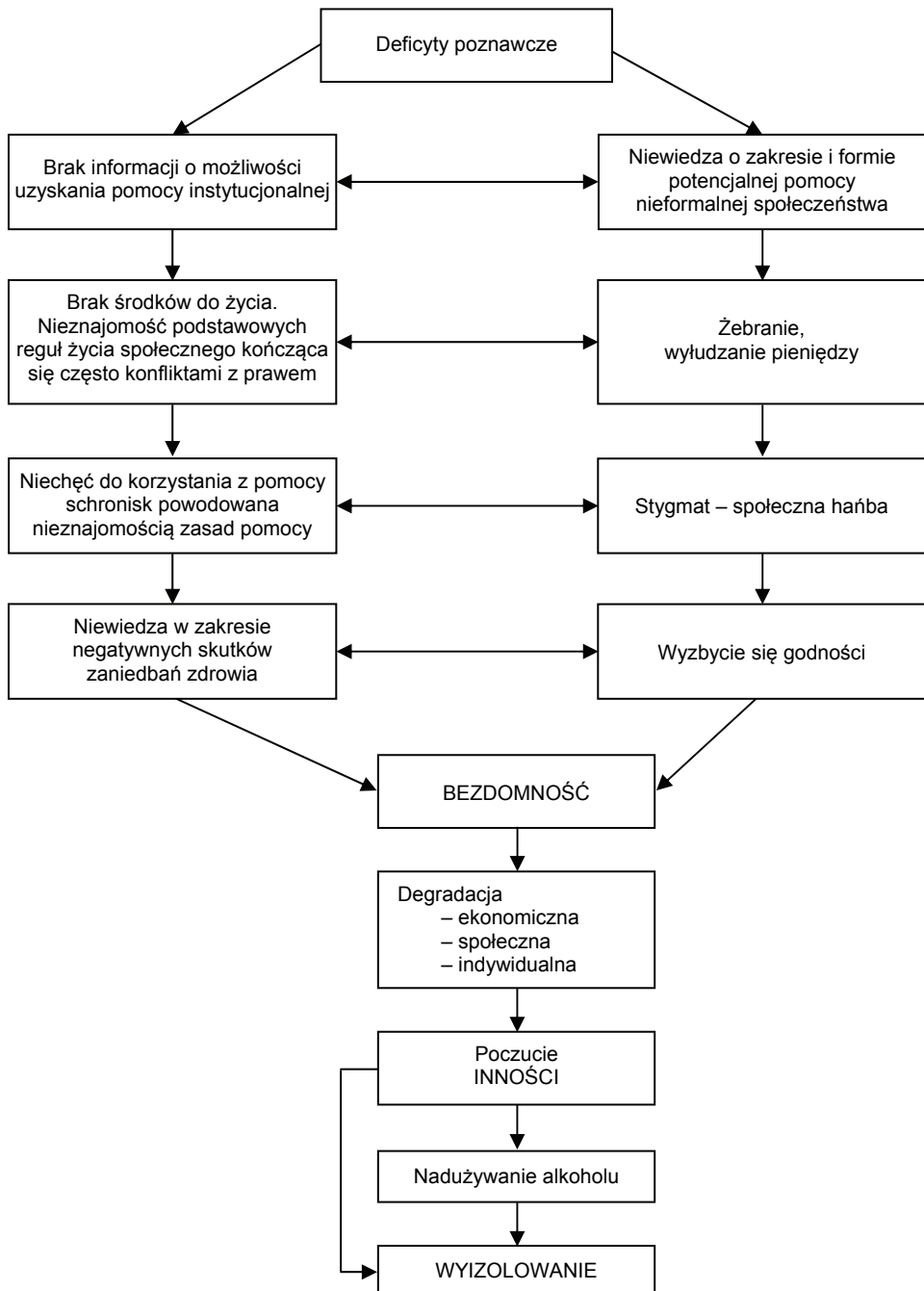
Schemat 2. Droga bezdomnych do wyizolowania społecznego

Schemat 3. Droga bezdomnych do wyizolowania społecznego
 III. Poziom indywidualny (jednostkowy)



Schemat 4. Droga bezdomnych do wyizolowania społecznego

IV. Poziom instytucjonalny (reguły życia społecznego)



Współcześnie bezdomność rozpatrywać można socjologicznie w różnych wymiarach. Rozpatrywanie bezdomności przez pryzmat ubóstwa, problemu społecznego i patologii jest zwykle zasadne, gdyż wskazane sfery ściśle przenikają się i zawsze wiążą się z wykluczeniem społecznym. Bezdomność stanowi syndrom ubóstwa, wszelkiego rodzaju braków. Pozbawienie domu, bliskich, możliwości godnego schronienia niesie ze sobą także skrajne ubóstwo. Brak jakichkolwiek dóbr przy jednoczesnym zwątpieniu w możliwość posiadania czegokolwiek na własność rodzi specyficzny sposób odbierania swojego życia w kategoriach tu i teraz. Bieda, która jest nieodłącznie wpisana w stan bezdomności, pociąga za sobą nie tylko deficyty materialne. Życie bez możliwości zaspokojenia potrzeb na akceptowanym w danej kulturze poziomie powoduje brak bezpieczeństwa, potęgowany stagnacją i regresem w rozwoju jednostki. Nieposiadanie dóbr materialnych ściśle wiąże się z deprivacjami we wszystkich innych sferach, które stanowią o godności i wartości danej osoby.

Istotne jest także wskazanie na mechanizm socjalizowania jednostek do trwania w biedzie, który wiąże się z wyuczoną bezradnością. Postrzeganie ubóstwa w sferze prawomocności jego występowania wśród kategorii bezdomnych jest uznawane za typowe. „Ubóstwo w prawomocnych reprezentacjach uchodzi za taki wymiar upośledzenia, który zaburza typowy proces „społecznego starzenia się jednostki”, odbierając mu pierwszy etap, tj. dzieciństwo. (...) Ubóstwo jako życie bez dzieciństwa to także w swych prawomocnych reprezentacjach rodzaj piętna. Wolność od ubóstwa to przecież wolność od pewnego typu demograficznie wyobrażonej determinacji”⁵.

Bezdomność można charakteryzować jako problem społeczny z uwagi na to, że posiada cechy, które stanowią szczególną dolegliwość społeczną. Niezależnie od tła społeczno-kulturowego jest ona uznawana za stan wysoce niepożądany, najczęściej wymusza ona bowiem działania represyjne ze strony otoczenia społecznego, a także wymaga zorganizowanych działań instytucjonalnych, mających za zadanie eliminację, ograniczenie lub prewencję. Niestety badania bezdomności w Polsce wskazują raczej na ogólne dążenie do ochrony społeczeństwa przed osobami niepożądanymi aniżeli ochronę w pierwszej kolejności osób nieprzystosowanych, słabszych, często niedających szans na pełną społeczną inkluzję.

Za traktowaniem bezdomności jako zjawiska patologicznego może przemawiać fakt, iż niezależnie od bezpośrednich i pośrednich uwarunkowań tego stanu nie mieści się ona w ramach zachowań aprobowanych

⁵ M. Jacyno, *Iluzje codzienności. O teorii socjologicznej Pierre'a Bourdieu*, Warszawa 1997, s. 109.

społecznie⁶. Nietolerancja społeczna wobec bezdomności niezależnie od przyczyn istnienia tego problemu, wyznacza konieczność potraktowania bezdomności jako zjawiska anomicznego, które wiąże się z wycofaniem z życia społecznego na skutek niemożności czy nieumiejętności przyjmowania za własne społecznie określonych norm, wzorów, wartości. Propozycja traktowania bezdomności jako patologii społecznej podyktowana jest przyjęciem za patologię:

- a) zjawisk negatywnie związanych z fizycznym bytem jednostek,
- b) zjawisk negatywnych związanych z życiem rodziny,
- c) zjawisk ujemnych, które powstają lub utrzymują się na tle zorganizowanej działalności gospodarczej w określonych grupach społecznych⁷.

Według K. Hurrelmanna zachowanie dewiacyjne związane z patologią oznacza „wszystkie zachowania bądź zabronione przez prawo, bądź społecznie niepożądane czy nieakceptowane (według kryterium czy stoją w sprzeczności z powszechnie przyjętymi zasadami i czy naruszają porządek i spokojną egzystencję członków społeczeństwa) i/albo zachowania, które bądź przeszkadzają lub utrudniają rozwój osobowości jednostki, bądź pozostają z nimi w kolizji”⁸.

Szerokie klasyfikacje bezdomności wskazują na istnienie w jej obrębie różnorodnych podziałów. Jednym z nich jest wskazanie A. Przymeńskiego na bezdomność płytką i głęboką. Za bezdomnych płytko uznaje on osoby, które mogą prowadzić samodzielne życie w formach akceptowanych w danej kulturze. Brak własnego lokum spowodowany jest w tym przypadku czynnikami, na które własnym staraniem dane jednostki nie mogą wpłynąć – nisko opłacana praca, brak uprawnień do lokalu mieszkalnego, bezrobocie, renta, emerytura, zasiłek stały i wszelkie świadczenia, które są zbyt niskie, aby można funkcjonować, realizując planowany sposób życia. Osoby te, zdaniem autora nie potrzebują programów reintegracyjnych. Za bezdomnych głęboko uważa on natomiast osoby nieprzystosowane społecznie, które z tego powodu nie są w stanie funkcjonować w sposób społecznie akceptowany. Są to np. osoby po wieloletnim wyroku więzienia, zaburzone psychicznie, pogrążone w nałogach. W odróżnieniu od pierwszej kategorii, dla tych osób konieczne jest uruchomienie programów reintegracyjnych⁹.

⁶ A. Kotlarska-Michalska, *Psychospołeczne aspekty bezdomności*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań 1998, s. 240.

⁷ *Ibidem*, s. 242.

⁸ K. Hurrelmann, *Struktura społeczna a rozwój osobowości*, Poznań 1994, s. 140.

⁹ A. Przymeński, *Aktualny stan problemu bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny*, (w:) M. Dębski, K. Stachura (red.), *Oblicza bezdomności*, Gdańsk 2008, s. 19–20.

Podstawowe definicje bezdomności

Definiowanie bezdomności powoduje wiele problemów ze względu na złożoność sytuacji osób dotkniętych tym problemem, ale także z powodu eksponowania w analizie różnych sfer deficytowych. Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku w art. 6.8 wskazuje jako bezdomną osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osobę niezamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Określenia socjologiczne bezdomności są często znacznie bardziej opisowe, wskazują na różne jej aspekty, aspirując do adekwatnego określenia problemu. Wielu badaczy postuluje, aby definicję bezdomności poszerzyć o wymiar psychologicznego poczucia braku domu, w sensie braku bliskich i jednocześnie w sensie braku poczucia bezpieczeństwa. Posiadanie dachu nad głową nie może być rozstrzygające w klasyfikowaniu do bezdomności, gdyż to wykluczałoby z tej grupy osoby przebywające w schroniskach i noclegowniach. Istotne jest także wskazanie na osoby, które np. mieszkają wraz z przyjaciółmi, nie posiadają własnego lokum, a subiektywnie nie określają swojego położenia jako bezdomności.

Odmienny pogląd na bezdomność prezentuje M. Pisarska, która przyjmuje, iż „bezdomny to człowiek nieposiadający własnego mieszkania lub osoba o specyficznych predyspozycjach, która nie akceptuje norm społecznych, która w imię wolności dokonała wyboru pewnego sposobu życia – typ wędrowca, tułacza”¹⁰. Propozycje autorki skupiają się na rozróżnieniu trzech kategorii bezdomności:

- a) bezdomnych z przymusu,
- b) bezdomnych tymczasowych,
- c) bezdomnych z wyboru.

Pisarska proponuje spojrzenie całościowe, według którego „bezdomny to człowiek nieposiadający własnego mieszkania ani środków na jego zdobycie, niemający możliwości powrotu do ostatniego miejsca zamieszkania (bezdomny z przymusu), bezdomny to człowiek, który odrzucił normy społeczne, typ wiecznego wędrowca realizującego wybrany styl życia (bezdomny z wyboru)”¹¹.

Powyższe ustalenia mogą być dyskutowane. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że pogląd o istnieniu dobrowolnej bezdomności – „z wyboru”

¹⁰ M. Pisarska, *Bezdomni w Łodzi. Analiza socjologiczna*, „Polityka Społeczna” nr 11/12/1993.

¹¹ *Ibidem*.

– jest niesłuszny, krzywdzący dla osób dotkniętych tym problemem. Pojawia się jednak najczęściej jako usprawiedliwienie niewydolnego systemu wsparcia, daje bowiem możliwość odwołania się do osobistej wolności jednostki, która ma prawo decydować o niekorzystnych dla siebie sposobach życia. Wśród badaczy wyszczególnianie typu bezdomnego „z wyboru” istnieje z powodu błędnej tendencji do skupiania się na bieżących zachowaniach, przekonaniach, aktualnych postawach bezdomnych, które są przez badaczy błędnie interpretowane. Taki pogląd jest efektem niewnikania w społeczne, ekonomiczne i socjalizacyjne uwarunkowania bezdomności. Przyjmowane za prawdę deklaracje bezdomnych nie uwzględniają najczęściej, że mówienie o wyborze jest ich postawą obronną przed przyznaniem się do porażki życiowej, czy też jest spowodowane zaburzeniami psychicznymi. W tej sytuacji określanie ich stanu jako „dobrowolnego wyboru” jest nieuprawnione.

Wiele definicji bezdomności wskazuje na dylematy, przed jakimi staje badacz zajmujący się tym problemem. Dyskusyjne jest stwierdzenie, czy dana osoba nie może powrócić do dawnego miejsca zamieszkania, czy też nie chce tego uczynić. Czy bezdomny to osoba, która odrzuciła normy społeczne, czy też może ich po prostu nie przyswoiła. Czy wreszcie bezdomny to człowiek, który wybrał dany model życia, a może na skutek niezapoznania się z innymi wzorami realizuje jedyny znany sposób postępowania.

Te dylematy skłaniały badaczy do wąskiego definiowania bezdomności. Taki pogląd reprezentuje A. Przyemeński, który proponuje rozumienie bezdomności jako „sytuacji osób, które z ważnych przyczyn, czasowo lub trwale, nie są w stanie własnym staraniem zapewnić sobie schronienia spełniającego minimalne warunki, pozwalające uznać je za pomieszczenie mieszkalne”. Przykładem określenia, które tworzy szeroko wyodrębnioną kategorię bezdomnych, jest także definicja M. Porowskiego, który proponuje, by określać bezdomność jako „względnie trwałą sytuację człowieka pozbawionego dachu nad głową albo nieposiadającego własnego mieszkania”. Jak zatem, przyjmując propozycję autora, klasyfikować osoby, które mają dach nad głową w schronisku, jednak nie czują się przez to mniej bezdomnymi aniżeli podczas wegetowania w miejscach publicznych. Dyskusyjne w tej definicji jest także określenie bezdomności jako względnie trwałej sytuacji, gdyż nie mamy dyrektyw co do tego, jak traktować ową względność. Czy bycie bez schronienia przez miesiąc czyni już jednostkę bezdomną, czy też już tydzień mieszkania na dworcu bez perspektyw na zmianę sprawia, że osobę można zaliczyć do tej kategorii.

Inny podział bezdomności zaproponowany przez M. Porowskiego wyróżnia bezdomność sensu stricto – jako rzeczywisty brak mieszkania i jednocześnie jakiegokolwiek innego, możliwie stałego schronienia, oraz bezdom-

ność sensu largo – nazywaną również utajoną. Ta druga kategoria opiera się na ocenie posiadającego lokum jako niespełniającego kryteriów godnego mieszkania ze względu na jaskrawe odstępstwo od minimalnych standardów mieszkaniowych albo ze względu na kulturowo usprawiedliwione aspiracje jednostek. Do tej kategorii zaliczają się więc wszyscy mieszkańcy zrujnowanych mieszkań, slumsów, ale także ci, których jedynym osiągalnym lokum jest schronisko czy inna placówka pomocy społecznej, bez której koczowaliby w miejscach publicznych. Jak słusznie zauważa A. Kotlarska-Michalska „bezdomność sensu largo jest charakterystyczna dla osób niedysponujących środkami na zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych bądź też nieposiadających aspiracji, by zmienić dotychczasowy styl życia i zamieszkania. Dotyczy zatem mieszkańców slumsów, ruder, ziemianek i innych pomieszczeń odbiegających od standardowego mieszkania w danej kulturze. Do bezdomnych sensu largo należą również pensjonariusze różnych instytucji opieki i pomocy społecznej, którzy wcześniej byli bezdomnymi sensu stricto, lub byliby nimi, gdyby przyszło im opuścić dotychczasowy dom pomocy społecznej czy szpital dla przewlekle czy umyślowo chorych”¹².

Charakterystyka różnych definicji prowadzi do kolejnego, zbliżonego do powyższego, jakościowego podziału na bezdomność jawną i ukrytą. Pojęciem bezdomności ukrytej określa się osoby przebywające w różnego typu placówkach ze względu na brak własnego mieszkania, jak szpitale, domy pomocy społecznej. Bezdomnością jawną natomiast charakteryzują się osoby pozbawione nie tylko mieszkania, ale także względnie stałego miejsca pobytu i dachu nad głową.

Jednoznaczne zdefiniowanie pojęcia bezdomności jest bardzo trudne, co wynika między innymi z faktu możliwości spojrzenia na problem z różnych opcji: filozoficznej, socjologicznej, psychologicznej, ekonomicznej i innych. Wszelkie dotychczas przedstawione rozróżnienia bezdomności – w sensie szerokim, wąskim, sensu largo, sensu stricto, jawnym, ukrytym, z wyboru, z konieczności – nie podważają jednak stwierdzenia, że osoba bezdomna to osoba tragicznie osamotniona, często obawiająca się możliwości doznania krzywdy od innych, z zagubioną tożsamością i godnością. Współczesny stan wiedzy na temat złożonego zjawiska bezdomności utrudnia jasne zdefiniowanie zarówno samego problemu bezdomności, jak i sytuacji osób bezdomnych. Autorzy wszelkich propozycji definiujący bezdomność skupiają się bądź na kwestiach czysto materialnych, jak: brak mieszkania, środków do życia, brak miejsc w schronisku, bądź też uwzględniają w rozważaniach sferę wewnętrzną osób badanych: brak wytworzonych więzi międzyludz-

¹² A. Kotlarska-Michalska, *Psychospołeczne aspekty...*, op. cit., s. 246.

kich, osamotnienie, nieumiejętność radzenia sobie z problemami czy zły stan emocjonalny powiązany z zachowaniami patologicznymi. Biorąc pod uwagę złożoność problemu, proponuję przyjąć, iż bezdomność to konieczność życiowa osób, które nie mają możliwości godnego zamieszkania, a jedynie szansę na tymczasowe schronienie w placówkach pomocy społecznej. Bezdomni to osoby charakteryzujące się wyizolowaniem, bezradnością, zerwanymi więziami z rodziną. To osoby, które wytworzyły mechanizm przystosowania do trwania w trudnych warunkach, na których skrajne warunki życia wymuszają i narzucają trwanie w patologicznym stanie pod względem psychofizycznym¹³.

Pomagać skutecznie

Mówiąc o zapobieganiu bezdomności, często wierzymy, iż jedynie od społecznych działań zależy istnienie lub wyeliminowanie tego problemu. Niezależnie od skonstruowanych systemów wsparcia bezdomność obecna jest we wszystkich społeczeństwach, choć jej dotkliwość jest zdecydowanie odmienna. W tym kontekście poprawne wydaje się mówienie, że pomoc równoznaczna jest z prewencją, ale także z zapobieganiem powiększaniu skali bezdomności i zmniejszaniem jej dolegliwości dla osób nią dotkniętych¹⁴. Analiza zapobiegania bezdomności najczęściej bierze pod uwagę diagnozę fazy danego problemu (czy też problemów, które ściśle się z nią wiążą), ukazując najczęściej obszary patologiczne i dysfunkcjonalne. Pomija się przy tym poszukiwania zasobów tkwiących w środowisku, jak i zasobów osób bezdomnych, zagrożonych degradacją, co wiąże się z brakiem odniesienia do doświadczeń i dotychczasowych sposobów radzenia sobie z sytuacjami krytycznymi, a także do dotychczasowej pomocy indywidualnej. To swoisty paradoks, że właśnie bezdomnych, którzy nierzadko wiele lat musieli własnym staraniem zabezpieczać swoje potrzeby egzystencjalne, tak łatwo określa się jako bezradnych, nie poszukując w ich doświadczeniach niczego godnego uwagi.

Analizując przyczyny bezdomności, można stwierdzić, że jej podłożem są negatywne relacje z rodziną i z najbliższym otoczeniem. Niezależnie od przyjętych sposobów zapobiegania bezdomności powinno się położyć znaczny nacisk na polepszanie relacji społecznych i odbudowę elementar-

¹³ M. Oliwa-Ciesielska, *Piętno nieprzypisania...*, op. cit., s. 25.

¹⁴ Szersze opracowanie: M. Oliwa-Ciesielska, A. Przymeński, *Zapobieganie bezdomności – teoretyczne i praktyczne inspiracje*, (w:) Ł. Browarczyk, M. Dębski (red.), *Forum. O bezdomności bez lęku*, Gdańsk 2010, s. 75–93.

nych więzi z innymi. To prawda, że programy pomocy bezdomnym i przeciwdziałanie bezdomności w wielu (czasem krzywdzących) ocenach nie przynosi spektakularnych rezultatów. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że pomoc społeczna nie może pozbawiać znacznej grupy ludzi wsparcia z powodu niezadowolających wyników i poddać się pokusie traktowania losu ludzi bezdomnych w kategoriach akceptacji. Nawet sceptycy zasadności wsparcia, które nie przyczyni się do „wyjścia z bezdomności”, nie wątpią, iż społeczne skutki wykreślenia bezdomności z obszaru szczególnej troski znacznie przewyższyłyby straty nie tylko w sferze ekonomicznej. Idee nie poddawania się stagnacji w działaniu na rzecz złożonego problemu bezdomności wpaja FEANTSA¹⁵, która odnosi się do konieczności pomocy nie tylko ekonomicznej, ale także eksponuje wartości ograniczania psychicznych kosztów bezdomności. Celem pracy w ramach tej organizacji jest m.in. dążenie: „Aby już nikt nie mieszkał „na ulicy” (...). Aby pobyt placówkach interwencyjnego zakwaterowania ograniczony był tylko do „sytuacji kryzysowej” (...). Aby przejściowe zakwaterowanie było tylko etapem na drodze do udanego „wyjścia” z bezdomności”¹⁶.

Obowiązująca w Polsce Ustawa o pomocy społecznej definiuje także rodzaje pomocy kierowanej do osoby bezdomnej, wyszczególniając ten problem jako szczególnie zasługujący na wsparcie. W tymże akcie wskazane są prawa do schronienia, posiłku, ubrania (art. 48), i – co szczególnie ważne – zawarte są tam także (art. 49) zapisy o indywidualnym programie wychodzenia z bezdomności. Ustawodawca wskazuje na konieczność wspierania „osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia”. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności jest opracowywany przez pracownika socjalnego danego ośrodka pomocy społecznej, jednak w trosce o podmiotowe traktowanie koniecznym warunkiem jego realizacji jest współpraca z osobą bezdomną. Przewidziany jest on jako adekwatny do sytuacji życiowej osoby bezdomnej i może być opracowany i realizowany także, gdy bezdomny zamieszkuje w placówce pomocy. W ustawie zapis ten jest jednoznaczny, wskazuje iż „indywidualny program wychodzenia z bezdomności powinien uwzględniać sytuację osoby bezdomnej oraz zapewniać szczególne wspieranie osobie aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności”. Oprócz określonego wsparcia, nakierowanego na problem bezdomności (z uwzględnieniem problemów towarzyszą-

¹⁵ European Federation of National Organizations Working with the Homeless – Europejska Federacja Narodowych Organizacji Pracujących na rzecz Ludzi Bezdomnych.

¹⁶ P. Olech, *Zapobieganie bezdomności – prewencja celowa, systemowa oraz profilaktyka. Raport roczny*, (w:) Ł. Browarczyk, M. Dębski (red.), *Forum. O bezdomności...*, op. cit., s. 18.

cych, wpisanych nieodłącznie w brak dachu nad głową, brak rodziny i bliskich), osoba bezdomna może korzystać z wszelkich innych środków pomocy możliwych do uruchomienia w danej instytucji. Istotne są także wskazania o możliwości ubezpieczenia zdrowotnego osoby bezdomnej, uczestniczącej w programie wychodzenia z bezdomności, na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W praktyce pomocy społecznej w Polsce najbardziej powszechne w pomocy bezdomnym są schroniska i noclegownie. Duże znaczenie w stopniowym przystosowywaniu jednostek do życia społecznego odgrywają mieszkania chronione, prowadzone na ogół przez publiczne placówki pomocy społecznej, lub tzw. mieszkania treningowe. Idea takich mieszkań polega przede wszystkim na stworzeniu godnego miejsca życia, zbliżonego do samodzielnego funkcjonowania, jednak z możliwością wsparcia specjalisty. Z definicji jest to etap przejściowy, kierowany do osób usamodzielnianych¹⁷.

Wydaje się, że pomoc kierowana do bezdomnych jest na tyle systemowa i rozbudowana, że jej efektywność powinna być znacznie wyższa. Niestety w takich oczekiwaniach zapomina się o tym, iż bezdomność to wyjątkowo dotkliwy problem, silnie zakorzeniony w mentalności jednostki nią dotkniętej. W mojej praktyce badawczej spotykałam bezdomnych, którzy objęci indywidualnymi programami wsparcia, przygotowywani do samodzielności, poddawali się w ostatnim etapie próby życiowej – w czasie otrzymywania mieszkania socjalnego. Powodem nie była niechęć do samodzielnego życia, ale obawa przed odpowiedzialnością, lęk spowodowany mieszkaniem w większej przestrzeni niż ta, którą mieli do dyspozycji, przebywając w zatłoczonym schronisku, czy też brak wiary w możliwość samodzielnego organizowania życia, jak np. pamiętanie o koniecznych opłatach itp. Dotkliwym problemem w bezdomności, jak mówi wielu nią dotkniętych, jest bycie obcym zarówno wśród ludzi w podobnej sytuacji życiowej, jak i wśród osób będących dla nich jedynie społeczną widownią.

Funkcjonalne analizy społeczeństwa wskazują, że jakiegokolwiek zachwianie spójności społecznej, które może prowadzić do rozbicia więzi między jednostkami, powoduje negatywne konsekwencje społeczne. Wszelkie dążenia do ograniczenia problemów powinny skupiać się na integracji społecznej, pozwalającej zapobiegać społecznemu wykluczeniu. Warto podkreślić, iż działanie, które ma na celu jedynie tworzenie instytucji zabezpieczających najniższy poziom funkcjonowania jednostek, może tworzyć nowe problemy, które będą konsekwencją wcześniejszych działań. Społeczna inkluzja nie

¹⁷ Ta forma usługi socjalnej jest pożądana przez bezdomnych, jednak realne możliwości lokowania ich w mieszkaniach chronionych są znacznie ograniczone.

powinna skupiać się jedynie na tworzeniu dla osób gorzej funkcjonujących miejsc, które są wytworzonymi specjalnie dla nich obszarami, w których mogą funkcjonować bez narażania się na konflikty i niechęć ze strony innych.

Szerokie inicjatywy na rzecz pomocy osobom bezdomnym, ale także zagrożonym bezdomnością podejmuje funkcjonujące w Poznaniu Pogotowie Społeczne¹⁸, które realizuje pomoc świadczoną także przez wiele innych instytucji dla osób zmarginalizowanych. Główne uruchamiane przez nich inicjatywy skupiają się na zapobieganiu problemom społecznym – m.in. bezdomności, ale także na zapobieganiu pogłębianiu się istniejących dysfunkcji jednostkowych i społecznych. Ważnym elementem ich działań są¹⁹:

- Udzielane porady i konsultacje, z których korzystają bezdomni przebywający w miejscach publicznych – nieobjęci stałą pomocą instytucjonalną. Do osób wykluczonych z życia społecznego kierowani są streetworkerzy, którzy pracują bezpośrednio z osobami potrzebującymi pomocy, wskazują możliwości zmiany stylu życia, udzielają niezbędnego wsparcia, np. pomocy przedmedycznej, kierują też do osób udzielających pomocy informacyjnej, prawnej, psychologicznej, terapeutycznej. Pomoc ta skupia się na uporządkowaniu spraw związanych z brakiem podstawowych dokumentów, na motywowaniu do podjęcia leczenia choroby alkoholowej itp.

- Prowadzenie hoteli dla osób bezdomnych. Ta forma pomocy bierze pod uwagę konieczność integracji społecznej wewnątrzgrupowej, stąd korzystający z pomocy nie są dodatkowo segregowani na poszczególne kategorie społeczne. Jak wskazują organizatorzy pomocy, „pozwala to na wzajemne oddziaływanie mieszkańców na siebie, młodszy uczy się szacunku i troski o innych, dla starszych obcowanie z nastolatkami jest lekcją tolerancji”²⁰. Hotele oprócz noclegu dają szansę pracy indywidualnej, pracy w grupach samopomocowych, terapeutycznych, edukacyjnych. Zasadą nadrzędną jest samorządność, która warunkuje szerokie uczestnictwo jednostek w funkcjonowaniu społecznym. (Wydaje się jednak, że mankamentem takiej formy pomocy jest zawsze ograniczanie ludzi do funkcjonowania w wydzielonej enklawie; powoduje to sytuację dodatkowo stygmatyzującą – to inni, lepiej sytuowani, wskazują bowiem bezdomnym, gdzie jest specjalnie zorganizowane dla nich miejsce).

- Udzielanie wsparcia rodzinom problemowym, które charakteryzuje ubóstwo, bezrobocie, uzależnienia, problemy wychowawcze, brak wzajemnej komunikacji między członkami rodzin. W ramach pomocy prowadzone

¹⁸ Informacje z folderu udostępnianego przez poznańskie Pogotowie Społeczne, a także ze strony internetowej www.pogotowiespoleczne.org.pl.

¹⁹ Takie formy pomocy realizowane są w wielu innych instytucjach.

²⁰ <www.pogotowiespoleczne.org.pl>.

są zajęcia terapeutyczne, edukacyjne, wdrażające do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, pełnienia ról społecznych, radzenia sobie z kryzysami i konfliktami. Praca z ludźmi podejmuje także wsparcie w obszarze rozwiązywania konfliktów i przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

- W ramach CIS prowadzone są zajęcia mające na celu podnoszenie bądź zdobywanie kwalifikacji przez osoby mające problemy na rynku pracy. Uczestnikom tej formy pomocy oferuje się wsparcie psychologiczne, grupowe, pomoc uwzględnia także wsparcie finansowe – tzw. świadczenie reintegracyjne.

Współcześnie ideą zapobiegania problemom jest „stworzenie takiego systemu pomocy społecznej, który mógłby połączyć profesjonalizm i uniwersalizm usług świadczonych przez agendy rządowe czy samorządowe i profesjonalnych pracowników socjalnych z zaangażowaniem i spontanicznością działalności dobrowolnej, ruchów samopomocowych, kreatywności organizacji pozarządowych”²¹. Zapobieganie pogłębianiu problemów lub zapobieganie ich powstawaniu powinno być lokowane w obszarze oddziaływania na mentalność osób funkcjonujących w kulturze ubóstwa, gdzie powszechnym argumentem za koniecznością otrzymania pomocy jest subiektywne poczucie doświadczania gorszej sytuacji aniżeli inni ludzie. W szeroko oferowanej pomocy bezdomnym i w konieczności długofalowego oddziaływania tkwi pewna pułapka. Długotrwałe korzystanie z pomocy, która nie powoduje poczucia sprawstwa jednostki wspomaganej, może być dla niej równie niekorzystne jak pozbawienie dostępu do świadczeń pomocowych.

Niestety działania pomocowe nastawione na zapobieganie problemom społecznym, zwłaszcza tak złożonym jak bezdomność, powinny brać pod uwagę potencjalne porażki, płynące z faktu poszerzania obszarów pomocowych. Negatywną konsekwencją wielorakiej pomocy może być wzmacnianie chęci bycia w grupie „negatywnie uprzywilejowanej”, czyli takiej, która dzięki swym ułomnościom zasługuje na wsparcie. Jest to często efekt dodatkowy, niezamierzony, czyniący niekiedy ze społecznego piętna powód do dumy.

Działania w obszarze pracy socjalnej z bezdomnymi, które mają zapobiegać bezdomności, powinny być skupione na tworzeniu funkcjonalnych miejsc pracy. Brak jakichkolwiek dochodów jest dla bezdomnych początkiem degradacji, upadku, sukcesywnego pogarszania się ich sytuacji społecznej. Jest to tożsame z popadaniem w społeczny niebyt²². Konsekwencją

²¹ K. Wódcz, *Profesjonalizm jako podstawowy wyznacznik tożsamości zawodowej pracownika socjalnego*, (w:) A. Niesporek, K. Wódcz (red.), *Praca socjalna w Polsce. Badania, kształcenie, potrzeby praktyki*, Katowice 1999, s. 144.

²² To jak znaczące są dla bezdomnych dochody ukazuje np. sytuacja bezdomnego, który w przeprowadzonym przeze mnie wywiadzie mówił o poczuciu nobilitacji wśród bezdomnych w schronisku w przypadku opłacania swojego miejsca pobytu. Wprawdzie warunki,

tego jest brak udziału w ważnych sferach życia społecznego, brak wchodzenia w role związane z konstruowaniem społecznego statusu – przede wszystkim role zawodowe. Jednostki niepodejmujące ról zwyczajnego obywatela, z różnych powodów nie korzystają ze swych praw obywatelskich. Wypływa to często z niechęci podporządkowania się przyjętym regułom gry, a także z poczucia niesymetryczności kontaktów wymiany społecznej, w której osoba bezdomna nie ma wiele do zaoferowania.

Współczesne społeczeństwo niepotrzebnie uczone jest obojętności wobec człowieka w gorszej sytuacji, np. bezdomnego, dla którego w mniemaniu wielu ludzi należy organizować wydzielone instytucjonalnie miejsca pobytu²³. To powoduje niechęć do wspomagania indywidualnego i niechęć do człowieka, który w danej chwili ukazuje się jako ktoś niezaradny – niepasujący więc do kulturowo uzasadnianego modelu człowieka sukcesu. W indywidualnej pomocy nie powinno się przestrzegać przed człowiekiem bezdomnym, a raczej przed bezrefleksyjnym, anonimowym pomaganiem, np. dawaniem pieniędzy i unikaniem jakiegokolwiek kontaktu z bezdomnym. Decydując się na wsparcie, często przecież wybierając tego, kto choć trochę budzi zaufanie, warto postarać się, aby wspomagany poczuł nie wartość datku, ale wartość przekazu, że nie jest kimś społecznie zbędnym. Badania wskazują, że chętniej dajemy datki osobom schludnie wyglądającym, nienachalnym, które są aktywne – starają się wytworzyć iluzję, że na tę pomoc zapracowały. To stwarza mechanizm prześcigania się bezdomnych-żebraków w pomysłach na manipulację. Wiąże się to jednak z nieuczciwością także ze strony darczyńcy, który domaga się uwiarygodnienia od człowieka, który jest przecież w sytuacji uwłaczającej jego godności.

Wskazując na pomoc instytucjonalną czy też indywidualną, warto skupić się na jej konsekwencjach, na wartości dodatkowej, pozamaterialnej, którą można wytworzyć jedynie w bezpośredniej interakcji i w dialogu z drugim człowiekiem. Należy pamiętać, że w praktycznych działaniach niewiele pomaga rozgraniczanie tzw. niezawinionej i zawinionej bezdomności w usprawiedliwieniu obojętności wobec człowieka, którego często trud-

w jakich przebywał, były takie same, niezależnie od ponoszonych kosztów, ale poczucie wzajemności, wymiany, dało doświadczenie podmiotowości.

²³ Historycznie możemy wskazać próby nawet prawnych regulacji w obszarze radzenia sobie z osobami uznawanymi za niepożądane, jak żebracy czy bezdomni, które zakończyły się fiaskiem, jak choćby w XIV-wiecznej Norymberdze, gdzie rejestrowano żebraków i poddawano okresowym badaniom ich sytuację materialną po to, aby kontrolować tych nieuczciwych, czy w końcu XV wieku w Polsce określenie dopuszczalnej liczby żebraków, tzw. „kontyngenty żebracze”, czy choćby z początku XVII wieku elżbietzańskie prawo ubogich, które określało liczbę osób uprawnionych do żebrania. Może powodem porażek także dziś jest zbyt duża wiara w zapisy, które pomijają prawdziwą relację wzajemności w pracy z konkretnym człowiekiem.

no zaakceptować w społecznej przestrzeni. Racjonalizując argumenty na rzecz pomocy bezdomnym, słuszne pytanie stawia XIX-wieczny myśliciel A. Tocqueville: „Kto ośmieli się i pozwoli umrzeć z głodu biedakowi tylko dlatego, że umiera z własnej winy? Kto słysząc jego krzyki, będzie rozważał jego przywary?”²⁴.

Wybrana literatura

- Hurrelmann K., *Struktura społeczna a rozwój osobowości*, Poznań 1994.
- Jacyno M., *Iluzje codzienności. O teorii socjologicznej Pierre'a Bourdieu*, Warszawa 1997.
- Kapuściński R., *Lapidarium II*, Warszawa 1990.
- Kotłarska-Michalska A., *Psychospołeczne aspekty bezdomności*, (w:) J. Miluska (red.), *Psychologia rozwiązywania problemów społecznych. Wybrane zagadnienia*, Poznań 1998.
- Marszałkiewicz J. A., *Bezdomność 1945–1997: losy bezdomnych, zmiany i rozmiary zjawiska, rola schronisk. Referat na konferencji „Bezdomność – stan i perspektywy”*, Wrocław 1997.
- Marszałkiewicz J. A., *Bezdomni*, „Tygodnik Powszechny” nr 16/1996.
- Olech P., *Zapobieganie bezdomności – prewencja celowa, systemowa oraz profilaktyka. Raport roczny*, (w:) Ł. Browarczyk, M. Dębski (red.), *Forum. O bezdomności bez lęku*, Gdańsk 2010.
- Oliwa-Ciesielska M., *Piętno nieprzypisania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*, Poznań 2006.
- Oliwa-Ciesielska M., Przyremeński A., *Zapobieganie bezdomności – teoretyczne i praktyczne inspiracje*, (w:) Ł. Browarczyk, M. Dębski (red.), *Forum. O bezdomności bez lęku*, Gdańsk 2010.
- Oliwa-Ciesielska M., *Marginalizujący charakter instytucji pomocy społecznej a pomoc bezdomnym*, „Praca Socjalna”, nr 3/2002.
- Oliwa-Ciesielska M., *Człowiek bezdomny jako „inny”. Możliwości uczestnictwa społecznego*, (w:) E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działania społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Toruń 2003.
- Oliwa-Ciesielska M., *Pożądaný i unikany absenteizm członków rodziny w oczekiwaniach osób bezdomnych*, (w:) A. Michalska (red.), *Dylematy współczesnych rodzin*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XVI, Poznań 2005.
- Oliwa-Ciesielska M., *Marginalna tożsamość wykluczonych*, (w:) M. Golka (red.), *Kłopoty z tożsamością*, „Człowiek i Społeczeństwo”, t. XXVI, Poznań 2006.
- Oliwa-Ciesielska M., *Postrzeganie tożsamości z innymi a dążenie do odmienności wśród bezdomnych*, (w:) M. Dębski, K. Stachura (red.), *Oblicza bezdomności*, Gdańsk 2008.
- Pisarska M., *Bezdomni w Łodzi. Analiza socjologiczna*, „Polityka Społeczna”, nr 11/12/1993.
- Porowski M., *Bezdomność, obraz zjawiska populacji ludzi bezdomnych*, (w:) T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 1995.
- Przyremeński A., *Aktualny stan problemu bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny*, (w:) M. Dębski, K. Stachura (red.), *Oblicza bezdomności*, Gdańsk 2008.
- Przyremeński A., *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Poznań 2001.
- Przyremeński A., *Polityka społeczna wobec problemu bezdomności w Polsce w latach 1945–1989*, (w:) A. Rączaszek, W. Koczur (red.), *Polityka społeczna w życiu społeczno-gospodarczym kraju*, Katowice 2007.

²⁴ A. Tocqueville, *Raport o pauperyzmie*, tłum. W. Turopolski, Warszawa 2009, s. 54.

- Przymeński A., *Bezdomność a rynek pracy i struktura kosztów utrzymania. Przykład Poznania*, (w:) *Bezrobocie i pomoc społeczna a zmiany rynku pracy w Polsce*, Poznań 1994.
- Tocqueville A., *Raport o pauperyzmie*, tłum. W. Turopolski, Warszawa 2009.
- Wierzbicka K., *Pomoc ludziom bezdomnym jako przykład działania towarzystw społecznych*, (w:) *Organizowanie pomocy i samopomocy społecznej*, Warszawa 1991.
- Wygnańska J., *Dane statystyczne o bezdomności w Polsce. Raport dla Europejskiego Obserwatorium Bezdomności FEANTSA*, „Pomost. Pismo Samopomocy”, Gdańsk 2005.

BEZROBOCIE

Praca – możliwość zaspokajania potrzeb
– perspektywy, czyli o tym, co robić,
by ta triada mogła się urzeczywistnić

*Ciągle zapominamy, że człowiek nieustannie
musi korzystać z pomocy innych ludzi*

Mikołaj Gogol

Bezrobocie – wciąż aktualny problem społeczny (ujęcie teoretyczne)

Sytuacja trudna – jakie są konsekwencje jej zaistnienia?, jaki jest ich zakres?, podjęcia jakich działań wymaga? Z reguły jest tak, że dopóki nie uzyskana ona wymiaru rzeczywistego, nie dotknie nas bezpośrednio (odczuwamy ją) lub pośrednio (obserwujemy u innych), nie dywagujemy nad jej istotą. Kiedy natomiast staje się stałym elementem krajobrazu społecznego, zaczynają toczyć się dyskusje nad sposobami jej przezwyciężenia – i to na poziomie lokalnym, regionalnym, jak i centralnym. Niewątpliwie do takich kwestii, które wzbudzają powszechne zainteresowanie ze względu na swą specyfikę i następstwa, zalicza się bezrobocie.

Można je zdefiniować na dwa podstawowe sposoby: jako ogólną liczbę osób zarejestrowanych w odpowiednich instytucjach zajmujących się obsługą jednostek zmagających się z tym problemem albo jako szacowaną na podstawie badań sondażowych liczbę tych, którzy w tygodniu poprzedzającym badanie nie byli zatrudnieni, aktywnie poszukiwali pracy i byli gotowi do jej podjęcia¹. Zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (art. 2 ust. 1 pkt 2), bezrobotny to

¹ Podaje za: I. Reszke, *Wobec bezrobocia: opinie, stereotypy*, Katowice 1999, s. 11–12.

osoba niezatrudniona i niewykonująca innej pracy zarobkowej, zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub służbie albo innej pracy zarobkowej, albo w przypadku osoby niepełnosprawnej co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy, nieucząca się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub przystępowania do egzaminu eksternistycznego z zakresu tej szkoły lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych, zarejestrowana we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy oraz poszukująca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej. Dodatkowo spełniająca następujące warunki:

- a) ukończyła 18 lat,
- b) nie ukończyła 60 lat – kobieta, lub 65 lat – mężczyzna,
- c) nie nabyła prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę albo po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności, nie pobiera nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego,
- d) nie jest właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej, o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe,
- e) nie uzyskuje przychodów podlegających opodatkowaniu podatkiem dochodowym z działów specjalnych produkcji rolnej, chyba że dochód z działów specjalnych produkcji rolnej, obliczony dla ustalenia podatku dochodowego od osób fizycznych, nie przekracza wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 2 ha przeliczeniowych ustalonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o podatku rolnym, lub nie podlega ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w takim gospodarstwie,
- f) nie posiada wpisu do ewidencji działalności gospodarczej albo nie podlega, na podstawie odrębnych przepisów, obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, z wyjątkiem ubezpieczenia społecznego rolników,

- g) nie jest osobą tymczasowo aresztowaną lub nie odbywa kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego,
- h) nie uzyskuje miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyłączeniem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych,
- i) nie pobiera, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłku stałego,
- j) nie pobiera, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania,
- k) nie pobiera po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego.

Można wskazać różne typy bezrobocia opisywane w literaturze, np.:

- strukturalne - w ujęciu wąskim akcentuje się rezultat braku dopasowania struktury podaży siły roboczej do struktury popytu na nią, w ujęciu szerokim natomiast zaznacza się jego związek z równowagą rynku pracy²,
- frykcyjne - związane jest z naturalną dynamiką rynku pracy w gospodarce rynkowej, wynika z czasu, jaki potrzebuje pracownik zmieniający jedną z form zatrudnienia na inną³,
- koniunkturalne - łączące się z okresowym osłabieniem ogólnej aktywności gospodarczej⁴,
- dobrowolne - zgodnie z koncepcją neoklasyczną jest to bezrobocie w warunkach pełnego zatrudnienia i określa się je jako różnicę pomiędzy „potencjałem zdolności do pracy populacji w wieku produkcyjnym oraz populacji rzeczywiście pracującej, w przypadku gdy rzeczywista płaca jest określana jako wynik konfrontacji podaży pracy ze strony pracowników i popytu na pracę zgłaszanego przez przedsiębiorstwa”⁵, jest to pozostawanie czasowo bez pracy przez tych, których i kondycja, i status do takowej obligują⁶,
- krótkookresowe - trwające do trzech miesięcy,
- średniookresowe - od trzech do dwunastu miesięcy,

² E. Kwiatkowski, *Bezrobocie. Podstawy teoretyczne*, Warszawa 2002, s. 48.

³ J. Gazon, *Ani bezrobocie, ani opieka społeczna. Od wyboru etycznego do ekonomicznej realizacji*, Warszawa 2008, s. 23.

⁴ E. Kwiatkowski, *Bezrobocie. Podstawy...*, op. cit., s. 58.

⁵ J. Gazon, *Ani bezrobocie, ani...*, op. cit., s. 24.

⁶ W. Kozek, *Bezrobocie jako zjawisko społeczne*, (w:) M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, Warszawa 2004, s. 146.

- długoterminowe - pozostawanie bez pracy w okresie dłuższym niż 12 miesięcy, na co narażone są szczególnie pewne kategorie osób: kobiety, mieszkańcy obszarów wiejskich, osoby o niskim poziomie wykształcenia i ludzie młodzi⁷,
- jawne, inaczej rejestrowane - liczba osób zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy⁸,
- utajone - nie ma odzwierciedlenia w statystykach, jego istotą jest również istnienie pozornych stanowisk pracy⁹,
- sezonowe - dotyczy zatrudnienia przejściowego,
- technologiczne - efekt rozwoju techniki i technologii, praca ludzka jest zastępowana przez maszyny, komputery¹⁰,
- powszechne - obejmuje cały kraj¹¹,
- regionalne - odnosi się do poszczególnych regionów¹².

Analizując kwestie bezrobocia, należy spojrzeć na to zjawisko i z punktu widzenia ekonomicznego, i społecznego. Dla pedagogów i pracowników socjalnych szczególnie istotne jest odniesienie drugie, gdyż koncentrują oni swoją uwagę na funkcjonowaniu jednostki i rodziny, ich problemach i poszukiwaniu rozwiązań będących swoistym antidotum na pojawiające się w życiu trudności. Zmiany spowodowane utratą pracy dotyczą sfery bytowej, emocjonalnej, dotyczą społeczeństwo jako całość, ale w głównej mierze odnoszą się do przestrzeni osobistej bezrobotnego i wpływają na jakość życia rodzinnego.

Wpływ sytuacji bezrobocia na funkcjonowanie społeczeństwa znajduje odzwierciedlenie w: kosztach świadczeń społecznych, podwyższonych podatkach i składkach ubezpieczeniowych, niewykorzystywanych ludzkich możliwościach, lęku osób zatrudnionych spowodowanego potencjalną, a w ich oczach realną, możliwością utraty pracy, we wzroście społecznego niepokoju i niezadowolenia, w niepełnym wykorzystaniu czynnika produkcji, emigracji zarobkowej, występowaniu zachowań patologicznych¹³.

Podkreśla się, że w wymiarze jednostkowym bezrobocie to sytuacja wielorakiej deprivacji i zagrożenia. Jej konsekwencje to np. zmiana tożsamości społecznej jednostki, poczucie krzywdy, niepewność co do przyszłości,

⁷ Ibidem.

⁸ K. Kmiecik-Baran, *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*, Gdańsk 2009, s. 24.

⁹ W. Kozek, *Bezrobocie jako...*, op. cit., s. 147.

¹⁰ K. Kmiecik-Baran, *Bezrobocie czynnikiem...*, op. cit., s. 24.

¹¹ J. Auleytner, K. Głębicka, *Polskie kwestie socjalne na przelomie wieków*, Warszawa 2001, s. 35.

¹² Ibidem.

¹³ K. Kmiecik-Baran, *Bezrobocie czynnikiem...*, op., cit., s. 54, J. Pilch, *Bezrobocie - nowa kwestia społeczna*, (w:) I. Lepalczyk, T. Pilch (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 2005, s. 374-375.

wzrastająca konfliktowość, podatność na uzależnienia¹⁴, obniżenie poziomu życia, konieczność modyfikacji stylu życia, ograniczenie swobody działania, zmiana struktury czasu i relacji społecznych, pogorszenie stanu zdrowia, złe samopoczucie, pesymizm, odczuwanie izolacji, możliwość podatności na demagogiczną propagandę, poczucie bezsilności, rozdrażnienie, brak właściwej realizacji funkcji, jakie powinna pełnić rodzina (w tym ekonomiczno-konsumpcyjnej, opiekuńczo-wychowawczej, emocjonalno-ekspresyjnej, socjalizacyjnej)¹⁵, ograniczona możliwość sprawowania kontroli, wykorzystywania umiejętności i zmniejszona ilość zewnętrznie wyznaczanych celów, stawianych jednostce wymagań i oferowanych wyzwań, brak różnorodności, niższe bezpieczeństwo fizyczne (zagrożenie pojawieniem się innych problemów, np. bezdomności czy konieczności zamieszkiwania w złych warunkach), mniejsze zróżnicowanie kontaktów personalnych, a także ograniczona dostępność płatnych form zbiorowej aktywności, uniemożliwienie zdobycia lub utrzymania cenionej pozycji społecznej¹⁶.

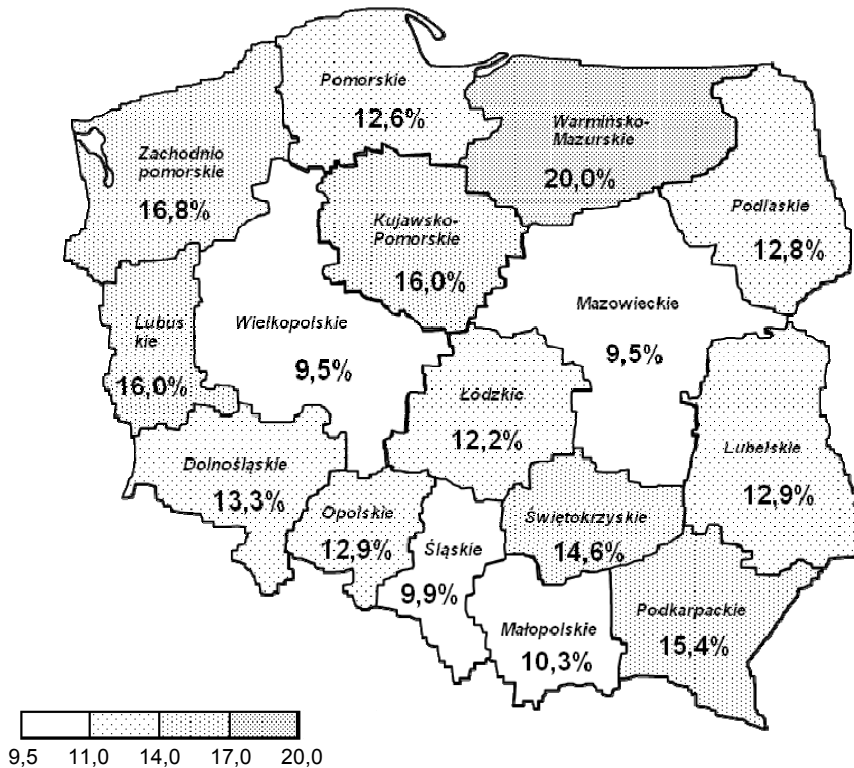
Analizując wielorakie skutki bezrobocia, należy wskazać na bezpośrednie koszty ekonomiczne (wydatki z Funduszu Pracy, świadczenia z pomocy społecznej, koszty wcześniejszych emerytur i świadczeń przedemerytalnych, wydatki związane z utrzymaniem instytucji obsługujących bezrobotnych); negatywne skutki społeczno-psychologiczne i moralne (np. zagrożenie egzystencji, zakłócenie życia rodzinnego, szkody moralno-etyczne, napięcia i konflikty społeczne); pozytywne aspekty społeczno-ekonomiczne (postawy wobec pracy, racjonalizacja zatrudnienia, wspomaganie procesów restrukturyzacji, racjonalizacja wyboru kwalifikacji i zawodu) oraz koszty pośrednie (np. ulgi i zwolnienia fiskalne w rejonach szczególnie zagrożonych bezrobociem, luka czynników wytwórczych, koszty bezrobocia w tzw. szarej strefie gospodarki)¹⁷.

¹⁴ H. Kubicka, *Brak pracy – przykład zagrożenia rozwoju społeczno-kulturowego i praktyka społeczna*, (w:) E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, tom I, Warszawa 2006, s. 331.

¹⁵ Zobacz: J. Pilch, *Bezrobocie – nowa kwestia...*, op. cit.; K. Faliszek, *Bezrobocie jako problem społeczny*, (w:) S. Pawlas-Czyż, K. Wódz (red.), *Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych*, Toruń 2007; M. Noszczyk, *Bezrobocie a zjawisko marginalizacji*, (w:) K. Marzec-Holka (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2005; I. Reszke, *Wobec bezrobocia...*, op. cit.; A. Król, *Stres bezrobocia jako problem współczesnej młodzieży*, (w:) F. W. Wawro, *Problemy współczesnej młodzieży w ujęciu nauk społecznych*, Lublin 2007.

¹⁶ P. Warr, *Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia*, (w:) T. Chirkowska-Smolak, A. Chudzicka (red.), *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, Poznań 2004, s. 144–145.

¹⁷ Źródło: H. Zarychta, *Skutki i koszty bezrobocia na lokalnym rynku pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” nr 6/1994, podaje za: J. Auleytner, K. Głębicka, *Polskie kwestie...*, op. cit., s. 42.



Rys. 1. Stopa bezrobocia według województw na koniec kwietnia 2010 r.

Źródło: <<http://www.psz.praca.gov.pl/main.php?do=ShowPage&nPID=867997&Pt=details&sP=CONTENT,objectID,867970>> [19.06.2010 r.].

Warto także wspomnieć o tym, iż występują dwie skrajne postawy wobec bezrobocia, a decydują o nich dwa rodzaje czynników – wewnętrzne i zewnętrzne w stosunku do jednostki. Jeżeli zdaje sobie ona sprawę, iż sama jest powodem utraty pracy, to wykazuje skłonność do podejmowania działań na rzecz poszukiwania nowego zajęcia poprzez mobilizację sił, kształcenie się. Wtedy również będzie chętnie korzystała z różnych form pomocy. Natomiast, gdy uzna otoczenie za odpowiedzialne za swoje nieszczęście, to zacznie wywierać presję na urzędy, lokalną władzę i przyjmie postawę roszczeniową. Są osoby, które traktują utratę pracy jako wyzwanie¹⁸, ale

¹⁸ Sprzyjać temu może m.in. to, że: dotychczasowa praca była np. niezbyt dobrze płatna, nieciekawa; osoba może liczyć na wsparcie rodzinne i instytucjonalne (odpowiednie rozwiązania prawne w zakresie pomocy bezrobotnym), posiada różnego rodzaju kwalifikacje, cieszy się dobrym zdrowiem; w okolicy istnieją konkurencyjne zakłady pracy; bezrobotny traktuje czas wolny jako odpowiedni moment na samokształcenie.

niestety większość postrzega to jako wydarzenie niekorzystne, wręcz krytyczne¹⁹.

Według raportu przygotowanego przez Departament Rynku Pracy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej stopa bezrobocia w końcu kwietnia 2010 roku wyniosła 12,3%, przy czym wykazuje ono znaczne zróżnicowanie terytorialne (rys. 1)²⁰. Wzrost odnotowano we wszystkich województwach (kształtował się on w przedziale od 0,4% w świętokrzyskim do 2,4% w pomorskim).

Zgodnie z art. 49 wspomnianej już ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy można wyróżnić pewne kategorie bezrobotnych, będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Są to:

- bezrobotni do 25 roku życia,
- bezrobotni długotrwale (czyli pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych) albo po zakończeniu realizacji kontraktu socjalnego, albo kobiety, które nie podjęły zatrudnienia po urodzeniu dziecka,
- bezrobotni powyżej 50 roku życia,
- bezrobotni bez kwalifikacji zawodowych, bez doświadczenia zawodowego lub bez wykształcenia średniego,
- bezrobotni samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko do 18 roku życia,
- bezrobotni, którzy po odbyciu kary pozbawienia wolności nie podjęli zatrudnienia,
- bezrobotni niepełnosprawni.

W końcu kwietnia 2010 roku status osoby w szczególnej sytuacji na rynku pracy posiadało 1 777,0 tys. osób, co oznacza, iż 9 na 10 bezrobotnych spełniało kryteria, by być zaliczonym do tej kategorii (najliczniejszą grupę tworzyły osoby bez wykształcenia średniego – 58,3% ogółu zarejestrowanych)²¹.

Problem bezrobocia dotyka osoby w różnym wieku. Zwraca się jednak szczególną uwagę na młodzież wstępującą na rynek pracy i ludzi po 50 roku życia²². „Społeczeństwo się starzeje i będzie się starzeć, co w połączeniu

¹⁹ W. Plitta, *Bezrobocie raz jeszcze*, „Pracownik Socjalny” nr 1/2005, s. 4-5.

²⁰ <<http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=1537> (z dnia 19.06.2010)>.

²¹ Ibidem.

²² Zmiany na rynku pracy doprowadziły do ukształtowania się trzech kategorii w ramach populacji 50+. Są to: osoby biernie zawodowo (renciści, emeryci, osoby pobierające świadczenia lub zasiłki przedemerytalne), osoby pracujące i osoby bezrobotne. Badanie „Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse” wykazało, iż bezrobocie opisywanej kategorii jest

z niską aktywnością zawodową 50+ może stworzyć sytuację, w której pracująca mniejszość będzie utrzymywać niepracującą większość, co będzie miało fatalne skutki dla gospodarki, dla systemu ubezpieczeń społecznych, dla całego społeczeństwa”²³.

Praca socjalna z klientami bezrobotnymi (ujęcie praktyczne)

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej praca socjalna jest to działalność zawodowa mająca na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi (art. 6). Jest to jedno z narzędzi pomocy społecznej zdefiniowanej jako instytucja polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (art. 2). Pomoc społeczna jest zadaniem stojącym przed organami administracji publicznej, adresatami działań są ci, którzy zmagają się z problemami i nie mogą ich samodzielnie rozwiązać, a przyznawane świadczenia pieniężne i niepieniężne nie mają charakteru ekwiwalentnego²⁴.

Chcąc opisać specyfikę pracy socjalnej z osobami bezrobotnymi, trzeba zwrócić uwagę na kilka elementów będących propozycjami służącymi poprawie ich sytuacji. Są to: wsparcie oferowane przez ośrodki pomocy społecznej, ich współpraca z powiatowymi urzędami pracy i znaczenie prac społecznie użytecznych, zatrudnienie socjalne, czyli funkcjonowanie centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej oraz zatrudnienie wspierane, czyli m.in. rola spółdzielni socjalnych, a także programy lokalne.

Do zadań ośrodków pomocy społecznej należy m.in.: udzielanie schronienia, zapewnienie posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym, pomoc materialna; tworzenie gminnego systemu profilaktyki i opieki nad dzieckiem i rodziną, praca socjalna, współpraca z powiatowym urzędem pracy w zakresie upowszechniania ofert pracy oraz informacji o wolnych miejscach pracy, upowszechniania informacji o usługach porad-

efektem grup czynników związanych z bieżącą sytuacją na rynku pracy („efekt sytuacji”), wynikających ze specyfiki samego pokolenia osób w tym wieku („efekt pokolenia”) i związanych z samym wiekiem („efekt fazy życia”). Zob. B. Szatur-Jaworska, B. Rysz-Kowalczyk, *Raport z badania „Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse”*, (w:) J. Tokarz (red.), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Warszawa 2007, s. 63–64.

²³ T. Schimanek, *Potrzeba wspólnego działania*, (w:) J. Tokarz (red.), *Rynek pracy ...*, op. cit., s. 5.

²⁴ S. Nitecki, *Procedury i tryb przyznawania świadczeń. Pomoc społeczna*, Wrocław 2009, s. 16.

nictwa zawodowego i o szkoleniach. Pomoc finansowa to przyznawanie i wypłacanie zasiłków: stałych (pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub pełnoletniej osoby pozostającej w rodzinie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie – art. 37 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej), zasiłków okresowych (przysługują w szczególności ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego: osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej; rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny – art. 38), zasiłków celowych (przyznawanych w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej – art. 39, przyznawanych również osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego albo klęski żywiołowej lub ekologicznej – art. 40).

A. Słaboń, opisując formy pracy z osobami bezrobotnymi oferowane przez MOPS w Katowicach, podkreśla, iż od początku miały one na celu jak najszybsze usamodzielnienie zmagających się z problemem braku pracy. Przyjęto tzw. zasadę pomocy warunkowej, tzn. wsparcie materialne udzielane jest pod warunkiem zobowiązania się klienta do aktywnego poszukiwania pracy. W przypadku odmowy udzielana jest jedynie pomoc obligatoryjna (posiłek, schronienie, odzież). W pracy socjalnej z osobami bezrobotnymi ma zatem znaczenie zmiana ich mentalności, w celu eliminacji postaw roszczeniowych²⁵. Autor podkreśla bardzo słusznie, iż konieczne jest dostosowanie konkretnej formy działania do sytuacji osoby (zasada indywidualizacji). Niektórzy bowiem bezrobotni nie mają kwalifikacji albo mają je bardzo niskie, nie są przygotowani do poszukiwania pracy (rolą pracownika socjalnego jest uświadomienie im tych deficytów oraz praca nastawiona na przezwyciężanie barier utrudniających znalezienie zatrudnienia), niektórzy borykają się dodatkowo z innymi problemami – uzależnieniem, chorobą (wówczas rolą pracownika socjalnego jest motywowanie do podjęcia leczenia), niektórzy natomiast mają trudności z funkcjonowaniem w relacjach społecznych (wtedy rolą pracownika socjalnego jest modyfikowanie zachowań klientów). Istotną rolę odgrywa tu zatem właściwe rozpoznanie sytuacji bezrobotnego, jego możliwości, zasobów, jakimi dysponuje, oczekiwań, ale

²⁵ M. Kotomska, *Praca socjalna z osobami bezrobotnymi*, (w:) E. Trafiałek (red.), *Profesjonalna praca socjalna. Warunki skuteczności, doświadczenia, kierunki zmian*, Kielce 2008, s. 115, 121.

także ograniczeń oraz wybór trafnych form działania²⁶. Pracownik socjalny musi zatem posiadać odpowiednie przygotowanie, czyli wiedzę i umiejętności z zakresu pomagania (skuteczna komunikacja, motywowanie, wsparcie psychiczne klienta, reakcje asertywne), by móc sprostać w optymalnym stopniu stawianym przed nim zadaniom²⁷ (inaczej przecież wygląda praca z osobą, która straciła zatrudnienie, ale rzeczywiście ma wysoką motywację, by znaleźć jakieś inne i jest chętna do działania, a inaczej z kimś, kto od dłuższego czasu jest bezrobotny i właściwie nie chce tego zmienić). W celu aktywizacji klientów niewątpliwie ważnym narzędziem okazuje się kontrakt socjalny, zdefiniowany w ustawie z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej jako pisemna umowa zawarta z osobą ubiegającą się o pomoc, określająca uprawnienia i zobowiązania stron, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny (art. 6), co ma na celu „lepsze wykorzystanie metod i środków pomocowych, zwłaszcza w tych środowiskach, które długoterminowo są uzależnione od instytucji pomocy społecznej”²⁸.

Zgodnie z art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy „bezrobotnym, o których mowa w art. 49 [będącym w szczególnej sytuacji na rynku pracy – K.S.-K.], korzystającym ze świadczeń pomocy społecznej, powiatowy urząd pracy w okresie 6 miesięcy od dnia utraty prawa do zasiłku z powodu upływu okresu jego pobierania, a w przypadku bezrobotnych bez prawa do zasiłku w okresie 6 miesięcy od dnia rejestracji:

- 1) powinien przedstawić propozycję zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, szkolenia, stażu, odbycia przygotowania zawodowego dorosłych, zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, robót publicznych lub
- 2) na wniosek ośrodka pomocy społecznej może skierować do uczestnictwa w kontrakcie socjalnym, indywidualnym programie usamodzielnienia, lokalnym programie pomocy społecznej, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub uczestnictwa w indywidualnym programie zatrudnienia socjalnego, o którym mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym.

W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, powiatowy urząd pracy oraz ośrodek pomocy społecznej są obowiązane informować się wzajemnie

²⁶ A. Słaboń, *Bezrobotni w systemie pomocy społecznej. Model pomocy bezrobotnemu*, (w:) Z. Rajtaczak (red.), *Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej*, tom 2, Katowice 1998, s. 244–249.

²⁷ Zob. A. Majewska-Gałęziak (red.), *Metoda warsztatowa w kształceniu umiejętności interpersonalnych*, Katowice 1998, s. 151–158.

²⁸ E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001, s. 155.

o planowanych działaniach wobec bezrobotnych w trybie określonym w zawartym porozumieniu”.

Z zapisu tego wynika zatem także konieczność współpracy między tymi instytucjami, z których jedna jest elementem publicznych służb zatrudnienia, a druga jednostką organizacyjną pomocy społecznej.

Prace społecznie użyteczne są przeznaczone dla osób bezrobotnych, zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy, bez prawa do zasiłku (art. 2 ust. 1 pkt 23a, art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy). Do prac społecznie użytecznych kieruje starosta, natomiast organizują je gminy w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, organizacjach lub instytucjach statutowo zajmujących się pomocą charytatywną lub na rzecz społeczności lokalnej. Gminy powinny przygotowywać plany z zaznaczeniem rodzaju i zakresu prac niezbędnych dla nich i te informacje przekazywać powiatowym urzędом pracy i kierownikom ośrodków pomocy społecznej. Ci ostatni natomiast zbierają dane o liczbie osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku korzystających ze świadczeń pomocy społecznej, które mogłyby zaangażować się w tę formę działań na rzecz swojego środowiska lokalnego (lista powinna zawierać nazwiska i imiona, miejsca zamieszkania lub pobytu oraz numery ewidencyjne PESEL bezrobotnych bez prawa do zasiłku – Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 października 2005 roku w sprawie trybu organizowania prac społecznie użytecznych). Biorąc pod uwagę te informacje, starosta zawiera z gminą porozumienie, a powiatowy urząd pracy kieruje bezrobotnych do prac społecznie użytecznych. Można je wykonywać w wymiarze do 10 godzin tygodniowo, wynagrodzenie to min. 7,10 zł za godzinę (stan prawny na dzień 1 czerwca 2010 roku). Cały czas jednostka do nich skierowana zachowuje status osoby bezrobotnej (brak stosunku pracy, nie jest zawierana umowa, relacja ma charakter stosunku zobowiązaniowego zgodnie z przepisami prawa cywilnego). Gmina lub podmiot, w którym są organizowane prace społecznie użyteczne, przyjmuje skierowanego przez starostę bezrobotnego zgodnie z porozumieniem i poucza go o konieczności przestrzegania ustalonego porządku i dyscypliny. Przy przydziale prac uwzględnia się jego wiek, stan zdrowia oraz, w miarę możliwości, posiadane kwalifikacje, a także zapoznaje się go z przepisami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy. Starosta przekazuje właściwemu kierownikowi ośrodka pomocy społecznej w terminie do dnia 10 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni wykaz bezrobotnych bez prawa do zasiłku, którzy zostali skierowani do wykonywania prac społecznie użytecznych lub odmówili przyjęcia propozycji ich wykonywania. Gmina lub podmiot, w którym są one organizowane, niezwłocznie zawiadamia starostę i właściwego kierownika ośrodka pomocy społecznej w przypadku, gdy bezrobotny: nie zgłosi

się do wykonywania prac społecznie użytecznych; nie podejmie przydzielonej mu pracy społecznie użytecznej; opuści miejsce wykonywania tych prac; naruszy porządek i dyscyplinę (Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 25 października 2005 roku w sprawie trybu organizowania prac społecznie użytecznych). Starosta refunduje gminie ze środków Funduszu Pracy do 60% minimalnej kwoty świadczenia przysługującego bezrobotnemu (4,26 zł za godzinę – stan prawny na dzień 1 czerwca 2010 roku).

W ostatnich latach pojawił się termin „przedsiębiorstwa społeczne pracy integracyjnej” – używany do określenia inicjatyw gospodarki społecznej mających na celu integrację przez pracę. Z reguły dzieli się je na cztery podstawowe kategorie: przedsiębiorstwa wykorzystujące mechanizmy stałego subsydiowania (np. zakłady pracy chronionej, zakłady aktywności zawodowej); takie, które zapewniają osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym oraz jednostkom o niskiej pozycji na rynku pracy stałe i samowystarczalne zatrudnienie, tzn. stałą pracę, w miarę zrównoważoną ekonomicznie (np. spółdzielnie socjalne); takie, w których głównym celem jest (re)integracja poprzez aktywność zawodową (np. centra integracji społecznej); takie, które oferują przejściowe, tymczasowe zatrudnienie lub praktyki. Te przedsiębiorstwa są szczególnie interesujące właśnie z punktu widzenia pomocy społecznej²⁹. „Organizator pomocy społecznej powinien patrzeć na społeczne otoczenie działań pomocowych pragmatycznie i utylitarnie: czy da się włączyć w proces pomagania i osiągnięcia [jej] celów (...) jeszcze jakiś »aktorów«. Ten główny cel to przywrócenie osób i rodzin, które weszły w obszar oddziaływania pomocy społecznej, do społecznego funkcjonowania w sposób przyjęty i aprobowany w naszym społeczeństwie, a jednocześnie dający tym osobom największe poczucie satysfakcji i spełnienia. Powstałe i rozwijające się instytucje i inicjatywy w obszarze ekonomii społecznej są dla pomocy społecznej niesłychanie obiecujące i atrakcyjne. (...) Pracownik socjalny obok swojego zaangażowania, wsparcia, porady i pomocy finansowej może proponować pracę albo aktywność, która do pracy przygotowuje, zmienia to w zasadniczy sposób sytuację w pomocy społecznej”³⁰.

Istotne znaczenie ma tu więc zatrudnienie socjalne, regulowane podstawowym dokumentem, czyli ustawą z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (oraz ustawą z dnia 15 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o zatrudnieniu socjalnym oraz o zmianie niektórych innych ustaw). Przepisy

²⁹ J. Kowalczyk, *Publiczne służby zatrudnienia a instytucje pomocy społecznej*, (w:) S. Mazur, A. Pacut (red.), *Ekonomia społeczna a publiczne służby zatrudnienia w Polsce – zasady, perspektywy i kierunki współpracy*, Warszawa 2008, s. 150-151.

³⁰ Źródło: J. Kowalczyk, *Ekonomia społeczna z perspektywy pomocy społecznej*, „Ekonomia Społeczna” nr 1/2007, s. 58.

ustawy stosuje się m.in. do osób długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy³¹, „którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym” (art. 1).

Centrum integracji społecznej (które w przeciwieństwie do spółdzielni socjalnej nie jest przedsiębiorstwem ekonomicznym) to jednostka organizacyjna, którą może utworzyć wójt, burmistrz, prezydent miasta lub organizacja pozarządowa, służąca reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem. Działalność CIS-ów obejmuje głównie: warsztaty i szkolenia umożliwiające zdobycie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych, praktyki i staże, udział w grupach wsparcia, grupach samopomocowych, zajęciach terapeutycznych. Wszystkie te zajęcia realizowane są w ramach indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, który może trwać od 6 do 12 miesięcy (w uzasadnionych przypadkach do 18 miesięcy, pierwszy miesiąc jest próbny). W okresie uczestnictwa w zajęciach w centrum otrzymuje się świadczenie integracyjne w wysokości zasiłku dla bezrobotnych (art. 15); aktywna postawa i postępy w reintegracji społecznej i zawodowej umożliwiają także przyznanie osobie objętej programem motywacyjnej premii integracyjnej do 20% wysokości świadczenia integracyjnego (art. 15a). Osoba może na podstawie: własnego wniosku lub wniosku przedstawiciela ustawowego, wniosku zakładu leczenia odwykowego, powiatowego centrum pomocy rodzinie, powiatowego urzędu pracy, ośrodka pomocy społecznej, organizacji pozarządowej lub klubu integracji społecznej, za zgodą tej osoby lub jej przedstawiciela ustawowego zostać skierowana do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez centrum, przez właściwy dla miejsca zamieszkania lub pobytu ośrodek pomocy społecznej. Wniosek ten podlega zaopiniowaniu przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu-

³¹ Pozostałe kategorie osób to w szczególności: bezdomni, realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego; uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźcy, realizujący indywidualny program integracji w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; osoby niepełnosprawne w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

tu osoby kierowanej do uczestnictwa w centrum po uprzednim przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego (art. 12).

Prof. E. Leś w jednym z wywiadów powiedziała: „Oczywiście nie ma gwarancji, że absolwenci centrów nie stracą pracy lub że nie będą korzystać w przyszłości z pomocy społecznej, jednak należy wyraźnie podkreślić, że programy reintegracji społeczno-zawodowej świadczone przez CIS-y dają realną nadzieję tym osobom, które niekiedy przez wiele lat pozostawały beczynne ekonomicznie i bez cienia szansy na poprawę swojej sytuacji. Dzięki centrom wychodzą z unieruchomienia ekonomicznego i kryzysu życiowego (...)”³².

Klub integracji społecznej (do którego droga jest mniej sformalizowana niż do CIS) może założyć gmina lub organizacja pozarządowa. Jego działalność polega na prowadzeniu zajęć o charakterze: terapeutycznym, zatrudnieniowym i samopomocowym. Warunkiem pobytu jest realizacja kontraktu socjalnego. W klubach integracji społecznej można organizować: działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia, prace społecznie użyteczne, roboty publiczne³³, poradnictwo prawne, działalność samopomocową w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych (art. 18).

Jak wiele może zdziałać ta inicjatywa, niech świadczy przykład Klubu Integracji Społecznej przy OPS w Krakowie, który jest realizatorem wielu programów, w tym Programu Reintegracji Zawodowej i Społecznej Osób Bezrobotnych i Ich Rodzin. Projekty urzeczywistniane w jego ramach to m.in.: Centrum Usług Doradczych „CUD” (wsparcie w rozwiązywaniu problemów osobistych i rodzinnych przy wykorzystaniu instrumentów pracy socjalnej i specjalistycznego poradnictwa), Grupa Edukacyjno-Wspierająca Bezrobotnych „GRUPA” (cel to zwiększenie aktywności w zakresie poszukiwania pracy oraz pełnienia ról społecznych przez osoby bezrobotne, w tym szczególnie długotrwale), Warsztaty Edukacji Zawodowej i Społecznej „EDUKACJA” (wyposażenie w wiedzę w zakresie umiejętności poru-

³² B. Jaworska, *Wywiad z ekspertem. Dać wędkę nie płotkę*, „Pracownik Socjalny” nr 2/2006, s. 13.

³³ Roboty publiczne to zatrudnienie bezrobotnego w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy przy wykonywaniu prac organizowanych przez gminy, organizacje pozarządowe statutowo zajmujące się problematyką: ochrony środowiska, kultury, oświaty, kultury fizycznej i turystyki, opieki zdrowotnej, bezrobocia oraz pomocy społecznej, a także spółki wodne i ich związki, jeżeli prace te są finansowane lub dofinansowane ze środków samorządu terytorialnego, budżetu państwa, funduszy celowych, organizacji pozarządowych, spółek wodnych i ich związków (art. 2 ust. 1 pkt 32 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

szania się po rynku pracy), Warsztat Integracji Zawodowej i Społecznej „WARSZTAT” (praktyczna edukacja w zakresie pełnienia ról zawodowych i podnoszenia kompetencji pracowniczych), Prace Społecznie Użyteczne Drogą do Reintegracji Zawodowej i Społecznej „PSU”, Grupa Edukacyjna „ANGIELSKI”, Grupa Edukacyjna „KOMPUTER”, „Bank Czasu” (wykorzystanie potencjału tkwiącego w osobach bezrobotnych, podniesienie ich samooceny przez zapewnienie warunków do oferowania własnych usług oraz wykorzystania ofert osób z podobnych obszarów problemowych) oraz „Giełda Pracy” (organizacja platformy kontaktu z pracodawcami)³⁴.

Spółdzielnie socjalne natomiast to podmioty społeczno-gospodarcze, które tworzone są na bazie przepisów takich podstawowych aktów prawnych, jak: ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych (ustawa z dnia 7 maja 2009 roku o zmianie ustawy o spółdzielniach socjalnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw), ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym, ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawa z dnia 16 września 1982 roku - Prawo spółdzielcze.

Spółdzielnia socjalna to zrzeszenie osób zagrożonych marginalizacją społeczną, to przedsiębiorstwo społeczne łączące w swojej działalności funkcje społeczne i ekonomiczne, to przedsięwzięcie o ściśle określonej misji, to forma prowadzenia biznesu³⁵. Podlega tym samym przepisom co przedsiębiorstwa, prowadzi działalność gospodarczą na zasadach rachunku ekonomicznego i odpowiada za swoje zobowiązania całym majątkiem. Działa na rzecz społecznej i zawodowej reintegracji jej członków, a działania te nie są wykonywane w ramach prowadzonej przez spółdzielnię socjalną działalności gospodarczej. Może prowadzić działalność społeczną i oświatowo-kulturalną na rzecz swoich członków oraz ich środowiska lokalnego, a także działalność społecznie użyteczną w sferze zadań publicznych określonych w ustawie z 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (art. 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 roku o spółdzielniach socjalnych).

Spółdzielnię socjalną mogą założyć m.in. osoby bezrobotne posiadające pełną zdolność do czynności prawnych (oprócz nich także wszystkie inne kategorie wymienione w ustawie o zatrudnieniu socjalnym), ale także inne osoby niż wskazane wyżej, o ile liczba ich nie stanowi więcej niż 50% ogólnej liczby założycieli, organizacje pozarządowe w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie lub jednostki samorzą-

³⁴ A. Żukiewicz, *Reintegracja społeczna i zawodowa podopiecznych systemu pomocy społecznej. Przykład działalności Klubu Integracji Społecznej*, Kraków 2009.

³⁵ B. Jaworska, *Bezrobotny przedsiębiorca*, „Pracownik Socjalny” nr 10/2004, s. 4.

du terytorialnego, a także kościelne osoby prawne (art. 4). Musi to być co najmniej 5 osób (jeżeli założycielami są osoby fizyczne) i 2 osoby (jeżeli założycielami są osoby prawne), ale nie więcej niż 50 osób (wyjątek: spółdzielnie socjalne, które powstają z przekształcenia spółdzielni inwalidów lub spółdzielni niewidomych – art. 5). Osoba bezrobotna, która zostaje członkiem spółdzielni socjalnej, traci status osoby bezrobotnej nie w momencie jej zarejestrowania, lecz gdy podpisze spółdzielczą umowę o pracę lub w dzień po otrzymaniu dotacji z powiatowego urzędu pracy, gdyż o taką może się starać. Starosta może przyznać bezrobotnemu z Funduszu Pracy jednorazowo środki na podjęcie działalności gospodarczej, w tym na pokrycie kosztów pomocy prawnej, konsultacji i doradztwa związane z podjęciem tej działalności, w wysokości określonej w umowie, nie wyższej jednak niż sześciokrotnej wysokości przeciętnego wynagrodzenia, a w przypadku gdy działalność jest podejmowana na zasadach określonych dla spółdzielni socjalnych, wysokość przyznanych bezrobotnemu środków nie może przekraczać czterokrotnego przeciętnego wynagrodzenia na jednego członka założyciela spółdzielni oraz trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia³⁶ na jednego członka przystępującego do spółdzielni socjalnej po jej założeniu (art. 46 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

Współpraca publicznych służb zatrudnienia i jednostek organizacyjnych pomocy społecznej przejawia się w następujących formach współdziałania (za J. Kowalczykiem): tworzenie dokumentów programowych i ich realizacja, przekazywanie informacji do gmin przez powiatowe urzędy pracy oraz udostępnianie informacji o niektórych usługach i ofertach powiatowego urzędu pracy przez ośrodki pomocy społecznej, kierowanie do instytucji zatrudnienia socjalnego, organizowanie prac społecznie użytecznych i robót publicznych, a także realizacja projektów systemowych dla pomocy społecznej w ramach Priorytetu VII Działanie 7.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki³⁷.

³⁶ Stan na 1 czerwca 2010 r.: działalność samodzielna – do 600%, czyli 19.898,28 zł; w ramach tworzonej spółdzielni socjalnej – do 400%, czyli 13.265,52 zł; przystąpienie do istniejącej spółdzielni socjalnej – do 300%, czyli 9.949,14 zł <<http://www.mpips.gov.pl/index.php?gid=538>> [21.06.2010 r.].

³⁷ Priorytet VII: Promocja integracji społecznej, eliminowanie różnego rodzaju barier (organizacyjnych, prawnych czy psychologicznych), na doświadczanie których są narażone osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, borykające się z problemem dyskryminacji na rynku pracy. Kwestia ta dotyczy przede wszystkim osób niepełnosprawnych, długotrwale bezrobotnych oraz opuszczających placówki wychowawcze i penitencjarne, a także kobiet, postrzeganych w sposób stereotypowy przez pracodawców i otoczenie społeczne jako pracownicy mniej dyspozycyjni oraz mobilni zawodowo. Ponieważ niektóre grupy zagrożone marginalizacją mogą być wspierane zarówno przez instytucje pomocy społecznej jak również przez publiczne służby za-

Istotną rolę w pomocy osobom borykającym się z brakiem pracy odgrywają też programy readaptacyjne, które służą budowaniu programów kształcenia i rekwalifikacji kadr w celu ponownego przystosowania bezrobotnych rodziców (chodzi tu o wdrożenie ich do systemu obowiązków, ról społecznych i środowiska pracy), ich formuła łączy zatrudnienie oraz przygotowanie do zdobywania i utrzymania się w pracy³⁸ i lokalne programy społeczne. Jeden z nich był realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej na Żoliborzu³⁹.

Cel główny tego programu to aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym. Cele szczegółowe zaś to: zwiększenie efektywności poszukiwania prac stałych lub zleconych przez bezrobotnych i poszukujących pracy, poprawa funkcjonowania osób bezrobotnych w środowisku rodzinnym, lokalnym i na gruncie zawodowym, diagnoza problemu bezrobocia na obszarze lokalnym oraz integracja wielu środowisk wokół rozwiązywania problemu bezrobocia, a poprzez to tworzenie modelowych propozycji współdziałania różnych sektorów na gruncie lokalnej polityki społecznej.

Harmonogram realizacji programu:

I zadanie

Rozpoznanie potrzeb osób i rodzin bezrobotnych.

Sposób realizacji: prowadzenie rozmów diagnostycznych z osobami bezrobotnymi, opracowanie diagnozy socjalnej i planu pracy z klientem, prowadzenie pracy socjalnej.

II zadanie

Zaspokajanie potrzeb wynikających z diagnozy socjalnej poprzez realizację następujących przedsięwzięć:

1) Klub pracy – oferowane: poradnictwo i indywidualne konsultacje zawodowe, treningi aktywnego poszukiwania pracy, pomoc w przygotowywaniu dokumentów aplikacyjnych (CV, list motywacyjny), indywidualne konsultacje z zakresu autoprezentacji, pomoc w ustalaniu możliwości i predyspozycji za-

trudnienia, przyjęto założenie, że osoby, które korzystają z usług systemu pomocy społecznej, będą otrzymywały wsparcie za jego pośrednictwem, natomiast pomoc w readaptacji zawodowej i dostępie do rynku pracy wobec tych osób, które nie są klientami pomocy społecznej, świadczyć będą instytucje rynku pracy. Patrz *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego Warszawa, 7 września 2007 oraz *Szczegółowy opis priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013*, Warszawa, 13 marca 2008; J. Kowalczyk, *Publiczne służby...*, op. cit., s. 168.

³⁸ Podają za: M. Wolska-Długosz, *Różnorodność form pomocy rodzinie dotkniętej bezrobociem*, (w:) B. Matyjas, J. Biała (red.), *Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka*, Kielce 2007.

³⁹ A. Wiśniewska-Mucha, *Praca socjalna z klientami bezrobotnymi*, „Pracownik Socjalny” nr 2/2007, s. 3–5.

wodowych, analiza podejmowanych działań na rynku pracy, udostępnianie zasobów materialnych: ogłoszenia prasowe, telefon, faks, ksero, Internet.

2) Klub integracji społecznej – oferowane: udział w grupie aktywnego poszukiwania pracy, opracowywanie indywidualnych planów aktywnego poszukiwania pracy, analiza dotychczasowych działań (i/lub ich weryfikacja).

3) Pośrednictwo pracy – czyli pozyskiwanie ofert pracy, kierowanie klientów do zaoferowanych miejsc pracy, organizacja spotkań z pracodawcami – giełdy pracy, organizacja targów pracy.

4) Współpraca pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej w celu wypracowania konstruktywnych metod rozwiązywania problemów dotyczących bezrobocia, tworzenie zespołów zadaniowych w celu kompleksowego udzielania pomocy osobom bezrobotnym i ich rodzinom, wspólne spotkania z udziałem klientów, zawieranie i ocena kontraktów socjalnych z klientami.

5) Współpraca z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz przeciwdziałania bezrobociu – z powiatowym urzędem pracy, z agencjami pracy itd.

6) Współpraca ze szkołami ponadgimnazjalnymi – prowadzenie prelekcji w ostatnich klasach na temat wejścia młodych ludzi na rynek pracy.

7) Bieżąca analiza rynku pracy i diagnozowanie lokalnych potrzeb – prowadzenie okresowej sprawozdawczości, pozyskiwanie danych statystycznych od uprawnionych podmiotów.

Praca socjalna z osobami bezrobotnymi to niewątpliwie bardzo odpowiedzialne zadanie, wymagające od osób ją prowadzących właściwego przygotowania, a od innych obywateli świadomości jej wagi. Przynosi ona korzyści, kiedy w działania angażują się poszczególne instytucje do tego powołane, najlepiej współpracując ze sobą, ale także organizacje czy społeczności lokalne, będące w stanie realizować z bardzo dobrymi skutkami, przy udziale i wsparciu instytucjonalnych jednostek organizacyjnych, programy zapobiegające marginalizacji i służące aktywizacji osób zmagających się z trudnymi sytuacjami życiowymi.

Wybrana literatura

Auleytner J., Głębicka K., *Polskie kwestie socjalne na przełomie wieków*, Warszawa 2001.

Faliszek K., *Bezrobocie jako problem społeczny*, (w:) S. Pawlas-Czyż, K. Wódz (red.), *Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych*, Toruń 2007.

Gazon J., *Ani bezrobocie, ani opieka społeczna. Od wyboru etycznego do ekonomicznej realizacji*, Warszawa 2008.

Jaworska B., *Bezrobotny przedsiębiorcą*, „Pracownik Socjalny” nr 10/2004.

Jaworska B., *Wywiad z ekspertem. Dać wędkę, nie płótkę*, „Pracownik Socjalny” nr 2/2006.

- Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001.
- Kmiecik-Baran K., *Bezrobocie czynnikiem marginalizacji i ubóstwa*, Gdańsk 2009.
- Kotomska M., *Praca socjalna z osobami bezrobotnymi*, (w:) E. Trafiałek (red.), *Profesjonalna praca socjalna. Warunki skuteczności, doświadczenia, kierunki zmian*, Kielce 2008.
- Kowalczyk J., *Publiczne służby zatrudnienia a instytucje pomocy społecznej*, (w:) S. Mazur, A. Pacut (red.), *Ekonomia społeczna a publiczne służby zatrudnienia w Polsce – zasady, perspektywy i kierunki współpracy*, Warszawa 2008.
- Kozek W., *Bezrobocie jako zjawisko społeczne*, (w:) M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*, Warszawa 2004.
- Król A., *Stres bezrobocia jako problem współczesnej młodzieży*, (w:) F. W. Wawro (red.), *Problemy współczesnej młodzieży w ujęciu nauk społecznych*, Lublin 2007.
- Kubicka H., *Brak pracy – przykład zagrożenia rozwoju społeczno-kulturowego i praktyka społeczna*, (w:) E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, tom I, Warszawa 2006.
- Kwiatkowski E., *Bezrobocie. Podstawy teoretyczne*, Warszawa 2002.
- Majewska-Gałęziak A. (red.), *Metoda warsztatowa w kształceniu umiejętności interpersonalnych*, Katowice 1998.
- Nitecki S., *Procedury i tryb przyznawania świadczeń. Pomoc społeczna*, Wrocław 2009.
- Noszczyk M., *Bezrobocie a zjawisko marginalizacji*, (w:) K. Marzec-Holka (red.), *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, Bydgoszcz 2005.
- Pilch J., *Bezrobocie – nowa kwestia społeczna*, (w:) I. Lepalczyk, T. Pilch (red.), *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Warszawa 2005.
- Plitta W., *Bezrobocie raz jeszcze*, „Pracownik Socjalny” nr 1/2005.
- Reszke I., *Wobec bezrobocia: opinie, stereotypy*, Katowice 1999.
- Schimanek T., *Potrzeba wspólnego działania*, (w:) J. Tokarz (red.), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Warszawa 2007.
- Słaboń A., *Bezrobotni w systemie pomocy społecznej. Model pomocy bezrobotnemu*, (w:) Z. Ratajczak (red.), *Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej*, tom 2, Katowice 1998.
- Szatur-Jaworska B., Rysz-Kowalczyk B., *Raport z badania „Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse”*, (w:) J. Tokarz (red.), *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*, Warszawa 2007.
- Warr P., *Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia*, (w:) T. Chirkowska-Smolak, A. Chudzińska (red.), *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, Poznań 2004.
- Wiśniewska-Mucha A., *Praca socjalna z klientami bezrobotnymi*, „Pracownik Socjalny” nr 2/2007.
- Wolska-Długosz M., *Różnorodność form pomocy rodzinie dotkniętej bezrobociem*, (w:) B. Matyjas, J. Biała (red.), *Rodzina jako środowisko pracy socjalnej. Teoria i praktyka*, Kielce 2007.
- Żukiewicz A., *Reintegracja społeczna i zawodowa podopiecznych systemu pomocy społecznej. Przykład działalności Klubu Integracji Społecznej*, Kraków 2009.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Czyli o doświadczaniu ograniczonej sprawności z perspektywy jakości życia

W państwach Unii Europejskiej żyje obecnie około 45 mln osób niepełnosprawnych. W Polsce liczba ta wynosi ok. 5,5 mln osób z różnymi ograniczeniami sprawności. Warto w tym miejscu podkreślić, że grupa ta jest niejednolita, gdyż około 1 mln osób to osoby niepełnosprawne biologicznie, nieposiadające orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, lecz wykazujące całkowitą lub znacznie ograniczoną niezdolność do samodzielnego funkcjonowania w różnych sferach życia¹. Zgodnie z opublikowanymi wynikami Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności przeprowadzonymi przez GUS w 2009 roku wskazano, iż najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią choroby układu krążenia, narządów ruchu oraz choroby neurologiczne. Relatywnie niższy udział procentowy w zbiorowości niepełnosprawnych osób z uszkodzeniami narządu wzroku i słuchu, z chorobą psychiczną i niepełnosprawnością intelektualną dotyczy jednak tysięcy osób o obniżonej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, a zatem i wymagających szczególnego podejścia w edukacji, na rynku pracy i w życiu codziennym². Najwięcej niepełnosprawnych obserwuje się wśród osób w wieku 40–60 lat³. Należy wskazać, iż w ciągu ostatnich lat nastąpiło zwiększenie liczby osób z orzeczoną umiarkowaną i znacznym stopniem niepełnosprawności oraz zmniejszenie liczby osób deklarujących posiadanie orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności.

¹ Badanie w ramach Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku pozwalało osobom na udzielenie subiektywnej odpowiedzi odnośnie swoich ograniczeń.

² Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), GUS 2009.

³ Zob. P. Łaszewicz, I. Ruś, Z. Woźniak, *Sytuacja społeczna osób z ograniczoną sprawnością w Polsce – dane statystyczne*, (w:) A. Brzezińska, K. Maj, Z. Woźniak (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*, Warszawa 2007, s. 115–116.

Niejednokrotnie mówiąc o niepełnosprawnych, nie potrafimy określić, kim tak naprawdę są osoby niepełnosprawne i jakie mogą być wymiary posiadanej przez nie niepełnosprawności. Wbrew statystykom niepełnosprawność nie dotyczy tylko części populacji, ale w dobie starzenia się społeczeństw stanowi ona potencjalne zagadnienie dla każdego żyjącego w nim obywatela.

Aby zrozumieć zakres zjawiska niepełnosprawności, można spróbować dokonać uproszczonego podziału ludzi na dwie grupy, różnicując ich ze względu na stopień niepełnosprawności na osoby w pełni sprawne i osoby z niepełną sprawnością. Jednakże aby poznać, czym naprawdę jest sama niepełnosprawność, należałoby ustalić, czym jest posiadanie pełnej sprawności. S. Kowalik rozpatruje sprawność na trzech poziomach funkcjonowania człowieka:

- jako zdolność całego organizmu lub poszczególnych jego układów (względnie narządów) do wypełniania właściwych im funkcji,
- jako sprawność psychologiczną, oznaczającą zdolność do samodzielnego organizowania własnego działania, umożliwiającego jednostce zaspokojenie posiadanych potrzeb i wywiązywanie się ze społecznie narzucanych zadań,
- jako sprawność społeczną grupy, do której należy dana jednostka. Pełna sprawność oznaczać może tu dwa stany, w jakich będzie znajdował się człowiek. Pierwszy z nich dotyczy sprawności w aspekcie trzech poziomów funkcjonowania człowieka (biologicznego, psychologicznego i społecznego). Natomiast druga perspektywa dotyczy wypełniania funkcji, zadań i celów wyznaczanych na poszczególnych etapach życia człowieka⁴.

Osoby niepełnosprawne to te, których organizmy utraciły zdolność do spełniania przypisanych im funkcji, czyli są dysfunkcjonalne w ujęciu pierwszego poziomu rozumienia niepełnosprawności, ujmującego sprawność jako zdolność organizmu do wypełniania właściwych dla tego organizmu (bądź narządów) funkcji. Uszkodzenie ciała może implikować pojawienie się i utrwalenie trudności przejawiających się na dwóch pozostałych poziomach, choć nie jest konieczne, by niepełnosprawność rozpoznać. Definicja niepełnej sprawności mówi, „że niepełnosprawną jest osoba, której stan zdrowia fizycznego lub psychicznego powoduje trwałe lub długotrwałe utrudnienie, ograniczenie lub uniemożliwienie udziału w stosunkach społecznych i wypełnianie ról według przyjętych kryteriów i obowiązujących norm”⁵.

⁴ S. Kowalik, *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice 1999.

⁵ *Ibidem*, s. 24–25.

W literaturze przedmiotu spotyka się wiele klasyfikacji niepełnosprawności określających zakres tego pojęcia. Międzynarodowym wzorcem określania różnorodnych konsekwencji wrodzonych lub nabytych deficytów zdrowotnych jest Klasyfikacja Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń przyjęta w 1980 roku przez Światową Organizację Zdrowia. Autorzy dokonali tu rozgraniczenia w zależności od tego, czy dana niepełnosprawność jest uszkodzeniem w wymiarze medycznym, niezdolnością do wykonywania funkcji życiowych czy upośledzeniem w sensie społecznym. Przyjęto za podstawę podziału trzy aspekty: biologiczny, funkcjonalny i społeczny, oraz wyodrębniono trzy podgrupy: uszkodzenie (*impairment*), niepełnosprawność (*disability*) i upośledzenie (*handicap*). Uszkodzenie i niepełnosprawność odnoszą się do fizycznych i psychicznych wymiarów funkcjonowania jednostki, a upośledzenie dotyczy zakłóceń w procesie interakcji ze środowiskiem społecznym i fizycznym⁶.

Z kolei zgodnie z § 1 Karty Praw Osób Niepełnosprawnych za niepełnosprawne uznaje się „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych”.

Niewątpliwie najpowszechniej stosowaną jest definicja osoby niepełnosprawnej zawarta w Ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (nowelizacja z roku 2009). Ustawa dotyczy wszystkich osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem:

- o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub
- o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
- o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.

Jak podkreśla T. Chudobski, zastosowanie kryterium formalnego w celu wyodrębnienia osób niepełnosprawnych jest niezbędne w celu określenia rozmiarów wsparcia udzielanego przez państwo. Jednak, jak podkreśla autor, nie sposób nie zauważyć wniosków z badań prowadzonych wśród osób niepełnosprawnych, które pomimo posiadanego orzeczenia o niepełnosprawności same za niepełnosprawnych się nie uważają⁷.

⁶ J. Kirenko, *W stronę społecznego modelu niepełnosprawności*, (w:) Z. Palak (red.), *Pedagogika specjalna w reformowanym ustroju edukacyjnym*, Lublin 2001, s. 64.

⁷ T. Chudobski, *Uregulowania prawne dotyczące osób niepełnosprawnych w stopniu umiarkowanym i znacznym, z rzadkimi i sprzężonymi rodzajami niepełnosprawności*, (w:) A. I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010, s. 21.

Rozumienie niepełnej sprawności zmieniło się w istotny sposób. Obecnie, jak uważa C. Barnes, „sami niepełnosprawni, jak również coraz większa liczba przedstawicieli różnych zawodów i twórców polityki społecznej, szczególnie za granicą, uważa, że to nie uszkodzenie, czyli uwarunkowane indywidualnie ograniczenia funkcjonalne czy fizyczne, czuciowe (umysłowe czy ukryte), które uniemożliwiają ludziom niepełnosprawnym prowadzenie sensownego życia, ale ograniczające je środowisko i uniemożliwiające normalne życie bariery. Tak więc niepełnosprawność odnosi się do złożonego systemu społecznych utrudnień narzuconych osobom niepełnosprawnym przez wysoko dyskryminujące społeczeństwo”⁸.

S. Kantyka podkreśla, iż zmiana sposobu ujmowania problemu niepełnosprawności na przestrzeni ostatnich lat to zmiana relacji pacjent – lekarz na konsument – świadczeniobiorca⁹. Zmiana ta wynika z faktu ewolucji sys-

Tabela 1. Cechy modeli niepełnosprawności

Kryterium porównania	Model medyczny niepełnosprawności	Model społeczny niepełnosprawności
Podejście do niepełnosprawności	tragedia osobista	kwestia społeczna
Istota problemu	choroba, uszkodzenie fizyczne, utrata możliwości wykonywania zawodu, psychologiczne niedostosowanie, brak motywacji i współpracy	uzależnienie od fachowej pomocy, brak odpowiednich służb wspomagających, bariery architektoniczne, bariery ekonomiczne
Miejsce zjawiska	wymiar osobisty	organizacja społeczeństwa
Rola osoby niepełnosprawnej	pacjent/klient	konsument
Rozwiązanie	fachowa pomoc lekarzy, rehabilitantów, terapeutów, doradców zawodowych	egzekwowanie praw, samopomoc, doradztwo, usunięcie barier
Kontrola	dokonywana przez ekspertów	samokontrola – możliwość wyboru
Oczekiwane wyniki	adaptacja jednostki	akceptacja jednostki w społeczeństwie, zmiana społeczna

Źródło: *Prawa człowieka a osoby niepełnosprawne. Materiały seminaryjne*, Konstancin-Jeziorna 1996, za: H. Ochonczenko, *Od inwalidy do „osoby niepełnosprawnej” – przemiany w definiowaniu osób niepełnosprawnych*, (w:) H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.), *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, Kraków 2005.

⁸ C. Barnes 1997, za: H. Ochonczenko, *Od inwalidy do „osoby niepełnosprawnej” – przemiany w definiowaniu osób niepełnosprawnych*, (w:) H. Ochonczenko, G. Miłkowska (red.), *Osoba niepełnosprawna w społeczności akademickiej*, Kraków 2005, s. 34.

⁹ S. Kantyka, *Podmiotowość osób niepełnosprawnych – idea niezależnego życia*, (w:) L. Frąckiewicz (red.), *Postawy wobec niepełnosprawności*, Katowice 2002, s. 24.

temu, gdy to lekarz był osobą decydującą o formie i rodzaju udzielanej pomocy osobom niepełnosprawnym w kierunku, o którym to sam zainteresowany podejmuje decyzję co do zakresu potrzebnej mu pomocy. Ewolucja ta dokonuje się szczególnie w zakresie dwóch modeli: medycznego (indywidualnego) i społecznego.

Model medyczny był charakterystyczny dla nauk medycznych XX wieku jako wynik przyjęcia kartezjańskiego dualizmu, czyli oddzielenia psychiki od ciała. Do takiego rozszczępionego spojrzenia na człowieka przyczynił się również postęp techniczny. Zdrowie i choroba w tym ujęciu to stany rozłączne, a więc zdrowie to brak choroby, dysfunkcji czy ograniczeń, bez stanów pośrednich¹⁰. Model ten fundowano na przekonaniu o potrzebie udzielania specjalistycznej pomocy z zakresu rehabilitacji osobom, które nie są w stanie funkcjonować samodzielnie. W związku ze swoimi ograniczeniami fizycznymi skreślani są jako obywatele posiadający prawo do nauki, pracy, aktywności społecznej oraz politycznej, częstokroć jednak pomijani w podejmowaniu ważnych dla nich osobistych decyzji. W medycznym modelu niepełnosprawność staje się barierą samą w sobie, z którą należy radzić sobie poprzez interwencję medyczną, likwidując biologiczne dysfunkcje i funkcjonalne ograniczenia.

Natomiast zgodnie ze społecznym modelem niepełnosprawności, osoby z dysfunkcjami mają prawo do decydowania o swoim życiu, uzyskiwania należnej pomocy oraz do egzekwowania przywilejów wynikających z ich statusu pełnoprawnych członków społeczeństwa. Nie mniej ważne jest nieustające kształtowanie pozytywnych postaw akceptacji wobec osób niepełnosprawnych¹¹.

W modelu społecznym ograniczenia ze strony społeczeństwa są przyczyną braku pełnej adaptacji osób z dysfunkcjami, co skutkuje ich niepełnosprawnością psychologiczną i społeczną. Prezentowane przez model społeczny podejście humanistyczno-podmiotowe odrzuca pojmowanie niepełnosprawności w kategoriach indywidualnej patologii, kładąc nacisk na materialne i społeczne deficyty środowiska. Koncentruje się ono na harmonijnym oddziaływaniu jednostki i społeczeństwa w celu lepszego funkcjonowania osoby niepełnosprawnej, która to osoba posiada atrybut podmiotowości, a jej aktywność cechuje niezależność. Adaptacja powinna odbywać się poprzez procesy integracji i normalizacji środowiska¹². Ponadto, społecz-

¹⁰ H. Sęk, *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa 2001, s. 46–47.

¹¹ J. Kirenko, *W stronę społecznego...*, op. cit.; por. też: C. Hamonet, *Les personnes handicapées*, Paris 1990.

¹² T. Żółkowska, *Od medyczno-przedmiotowych do humanistyczno-podmiotowych koncepcji niepełnosprawności*, (w:) *Materiały konferencyjne: Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym*, Wrocław 23–25 września 2004, s. 546–548.

ny model niepełnosprawności zmierza do budowania tzw. „klimatu społecznej akceptacji”, który jest wzmacniany poprzez eliminowanie przeszkód architektonicznych, barier społecznych i prawnych, poprzez dbałość o zrównywanie szans i zapewnianie dostępu do wszelakich zasobów środowiskowych, a także przeciwdziałanie dyskryminacji¹³.

Środowisko jednostki odgrywa bardzo ważną rolę w jej rozwoju, gdyż zasoby, jakimi ono dysponuje, a więc także ukierunkowane działania osób z otoczenia, stanowią, obok indywidualnego potencjału osoby, czynnik wpływający na rozwijanie kompetencji jednostki¹⁴. Niestety, w przypadku osób niepełnosprawnych środowisko często nie uwzględnia możliwości, jakimi osoby te dysponują. Zatem niepełnosprawni są w szczególnym stopniu narażeni na pogłębienie swej dysfunkcjonalności z przyczyny braku odpowiedniego – pod względem treści i formy – zaangażowania otoczenia w poprawę ich sytuacji¹⁵.

Można również wskazać na istnienie modelu praw człowieka, który ujmuje niepełnosprawność jako normalny aspekt życia i definiuje ją w kontekście praw człowieka. Model ten koncentruje się głównie na usuwaniu barier środowiskowych i konieczności ich usunięcia. Jak uważają M. Piasecki i M. Stępniaak, „niepełnosprawność traktowana jest dynamicznie – jako interakcja pomiędzy człowiekiem niepełnosprawnym a środowiskiem, podlega ciągłym zmianom, nie jest ujmowana jako pewien brak po stronie jednostki”¹⁶. W modelu praw człowieka niepełnosprawność jest elementem znajdującym się poza jednostką. Główną ideą przewodnią jest idea wyrównywania szans, wokół której tworzone są indywidualne i polityczne rozwiązania, a „stworzenie środowiska przyjaznego i pozbawionego barier jest kluczem do pełnego i twórczego udziału osób niepełnosprawnych w życiu społecznym”¹⁷.

Uznanie praw osób niepełnosprawnych do podejmowania wyborów i planowania życia w taki sam sposób, w jaki czynią to osoby sprawne, bez narażania ich na dyskryminację ze strony społeczeństwa, umożliwi skoncentrowanie się na przeszkodach, które uniemożliwiają równe szanse oraz opracowanie strategii ich likwidacji. Mówi o tym wyraźnie definicja osoby niepełnosprawnej przyjęta przez Europejskie Forum Niepełnosprawności w Parlamencie Europejskim, które określa osobę niepełnosprawną jako

¹³ J. Kirenko, *W stronę społecznego...*, op. cit.

¹⁴ A. Brzezińska, *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa 2000, s. 65.

¹⁵ S. Kowalik, *Między dyskryminacją i integracją osób niepełnosprawnych*, (w:) B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, Bydgoszcz 2001, s. 800–812.

¹⁶ M. Piasecki, M. Stępniaak (red.), *Osoby z niepełnosprawnością w Unii Europejskiej. Szanse i zagrożenia*, Lublin 2003, s. 10.

¹⁷ H. Ochonczenko, *Od inwalidy...*, op. cit., s. 35.

„jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyższać w taki sposób, jak inni ludzie. Do zadań społeczeństwa należy eliminowanie, zmniejszanie lub kompensowanie tych barier, aby każdej jednostce umożliwić korzystanie z dóbr publicznych, jednocześnie respektując jej prawa i przywileje”¹⁸.

Dobra jakość życia osób niepełnosprawnych. Dlaczego tak trudno ją osiągnąć?

Zadowolenie z życia stanowi podstawową przesłankę celowej aktywności człowieka. Wraz ze wzrostem zasobności życia kategoria, jaką jest jakość życia, staje się obiektem jego dążeń. Problematyka jakości życia osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych znalazła szeroki wyraz w literaturze przedmiotu. Koncepcji jakości życia i różnym możliwościom jej pomiaru poświęcona jest publikacja *Measuring Health*, która ujmuje jakość życia poprzez pryzmat zdrowia. Uogólniając, można wyróżnić pięć kategorii badawczych określających jakość życia. Są to: ogólny stan zdrowia, sprawność funkcjonalna, poczucie ogólnego komfortu życiowego, stan psychiczny (emocjonalny), status ekonomiczny¹⁹.

Na kształtowanie jakości życia istotny wpływ mają bariery, które uniemożliwiają bądź utrudniają osiągnięcie pożądanego dobrostanu. Do najczęściej spotykanych przez osoby niepełnosprawne barier należą: bariery w dostępie do edukacji, rehabilitacji, zatrudnieniu, architektoniczne, czy te najbardziej istotne – mentalne. Jak uważa A. Ostrowska, postrzeganie rzeczywistości poprzez pryzmat barier jest obecnie dominującym ujęciem wszelkich opracowań. Wskazać można istnienie barier: zdrowotnych, architektonicznych, w zatrudnieniu, w edukacji czy barier związanych z istnieniem negatywnych postaw i stereotypów wobec osób niepełnosprawnych. Można przyjąć, iż powstawanie owych trudności jest rezultatem licznych błędów polityki społecznej, ale również braku aktywności samych niepełnosprawnych²⁰.

¹⁸ T. Gałkowski, *Nowe podejście do niepełnosprawności. Uporządkowanie terminologiczne*, „Audiophonologia” nr 10/1997, s. 159–164.

¹⁹ A. Bowling, *Measuring health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*, Buckingham 1991.

²⁰ A. Ostrowska, *Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości*, (w:) K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, Kraków 2003, s. 51; por. też A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Warszawa 2001, s. 190–191.

Edukacja zmierzająca do wyposażenia osoby niepełnosprawnej w określony zasób wiedzy i umiejętności jest pierwszym, podstawowym ogniwem rehabilitacji społecznej i zawodowej. Na mocy Ustawy o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 r. osoby niepełnosprawne mają zagwarantowany udział w procesie edukacji w placówkach ogólnodostępnych, integracyjnych i specjalnych w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności²¹. Pomimo zagwarantowanego prawnie dostępu osób z niepełnosprawnościami do edukacji, osoby te nadal doświadczają różnorodnych trudności. Do najczęściej spotykanych problemów w kształceniu osób niepełnosprawnych na niższych poziomach procesu edukacji należą: bariery architektoniczne, brak odpowiedniej kadry nauczycielskiej (posiadającej specjalistyczne, ukierunkowane wykształcenie), brak odpowiednich urządzeń wspomagających funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami. Największymi problemami szkół są trudności natury finansowej, które wpływają na likwidację barier architektonicznych, zakup pomocy dydaktycznych czy zatrudnianie dodatkowej kadry specjalizującej się w zagadnieniach związanych z niepełną sprawnością (np. pedagogów specjalnych). Pomimo rozwiniętego systemu wspomagania placówek kształcących osoby niepełnosprawne przez instytucje do tego powołane (ośrodki specjalizujące się w pomocy osobom z różnymi rodzajami niepełnosprawności, np. Polski Związek Niewidomych w Polsce), liczba osób niepełnosprawnych w szkołach średnich czy wyższych jest nadal niewielka. Barięraz okazuje się często także edukacja na szczeblu podstawowym, której najczęstszą formą w stosunku do uczniów niepełnosprawnych jest nauczanie indywidualne, które poprzez zmniejszoną liczbę godzin, a przez to i przerobionego materiału pogłębia nierówności pomiędzy uczniami niepełnosprawnymi a sprawnymi.

Największa grupa osób z niepełnosprawnościami to osoby o niskim poziomie wykształcenia (poniżej średniego). Najmniej liczną grupę stanowią osoby z wykształceniem wyższym. Niekorzystnie przedstawia się także sytuacja osób niepełnosprawnych w perspektywie kształcenia wyższego. Jakkolwiek w ostatnich latach można zauważyć tendencję do poszerzenia oferty edukacyjnej uczelni wyższych, zarówno w zakresie form, jak i treści kształcenia, to nadal liczba niepełnosprawnych studiujących jest niska. Przeprowadzone przez A. Ostrowską i K. Błęszyńską badania²² dowodzą, że ponad połowa badanych ma tylko wykształcenie podstawowe, niepełne

²¹ Ustawa o systemie oświaty z dnia 7 września 1991 roku (Dz. U. Nr 44, poz. 250, Nr 54, poz. 320, Nr 127, poz. 857 i Nr 148, poz. 991 z 2010 r.).

²² Por. A. Ostrowska, *Jakość życia niepełnosprawnych w świetle badań socjologicznych*, (w:) R. Ossowski, (red.), *Kształcenie specjalne i integracyjne*, Warszawa 1989; K. Błężyńska, *Jakość edukacji a jakość życia osób niepełnosprawnych*, (w:) J. Pańczyk, W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*, Poznań 1999.

podstawowe lub zasadnicze zawodowe, a stosunek osób niepełnosprawnych do osób sprawnych posiadających wyższe wykształcenie wynosi 1 : 4. Można uznać, iż podstawowymi przyczynami małej liczby osób niepełnosprawnych z wykształceniem wyższym są: bariera szkoły średniej, bariery funkcjonalne występujące w polskich uczelniach, ale także odległość miejsca zamieszkania od ośrodków akademickich.

Konsekwencją poziomu wykształcenia posiadanego przez osoby z niepełnosprawnościami jest ich życie zawodowe. Praca to nie tylko źródło dochodów i w efekcie utrzymania, ale także poprawy jakości życia, sposób na samorealizację, większą autonomię i godne życie. Poza tym nie należy zapominać o terapeutycznym charakterze pracy. Warto również podkreślić, że termin „osoba niepełnosprawna” nie oznacza automatycznie „niezdolna do pracy”. Jedynie poprzez pracę można w pełni włączać osoby niepełnosprawne w nurt życia społecznego, a zarazem ograniczać wydatki płynące z budżetu państwa na pomoc socjalną. Obiektywnym wyznacznikiem jakości życia w tej sferze jest stopa bezrobocia wśród osób niepełnosprawnych i poziom zatrudnienia.

Zdecydowana większość osób niepełnosprawnych utrzymuje się głównie ze świadczeń społecznych: rent, emerytur i zasiłków. Jedynie dla niewielkiej grupy osób z niepełnosprawnościami (ok. 9%) główne źródło utrzymania stanowi praca, zaś kolejne 8% pozostaje na utrzymaniu innych osób, nie posiadając własnych środków na przeżycie²³. Badania wskazują, że osoby niepełnosprawne dłużej poszukują pracy i częściej są z niej zwalniane. Potrzebują również dostosowania stanowiska pracy do swoich możliwości²⁴.

Wyznacznikiem jakości życia w sferze zawodowej jest poziom zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami. Według danych GUS (2009) najwięcej osób niepełnosprawnych zadeklarowało pracę w zakładach pracy chronionej. Kolejną grupą są osoby pracujące na własny rachunek. Możemy wyróżnić w tej grupie osoby zajmujące się pracą chałupniczą jak i prowadzące własne firmy (np. komputerowe). Dość dużą grupę stanowią osoby niepełnosprawne pracujące jako pracownicy najemni, a najmniej osób niepełnosprawnych (4%) zatrudnia inne osoby. Możliwościami podniesienia jakości życia osób niepełnosprawnych poprzez pracę są szkolenia dostosowane do potrzeb rynku i ich możliwości.

A. Ostrowska, J. Sikorska i B. Gąciarz przyczyny niskiego zatrudnienia osób niepełnosprawnych określają jako strukturalne i indywidualne. Do tych pierwszych zaliczyć należy małą skuteczność w tworzeniu miejsc pracy (zwłaszcza w rejonach słabo uprzemysłowionych). Natomiast przyczyny

²³ Za: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2007, GUS BAEL 2009.

²⁴ M. Garbat, A. Paszkowicz, *Współczesne determinanty jakości życia osób niepełnosprawnych*, (w:) K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorość, niepełnosprawność...*, op. cit., s. 200.

indywidualne to osiągnięcie wieku emerytalnego i pogorszenie stanu zdrowia. Autorki te podkreślają, że jedną z przyczyn niskiej aktywności zawodowej niepełnosprawnych są często ferowane orzeczenia lekarskie, stwierdzające niemożność wykonywania żadnej pracy. Są one nierzadko przeszkodą dla pracodawców jak i samych niepełnosprawnych, działają tym samym na spadek motywacji do pracy. Zamiast tego pojawia się zjawisko „ucieczki w świadczenia gwarantowane”²⁵.

Wysokość dochodu będzie więc decydowała o stopniu zaspokajania potrzeb egzystencjalnych i rehabilitacyjno-leczniczych tej grupy osób. Wyznacznikiem jest w tej dziedzinie stopień ubóstwa i odsetek osób niepełnosprawnych żyjących poniżej minimum socjalnego. Sfera zabezpieczenia materialnego rzutuje silnie na wszystkie sfery życia osoby z niepełnosprawnością. Należy bowiem podkreślić niezadowalające zaopatrzenie osób z niepełnosprawnościami w sprzęt rehabilitacyjny i ortopedyczny – warunek samodzielnego funkcjonowania. Niski poziom zabezpieczenia materialnego decyduje bardzo często o rezygnacji z wykupu koniecznych leków, sprzętu medycznego czy usług rehabilitacyjno-medycznych. Dość powszechnym problemem w Polsce jest trudny dostęp do lekarzy specjalistów czy dotarcie do placówek leczniczych, zwłaszcza dla osób niepełnosprawnych z mniejszych miast czy wsi. Na podstawie dostępnych statystyk (m.in. *Diagnoza społeczna 2009...*)²⁶ można stwierdzić, że poziom dochodów na osobę w rodzinach utrzymujących się głównie z rent inwalidzkich był niewiele niższy od ogółu polskich gospodarstw domowych (o ok. 13%). Natomiast różnica na niekorzyść rodzin z osobami niepełnosprawnymi była dużo większa w porównaniu z gospodarstwami emerytów (o ok. 26%), pracowników (o ok. 18%) czy pracujących na własny rachunek (o ok. 30%). Jednocześnie osoby te stają się klientami pomocy społecznej. Niestety realizowana polityka społeczna nie przyczyniła się do znaczącej poprawy warunków bytu osób niepełnosprawnych. Wyniki badań przeprowadzonych przez A. Ostrowską, J. Sikorską i B. Gąciarz wykazały, że osoby niepełnosprawne i ich rodziny odczuły bardziej niż inni obywatele skutki eskalacji bezrobocia, bardziej dolegliwe są dla nich skutki komercjalizacji usług rehabilitacyjno-medycznych i wzrostu cen leków²⁷.

L. Adamowska dodaje, że głównymi barierami w dostępie do zatrudnienia ze strony samych osób niepełnosprawnych są: niepełnosprawność i towarzyszące jej schorzenia, brak lub niskie kwalifikacje zawodowe, brak do-

²⁵ A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych*, Warszawa 2001.

²⁶ J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, <diagnoza.com>.

²⁷ A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne...*, op. cit.

świadczenia zawodowego (w grupie absolwentów), trudności w poruszaniu się, głównie związane z dojazdem do pracy, niechęć pracodawców, brak stanowisk pracy przystosowanych dla niepełnosprawnych i brak wiary w możliwość znalezienia zatrudnienia. Należy podkreślić, że w tej sferze również występuje proces automarginalizacji. Jak pokazują badania L. Adamowskiej, w grupie badanych przez nią osób niepełnosprawnych niepracujących aż 72% z nich nie wyrażało chęci zatrudnienia. Wśród powodów badani podawali niezdolność do pracy wskutek niepełnej sprawności, brak ofert pracy i posiadanie wystarczających środków w postaci renty²⁸.

Z kolei barierami ze strony pracodawców są najczęściej: negatywny obraz pracownika niepełnosprawnego (jako osoby mniej wydajnej, potrzebującej więcej pomocy), nieznamość przepisów mówiących o możliwościach uzyskania środków (np. na przystosowanie stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej). Istotną przeszkodą jest też często zmieniające się prawo w tym zakresie. Pracodawcy otrzymujący ulgi i świadczenia przysługujące im z tytułu zatrudnienia pracowników niepełnosprawnych wystawiani są na częste zmiany w ustawodawstwie. Przykładem może być Ustawa z sierpnia 1997 roku o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, którą zmieniano kilkadziesiąt razy od czasu jej powstania. Taka labilność przepisów powoduje często nieufność kontrahentów czy banków i w konsekwencji ich rezygnację ze współpracy²⁹.

Istotną rolę w kreowaniu jakości życia osób niepełnosprawnych odgrywa również infrastruktura. Ogólnie przyjęto dychotomiczny podział na infrastrukturę społeczną i techniczną. Do infrastruktury społecznej zaliczamy: oświatę, naukę, ochronę zdrowia, kulturę, wypoczynek i kulturę fizyczną, natomiast do infrastruktury technicznej zaliczamy: budynki i budowle, transport, łączność. Osoby niepełnosprawne oceniają dostosowanie przestrzeni, w której żyją i funkcjonują, poprzez napotymane trudności, czyli bariery. Podstawowym wyznacznikiem jakości życia w tej dziedzinie jest dostępność przestrzenna i możliwość swobodnego poruszania się w obrębie danego obiektu. W przypadku osób niepełnosprawnych szczególnie ważna jest dostępność sklepów, aptek, przychodni rehabilitacyjno-medycznych, urzędów, komunikacji, dworców, szkół i uczelni. Konieczne stają się zatem dostosowywanie przestrzeni do potrzeb i możliwości osób z niepełnosprawnościami. Należy jednak pamiętać, że likwidując np. krawężniki w celu łatwiejszego przejazdu dla osób korzystających z wózków, usuwamy czytelny sygnał dla osób niewidomych, mówiący o tym, że zaczyna się jezd-

²⁸ L. Adamowska, *Aktywność zawodowa osób niepełnosprawnych*, (w:) J. Saran (red.), *Teoria i praktyka w okresie przemian*, Lublin 2000.

²⁹ S. Piechota, *Firmy pod specjalnym nadzorem*, „Integracja” nr 4/2004, s. 80–81.

nia. Dlatego tak ważne jest instalowanie sygnalizacji dźwiękowych na przejściach dla pieszych, w pojazdach komunikacji miejskiej, informujących o otwieraniu i zamykaniu drzwi czy informacji świetlnych o trasie przejazdu dla osób z uszkodzonym słuchem. L. Schwartz³⁰ uważa, że aby dokonać konkretnych zmian natury technicznej, ułatwiających funkcjonowanie osobom niepełnosprawnym ruchowo, należy zacząć od zmiany mentalności osób tworzących ustawodawstwo w tym zakresie, popularyzując w tym kręgu zagadnienia związane z architekturą bez barier. Konieczna jest też kontrola nad realizowanymi projektami, prowadzona już od najwcześniejszego etapu. Jednakże warto podkreślić, iż nowe prawo budowlane nakazuje dostosowywanie planowanych inwestycji do potrzeb osób niepełnosprawnych i starszych. Ważna również pozostaje kwestia dochodzenia swoich praw w przypadku ich naruszenia.

W zakresie infrastruktury społecznej ważną rolę odgrywają asystenci, pełnomocnicy osób niepełnosprawnych pomagający w codziennym funkcjonowaniu osób niepełnosprawnych i załatwieniu ich spraw. Istotną rolę pełnią w tym miejscu również organizacje pozarządowe. Konsekwencją infrastruktury społecznej jest także dostęp osób niepełnosprawnych do informacji ogólnych, jak np. wskazanie drogi do konkretnego urzędu, specjalistycznych – jakie ulgi i uprawnienia przysługują osobie niepełnosprawnej, czy możliwość porozumiewania się alternatywnymi metodami, np. językiem migowym³¹.

A. Ostrowska oraz J. Sikorska i B. Gąciarz³² wykazały w swoich badaniach, że istniejący system zabezpieczeń socjalnych gwarantował niepełnosprawnym wsparcie w formie rent i zapomóg, ale nie zawsze tworzył niepełnosprawnym właściwe warunki do podejmowania przez nich określonych działań i ról społecznych. W konsekwencji uniemożliwiała to osobom niepełnosprawnym samorealizację i osiągnięcie autonomii, będących niezbędnymi warunkami kreowania jakości własnego życia.

Niewątpliwie istnienie barier w tych poszczególnych sferach (edukacja, praca czy rehabilitacja) wiąże się nierozzerwalnie z istnieniem barier w sferze

³⁰ L. Schwartz, *Rola świadomości społecznej, polityki i ustawodawstwa w realizacji środowiska dostępnego dla osób niepełnosprawnych*, (w:) J. Fenczyn, J. Wyczęsany (red.), *Edukacja i integracja osób niepełnosprawnych. Materiały Pierwszego Europejskiego Kongresu „Niepełnosprawni bliżej Europy”*, t. II, Kraków 1994.

³¹ Por. M. Garbat, A. Paszkowicz, *Współczesne determinanty jakości życia...*, op. cit., s. 201.

³² Wyniki badań przedstawiono w następujących publikacjach: A. Ostrowska, *Niepełnosprawni w społeczeństwie*, Warszawa 1994; *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*, (w:) A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa 1997; A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne...*, op. cit.; A. Ostrowska, J. Sikorska, *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Warszawa 1996.

mentalnej, nazywanych również barierami psychologicznymi³³. Bardzo często owe trudności opóźniają podejmowanie decyzji o podjęciu rehabilitacji i obniżają jej skuteczność. Trudności te mogą mieć dwojaki charakter. Mogą polegać na mechanizmie zaprzeczenia lub wycofania, które łączą się z silnymi emocjami osoby niepełnosprawnej, utrudniającymi jej realistyczne ujęcie swojej sytuacji i mogącymi blokować podejmowanie działań. Drugi mechanizm polega na braku wiary w poprawę stanu sprawności, a w konsekwencji swojej sytuacji życiowej – łączy się to z utratą nadziei i rezygnacją³⁴.

Polityka społeczna jako narzędzie wsparcia osób niepełnosprawnych

Istotnym elementem wspierającym normalizację życia osób niepełnosprawnych jest polityka społeczna. Obecnie można zauważyć dominujący pogląd wskazujący, iż miarą nowoczesnego społeczeństwa jest dostrzeganie potrzeb osób niepełnosprawnych. Po 1989 roku w Polsce zaszły istotne zmiany dotyczące polityki społecznej, również wobec osób niepełnosprawnych. Medialne nagłośnienie problemów osób niepełnosprawnych spowodowało poniekąd uproszczenie rozumienia trudności życiowych doświadczanych przez osoby niepełnosprawne. Bardzo często opinia publiczna zauważa problem barier architektonicznych i niewystarczającego zabezpieczenia materialnego, nie dostrzegając przy tym całej gamy trudności w funkcjonowaniu codziennym spowodowanych przez izolację społeczną, ograniczanie autonomii czy uczestnictwo w życiu społecznym. Akty prawne na gruncie polityki społecznej w ostatnich latach dotyczyły głównie uregulowania sytuacji zawodowej i zabezpieczenia materialnego osób niepełnosprawnych; dokonano kolejnych nowelizacji, w znacznie mniejszym stopniu zajmując się problemami społecznymi osób z niepełnosprawnościami.

Jak wspomniano wcześniej, w Polsce żyje obecnie ok. 5,5 miliona osób niepełnosprawnych. Liczba ta mówi o osobach *niepełnosprawnych prawnie*, czyli posiadających aktualne orzeczenie prawne o stopniu i rodzaju niepełnosprawności. Należy również wskazać, że liczba ta może być wyższa, gdyż nie zawsze osoby z niepełnosprawnościami zgłaszają się do odpowiednich urzędów. Warto powtórzyć, iż istnieją osoby *niepełnosprawne biologicznie*,

³³ Raport „Integracji” – „Niepełnosprawni – normalna sprawa”, Warszawa 2001, s. 67.

³⁴ S. Kantyka, Kowalska-Kantyka, M. Satola, *System edukacji dla osób niepełnosprawnych jako szansa integracji ze społeczeństwem*, (w:) L. Frąckiewicz (red.), *Niepełnosprawni na rynku pracy*, Katowice 1999, s. 119.

które odczuwają częściowo lub całkowicie niezdolność do wykonywania podstawowych czynności dla ich wieku³⁵.

W 1990 roku Ministerstwo Pracy i Polityki Socjalnej przedstawiło Tezy Polityki Społecznej, w którym to dokumencie uwzględniano nowy ład społeczny i problemy transformacji oraz określono rolę państwa w rozwiązywaniu problemów społecznych. Założenia dokumentu dotyczyły sprawiedliwości społecznej, realizacji godziwych warunków życia, równych szans startu życiowego, ochrony przed biedą czy zapewnienia godnej starości. Podkreślano również wagę nowego modelu pomocy i wsparcia społecznego, opierającego się na zasadzie podmiotowości osób wspomaganych. Istotnym partnerem we wdrażaniu koncepcji miało być społeczeństwo obywatelskie i organizacje pozarządowe. Jednocześnie uznano, że najpilniejszą sprawą jest zatrudnienie inwalidów, szczególnie istotne w świetle zagrożenia bankrutem spółdzielni inwalidzkich, które niesubsydiowane już przez państwo, jako jedne z pierwszych straciły swoją pozycję na wolnym rynku. Wskazywano również na konieczność całościowej polityki społecznej skierowanej do osób niepełnosprawnych. Podkreślono, iż „niezbędny jest kompleksowy program usamodzielnienia osób niepełnosprawnych obejmujący zarówno dorosłych, jak i dzieci. Potrzebne są ośrodki rehabilitacyjne dla dzieci, odpowiednie szkolnictwo i wreszcie miejsca pracy dla inwalidów”³⁶. Niestety kolejne zmiany rządów nie sprzyjały wdrażaniu wobec osób niepełnosprawnych takich zadań, jak społeczna i zawodowa integracja osób niepełnosprawnych czy rehabilitacja lecznicza. Koncentrowano się natomiast na rentach i emeryturach jako gwarancie bezpieczeństwa socjalnego, nie dostrzegając powierzchowności takich działań. Powszechnie wiadomo, że przyznanie renty nie zawsze oznacza podniesienie jakości życia. Priorytetem dla państwa stało się natomiast opracowanie kompleksowych wytycznych co do rehabilitacji zawodowej i leczniczej osób niepełnosprawnych, tak by osoby te mogły autonomicznie stanowić o swoim życiu, a tym samym odciążały państwo dzięki mniejszemu uzależnieniu od pomocy społecznej.

W następnych latach powstawało wiele dokumentów, takich jak: Narodowy Program Zdrowia, Rządowy Program Działań na rzecz Osób Niepełnosprawnych, Karta Praw Osób Niepełnosprawnych³⁷ czy ustawy: o pomocy społecznej³⁸; o zatrudnieniu i rehabilitacji zawodowej inwalidów, która

³⁵ Za: GUS NSP 2002.

³⁶ A. Kurzynowski, *Pomoc społeczna*, (w:) A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 1996.

³⁷ Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, Uchwała Sejmu RP, nr 475 z dn. 1 VIII 1997, M.P. 1997 nr 50, poz. 475.

³⁸ Ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64 z 1998 roku, poz. 414 z późn. zm.).

powołała Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i urząd Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych (1991); o ochronie zdrowia psychicznego³⁹; o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (1997)⁴⁰. Ta ostatnia zmieniała również zasady orzecznictwa o niepełnej sprawności, wprowadzała rozdział orzecznictwa dla celów rentowych i pozarentowych, i wprowadzała większą łączność między rehabilitacją szpitalną a sanatoryjną. Ustawa ta zakładała także zmniejszenie grupy osób ubiegających się o renty i uzależniała prawo do renty od istniejącej zdolności do zarobkowania, a nie od stopnia uszczerbku na zdrowiu.

Natomiast ustawa z 1997 roku stworzyła nowe możliwości finansowania ze środków PFRON w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Stworzono też lepsze warunki dla działalności WTZ (Warsztaty Terapii Zawodowej) oraz opracowano nową, bardziej aktywizującą formę rehabilitacji zawodowej i społecznej osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Nowelizacja tej ustawy z lat 1999 i 2003 wprowadziła zmiany w przyznawaniu przedsiębiorstwom statusu zakładów pracy chronionej, ale także ograniczała przywileje podatkowe pracodawców. Obecnie pracodawcy ubiegający się o zwolnienie z obowiązkowych składek na PFRON przy zatrudnianiu co najmniej 25 osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu są zobligowani do zatrudniania 6% pracowników niepełnosprawnych. Ponadto pracodawca osoby niepełnosprawnej może ubiegać się o zwrot kosztów zatrudnienia asystenta pracownika niepełnosprawnego. Zadaniem asystenta jest pomoc w zakresie komunikowania się z otoczeniem, ale również w wykonywaniu czynności niemożliwych do wykonania przez pracowników niepełnosprawnych. Pracodawcy osób niepełnosprawnych mają również możliwość ubiegania się o dofinansowanie do szkoleń pracowników niepełnosprawnych czy zwrotu kosztów poniesionych na dostosowanie stanowiska pracy⁴¹. Można wskazać na korzyści wiążące się z zatrudnieniem pracowników niepełnosprawnych, takie jak choćby obniżenie kosztów pracy (np. składki na ubezpieczenie rentowe, emerytalne czy wypadkowe).

Niestety nie ma odrębnego aktu prawnego poświęconego wyłącznie rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami. Regulacja taka byłaby szczególnie ważna w egzekwowaniu zasady wyrównywania szans i integracji społecz-

³⁹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.)

⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 14, z 2008 r., poz. 92 z późn. zm.).

⁴¹ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2004 (Dz. U. Nr 215, poz. 2186).

nej. Normowanie odrębnymi aktami prawnymi innych problemów osób niepełnosprawnych niż rehabilitacja (np. dotyczących zatrudnienia) przyczynia się bardziej do izolacji osób niepełnosprawnych niż ich włączania w życie społeczne⁴². Natomiast podstawowymi formami rehabilitacji leczniczej są w zapisach ustawy turnusy rehabilitacyjne i WTZ, co jest dalece niewystarczające do pełnego włączenia osób z niepełnosprawnościami.

Ponadto problematyce rehabilitacji leczniczej przyznano w dokumentach polityki społecznej zbyt mało miejsca. Jakkolwiek jest ona w obszarze zainteresowań Narodowego Programu Zdrowia, to trudna sytuacja materialna służby zdrowia w Polsce prowadzi raczej do ograniczenia dostępności placówek rehabilitacji leczniczej. Próbę uregulowania dostępu do tego typu świadczeń podjęto w ramach reformy opieki zdrowotnej, bazującej na systemie ubezpieczeń społecznych. Regulacjom Ministerstwa Zdrowia od roku 1999 podlegają różne środki pomocnicze, lecznicze, techniczne i pomoce ortopedyczne dla ubezpieczonych osób niepełnosprawnych. Generalnie reforma służby zdrowia nie przyczyniła się znacząco do wzrostu satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług. Świadczenia rehabilitacyjne są bowiem bardzo niejednolite w skali całego kraju. Można więc uznać, że reforma doprowadziła do znacznego ograniczenia dostępu osób niepełnosprawnych do rehabilitacji leczniczej. Wprowadzie PFRON jest koordynatorem programu „Drogowskaz”, który obejmuje turnusy rehabilitacyjne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, ale i tutaj dostęp do programu jest utrudniony i ograniczony dla części osób niepełnosprawnych ze względu na konieczność częściowego pokrycia kosztów.

Inną ważną ustawą była ustawa z 1994 roku dotycząca prawa budowlanego⁴³. Ustawa ta wprowadzała wymóg dostosowywania projektów budynków użyteczności publicznej i wielorodzinnego budownictwa mieszkaniowego do potrzeb osób niepełnosprawnych. Niestety głównymi przeszkodami w realizacji założeń ustawy są często problemy finansowe, głównie gdy inwestycja jest finansowana ze środków publicznych. W 1999 roku PFRON podjął uchwałę o dofinansowaniu indywidualnych działań osób niepełnosprawnych na rzecz znoszenia barier architektonicznych w budynkach mieszkalnych. Ustalono, że udział własny zainteresowanych powinien wynosić 20% kosztów inwestycji. Nawet te 20% może stanowić barierę nie do przebycia dla osób z niepełnosprawnościami.

Z kolei Ministerstwo Edukacji Narodowej w 1993 roku uregulowało kwestię dostępu osób niepełnosprawnych do szkolnictwa, podkreślając zna-

⁴² Raport „Integracji” Niepełnosprawni..., op. cit.

⁴³ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 roku o prawie budowlanym (Dz. U. Nr 89 z 1994 r., poz. 414).

czenie edukacji dla osób głęboko niepełnosprawnych. Najbardziej kompleksowo kwestia niepełnosprawnych została ujęta w Rządowym Programie na rzecz Osób Niepełnosprawnych, który zawiera zestaw niezbędnych działań jak i ich harmonogram dla poszczególnych resortów. Celem tych działań miało być w założeniu zapewnienie niepełnosprawnym podstawowych warunków do samodzielnego, pełnego i czynnego uczestnictwa w życiu zawodowym i społecznym. W założeniach tych uwzględniono też potrzebę stałego monitoringu poprzez systematyczne gromadzenie danych statystycznych i prowadzenie badań naukowych dotyczących aspektów życia osób niepełnosprawnych zawartych w Programie.

Poza powyższymi postulatami zawartymi w ustawach, w polityce społecznej odnaleźć możemy zapisy o konieczności upodmiotowienia osób niepełnosprawnych, rozbudowania ich własnej aktywności, pomocy w uzyskiwaniu samodzielności. Postulaty te z każdym rokiem znajdują coraz szersze poparcie społeczne z szansą na pełną normalizację i integrację osób niepełnosprawnych. Ważną kwestię stanowi tu holistyczne ujęcie jakości życia osób niepełnosprawnych, włączające ich rodziny. Wobec powyższego „celem pomocy społecznej jest zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka. Pomoc społeczna powinna w miarę możliwości doprowadzić do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. Osobom niepełnosprawnym posiadającym ograniczone możliwości poruszania się i komunikacji z otoczeniem udziela się pomocy w ramach pracy socjalnej w celu umożliwienia im pełnienia społecznie aktywnej roli i integracji ze środowiskiem”⁴⁴.

W roku 1997 Sejm uchwalił Kartę Praw Osób Niepełnosprawnych. Dokument zawiera prawa i przywileje osób niepełnosprawnych – zawiera m.in. prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia, do rozwoju i nauki, a także podkreśla zakaz dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Postuluje również otwarty dostęp do opieki medycznej i rehabilitacji oraz do pełnego uczestnictwa w życiu publicznym, społecznym, artystycznym oraz rekreacji i turystyce, odpowiednio do swoich potrzeb i zainteresowań. Zamierzeniem twórców Karty było stworzenie swoistego instrumentarium, które zawierałoby zapisy o wszystkich prawach osób niepełnosprawnych, dających w konsekwencji szansę na egzekwowanie swoich praw w instytucjach do tego powołanych. Niestety, jak wynika z ustaleń A. Ostrowskiej, J. Sikorskiej i B. Gąciarz⁴⁵, wśród samych osób z niepełnosprawnościami

⁴⁴ Za: MPIPS 2007

⁴⁵ A. Ostrowska, J. Sikorska, B. Gąciarz, *Osoby niepełnosprawne...*, op. cit.

znajomość przysługujących im praw jest bardzo słaba. Prawie żadna z badanych przez autorki osób niepełnosprawnych nie знаła treści Karty. Brak znajomości własnych praw przekłada się bezpośrednio na wiele sfer życia osób niepełnosprawnych, co w konsekwencji pozbawia je możliwości uzyskiwania niezbędnej pomocy i wsparcia, doprowadzając do postępującej marginalizacji.

Reforma administracyjna z roku 1999 wprowadziła także decentralizację zadań i uprawnień, przekazując je władzom samorządowym (gminom i powiatom). Świadczenie tzw. usług podstawowych z zakresu pomocy społecznej zostało przekazane samorządom gminnym, zaś specjalistycznych, takich jak rehabilitacja, zatrudnienie czy integracja – powiatowym. Powstały nowe struktury, jak powiatowe centra pomocy rodzinie, które w swoim zamierzeniu i przy współpracy z powiatowymi urzędami pracy miały realizować założenia polityki oświatowej. Jednakże mimo zakładanego maksymalnego zbliżenia „dostarczycieli” usług społecznych do ich odbiorców, styl wspomagający osoby niepełnosprawne przybiera zbyt często formę petent – urzędnik, jest sformalizowany i zbiurokratyzowany. Nie sprzyja również rozwojowi społeczności lokalnych, które traktowane są jak konkurencja dla administracji państwowej.

Polityka socjalna państwa niewątpliwie dostrzegła potrzebę rozszerzenia form i zakresu pomocy osobom niepełnosprawnym, ale także konieczność rozwijania podmiotowych mechanizmów jej świadczenia, wspierania wyższych potrzeb i umacniania samodzielności życiowej. Niestety, mimo wielu inicjatyw, służby społeczne nadal borykają się z problemami finansowymi i organizacyjnymi. Ich rola w praktyce ogranicza się do zabezpieczenia socjalnego osób niepełnosprawnych. Wiodącą rolę w układzie wspomagania osób z niepełnosprawnościami odgrywa rodzina. Nadal instytucje publiczne dostosowują swoją pomoc do potrzeb rodziny niepełnosprawnego (a nie do niego samego). Należy jednak podkreślić, że istniejący system rent i zasiłków przyczynił się do stabilizacji zabezpieczenia finansowego osób niepełnosprawnych, co w konsekwencji pozwoliło na większą samodzielność życiową. Usprawniono również system nabywania sprzętu rehabilitacyjnego (dopłaty lub całkowite pokrycie kosztów przez PFRON)⁴⁶. W sferze integracji społecznej osób niepełnosprawnych odnotować możemy znaczne otwarcie społeczeństwa na problemy ludzi niepełnosprawnych, na co niewątpliwie mają wpływ liczne organizacje pozarządowe, jak np. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, które promują problematykę niepełnosprawności w społeczeństwie. Należy podkreślić także rolę programów rządowych opracowanych z myślą o osobach z niepełnosprawnościami, takich jak m.in.: „Student” czy „Drogowskaz”.

⁴⁶ Ibidem.

Wybrane instytucje i organizacje wspierające osoby z ograniczeniami sprawności

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (www.pfron.org.pl)
- Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych (www.niepelnosprawni.gov.pl)
- Polski Związek Niewidomych (www.pzn.org.pl)
- Polski Związek Głuchych (www.pzg.org.pl)
- Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym (www.tpg.org.pl)
- Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym (www.psouu.org.pl)
- Krajowe Towarzystwo Autyzmu (www.kta.pl)
- Fundacja Synapsis (www.synapsis.pl)
- Fundacja Aktywnej Rehabilitacji (www.far.org.pl)
- Fundacja Fuga Mundi (www.ffmpeg.pl)
- Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem (www.twk.org.pl)
- Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji (www.integracja.org)
- Polski Związek Sportu Niepełnosprawnych „Start” (www.pzsnstart.org.pl)

Organizacje pracodawców

- Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych (www.popon.pl)
- Krajowa Izba Gospodarczo-Rehabilitacyjna (www.wild.com.pl/kigr)
- Krajowy Związek Rewizyjny Spółdzielni Inwalidów i Spółdzielni Niewidomych (www.kzrsiisn.zpchr.pl)

Wybrana literatura

- Brzezińska A. I., Kaczan R., Smoczyńska K. (red.), *Sytuacja i możliwości pomocy dla osób z rzadkimi i sprzężonymi ograniczeniami sprawności*, Warszawa 2010.
- Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, Katowice 1999.
- Ostrowska A., *Kompetencje społeczne osób niepełnosprawnych – bariery dorosłości*, (w:) K. D. Rzedzicka, A. Kobyłańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej*, Kraków 2003.
- Ostrowska A., *Postawy społeczeństwa polskiego w stosunku do osób niepełnosprawnych*, (w:) A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*, Warszawa 1997.
- Ostrowska A., Sikorska J., *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Warszawa 1996.
- Woźniak Z., *Zdrowotne komponenty jakości życia mieszkańców Poznania*, (w:) R. Cichocki (red.), *Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania*, t. 1, Poznań 2005.
- Woźniak Z., *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*, Warszawa 2008.

DŁUGOTRWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA

Rzecz o wspieraniu człowieka
w sytuacji niemocy

**„Choroba jest klasztorem, który ma swoją regułę,
swoją ascezę, swoje cisze i swoje natchnienia”¹**

Życie, istnienie, egzystencja... Pojęcia te intuicyjnie znane są przeciętnemu człowiekowi jako „bytowanie w świecie” czy pewna właściwość, stan, a może proces, przekazany przez rodziców na mocy praw biologii, o określonym, indywidualnym dla każdego z osobna kształcie, przebiegu, znaczeniu. Współcześnie, tak w codzienności, jak i w nauce, wiele miejsca poświęca się zagadnieniu jego jakości. Jak podają W. Okła oraz S. Steuden, początkowo badacze zainteresowani zgłębianiem tej problematyki utożsamiali jakość życia z czynnikami ekonomicznymi, takimi jak status materialny czy poziom konsumpcji. W latach 60. natomiast poszerzono zakres znaczeniowy wspomnianego pojęcia, uznając m.in. stan zdrowia za jeden z jego kluczowych wyznaczników². Taki obrót rzeczy wydaje się nikogo nie dziwić. To właśnie zdrowie wymieniamy jako pierwsze w kolejności przy składaniu sobie życzeń. W przypadku większości ludzi zajmuje ono, jeśli nie naczelne, to jedno z najwyższych miejsc w osobistej hierarchii wartości. Z tego też względu, kiedy w konsekwencji działania określonych czynników endo- czy też egzogennych, w bieg egzystencji wpisuje się ciężka choroba, człowiek niejednokrotnie czuje się poważnie zagrożony. Zagrożenie to wywołują do-

¹ Myśl wyrażona przez Alberta Camusa.

² W. Okła, S. Steuden, *Wprowadzenie w problematykę jakości życia*, (w:) W. Okła, S. Steuden (red.), *Jakość życia w chorobie*, Lublin 2007, s. 5.

legliwości natury fizycznej czy psychicznej, rozmaite niedomagania w codziennym funkcjonowaniu, zaburzenia w obrębie relacji społecznych, których występowanie sprawia, że ocena jakości życia może ulec – w różnym stopniu – pogorszeniu.

Precyzyjne i jednoznaczne wskazanie, co kryje się pod pojęciami pełnego zdrowia czy choroby, jest niezmiernie trudne. Jak zauważa Ewa Syrek, zainteresowanie nauk nie tylko medycznych, ale i humanistycznych tymi zagadnieniami sprzyja ich komplementarnemu ujmowaniu i budowaniu szerokiej perspektywy ich widzenia, ale jednocześnie stwarza pewne problemy metodologiczne³. Tematyka niniejszego artykułu stawia jednak wymóg uściślenia choć w niewielkim stopniu wspomnianych kwestii definicyjnych. Powszechnym wydaje się stwierdzenie, iż człowiek to byt niejednorodny, istota złożona, której funkcjonowanie przebiega w rozmaitych, przenikających się wzajemnie sferach, od biologicznej, poprzez psychiczną, aż po społeczną. Współczesne podejście do kwestii zdrowia i choroby nakazuje uwzględniać takie właśnie holistyczne myślenie. Pozwala ono rozpatrywać wspomniane zagadnienia w szerszym wymiarze – tradycyjnym, biomedycznym, ale również psychospołecznym. Na ów fakt wskazuje definicja WHO z 1947 roku, zgodnie z którą zdrowie to stan pełnego dobrego samopoczucia („dobrostanu”) fizycznego, psychicznego i społecznego, nie zaś jedynie brak choroby⁴. Uzupełniając i uściślając, należy zaznaczyć, iż stan zdrowia „wyraża się nie tylko w wymiarze fizycznym, ocenianym na podstawie badań medycznych, lecz również w sensie psychologicznym, to znaczy w subiektywnym odczuciu komfortu psychicznego i dobrego samopoczucia. Zdrowie można wyrazić brakiem występowania nieprzyjemnych objawów i dolegliwości, lecz także zdolnością do wykonywania zadań i pełnienia przypisanych ról”⁵.

Podobnie rozpatrywać możemy ujęcie definicyjne choroby. Nie tracąc z pola widzenia medycznych określeń i rozróżnień tego pojęcia, wspomnieć należy o propozycjach definicyjnych innych nauk. I tak, socjologiczny punkt widzenia wskazuje na chorobę jako na czynnik znacznie zakłócający funkcjonowanie i równowagę systemu społecznego⁶. Przykładowo, w świetle koncepcji Talcotta Parsonsa postrzegana jest ona jako dewiacja społeczna, ponieważ pozbawia jednostki możliwości pełnego uczestnictwa w szeroko

³ E. Syrek, *Wstęp*, (w:) E. Syrek (red.), *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Kraków 2001, s. 7.

⁴ A. Konert, *Zdrowie w hierarchii wartości młodego i starego pokolenia*, (w:) E. Anczyk (red.), *Człowiek w walce z chorobą*, Sosnowiec 2010, s. 23.

⁵ I. Dudzik-Garstka, *Symulacja zdrowia i choroby w radzeniu sobie ze stresem bezrobocia*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, t. 2, Lublin 2009, s. 35.

⁶ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 2005, s. 14.

pojętym życiu społecznym oraz pełnienia przypisanych im ról⁷. Psychologowie z kolei postrzegają chorobę jako kryzys oznaczający „traumatyczne zdarzenie życiowe, występujące losowo i niespodziewanie, obejmujące sytuacje trudne lub niemożliwe do przewidzenia i przygotowania się na ich przyjęcie, przeżycie czy zastosowanie odpowiednich środków zaradczych”⁸. Co ciekawe, jak zauważa Barbara Uramowska-Żyto, uwzględnianie psychologicznej i socjologicznej perspektywy przy wyjaśnianiu znaczenia pojęcia choroby widoczne jest doskonale w języku angielskim. I tak, wyróżniamy trzy określenia: „disease (choroba w sensie biologicznym, czyli zmiana patologiczna organizmu, osobą kompetentną do określenia tego stanu jest lekarz), illness (choroba w sensie samopoczucia danego człowieka, stan odczuwany subiektywnie, poczucie dyskomfortu) oraz sickness (choroba jako pojęcie socjologiczne, człowiek na tle grupy, stan odbierany przez innych bez względu na to, czy występuje u niego choroba w sensie biologicznym lub psychologicznym)”⁹.

Niniejsze rozważania poświęcone są zagadnieniom ciężkiej i długotrwałej choroby. Do tej stosunkowo nieostrej kategorii zaliczyć by można mnóstwo jednostek chorobowych, lecz ich wyszczególnianie i charakterystyka nie wpisują się w ramy artykułu. Warto jednak zaznaczyć, iż z pewnością w skład wspomnianej kategorii schorzeń wchodzi nowotwory. Są one obecnie według Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) najczęstszą przyczyną zgonów mężczyzn i drugą w kolejności kobiet, będących w średnim wieku¹⁰. Ponadto, jak twierdzi Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii: „W ciągu najbliższych 10–15 lat, według danych epidemiologicznych, podwoi się liczba zachorowań na nowotwory. W zeszłym roku w Polsce na raka zachorowało 140 tys. osób, a 90 tys. zmarło. 70–80% Polaków, którzy zgłaszają się do lekarza, robią to w momencie, gdy rak jest już w stadium zaawansowanym”¹¹.

W ramy pojęciowe ciężkiej choroby wpisują się niewątpliwie choroby określane jako terminalne, stąd w artykule znajdują się odniesienia również do tej kwestii. Dla porządku warto zaznaczyć, iż na gruncie medycyny są one rozumiane jako choroby nieuleczalne, a więc niedające szans na powrót

⁷ E. Syrek, *Wstęp*, (w:) E. Syrek (red.), *Jakość życia...*, op. cit., s. 7.

⁸ M. Adamczak, *Krytyczne zdarzenia życiowe i radzenie sobie z nimi – wybrane zagadnienia*, (w:) B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, t. 2, Poznań 1992, s. 41.

⁹ B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, (w:) A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa 2009, s. 67.

¹⁰ <<http://nowotwory.wieszjak.pl/rak-jelita-grubego/238079,Czy-wiesz-ile-osob-w-Polsce-choruje-na-raka-.html>> [18.08.2010].

¹¹ <<http://wiadomosci.wp.pl/kat,1329,title,Niepokojace-dane-podwoi-sie-liczba-chorych-na-raka,wid,11891710,wadomosc.html?icaid=1ab9c>> [18.08.2010].

do zdrowia, postępujące, prowadzące – w krótkim czasie po zdiagnozowaniu – do śmierci¹².

Ciężka czy długotrwała choroba stawia człowieka w wyjątkowo trudnej i złożonej sytuacji, kształtowanej przez szereg zjawisk, czynników natury biologicznej, psychologicznej, społecznej i kulturowej, powiązanych ze sobą i wspólnie tworzących „podłoże” doświadczania choroby, kontekst sytuacyjny, w jakim ona przebiega. W pierwszej części niniejszego artykułu podjęto próbę ukazania bliżej niektórych wyznaczników położenia psychospołecznego osoby ciężko chorej. Z kolei druga część stanowi przegląd form wspierania chorych dostępnych w ramach funkcjonującego aktualnie systemu pomocowego.

Czym dla jednostki jest ciężka choroba? Jej zdiagnozowanie niemal zawsze w percepcji pacjenta wiąże się z przerażeniem lub szokiem, choć należy też mieć na uwadze, iż nie zawsze reakcja danej osoby odzwierciedla faktyczny stan emocjonalny. Chory może przykładowo sprawiać wrażenie obojętnego wobec stanu, w jakim się znalazł, czy też nie uznawać przekazywanych mu informacji za prawdziwe. Dzieje się tak z powodu uruchomienia mechanizmów obronnych¹³. Ciężka lub długotrwała choroba staje się przede wszystkim „konfrontacją człowieka z samym sobą, z tym, co jest w nim silne i co jest w nim słabe. Może działać na osobę destrukcyjnie lub mobilizować ją do własnego rozwoju, lecz nigdy nie pozostaje neutralna”¹⁴. Najczęściej oznacza w konsekwencji szereg rozmaitych zmian w życiu dotychczas zdrowego człowieka. Ich pojawienie się wymusza trudny niejednokrotnie proces adaptacji. Jego przebieg uzależniony jest co prawda od różnic i uwarunkowań indywidualnych, m.in. od rodzaju schorzenia, osobowości, dostępności, zakresu, intensywności i jakości wsparcia, tak ze strony profesjonalistów, jak i rodziny, jednakże można z powodzeniem wyodrębnić w owym procesie kilka faz charakterystycznych dla większości przypadków. Są to bogato opisane w literaturze przedmiotu stadia: odrzucenia, buntu i gniewu, układów i pertraktacji, depresji oraz akceptacji¹⁵.

Jak zauważają psycholodzy, choroba stanowi dla człowieka olbrzymie źródło stresu (przy jednoczesnym zastrzeżeniu, iż możliwa jest też odwrot-

¹² A. Bohusz-Dobosz, *Choroba terminalna i metody łagodzenia jej skutków*, (w:) W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. W. Sienkiewicz (red.), *Hospicja nadziei*, Warszawa 2004, s. 53–54.

¹³ L. Gacek, G. Bączyk, A. Bielawska, B. Skokowska, *Poczucie koherencji u chorych przewlekle*, (w:) K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*, Poznań 2010, s. 159.

¹⁴ A. Cudo, K. Janowski, *Wstęp*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory...*, op. cit. s. 7.

¹⁵ D. Siewniak-Maciuszek, *Człowiek w procesie adaptacji do choroby. Perspektywa intra- i interpersonalna doświadczania sytuacji choroby. Własne obserwacje kliniczne*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory...*, op. cit., s. 252–254.

na zależność, tzn. stres może stać się czynnikiem wywołującym stan chorobowy). Zgodnie z popularną koncepcją R. S. Lazarusa, istotne znaczenie m.in. dla samopoczucia i stanu psychicznego danej jednostki ma ocena poznawcza sytuacji stresowej, w której owa jednostka się znalazła. Może ona przybrać postać poczucia krzywdy/strachu, zagrożenia albo też wyzwania. W zależności od rodzaju oceny człowiekowi choremu towarzyszyć będą odmienne emocje. I tak, mogą to być złość, smutek, żal, strach, lęk, poczucie winy, rozpacz, ale także wrażenia czy uczucia pozytywne, na przykład zapal czy nadzieja¹⁶. Emocje te podlegają dynamice w zależności od sytuacji chorego. Intensywność tych negatywnych rośnie zwykle w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia, konieczności podjęcia drastycznych, inwazyjnych i uciążliwych metod leczenia, a także uzyskania informacji o ograniczeniach, trwałych następstwach dla zdrowia i stylu życia spowodowanych schorzeniem, szczególnie jeśli osoba nimi dotknięta nie brała takiej możliwości pod uwagę¹⁷. Wyniki obserwacji dynamiki lęku u chorych ciężko i przewlekle pozwalają stwierdzić, iż utrzymuje się on na podwyższonym poziomie, zwłaszcza w okresie do roku od postawienia diagnozy¹⁸. Co istotne, w badaniach empirycznych stanu emocjonalnego chorych coraz więcej miejsca poświęca się zagadnieniu emocji pozytywnych, w tym zwłaszcza nadziei, „stanowi ona bowiem swego rodzaju mechanizm samozachowawczy, którego nie da się całkowicie zniszczyć nawet w sytuacjach ekstremalnych. Pozwala ona pozytywnie spojrzeć w przyszłość i zmobilizować siły do przezwyciężenia trudności wynikających z nawet najbardziej źle rokującej choroby. Tym samym korzystnie oddziałuje na stan emocjonalny i somatyczny pacjenta”¹⁹.

Psycholodzy wskazują na istnienie wielu różnych strategii radzenia sobie z sytuacją stresową, jaką jest choroba, i towarzyszącymi jej emocjami. Jedną z bardziej znanych i szeroko opisywanych w literaturze psychologicznej jest zaprzeczanie jako nieświadoma reakcja obronna. „Polega ono na tym, że chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby, mimo dostępnych informacji i intelektualnych możliwości ich wykorzystania”²⁰. Kolejną formą, opisaną po raz pierwszy przez S. Taylor,

¹⁶ E. Dzierżak, *Komunikacja w relacji lekarz – pacjent a skuteczność leczenia w przebiegu różnych procesów chorobowych*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory...*, op. cit., s. 196.

¹⁷ I. Heszen-Niejodek, *Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień*, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice 2000, s. 16.

¹⁸ J. Mateusiak, *Biopsychospołeczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu spowodowanego chorobą somatyczną*, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą...*, op. cit., s. 63.

¹⁹ A. Gałuszka, *Dynamika poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania osób chorych przewlekle*, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą...*, op. cit., s. 40.

²⁰ E. Dzierżak, *Komunikacja w relacji lekarz – pacjent...*, op. cit., s. 197.

jest poznawcza adaptacja do zagrażających wydarzeń. Przebiega ona w trzech kolejnych fazach. Są to: po pierwsze poszukiwanie znaczenia, atrybucja przyczyn zagrażającej sytuacji i przewartościowanie dotychczasowego życia; po drugie zyskanie przynajmniej częściowej kontroli nad zdarzeniem (jego przyczyną); po trzecie wreszcie działania nakierowane na odzyskanie poczucia własnej wartości, co odbywa się najczęściej poprzez „porównania w dół”, a więc dokonane w stosunku do osób, które znajdują się w jeszcze trudniejszej sytuacji czy też radzą sobie gorzej²¹. Inną strategią jest ekspresja emocji związanych z chorobą, której celem jest uwolnienie się od bagażu negatywnych odczuć, przeżyć, obaw i lęków poprzez ich uzewnętrznienie, a tym samym rozładowanie napięcia²². Warto wspomnieć również o instrumentalnej, inaczej – zadaniowej formie radzenia sobie z sytuacją choroby. Strategia ta może być podejmowana w dwóch wymiarach: poznawczym oraz behawioralnym. W pierwszym przypadku chodzi o zbieranie informacji na temat dotyczącej człowieka dolegliwości (m.in. przyczynach jej wystąpienia, możliwościach leczenia itd.) oraz planowanie określonych działań w związku z wystąpieniem schorzenia. Wymiar behawioralny z kolei dotyczy podejmowania konkretnych czynności celem poprawy własnej sytuacji²³. Mieszczą się tutaj takie działania, jak przestrzeganie zaleceń lekarza, poddanie się proponowanym formom leczenia, a także – zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych – włączanie do kuracji innych metod niż te wskazane przez lekarza²⁴.

Jednym z determinantów sytuacji życiowej człowieka chorego, o którym również warto wspomnieć, jest szeroko rozumiane cierpienie. Dokonywać się ono może w trzech podstawowych wymiarach: fizjologicznym, wiążącym się z bólem fizycznym; psychologicznym, związanym z analizą bólu fizycznego pod kątem postaw wobec własnego cierpienia, sposobów jego emocjonalnego przeżywania; oraz filozoficznym, określanym przez Jana Szczepańskiego jako najbardziej ludzki wymiar cierpienia, oznaczającym dla człowieka wysiłek przyjęcia swego „krzyża”, zmierzania się z nim, niesienia go i uzasadnienia jego wartości²⁵. Ponadto, w nawiązaniu do choroby terminalnej mówić można o bólu totalnym – wszechogarniającym²⁶, złożonym ze wszystkich trzech wymienionych powyżej komponentów – somatycznego, psychosocjalnego i duchowo-egzystencjalnego, wzajemnie ze sobą powiąza-

²¹ I. Heszen-Niejodek, *Radzenie sobie z chorobą...*, op. cit., s. 19.

²² E. Dzierżak, *Komunikacja w relacji lekarz – pacjent...*, op. cit., s. 198.

²³ Ibidem, s. 198.

²⁴ I. Heszen-Niejodek, *Wstęp*, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Jak żyć z chorobą...*, op. cit., s. 8.

²⁵ Ibidem, s. 11.

²⁶ Pojęcie stworzone przez C. Sounders, za: A. Bohusz-Dobosz, *Choroba terminalna i metody...*, op. cit., s. 56-57.

nych. Co należy podkreślić – ból, zwłaszcza przewlekły, staje się doznaniem dominującym nie tylko w świecie odczuć fizycznych, ale przenikającym także do sfery psychiki. Wywołuje silny niepokój, reakcje depresyjne czy postawę wrogości wobec otoczenia, co z kolei może stać się czynnikiem istotnie wpływającym na kształt stosunków społecznych w postaci obniżenia jakości i zawężenia zakresu kontaktu z innymi, a nawet całkowitej izolacji i osamotnienia chorego. Cierpieniom psychosocjalnym towarzyszą: silny stres, frustracja i poczucie bezradności, wynikające z niemożności pełnienia dotychczasowych ról społecznych, m.in. rodzinnych czy zawodowych, wzmacniane trudnościami adaptacyjnymi związanymi z reorganizacją życia codziennego, niemożnością realizacji własnych planów, koniecznością uporańia się z ograniczeniami pojawiającymi się w codziennej egzystencji. Istotnym problemem może stać się także samo wejście w rolę chorego, kolidującą z istniejącym do tej pory układem stosunków społecznych i wymagającą jego przebudowania. Z kolei źródłem cierpień duchowo-egzystencjalnych człowieka doświadczającego ciężką chorobą staje się poczucie zagrożenia cenionych wartości, w tym wartości naczelniej – życia. Nierzadko podawany w wątpliwość bywa sens ludzkiego istnienia, co rodzi dramaty egzystencjalne wyrażające się w pytaniach: „jak żyć wtedy, gdy nie można działać, gdy się jest spętany bezsiłą, bezradnością, niemożnością, cierpieniem? (...) Jak żyć wtedy, gdy każdy ruch ręki jest zadaniem ponad siły, jak żyć nie mogąc rozwiązywać swoich spraw o własnych siłach – jak wtedy tworzyć filozofię życia nadającą sens (...) nieszczęściu, bezsilności?”²⁷. W przypadku naprawdę ciężkiej choroby świadomość nadchodzącej śmierci, stanie w jej obliczu, wywołuje również różne postaci lęku tanatycznego. Przybiera on niekiedy postać strachu przed cierpieniem i bólem fizycznym związanym z umieraniem. Kiedy indziej jest to lęk przed nieznanym²⁸, wyrażający się w niepewności tego, co dzieje się z człowiekiem po śmierci. Na ten rodzaj lęku składa się obawa przed sądem bożym, wiecznym potępieniem czy też niebytem. Strachem może napawać myśl, że umierający popadnie w zapomnienie albo też troska o rodzinę i bliskich, których niebawem opuści²⁹.

Choroba nie pozostaje także bez wpływu na położenie społeczne danego człowieka czy rodziny, zdaniem Zofii Kawczyńskiej-Butrym „ujawnia i nasila nierówności społeczne – zarówno różnicuje standard materialny i mieszkaniowy, jak też wpływa na ograniczenie korzystania z opieki medycznej”³⁰. Wzrost wydatków związanych z ponoszeniem kosztów leczenia w połącze-

²⁷ J. Szczepański, *Sprawy ludzkie*, Warszawa 1988, s. 312.

²⁸ A. Matuszewski, *Poziom noetyczności a postawa wobec śmierci*, Peplin 2002, s. 36.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Z. Kawczyńska-Butrym, *Zdrowie – choroba jako kategoria opisu położenia społecznego*, (w:) W. Piątkowski, A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin 2002, s. 224.

niu z ograniczeniem możliwości zarobkowania, a tym samym pogorszenie się sytuacji bytowej chorego i jego rodziny, sprawia, że utrudnione jest też zaspokojenie potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej. Okazuje się zatem, iż powstaje w tym układzie problem mający postać błędnego koła. W ten sposób, jak pisze wspomniana autorka, „osoby chore, wymagające znacznej, a nawet koniecznej, lecz kosztownej opieki, mogą być jej pozbawione ze względu na niewystarczające zasoby finansowe własne lub rodziny”³¹.

Należy pamiętać, iż doświadczenie choroby nie jest udziałem jedynie samego chorego, ale również jego najbliższych. Ich postawy, stosunek wobec cierpiącego i jego schorzenia stają się zatem również wyznacznikiem jego sytuacji życiowej, oddziałując na nią z korzyścią, poprawiając jakość egzystencji bądź też nie. „Wystąpienie choroby u członka rodziny, zwłaszcza w sytuacji konieczności podjęcia opieki nad chorym, stanowić może wyzwanie lub zagrożenie dla systemu rodzinnego. Może stać się czynnikiem integrującym rodzinę bądź stanowić może przyczynę trudności, kryzysów i w konsekwencji rozpadu więzi rodzinnych”³².

W literaturze przedmiotu do najczęściej opisywanych zmian dokonujących się w życiu rodziny na skutek choroby jednego z jej członków zalicza się m.in. zaburzenia rytmu dnia, a także planów (zarówno krótko-, jak i długoterminowych), problemy finansowe, zaburzenia komunikacji, konflikty, utratę bliskości między małżonkami, koncentrację na wewnętrznych problemach kosztem aktywności pozarodzinnej³³. Sprawowanie opieki nad osobą ciężko i przewlekle chorą niejednokrotnie niesie ze sobą konieczność poświęceń, wyrzeczeń, rezygnacji z własnych, osobistych aspiracji. Bywa, że staje się źródłem stresu, zmęczenia, wyczerpania, a także wielu negatywnych emocji. Biorąc pod uwagę wszystkie te zjawiska, w odniesieniu do sytuacji opiekunów długotrwale czy ciężko chorych często mówi się o obciążeniu. „Według R. Montgomery, J. Gonyea i N. Hooyman obciążenie (ang. burden) jest zestawieniem wszystkich doświadczeń i trudności, na które napotykają członkowie rodziny w wyniku choroby bliskiej osoby. Obciążenie obiektywne według nich to zmiany w różnych aspektach życia opiekuna i pozostałych domowników. Obciążenie subiektywne natomiast to postawa lub reakcje emocjonalne opiekuna na doświadczenie sprawowania opieki”³⁴.

³¹ Ibidem, s. 225.

³² D. Siewniak-Maciuszek, *Człowiek w procesie adaptacji do choroby...*, op. cit., s. 256.

³³ W. Świętochowski, *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Gdy rodzina ma korzyść z choroby*, Łódź 2010, s. 68.

³⁴ B. Grabowska-Fudala, K. Jaracz, K. Górna, *Obciążenie rodzin sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu w świetle badań empirycznych*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory...*, op. cit., s. 298.

W literaturze przedmiotu opisuje się również zespół symptomów występujących u opiekunów chorych, które wskazują na wypalenie sił, podobnie jak to ma miejsce w przypadku wypalenia zawodowego. Początkowymi objawami są dolegliwości charakterystyczne dla przemęczenia, a więc bóle głowy, rozdrażnienie, kłopoty ze snem. W dalszej kolejności u opiekuna występuje depersonalizacja, będąca próbą zdystansowania się, następnie ma miejsce faza terminalna, w której często dochodzi do pogłębienia dolegliwości związanych z przemęceniem, bierność, apatia, stany depresyjne, wroga postawa wobec chorego połączona z jego zaniedbywaniem i brakiem odczuwania odpowiedzialności za sprawowanie opieki³⁵.

„Wsparcie udzielane choremu to umiejętne bycie przy nim”³⁶

W świetle obowiązujących przepisów „pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”³⁷. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku jako jedną z takich właśnie sytuacji uprawniających do korzystania ze świadczeń przewiduje długotrwałą lub ciężką chorobę. Jednak jak zaznacza Stanisław Nitecki, ustawodawca nie wyjaśnia dostatecznie tego terminu. Wspomniany autor pisze: „Wydaje się, że okoliczność ta odnosić się będzie do osób, którym uprawnieni do tego lekarze wystawią zaświadczenie o długotrwałej chorobie lub stwierdzą jej występowanie, a choroba ta będzie powodowała zwiększone wydatki na lekarstwa czy też na artykuły spożywcze wymagane przy zalecanej diecie lub spowoduje ograniczenia w możliwościach znalezienia zatrudnienia”³⁸.

Przy czym, zdaniem Niteckiego, to właśnie dodatkowe obciążenie domowego budżetu poprzez wydatki na leczenie oraz zmniejszenie szans na rynku pracy są przesłankami, które mają uprawniać długotrwale chorego do korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej.

Zgodnie ze standardami współczesnej pracy socjalnej udzielenie pomocy danej osobie czy rodzinie poprzedza szczegółowe i dogłębne rozpoznanie jej sytuacji życiowej. Pracownik socjalny dokonuje wielowymiarowej diagnozy

³⁵ W. Świętochowski, *System rodzinny...*, op. cit., s. 68–69.

³⁶ B. Stelcer, *O godną śmierć. Rola, miejsce oraz zadania dla opieki hospicyjnej i paliatywnej*, (w:) R. Urbański-Korż (red.), *Kompetencje społeczne dorosłych. Język – dobro – piękno – śmierć*, Toruń – Poznań 2000, s. 205.

³⁷ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., art. 2.

³⁸ S. Nitecki, *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 169.

za pomocą rozbudowanego kwestionariusza wywiadu środowiskowego. Narzędzie to umożliwia zebranie informacji także na temat sytuacji zdrowotnej rodziny, czemu służą pytania zamieszczone w kwestionariuszu. Tą drogą uzyskuje się dane na temat liczby osób długotrwale chorych (w tym dzieci), rodzaju schorzenia, innych problemów zdrowotnych poszczególnych członków rodziny, kwestii podlegania ubezpieczeniu społecznemu, dostępu do świadczeń zdrowotnych i ewentualnych powodów jego braku. Po dokładnym rozpoznaniu problemu klienta, w tym przypadku osoby długotrwale lub ciężko chorej (a także jego rodziny), następuje planowanie odpowiednich form pomocy – zarówno finansowej, jak i pozafinansowej.

Z repertuaru możliwych świadczeń pieniężnych osobom chorym najczęściej przyznawany jest zasiłek okresowy, który jak wskazuje art. 38 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, przysługuje w szczególności właśnie ze względu na długotrwałą chorobę³⁹. Inną formę wsparcia stanowi zasiłek celowy, który klient otrzymuje w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie kosztów zakupu żywności, leków i kosztów leczenia, opał, odzieży itp.⁴⁰ Jeśli chodzi o niepieniężne formy pomocy, osoba chora może liczyć na wsparcie w postaci usług opiekuńczych. Obejmują one pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb, opiekę higieniczną, pielęgnację, a także zapewnianie kontaktów z otoczeniem⁴¹. Z kolei klientom, których potrzeby ze względu na rodzaj schorzenia czy niepełnosprawność są szczególne, mogą być przyznane specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane przez osoby odpowiednio przygotowane zawodowo⁴². Do tej kategorii potrzebujących często zaliczają się cierpiący na przewlekłe choroby psychiczne, m.in. schizofrenię. Co współcześnie wyraźnie się podkreśla, wymagają oni nie tylko doraźnej pomocy w usuwaniu psychotycznych objawów schorzenia, czym zajmują się odpowiednie służby medyczne, ale również wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w ramach własnej społeczności lokalnej⁴³.

Biorąc pod uwagę stale rosnącą liczbę występowania zaburzeń natury psychicznej, organizowanie systemu pomocy środowiskowej dla przewlekłe chorych psychicznie staje się ważnym obszarem zadaniowym pomocy społecznej. Kwestie systemu opieki i wsparcia w tym zakresie reguluje m.in. ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku – art. 8 ust. 1 niniejszego dokumentu nakłada na jednostki organizacyjne po-

³⁹ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., art. 38, ust. 1.

⁴⁰ Ibidem, art. 39, ust. 1 i 2.

⁴¹ Ibidem, art. 50 ust. 1-3.

⁴² Ibidem, art. 50 ust. 4.

⁴³ E. Augustyniak-Nawrot, *Chorzy psychicznie korzystający z pomocy społecznej*, (w:) E. Syrek (red.), *Jakość życia w chorobie...*, op. cit., s. 13.

mocy społecznej oraz inne podmioty działające na mocy ustawy o pomocy społecznej obowiązek prowadzenia działań z obszaru tzw. oparcia społecznego, skierowanych do osób mających z racji choroby psychicznej czy niepełnosprawności intelektualnej poważne trudności w codziennym funkcjonowaniu, w tym zwłaszcza w zakresie zatrudnienia, utrzymania oraz relacji/stosunków z innymi osobami⁴⁴. Ustęp 2 tego samego artykułu precyzuje z kolei samo określenie oparcia społecznego. Polegać ma ono na: „1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji, 3) udzieleniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej”⁴⁵. Istotnym postulatem, dziś szczególnie rozwijanym, staje się idea organizowania wsparcia przede wszystkim w naturalnym środowisku życia osoby chorej (o ile oczywiście jej stan zdrowia pozwala na pozostanie w nim). Model ten, określanymi mianem psychiatrii środowiskowej, zastępuje dominujący niegdyś model poradniano-szpitalny. Jego istotą jest wykorzystanie środowiska lokalnego osoby z zaburzeniami psychicznymi do celów profilaktyki, leczenia oraz rehabilitacji⁴⁶. W oparciu o tę właśnie ideę chorym psychicznie proponuje się specjalistyczne usługi opiekuńcze, świadczone w miejscu zamieszkania, jak i poza nim (w ośrodkach wsparcia będących instytucjami pobytu dziennego czy też domach pomocy społecznej).

Do ośrodków wsparcia, które służą chorym, zalicza się m.in. środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Przeznaczone są one dla dorosłych po przebyciu leczenia psychiatrycznym, u których nie występuje zbyt duży deficyt psychospołeczny⁴⁷. W ich ramach świadczone są takie usługi, jak: psychiatryczna opieka zdrowotna (konsultacje, porady, psychoterapia oraz terapia farmakologiczna), rehabilitacja społeczna, zawodowa (terapia zajęciowa, socjoterapia, przygotowanie do wykonywania pracy i pomoc w jej znalezieniu, zagospodarowanie czasu wolnego), żywienie oraz chronione warunki mieszkaniowe⁴⁸. Praca z podopiecznymi prowadzona jest przy użyciu różnorodnych form, na przykład: terapii indywidualnej, dobranej odpowiednio dla każdego uczestnika; terapii grupowej, gdzie wykorzystuje się interakcje międzyosobnicze dla kształtowania akceptowanych społecznie zachowań czy świadczenia wzajemnego

⁴⁴ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994, art. 8, ust. 1.

⁴⁵ Ibidem, art. 8, ust. 2.

⁴⁶ E. Augustyniak-Nawrot, *Chorzy psychicznie...*, op. cit., s. 30.

⁴⁷ P. Sikora, *Ośrodki wsparcia dziennego*, (w:) J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*, Opole 2005, s. 555.

⁴⁸ E. Augustyniak-Nawrot, *Chorzy psychicznie...*, op. cit., s. 32.

wsparcia poprzez poczucie wspólnoty problemu; treningi behawioralne, prowadzone w celu nauki umiejętności społecznych⁴⁹.

Omawiając ośrodki wsparcia dziennego, warto wspomnieć również o ich specyficznej kategorii, jakimi są domy dziennego pobytu dla osób z chorobą Alzheimera. (Schorzenie to można potraktować jako ciężkie i długotrwałe, gdyż jak donoszą badania, dla 41% rodzin tych chorych okres sprawowania opieki nad nimi waha się w granicach 3–5 lat, zaś dla 22% – blisko 6 lat)⁵⁰. Stanowią one idealne rozwiązanie zarówno dla samych podopiecznych, którym wykwalifikowany personel zapewnia odpowiednie wsparcie, a także dla członków ich rodzin, odciążając ich i umożliwiając kontynuowanie aktywności zawodowej⁵¹.

Inną formę pomocy, kierowaną m.in. do osób, które ze względu na chorobę przejawiają potrzebę wsparcia w codziennym życiu, a nie zaś opieki, jaką zapewnia całodobowa instytucja, stanowi mieszkanie chronione. Jest ono „formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia (...). Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną”⁵².

Z kolei instytucjonalnego wsparcia chorym udzielają przede wszystkim domy pomocy społecznej. Ze względu na rodzaj schorzenia wyróżnia się domy dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz dla osób przewlekle psychicznie chorych. Placówki te przeznaczone są dla jednostek wymagających całodobowej opieki w przypadku, gdy nie są one w stanie funkcjonować samodzielnie, zaś zapewnienie pomocy w domu (w formie usług opiekuńczych) nie jest możliwe⁵³. Początkowo prowadzone były przez podmioty publiczne (państwowe), zaś w wyniku procesu transformacji systemu pomocy społecznej mogą zakładać je także jednostki samorządu terytorialnego, Kościół, organizacje pozarządowe, społeczne, a także osoby prawne i fizyczne⁵⁴. Domy pomocy społecznej wypełniają następujące zadania: „zapewnianie usług bytowych (tj. wyżywienia, miejsca zamieszkania, odzieży i obuwia, higieny osobistej i czystości pomieszczeń mieszkalnych), zapewnienie usług opiekuńczych (tj. pomocy w podstawowych czynnościach ży-

⁴⁹ P. Sikora, *Ośrodki wsparcia...*, op. cit., s. 556.

⁵⁰ P. Sikora, *Raport z badań nt. Określenie potrzeb w zakresie sprawowania opieki nad osobami cierpiącymi na chorobę Alzheimera*, cz. 1 *Osoby dotknięte otępieniem oraz ich opiekunowie w woj. opolskim*, Opole 2000; za: P. Sikora, *Ośrodki wsparcia...*, op. cit., s. 558.

⁵¹ P. Sikora, *Ośrodki wsparcia...*, op. cit., s. 560.

⁵² Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., art. 53, ust. 1 i 2.

⁵³ Ibidem, art. 54.

⁵⁴ P. Sikora, *Dom pomocy społecznej*, (w:) J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia...*, op. cit., s. 565.

ciowych, pielęgnacji, działań podnoszących sprawność i aktywizujących mieszkańców, rehabilitacji leczniczej, pomocy w załatwieniu spraw osobistych), zapewnienie usług wspomagających i edukacyjnych (tj. warunków terapii zajęciowej, realizacji potrzeb religijnych i kulturalnych, warunków do rozwoju samorządności mieszkańców, kontaktu z rodziną i środowiskiem, pomocy w realizowaniu działań na rzecz środowiska lokalnego, działań zmierzających do usamodzielnienia mieszkańca), zapewnienie usług zdrowotnych (tj. możliwości korzystania z przysługujących uprawnień do świadczeń zdrowotnych, zaopatrywania w leki, artykuły sanitarne i środki pomocnicze, opieki lekarskiej i pielęgniarstwa)⁵⁵.

Warto wspomnieć, iż niezwykle istotne dla funkcjonowania analizowanych instytucji było rozpoczęcie w latach dziewięćdziesiątych XX wieku procesu tzw. standaryzacji domów pomocy społecznej, co w założeniu oznaczać miało ich deinstytucjonalizację (personalizację), normalizację oraz demedycyzację. W efekcie nastąpiła m.in. poprawa warunków socjalno-bytowych, wprowadzono funkcję „pracownika pierwszego kontaktu” oraz procedurę opracowywania indywidualnych planów wspierania mieszkańca, a także zorganizowano zespoły terapeutyczno-opiekuńcze⁵⁶.

Do instytucjonalnych form pomocy osobom terminalnie chorym zalicza się również hospicja. W ich ramach realizowana jest opieka paliatywna, uznana wg rekomendacji Rady Europy za „opiekę ‘maskującą’ skutki nieuleczalnej, postępującej choroby oraz otulanie płaszczem opieki chorych porzuconych, którym nie może już pomóc medycyna ukierunkowana na leczenie”⁵⁷. Co najważniejsze, jako opieka wieloaspektowa skupia się ona na oddziaływaniu dwutorowym, zarówno w stosunku do podopiecznego, jak i jego rodziny, promuje i rozwija personalistyczny model stosunku do chorego, dostrzegając w nim bliźniego, który z racji swego stanu szczególnie zasługuje na miłość. Podejście to, realizowane przez interdyscyplinarny zespół składający się z personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki), duchownego, pracownika socjalnego, psychologa, przeszkolonych odpowiednio wolontariuszy, opiera się na bezwarunkowym i niezaprzeczalnym uznaniu godności człowieka jako osoby, zarówno w kontekście ostatnich dni jego życia, jak i naturalnej śmierci, której nie można przyspieszyć ani opóźnić.

Jak już wspomniano, doświadczenie choroby nie jest udziałem jedynie samego chorego, dotyka bowiem także jego najbliższych. Z tego też względu

⁵⁵ A. Leszczyńska-Rejchert, *Człowiek...*, op. cit., s. 163.

⁵⁶ Ibidem, s. 166–167.

⁵⁷ Za: J. Łuczak, *Miłosierdzie w niesieniu opieki paliatywnej nad chorymi i umierającymi*, (w:) R. Niparko, J. Skrzypczak (red.), *Edukacja. Teologia i Dialog. Pedagogika miłosierdzia w praktyce edukacyjnej*, t. 3, Poznań 2006, s. 11.

wsparciem winni być objęci również członkowie rodzin, nierzadko opiekunowie chorych. Artykuł 42 ustawy o pomocy społecznej gwarantuje, iż „za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem, ośrodek pomocy społecznej opłaca składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Dotyczy to również osób, które w związku z koniecznością sprawowania opieki pozostają na bezpłatnym urlopie”⁵⁸.

Dodatkowo bliscy osoby chorej mogą liczyć na pomoc w postaci specjalistycznego poradnictwa – prawnego, psychologicznego, a przede wszystkim rodzinnego w zakresie problemów związanych z opieką nad niepełnosprawnym czy chorym.

Podsumowując charakterystykę rozmaitych form wspierania ciężko lub długotrwale chorych, nie należy zapominać o działalności najróżniejszych organizacji pozarządowych. Uzupełniając i wzbogacając ofertę państwowego sektora pomocy społecznej, podejmują i realizują one zadania z zakresu ochrony zdrowia, profilaktyki, podnoszenia jakości, jak i ratowania życia. Pomoc finansowa na pokrycie kosztów leczenia, organizowanie grup wsparcia dla chorych i ich rodzin, rozmaite formy poradnictwa to tylko niektóre z przykładowych działań wielu fundacji czy stowarzyszeń.

Kończąc niniejsze rozważania, warto zatrzymać się na moment przy analizie cytatu stanowiącego motto tej części artykułu. Nie sposób bowiem, przy całej różnorodności świadczeń oferowanych tej kategorii potrzebujących, pominąć wagi i znaczenia wsparcia, a szczególnie jednego z jego rodzajów – wsparcia emocjonalnego. Pełni ono między innymi rolę bufora chroniącego przed niekorzystnym działaniem stresu pojawiającego się w sytuacjach krytycznych i trudnych, łagodzi napięcie nerwowe, niesie nadzieję i siły tak potrzebne w codziennym zmaganiu się z przewlekłymi dolegliwościami⁵⁹. Z pewnością – o czym winni pamiętać przedstawiciele różnych profesji, w które wpisuje się pomoc chorym, m.in. lekarze, psycholodzy, pracownicy socjalni, terapeuci i opiekunowie – niemało prawdy

⁵⁸ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., art. 42, ust. 1.

⁵⁹ M. Goniewicz, M. Zając, A. Pacian, *Wsparcie społeczne jako pomoc dzieciom z rozpoznaną chorobą nowotworową i ich rodzinom*, (w:) K. Janowski, A. Cudo (red.), *Człowiek chory...*, op. cit., s. 373.

zawiera stwierdzenie, iż „niekiedy korzyści uzyskane dzięki wsparciu, szczególnie w płaszczyźnie emocjonalnej, przewyższają te, które niesie ze sobą terapia medyczna”⁶⁰.

Wybrana literatura

- Anczyk E. (red.), *Człowiek w walce z chorobą*, Sosnowiec 2010.
- Heszen-Niejadek I. (red.), *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*, Katowice 2000.
- Janowski K., Cudo A. (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, tom 2, Lublin 2009.
- Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Kraków 2005.
- Nitecki S., *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008.
- Okła W., Steuden S. (red.), *Jakość życia w chorobie*, Lublin 2007.
- Ostrowska A. (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa 2009.
- Piątkowski W., Titkow A. (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin 2002.
- Syrek E. (red.), *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Kraków 2001.
- Świętochowski W., *System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Gdy rodzina ma korzyść z choroby*, Łódź 2010.
- Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 roku.

⁶⁰ P. Salmon, *Psychologia w medycynie*, Gdańsk 2002.

PRZEMOC W RODZINIE

„Normalna patologia” –
czyli jak się baby nie bije, to jej wątroba gnije,
a dzieci i ryby głosu nie mają!

Przemoc w rodzinie jako problem ogólnoświatowy

Przemoc w rodzinie jest zjawiskiem osadzonym w rzeczywistości społecznej wszystkich kultur i społeczeństw, widocznym we wszystkich epokach. Zawrotna kariera tego pojęcia, jaką obserwować można od kilkudziesięciu lat, wynika ze zmian, które intensywnie rozwijać zaczęły się w społeczeństwach w drugiej połowie XX wieku. Wśród nich podkreślić należy: zmiany dotyczące formacji wartości społecznych, polegające na radykalnym orientowaniu filozofii społecznej na idee demokracji w różnych sferach życia, rozwój społecznej refleksji i działań w zakresie praw człowieka i ich ochrony, rozwój ruchów i działań emancypacyjnych kobiet, a także rozwój sektora pomocy społecznej, który pełniej uwidoczniał zakres występujących problemów społecznych. Szczególne znaczenie miały jednak badania naukowe, intensywnie rozwijane od lat 70. minionego stulecia, których wyniki uświadomiły ogrom rozmiarów i form występowania zjawiska przemocy w rodzinie. Początkowo zjawisko to ujmowane było przede wszystkim w znaczeniu kryminologiczno-prawnym oraz psychologicznym. Z czasem jednak zaczęło być przedmiotem zainteresowania wielu różnych dyscyplin, zyskując rangę zjawiska o charakterze interdyscyplinarnym.

Na przełomie XX i XXI wieku optyka zjawiska przemocy w rodzinie nabrała wymiaru politycznego. Powodem było zarówno upowszechnianie się idei demokratyzacji życia społecznego, jak i poważne rozmiary tego zjawiska odnotowywane w większości społeczeństw¹. Światowa Organizacja

¹ W Polsce rozmiary przemocy w rodzinie są szacowane na podstawie wielu różnych źródeł. Przyjmowane wskaźniki mają nierzadko charakter pośredni (np. liczba spraw sądowych

Zdrowia podaje, iż w badaniach prowadzonych w 48 państwach od 10% do 69% kobiet przyznało, iż doznało ataku fizycznego ze strony partnera (w krajach Europy wartości te osiągały 6%–58%). Z kolei wskaźniki śmierci dzieci poniżej 5 roku życia na skutek przemocy w rodzinie (jeden z wykorzystywanych dla ukazania problemu), w zależności od regionu świata i dochodu państwa, wynosi wg WHO: od ok. 2 na 100 000 dzieci w krajach o wysokim dochodzie do aż 17 na 100 000 dzieci w krajach afrykańskich. Statystyki dotyczące przemocy wobec osób starszych w rodzinie, w oparciu o badania WHO przeprowadzone w 5 krajach rozwiniętych (Kanada, USA, Finlandia, Wielka Brytania i Holandia) wykazują 4–5% populacji ludzi starszych jako ofiary przemocy domowej².

Uwzględniając poważne rozmiary oraz szkodliwość indywidualną i społeczną problemu przemocy w rodzinie, różne międzynarodowe agendy i instytucje zaczęły formułować postulaty o konieczności podejmowania przez państwa działań ograniczających występowanie problemu przemocy w rodzinie. Określać też zaczęto standardy owych działań w zakresie kierunków i form. W Europie od lat 80. Rada Europy formułowała stosowne dokumenty, mobilizując państwa członkowskie do działań wobec problemu przemocy w rodzinie³. Szczególnie z początkiem nowego stulecia, kiedy to

o ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich, liczba spraw rozwodowych, gdzie jako przyczynę rozkładu uznano fizyczne lub moralne znęcanie się). Do częściej wykorzystywanych źródeł szacowania wielkości zjawiska wykorzystywać można: a) opracowania i statystyki sądowe ukazujące liczby spraw i wyroków z odpowiednich artykułów kodeksu karnego, dotyczących przemocy w rodzinie (zwłaszcza z art. 207 kk), b) badania epidemiologiczne prowadzone przez ośrodki naukowe, podmioty polityczne (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej), jak i ośrodki badania opinii publicznej (CBOS, OBOP), które ustalają rozmiary zjawiska w wymiarze obiektywnym (np. w badaniach typu self-report, tj. poprzez zapytywanie o doświadczanie lub stosowanie przemocy w rodzinie, w tym w wersji badań retrospektywnych) lub w ujęciu subiektywnym (analizowane jest odczuwanie i obserwowanie rozmiarów zjawiska przez opinię publiczną), c) statystyki policyjne, które rejestrują liczby odnoszące się do domowych interwencji policji dotyczących przemocy domowej, liczby przestępstw i ofiar w programie „Niebieskiej Karty” itp. (zob. <www.kgp.gov.pl, www.policja.pl, www.niebieska.pl>), d) rejestry instytucji specjalistycznych; dane o ofiarach przemocy w rodzinie – przypadkach występowania zjawiska pochodzące z instytucji i placówek interwencyjnych i terapeutycznych, np. punktów konsultacyjnych dla ofiar przemocy, ośrodków interwencji kryzysowej, mops-ów, schronisk dla ofiar przemocy w rodzinie itp., e) sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie oraz badań prowadzonych w ramach jego rozwijania (od 2006 roku – zob. mpips.gov.pl).

² Dokładniejsze dane dotyczące różnych rodzajów przemocy w rodzinie zob. E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, R. Lozano, *World report on violence and health*, World Health Organization, Geneva 2002.

³ Wykaz i treść tych rekomendacji, zarówno z lat 80., jak i po roku 2000, opublikowano na stronach internetowych witryny Rady Europy <www.coe.int>, niektóre dostępne na <www.niebieska.pl>.

w roku 2002 Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała *Światowy raport o przemocy i zdrowiu*, który ukazał rozmiary i charakter występowania zjawisk przemocy na świecie, w tym przemocy w rodzinie, nasiliła się polityczna presja na wprowadzanie w poszczególnych państwach rozwiązań mających na celu ograniczanie zjawiska przemocy w rodzinie, głównie wobec kobiet i dzieci. Zaczęto dynamiczniej wprowadzać pewne działania w zakresie ograniczania przemocy domowej, zwłaszcza w państwach, które nie posiadały dotychczas odpowiedniego systemu rozwiązań. Wśród nich podstawową drogą są reformy legislacyjne, tworzące odpowiednie podłoże prawno-instytucjonalne dla rozwijania różnych strategii i rozwiązań.

Także w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu pojawiać zaczęło się wiele inicjatyw legislacyjnych w zakresie regulacji problemu przemocy w rodzinie, które doprowadziły m.in. do powstania i uchwalenia w 2005 roku Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz na jej podstawie wprowadzenia w 2006 roku Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, a także nowelizacji tejże ustawy w 2010 roku, która wprowadziła w obszar działań bardziej nowoczesne rozwiązania odpowiadające współczesnym standardom międzynarodowym i unijnym⁴. Problem przemocy w rodzinie znalazł się też w Ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku oraz w kilku rozporządzeniach na szczeblu centralnym dotyczącym praktyki pomocy społecznej czy działań policji.

Przemoc w rodzinie – istota zjawiska

Współcześnie podkreśla się, iż ofiarami przemocy w rodzinie mogą być różne osoby i różne osoby mogą być jej sprawcami. Specyfikuje się więc występowanie przemocy małżeńskiej – pomiędzy partnerami (ang. *spouse abuse, intimate violence*), której ofiarami mogą być też mężczyźni, przemocy nad dzieckiem (ang. *child abuse and neglect*), przemocy wobec osób starszych (ang. *elder abuse*), przemocy wśród rodzeństwa (ang. *siblings abuse*) (zob. schemat 1). W wielu pozycjach z zakresu literatury o przemocy w rodzinie wymienia się też przemoc dzieci wobec rodziców (ang. *battering of parents*), jako typ przemocy domowej⁵.

Termin „przemoc w rodzinie” jest współcześnie używany nie tylko w sytuacjach, kiedy określone zachowania mają miejsce w rodzinie rozumianej

⁴ Zob. Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw.

⁵ Zob. S. D. Herzberger, *Przemoc domowa perspektywa psychologii społecznej*, tłum. E. Bielawska-Batorowicz, Warszawa 2002.

w sensie tradycyjnym, tj. pomiędzy formalnie związanymi partnerami (małżonkami) i ich potomstwem, którzy wspólnie zamieszkują. Odnosi się go także do tych sytuacji, gdy ofiarę i sprawcę przemocy łączy lub łączył (bez więzów formalnych) pewien osobisty związek. Przemoc w rodzinie dotyczy więc też związków nieformalnych (np. konkubinatów), jak też rodzin formalnie już rozwiązanych (po rozwodzie, w separacji, po rozstaniu) bądź rodzin będących w sytuacji separacji. Dotyczy też krewnych obu partnerskich stron (małżonków, par)⁶.

Pojęcie „przemoc w rodzinie”, wraz z rozwojem badań nad różnymi aspektami tego zjawiska i rozbudową wiedzy na jego temat, rozszerzyło swoje znaczenie, określając coraz więcej rodzajów zachowań jako przemoc. Początkowo termin ten dotyczył głównie sytuacji polegającej na używaniu siły fizycznej, na fizycznym atakowaniu partnera, współmałżonka. Stopniowo w jego zakres włączano różne inne formy zachowań, co rozszerzyło jego rozumienie o „przemoc psychiczną/emocjonalną”, „przemoc seksualną”, „przemoc ekonomiczną” oraz „zaniedbywanie”, a także różne relacje, w których zachowania te mogą występować. W zakres przemocy domowej wprowadzano z czasem także pewne bardzo specyficzne typy zachowań przemocy wobec członków rodziny, jak np. syndrom Münchhausena *per procura*⁷, czy też zespół nieprzypadkowej śmierci niemowlęcia, czy – w efekcie słabo zaakceptowany jako kategoria naukowa przez świat nauki i praktyków – tzw. zespół Gardnera⁸. W zakres pojęcia przemocy w rodzinie zaczęto

⁶ Definicja rodziny Europejskiego Komitetu ds. Problemów Przystępczości brzmi następująco: „para osób, będąca małżeństwem lub nie, ich potomstwo, przodkowie, potomstwo lub krewni każdego lub któregośkolwiek z dzieci, jeśli tylko mieszkają lub podtrzymują związki wynikające z uprzedniego pozostawania we wspólnocie”. Za: K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, tłum. M. Babiuch, Warszawa 1999, s. 18.

⁷ *Münchhausen Syndrom by Proxy* polega na falsyfikowaniu, symulowaniu lub wręcz indukowaniu u dziecka objawów chorobowych po to, by pozostawało pod opieką medyczną, przechodziło badania, przebywało w szpitalu, z intencją wzbudzenia zainteresowania swoją osobą przez rodzica, najczęściej matkę. A. P. Giardino, E. R. Giardino, *Recognition of child abuse for mandated reporter*, St. Louis, Missouri 2002.

⁸ Zespół Gardnera jest uznawany przez niektórych za jednostkę kliniczną dotyczącą zespołu zaburzeń u dziecka, które jest celowo izolowane i nastawiane przeciwko drugiemu rodzicowi. Został określony przez Richarda Gardnera w pracy pt. *Sex abuse hysteria: the Salem Witch Trials revisited* z 1991 roku. Zespół (syndrom) ten znany jest również pod nazwą *Parental Alienation Syndrome* i oznacza sytuację alienowania dziecka od drugiego rodzica. Syndrom ten rozpatrywany jest najczęściej w kontekście zjawiska fałszywych oskarżeń rodziców (*false allegations*) w procesach rozwodowych, jak i w sytuacji po rozwodzie (J. Myers, *Dziecko ofiara konfliktu rodziców – kontrowersje wokół syndromu Gardnera*. Wykład na IV Konferencji „Pomoc dzieciom-ofiarom przestępstw”, Warszawa 26–27.11.2007). Zob też: I. Namysłowska, J. Heitzman, A. Siewierska, *Eksperyta wykonana na zlecenie biura Rzecznika Praw Dziecka dotycząca syndromu Gardnera jako wyodrębnionej jednostki chorobowej oraz jego przydatności w orzecznictwie są-*

też z czasem włączać tzw. przemoc pośrednią, dotyczącą sytuacji, gdy jakiemuś członkowi rodziny (przede wszystkim chodzi tu o dzieci) wyrządzana jest krzywda wówczas, kiedy bezpośrednim celem i zamiarem sprawcy jest zranienie, zaatakowanie innego członka rodziny (najczęściej żony/partnerki). Przykładami przemocy pośredniej są sytuacje, gdy dzieci obserwują ataki na żonę lub wykorzystywanie dzieci do rozgrywek z partnerem lub np. zmuszanie dzieci, by śledziły matkę i donosiły na nią ojcu, budzenie w nich wrogości do partnera itp.⁹, czy sytuacje, kiedy w różny sposób atakuje się dziecko, jako potomka tego drugiego znienawidzonego partnera, i przenosi się na nie urazy do partnera¹⁰.

Na przestrzeni dziesięcioleci zmianom uległo podejście do kwestii intencjonalności zachowań przemocy w rodzinie. Wcześniej, precyzując pojęcie przemocy w rodzinie, zaznaczano, iż są to zachowania cechujące się zamiarem wyrządzenia szkody lub krzywdy drugiej osobie, podczas gdy w najnowszych interpretacjach wskazuje się, iż intencjonalność zachowania lub zaniedbania nie musi wiązać się z wyraźną chęcią spowodowania jakichś szkód czy wyrządzenia krzywdy drugiej osobie. Przemoc może występować na tle braku świadomości co do szkodliwości swoich zachowań (np. rodzice potrząsający małym dzieckiem, aby się uspokoiło) lub osoba dokonująca przemocy na członku rodziny może kierować się szczytnymi pobudkami, czy wręcz „dobrem” drugiej osoby (np. stosowanie kar fizycznych w wychowaniu). Współcześnie więc przemoc definiuje się jako „każde intencjonalne użycie siły fizycznej lub innego typu przewagi, rzeczywiste lub jako zagrożenie, powodujące obrażenia, śmierć, krzywdę psychiczną, negatywnie wpływające na rozwój lub powodujące deprivację”, jak to czyni Światowa Organizacja Zdrowia w swoim raporcie z 2002 roku¹¹.

Obecne rozumienie pojęcia „przemoc w rodzinie” nawiązuje do kilku kategorii identyfikacyjnych. Po pierwsze, przemoc opiera się na nierównej relacji stron, relacji, w której jedna osoba zależy od drugiej, a druga swą przewagę wykorzystuje, a dokładniej nadużywa, według swego uznania, opinii, motywów czy swych potrzeb i interesów. Jak zauważa W. Sztander, przemocą są te zachowania, które niezależnie od swojej formy upośledzają moc drugiej osoby, czynią ją obiektem, istotą bezwolną¹². Drugą więc cechą przemocy jest relacja przedmiotowego traktowania drugiej osoby, która jest w tym układzie wykorzystywana. Po trzecie w przemocy mamy do czynienia

dów rodzinnych <http://www.brpd.gov.pl/uploadfiles/publikacje/ekspertyza_gardner.pdf> [21.06.2010].

⁹ J. Mellibruda, *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Warszawa 2009.

¹⁰ M. F. Hirigoyen, *Molestowanie moralne*, tłum. J. Cackowska-Demirian, Poznań 2002, s. 37.

¹¹ E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit. s. 5.

¹² W. Sztander, *Na czym polega pomaganie ofiarom przemocy*, „Niebieska Linia” nr 5, 1999.

nia ze sposobem zachowania lub zaniechaniem zachowania, lub stwarzaniem warunków, które naruszają prawa, godność i dobra osobiste, które powodują cierpienie, poczucie (w sensie bieżącym lub w odległym czasie) krzywdy oraz skutkują lub zagrażają z dużym prawdopodobieństwem wystąpieniem szkód, negatywnych konsekwencji dla rozwoju i funkcjonowania jednostki. Uwzględniając możliwości identyfikacji w praktyce, podkreśla się też, iż są to takie zachowania i sytuacje, które wykraczają poza społeczną akceptację, poza standardy społeczne dotyczące relacji rodzinnych i wzajemnych zachowań członków rodziny¹³.

Warto też wyeksponować, iż przemoc to nie zachowania przypadkowe, chwilowa utrata kontroli, utrata panowania nad sobą, jakiś chwilowy wybuch emocji, lecz przemoc jest rozumiana jako pewien typ relacji rozwijającej się i utrzymującej pomiędzy określonymi członkami rodziny. Przemoc w rodzinie jest więc rozumiana jako spójna całość, ciąg zachowań, których celem jest kontrola, zniewolenie, wyeliminowanie suwerennych myśli drugiej osoby, podporządkowanie jej własnym żądaniom i potrzebom¹⁴.

Współczesne tendencje w zakresie definiowania zjawiska przemocy w rodzinie odzwierciedlone zostały w polskiej formalnoprawnej definicji przemocy w rodzinie prezentowanej w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2005 roku, według której przemocą w rodzinie jest „jednokrotowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób (...), w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą”¹⁵.

Zachowania przemocy w rodzinie mogą się odznaczać różną dotkliwością¹⁶. Początkowe definicje zaznaczały, iż są to te zachowania, które prowadzą do wyraźnych poważnych bezpośrednich negatywnych konsekwencji, tj. szkód i obrażeń fizycznych i psychicznych. Obecnie za przemoc uznaje się

¹³ Przykładem jest definicja I. Pospiszyl, uznająca, iż przemocą są wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji. I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994, s. 14.

¹⁴ Przykładem jest definicja A. L. Ganley przywoływana m.in. przez A. Lipowską-Teutsch. W ujęciu tym przemoc w rodzinie określana jest jako „zespół atakujących nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną”. Patrz: A. Lipowska-Teutsch, *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, Warszawa 1998, s. 12.

¹⁵ Fragment z tekstu ustawy z 29 lipca 2005 roku (Dz. U. Nr 180, poz. 1493).

¹⁶ Niektórzy autorzy proponują więc, aby wyróżniać poziomy przemocy ze względu na jej dotkliwość, tj. „mniej dotkliwe”, „umiarkowanie dotkliwe”, „bardzo poważne” i „zagrażające życiu”, za: K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy...*, op. cit., s. 21–22.

również zachowania, które nie muszą prowadzić bezpośrednio do poważnych, widocznych szkód, a także zachowania, które jedynie potencjalnie grożą negatywnymi konsekwencjami, nawet jeśli w rzeczywistości szkody nie wystąpiły. Uznaje się bowiem na podstawie badań, iż bezpośrednie skutki przemocy mogą nie być czasami widoczne, jednak konsekwencje okazują się odsunięte w czasie.

Różne formy przemocy w rodzinie zazwyczaj nie występują w izolacji, lecz zachodzą na siebie wzajemnie i współwystępują. Ofiary rzadko doznają tylko jednej formy niewłaściwego, krzywdzącego traktowania. Najczęściej zachowania różne rodzajowo, np. groźby, napaści, degradacja słowna, izolowanie, ataki fizyczne, ze sobą współwystępują. Podkreśla się też, iż przemoc emocjonalna towarzyszy wszystkim pozostałym rodzajom przemocy, tj. fizycznej, seksualnej oraz zaniedbywaniu. Stwierdzono również, iż zaniedbywanie emocjonalne i fizyczne członka rodziny często stanowi „preludium” do jego aktywnego krzywdzenia psychicznego, fizycznego lub seksualnego¹⁷. Nierzadko w rodzinach z problemem przemocy występuje krzywdzenie współmałżonka i dzieci jednocześnie. Zrozumienie współwystępowania różnych rodzajów przemocy w rodzinie jest kwestią szczególnie ważną dla organizowania właściwych strategii interwencyjno-zapobiegawczych.

Konsekwencje przemocy domowej

Aktualny stan wiedzy o zjawisku przemocy w rodzinie nie pozostawia żadnych wątpliwości co do tego, na ile przemoc domowa jest zjawiskiem poważnym, jakie jest jej znaczenie. Przemoc, wywołując liczne negatywne następstwa u ofiar, upośledza ich zdrowie, samopoczucie, kondycję psychologiczną i satysfakcjonujące funkcjonowanie w społeczeństwie. Ponadto badania wykazały niezaprzeczalnie, iż konsekwencje doznawania przemocy rodzinnej wykraczają poza zdrowie i szczęście pojedynczych osób, które jej doświadczają. Konsekwencje przemocy domowej mają swój wymiar ponadindywidualny – społeczny. Wskazuje się pod tym względem na koszty społeczne i ekonomiczne wynikłe np. z nieobecności w pracy na skutek leczenia obrażeń lub chorób, na które ofiary przemocy domowej zapadają częściej, z leczenia obrażeń somatycznych i psychicznych (wizyty lekarskie, wyjazdy karetek, pobyty w szpitalu, lekarstwa itp.), z konieczności zaangażowania służb społecznych, interwencji policji, pracy prokuratorów i kosztów postępowań sądowych. Mówi się też o stratach wynikających z mniejszej produk-

¹⁷ Ibidem, s. 22.

tywności zawodowej ofiar przemocy domowej, kosztach leczenia nerwic i depresji, kosztach związanych z kalectwem czy przedwczesną śmiercią, czy z koniecznością zapewnienia zastępczej opieki¹⁸. Ukazywane w tym zakresie kwoty są niebagatelne¹⁹.

We wszystkich relacjach, w jakich może zachodzić przemoc domowa, bez względu na to, czy ofiarami są dzieci, żony, czy osoby starsze, następstwa przemocy mogą obejmować konsekwencje bezpośrednie, jak i odległe (długotrwałe). Mogą obejmować różne sfery, zarówno fizyczno-zdrowotną, jak i psychologiczno-behawioralną. W wymiarze fizyczno-zdrowotnych skutków literatura przedmiotu wymienia różne typy urazów i obrażeń fizycznych, ale też konsekwencje w postaci większej zapadalności na pewne choroby i schorzenia, poczucie zmęczenia i niższą aktywność fizyczną, specyficzne zaburzenia zdrowotne, zespół bólu przewlekłego, rozwój dysfunkcji i zaburzeń seksualnych, problemy reprodukcyjne (bezpłodność), a wręcz mówi się o zjawisku przedwczesnej śmierci²⁰. Wśród odległych konsekwencji zdrowotnych wskazuje się na skłonność do chorób nowotworowych, mięśniaków, choroby niedokrwienia serca, zapalenia wątroby, przewlekłego zapalenia oskrzeli i chorób płuc²¹. W obszarze następstw psychologiczno-behawioralnych wskazywane są konsekwencje, takie jak: popadanie w problemy uzależnieniowe, depresje i rozwój postaw lękowych, zaburzenia jedzenia i snu, rozwój poczucia winy i wstydu, fobie i napady paniki, zaburzenia psychosomatyczne, niska samoocena. Konsekwencje doznawania przemocy w rodzinie uzupełniane są o nikotynizm, ryzykowne zachowania seksualne i słabą fizyczną aktywność, a w wymiarze konsekwencji ostatecznych wskazuje się na samobójstwa i zabójstwa. Traktując jako specyficzny typ ofiar przemocy domowej dzieci, wskazuje się, poza już wymienionymi skutkami, dodatkowo na: obniżenie funkcji poznawczych, opóźnienia rozwojowe, nadaktywność/nadpobudliwość, zaburzenia relacji rówieśniczych, niskie osiągnięcia szkolne, przestępczość, stosowanie przemocy i inne zachowania ryzykowne oraz wiele innych możliwych następstw²².

¹⁸ Zob. np. E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit.; K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit.

¹⁹ Przykładowo w USA koszty związane z problemem przemocy i zaniedbywania dzieci w 1996 roku oszacowano na prawie 12,5 mld dolarów, a w Wielkiej Brytanii szacowane corocznie koszty jedynie natychmiastowej opieki i działalności służb formalnych w kwestii przemocy nad dziećmi ocenia się na prawie 1,2 mld dolarów. Zob. E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit.

²⁰ E. Jarosz, *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*, Katowice 2008.

²¹ E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit., s. 69.

²² Fizyczne, emocjonalne i behawioralne następstwa przemocy występują różnie i z różnym natężeniem u dzieci doświadczających krzywdy w rodzinie. Rzeczywiste skutki zależą od poziomu rozwojowego dziecka w czasie kiedy doświadczało przemocy, stopnia dotkliwo-

Najczęściej wymienianym następstwem przemocy w rodzinie jest rozwój u jej ofiar zespołu zaburzeń stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder* – PTSD). Sytuacja psychologiczna ofiar przemocy domowej jest tu rozumiana jako sytuacja permanentnie lub przez długi czas doświadczanej systematycznie lub cyklicznie traumy. Jako jednostka zaburzeń PTSD posiada wyraźną specyfikację kliniczną w międzynarodowych systematyzacjach zaburzeń (np. DSM IV)²³. W sensie ogólnym PTSD określane jest jako zespół objawów polegających na uporczywym odtwarzaniu traumatycznych doświadczeń, unikaniu bodźców związanych z traumą i ogólnym odrętwieniu emocjonalnym oraz pobudzeniu. Wśród symptomów szczególnie charakterystyczne są tzw. natrętne przypomnienia i ponowne przeżywanie traumatycznych doświadczeń (*flashback*) przez ofiary przemocy domowej. U dzieci podstawowe trzy grupy objawów PTSD wyrażają się najczęściej poprzez²⁴:

- wtargnięcia – intruzyjne wspomnienia, traumatyczne sny, zabawy zawierające aspekty traumatycznych wydarzeń,
- unikanie – zmniejszona reaktywność i zainteresowanie otoczeniem, zmniejszone zaangażowanie w ulubione dotychczas czynności, emocjonalne odcięcie od kolegów i rodziców, obniżona tolerancja na bodźce i unikanie intensywnych emocji,
- pobudzenie – poprzez utrzymujący się stan pogotowia emocjonalnego, nerwowość, drażliwość, nagłe reakcje przestachu, napady paniki, zaburzenia snu, trudności w koncentracji uwagi, przestach w sytuacjach przypominających traumę.

Zespół stresu pourazowego współwystępuje z innymi, wymienionymi wcześniej zaburzeniami (depresje, lęki, alkoholizm), może też znacząco

ści tej przemocy, relacji, jakie łączyły dziecko ze sprawcą krzywdzenia, czasu doświadczania przemocy, a także od pewnych czynników środowiskowych, takich jak: obecność w życiu dziecka osób wspierających, kompensacja braków/potrzeb, uzyskanie fachowej pomocy psychologicznej, udział w zajęciach terapeutyczno-korekcyjnych itp. Szkody w życiu, psychice dziecka mogą być więc większe lub mniejsze, należy jednak zaznaczyć, że zawsze występują. Przemoc bez względu na formę, czas i inne cechy pozostawia negatywne ślady; także wówczas, kiedy przemoc nie jest ukierunkowana bezpośrednio na dziecko, kiedy jest ono świadkiem przemocy pomiędzy rodzicami lub innymi członkami rodziny. Następstwa tzw. przemocy pośredniej obejmują podobny jak w sytuacjach przemocy bezpośredniej szeroki zakres problemów emocjonalnych i behawioralnych, włączając lęki, depresje, niskie osiągnięcia szkolne, zaniżoną samoocenę, nieposłuszeństwo i buntowniczość, zaburzenia snu i problemy zdrowotne. Zob. E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit.; P. S. Pinheiro, *Violence against children*, WHO 2006 (www.violencestudy.int); J. Mellibruda, *Przeciwdziałanie...*, op. cit.

²³ Opis objawów PTSD ogólnie oraz PTSD u dzieci cytują np. W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Kraków 2000, s. 23–24; W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Wpływ traumy na funkcjonowanie dziecka-świadka*. „Dziecko Krzywdzone” nr 6, 2004; A. Lipowska-Teutsch, *Wychować...*, op. cit. s. 49;

²⁴ W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie...*, op. cit.

wpływać na więzi społeczne oraz wywierać niekorzystny wpływ na stan zdrowia jednostki.

Ponadto wymienianymi często konsekwencjami doznawania przemocy w rodzinie są również zjawiska psychologiczne, jak: wyuczona bezradność, więź traumatyczna (syndrom sztokholmski), psychologiczna pułapka²⁵.

Źródła i uwarunkowania przemocy w rodzinie

Wśród stanowisk i koncepcji tłumaczących występowanie zjawisk przemocy w rodzinie współcześnie preferowane są teorie integracyjne (wieloczynnikowe), które podkreślają wielość i złożoność warunków wpływających na występowanie problemu przemocy w rodzinie. W ich świetle przemocy w rodzinie nie można wyjaśnić wpływem jakiegoś pojedynczego czynnika. Podkreśla się, iż dla rozpoznania uwarunkowań występowania problemu konieczna jest analiza licznych cech rodziny i jej członków, rozpatrzenie wielu sfer i warunków funkcjonowania, które w przypadku każdej rodziny mają indywidualny charakter. Jedną z bardziej popularnych, pierwszych koncepcji integracyjnych przemocy w rodzinie zaproponowana została przez Richarda Gellesa²⁶. Jego zdaniem najbardziej znaczącym czynnikiem są przeżywane przez rodzinę i rodziców stresy sytuacyjne. To one wspólnie z negatywnymi wpływami kulturowymi, niekorzystnymi cechami położenia społecznego oraz negatywnymi doświadczeniami socjalizacyjnymi (prowadzącymi do rozwoju zaburzeń osobowości, różnych problemów emocjonalnych i psychicznych rodziców), tworzą zasadnicze tło występowania przemocy w rodzinie, której incydenty stymulowane są zazwyczaj jakimiś czynnikami wyzwalającymi (np. przykre wydarzenie, sprzeczka, nieposłuszeństwo itp.).

Kevin Browne, nawiązując do modelu Richarda Gellesa, zaproponował bardziej rozbudowany wieloczynnikowy model przemocy w rodzinie²⁷. Jego zdaniem czynniki stresowe, wpływy środowiskowe, cechy statusu społecznego rodziny i cechy jej położenia społeczno-kulturowego wpływają przede wszystkim na relacje interpersonalne w rodzinie (schemat 1). Jeśli relacje pomiędzy członkami rodziny, które stanowią najbardziej znaczący i centralny czynnik uwarunkowań przemocy domowej, gwarantują poczucie bezpieczeństwa, są pozytywne emocjonalnie i wspierające, wówczas blokują dzia-

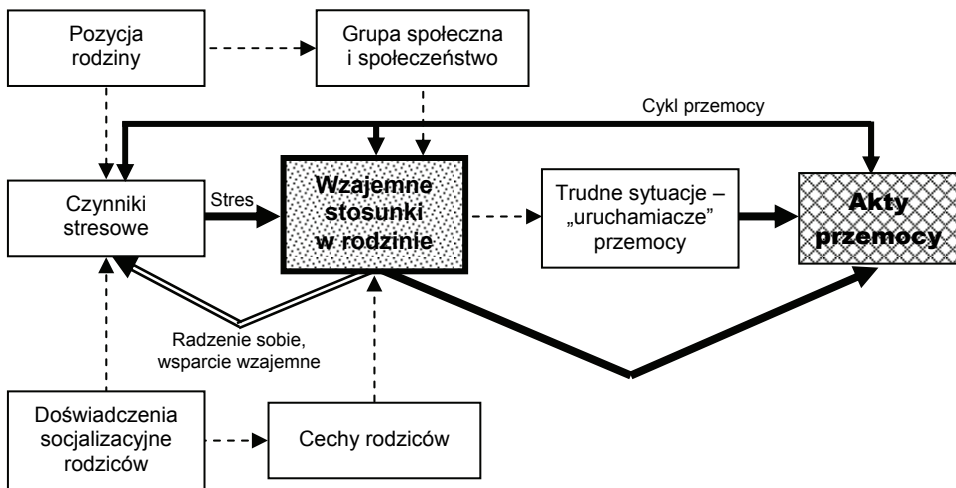
²⁵ Zob. np. I. Pospiszyl, *Przemoc...*, op. cit.; S. Herzberger, *Przemoc domowa...*, op. cit.; J. Mellibruda, *Przeciwdziałanie...*, op. cit.; A. Lipowska-Teutsch, *Wychować...*, op. cit.

²⁶ Zob. I. Pospiszyl, *Przemoc...*, op. cit.; K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit.

²⁷ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit., s. 42–44.

łanie stresów i sytuacji trudnych, wręcz ułatwiając radzenie sobie z nimi. Jeśli jednak relacje te mają charakter problemowy, nie dają poczucia bezpieczeństwa, same w sobie są źródłem lęku i napięcia, wówczas jakakolwiek trudna sytuacja (sprzeczka, nieposłuszeństwo, przykre wydarzenie) może uruchomić fizyczne, słowne lub emocjonalne ataki na członka rodziny. Te z kolei zwrótnie wpływają negatywnie na relacje interpersonalne i upośledzają działanie tego czynnika jako neutralizatora przemocy. W rezultacie kolejne występujące czynniki stresowe łatwiej wywołują napięcia i kolejne akty przemocy fizycznej lub emocjonalnej. Czasami – poprzez unikanie świadomego wyrządzania krzywdy – powodują zaniedbywanie. Tworzy się więc coś na zasadzie sprzężenia zwrotnego, tzw. spirala przemocy²⁸.

Schemat 1. Wieloczynnikowy model przemocy w rodzinie K. Browne'a (opracowanie własne na podstawie K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 43)



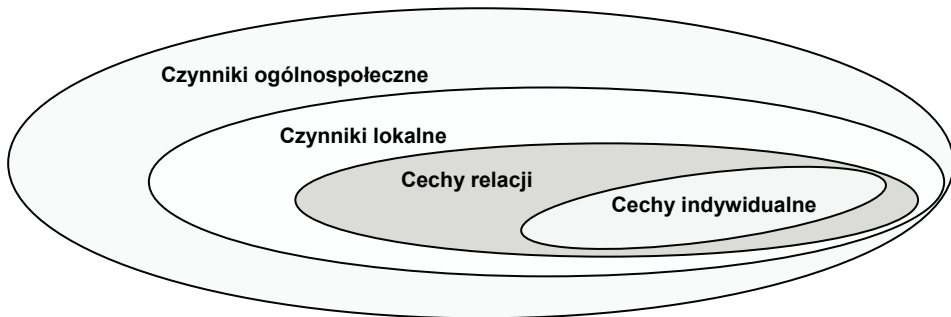
Odnosząc się do modelu Browne'a, należy zauważyć, iż wpływ czynników stresowych i warunków życia na rodzinę jako indukujących przemoc zależy głównie od panujących w niej relacji interpersonalnych, stąd to na nich powinny koncentrować się różne zabiegi ograniczające, powstrzymujące i uprzedzające występowanie zjawiska przemocy w rodzinie.

Najbardziej popularnym obecnie modelem tłumaczącym występowanie przemocy w rodzinie jest model ekologiczny, który rozwinięty został w oparciu

²⁸ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit., s. 43.

o model Johna Belsky'ego z lat 80.²⁹ W tym ujęciu występowanie przemocy w rodzinie wyjaśnia związkami pomiędzy czynnikami indywidualnymi, cechami związku rodzinnego oraz czynnikami kontekstualnymi o wymiarze lokalnym i ogólnospołecznym³⁰. Model ekologiczny traktowany jest jako uniwersalna interpretacja uwarunkowań przemocy.

Schemat 2. Ekologiczny model przemocy wg WHO (opracowanie własne na podstawie E. G. Krug i inni, *World report on violence and health*, Geneva 2002, s. 12)



Na poszczególnych poziomach wskazuje się na określone, liczne czynniki. Warto przyjrzeć się im w świetle zadań diagnozy indywidualnej, koniecznej dla celów interwencyjnych. Wśród czynników indywidualnych wskazuje się na cechy biologiczne i demograficzne, historię rozwoju oraz ukształtowane cechy osobowościowe i problemy indywidualne, które podwyższają prawdopodobieństwo bycia ofiarą przemocy w rodzinie lub jej sprawcą. Wymieniane są:

²⁹ Belsky wymienił trzy poziomy czynniki warunkujących przemoc w rodzinie: makrosystem – czyli ogólne cechy społeczeństwa, jego norm i wartości odnoszących się do rodziny, dziecka, stosowanej w tym względzie polityki państwa oraz ogólnych zjawisk społecznych i gospodarczych; ekosystem – czyli warunki lokalne funkcjonowania rodziny, jej kontekst społeczno-kulturowy, ekonomiczny, socjalny i organizacja środowiska, w którym rodzina żyje; mikrosystem – zjawiska wewnątrzrodzinne, historia rodziny, doświadczenia socjalizujące rodziców i ich cechy osobiste oraz cechy wszystkich członków rodziny. Występowanie przemocy w rodzinie jest w modelu Belsky'ego oparte na niewłaściwych interakcjach w rodzinie oraz niekorzystnych interakcjach rodziny ze środowiskiem i społeczeństwem, które nie dostarczają odpowiedniego wsparcia. Zauważyć też trzeba, iż w tym modelu czynnikiem o nadzwyczajnym znaczeniu dla przemocy w rodzinie jest szeroko rozumiana izolacja społeczna rodziny (Belsky 1980), podaje za: M. S. Rosenberg, R. B. Germain, *Psychological maltreatment: theory, research and ethical issues in psychology*, (w:) M. Brassard, R. Germain, S. Hart (eds), *Psychological maltreatment of children and youth*, Pergamon Book Inc. 1987, s. 243–253.

³⁰ E. G. Krug i inni, *World report...*, op. cit.

- wiek ofiary i sprawców przemocy – wiekiem ryzyka dla przemocy fizycznej doznawanej przez dzieci jest przedział od 2 do 6 lat; rodzice młodszy częściej źle traktują swoje dzieci niż rodzice bardziej dojrzały; okres adolescencji zwiększa ryzyko stosowania przemocy wobec rodziców, wiek podnosi też prawdopodobieństwo doświadczania przemocy przez osoby starsze w rodzinie,
- płeć – dziewczynki częściej są ofiarami przemocy seksualnej, kobiety częściej są ofiarami przemocy małżeńskiej,
- cechy społeczne – charakter wykonywanej pracy, wysokość dochodów, niskie wykształcenie są powiązane ze stosowaniem przemocy fizycznej wobec członków rodziny,
- problemy osobiste sprawców – depresje i problemy uzależnieniowe oraz zaburzenia osobowości i inne problemy psychologiczne,
- cechy osobowościowe u sprawców – impulsywność, autorytaryzm, egocentryzm oraz niska samoocena,
- osobiste doświadczenia przemocy – doznawanej lub obserwowanej w rodzinie w dzieciństwie,
- specyficzne cechy ofiary – m.in. niska waga urodzeniowa, zakłócenia i problemy rozwojowe, chorowitość, upośledzenie fizyczne lub umysłowe.

Wśród cech rodziny wymienia się: cechy strukturalne (samotne rodzicielstwo, wielodzietność), złe warunki socjalne (niskie dochody rodziny, złe warunki mieszkaniowe), konflikty małżeńskie, zaburzenia relacji interpersonalnych, zakłócenia tzw. systemu rodzinnego, utrzymujący się stres o różnych źródłach, izolacja społeczna rodziny.

Do cech ryzyka w otoczeniu rodziny (cech społeczności lokalnej) zalicza się: dużą mobilność społeczną, tj. zmienność składu społeczności (ludzie często zmieniają miejsce zamieszkania), heterogeniczność społeczności lokalnej (duże zróżnicowanie populacji), słabe więzi społeczne, anonimowość życia i izolację społeczną, duże zagęszczenie ludności, wysoki poziom bezrobocia oraz ubóstwa, środowiskowe normy obyczajowe dotyczące relacji rodzinnych, pozycji dzieci, kobiet i osób starszych, które sprzyjają przemocy (np. dyskryminujące ich wartość, akceptujące zachowania przemocy), brak wyraźnych i odpowiednich sankcji (zarówno formalnych, jak i moralnych) za przemoc wobec członków rodziny, niska gotowość społeczna do interwencji w rodzinę (wysoki status prywatności życia rodzinnego), słabe zaplecze instytucjonalne (działalność służb, placówek i organizacji pomocy i wsparcia rodziny oraz reagowania na problem przemocy).

Sprzyjające przemocy w rodzinie cechy i zjawiska ogólnospołeczne obejmują: normy kulturowe aprobujące przemoc jako sposób rozwiązywania konfliktów, normy sankcjonujące dominację jednych członków rodziny nad innymi (nad dziećmi, kobietami), normy nadmiernie chroniące prywat-

ność rodziny, występowanie znaczących nierówności społecznych ze względu na płeć i status socjoekonomiczny (nierówności strukturalne), niski poziom zabezpieczenia społecznego, tj. egzystencji i funkcjonowania rodzin warunkowany rozwiązaniami polityki społecznej, niewłaściwa polityka zdrowotna (niezabezpieczająca kondycji zdrowotnej jednostek, brak wystarczającej opieki zdrowotnej nad rodziną i dzieckiem), brak lub niefunkcjonalne rozwiązania prawne dotyczące problemu przemocy domowej, występowanie konfliktów wojennych, społecznych, okresy transformacji społecznych, powiększająca się pauperyzacja społeczeństwa. Wymienione na różnych poziomach: indywidualnym, rodziny, lokalnym i ogólnospołecznym czynniki działają w powiązaniu ze sobą i to ich kumulacja stanowi w świetle modelu ekologicznego rzeczywiste tło występowania problemu przemocy w rodzinie. Jednocześnie zauważa się, iż układ tych czynników ma charakter zdecydowanie indywidualny dla każdej rodziny.

Zapobieganie i ograniczanie przemocy w rodzinie

Działania ograniczające występowanie problemów przemocy w rodzinie są nierozdzielnie związane z koncepcjami na temat mechanizmów jej występowania, z tym, w jaki sposób rozumie się przyczyny zjawiska. Propozycje dotyczące form działań i ich kierunków opierają się więc głównie na zidentyfikowanych przez badaczy czynnikach etiologicznych. Niebagatelną rolę odgrywają preferencje, jakie w tym zakresie charakteryzują osoby decydujące o organizowaniu działań ograniczających przemoc w rodzinie. Zwolennicy tłumaczenia przemocy w rodzinie przede wszystkim cechami sprawców lub utrwalonymi społecznie wzorami zachowania kładą nacisk na działania ukierunkowane na sprawcę. Ci, którzy uważają, iż przemoc wynika głównie ze stresujących warunków życia, są zwolennikami wdrażania programów poprawy sytuacji życiowej rodzin i niwelowania nierówności socjoekonomicznych i kulturowych. Osoby preferujące koncepcje feministyczne proponują przede wszystkim rozwiązania polityczne zapewniające równość kobiet. Z kolei entuzjaści znaczenia czynnika kontroli społecznej dążą do dopracowywania działań monitorujących rodziny i zaostrzania sankcji, przepisów i praw dotyczących odpowiedzialności za przemoc w rodzinie.

Wylōnić można opozycyjne wobec siebie dwa podstawowe kierunki myślenia o działaniach, jakie powinno się preferować wobec zjawiska przemocy w rodzinie³¹:

³¹ *Strategie postępowania z przemocą w rodzinie*, Biuro Narodów Zjednoczonych, Centrum Rozwoju Społecznego i Spraw Humanitarnych, Nowy Jork 1993.

- podejście kryminalizujące zjawisko,
- podejście dekryminalizujące zjawisko i traktujące je w kategoriach swoistej choroby.

W ramach pierwszego sposobu myślenia o przemocy domowej proponuje się działania, które opierają się zasadniczo na autorytecie prawa, działaniu wymiaru sprawiedliwości. Główną ideą jest tu pociąganie do odpowiedzialności sprawców i nakładanie na nich poważnych restrykcji. W podejściu tym podkreśla się normotwórczą rolę prawa i odstraszący charakter restrykcji. Oponenti tego stanowiska kryminalizacji przemocy domowej wskazują z kolei na nieskuteczność podejścia restrykcyjnego, a wręcz na jego negatywne reperkusje. Zwolennicy dekryminalizacji zjawiska podkreślają iż zamiast restrykcji konieczne jest organizowanie przede wszystkim działań pomocowych, różnych form edukacji i działań wsparcia i terapii dla rodziny.

Zauważyć można, iż sposób myślenia o najlepszych sposobach działania wobec przemocy domowej zależy częściowo od rodzaju przemocy. Jeśli refleksje dotyczą przemocy wobec dzieci, wówczas mniejszy nacisk kładzie się na winę sprawcy, a dąży do poprawy funkcjonowania rodziny, do podniesienia jakości rodzicielstwa oraz zakłada się pozostawienie dziecka w rodzinie możliwie najdłużej. Jeśli natomiast chodzi o przemoc partnerską, mniejszą wagę przypisuje się potrzebie utrzymania związku³².

Uwzględniając rolę zarówno predyspozycji indywidualnych, jak i okoliczności społecznych, kulturowych i socjalnych funkcjonowania rodziny, przedstawiciele nurtów integracyjnych podkreślają konieczność organizowania wielu różnych działań, mówią o ich wielokierunkowości i wielopoziomowości. To dominujący współcześnie sposób spostrzegania obszaru działań wobec zjawiska. Zgodnie z tym stanowiskiem przeciwdziałanie przemocy w rodzinie powinno być organizowane na trzech poziomach³³:

- 1) profilaktyka uniwersalna – poziom podstawowy działań, które mają na celu uprzedzenie pojawiania się przemocy w rodzinie,
- 2) wczesna interwencja – dotyczy bardziej bezpośrednich działań podejmowanych wobec rodzin szczególnie zagrożonych rozwojem problemu przemocy,
- 3) terapia – poziom trzeciorzędowy, obejmujący różne działania zmierzające do opanowania i ustąpienia przemocy w rodzinie oraz przeciwdziałanie ponownemu rozwijaniu się problemu.

1. Zapobieganie – profilaktyka uniwersalna

Odnosi się do działań uniwersalnych, długofalowych, nakierowanych na całe społeczeństwo. Istnieje tu założenie, iż problem przemocy może wystą-

³² S. D. Herzberger, *Przemoc domowa...*, op. cit.

³³ E. G. Krug i in., *World report...*, op. cit.; K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit.

pić w każdej rodzinie. Poprzez różne działania dąży się do dokonania gruntownych przemian w życiu społeczeństwa i rodzin. Podstawowe kierunki działań pierwszorzędowych obejmują³⁴:

- eliminowanie norm społecznych akceptujących i podtrzymujących przemoc w społeczeństwie i rodzinie,
- niwelowanie nierówności społecznych i łagodzenie stresów, które wywołują,
- rozwijanie sieci i form wsparcia rodzin, tworzenie instytucji, placówek pomagających w przezwyciężaniu problemów oraz zmniejszanie izolacji społecznej,
- zmianę postaw podtrzymujących niekorzystną pozycję w społeczeństwie kobiet, dzieci,
- podwyższanie kompetencji wychowawczych, jakości rodzicielstwa obecnych i przyszłych rodziców.

Podstawowymi formami działań na poziomie pierwszorzędowym są kampanie uświadamiające, wprowadzanie odpowiednich rozwiązań w polityce społecznej (promujących rodzinę), działania prawne i administracyjne, a nade wszystko wielowymiarowa edukacja społeczna. W sensie bardziej szczegółowych działań pierwszorzędowych wymieniane są: programy edukacyjne dla rodziców, dla przyszłych rodziców (np. par oczekujących na dziecko, nastolatków), programy wsparcia rodzicielstwa (np. w grupach samopomocy), programy wspierające opiekunów osób starszych, programy radzenia sobie z konfliktami w rodzinie, w małżeństwie, działalność poradni małżeńskich i rodzinnych, programy rozwijania kompetencji życiowych dla dzieci i młodzieży oraz programy zapobiegania zachowaniom ryzykownym wobec przyszłej przemocy w rodzinie (alkohol, narkomania, agresja). Kolejną grupę działań stanowią programy unikania sytuacji przemocy dla potencjalnych ofiar – dzieci, kobiet (programy rozwijające kompetencje do samoobrony przed przemocą domową). Można też wymienić wprowadzanie wyraźnych przepisów odpowiedzialności karnej sprawców za przemoc domową, ale również przepisów zakazujących stosowania kar fizycznych (w szkołach, przez rodziców), czy innych regulacji formalnych. Wskazuje się też na konieczność ograniczenia ekspozycji w mediach przemocy jako takiej.

2. Wczesna interwencja

Są to działania koncentrujące się na obszarach o podwyższonym ryzyku wystąpienia przemocy w rodzinie i rozwinięcia się problemu. Działania obejmują tu rodziny bądź osoby charakteryzujące się czynnikami podwyższającymi ryzyko wystąpienia przemocy oraz te, w których występują już sporadyczne, łagodniejsze formy zjawiska. Jakkolwiek trudno dokładnie

³⁴ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie ...*, op. cit.

ustalić prawdopodobieństwo pojawienia się przemocy w rodzinie, to na podstawie licznych badań wyselekcjonowano cechy, sytuacje oraz warunki, które zazwyczaj lub często towarzyszą zjawisku. Wczesna interwencja jako obszar działań opiera się więc na wykrywaniu ryzyka przemocy w rodzinie, ocenie zagrożenia przemocą i zaniedbaniami oraz osłabianiu lub likwidowaniu negatywnego wpływu czynników (ryzyka) bądź ich kompensowaniu. Działania drugorzędowe wobec rodziny mają charakter głównie monitorująco-pomocowy. Podmiotami działań są tu przede wszystkim służby opieki społecznej i zdrowotnej. Działania z zakresu wczesnej interwencji opierają się na kilku elementach:

- opracowaniu trafnych sposobów identyfikacji rodzin ryzyka, w tym metod wykrywania czynników ryzyka,
- treningu przedstawicieli służb medycznych i społecznych w zakresie detekcji i identyfikacji przypadków,
- wypracowaniu strategii powstrzymywania rozwoju przemocy w danej rodzinie (łagodzenia, likwidowania lub kompensowania zjawisk i sytuacji negatywnych).

Wśród konkretnych działań wczesnej interwencji wymienia się: wsparcie socjalne, pomoc w kwestiach opiekuńczych oraz rozwój kompetencji życiowych i życiowej zaradności. Ponadto wskazuje się tu na specjalistyczne programy terapeutyczne ukierunkowane na ewentualnego sprawcę lub na całą rodzinę. Programy dla sprawców dążą do zmiany zachowań i tendencji agresywnych wobec członków rodziny i nastawione są na poprawę kompetencji psychologicznych i społecznych sprawców przemocy. Programy dla rodziny z kolei kierują się na poprawę relacji interpersonalnych i poprawę funkcjonowania całego systemu rodziny. Innym przykładem bezpośrednich działań są grupy samopomocowe (dla sprawców, ofiar, ale też osób zagrożonych stosowaniem przemocy wobec innych, jak np. samotne matki). W nich członkowie grupy pomagają sobie wzajemnie w zmianie funkcjonowania, w rozwiązywaniu problemów, w rozwijaniu umiejętności interpersonalnych czy w pogłębianiu zdolności empatycznych. Niektóre grupy samopomocowe mogą być prowadzone przez zawodowych terapeutów, inne opierają się tylko na liderach, którymi są doświadczone podobnym problemem, „ozdrowiałe” jednostki³⁵.

3. Terapia i kontrola

Stanowią one obszar działań adresowanych do rodzin z występującym już problemem przemocy domowej. Obejmują przypadki tych rodzin, w których przemoc jest faktem, jest już stałym elementem systemu i życia

³⁵ S. Herzberger, *Przemoc domowa...*, op. cit.

rodzinnego. Działania na tym poziomie ukierunkowane są na zatrzymanie, eliminację przemocy z życia rodziny poprzez zabiegi terapeutyczne i kontrolę, a w określonych przypadkach poprzez interwencję prawną. Dąży się więc do obniżenia ryzyka wystąpienia ponownych aktów przemocy, a tym samym ponownych obrażeń fizycznych i urazów psychicznych lub innych konsekwencji. W odniesieniu do ofiar przemocy domowej, jakimi są dzieci, intencją działań trzeciorzędowych jest podejmowanie takich działań terapeutycznych, które mają uchronić je przed tzw. wiktyimizacją, ponownym krzywdzeniem lub przeobrażeniem się w sprawców przemocy.

W wymiarze działań szczegółowych na trzecim poziomie działań wymienia się: aresztowania i osądzanie sprawców, działalność konsultacyjną (prawno-informacyjną), zapewnianie schronienia ofiarom przemocy domowej lub zastępczej opieki, pomoc socjalno-opiekuńczą rodzinie oraz różne odmiany terapii indywidualnej dla sprawców i ofiar, a także terapie grupowe dla sprawców i ofiar, terapie małżeńskie czy terapie rodzinne³⁶. Typowym przykładem terapii sprawców są treningi kontroli agresji i gniewu, treningi relaksacyjne, treningi komunikacji interpersonalnej i rozwiązywania problemów, programy restrukturyzacji poznawczej, ale też treningi pozytywnego rodzicielstwa i umiejętności rodzicielskich. Intensywnie zaznacza się też działalność grup terapeutyczno-samopomocowych dla sprawców pod przewodnictwem terapeuty. Terapie ofiar (kobiet) odnoszą się do szerokiego zakresu kwestii, np. podnoszenie poczucia bezpieczeństwa, podnoszenie samooceny, rozwijanie aktywności wobec własnej sytuacji życiowej, rozwój asertywności, rozwój umiejętności interpersonalnych, trening radzenia sobie z przemocą. Także na tym poziomie funkcjonują grupy wsparcia (dla ofiar i sprawców przemocy), w tym samopomocowe. Terapie dla dzieci ofiar przemocy domowej zależą od ich poziomu rozwojowego i zazwyczaj współwystępują z prowadzeniem terapii rodzinnej, poprawiającej interakcje rodziców i dzieci. W terapii dzieci młodszych dąży się najczęściej do odbudowy poczucia bezpieczeństwa, wytworzenia pozytywnego przywiązania, podczas gdy w terapii dzieci starszych, poza odreagowaniem traumy, stosuje się działania korygujące ich rozwój społeczny i emocjonalny, poprawia kompetencje rówieśnicze, rozwija wrażliwość społeczną, poprawia samokontrolę, radzenie sobie z gniewem oraz ogranicza się negatywne zachowania dzieci będące następstwem rozwijania się w niekorzystnych warunkach domowych³⁷. W przypadku dzieci doświadczających różnych form złego trakto-

³⁶ Zob. np. I. Pospiszyl, *Razem przeciw przemocy*, Warszawa 1999, s. 162–201; R. J. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2005, s. 352–410; J. L. Herman, *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*, tłum. A. i M. Kacmajor, Gdańsk 1998; D. Dutton, *Przemoc w rodzinie*, tłum. P. Kołyszko, Warszawa 2001.

³⁷ S. Herzberger, *Przemoc domowa...*, op. cit.

wania (przemocy) w rodzinie w sposób bezpośredni, jak i pośredni (poprzez obserwowanie przemocy pomiędzy innymi członkami rodziny), jednym z istotnych zadań prewencyjnych jest zapobieganie tzw. generacyjnemu cyklowi przemocy, rozumianemu jako przeobrażanie się ofiary przemocy w jej sprawcę³⁸.

W Polsce po roku 2000 zintensyfikowała się działalność różnych ruchów społecznych, organizacji i osób zajmujących się problemem przemocy w rodzinie, wypracowano regulacje dotyczące przemocy w rodzinie, uchwalono specjalną Ustawę o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, która stała się zasadniczym aktem normatywnym dotyczącym tego problemu, określającym m.in. podmioty i typy działań, jakie powinny być podejmowane w stosunku do zjawiska, w tym działań prawnokarnych i innych wobec sprawców przemocy domowej oraz działań w stosunku do jej ofiar³⁹. Na podstawie tej ustawy (art. 10) powstał Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie (zob. www.mpips.gov.pl), który doprecyzowuje cele działań w ramach działań uprzedzających (z wykorzystaniem strategii diagnozujących, informacyjnych, edukacyjnych), działań interwencyjnych w obszarach pomocy ofiarom i działań wobec sprawców, a także działań wspierających (terapeutycznych i działań korekcyjno-edukacyjnych wobec sprawców). Ponadto, stosowne podmioty (Minister Pracy i Polityki Społecznej oraz Komendant Główny Policji) wydały odpowiednie rozporządzenia dotyczące przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W 2010 roku uchwalono nowelizację Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, wprowadzającą możliwość bardziej nowoczesnych i sprawdzonych działań.

Wiele jest źródeł literaturowych oraz stron internetowych, które zawierają informacje i opisy dotyczące form pomocy (instytucji, placówek, programów) w sytuacji problemu przemocy w rodzinie, dlatego pomijam w tym miejscu (ze względu na ograniczone ramy tego opracowania) szczegółową prezentację na ten temat, odsyłając Czytelnika do innych źródeł⁴⁰.

Zakończenie

Problem przemocy w rodzinie okazuje się problemem wieloaspektowym, ma wielorakie uwarunkowania: biologiczne, psychologiczne, społecz-

³⁸ K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie...*, op. cit.

³⁹ Zob. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2005 roku oraz Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw.

⁴⁰ Zob. np. H. D. Sasal, *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, Warszawa 2005; I. Pospiszyl, *Przemoc...*, op. cit.; <www.cpk.home.pl>; <www.psychologia.edu.pl>; <www.niebieskaLinia.pl>; <www.fdn.pl>; <www.mpips.gov.pl>.

ne i środowiskowe. Powaga problemu oraz polityczna presja mobilizuje społeczeństwa do podejmowania racjonalnych rozwiązań. Istnieją pewne, wypracowane na drodze doświadczeń praktyki i badań naukowych nad zjawiskiem, standardy dotyczące kierunków i form działania.

Spółeczna konfrontacja ze zjawiskiem, dążąca do jego ograniczania, musi być wielowymiarowa i musi być organizowana na różnych poziomach: ogólnospółecznym, lokalnym i na poziomie konkretnej rodziny. W oparciu o pozytywne doświadczenia praktyki można wytyczyć kilka zasadniczych kierunków działań ograniczających zjawisko przemocy domowej. Należą do nich:

- osłabianie wpływu czynników ryzyka, które zwiększają indywidualne zagrożenie posługiwania się przemocą w rodzinie,
- rozwijanie bliskich więzi interpersonalnych i dążenie do tworzenia zdrowych, sprzyjających rodzinie warunków środowiskowych,
- dostarczanie profesjonalnej pomocy i wsparcia rodzinie w jej różnych dysfunkcjach,
- likwidowanie nierówności płci w sensie społeczny i kulturowy,
- zmiana lub kompensowanie czynników kulturowych, społecznych i ekonomicznych, które mają swój udział w przemoc domowej.

Z pewnością obszar działania w zakresie ograniczania przemocy domowej jest obecnie niezwykle dynamiczny. Choć wiele kwestii zostało już rozwiązanych, zwłaszcza w wymiarze prawnym i administracyjnym (przykładem czego jest uchwalona nowelizacja Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie), zdecydowanie więcej potrzeb dotyczy zmian mentalności i społecznej obyczajowości. Tu w oczekiwaniu na rezultaty podejmowanych już różnych wysiłków (głównie kampanii publicznych) trzeba uzbroić się w cierpliwość, zakładając jako czas dokonania się zmian perspektywę generacyjną.

Wybrana literatura

- Browne K., Herbert M., *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, tłum. M. Babiuch, Warszawa 1999.
- Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, pod red. T. Pilcha (t. II i t. IV), Warszawa 2003.
- Jaros E., *Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna*, Katowice 2008 (2009).
- Lipowska-Teutsch A., *Wychować wyleczyć wyzwolić*, Warszawa 1998.
- Mellibruda J., *Przeciwdziałanie przemocy domowej*, Warszawa 2009.
- Polanowski J., *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie. Prawo i praktyka*, Warszawa 2008.
- Przewodnik do realizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie*, Warszawa 2005.
- Sajkowska M. (red.), *Jak organizować lokalny system pomocy dzieciom krzywdzonym*, Warszawa 2002.
- Sasal H. D., *Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie*, Warszawa 2005.
- Stożek M., *Przemoc w rodzinie. Zapobieganie w świetle przepisów prawa*, Warszawa 2009.

POTRZEBA OCHRONY OFIAR HANDLU LUDŹMI

Rzecz o tym,
że mamy nowy zbiorowy obowiązek

Handel ludźmi jako skaza cywilizacyjna (zamiast wstępu)

Jeśli rozwój kulturowy i cywilizacyjny powinien oznaczać postęp, to handel ludźmi jest zaprzeczeniem tej prawidłowości. Jest to bowiem zjawisko, które z jednej strony cofa cały nowożytny świat do minionych, często odległych epok, a z drugiej strony, powinno być traktowane jak bolesna i wstydliva skaza na honorze współczesnej cywilizacji¹. To dlatego eliminowanie handlu ludźmi i minimalizowanie jego negatywnych skutków jest prawnym obowiązkiem państwa i moralnym obowiązkiem każdego człowieka, który mieni się świadomym członkiem społeczeństwa.

Handel ludźmi można zdefiniować na dwa sposoby. Najprościej można to uczynić poprzez przytoczenie treści przepisów aktów prawa krajowego i międzynarodowego, i tym samym wskazać na normatywny wymiar tego zjawiska. Ale można także rozważyć, czym jest handel ludźmi w swej istocie i dlaczego wymaga od nas tak zdecydowanej reakcji. Logicznym wydaje się rozpocząć od tego drugiego sposobu.

Kiedy analizuje się historię zmagania z handlem ludźmi i eliminowania go z życia społecznego, wyraźna jest pewna tendencja. Otóż na przełomie XIX i XX wieku niewolnictwo i handel kobietami traktowane były jako zagrożenie dla ładu migracyjnego, a także poważne naruszenie standardów moralności².

¹ E. B. Skinner, *Zbrodnia. Twarzą w twarz ze współczesnym niewolnictwem*, przekł. J. Konieczny, Kraków 2010, s. 15; E. Pearson, *Handel ludźmi a prawa człowieka. Nowe rozumienie ochrony ofiar*, Anti-Slavery International 2002.

² E. Pearson, *Historical Development of Trafficking – The Legal Framework for Anti-Trafficking Interventions*, (w:) *Challenging Trafficking in Persons. Theoretical Debate and Practical Approaches*, Baden-Baden 2005, s. 20 i n.

Z czasem politycy i eksperci dostrzegli w obrocie ludźmi element godny potępienia prawnego i w efekcie w ustawodawstwach krajowych zaczęły pojawiać się prawnokarny zakaz niewolnictwa i handlu kobietami. Wszelkie działania w tamtym czasie, tak na arenie międzynarodowej, jak i lokalnej, były podejmowane z punktu widzenia skutecznego zapobiegania przestępczości. Trzeba było upływu kolejnych kilku dekad, żeby dostrzeżona została także ofiara handlu ludźmi, z jej potrzebami i specyficzną sytuacją psychologiczną. Natomiast już całkiem współcześnie społeczność międzynarodowa dostrzegła w handlu ludźmi poważne naruszenie praw człowieka, a potem także naruszenie praw kobiet i dzieci³.

Już choćby ta niezwykle uproszczona perspektywa historyczna pozwala sądzić, że żeby w pełni zrozumieć istotę handlu ludźmi i właściwie opisać to zjawisko, trzeba patrzeć na nie z różnych punktów widzenia. Po pierwsze, handel ludźmi jest współczesną formą niewolnictwa. Można by sądzić, że skoro cywilizacja rozstała się z tym problemem ponad sto lat temu⁴, to nie ma już powrotu do zniewolenia w celu wykorzystania. Bo to, co jest w centrum niewolnictwa jako zjawiska społecznego, to właśnie zniewolenie człowieka i sprowadzenie go do poziomu rzeczy. Niewolnictwo i handel ludźmi widziane w tej perspektywie powinno być przedmiotem analiz historycznych i antropologicznych, dzięki którym możemy patrzeć na nie przez pryzmat kondycji ludzkiej, powszechnie akceptowanych zasad humanizmu i podmiotowego podejścia do człowieka⁵.

Druga perspektywa odnosi się do prawa karnego. Jego istotą jest to, że po osiągnięciu społecznej zgody co do wartości określa katalog zachowań niedopuszczalnych i zabronionych pod groźbą kary. W tym wymiarze prawo przesądza, że sprzedanie innego człowieka w celu wykorzystania go, niezależnie od tego, w jakich okolicznościach to następuje, jest sprzeczne z wartościami, na których fundowane są nowoczesne społeczeństwa. Akceptowanie go stanowiłoby zagrożenie dla ładu prawnego i społecznego. Miarą powagi takiego osądu jest fakt, że w świecie panuje niemal pełna zgoda, że takie zachowanie powinno być tzw. kwalifikowaną postacią przestępstwa, czyli zbrodnią i powinno być zagrożone surową karą. Tak jest również w Polsce⁶.

W trzeciej perspektywie akcentujemy element transgraniczny w handlu ludźmi. Chodzi w istocie o to, że immanentną cechą tego przestępstwa jest

³ E. Zielińska, *Handel ludźmi jako naruszenie praw kobiet*, (w:) Z. Lasocik (red.), *Handel ludźmi – zapobieganie i ściganie*, Warszawa 2006, s. 178.

⁴ B. Nowak, *Handel niewolnikami*, (w:) M. Tymowski (red.), *Historia Afryki. Do początku XIX wieku*, Wrocław – Warszawa – Kraków 1996, s. 1168 i n.

⁵ I. Biezuńska-Małowist, M. Małowist, *Niewolnictwo*, Warszawa 1987, *passim*.

⁶ R. Stefański, *Prawo karne materialne. Część szczególna*, Warszawa 2009, s. 429 i n.

przemieszczanie ludzi z jednego kraju do innego, tyle tylko, że najczęściej odbywa się to wbrew obowiązującym przepisom albo wbrew woli tych, którzy są przemieszczani⁷. W każdym z tych przypadków efekt jest taki, że ofiara handlu ludźmi znajduje się w granicach konkretnego państwa z naruszeniem lokalnego prawa. Wtedy zarówno przestępcy (dla swoich celów), jak i organy ścigania (dla swoich) skłonni są mówić, że taki człowiek jest „nielegalnym imigrantem”. I choć respekt dla obowiązujących norm regulujących kwestie graniczne jest naszą zbiorową powinnością, to jednak trudno zaakceptować fakt, że w odniesieniu do człowieka można zastosować określenie „nielegalny”.

I wreszcie czwarta, ostatnia perspektywa przenosi rozważania na obszar wyznaczony przez przyrodzoną godność ludzką, czyli obszar praw człowieka⁸. W tym wymiarze kluczem do opisu istoty handlu ludźmi jest zestawienie praw jednostki i skorelowanych z nimi obowiązków państwa. Jeśli bowiem urzeczowienie człowieka jest zaprzeczeniem wszelkich zasad nowoczesnej cywilizacji, w tym zasady humanizmu, jest uznane za najpoważniejsze przestępstwo zagrożone surową karą i prowadzi do zakwestionowania „legalności” człowieka, to obraz tego przestępstwa nie będzie pełny, jeśli nie powiemy, że jest także naruszeniem szeregu podstawowych praw przysługujących istocie ludzkiej. A skoro tak, to takie naruszenie nie może pozostać bez reakcji państwa⁹. Co więcej, państwo musi zareagować, bo korelatem praw jednostki są jego jasno określone obowiązki. Państwo, które nie reaguje albo toleruje lub bagatelizuje sprowadzanie człowieka do poziomu rzeczy, musi ponieść za to odpowiedzialność.

Czy prawna definicja handlu ludźmi wystarczy?

Skoro już określiliśmy istotę handlu ludźmi, trzeba powrócić do definicji legalnych. Są one niezbędne, bo wyznaczają zakres penalizacji określonych zachowań, ale także wskazują, co przez handel ludźmi rozumie prawodawca, działający przecież w naszym imieniu.

Prawnej definicji omawianego przestępstwa należy szukać w aktach prawa międzynarodowego i prawa krajowego. Warto jednak odnotować, że

⁷ N. Prasad, B. Rohner, *Undocumented migration. Labour Exploitation and Trafficking*, (w:) *Challenging Trafficking in Persons. Theoretical Debate and Practical Approaches*, Baden-Baden 2005, s. 39 i n.

⁸ Z. Lasocik, *Handel ludźmi jako przestępstwo i naruszenie praw człowieka – wyzwania dla kryminologii*, „Archiwum Kryminologii”, tom XXVIII, Warszawa 2007.

⁹ E. Pearson (oprac.), *Handel ludźmi a prawa człowieka. Nowe rozumienie ochrony ofiar*, Anti-Slavery International 2002.

najpierw powstawały one na arenie międzynarodowej, a następnie były przenoszone do ustawodawstwa wewnętrznego. Zresztą gdyby nie silna presja społeczności międzynarodowej, takie kwestie jak niewolnictwo, handel ludźmi i praca przymusowa w wielu krajach byłyby nadal tematami obecnymi, ale pomijanymi. Najbardziej popularna, powszechnie akceptowana i dość kompleksowa definicja handlu ludźmi została zawarta w art. 3 Protokołu o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi z 15 listopada 2000 roku¹⁰, uzupełniającego Konwencję Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej z dnia 15 listopada 2000 roku¹¹. W polskiej i obcej literaturze przedmiotu można spotkać się dość często z określeniem „Protokół z Palermo” albo „definicja z Palermo” (od miejsca, w którym ten dokument został podpisany).

Według tej definicji handel ludźmi to:

- werbowanie, transport, przekazywanie, przechowywanie lub przyjmowanie osób z zastosowaniem gróźb lub użyciem siły lub też z wykorzystaniem innej formy przymusu, uprowadzenia, oszustwa, wprowadzenia w błąd, nadużycia władzy lub wykorzystania słabości, wręczenia lub przyjęcia płatności lub korzyści dla uzyskania zgody osoby mającej kontrolę nad inną osobą, w celu wykorzystania;
- wykorzystanie obejmuje wykorzystanie prostytutki innych osób lub inne formy wykorzystania seksualnego, pracę lub usługi o charakterze przymusowym, niewolnictwo lub praktyki podobne do niewolnictwa, zniewolenie albo usunięcie narządów;
- zgoda ofiary handlu ludźmi na zamierzone wykorzystanie, o którym mowa wyżej, nie ma znaczenia, jeżeli posłużono się którąkolwiek z opisanych metod;
- werbowanie, transport, przekazywanie, przechowywanie lub przyjmowanie dziecka celem jego wykorzystania uznawane jest za handel ludźmi nawet wówczas, gdy nie obejmuje żadnej z metod, o której była mowa wyżej;
- w rozumieniu Protokołu dzieckiem jest osoba poniżej 18 roku życia.

W uzupełnieniu należy zwrócić uwagę na treść art. 4 tego dokumentu, w którym prawodawca międzynarodowy uzupełnił zaproponowaną definicję poprzez określenie zakresu stosowania Protokołu. Zatem z punktu widzenia opisu zjawiska handlu ludźmi ważne jest, że Protokół ma zastoso-

¹⁰ Protokół o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi z 15 listopada 2000 r. (Dz. U. Nr 18, 2005 r. poz. 160).

¹¹ Konwencja Narodów Zjednoczonych przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, z dnia 15 listopada 2000 r. (Dz. U. Nr 8, 2005 r. poz. 158).

wanie tylko wtedy, kiedy przestępstwo ma charakter międzynarodowy i zostało popełnione z udziałem zorganizowanej grupy przestępczej.

Ponieważ te dwa warunki ograniczały możliwość ścigania sprawców wielu przestępstw, w których tych elementów nie było, społeczność międzynarodowa podjęła próbę naprawienia sytuacji. Udało się to osiągnąć w Konwencji Rady Europy w sprawie działań przeciwko handlowi ludźmi z 2005 roku¹², która w art. 2 przesądza, że postanowienia tej Konwencji mają zastosowanie do wszystkich form handlu ludźmi, zarówno wewnątrz krajowego, jak i międzynarodowego, a także związanego albo niezwiązanego z przestępczością zorganizowaną. W ten sposób definicja handlu ludźmi została znacznie poszerzona, a dzięki temu po przeniesieniu jej do prawa krajowego stworzyła organom ścigania szanse na skuteczniejsze poszukiwanie sprawców.

Jedynie na marginesie warto odnotować, że niemal identyczne jak omówiona są definicje zawarte w art. 1 Decyzji Ramowej Rady Unii Europejskiej z 19 lipca 2002 roku w sprawie zwalczania handlu ludźmi¹³ oraz w art. 2 Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/36/UE z 5 kwietnia 2011 roku w sprawie zapobiegania handlowi ludźmi i 2002/629/WSiSW z 19 lipca 2002 roku¹⁴ (będzie o niej jeszcze mowa). Między tymi definicjami są różnice, ale wydaje się, że dla głównego wątku rozważań jest to kwestia raczej bez znaczenia. Ważne jest to, że obydwie te definicje są w Polsce definicjami legalnymi, ponieważ Protokół z Palermo jest częścią krajowego porządku prawnego na mocy art. 91 Konstytucji RP, a drugi akt jest częścią prawa unijnego.

Kwestia prawnej definicji handlu ludźmi na gruncie prawa polskiego jest nieco bardziej skomplikowana, a to za sprawą wchodzącej właśnie w życie nowelizacji prawa karnego¹⁵. W obowiązującym obecnie Kodeksie karnym do niedawna był art. 253 o następującej treści: „Kto uprawia handel ludźmi, nawet za ich zgodą, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3”. Jednocześnie istniał art. 204 § 4, w którym ustawodawca postanowił, że odpowiedzialności karnej podlega ten, kto zwabia lub uprowadza inną osobę w celu uprawiania prostytucji za granicą. Oprócz tego, w odrębnym akcie prawnym, tzn. w ustawie Przepisy wprowadzające Kodeks kar-

¹² Konwencja została otwarta do podpisu 16 maja 2005 roku w Warszawie (Dz. U. Nr 20, 2009 r., poz. 107).

¹³ Decyzja Ramowa Rady nr 2002/629/WSiSW z 19 lipca 2002 r. w sprawie zwalczania handlu ludźmi (Dz. U. WE L 203 z 1 sierpnia 2002 r.).

¹⁴ Dz. U. L 101/1 z 15 kwietnia 2011 r.

¹⁵ Ustawa z 20 maja 2010 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy o Policji, ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny oraz ustawy – Kodeks postępowania karnego, która weszła w życie 8 września 2010 roku (Dz. U. Nr 98, 2010 r., poz. 626).

ny, znajdowały się art. 8, który stanowił: „Kto powoduje oddanie innej osoby w stan niewolnictwa albo uprawia handel niewolnikami, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3”. Te trzy przepisy traktowane łącznie stanowiły podstawę prawną karania za niewolnictwo i handel ludźmi. Nie było to rozwiązanie wolne od wad, ale nie czas i miejsce na pogłębianie tego wątku. Dość powiedzieć, że wzajemne relacje tych przepisów i ich zakresy (głównie chodziło o art. 253 k.k. i art. 204 § 4) budziły wątpliwości i kontrowersje. Jednym z problemów było także to, że w żadnym z nich nie było definicji jako takiej, a zdaniem licznych praktyków jej obecność pomogłaby organom ścigania i sądom skuteczniej reagować na przypadki handlu ludźmi.

Próbą rozwiązania zasygnalizowanych problemów jest wskazana wcześniej nowelizacja Kodeksu karnego z 20 maja 2010 roku. Na mocy przepisów tej ustawy do polskiego prawa karnego została wprowadzona definicja handlu ludźmi, a także poważnej zmianie uległa redakcja i lokalizacja poszczególnych przepisów penalizujących handel ludźmi.

Jeśli chodzi o definicję, to składa się ona niejako z dwóch części: pierwsza dotyczy handlu ludźmi *per se*, a druga odrębnie potraktowanego zjawiska niewolnictwa. Obydwie zostały dodane jako § 22 i § 23 do art. 115 k.k., w którym zawarte są określenia wyrażeń ustawowych.

Zgodnie z obecną treścią art. 115 § 22 handlem ludźmi jest werbowanie, transport, dostarczanie, przekazywanie, przechowywanie lub przyjmowanie osoby z zastosowaniem: „przemocy lub groźby bezprawnej, uprowadzenia, podstępny, wprowadzenia w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, nadużycia stosunku zależności, wykorzystania krytycznego położenia lub stanu bezradności, udzielenia albo przyjęcia korzyści majątkowej lub osobistej albo jej obietnicy osobie sprawującej opiekę lub nadzór nad inną osobą, w celu jej wykorzystania, nawet za jej zgodą, w szczególności w prostytucji, pornografii lub innych formach seksualnego wykorzystania, w pracy lub usługach o charakterze przymusowym, w żebractwie, w niewolnictwie lub innych formach wykorzystania poniżających godność człowieka albo w celu pozyskania komórek, tkanek lub narządów wbrew przepisom ustawy”.

Jeżeli zachowanie sprawcy dotyczy małoletniego, stanowi ono handel ludźmi, nawet gdy nie zostały użyte metody lub środki wymienione wcześniej.

Natomiast według § 23 tego samego przepisu niewolnictwo to stan zależności, w którym człowiek jest traktowany jak przedmiot własności.

Oprócz tego, na mocy przepisów nowelizujących kodeks karny, uchylone zostały cytowane wcześniej przepisy art. 204 § 4 oraz art. 253. Natomiast po art. 189 k.k. dodany został art. 189a, składający się z dwóch paragrafów. I tak § 1 stanowi: „Kto dopuszcza się handlu ludźmi, podlega karze pozba-

wienia wolności na czas nie krótszy od lat 3", natomiast w § 2 czytamy: „Kto czyni przygotowania do popełnienia przestępstwa określonego w § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

Jak zatem łatwo zauważyć, dość zasadniczo zmieniła się redakcja podstawowego przepisu, bowiem słowo „uprawia” zostało zastąpione słowem „dopuszcza się”, a także nie ma już odniesienia do zgody ofiary, bo o tym jest mowa w definicji. Oprócz tego karane jest także przygotowanie do popełnienia omawianego przestępstwa.

Zmieniło się też umiejscowienie regulacji dotyczących handlu ludźmi w systematyce Kodeksu karnego. Wcześniej art. 253 k.k. znajdował się w rozdziale XXXII pt. Przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu, natomiast art. 204 § 4 w rozdziale XXV pt. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Obecnie art. 189a, niejako łączący te dwa przepisy, znajduje się w rozdziale XXIII pt. Przestępstwa przeciwko wolności.

Odrębnej regulacji podlega także kwestia adopcji, która poprzednio była uregulowana w § 2 art. 253 k.k., a obecnie znajduje się w odrębnym artykule 211a, który brzmi: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, zajmuje się organizowaniem adopcji dzieci wbrew przepisom ustawy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Przepis ten został obecnie umieszczony w rozdziale XXVI Kodeksu karnego pt. Przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece.

Zmianie uległa też treść art. 8 ustawy Przepisy wprowadzające Kodeks karny. W obecnej redakcji przepis tego artykułu brzmi: „Kto powoduje oddanie osoby w stan niewolnictwa lub utrzymuje ją w tym stanie albo uprawia handel niewolnikami, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3”.

Czym jest handel ludźmi jako zjawisko społeczne i kryminologiczne?

Zaprezentowane i omówione regulacje prawne zawierające definicje handlu ludźmi mają charakter normatywny. Jako takie powinny być traktowane jedynie jako punkt wyjścia do stworzenia pełnego fenomenologicznego obrazu tego zjawiska. Gdyby natomiast spojrzeć na handel ludźmi z tego punktu widzenia, to jest to specyficzny ciąg zdarzeń, w którym pierwszym etapem jest zawsze typowanie ofiary i rozpoznanie jej sytuacji rodzinnej i życiowej, potem następuje werbunek, przy zastosowaniu różnorodnych metod, następnie przyszła ofiara jest transferowana w określone miejsce, już za granicą jest poddawana zastraszaniu w celu przejęcia kontroli nad jej postępowaniem, po osiągnięciu pełnego podporządkowania ofiary jest ona

wykorzystywana. Jak zatem widać, kluczem do zrozumienia istoty handlu ludźmi są dwa elementy: pierwszy to kontrola zachowania innej osoby, a drugi to świadome jej wykorzystanie. Należy zwrócić uwagę, że intensywność tej kontroli jest tak wysoka, że osiąga poziom zniewolenia, i to dlatego wykorzystanie przestaje być tylko czerpaniem korzyści, a przeradza się w relację między ludźmi, której istotą jest uprzedmiotowienie innego człowieka. W każdej z zaprezentowanych definicji wyraźne są te właśnie trzy elementy. Pierwszy to wszystko to, co odnosi się do działań sprawcy wobec ofiary, drugi to metody, dzięki którym sprawca doprowadza do zniewolenia ofiary i trzeci to określenie, jakiemu celowi ma służyć to zniewolenie.

Najwięcej uwagi trzeba poświęcić temu ostatniemu elementowi. Nie mamy bowiem większych problemów z objaśnieniem, co rozumiemy przez werbowanie czy przetrzymywanie człowieka. Oczywiście inwencja ludzka jest nieograniczona i te sposoby werbowania mogą być coraz bardziej wyrafinowane¹⁶, a warunki „przechowywania” ludzi mogą być gorsze lub lepsze, nie mniej jednak oznaczenie istoty wymienionych zachowań jest stosunkowo łatwe.

Podobnie z metodami zniewolenia. Sprawcy przestępstw wymyślają coraz to nowe sposoby zastraszania i nie wahają się przed zastosowaniem nawet najbardziej drastycznych mechanizmów nacisku, łącznie z pokazaniem ofierze zdjęcia jej nieletniej córki w towarzystwie nagiego dorosłego mężczyzny. Każde takie działanie musi być skuteczne i musi prowadzić do pełnego podporządkowania ofiary woli sprawców, bo istotą handlu ludźmi jest całkowite zniewolenie zastosowane w określonym celu. Przetrzymywanie człowieka, nawet w najgorszych warunkach, pozostaje „tylko” pozbawieniem wolności, a zatem zachowaniem nagannym, czasem nieludzkim. Takie zachowania, jak wprowadzenie w błąd czy pobicie innej osoby, nawet dotkliwie, czy wreszcie zgwałcenie kobiety, pozostają „tylko” zachowaniami napiętnowanymi społecznie, w większości także kryminalnymi. Ale dopiero dodanie tego trzeciego elementu, czyli celu, jakim jest wykorzystanie, zmienia charakter tych czynów. Stają się one częścią zjawiska określanego mianem handlu ludźmi, a z prawnego punktu widzenia stają się elementem zbrodni, jaką jest handel ludźmi. Sprawca, który zwerbował kobietę do pracy w domu publicznym poprzez wprowadzenie jej w błąd, twierdząc, że będzie opiekunką do dzieci, nie może się bronić, że nie miał nic wspólnego z handlem ludźmi, bo tylko zachęcił określoną osobę do wyjazdu za granicę. Definicja nie pozostawia w tym zakresie żadnych wątpliwości, co więcej –

¹⁶ Często podawana jako przykład jest metoda określana jako *lover boy*, polegająca na tym, że młodzi przystojni mężczyźni rozkochują w sobie dziewczęta, następnie proponują im interesującą podróż za granicę i tam przekazują handlarzom.

nowe przepisy polskiego prawa karnego pozwalają karać za samo przygotowanie do popełnienia przestępstwa handlu ludźmi¹⁷.

To dlatego cel wykorzystania jest tak ważny i trzeba temu zagadnieniu poświęcić chwilę uwagi. Każdy, kto choćby potencjalnie może zetknąć się z handlem ludźmi, musi być świadom, w jakich formach występuje to skomplikowane zjawisko społeczne.

Aby nie wchodzić nadmiernie w szczegóły, można powiedzieć, że zniewolenie może prowadzić do następujących sposobów wykorzystania człowieka:

- komercyjna i niekomercyjna eksploatacja seksualna,
- przymusowe małżeństwo, np. za długi,
- prostytutka dziecięca,
- pornografia dziecięca,
- wykorzystanie do pracy przymusowej lub przymusowych usług,
- eksploatacja o charakterze niewolniczym oraz praktyki zbliżone do niewolnictwa,
- wykorzystanie do popełniania przestępstw,
- zmuszanie do żebrania,
- przymusowy udział w konfliktach zbrojnych,
- usuwanie narządów i tkanek na potrzeby handlowe,
- przymusowe wykorzystanie kobiety jako „surogatki” w procesie prokreacji,
- naruszenie praw dziecka poprzez złamanie przepisów dotyczących adopcji,
- zmuszanie do innych zachowań, które z istoty rzeczy są poważnymi naruszeniami praw człowieka.

Rzecz jasna przedstawiona lista sposobów wykorzystania człowieka zniewolonego nie jest zamknięta. Ludzka kreatywność sprawi, że pojawią się nowe zjawiska. Zresztą, przedstawiony katalog obejmuje tylko takie sytuacje, które bezspornie można uznać za handel ludźmi, natomiast nie ma tu takich zdarzeń, których zaliczenie mogłoby podlegać debacie. Przykładem są małżeństwa bogatych mężczyzn z krajów rozwiniętych z młodymi imigrantkami z krajów biednych i zacofanych. Często takie kobiety, pochodzące z rejonów odległych kulturowo i społecznie od miejsca pobytu, przez lata pozbawione są kontaktów społecznych i nie rozwijają się, a ich rola ogranicza się do zaspokajania potrzeb seksualnych partnera. Trudne jest także rozstrzygnięcie czy dziecko, które wprawdzie zostało sprzedane, ale ze złych warunków trafia do normalnego domu, powinno być traktowane jak ofiara handlu ludźmi czy jego beneficjent?

¹⁷ Art. 189a § 2 k.k.

Nawet pobieżna analiza przedstawionej listy sposobów wykorzystania człowieka pozwala sformułować wniosek, że handel ludźmi jest zjawiskiem, w którym płeć i wiek ofiar odgrywają istotną rolę. Z punktu widzenia celu tej publikacji i jej adresatów jest to ważne ustalenie, bo kieruje naszą uwagę ku tym, którzy są potencjalnymi beneficjentami jakiegokolwiek pomocy oferowanej przez instytucje publiczne. Z tego względu warto rozważyć, dlaczego to właśnie kobiety i dzieci padają najczęściej ofiarami handlu ludźmi? Odpowiedź zawarta jest w samym zjawisku. Skoro bowiem jego istotą jest zniewolenie, czyli doprowadzenie do pełnej zależności psychicznej i fizycznej, to jest oczywiste, że łatwiej jest zniewolić kogoś słabego niż silnego. Kobiety i dzieci to takie kategorie społeczne, których słabość nie podlega dyskusji. W przypadku kobiet nakładają się tu liczne czynniki, warto wymienić choćby najważniejsze: słabsza niż u mężczyzn konstrukcja fizyczna, specyficzny typ socjalizacji, upośledzenie społeczne i ekonomiczne, zamknięcie w kręgu rodziny czy ograniczony dostęp do sprawiedliwości¹⁸. Jeśli chodzi o dzieci, to w ich przypadku rzeczą najważniejszą jest zupełna zależność od dorosłych i naturalne zaufanie okazywane dorosłemu. Jest tak szczególnie w odniesieniu do członków rodziny, a przecież to właśnie bliscy dziecka często są sprawcami przestępstwa, którego pada ono ofiarą¹⁹.

To wszystko, co zostało powiedziane wyżej nie oznacza, że ofiarami handlu ludźmi są tylko kobiety i dzieci. Są nimi również mężczyźni, ale w znacznie mniejszej skali. Wynika to z powodów dwojakiej natury. Po pierwsze, gdyby brać pod uwagę cel handlu ludźmi, czyli wykorzystanie ofiary, to ciało kobiety i ciało dziecka stanowi znacznie większą wartość jako towar niż ciało mężczyzny. Kobieta jest „atrakcyjnym towarem” w seksbiznesie, w pracy domowej, w wykonywaniu precyzyjnych operacji manualnych, może być ekwiwalentem długu i przymusową partnerką życiową. Dziecko podobnie: jest bardzo atrakcyjnym towarem na rynku usług pedofilskich, jest niezastąpione w zebraniu, w popełnianiu niektórych przestępstw czy w wykonywaniu czynności wymagających małych dłoni, ale potrafi być także bezwzględny żołnierzem. Mężczyzna pod tym względem ma znacznie mniej walorów. Na rynku liczy się głównie siła jego mięśni, może być wykorzystany w warunkach wojennych, a także może być dawcą narządów i tkanek.

W drugiej grupie powodów dominacji kobiet i dzieci na rynku handlu ludźmi znajduje się wszystko to, co wiąże się z podatnością na zniewolenie.

¹⁸ *Christian Action and Networking Against Trafficking: Action oriented guide for awareness-raising and social assistance Volume III: trafficking in human beings – new challenges, new partnerships*, Bruksela 2007, CCME, s. 16 i n.

¹⁹ Z. Lasocik, M. Koss, Ł. Wieczorek (red.), *Handel dziećmi. Wybrane problemy*, Warszawa 2007, passim.

W równym stopniu chodzi o czynniki mentalne, jak i fizyczne. Kobiety, szczególnie te, które padają ofiarami handlu ludźmi, czyli młode i słabo wykształcone, są często naiwne i ufne, demonstrując przy tym skłonność do zachowań ryzykownych. Z drugiej strony presja sytuacji rodzinnej i chęć zagwarantowania dobrych warunków życia dzieciom sprawiają, że nawet starsze kobiety podejmują ryzyko zdobycia środków finansowych za granicą. Jeśli chodzi o dzieci, to tu sytuacja jest oczywista, dzieci są w pełni zależne od dorosłych i ufają im. Jeśli jeszcze w przestępstwie uczestniczą członkowie rodziny lub znajomi rodziców, to zniewolenie dziecka jest niejako naturalne. Wreszcie ostatni element to czynnik czysto fizyczny. Znacznie łatwiej zniewolić kobietę czy dziecko niż mężczyznę, szczególnie że sprawcami znakomitej większości przestępstw handlu ludźmi są właśnie mężczyźni, i to członkowie zorganizowanych grup przestępczych. Najskuteczniejszym sposobem podporządkowania kobiety jest brutalny gwałt oraz groźba skierowana pod adresem najbliższych, najczęściej młodszego rodzeństwa lub dzieci.

O ofierze handlu ludźmi

Sytuacja psychologiczna i społeczna ofiary handlu ludźmi jest bardzo skomplikowana ze względu na wielość źródeł lęków i negatywnych emocji towarzyszących takiej osobie. W życiu każdego człowieka są sytuacje, którym towarzyszy silna trauma. Może to być efekt bycia ofiarą poważnego przestępstwa, np. gwałtu, albo skutek działania czynników naturalnych, np. utraty dorobku całego życia na skutek klęski żywiołowej. Jednak uprawnione wydaje się twierdzenie, że nie ma drugiej takiej sytuacji, w której stan emocjonalny ofiary byłby podobny do tego, czego doświadcza ofiara handlu ludźmi. Najważniejsze składniki stanu psychicznego takiej osoby są następujące:

- poczucie krzywdy w związku z wprowadzeniem w błąd i wykorzystaniem,
- traumatyczne przeżycia związane z fizycznym wykorzystaniem, często wielokrotnym, prowadzącym do PTSD, czyli zespołu stresu pourazowego,
- strach i poczucie zagrożenia ze strony sprawców przestępstwa, najczęściej członków zorganizowanych grup przestępczych,
- strach i poczucie zagrożenia ze strony instytucji państwowych, szczególnie w sytuacji, kiedy ofiara nielegalnie przebywała na terytorium państwa, jeśli uczestniczyła w działalności przestępczej, np. rozprowadzała narkotyki, albo jest zarażona chorobą zakaźną i mogła narazić kogoś na utratę zdrowia,

- w przypadku kobiety jest to wstyd wynikający z faktu, że była prostytutką lub że była wielokrotnie zgwałcona, a w przypadku mężczyzny jest to wstyd spowodowany tym, że był wykorzystywany do pracy przymusowej,
- źródłem wstydu może być także własna nieudolność ofiary,
- lęk o najbliższych, rozumiany jako rzeczywiste zagrożenie dla ich bezpieczeństwa ze strony przestępców,
- zespół negatywnych emocji związanych ze statusem ofiary przestępstwa i osoby objętej pomocą, takich jak utrata autonomii i podmiotowości.

Do tego skomplikowanego obrazu psychiki ofiary trzeba dodać kontekst społeczny sytuacji. Ciągłe jeszcze części społeczeństwa handel ludźmi kojarzy się z prostytutką, a to skutkuje nie zawsze pozytywnym nastawieniem do takich osób²⁰. Z drugiej strony ciągle trzeba pamiętać, że ofiary handlu ludźmi nie są tylko ofiarami, często są także „sprawcami” różnych przestępstw, takich jak: nielegalne przekroczenie granicy, posługiwanie się fałszywym paszportem, rozprowadzanie narkotyków czy drobne kradzieże na szkodę klientów. To, że do ich popełniania były zmuszane, nie ma znaczenia dla ich samopoczucia – oczekują, że organy ścigania wcześniej czy później zajmą się tymi sprawami.

Inny aspekt to oczekiwania wymiaru sprawiedliwości. Ponieważ handel ludźmi ciągle nie jest zaliczany do priorytetów w pracy operacyjnej policji, rola ofiary w ściganiu sprawców przestępstw jest kluczowa²¹. Policja i prokuratura oczekują, że ofiara będzie współpracowała z tymi instytucjami na tyle skutecznie, że będzie można sprawców postawić przed sądem. Jednak ofiara musi zapłacić cenę tej współpracy. Po pierwsze dlatego, że musi opowiedzieć o wszystkim, co ją spotkało, a tym samym po raz kolejny przejść przez przeżyty traumę, a po wtóre, zeznając przeciwko przestępcom, naraża się na zemstę z ich strony.

Każdy, kto profesjonalnie zetknie się z handlem ludźmi, musi być świadom, że istnieje drugie podobne zjawisko, a mianowicie przemyt ludzi. Nigdy dość podkreślenia, że nie są to zjawiska tożsame, a lista różnic między nimi jest stosunkowo długa²². Tu trzeba wskazać tylko te najważniejsze: 1) istotą handlu ludźmi jest zniewolenie niegodnymi metodami i wykorzystanie, podczas gdy przemytnik i przemycający to „partnerzy w biznesie”, polegającym na dostarczeniu określonej osoby, w określone miejsce, za

²⁰ Polacy o zjawisku handlu kobietami. Badania CBOS, BS/8/2005, Warszawa 2005.

²¹ Z. Lasocik, *Handel ludźmi jako przestępstwo...*, op. cit., s. 245.

²² Z. Lasocik, *Handel ludźmi – aspekty społeczne i prawne*, „Studia Socjologiczne” nr 4 (187), 2007, s. 41; a także: *The Crime of Human Trafficking: A Law Enforcement Guide to Identification and Investigation*, International Association of Chiefs of Police, b.d. i m.w., s. 4.

określoną kwotę; 2) handel ludźmi jest przestępstwem skierowanym przeciwko konkretnemu człowiekowi i jego najważniejszym prawom, natomiast przemyt ludzi jest naruszeniem przepisów regulujących ruch graniczny; 3) w handlu ludźmi „właściwa” relacja pomiędzy sprawcą a ofiarą zaczyna się po przekroczeniu granicy, a w przypadku przemytu pokonanie granicy oznacza, iż jakiegokolwiek relacje między przemytcą a przemytnikiem się kończą. To, że między opisanymi zjawiskami są różnice, nie znaczy, że są one izolowane. Przeciwnie, obserwacja zjawisk kryminalnych skłania ku twierdzeniu, że coraz częściej przemyt przeradza się w handel ludźmi, szczególnie kiedy przemytanci nie mają dość pieniędzy, żeby zapłacić za wykonaną usługę – wtedy popadają w zależność o charakterze zniewolenia.

Stwierdzamy, że handel ludźmi istnieje, a co z ofiarą?

Przytaczam ten dość szczegółowy opis zjawiska handlu ludźmi nie po to, żeby robić wrażenie czy epatować grozą. Uważam, że ta wiedza jest nam wszystkim niezbędna choćby dlatego, że w charakterze tego specyficznego zjawiska leży odpowiedź na pytanie, dlaczego tak trudno zbudować dobry i efektywny system pomocy ofiarom handlu ludźmi. Musi on uwzględniać wiele czynników i okoliczności, a najważniejsze wśród nich to szczególnie skomplikowana sytuacja ofiary, sposób działania sprawców, powiązanie zjawiska z przestępczością zorganizowaną i brak instrumentów pomocy po stronie organów ścigania. To nie znaczy jednak, że zbudowanie takiego systemu nie jest możliwe – oczywiście jest i należy do tego dążyć.

Odwołując się po raz kolejny do celu niniejszej publikacji i ewentualnych zadań stojących przed Czytelnikami tego tomu, warto podjąć próbę stworzenia zarysu modelu pomocy ofierze handlu ludźmi. Oczywiście trzeba mieć świadomość, że nie jest to „produkt”, który można wprost zastosować w praktyce, choć byłaby to sytuacja pożądana. Jednak znając realia, zakładam, że z jednej strony jest to raczej wzór czy „typ idealny”, do którego należy dążyć, a z drugiej, że jest to także rezerwuar pomysłów i możliwych działań, z którego trzeba czerpać w takim zakresie, w jakim jest to możliwe i konieczne w określonych okolicznościach.

Trudności w budowaniu optymalnego systemu pomocy ofiarom handlu ludźmi mają charakter subiektywny, kiedy odnoszą się do specyfiki ofiary, ale także obiektywny, i są to te czynniki, które są związane z samym przestępstwem handlu ludźmi, z wolą państwa i otwartością społeczeństwa. Najważniejszym czynnikiem obiektywnym jest skala zjawiska i status konkretnego kraju. Z tego ostatniego punktu widzenia wyróżnia się kraje po-

chodzenia, kraje docelowe i kraje tranzytowe. Nazwy wyjaśniają wszystko: kraj pochodzenia to oczywiście kraj, z którego pochodzi ofiara i w którym z reguły została zwerbowana; kraj docelowy to miejsce, do którego zmierza ofiara albo do którego już dotarła; wreszcie kraj tranzytowy to jest kraj, przez który ofiara tylko przejeżdża, przy czym czasem może tam przebywać dłużej niż wynikałoby to tylko z potrzeb logistycznych²³.

Jeśli kraj pochodzenia buduje system wsparcia ofiar handlu ludźmi, to jest on nastawiony tylko na ofiary powracające z innych krajów, bo tylko z takimi będzie miał do czynienia. Co innego kraj docelowy, a także kraj tranzytowy (o ile taki w czystej postaci istnieje), w obydwu tych przypadkach władze muszą tak konstruować system, aby objąć nim jak najwięcej ofiar ujawnionych na terytorium tego kraju i to najczęściej cudzoziemców.

Polska jest jednym z niewielu krajów, który pełni wszystkie opisane role – jest krajem pochodzenia ofiar transferowanych do Europy Zachodniej, a także do Stanów Zjednoczonych, jest krajem docelowym dla ofiar pochodzących ze Wschodu, również Dalekiego Wschodu, a także jest krajem tranzytowym dla ofiar transferowanych ze Wschodu do Europy Zachodniej i dalej. To stawia przed wszystkimi służbami państwowymi, a szczególnie przed organami ścigania, instytucjami pomocowymi i organizacjami pozarządowymi szczególnie trudne zadania.

Jeśli system pomocy ofierze handlu ludźmi chcielibyśmy uznać za dobry i efektywny, to powinien on zawierać następujące elementy:

- bezpieczne schronienie dla ofiary,
- odzież i wyżywienie,
- wsparcie językowe, tłumaczenie,
- pomoc medyczną pierwszej potrzeby,
- stałą opiekę medyczną, w tym sanitarną,
- terapię uzależnień (o ile jest taka potrzeba)
- opiekę psychologiczną,
- pomoc socjalną,
- opiekę religijną lub duchową,
- pomoc prawną,
- asystę w czasie czynności urzędowych, w tych procesowych,
- pomoc finansową,
- umożliwienie kontaktu z innymi instytucjami,
- legalizację pobytu,
- kontakt z rodziną,
- podstawową edukację (o ile jest taka potrzeba),

²³ B. Perrin, *Just passing through? International Obligations and Policies of Transit Countries in Combating Trafficking in persons*, „European Journal of Criminology” Vol. 7 N. 1, 2010, s. 11–27.

- szkolenie zawodowe i wejście na rynek pracy,
- reintegrację społeczną i powrót do kraju pochodzenia.

To jest katalog elementów, które powinny się znaleźć w systemie, który aspirowałby do bycia kompletnym. Jednak to nie wystarczy, bo do zbudowania systemu konieczne jest spoiwo, które te luźne elementy połączy w sprawną całość. Tym spoiwem są zasady, na których musi opierać się pomoc świadczona ofiarom handlu ludźmi. Najprościej można je określić tak:

- 1) najważniejsze jest bezpieczeństwo ofiary handlu ludźmi: należy uwzględnić fakt, że zasadnicza część handlu ludźmi jest kontrolowana przez zorganizowane grupy przestępcze,
- 2) zakres odpowiedzialności podmiotów uczestniczących w procesie udzielania opieki ofierze handlu ludźmi musi być jasno określony,
- 3) podejście do ofiary jest pozbawione ocen: osoba pomagająca ofierze musi kierować się nakazem respektu dla godności ludzkiej, nie może brać pod uwagę faktu, że ma do czynienia np. z byłą prostytutką, która nadużywała narkotyków i dwukrotnie usunęła ciążę,
- 4) najwyższy poziom profesjonalizmu: przejawia się w tym, że personel jest profesjonalnie przygotowany do świadczenia pomocy, a w tym zakresie jest świadom, że działanie na rzecz ofiary handlu ludźmi ma charakter poufny, że pomoc takiej osobie może być niebezpieczna i że musi mieć charakter stały,
- 5) podejście interdyscyplinarne i multiinstytucjonalne: przejawia się w tym, że w pomocy na rzecz ofiary handlu ludźmi biorą udział liczne instytucje i organizacje pozarządowe, proces rozpoczyna się od dokładnej diagnozy potrzeb, poprzez zbiorowe opracowanie programu pomocy i rzeczywistą pomoc uwzględniającą skomplikowaną sytuację ofiary,
- 6) pełna odpowiedzialność państwa i samorządów lokalnych za finansowanie pomocy ofiarom handlu ludźmi.

Niemal wszyscy możemy zidentyfikować ofiarę handlu ludźmi

Chociaż brzmi to prowokacyjnie, to jednak żaden system wsparcia ofiar handlu ludźmi nie będzie działał dobrze, jeśli nie będzie miał „klientów”. Oczywiście wszyscy chcielibyśmy, żeby takich ofiar nie było, a systemy wsparcia były zbędne, ale tak nie jest, dlatego uznając istnienie ofiar, oczekujemy, że systemy będą sprawne. Nawet elementarna wiedza na temat zjawisk społecznych podpowiada, że rodzice nie wiedzą o wielu złych czynkach swoich dzieci, a organy ścigania nie wiedzą o wszystkich popeł-

nionych przestępstwach. Jest tak dlatego, że fakt naruszenia reguł nie został ujawniony, a do takiej sytuacji najczęściej dochodzi wtedy, kiedy nikt nie widział zdarzenia albo wtedy, kiedy ofiara naruszenia nie złożyła stosownego zawiadomienia. Jeśli chodzi o przestępczość, to te czyny, o których nie wiemy, zwykło się w kryminologii określać mianem „ciemnej liczby”. Przestępstwo handlu ludźmi jest jednym z tych przestępstw, które charakteryzują się najwyższą ciemną liczbą. Wśród ekspertów i badaczy panuje zgoda co do tego, że to, co widzimy, to tylko wierzchołek góry lodowej. To zaś oznacza, że obok nas mają miejsce przestępstwa handlu ludźmi, ale nie jesteśmy ich świadomi. Dzieje się tak dlatego, że najsłabszym elementem w eliminowaniu tego przestępstwa z życia społecznego jest identyfikacja ofiar.

Z oczywistych powodów to zadanie powinno spoczywać na organach ścigania, ale biorąc pod uwagę specyfikę przestępstwa handlu ludźmi, trzeba je rozciągnąć także na wszystkie służby społeczne²⁴. Niemal każdy, kto w swojej pracy kontaktuje się z ludźmi, ma potencjalną możliwość zetknięcia się z ofiarą handlu ludźmi. A jeśli zna specyfikę tego przestępstwa i wskaźniki, które świadczą o jego popełnieniu ma także realną możliwość zidentyfikowania takiej ofiary. Punktem wyjścia są jednak podstawowe kwestie, których każdy funkcjonariusz publiczny musi być świadom:

1. Co to znaczy zidentyfikować ofiarę handlu ludźmi? To znaczy odczytać i właściwie zinterpretować zaobserwowane fakty. Aby zilustrować tę myśl warto wrócić do czasów, kiedy w Polsce rozpoczynała się walka z narkomanią. To wtedy eksperci instruowali, że uczeń przysypiający na lekcji powinien zwrócić uwagę nauczyciela, że dziecko, które traci apetyt powinno zwrócić uwagę rodziców, a pacjent z licznymi nakłuciami na ramionach i stopach powinien zwrócić uwagę lekarza. Z handlem ludźmi jest podobnie, pracownicy socjalni powinni nauczyć się symptomów bycia ofiarą handlu ludźmi lub pracy przymusowej i mieć oczy szeroko otwarte.

2. Po co identyfikować taką ofiarę? Po to, żeby wyrwać ją ze stanu zależności, która narusza jej prawa człowieka, żeby zaoferować jej pomoc oraz po to, żeby ścigać sprawców przestępstwa.

3. W czyim interesie następuje taka identyfikacja? Rzecz jasna w interesie ofiary, jednak liczne są sytuacje, kiedy ofiara jest w tak głębokiej zależności spowodowanej np. groźbami pod adresem najbliższych, że nie chce być zidentyfikowana i nie chce, żeby sprawcy zostali pociągnięci do odpowiedzialności. Identyfikacja ofiary następuje także w interesie państwa prawa, które musi reagować na przestępstwa i tak poważne naruszanie praw człowieka.

²⁴ I. Dawid-Olczyk, *Identyfikacja ofiar handlu ludźmi*, (w:) *Kompleksowy system wsparcia i szkoleń zawodowych przygotowujących ofiary handlu ludźmi do aktywnego wejścia na rynek pracy*, Warszawa 2008, s. 18 i n.

4. Kto powinien identyfikować ofiary handlu ludźmi? Naturalnym adresem nakazu identyfikacji są organy ścigania, jednak mogą i powinny to robić szkoły, placówki opiekuńcze, biura pośrednictwa pracy, przychodnie, a nawet firmy transportowe.

5. Jak zidentyfikować ofiarę handlu ludźmi? Mechanizm jest taki sam, jak w przypadku każdego innego zjawiska. Trzeba poznać naturę zjawiska, zestawić jak najwięcej wskaźników i obserwować, czy nie pojawiają się w życiu społecznym.

Tytułem przykładu można wskazać na kilka takich sytuacji, które są typowe, a jednocześnie zestawienie prostych informacji może służyć zidentyfikowaniu ofiary handlu ludźmi. Sytuacja pierwsza: młoda kobieta, cudzoziemka, z obrażeniami krocza została przywieziona do szpitala przez dwóch młodych mężczyzn; strój kobiety i okoliczności wskazują na to, że może to być prostytutka; jeśli dzięki kilku prostym pytaniom można ustalić, że ktoś inny zaaranżował jej podróż do Polski, włączając w to załatwienie paszportu i wizy, można przypuszczać, że ta kobieta jest ofiarą handlu ludźmi. Sytuacja druga: do niewielkiego lokalnego sklepu przyszła Ukrainka, o której sprzedawczyni wiedziała, że jest pomocą domową obsługującą jedną z bogatszych rodzin w okolicy, z rozmowy wynikało, że pracodawca zabrał tej kobiecie paszport – jest to okoliczność, która może wskazywać na to, że jest ona ofiarą pracy przymusowej. Sytuacja trzecia: na budowie bloku mieszkalnego pojawiła się grupa pracowników cudzoziemskich, po jakimś czasie jeden z robotników polskich dowiedział się przypadkiem, że żaden z tych pracowników jeszcze nie podpisał umowy o pracę i na razie nie otrzymują wynagrodzenia, można przypuszczać, że mamy do czynienia z ofiarami wyzysku albo pracy przymusowej. Sytuacja czwarta: na ulicy znajduje się kobieta, która słabo mówi po polsku, a obok niej jest dziecko, które żebrze, jeśli to dziecko sprawia wrażenie, że jest głodne, a żadna matka przechodząca obok takiego dziecka nie ma wątpliwości, że ono jest głodne, to jest niemal pewne, że może być ofiarą handlu ludźmi, bo głód jest formą kontrolowania zachowań dziecka.

Nawet jeśli opisy sytuacji mogą się wydawać przejawskrawione (a są realne), to tylko po to, żeby pokazać, że niemal każdy z nas może zidentyfikować ofiarę handlu ludźmi, o ile zna symptomy. Jeśli mówić o jakimś obowiązku w przypadku tzw. przeciętnego obywatela, to może mieć on tylko moralny charakter. Oczekujemy, że ludzie będą się zachowywali w określony sposób, ale nie uczynimy nikomu zarzutu, jeśli zachowa się inaczej. Nicco inaczej jest z osobami, które wykonują zawody polegające na kontakcie z ludźmi i które czasami występują w charakterze profesjonalnym (chodzi tu o takie zawody, jak pracownicy służby zdrowia, kierowcy, nauczyciele czy urzędnicy bankowi). Nasze oczekiwania wobec nich idą nieco dalej niż

tylko obowiązek moralny. To, że nie będą bierne w sytuacji, kiedy trzeba będzie podjąć działanie, jesteśmy skłonni wpisać w ich etos zawodowy. Oczywiście pod warunkiem, że takie osoby są przeszkolone i wyczułone na takie sytuacje. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w przypadku instytucji publicznych. Z faktu, że handel ludźmi jest naruszeniem praw człowieka wynika prawny obowiązek podejmowania wszelkich działań przeciwko handlowi ludźmi przez wszystkie takie instytucje. Bierność jest podstawą postawienia państwu zarzutu naruszenia elementarnych praw jednostki. Obowiązek aktywnego działania, podkreślam słowo: aktywnego, spoczywa na wszystkich służbach porządkowych, na organach ścigania i na całym sektorze usług socjalnych. W przypadku instytucji publicznych obejmuje on nie tylko kwestię identyfikacji, ale także, a może przede wszystkim, obowiązek tworzenia systemu wsparcia ofiar handlu ludźmi i zaoferowania realnej pomocy takim osobom – obywatelom polskim i cudzoziemcom.

Ofiara handlu ludźmi to najczęściej cudzoziemiec

Kwestia podstaw prawnych pomocy o charakterze socjalnym dla obywateli RP jest oczywista i nie wymaga omawiania. Natomiast biorąc pod uwagę to wszystko, co już zostało powiedziane o handlu ludźmi, a szczególnie to, że jest to przestępstwo o charakterze transgranicznym, należy się liczyć z tym, że większość ofiar tego przestępstwa w Polsce (zresztą nie tylko) to cudzoziemcy. Podstawy prawne pomocy socjalnej dla takich osób wyznaczają dwa akty normatywne: ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku²⁵ oraz ustawa o cudzoziemcach z 13 czerwca 2003 roku²⁶.

Na mocy art. 5a ustawy o pomocy społecznej prawo do świadczeń w formie interwencji kryzysowej, schronienia, posiłku, niezbędnego ubrania oraz zasiłku celowego przysługuje cudzoziemcom, o których mowa w art. 53 ust. 1 pkt 15 oraz w art. 53a ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach. Pierwszy z przywołanych przepisów, tj. art. 53 ustawy o cudzoziemcach, dotyczy zezwolenia na zamieszkanie w Polsce wydanego wobec cudzoziemca, który jest ofiarą handlu ludźmi w rozumieniu cytowanej wcześniej Decyzji ramowej Rady z 19 lipca 2002 roku²⁷. Ta decyzja to kluczowy akt prawa europejskiego, który nakłada na państwa członkowskie obowiązek penalizacji handlu ludźmi. A skoro tak, to musi zawierać także definicję tego przestępstwa. Jest ona zawarta w art. 1 decyzji i w dużym

²⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.).

²⁶ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. Nr 234, poz. 1694 z późn. zm.).

²⁷ Decyzja Ramowa Rady nr 2002/629/WSiSW z 19 lipca 2002 r. w sprawie zwalczania handlu ludźmi (Dz. U. WE L 203 z 1 sierpnia 2002 r.).

stopniu jest zbieżna z definicją zawartą w omawianym wcześniej Protokole z Palermo z 2000 roku. Według tego dokumentu handel ludźmi to werbowanie, przewóz, przekazywanie, przechowywanie, dalsze przyjmowanie osoby, włącznie z wymianą lub przeniesieniem kontroli nad tą osobą, gdy dzieje się to przy użyciu przymusu, siły lub zastraszenia, w tym uprowadzenia, lub dzieje się to przy użyciu oszustwa lub nadużycia finansowego, lub ma miejsce nadużycie władzy lub sytuacji wrażliwości, które powoduje, że osoba nie ma w rzeczywistości prawdziwego i nadającego się do zaakceptowania wyboru innego niż poddanie się wykorzystaniu, lub oferowane lub przyjmowane są opłaty lub korzyści dla uzyskania zgody osoby mającej kontrolę nad inną osobą do celów wyzysku pracy lub usług tej osoby, w tym w formie co najmniej przymusowej lub obowiązkowej pracy lub usług, niewolnictwa lub praktyk podobnych do niewolnictwa oraz poddaństwa, lub do celów wyzysku prostytucji innych osób lub innych form wykorzystania seksualnego, w tym pornografii. Zgoda ofiary handlu ludźmi na wykorzystanie, zamierzone lub rzeczywiste, nie jest brana pod uwagę, gdy został użyty którykolwiek ze środków wymienionych wcześniej. Podobnie gdy zachowanie sprawcy określone w pierwszej części definicji dotyczy dziecka, jest ono przestępstwem podlegającym karze za handel ludźmi, nawet jeśli nie został użyty żaden ze wymienionych środków, takich jak przymus czy oszustwo. Dla celów omawianej decyzji ramowej dziecko oznacza osobę poniżej 18 roku życia.

Żeby osoba, o której mowa w tej definicji, mogła ubiegać się o pozwolenie na zamieszkanie w Polsce, przez czas oznaczony musi spełnić łącznie jeszcze następujące warunki: musi faktycznie przebywać na terytorium RP, podjąć współpracę z organami ścigania, a także zerwać kontakty z osobami podejrzanymi o popełnianie przestępstw związanych z handlem ludźmi. Z punktu widzenia instytucji oferujących pomoc racjonalne wydaje się pytanie, czy pracownik pomocy społecznej powinien sprawdzić czy wszystkie wskazane warunki zostały spełnione. Odpowiedź jest negatywna. Pomoc jest przyznawana na podstawie zaświadczenia wydanego przez policję, straż graniczną lub prokuraturę. A prawo do korzystania z pomocy w formie interwencji kryzysowej trwa tak długo, jak okres pobytu cudzoziemca na terenie Polski uregulowany zezwoleniem na zamieszkanie albo wizą pobytową.

Jeszcze kilka słów o systemie wsparcia ofiar handlu ludźmi

Uzupełnieniem postanowień zawartych w art. 5a Ustawy o pomocy społecznej jest art. 7 tej ustawy, w którym stanowi się, że pomocy społecznej udziela się osobom indywidualnym, jak też rodzinom ze względu na takie

sytuacje, jak ubóstwo czy bezdomność, ale także ze względu na potrzebę „ochrony ofiar handlu ludźmi”. Zwracam uwagę na to sformułowanie, a szczególnie na element „ochrony ofiary”. Przez takie ujęcie sprawy, o pomocy zagwarantowanej ofierze nie mówimy w kategoriach wzniesłego porwywu czy odruchu serca, ale językiem obowiązków i efektywności działania. Przecież ustawodawca stawia sprawę jasno: udzielnie pomocy jest warunkiem skutecznej ochrony osoby pokrzywdzonej przestępstwem handlu ludźmi. Tym samym państwo może się wywiązać z ciążącego na nim obowiązku. Dobrze, żeby wszyscy pracownicy pomocy społecznej w Polsce byli świadomi rzeczywistych skutków tej regulacji prawnej.

W praktyce instytucji pomocy społecznej czasem występują wątpliwości czy można udzielić pomocy komuś, kto jest w Polsce nielegalnie. Prawo rozstrzyga tę kwestię jednoznacznie – art. 53a ustawy o cudzoziemcach stanowi, że zezwolenia na zamieszkanie można udzielić cudzoziemcowi, który przebywa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej **nielegalnie**, jeżeli organ właściwy do prowadzenia postępowania w sprawie zwalczania handlu ludźmi stwierdzi, że cudzoziemiec jest prawdopodobnie ofiarą handlu ludźmi w rozumieniu wcześniej cytowanych przepisów. Warto podkreślić, że wystarczy **prawdopodobieństwo** bycia ofiarą handlu ludźmi, aby cudzoziemiec otrzymał zgodę na zamieszkanie na terytorium Polski, a tym samym nabył uprawnień do uzyskania pomocy społecznej.

I wreszcie ostatnia kwestia, o której już była mowa. Polska, jak wiele innych krajów, wprowadziła do ustawodawstwa krajowego instytucję „czasu do namysłu”. Została ona zawarta w art. 56 § 1 pkt 7 ustawy o cudzoziemcach. Przepis ten pozwala cudzoziemcowi będącemu w Polsce, nawet nielegalnie, pozostawać na terytorium naszego kraju przez okres 3 miesięcy po to, żeby dojść do siebie po traumie zniewolenia i podjąć decyzję o ewentualnej współpracy z organami ścigania. Rzecz jasna w tym okresie cudzoziemiec ma pełne prawo do pomocy społecznej określonej wcześniej.

Dla pracowników wszelkich służb socjalnych, ale także dla działaczy organizacji pozarządowych użyteczna może okazać się informacja o treści tegorocznej nowelizacji ustawy o pomocy społecznej. Otóż ustawa z dnia 12 lutego 2010 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw²⁸ poszerza zadania wojewody określone w art. 22 ustawy o obowiązek koordynowania, „w ramach systemu pomocy społecznej, działań w zakresie zapobiegania handlowi ludźmi oraz wsparcia udzielanego ofiarom handlu ludźmi” (pkt 15). Ten z pozoru ogólnie brzmiący przepis ma kapitalne znaczenie z punktu widzenia zagwarantowania efektywnej pomo-

²⁸ Ustawa z dnia 12 lutego 2010 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 40, poz. 229).

cy ofiarom handlu ludźmi. Po pierwsze, w przepisie tym mówi się o obowiązkach wojewody w „ramach systemu pomocy społecznej”, co jednoznacznie lokuje potrzebę niesienia takiej pomocy wśród podstawowych zadań państwa, a nie na obrzeżach działalności publicznej, tzn. po stronie społeczeństwa obywatelskiego czy organizacji pozarządowych. Drugi powód jest chyba jeszcze ważniejszy. Na mocy cytowanego przepisu w system wsparcia ofiar handlu ludźmi, do tej pory fundowanego na działaniach instytucji pomocowych, samorządów i organizacji pozarządowych, włącza się najwyższy przedstawiciel władzy rządowej w terenie. To znacznie wzmacnia ten system. I wreszcie trzecia kwestia. Nałożenie na wojewodę obowiązku koordynowania działań daje instytucjom lokalnym możliwość szukania wsparcia władz wojewódzkich, zarówno w sprawach organizacyjnych, jak i w kwestii szkolenia czy nawet dofinansowania podejmowanych działań.

Wprawdzie była o tym wielokrotnie mowa, ale w tej sprawie nigdy dość przypominania, że udzielanie pomocy ofiarom handlu ludźmi wymaga absolutnej dyskrecji. Po pierwsze, ze względów bezpieczeństwa, ale także ze względu na uzasadniony interes ofiary, która ma prawo do zachowania trudnych faktów z jej życia w tajemnicy. To właśnie dlatego informacje o takiej osobie mogą być przekazane tylko kierownikowi ośrodka interwencji kryzysowej i to tylko w celu udzielenia pomocy. Kierownik ośrodka jest zobowiązany do ustalenia, jaki jest zakres koniecznej pomocy, przy czym powinien to zrobić w konsultacji z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej, organami ścigania i organizacją pozarządową, jeśli taka jest zaangażowana w sprawę. Po ustaleniu kosztów pomocy kierownik OIK występuje do wojewody z wnioskiem o przekazanie środków na zrealizowanie programu pomocy.

W celu ułatwienia realizacji zadań związanych z udzielaniem pomocy ofiarom handlu ludźmi Ministerstwo Pracy i Pomocy Społecznej opracowało dokument o nazwie *Wskazówki dla kadry pomocy społecznej*. O tym opracowaniu jest mowa na internetowej stronie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji poświęconej problematyce przeciwdziałania handlowi ludźmi²⁹, a także wspomina o nim Piotr Stachańczyk, podsekretarz stanu w MSWiA w odpowiedzi na interpelację nr 15684 posła Jana Kamińskiego³⁰, natomiast nie jest ono dostępne na stronie resortu pomocy społecznej. Z informacji, które uzyskałem w ministerstwie, wynika, że *Wskazówki* były dystrybuowane bezpośrednio do terenowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej. Pytałem w kilku takich jednostkach, ale tylko w jednej z nich ten dokument był znany.

²⁹ <http://www.mswia.gov.pl/portal/pl/166/4725/Handel_ludzmi.html>.

³⁰ <<http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/0E853703>>.

Drugim przedsięwzięciem, które w zamierzeniu miało podnieść skuteczność pomocy oferowanej ofiarom handlu ludźmi, było powołanie krajowej sieci konsultantów wojewódzkich do spraw wsparcia udzielanego ofiarom handlu ludźmi. Podobnie jak w przypadku *Wskazówek*, o utworzeniu sieci informuje strona MSWiA poświęcona problematyce zwalczania handlu ludźmi, a także wspomina o tym przedsięwzięciu podsekretarz stanu w MSWiA w odpowiedzi na cytowaną wcześniej interpelację nr 15684. Jednak praktyka jest inna. W trzech losowo wybranych województwach nikt nie słyszał o takiej funkcji, a także w rozmowach z urzędnikami lokalnymi nie udało mi się ustalić, kto w województwie zajmuje się koordynacją działań w zakresie eliminowania handlu ludźmi.

* * *

To, że handel ludźmi i praca przymusowa są obecne w życiu społecznym Polski, już nie budzi wątpliwości. Nikt już nie kwestionuje tego, że to państwo odpowiada za to, jakiej pomocy i ochrony udzielimy ofiarom i jak skutecznie będziemy ścigać sprawców. Kluczowy warunek, aby jedno i drugie miało miejsce, został spełniony – Polska ma stosunkowo dobre uregulowania prawne, tak w zakresie prawa karnego, jak i w sferze pomocy społecznej. Jak przekonują najnowsze badania opinii publicznej nt. handlu ludźmi³¹, rozwiązania prawne znajdują silne wsparcie w świadomości społeczeństwa, która jest w ogólnym zarysie zadowolająca. A mimo to sprawny system przeciwdziałania handlowi ludźmi i minimalizowania jego skutków nadal nie istnieje. Przede wszystkim na szczeblu centralnym nie ma instytucji, która przejęłaby odpowiedzialność za stworzenie i funkcjonowanie takiego systemu oraz koordynowanie podejmowanych działań. Po drugie władzom państwowym brakuje determinacji i konsekwencji w nazwaniu niewolnictwa, handlu ludźmi i pracy przymusowej wyzwaniem XXI wieku, i potraktowania tych problemów odpowiednio do tego także w wymiarze organizacyjnym i finansowym. Społeczeństwo obywatelskie też nie jest bez winy, bo do tej pory nie wykształciło adekwatnych mechanizmów reagowania na omawiane zjawiska. Przede wszystkim jednak w Polsce nie istnieje sieć organizacji pozarządowych, które profesjonalnie zajęłyby się prewencją i pomocą ofiarom handlu ludźmi – istnienie zaledwie jednej organizacji, w tak dużym kraju, tylko ten stan potwierdza. I ostatnia kwestia, bezpośrednio związana z obszarem pomocy społecznej. System wsparcia ofiar, mimo że budowany na tych samych podstawach prawnych i w oparciu o te same rozwiązania instytucjonalne, działa różnie w różnych częściach Polski.

³¹ Polacy o zjawisku handlu ludźmi, TNS OBOP, sygnatura K.018/10; źródło internetowe: <<http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/7832>>.

Z punktu widzenia zasady państwa prawnego i idei równości, ale przede wszystkim mając na względzie potrzebę zagwarantowania takiej samej ochrony dla ofiar handlu ludźmi i respektu dla ich praw niezależnie od miejsca, ta sytuacja powinna ulec zmianie.

Wybrana literatura

- Biežuńska-Małowist I., Małowist M., *Niewolnictwo*, Warszawa 1987.
- Christian Action and Networking Against Trafficking: Action oriented guide for awareness-raising and social assistance. Volume III: trafficking in human beings – new challenges, new partnerships*, Bruksela 2007, CCME.
- Dawid-Olczyk I., *Identyfikacja ofiar handlu ludźmi*, (w:) *Kompleksowy system wsparcia i szkoleń zawodowych przygotowujących ofiary handlu ludźmi do aktywnego wejścia na rynek pracy*, Warszawa 2008.
- Handel dziećmi. Wybrane problemy*, Z. Lasocik, M. Koss, Ł. Wieczorek (red.), Warszawa 2007.
- Handel ludźmi w Polsce. Materiały do raportu*, Warszawa 2007.
- Handel ludźmi. Zapobieganie i ściganie*, Z. Lasocik (red.), Warszawa 2006.
- Handel narzędziami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Z. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), Warszawa 2006.
- Kompleksowy system wsparcia i szkoleń zawodowych przygotowujących ofiary handlu ludźmi do aktywnego wejścia na rynek pracy*, Warszawa 2008.
- Lasocik Z., *Handel ludźmi jako przestępstwo i naruszenie praw człowieka – wyzwania dla kryminologii*, „Archiwum Kryminologii”, Tom XXVIII, Warszawa 2007.
- Lasocik Z., *Handel ludźmi – aspekty społeczne i prawne*, „Studia Socjologiczne” nr 4 (187) 2007.
- Nowak B., *Handel niewolnikami*, (w:) M. Tymowski (red.), *Historia Afryki. Do początku XIX wieku*, Wrocław – Warszawa – Kraków 1996.
- Nowoczesne niewolnictwo. Poradnik opracowany na podstawie wystąpień na konferencji pod hasłem: Nowoczesne niewolnictwo*, W. Mende (oprac.), Strzelce Opolskie 2008.
- Pearson E. (oprac.), *Handel ludźmi a prawa człowieka. Nowe rozumienie ochrony ofiar*, Anti-Slavery International 2002.
- Pearson E., *Historical Development of Trafficking – The Legal Framework for Anti-Trafficking Interventions*, (w:) *Challenging Trafficking in Persons. Theoretical Debate and Practical Approaches*, Baden-Baden 2005.
- Perrin B., *Just passing through? International obligations and Policies of transit countries in combating trafficking in persons*, „European Journal of Criminology” Volume 7 Number 1, 2010, s. 11–27.
- Polacy o zjawisku handlu kobietami. Badania CBOS, BS/8/2005*, Warszawa 2005.
- Polacy o zjawisku handlu ludźmi*, TNS OBOP, sygnatura K.018/10; źródło internetowe: <<http://www.tnsglobal.pl/archive-report/id/7832>>.
- Pomoc prawna dla cudzoziemców jako narzędzie zapobiegania handlowi ludźmi. Materiały szkoleniowe*, Jasło 2004.
- Pomoc prawna dla ofiar handlu ludźmi – poradnik* Warszawa 2005.
- Prasad N., Rohner B. *Undocumented migration. Labour Exploitation and Trafficking*, (w:) *Challenging Trafficking in Persons. Theoretical Debate and Practical Approaches*, Baden-Baden 2005.
- Problem handlu dziećmi i dziećmi cudzoziemskich bez opieki*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka” nr 12, 2005.

- Procedura postępowania z ofiarą/świadkiem handlu ludźmi. Materiały szkoleniowe opracowane przez grupę roboczą Zespołu ds. Zwalczenia i Zapobiegania Handlowi Ludźmi, Warszawa 2006.*
- Skinner E. B., *Zbrodnia. Twarz w twarz ze współczesnym niewolnictwem*, przeł. Jacek Konieczny, Kraków 2010.
- Stefański R., *Prawo karne materialne. Część szczególna*, Warszawa 2009.
- The Crime of Human Trafficking: A Law Enforcement Guide to Identification and Investigation*, International Association of Chiefs of Police, b.d. i m.w.
- Zielińska E., *Handel ludźmi jako naruszenie praw kobiet*, (w:) Z. Lasocik (red.), *Handel ludźmi – zapobieganie i ściganie*, Warszawa 2006.
- Zielińska E., *Kobiety w wymiarze sprawiedliwości*, „Prawo i płeć” 3, 2001.
- Zwalczenie handlu ludźmi: prewencja poprzez rozwiązania prawne*, pod red. P. Rudnickiej, Kraków 2003.

Ważniejsze akty prawne

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64 poz. 593, z późn. zm.)
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. nr 234 poz. 1694, z późn. zm.)
- Ustawa z 20 maja 2010 roku o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy o Policji, ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny oraz ustawy – Kodeks postępowania karnego, która weszła w życie 8 września 2010 roku (Dz. U. 2010 r. Nr 98, poz. 626).
- Konwencja w sprawie zwalczania handlu ludźmi i eksploatacji prostytucji z 1949 roku (Dz. U. 1952. Nr 41, poz. 278).
- Konwencja Narodów Zjednoczonych z dnia 15 listopada 2000 r. przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej, (Dz. U. 2005 r. Nr 8, poz. 158).
- Protokół z 15 listopada 2000 r. o zapobieganiu, zwalczaniu oraz karaniu za handel ludźmi, w szczególności kobietami i dziećmi uzupełniający Konwencję Narodów Zjednoczonych z dnia 15 listopada 2000 r. przeciwko międzynarodowej przestępczości zorganizowanej (Dz. U. 2005 r. Nr 18, poz. 160).
- Protokół fakultatywny do Konwencji o prawach dziecka w sprawie handlu dziećmi, dziecięcej prostytucji i dziecięcej pornografii z 25 maja 2000 r. (Dz. U. 2007 r. Nr 76, poz. 494).
- Konwencja z 16 maja 2005 r. Rady Europy w sprawie działań przeciwko handlowi ludźmi, (Dz. U. 2007 r. Nr 20, poz. 107).
- Decyzja Ramowa Rady nr 2002/629/WSiSW z 19 lipca 2002 r. w sprawie zwalczania handlu ludźmi (Dz. U. WE L 203 z 1 sierpnia 2002 r.).
- Dyrektywa Rady nr 2004/81/WE z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie zezwolenia na pobyt wydawanego obywatelom państw trzecich będącym ofiarami handlu ludźmi albo będącym wcześniej przedmiotem działań ułatwiających nielegalną imigrację, którzy współpracują z właściwymi organami (Dz. U. L 261, 06/08/2004 P. 0019 – 0023)

POTRZEBA OCHRONY MACIERZYŃSTWA I WIELODZIETNOŚCI

Czyli czy stan błogosławiony Polek
ma błogosławieństwo państwa

Potrzeba ochrony macierzyństwa

Dokonujące się w naszym kraju w ciągu ostatnich kilkunastu lat przemiany w polityce, ekonomii, kulturze i obyczajowości wywarły znaczący wpływ na kształt i dynamikę poglądów, postaw, systemów wartości, wzorów zachowań i dokonywanych wyborów. Polki, wychodząc poza przypisywane im stereotypowo role społeczne, poza triadę kuchnia-kościół-dzieci, odkryły gamę alternatywnych propozycji, jakie zdały się być do ich dyspozycji wraz ze wzrostem autonomii i niezależności w niemal wszystkich dziedzinach życia. Macierzyństwo z silnej przez dziesiątki lat pierwszej lokaty w celach życiowych i wartościach spadło na niższe pozycje, ustępując miejsca różnorodnym postaciom samorealizacji, odmiennym od roli macierzyńskiej, a niekiedy wręcz ją wykluczającym. Wiele kobiet odracza decyzje prokreacyjne (to podnosi wiek pierworódek, a co za tym idzie – skraca okres potencjalnej płodności), wiele podjęło decyzję o urodzeniu najwyżej jednego dziecka, niektóre zdecydowały się na bezdzietność ze względu na związane z macierzyństwem wyrzeczenia, w obawie przed koniecznością rezygnacji z własnej niezależności, swoich interesów i pragnień, traktując macierzyństwo jako zagrożenie dla ich wolności, jako uszczerbek dla fizycznej atrakcyjności, jako kontrofertę dla osiągnięcia wysokiego statusu materialnego i przeszkodę w uzyskaniu wysokiej pozycji zawodowej. Ponadto przyzwolenie na niezobowiązujące, tymczasowe związki oraz wysoka dostępność do

środków antykoncepcyjnych nie sprzyjają prokreacji. Zatem rosnąca samoświadomość kobiet i ekspansywne rozszerzanie pola swoich działań zrelatywizowały postawy wobec własnej płodności, uzależniając ich plany rodzicielskie od szeregu czynników i traktując potencjał prokreacyjny jako przedmiot świadomego wyboru, podparty chłodną kalkulacją zysków i strat związanych z macierzyństwem.

W tej sytuacji realizowanie zadań kobiet, jakimi jest przekazywanie życia i socjalizacja, winno być szczególnie wspierane przez państwo, ze względu na ważkość funkcji zapewnienia reprodukcji biologicznej i kulturowej, docenianych w wymiarze całego społeczeństwa, stąd ochrona macierzyństwa leży w interesie społeczeństwa. Sensowność tej potrzeby zdaje się więc nie wymagać szczegółowej argumentacji. Dość powiedzieć, że sposób, w jaki kobieta wywiąże się z tej roli, rzutować będzie na rozwój jej dziecka/dzieci, niosąc konsekwencje jakości jej macierzyństwa jako jego/ich bagaż w dorosłe życie, który z upływem czasu okaże się albo darem, albo balastem. Zatem oczywistym jest, że należy wspierać ją w realizowaniu funkcji macierzyńskich i wielopłaszczyznowo chronić wartość macierzyństwa.

Prawna ochrona macierzyństwa

W rozwoju cywilizowanych społeczeństw europejskich opieka prawna nad rodziną pojawiła się stosunkowo niedawno, bo na początku XIX wieku i oznaczało to wzięcie przynajmniej częściowej odpowiedzialności przez państwo za tych, którzy potrzebują wsparcia, uznanie uprawnień opiekuńczych potrzebującym i obligatoryjności ich realizacji przez powołane do tego podmioty¹. W polskim prawie pracy ochronę macierzyństwa wprowadziła ustawa dotycząca pracy młodocianych i kobiet z 1924 roku².

Prawną sytuację kobiet-matek szczegółowo reguluje szereg uregulowań legislacyjnych, które zawierają zobowiązania państwa wobec matki i dziecka.

Zapewnienie o opiece i ochronie małżeństwa, rodziny i macierzyństwa odnaleźć można już w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej³ – uznaje ona macierzyństwo za samoistną wartość konstytucyjną i w art. 18 poręcza mu ochronę i opiekę. Również z art. 71 § 2 (w którym mowa o tym, że matka przed i po urodzeniu dziecka ma prawo do szczególnej pomocy władz pu-

¹ Z. Dąbrowski, *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, część I, Olsztyn 1998, s. 131–132.

² Ustawa z dnia 2 lipca 1924 roku w przedmiocie pracy młodocianych i kobiet (Dz. U. Nr 65, poz. 636).

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej uchwalona 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z 1997 r.).

blicznych, której zakres określa ustawa) wynika gwarancja prawnej ochrony macierzyństwa.

Szereg zapisów chroniących kobiety, które wkrótce będą lub już są jednocześnie matkami i pracownikami, zostało umieszczonych w Kodeksie pracy, szczególnie w dziale VIII, poświęconym kwestiom uprawnień pracowniczych związanych z rodzicielstwem⁴ (dotyczą one jednak kobiet tylko, gdy spełnią pewne warunki). Podzielić je można na 3 grupy:

1) gwarancje dla pracownic w ciąży

Zgodnie z art. 176 nie wolno zatrudniać kobiet w ciąży przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia. Artykuł 178 natomiast chroni kobiety w ciąży przed zatrudnianiem w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej oraz delegowaniem bez jej zgody poza stałe miejsce pracy oraz zatrudnianiem w systemie przerywanego czasu pracy według z góry ustalonego rozkładu przewidującego nie więcej niż jedną przerwę w pracy w ciągu doby, trwającą nie dłużej niż 5 godzin. Na mocy art. 185 pracodawca jest obowiązany udzielać pracownicy ciężarnej zwolnień od pracy na zalecone przez lekarza badania lekarskie przeprowadzane w związku z ciążą (stan ciąży powinien być jednak stwierdzony świadectwem lekarskim), jeżeli badania te nie mogą być przeprowadzone poza godzinami pracy, przy czym za czas nieobecności w pracy z tego powodu pracownica zachowuje prawo do wynagrodzenia.

2) gwarancje dla pracownic-matek

Zgodnie z art. 180 § 1 k.p. pracownicy przysługuje urlop macierzyński w wymiarze adekwatnym do liczby urodzonych przy jednym porodzie dzieci⁵. W razie urodzenia dziecka wymagającego opieki szpitalnej pracownica, która wykorzystała po porodzie 8 tygodni urlopu macierzyńskiego, pozostałą część tego urlopu może wykorzystać w terminie późniejszym, po wyjściu dziecka ze szpitala – jest to gwarancja zawarta w art. 181. Sytuacji obciążającej psychicznie kobietę, jaką jest strata dziecka – urodzenie martwego dziecka lub jego zgon, dotyczy art. 180¹, w którym umieszczone zostało zapewnienie, że pracownicy przysługuje wówczas urlop macierzyński w wymiarze

⁴ Poniżej przytaczane zapisy na podstawie: Kodeks pracy – ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku (stan prawny obowiązujący w dniu 1 stycznia 2010 roku).

⁵ Obecnie, tj. w 2010 roku, wymiary urlopów macierzyńskich są następujące (przy jednym porodzie): 20 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka, 31 tygodni w przypadku urodzenia dwojga dzieci, 33 tygodnie w przypadku urodzenia trojga dzieci, 35 tygodni w przypadku urodzenia czworga dzieci oraz 37 tygodni w przypadku urodzenia pięciorga i więcej dzieci.

8 tygodni po porodzie, nie krócej jednak niż przez okres 7 dni od dnia zgonu dziecka, zaś pracownicy, która urodziła więcej niż jedno dziecko przy jednym porodzie, przysługuje w takim przypadku urlop macierzyński w wymiarze stosownym do liczby dzieci pozostałych przy życiu. W artykule 182 § 1 mowa jest natomiast o tym, że pracownica ma prawo do dodatkowego, fakultatywnego urlopu macierzyńskiego, którego pracodawca może udzielić jedynie na wniosek pracownika, jednorazowo, tylko bezpośrednio po zakończeniu podstawowego urlopu macierzyńskiego⁶.

W art. 187 zagwarantowane jest natomiast prawo pracownicy karmiącej dziecko piersią do przerw w pracy wliczanych do czasu pracy, których długość zależy od liczby dzieci i godzin pracy. Artykuł 183 sprzyja pracownikom, którzy przyjęli dziecko na wychowanie i wystąpili do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka lub którzy przyjęli dziecko na wychowanie jako rodzina zastępcza, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej niespokrewnionej z dzieckiem, zapewniając im prawo do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego w wymiarze zależnym od liczby jednocześnie przyjętych dzieci (nie dłużej jednak niż do ukończenia przez dziecko 7 roku życia, a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego, nie dłużej niż do ukończenia przez nie 10 roku życia). Za czas urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego przysługuje zasiłek macierzyński na zasadach i warunkach określonych odrębnymi przepisami – tak stanowi art. 184. Kwestie dotyczące urlopu wychowawczego reguluje art. 186. W art. 188 mowa jest natomiast o przywileju dla pracowników wychowujących przynajmniej jedno dziecko w wieku do 14 lat w postaci zwolnienia od pracy na 2 dni w ciągu roku kalendarzowego, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, a w art. 178 § 2 – o prawie odmowy wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej i poza stałym miejscem zamieszkania dla osób opiekujących się dzieckiem do lat 4.

⁶ Prawo do dodatkowego urlopu macierzyńskiego zaczęło przysługiwać od dnia 1 stycznia 2010 roku. W 2010 i w 2011 roku ma on wymiar do 2 tygodni (w przypadku urodzenia jednego dziecka przy jednym porodzie) oraz do 3 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka. W kolejnych latach przysługiwał będzie w wymiarze do 3 tygodni w przypadku urodzenia jednego dziecka oraz do 6 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka przy jednym porodzie. Docelowo, w roku 2014, dodatkowy urlop wynosić będzie 6 tygodni, w przypadku urodzenia jednego dziecka przy porodzie lub 8 tygodni w przypadku urodzenia więcej niż jednego dziecka. Pracownica przebywająca na dodatkowym urlopie macierzyńskim ma takie same prawa jak pracownica korzystająca z podstawowej części urlopu macierzyńskiego, w tym prawo do zasiłku macierzyńskiego. Patrz strona internetowa <<http://www.mpips.gov.pl>> [5.07.2010].

3) gwarancje dla obu tych kategorii kobiet-pracownic

W świetle art. 177 pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać umowy o pracę w okresie ciąży i w okresie urlopu macierzyńskiego pracownicy (chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z jej winy, z przyczyn leżących po stronie pracownicy, w razie likwidacji lub upadłości pracodawcy i reprezentująca pracownicę zakładowa organizacja związkowa wyraziła zgodę na rozwiązanie umowy). Zgodnie zaś z art. 179 pracodawca zatrudniający pracownicę w ciąży lub karmiącą dziecko piersią przy pracy wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 176, wzbronionej takiej pracownicy bez względu na stopień narażenia na czynniki szkodliwe dla zdrowia lub niebezpieczne, jest obowiązany przenieść ją do innej pracy, a jeżeli jest to niemożliwe, zwolnić ją na czas niezbędny z obowiązku świadczenia pracy (przy czym jeśli zmiana warunków pracy na dotychczas zajmowanym stanowisku pracy, skrócenie czasu pracy lub przeniesienie pracownicy do innej pracy powoduje obniżenie wynagrodzenia, pracownicy przysługuje dodatek wyrównawczy, pracownica w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy zachowuje także prawo do dotychczasowego wynagrodzenia).

Zapisy zawarte w polskim kodeksie pracy dotyczące praw kobiet będących jednocześnie matkami i pracownicami współbrzmia z zapisami w Europejskiej Karcie Społecznej⁷, w którym to dokumencie rządy-sygnatariusze Europejskiej Karty Społecznej (państwa członkowskie Rady Europy) zadeklarowały się podjąć wspólnie wysiłki na rzecz podnoszenia poziomu życia i popierania dobrobytu społecznego, przestrzegać katalogu praw społecznych, w tym zabezpieczać prawa do ochrony zatrudnionych kobiet⁸.

Mimo tego – jak sygnalizuje B. Balcerzak-Paradowska⁹ – pracodawcy mający zatrudnić kobietę rozważają potencjalne skutki finansowe i organizacyjne dla firmy, wynikające z przysługujących kobiecie uprawnień i częstokroć po zanalizowaniu trudności organizacyjnych i dodatkowych kosztów obciążających pracodawcę (wynikających z konieczności wypłaty wynagrodzenia lub dodatkowych świadczeń za nieprzepracowany czas), wolą zatrudnić mężczyznę. Uderzające jest także to, że prawna ochrona matek/macierzyństwa zdaje się kończyć wraz z ukończeniem przez ich dzieci 4 roku życia, ponieważ wiele zabezpieczeń dla nich limitowanych jest owym 4 rokiem życia.

⁷ Jest ona dokumentem Rady Europy, ratyfikowanym przez Polskę w czerwcu 1997 roku.

⁸ Tekst patrz np. na portalu organizacji pozarządowych: <http://www.ngo.pl/files/rownosc.ngo.pl/public/Europejska_Karta_Spoleczna.rtf> [29.06.2010].

⁹ B. Balcerzak-Paradowska, *Czy uprawnienia pracownicze sprzyjają zatrudnieniu kobiet?* „Polityka Społeczna” nr 11-12/2002, s. 39-41.

Ponadto podejmowanie decyzji posiadania dzieci zdaje się być także coraz trudniejsze ze względu na sytuację na polskim rynku pracy, która – jak stwierdza B. Balcerzak-Paradowska – stała się czynnikiem wpływającym na zmiany w trajektorii cyklu życia, w fazach życia człowieka, zwłaszcza na etapie wkraczania w dorosłe życie i podejmowania życiowych decyzji¹⁰. Autorka ta przedstawia to jako pewnego rodzaju sekwencję zdarzeń następujących w określonych etapach: okres nauki wydłuża się jako skutek dążeń do uzyskania możliwie najwyższego poziomu wykształcenia, dającego większe szanse na zatrudnienie; na etapie poszukiwania pracy brak równowagi pomiędzy podażą a popytem na pracę nie sprzyja szybkiemu jej podjęciu, co wydłuża okres jej poszukiwania; podjęcie pracy łączy się z dążeniem do umacniania pozycji zawodowej, co stanowi barierę w podejmowaniu decyzji i o założeniu rodziny, i o posiadaniu dzieci; ów czynnik (wraz z bezrobociem) na dalszym etapie życia jest także czynnikiem ograniczającym rozwój ilościowy rodziny¹¹. Poza tym utrzymujące się na stosunkowo wysokim poziomie bezrobocie, poszukiwanie pracy poza granicami naszego kraju, wymogi rynku uniemożliwiające efektywne łączenie roli matki i kobiety aktywnej zawodowo oraz niepewność posady skłaniają kobiety i ich partnerów do racjonalnych wyborów i implikują odraczenie decyzji o rodzeniu dzieci.

Dokonując więc przeglądu przywołanych wyżej prawnych instrumentów ochrony macierzyństwa, rodzi się w tym miejscu pytanie, czy polskie prawo rzeczywiście stoi na straży nie tylko rodziny jako całości, ale także rodzicielstwa, w tym zwłaszcza macierzyństwa, czy gwarantuje kobietom-matkom wystarczające przywileje, czy dostatecznie zabezpiecza interesy przyszłych i faktycznych matek oraz czy generuje poczucie bezpieczeństwa socjalnego tym spośród Polek, które jeszcze nie są matkami i tym, które już nimi zostały?

Medyczna ochrona macierzyństwa

Kobiety w ciąży, okresie porodu i pójgu, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia, objęte są w Polsce uprawnieniem w zakresie dostępu do opieki medycznej w postaci przysługującego im prawa do świadczeń zdrowotnych udzielanych bezpłatnie¹².

¹⁰ Patrz B. Balcerzak-Paradowska, *Ochrona pracy kobiet w ciąży i wychowujących małe dzieci z perspektywy pracodawców w Polsce*, (w:) I. Wóycicka (red.), *Szanse na wzrost dzietności – jaka polityka rodzinna?*, Gdańsk 2005, s. 92.

¹¹ *Ibidem*, s. 92–93.

¹² Prawo na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137, poz. 858).

Jak czytamy w Karcie Praw Kobiety Rodzącej, macierzyństwo znajduje się w Polsce pod szczególną ochroną prawną, dlatego polityka rodzinna państwa musi być skoordynowana z polityką zdrowotną nakierowaną na zapewnienie kompleksowej, czynnej, odpowiedniej do potrzeb, bezpłatnej opieki nad matką i dzieckiem¹³. Karta ta postuluje przestrzeganie pewnych praw¹⁴, spośród których najistotniejszymi w kontekście ochrony macierzyństwa są:

- prawo do odpowiedniej i bezpłatnej promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w tym do tzw. szkół rodzenia, czyli szeroko rozumiana promocja zdrowego rodzicielstwa, która powinna stanowić integralną część zadań systemu ochrony zdrowia,
- prawo do kwalifikowanej, zgodnej ze współczesną wiedzą medyczną, profilaktycznej opieki zdrowotnej w wieku rozrodczym, w szczególności w okresie okołokoncepcyjnym i podczas ciąży; istotne jest ono dlatego, że profilaktyka zagrożeń i chorób w okresie ciąży stanowi niezbędny warunek zachowania zdrowia matki i zdrowego startu do życia dla dziecka, a także zapobiegania umieralności matek oraz umieralności okołoporodowej i umieralności niemowląt,
- prawo do wczesnego, bezpłatnego, zgodnego ze współczesną wiedzą medyczną, wykrywania, diagnostyki i leczenia powikłań ciąży, zapewnionych przez wykwalifikowany personel medyczny sprawujący czynną, ciągłą opiekę profilaktyczno-leczniczą nad kobietą ciężarną w warunkach ambulatoryjnych lub na oddziałach patologii ciąży wyposażonych w odpowiedni do stopnia referencyjności sprzęt i aparaturę diagnostyczno-leczniczą,
- w przypadku prawidłowego przebiegu ciąży, prawo do bezpiecznego, bezpłatnego porodu z udziałem wykwalifikowanego personelu, z uwzględnieniem życzeń kobiety rodzącej dotyczących stosowanych procedur położniczych (jeżeli nie występują przeciwwskazania medyczne), z zapewnieniem kobiecie poszanowania i ochrony jej godności, intymności, udzielania informacji o stanie zdrowia własnym i dziecka, ochrony przed bólem, wsparcia psychologicznego, obecności męża/osoby bliskiej,
- w przypadku ciąży patologicznej kobieta ma prawo do bezpłatnego porodu w placówce o odpowiednim stopniu referencyjności, zapewniającej matce i dziecku w czasie porodu i po urodzeniu wszystkie niezbędne, zgodne ze współczesną wiedzą medyczną, procedury diagno-

¹³ <<http://www.rpo.gov.pl/pliki/12282221170.pdf>> [29.06.2010].

¹⁴ Przywołanie tych praw oraz komentarzy będących uzasadnieniem ich ważności zaczerpnięte jest ze strony internetowej Rzecznika Praw Obywatelskich: <<http://www.rpo.gov.pl>> [29.06.2010].

styczne i lecznicze, w tym w zakresie intensywnej opieki medycznej, oraz rehabilitacyjne,

- prawo rodzin, w których dziecko urodziło się przedwcześnie, z niską masą urodzeniową lub poważnie chore, do bezpłatnej, wysokospecjalistycznej opieki medycznej połączonej z odpowiednią opieką socjalną,
- prawo kobiety do ochrony zdrowia psychicznego w każdym okresie ciąży, porodu i pójgu,
- prawo do wnoszenia roszczeń odnośnie procedur medycznych w opiece położniczej, neonatologicznej i pediatrycznej oraz warunków, w jakich świadczona jest opieka nad kobietą ciężarną, rodzącą i dzieckiem.

Ważność tych postulatów uzasadnić można następująco: „Zdrowie i rozwój dziecka nierozdzielnie wiążą się ze zdrowiem matki. Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych tygodniach życia po porodzie, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka aż po okres dojrzewania i wywiera wpływ na całe dorosłe życie. (...) Nadanie priorytetu zdrowiu matek i małych dzieci może walnie przyczynić się do rozerwania błędnego koła choroby i biedy. Dlatego niezbędne jest przyjęcie na mocy ustawy całościowego, trwałego systemu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem, z dostosowaniem do tego celu struktury organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia, organów władzy rządowej i samorządowej w terenie i wprowadzeniem zasady, iż poprawa zdrowia matki i dziecka stanowi integralny element oceny działalności tych organów”¹⁵.

Ochrona socjalna macierzyństwa

Świadczenia z tytułu macierzyństwa mają na celu przede wszystkim zagwarantowanie ochrony kobiecie w ciąży, porodu i pójgu oraz bezpośrednio po pójgu, a także zagwarantowanie realizacji funkcji opiekuńczej nad dzieckiem, uniemożliwiającej aktywność zawodową¹⁶. W polskim prawie mają one charakter mieszany, tzn. są wśród nich świadczenia o charakterze ubezpieczeniowym¹⁷ (np. zasiłek macierzyński z ubezpieczenia chorobowego – Funduszu Ubezpieczenia Społecznego czy zasiłek macierzyński przysługujący z tytułu ubezpieczenia społecznego rolników) oraz świadczenia

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ B. Balcerzak-Paradowska, H. Perło, D. Bieniasz, G. Uścińska, M. Rusewicz, H. Zalewska, *Świadczenia z tytułu macierzyństwa*, (w:) G. Uścińska (red.), *Zabezpieczenie w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości*, Warszawa 2008, s. 38.

¹⁷ Patrz Ustawa o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa z dnia 25 czerwca 1999 roku (Dz. U. Nr 60, poz. 636 z późniejszymi zmianami), zwłaszcza rozdział 6 – Zasiłek macierzyński i rozdział 7 – Zasiłek chorobowy.

o charakterze socjalnym – zaopatrzeniowym (np. świadczenia rodzinne związane z urodzeniem dziecka, choć de facto tytułem do ich otrzymania jest fakt urodzenia dziecka, a nie ochrona macierzyństwa)¹⁸.

Instytucją polityki społecznej państwa jest pomoc społeczna, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przewyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości¹⁹. Uprawnienia dla rodzin, a więc w tym dla kobiet i osób opiekujących się dziećmi, zagwarantowane w Ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku, to świadczenia pieniężne i niepieniężne²⁰.

Obecnie pomoc społeczna nie adresuje do podopiecznych świadczeń tylko z tytułu macierzyństwa²¹, ale przyznawane świadczenia pieniężne (zasilek celowy²², zasilek celowy specjalny²³ czy ewentualnie zasilek okresowy²⁴) mają charakter świadczeń z tytułu ogólnie trudnej sytuacji materialnej rodziny lub dysfunkcji rodziny²⁵.

Poza tym do rodzin z dziećmi (ogólnie jako klientów pomocy społecznej) adresowane są następujące świadczenia niepieniężne: praca socjalna, bilet kredytowany, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenia społeczne, pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie, spr-

¹⁸ Ibidem, s. 38.

¹⁹ Zdefiniowanie za: art. 2 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późniejszymi zmianami).

²⁰ Dokładniej komu przysługują te świadczenia, jakie warunki muszą spełnić osoby, by je otrzymać i jak są one realizowane, wyjaśnia wspomniana ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004, zwłaszcza w dziale II.

²¹ Świadczeniem typowo macierzyńskim był okresowy zasilek macierzyński, możliwy do uzyskania do 30 kwietnia 2004 roku. Obecnie nie funkcjonuje żaden jego odpowiednik.

²² Zasilek celowy przysługuje osobie/rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby/rodziny. Zgodnie z art. 39, ust. 2 przyznawany jest w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu.

²³ Zasilek celowy specjalny jest świadczeniem przyznawanym w szczególnie uzasadnionych przypadkach, gdy dochody osoby lub rodziny przekraczają kryterium dochodowe. Może być przyznany z takich samych przesłanek jak zasilek celowy oraz z kolejnych, takich jak: zakup środków czystości, bieżące opłaty czynszowe i za nośniki energii, zakup okularów, pokrycie kosztów pobytu w żłobku lub w przedszkolu, pobytu na kolonii i zielonej szkole, dożywianie dodatkowe oraz bilet miesięczny dla dzieci na dojazdy do szkół.

²⁴ Świadczenie to przysługuje na podstawie art. 38 ustawy o pomocy społecznej i adresowane jest do osób i rodzin bez dochodów lub o dochodach niższych niż ustawowe kryterium oraz zasobach pieniężnych niewystarczających na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych, zwłaszcza ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie oraz możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego.

²⁵ B. Balcerzak-Paradowska, H. Perło, D. Bieniasz, G. Uścińska, M. Rusewicz, H. Zalewska, *Świadczenia z tytułu...*, op. cit., s. 38.

wienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne (w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne), interwencja kryzysowa, schronienie, posiłek, niezbędne ubranie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione, pobyt i usługi w domu pomocy społecznej, opieka i wychowanie w rodzinie zastępczej i w placówce opiekuńczo-wychowawczej, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych, szkolenia, poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna prowadzone przez ośrodki adopcyjno-opiekuńcze.

Istnieje także szereg świadczeń, które wiążą się pośrednio z macierzyństwem. Mowa tu o tzw. becikowym²⁶ czy o świadczeniach rodzinnych²⁷, tj. zasiłkach rodzinnych, uzupełnionych dodatkami przyznawanymi w związku z zaistnieniem pewnych sytuacji, np. dodatkiem z tytułu urodzenia dziecka, dodatkiem z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, dodatkiem z tytułu samotnego wychowywania dziecka czy dodatkiem z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka²⁸.

Uzupełnieniem dla działań pionu rządowego i niedostatków ze strony państwa, zwłaszcza w zaspokajaniu pewnych potrzeb indywidualnych i społecznych, jest tzw. trzeci sektor. Tworzące go organizacje pozarządowe najogólniej można zdefiniować jako specyficzne formy samoorganizacji społecznej, oddolnie powstające struktury integrujące grupy obywateli²⁹. Pełnią

²⁶ Tzw. becikowe w kwocie 1000 złotych na dziecko (wprowadzone ustawą z dnia 29 grudnia 2005 roku o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. Nr 12, poz. 67) przysługuje niezależnie od uprawnień do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz od dochodu rodziny. Od listopada 2009 roku do otrzymania becikowego wymagane było przedstawienie zaświadczenia lekarskiego o pozostawaniu pod opieką medyczną przez okres co najmniej od 10 tygodnia ciąży do porodu. Po fali protestów wymóg ten został zawieszony do 31 grudnia 2011 roku i do tego terminu wystarczy jedynie dostarczenie zaświadczenie o minimum jednej wizycie u ginekologa. Patrz Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 5 marca 2010 (Dz. U. Nr 50, z 31 marca 2010 roku, poz. 301).

²⁷ Podstawową funkcją świadczeń rodzinnych, w rozumieniu zasad konstrukcji systemu zabezpieczenia społecznego, jest wspieranie rodzin w utrzymywaniu dzieci. Reforma świadczeń rodzinnych wprowadzona ustawą z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych miała na celu zbudowanie nowego systemu świadczeń rodzinnych, który powinien wspierać rodziny w realizowaniu przez nie funkcji opiekuńczej, wychowawczej i edukacyjnej. Świadczenia te opierają się na jednolitym sposobie określania kryteriów dochodowych, opartym na kosztach utrzymania rodzin z dziećmi; za: B. Balcerzak-Paradowska, D. Bieniasz, H. Perło, A. Ruzik, *Świadczenia rodzinne*, (w:) G. Uścińska (red.), *Zabezpieczenie w Polsce...*, op. cit., s. 63, 64.

²⁸ Szerzej na ten temat patrz np. B. Balcerzak-Paradowska, D. Bieniasz, H. Perło, A. Ruzik, *Świadczenia rodzinne...*, op. cit., s. 64-67.

²⁹ P. Gliński, *Trzeci sektor w Polsce: stan obecny, bariery rozwoju*, (w:) M. Szczepański, A. Śliz (red.), *Obywatel w lokalnej społeczności*, Tychy - Opole 2004, s. 119.

one szereg funkcji³⁰, także w trakcie realizowania swoich zadań statutowych w zakresie ochrony macierzyństwa, w tym: funkcję „wypełniania luk” (wynikającą z nieobecności służb w pewnych określonych obszarach potrzeb lub braku zaangażowania, wyspecjalizowania i schematyzmu służb już istniejących), pewnego rodzaju funkcje porządkujące życie społeczne (regulacyjne, kontrolujące, normatywne, odnoszące się do warunków bytu określonych grup społecznych), funkcje grupy nacisku – na reformy, korzyści, pożądane postawy społeczne, zmiany w polityce rządu itp. oraz funkcje edukatorów społeczeństwa (ponieważ podnoszą poziom świadomości w zakresie ponoszenia odpowiedzialności za własne życie i funkcjonowania oraz współodpowiedzialności za innych i wspólne dobro). Ponadto zachęcają do współdecydowania o swoim losie, mobilizują obywateli do bezpośredniego działania, stymulują działania aktywizujące samopomoc, inicjują reformy w sferze społecznej oraz starają się przeciwstawiać procesom marginalizacji pewnych grup społecznych, pełniąc funkcję ich rzeczników, chroniąc ich interesy. Często pojawiają się tam, gdzie inna forma pomocy nie byłaby możliwa lub skuteczna, a dzieje się tak, bo będąc bliżej obywatela, trafniej rozpoznają potrzeby indywidualne i społeczne oraz szybciej i elastyczniej na nie reagują³¹.

Spośród wielu organizacji pozarządowych warto przywołać kilka z nich, szczególnie aktywnych w obszarze działań adresowanych do kobiet na różnych etapach realizacji ich macierzyństwa: Fundację „Rodzić po ludzku”³², Fundację MaMa³³, Fundację „Szczęśliwe Macierzyństwo”³⁴,

³⁰ O funkcjach organizacji pozarządowych patrz np. A. Naumiuk, *Edukacja i aktywizacja społeczna w organizacjach pozarządowych. Przykład ruchu United Way*, Warszawa 2003, s. 14–15, 121–126 albo E. Leś, *Od filantropii do pomocniczości. Studium porównawcze rozwoju i działalności organizacji społecznych*, Warszawa 2000, s. 216–217.

³¹ A. Naumiuk, *Edukacja i aktywizacja społeczna...*, op. cit., s. 14.

³² Jest to organizacja pożytku publicznego działająca na rzecz kobiet w ciąży i matek małych dzieci. Za główny cel postawiła sobie, aby każda kobieta mogła urodzić swoje dziecko w godnych warunkach, otoczona szacunkiem oraz troskliwą i uważną opieką ze strony personelu, przy wsparciu bliskich jej osób. Jej misją jest wzmocnienie i wspieranie kobiet w otwartym formułowaniu swoich potrzeb i domaganiu się respektowania swoich praw. Uważając, że stosunek społeczeństwa do narodziń i macierzyństwa jest miarą wrażliwości społecznej, wnosi ich doświadczenia do przestrzeni publicznej. Informacje zaczerpnięte ze strony internetowej tejże fundacji: <<http://www.rodzicpoludzku.pl>> [29.06.2010].

³³ Ta organizacja pozarządowa, założona w czerwcu 2006 roku w Warszawie, działa na rzecz praw matek w Polsce, organizując kampanie społeczne (np. „O Mamma Mia! Tu wózkem nie wjadę”), akcje na rzecz praw pracowniczych (np. „Opowieści Grozy”), konkursy (np. „Głos Ma MaMa!” czy „Pępek Świata”) oraz projekty prawne (porady on-line i warsztaty dla uchodźczyń) i artystyczno-edukacyjne („Warszawa Kobiet”). Na podstawie informacji umieszczonych na stronie internetowej tejże fundacji: <<http://www.fundacjamama.pl>> [29.06.2010].

³⁴ Celem tej istniejącej od 2005 roku fundacji jest przede wszystkim wspieranie przyszłych i aktualnych mam, poszerzanie ich wiedzy o ciąży i macierzyństwie oraz propagowanie zdro-

Fundację Świętego Mikołaja³⁵, Federację na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny³⁶ czy wiele, wiele innych, których nie sposób tu przywołać.

Polityka społeczna a ochrona macierzyństwa

Państwo jako główny podmiot polityki społecznej może stosować albo strategię pronatalistyczną (populacyjną, zachęcającą do posiadania dzieci) albo antynatalistyczną (depopulacyjną, działającą w odwrotny sposób)³⁷, dysponując trzema grupami środków³⁸ (przy czym badania prowadzone w różnych krajach wykazały skuteczność polityki pronatalistycznej jedynie w przypadku, gdy podejmowane są wszystkie te środki jednocześnie). Są nimi:

- środki prawne: dopuszczalność lub niedopuszczalność aborcji, uprawnienia macierzyńskie i wychowawcze, określenie granicy wieku zawarcia małżeństwa, pomoc w zakresie leczenia, zasiłki rodzinne, opieka prawna nad trwałością rodziny i inne;
- środki ekonomiczne: wszelkie świadczenia finansowe związane z macierzyństwem i opieką nad dziećmi, subwencjonowanie przez państwo kosztów związanych z kształceniem i utrzymaniem dzieci, dostępność i powszechność edukacji i inne;
- środki zwyczajowo-kulturowe: środki związane ze światopoglądem, nakazy i zakazy religijne, moda na posiadanie lub nieposiadanie dzieci i inne.

wego stylu życia wśród kobiet w ciąży i zachęcanie do regularnych badań kobiet w ciąży i młodych mam. Informacje ze strony internetowej tejże fundacji: <<http://szczesliwe.macierzynstwo.pl>> [29.06.2010].

³⁵ Jak wynika z raportu z badania „Macierzyństwo a praca zawodowa kobiet” przygotowanego przez Instytut Badawczy Millward Brown SMG/KRC z 2007 roku, łączenie macierzyństwa z pracą zawodową budziło (i zdaje się, że budzi nadal) wiele obaw kobiet planujących posiadanie dzieci. Badania te pokazały, że aż co piąta pracująca kobieta odkłada decyzję o urodzeniu dziecka z obawy przed utratą pracy. Ten stan stał się bodźcem do realizacji przez Fundację Świętego Mikołaja ogólnopolskiej kampanii społecznej „Mama w pracy”. Celem tej organizowanej od 2007 roku inicjatywy jest zwrócenie uwagi opinii publicznej na trudności w łączeniu macierzyństwa z zatrudnieniem, a ponadto dążenie do podniesienia standardów traktowania matek w pracy oraz uwrażliwienie pracodawców na ich potrzeby. Informacje zaczerpnięte ze strony internetowej tejże fundacji: <<http://www.mikolaj.org.pl>> [29.06.2010].

³⁶ Ten istniejący od 1991 roku związek kilku organizacji, najszerzej rzecz ujmując, działa na rzecz poszanowania praw reprodukcyjnych kobiet. Więcej na bogatej stronie internetowej tejże fundacji: <<http://www.federa.org.pl>>.

³⁷ Za: L. Frąckiewicz, *Spoleczno-demograficzne bariery dzietności*, (w:) K. Frysztacki, K. Heffner (red.), *W odpowiedzi na zjawiska i wyzwania społeczne*, Opole 2003, s. 140.

³⁸ Ibidem, s. 141.

Program polityki prorodzinnej państwa powinien mieć charakter długofalowy, systemowy i kompleksowy. Jednym z nadrzędnych, długookresowych celów polityki rodzinnej jest stworzenie rodzinie warunków do pełnego rozwoju i funkcjonowania poprzez wspomaganie jej we wszystkich fazach rozwoju³⁹. Dla realizacji zintegrowanej polityki rodzinnej potrzebna jest ścisła współpraca wielu podmiotów: instytucji administracji rządowej, organów samorządowych wszystkich szczebli oraz organizacji pozarządowych, a także konieczna jest współzależność celów w poszczególnych dziedzinach polityki społecznej⁴⁰. Ponadto bez właściwego usystematyzowania lokalnych problemów samorządowych oraz trafnego wskazania na potrzeby priorytetowe i realność ich rozwiązania, polityka prorodzinna może okazać się tylko zbiorem życzeń i roszczeń wielu środowisk⁴¹.

Zatem wyzwania dla polityki prorodzinnej⁴², wiążące się z tworzeniem warunków dla posiadania dziecka/dzieci lub łagodzenia obciążeń związanych z utrzymaniem dzieci (poprzez podejmowanie działań w zakresie polityki finansowej, mieszkaniowej i zatrudnienia) można sformułować następująco:

- upowszechnianie wartości rodzinnych obecnych w kulturze europejskiej oraz oddziaływanie na kształtowanie systemu norm i wartości z rodziną i dziećmi jako wartościami priorytetowymi;
- tworzenie warunków do godzenia obowiązków rodzicielskich z pracą zawodową (np. przez dłuższe urlopy macierzyńskie, płatne urlopy wychowawcze z prawem do pełnego wliczenia okresu przerwy do emerytury, praca w niepełnym wymiarze godzin);
- tworzenie możliwości zapewnienia młodym małżeństw dostępu do własnego mieszkania na warunkach zróżnicowanych w zależności od stopnia zamożności;
- uruchomienie mechanizmów pomagających tworzyć nowe miejsca pracy;
- zwiększanie dostępności żłobków i przedszkoli;
- pedagogizacja rodziców;
- wspieranie rodzin naturalnych, a w sytuacji ich dysfunkcji – tworzenie rodzinnych form opieki, stosując zasady: „bliżej” (środowiska naturalnego dziecka), „krócej”, „taniej” (niż w instytucjonalnych formach opieki);
- podejmowanie wczesnej interwencji oraz aktywnych form pracy z rodzinami z tzw. grup ryzyka;

³⁹ A. Gałuszka, W. Misztal, P. Stańczyk (red.), *Samorząd terytorialny na rzecz rodziny*, Kraków 1999, s. 55–56.

⁴⁰ Ibidem, s. 57.

⁴¹ Ibidem, s. 87.

⁴² Ibidem, s. 59–60, 68–72, 83–88 oraz Z. Dąbrowski, *Pedagogika opiekuńcza...*, op. cit., s. 79–83.

- inicjowanie i wspieranie grup, organizacji, ruchów, stowarzyszeń pełniących funkcje rodzicielskich grup wsparcia;
- prorodzinna edukacja całego społeczeństwa, realizowana poprzez przygotowywanie w szkole młodego pokolenia do życia w rodzinie, popularyzowanie prawidłowych wzorców życia rodzinnego w środowiskach masowego przekazu i uwrażliwianie na problemy rodzin;
- tworzenie lokalnych systemów profilaktyki (w tym zwłaszcza sieci poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego, małżeńskiego, rodzinnego i młodzieżowego) oraz rozszerzanie wachlarza form profilaktyki;
- przeprowadzenie działań diagnostycznych, które pokazałyby faktyczne problemy współczesnych rodzin i wyznaczyły kierunki potrzebnych działań, porządkując je według ważności i pilności wdrażania;
- uwzględnianie rozwiązań prorodzinnych w stanowieniu prawa lokalnego.

Cele są zatem już sformułowane, należy je „tylko” realizować.

Podsumowanie

Wprawdzie, jak wynika z danych GUS⁴³, liczba urodzeń znowu rośnie⁴⁴, ale ten (może tymczasowy) wzrost dzietności nie jest wystarczającym powodem do uspokojenia, bowiem wraz z nim musi iść w parze komplementarne, systemowe zaplecze w postaci polityki rodzinnej. Nadal brak perspektyw na stabilizację, a permanentny stres i świadomość deklaratywnego wymiaru ochrony macierzyństwa w polskich warunkach to czynniki silnie niesprzyjające prokreacji. Potrzeba tu zatem nie tylko bodźców prawnych (nawiasem mówiąc niektóre z nich, jak np. znaczne wydłużenie okresu urlopu macierzyńskiego, mogą działać na niekorzyść kobiet, zmniejszając w ten sposób ich szanse zawodowe⁴⁵), ale także praktycznych rozwiązań, których faktyczne wprowadzanie w życie i sukcesywne realizowanie budziłoby w kobietach, potencjalnych i faktycznych matkach, wewnętrzny spokój, obniżało ich lęki i gwarantowało poczucie bezpieczeństwa psychicznego i socjalnego, sprzyjając podejmowaniu decyzji prokreacyjnych. Sama praca socjalna, stojąc przed wyzwaniem ochrony macierzyństwa, nie zdoła jako

⁴³ Można to sprawdzić np. na stronie internetowej <<http://www.stat.gov.pl/gus>>.

⁴⁴ W Polsce współczynnik dzietności na poziomie 2,1, zapewniający tzw. prostą wymianę pokoleń, został ostatni raz osiągnięty w 1988 roku. Od tego roku współczynnik ten uległ ciągłemu spadkowi, aż w 2003 roku osiągnął niepokojąco niską wartość 1,22.

⁴⁵ Patrz np. B. Balcerzak-Paradowska, H. Perło, D. Bieniasz, G. Uścińska, M. Rusewicz, H. Zalewska, *Świadczenia z tytułu...*, op. cit., s. 50.

profesja uchronić go przed degradacją, ale wsparta instrumentami ochrony prawnej, zdrowotnej i socjalnej, ma szansę zaistnieć w systemie wsparcia i ochrony macierzyństwa.

Wybrana literatura

- Frąckiewicz L., *Spoleczno-demograficzne bariery dzietności*, (w:) K. Frysztacki, K. Heffner (red.), *W odpowiedzi na zjawiska i wyzwania społeczne*, Opole 2003.
- Uścińska G. (red.), *Zabezpieczenie w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości*, Warszawa 2008.
- Wóycicka I. (red.), *Szansy na wzrost dzietności – jaka polityka rodzinna?*, Gdańsk 2005.

... i potrzeba ochrony wielodzietności

Rodziny wielodzietne na tle rodzin polskich

W obliczu przemian, jakie dotyczą polskie rodziny, w tym tendencji do zmniejszania liczby rodzonych w nich dzieci, określenie „rodzina wielodzietna” zdaje się nie być już tak jednoznaczne jak jeszcze pół wieku temu, kiedy za rodzinę wielodzietną uznawano tę z minimum pięciorgiem dzieci⁴⁶. Przez lata, w wyniku zmian w obrębie dzietności, te kryteria demograficzne się zmieniały, w różny sposób wyznaczając liczbę dzieci jako wskaźnik uznania rodzin za wielodzietne.

Kryteria wielodzietności są nieco inne i zależne od dyscypliny (niestety pojęcie to nie ma swojej definicji ustawowej). Rodzina wielodzietna z demograficznego punktu widzenia to rodzina z co najmniej czworgiem dzieci, natomiast z perspektywy ekonomicznej – z co najmniej trojgiem dzieci⁴⁷. Ustawa o świadczeniach rodzinnych za rodzinę wielodzietną uznaje tę, w której wychowuje się troje i więcej dzieci⁴⁸.

W obecnie obserwowanej w Polsce tendencji do bezdzietności i małodzietności, rodziny wielodzietne, zwłaszcza powstające ze świadomym zamiarem, zdają się być postrzegane jako ewenement.

⁴⁶ J. Śledzianowski, *Rodzina wielodzietna*, „Wychowawca” nr 12/2009.

⁴⁷ Za: I. Kowalska, *Rodzina wielodzietna w procesie demograficzno-społecznych zmian modelu dzietności w okresie transformacji ekonomicznej*, (w:) J. Krynicka, J. Rudzka (red.), *Sytuacja rodzin wielodzietnych w Polsce a polityka rodzinna*, Warszawa 2006, s. 18.

⁴⁸ Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228, poz. 2255, z późn. zm.).

Jak wynika z danych ostatniego Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku, w Polsce liczone wówczas prawie 10,5 mln rodzin, w tym prawie 6,1 mln utrzymujących dzieci w wieku do lat 24. Ogółem było wówczas 1024 tys. rodzin z trojgiem lub więcej dzieci (z czego 43,6% zamieszkiwało w miastach, a 56,4% – na wsiach), w tym 717,4 tys. stanowiły rodziny z trojgiem dzieci, 202,9 tys. – z czworgiem dzieci, a 103,7 tys. z pięciorgiem lub więcej dzieci⁴⁹. Rodziny mające troje i więcej dzieci stanowiły wtedy 16,8% ogółu rodzin w Polsce (przy czym odsetek tych rodzin na wsi wynosił 25,3%, a w miastach – 11,8%), a dzieci wychowywane w rodzinach trójdzietnych i większych stanowiły wówczas prawie 33% ogółu dzieci w wieku do 24 lat pozostających na utrzymaniu rodziców⁵⁰.

W literaturze odnaleźć można podział w obrębie rodzin wielodzietnych na ich trzy typy⁵¹, zachęcając w ten sposób do szerszego spojrzenia na nie:

- rodziny wielodzietne, które powstały w wyniku świadomej decyzji o posiadaniu dużej liczby dzieci, podejmowanej w zgodzie z preferowanym przez rodziców systemem wartości i światopoglądem; sytuacja materialna tych rodzin utrzymuje się na zadowalającym poziomie (niezwykle rodzice legitymują się wykształceniem wyższym); funkcje rodziny są wypełniane, jak i potrzeby poszczególnych członków są zaspokajane; te rodziny ocenia się jako funkcjonalne i niewymagające interwencji służb pomocowych;
- rodziny wielodzietne, których dochody okazują się niewystarczające, by prawidłowo funkcjonować pod względem socjalno-bytowym, kulturalnym i edukacyjnym, przy czym obowiązki rodzicielskie wypełniane są prawidłowo, a potrzeby emocjonalne dzieci zaspokajane; rodziny te cechuje ubóstwo, zatem wymagają wsparcia finansowego;
- rodziny wielodzietne diagnozowane jako bezradne lub niewydolne wychowawczo, w których identyfikuje się czynniki generujące dysfunkcjonalność (np. długotrwałe bezrobocie, uzależnienia, przewlekłe choroby), brak dochodów pozwalających na zaspokojenie podstawowych potrzeb członków rodziny, a także zachowania patologiczne i demoralizujące oraz niewywiązywanie się z ról rodzicielskich; są one stałymi klientami ośrodków pomocy społecznej.

Podział ten obala stereotyp myślenia „wielodzietność = patologia”, niemniej rodzi się tu pytanie, jaki jest rzeczywisty procentowy rozkład tych poszczególnych typów rodzin.

⁴⁹ I. Kowalska, *Rodzina wielodzietna w procesie...*, op. cit., s. 11, 19–20.

⁵⁰ Patrz zestawienia umieszczone na portalu GUS. Dla uchwycenia dynamiki rozwoju lub regresu tej kategorii rodziny por. dane z Narodowego Spisu Powszechnego z 1988 roku, Raport o sytuacji rodzin polskich z 1998 roku.

⁵¹ Np. w: A. Rutkowska, *Wielodzietność – problem socjalny i próby pomocy*, „Pedagogika Społeczna” nr 2/2002, s. 90.

Pozytywne i negatywne aspekty specyfiki funkcjonowania rodzin wielodzietnych

Naiwnym byłoby wyjaskrawianie wyłącznie negatywnych lub wyłącznie pozytywnych aspektów związanych z istnieniem rodzin wielodzietnych, dlatego właściwym jest ukazanie obu tych perspektyw.

Najczęściej w kreśleniu obrazu przeciętnych współczesnych polskich rodzin wielodzietnych pojawia się w pierwszej kolejności przekonanie o nasyceniu ich patologią i biedą. Rodzicom przypisuje się zespół cech sprzyjających ubóstwu i dziedziczeniu niskiego statusu społecznego: niski poziom wykształcenia, niższe kwalifikacje zawodowe, bierność zawodową, a w konsekwencji uzyskiwanie niewielkich dochodów i niemożność zaspokajania potrzeb członków tak licznej rodziny oraz minimalne aspiracje życiowe (w zdecydowanej większości te tezy znajdują potwierdzenie w przeprowadzanych badaniach⁵²). Często wielodzietność postrzega się jako wyraz niefrasobliwości, lekkomyślności, nieodpowiedzialności, braku kultury seksualnej i świadomości w zakresie planowania liczby dzieci⁵³. Ich trudna sytuacja ekonomiczna tłumaczona jest jako efekt uzyskiwania dochodów niższych niż w rodzinach małodzietnych z jednoczesnym nadmiernym obciążeniem ekonomicznym związanym ze zwiększonymi potrzebami i wydatkami oraz biernością zawodową matki (która nie pracuje zawodowo, bo zajmuje się domem i dziećmi), ale także, znacznie częściej, jako efekt niezaradności i nieumiejętnego gospodarowania budżetem domowym. Jak zauważa J. Próchniewicz, „większość z nas odnosi się do niej niechętnie albo przynajmniej nieufnie. ‘Dziecioroby’ to jedno z najłagodniejszych określeń, jakie rodziny te czasami słyszą o sobie”⁵⁴.

Z pewnością rzeczywiście rodzinom tym dokuczają problemy ekonomiczne, co potwierdził między innymi Narodowy Spis Powszechny z 2002 roku, w podsumowaniu którego pojawił się wniosek, że poniżej poziomu

⁵² Wyniki takich przykładowych badań patrz np. B. Balcerzak-Paradowska, D. Staszewska, *Rodziny wielodzietne a bezrobocie*, Warszawa 1992, s. 10-15; L. Dyczewski, *Rodzina wielodzietna w okresie transformacji systemowej*, „Problemy Rodziny” nr 6/1993; M. Trawińska, *Rodziny wielodzietne*, (w:) M. Trawińska (red.), *Rodziny niepełne i wielodzietne*, Warszawa 1996; D. Graniewska, B. Balcerzak-Paradowska, D. Głogosz, *Warunki materialne rodzin wielodzietnych*, (w:) B. Balcerzak-Paradowska, D. Graniewska, B. Kołaczek, D. Głogosz (red.), *Rodziny wielodzietne w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, Warszawa 1997; A. Rutkowska, *Wielodzietność – problem socjalny ...*, op. cit.; L. Nowak, *Statystyczny obraz sytuacji ekonomicznej rodzin wielodzietnych*, (w:) J. Krynicka, J. Rudzka (red.), *Sytuacja rodzin wielodzietnych...*, op. cit., s. 30-36.

⁵³ M. Trawińska, *Rodziny wielodzietne...*, op. cit., s. 45.

⁵⁴ J. Próchniewicz, *Wielodzietność się optaca*: <<http://www.patronatnadrodzina.pl/artykuly.php>> [5.07.2010].

minimum egzystencji żyło 17,4% z trojgiem dzieci oraz aż 37,1% rodzin mających czworo i więcej dzieci⁵⁵. Istnieje więc silne skorelowanie diety z biedą⁵⁶. Mierne warunki bytowe pociągają za sobą niezaspokajanie potrzeb biologicznych (np. związanych z niedożywieniem czy żywnością ubogą w odżywcze składniki pokarmowe niezbędne dla rozwijających się organizmów dzieci), które dalej mogą powodować zaburzenia rozwoju fizycznego i konsekwencje zdrowotne. Niski status materialny rodzin może również ograniczać szanse pełnego rozwoju wychowywanych w nich dzieci, a w konsekwencji wywoływać u nich kolejne skutki socjalizacyjne, psychologiczne i społeczne: mogą one utrzymywać w sobie poczucie niskiej wartości, poczucie bycia gorszym, innym, mogą doświadczać poczucia izolacji społecznej, stygmatyzacji i depriwacji oraz w efekcie przyjmować postawy bierne, wyczekujące bądź roszczeniowe. Ponadto w rodzinach wysokowielodzielnych, z oczywistych względów, rodzice mogą poświęcać każdemu z nich niewiele czasu i uwagi, traktować je jednakowo, nie pielęgnować indywidualności każdego z nich, nie dostrzegać oryginalności ich osobowości, jednostkowych zainteresowań i potrzeb, co doprowadzić może do różnorodnych zaniedbań. Jak widać, dzieci z takich rodzin w pewnych aspektach mają gorszy start życiowy.

Z istnieniem i funkcjonowaniem rodzin wielodzietnych wiążą się jednak także korzystne czynniki socjalizacyjne, zwłaszcza jeśli są one pielęgnowane przez rodziców. Wielość i różnorodność sytuacji oraz relacji międzyosobowych, bogactwo struktur, wzajemnych odniesień i kontaktów społecznych,

⁵⁵ Potwierdzeniem tezy o wysokim wskaźniku zagrożenia ubóstwem rodzin wielodzietnych są również zestawienia tabelaryczne zawierające dane z 2004 i 2005 roku o odsetku typów gospodarstw domowych żyjących poniżej minimum egzystencji, poniżej relatywnej i ustawowej granicy ubóstwa (D. Graniewska, B. Balcerzak-Paradowska, D. Głogosz, *Zróżnicowanie warunków życia rodzin*, (w:) B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w wymiarze lokalnym*, Warszawa 2009, s. 70), a także tabele ilustrujące liczbę i dynamikę rodzin, w tym rodzin wielodzietnych, objętych pomocą społeczną gmin i powiatów w Polsce w latach 2004–2007 (Aneks tabelaryczny (w:) B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w wymiarze lokalnym*, Warszawa 2009, s. 331, 336–337) czy liczbę rodzin, w tym wielodzietnych, objętych taką pomocą w 2007 roku według liczby dzieci (ibidem, s. 339, 340).

⁵⁶ Poniżej przywołane konsekwencje wychowywania się w rodzinach dotkniętych problemem ubóstwa (nie tylko w rodzinach wielodzietnych) z inspiracji m.in.: B. Matyjas, *Dzieciństwo w kryzysie*, Warszawa 2008; B. Krzesińska-Żach, *Zagrożenia i możliwości rozwoju dzieci w rodzinie dotkniętej ubóstwem*, (w:) B. Matyjas (red.), *Problemy teorii i praktyki opiekuńczej*, Kielce 2005; A. Marzec-Tarasińska, *Rodzina długotrwale bezrobotna jako rodzina dysfunkcyjna – charakterystyka i formy pomocy*, (w:) M. Deptuła (red.), *Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej*, Bydgoszcz 2006; D. Głogosz, B. Kołaczek, *Sytuacja we wnętrzu rodziny i warunki rozwojowe dzieci*, (w:) B. Balcerzak-Paradowska, D. Graniewska, B. Kołaczek, D. Głogosz (red.), *Rodziny wielodzietne...*, op. cit.

a także płynące z nich możliwości poznawania, rozumienia i naśladowania reakcji, sposobów zachowań i postaw ułatwiają, a nawet przyspieszają i czynią pełniejszą socjalizację dzieci wychowywanych w licznych rodzinach⁵⁷. Wychowywanie się w rodzinie wielodzietnej stwarza możliwości nabywania i rozwijania umiejętności i zachowań społecznych: komunikacji, empatii, współdziałania, „odczytywania sytuacji społecznych”, rozwiązywania konfliktów, akceptacji odmiennych zachowań ludzkich, tolerancji, działania w grupie, w tym na rzecz jej zespolenia i utrzymania jedności oraz wzajemnego pomagania sobie; socjalizacja w takim środowisku rodzinnym uczy dzieci opiekuńczości, odpowiedzialności, dostrzegania i respektowania potrzeb innych, dzielenia się, ustępowania, przebaczenia, współpracy i altruizmu⁵⁸.

Wielodzietność niesie także pozytywne skutki w skali całego społeczeństwa. Ich istnienie gwarantuje trwanie dużych grup społecznych, takich jak naród, i zapewnienie ciągłości pokoleń.

Z istnieniem w społeczeństwie wiążą się również zyski natury ekonomicznej, ponieważ „rodziny mające dzieci stają się motorem gospodarki. Więcej potrzebują, więc więcej kupują, wiele gałęzi przemysłu funkcjonuje, bo pracują na potrzeby rodziców i dzieci. Rodzice, posyłając dzieci do szkół, tworzą miejsca pracy dla nauczycieli i pracowników kultury, korzystając z szeregu usług świadczonych dla dzieci, przyczyniają się do rozwoju różnych sektorów gospodarki i napędzają wzrost gospodarczy”⁵⁹.

Ponadto wychowanie wielu dzieci wypełni w przyszłości lukę w systemie emerytalnym (choć absurdem/niesprawiedliwym paradoksem jest to, że osoby, które wychowywały dzieci, miały ograniczoną ścieżkę rozwoju, wolniej uzyskiwały wyższe stanowiska i wzrost wynagrodzenia, zatem w efekcie nierzadko otrzymują niższe świadczenia od tych, którzy będąc bezdzietnymi, inwestowali w swój rozwój zawodowy i uzyskali wyższą kwotę kapitału bazowego dla wyliczenia wysokości emerytury; poza tym ich dzieci, wchodząc na rynek pracy, będą swoistymi „fundatorami” emerytur nie tylko swoich rodziców, ale też wszystkich bezdzietnych emerytów, ponieważ pokolenie dzieci będzie mniej liczne od pokolenia ich rodziców⁶⁰).

⁵⁷ Patrz np. R. Krzyszkowska, *W interesie państwa – rodziny wielodzietne*, „Przewodnik Katolicki”, nr 47/2006; H. Filipczuk, *Rodzina a rozwój psychiczny dziecka*, Warszawa 1981, s. 82–84, 170.

⁵⁸ Por. np. M. Mitura, *Podzielona szkoła*, „Psychologia w Szkole” nr 4/2008, s. 3–4; H. Filipczuk, *Rodzina a rozwój...*, op. cit., s. 172; L. Dyczewski, *Rodzina wielodzietna...*, op. cit., s. 24–25.

⁵⁹ J. Próchniewicz, *Wielodzietność się opłaca...*, op. cit.

⁶⁰ Sygnalizował to np. S. Kluza, *Aspekty ekonomiczne i demograficzne – podatek płacony dziećmi*, (w:) A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem i nadzieją Polski. Materiały z konferencji*, Warszawa 2009, s. 24–25.

Wsparcie społeczne dla rodzin wielodzietnych

Kwestia wielodzietności pojawia się w ustawie o pomocy społecznej w art. 7 w kontekście potrzeby jej ochrony (pkt 8) oraz w splocie z bezradnością w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (pkt 9).

Głównym podmiotem realizującym zadania wsparcia rodzin wielodzietnych w ich środowisku są miejskie ośrodki pomocy społecznej. Na podstawie informacji uzyskanych z wywiadu środowiskowego i po spełnieniu określonych kryteriów udzielają one odpowiednich przysługujących świadczeń (zatem rodzina wielodzietna, aby otrzymać pomoc finansową, musi być albo uboga albo dysfunkcyjna!). Są nimi zarówno świadczenia pieniężne (w postaci zasiłków, o których była mowa w części poświęconej potrzebie ochrony macierzyństwa), jak i pomoc rzeczowa. Osoby/rodziny mające prawo do zasiłku rodzinnego mogą także skorzystać z dodatków do tegoż zasiłku, zwłaszcza dodatku z tytułu wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, który obecnie wynosi 80 zł miesięcznie na trzecie i następne dzieci uprawnione do zasiłku rodzinnego (choć na mocy art. 15a ustawy o świadczeniach rodzinnych z 2003 roku wysokości dodatków mogą być podnoszone, ale z tego uprawnienia samorządy korzystają niechętnie). Tymczasem zdaniem ekspertów świadczenia rodzinne dla rodzin wielodzietnych mogą pełnić rolę egalitaryzującą i prewencyjną⁶¹.

Skoro nie ulega wątpliwości, że działania socjalne dla funkcjonowania rodzin wielodzietnych są niezbędne, można za A. Rutkowską⁶² działania pracowników socjalnych (podejmowane lub projektowane) na rzecz tych rodzin podzielić na cztery grupy: 1) przyznawanie świadczeń zgodnie z ustawowymi możliwościami jednostek pomocy społecznej; 2) praca socjalna z rodziną; 3) praca socjalna w środowisku, nakierowana na pobudzenie sił środowiska do wspierania żyjących w nim rodzin wielodzietnych; 4) integrowanie działań służb społecznych, instytucji i organizacji mogących wpływać na poprawę sytuacji rodzin wielodzietnych i jej poszczególnych członków.

W pejzażu polskim odnaleźć można także pewne inicjatywy, które podkreślają wartość wielodzietności i akcentują znaczenie istnienia rodzin wielodzietnych dla prawidłowego funkcjonowania polskiego społeczeństwa, teraz i w przyszłości.

⁶¹ B. Balcerzak-Paradowska, H. Perło, D. Bieniasz, G. Uścińska, M. Rusewicz, H. Zalewska, *Świadczenia z tytułu...*, op. cit., s. 80.

⁶² A. Rutkowska, *Wielodzietność – problem socjalny...*, op. cit., s. 93–94.

Przykładem takiego przedsięwzięcia może być zorganizowany w marcu 2010 roku w Gnieźnie zjazd pod hasłem „Rodzina nadzieją Europy”. W jego drugim dniu odbyła się debata „Polityki prorodzinne. Rodzina w ustawodawstwie Europy” poświęcona polityce prorodzinnej w rozwiniętych krajach europejskich oraz nadziejom na polepszenie sytuacji rodzin wielodzietnych w Polsce⁶³.

Do organizacji pozarządowych nakierowanych w swych celach na działania na rzecz rodzin wielodzietnych należy m.in. Związek Dużych Rodzin „Trzy Plus”, zorientowany na promowanie wielodzietności, reprezentowanie interesów rodzin wielodzietnych wobec władz publicznych i podejmowanie działań zmierzających do poprawy wizerunku i sytuacji tych rodzin⁶⁴.

W części miast aktywne są samorządy lokalne, które np. wprowadziły tzw. Kartę dużej rodziny, mając na celu polepszenie warunków życiowych rodzin wielodzietnych bez względu na ich dochód i dając im pakiet przywilejów w postaci uprawnień dla ich członków (ich ilość i jakość zależy od inicjatywy władz samorządowych) do bezpłatnego lub ulgowego korzystania m.in. z komunikacji miejskiej czy wstępu do instytucji kultury oraz rozrywki (jak np. w Grodzisku Mazowieckim, Tychach) albo działającą podobnie Kartę Rodzina Plus (np. we Wrocławiu czy Bielsku-Białej).

Często orędownikami wielodzietności i rzecznikami rodzin wielodzietnych są środowiska katolickie⁶⁵.

To jedynie wybrane przykłady, bo pokrewne przedsięwzięcia podejmowane są także w innych miastach Polski (niekiedy we współpracy z ELFAC – *European Large Families Confederation*).

⁶³ Szczegółowiej patrz <<http://www.zjazd.eu>> [5.07.2010].

⁶⁴ Stowarzyszenie to zrodziło się po konferencji „Duże rodziny bogactwem i nadzieją Polski. Promocja pozytywnych praktyk jednostek samorządu lokalnego w działaniach na rzecz rodzin wielodzietnych”, zorganizowanej w grudniu 2006 roku przez środowiska rodzin wielodzietnych we współpracy z Departamentem ds. Kobiet, Rodziny i Przeciwdziałania Dyskryminacji w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Więcej patrz <<http://www.3plus.pl>> oraz w: A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem...*, s. 146–154, 162–165.

⁶⁵ Takim aktywnym w obszarze promowania wielodzietności jest katolickie środowisko poznańskie, w którym energicznie działa między innymi fundacja „Głos dla Życia” – organizacja pozarządowa, która od 1991 roku podejmuje działania na rzecz szeroko pojętej obrony życia i rodziny, prowadzi pomoc charytatywną, wspiera materialnie, rzeczowo i doradczo matki w stanie błogosławionym i rodziny wielodzietne znajdujące się w trudnym położeniu. Fundacja ta, przy współpracy Klubu Rodzin Wielodzietnych *Civitas Christiana*, Duszpasterstwa Rodzin Archidiecezji Poznańskiej, Stowarzyszenia Rodzin Katolickich i innych, realizuje w Poznaniu program „Patronat nad rodziną”, który służy pomocą rodzinom wielodzietnym i polega na systematycznym i długofalowym wspieraniu konkretnej rodziny z przynajmniej czworgiem dzieci. Szerzej patrz <http://prolife.com.pl/pg/pl/fundacja_glos_dla_zycia.html> oraz <<http://www.patronatnadrodzina.pl>>.

Ku optymalizacji działań pomocowych na rzecz rodzin wielodzietnych

Przywołane powyżej formy wspomagania rodzin wielodzietnych służą polepszeniu warunków ich codziennego życia, jednak okazują się niewystarczające⁶⁶.

W Strategii Polityki Społecznej na lata 2007–2013 (przyjętej przez Radę Ministrów w 2005 roku), w dziale III – „Priorytety i kierunki polityki społecznej w latach 2007–2013”, w wyznaczonym w niej I priorytecie („Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin. Wsparcie rodzin w wychowaniu i edukacji dzieci”) mowa jest o tym, że cel, jakim jest tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie i środowiskach pozarodzinnych jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego, realizowany będzie między innymi poprzez wspieranie rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci w rodzinie, w tym rozwój i modyfikacje systemu świadczeń rodzinnych, tj. zwiększanie wysokości świadczeń i dodatków oraz preferencje dla rodzin wielodzietnych zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach rodzinnych. Tyle założenia o dużym stopniu ogólności.

Na prorodzinną strategię państwa trzeba wreszcie patrzeć bardziej w kategoriach inwestycji niż w kategoriach kosztów. Niestety politykom brakuje dalekowzroczności i cierpliwości (i/lub chęci wyjścia poza doraźne, polityczne cele?), aby na efekty dzisiaj podejmowanych decyzji czekać około 20 lat (bo zwrot inwestycji państwa w dietność następuje najwcześniej dopiero po takim okresie). Ciągłe brakuje perspektywistycznego myślenia, a podejmowane próby rozwiązań zdają się być prowizorycznymi.

Polityka społeczna nie może być „zbiorem nieskoordynowanych, chaotycznych i przypadkowych działań bez określonego celu oraz bezcelowo zastosowanych środków mających prowadzić do zaplanowanych, określonych zmian społecznych. (...) Okazjonalne, doraźne działania nie mogą zmienić sytuacji rodziny, której życie ma charakter ciągły”⁶⁷. Ponadto zadania polityki społecznej wobec rodzin wielodzietnych muszą być częścią spójnej polityki społecznej przyjaznej rodzinie, wspierającej ją w realizowaniu wszystkich jej właściwych funkcji: prokreacyjnej, ekonomicznej, opie-

⁶⁶ Utwierdza to społeczne przekonanie o tym, że kierowana do tych rodzin pomoc jest marnotrawieniem środków (bo środowiska te nie rokują zmian na lepsze) i minimalnie zmienia ich sytuację. Od razu więc jawi się jeden z celów działań, jakim winno być wypracowanie społecznej akceptacji pomocy dla rodzin wielodzietnych.

⁶⁷ J. Hryniewicz, *Polityka społeczna wobec rodzin wielodzietnych*, (w:) A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem...*, op. cit., s. 128–129.

kuńczo-wychowawczej i socjalizacyjnej⁶⁸. Skupieni w grupie „Pro-rodzina” rodzice wielodzietni w liście do minister Zyty Gilowskiej z 2006 roku zastrzegali, że nie są kolejną grupą domagającą się finansowych przywilejów, a jedynie apelują o „prowadzenie aktywnej i konstruktywnej polityki rodzinnej, która doprowadzi do takiej przebudowy systemu finansów państwa, aby osoby, które perspektywicznie wnoszą do niego najwięcej nie były zarazem najbardziej obciążone”⁶⁹.

Także przedstawiciele Związku Dużych Rodzin „Trzy Plus” wnioskowali, aby państwo podjęło bardziej zdecydowane niż dotychczas kroki, i oczekiwali od władz państwowych:

- wprowadzenia obowiązku dołączania przez projektodawców aktów prawnych przewidywanych skutków dla sytuacji rodzin,
- kontynuowania polityki podatkowej uznającej prawo rodziny do płacenia podatku dochodowego z uwzględnieniem liczby jej członków uzupełnione o stosowanie tzw. podatku ujemnego w przypadku rodzin o niskich dochodach⁷⁰,
- przygotowania rozwiązań prawno-ekonomicznych w zakresie zabezpieczenia emerytalnego przysługujących rodzicom wychowującym dzieci prawo do emerytury za okres pozostawania z małymi dziećmi w domu,
- przygotowania rozwiązań prawno-ekonomicznych polegających na możliwości dowolnego korzystania przez rodzinę z dotacji publicznych na wychowanie przedszkolne (tzw. bon wychowawczy) poprzez przyznanie rodzicowi pozostającemu z małym dzieckiem w domu prawa do wynagrodzenia w tym okresie,
- przygotowania rozwiązań prawnych przysługujących dzieciom z dużych rodzin prawa do bezpłatnego lub ulgowego korzystania z komunikacyjnych, edukacyjnych i w zakresie ochrony zdrowia, dóbr kultury i sportu (tzw. karta dużej rodziny),
- stworzenia gwarancji bezpieczeństwa finansowego kobiet wychowujących dzieci do lat 3 poprzez wydłużenie urlopu macierzyńskiego i przynajmniej częściowo płatnego urlopu wychowawczego⁷¹.

⁶⁸ Szczegółowiej ibidem, s. 134-137.

⁶⁹ Pelen tekst tego listu patrz np. w: A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem...*, s. 139 albo <<http://www.pro-rodzina.pl>> [23.07.2010].

⁷⁰ Inne rozważania na ten temat patrz np. L. Bosek, *Neutralny czy prorodzinny system podatkowy*, (w:) J. Krynicka, J. Rudzka (red.), *Sytuacja rodzin wielodzietnych...*, op. cit.

⁷¹ *Nadzieja dla rodzin wielodzietnych*, „Głos dla Życia”, nr 3 (92)/2008, s. 19. Pewne postulaty wysuwał również P. Wosicki, twierdząc, że „aby przywrócić rodzinie należne jej miejsce w społeczeństwie, nie można biernie czekać na zmiany systemowe, ale podjąć konkretne działania w społecznościach lokalnych” - więcej patrz P. Wosicki, *Czy rodziny wielodzietne skazane są na zagładę*, „Głos dla Życia” nr 3/2004.

Część z tych postulatów wydaje się nadal nierealnymi do realizacji w polskich warunkach. A tylko na komplementarności tych i innych działań można zbudować sukces zastępowalności pokoleń.

Ciągle brakuje w naszym państwie pewnych przyjaznych rodzinie mechanizmów ekonomicznych. Pojawiają się opinie, że potrzeba włączenia rozwiązań z zakresu polityki podatkowej do katalogu instrumentów służących realizacji niektórych celów polityki społecznej⁷². Wprawdzie od 1 stycznia 2007 podatnicy mają możliwość odpisania od podatku dochodowego pewnej kwoty na każde wychowywane dziecko (tzw. ulga podatkowa na dzieci⁷³), ale nadal nie jest ona dobrym rozwiązaniem dla najuboższych rodzin. Ludzie zarabiający mało lub stosunkowo mało najczęściej bowiem nie mogą z tej ulgi skorzystać. Ich podatek jest bowiem na tyle niski, że nie starcza na pełne odpisanie ulgi na każde dziecko.

Należy także zauważyć, iż dla rodzin wielodzietnych podatek VAT, będący podatkiem od konsumpcji, stanowi dodatkowe obciążenie. Opodatkowanie VAT-em wszelkich zakupionych towarów i usług (a więc mediów, energii, artykułów spożywczych, towarów dla dzieci itp.) powoduje, iż to rodziny wielodzietne ponoszą - z ekonomicznego punktu widzenia - znacznie większy ciężar tego podatku niż rodziny bezdzietne lub małodzietne⁷⁴. W sytuacji natomiast, gdy rodzic/rodzice mają dobre zarobki, rodzica-podatnika „dopada” progresywny podatek liniowy. Jest to więc podwójna dyskryminacja podatkowa rodzin wielodzietnych i wzmocnienie procesu ich pauperyzacji.

Bezpośrednia polityka rodzinna jest skuteczniejsza, gdy ma charakter lokalny; duża w tym rola samorządów, które prowadzą lokalną politykę rodzinną, bezpośrednio adresowaną do rodzin, opartą na wcześniejszym rozpoznaniu potrzeb i problemów rodzin na danym terenie, co pomaga w lokalnym tworzeniu warunków pozwalających usunąć przyczyny ich powstawania i dostosowywanie rozwiązań odpowiadających konkretnym sytuacjom i problemom⁷⁵.

Bezspornym jest, że rodziny wielodzietne w Polsce doświadczają marginalizacji i potrzebują wsparcia. Niech więc na pierwszy rzut oka korzystny kształt polityki rodzinnej nie pozostanie atrakcyjnym wyłącznie w warstwie

⁷² Np. S. Legat, *Wprowadzenie*, (w:) J. Krynicka, J. Rudzka (red.), *Sytuacja rodzin...*, op. cit., s. 6.

⁷³ Więcej patrz <<http://www.podatki.egospodarka.pl>> albo <<http://www.gazetaprawna.pl/tagi/ulgi-podatkowe;ulga-na-dzieci>>.

⁷⁴ Uwaga za: A. Pakuła-Sacharczuk, (w:) A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem...*, op. cit., s. 27.

⁷⁵ B. Balcerzak-Paradowska, *Polityka społeczna i rodzinna w wymiarze lokalnym – podstawy koncepcyjne*, (w:) B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w wymiarze lokalnym*, Warszawa 2005, s. 26–28.

deklaratywnej. Trzeba stworzyć ciąg działań sprzyjających rozwiązaniu istotnych problemów rodzin wielodzietnych i pilnie poszukiwać realnych rozwiązań⁷⁶. Ponadto potrzeba również konkretnych rozwiązań nie tylko dla tych rodzin wielodzietnych, których kondycja ekonomiczna i socjalizacyjna jest mierna, lecz także dla rodzin wielodzietnych, które nienajgorzej radzą sobie z realizacją przypisanych rodzinie funkcji, a które to rozwiązania służyłyby promocji wielodzietności i w dłuższej perspektywie zachęcałyby do jej realizowania.

Wybrana literatura

- Balcerzak-Paradowska B., Graniewska D., Kołaczek B., Głogosz D. (red.), *Rodziny wielodzietne w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, Warszawa 1997.
- Dembińska A. (red.), *Duże rodziny bogactwem i nadzieją Polski. Materiały z konferencji*, Warszawa 2009.
- Krynicka J., Rudzka J. (red.), *Sytuacja rodzin wielodzietnych w Polsce a polityka rodzinna*, Warszawa 2006.
- Materiały z sympozjum „Zrozumieć rodzinę wielodzietną”*, Poznań 2006.
- Rutkowska A., *Wielodzietność – problem socjalny i próby pomocy*, „Pedagogika Społeczna” nr 2/2002.
- Trawińska M., *Rodziny niepełne i wielodzietne*, Warszawa 1996.
- Wosicki P., *Czy rodziny wielodzietne skazane są na zagładę?*, „Głos dla Życia” nr 3/2004.

⁷⁶ A. Szymański, *Rodzina w prawodawstwie polskim – stan faktyczny i pożądane kierunki zmian*, (w:) A. Dembińska (red.), *Duże rodziny bogactwem...*, op. cit., s. 29.

BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIA GOSPODARSTWA DOMOWEGO, ZWŁASZCZA W RODZINACH NIEPEŁNYCH LUB WIELODZIETNYCH

Od bezradności do zaradności rodziny

Rodzina z wieloma problemami a bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego – wyjaśnienia terminologiczne

Znaczna ilość rodzin korzysta z pomocy społecznej z powodu tak zwanej bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego.

W ustawie o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku¹ przesłanką umieszczoną w punkcie 9 artykułu 7 umożliwiającą ubieganie się o świadczenia jest bezradność, przy czym ustawodawca uszczegółowił ją, dodając sprawy opiekuńczo-wychowawcze i prowadzenie gospodarstwa domowego. Tego typu przesłanka ma zastosowanie w szczególności do rodzin niepełnych i wielodzietnych. Zdaniem S. Niteckiego² pojęcie „bezradności” nie ma jednoznacznego zakresu i może być rozpatrywane w ujęciu obiektywnym oraz subiektywnym. Ujęcie obiektywne bezradności wiąże się z faktyczną bezradnością danej osoby, czyli brakiem umiejętności w samodzielnym zaspokajaniu niezbędnych potrzeb swoich i swoich najbliższych. Ujęcie

¹ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. Nr 64 poz. 593).

² S. Nitecki, *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 171.

subiektywne związane jest z wewnętrznym przekonaniem danej osoby o swojej bezradności. Z punktu widzenia pomocy społecznej, zdaniem tego autora³, pojęcie to należy widzieć w ujęciu obiektywnym, gdyż tylko tak ujmowane może stanowić przesłankę ubiegania się o świadczenie. Wyodrębnienie dwóch sfer, w których bezradność występuje – umiejętności opiekuńczo-wychowawcze i prowadzenie gospodarstwa domowego – jest równoznaczne z tym, że jeżeli bezradność występuje w innych sferach, nie będzie stanowiła przesłanki przyznania świadczenia. S. Nitecki zwraca uwagę, że należy rozgraniczyć dwie kwestie: bezradność jako obiektywną niemożność poradzenia sobie w trudnej sytuacji życiowej z powodu np. ograniczonych środków oraz bezradność związaną z nieumiejętnością wykonywania funkcji opiekuńczo-wychowawczych czy niewłaściwym prowadzeniem gospodarstwa domowego. Tylko to drugie rozumienie bezradności może być przesłanką uzasadniająca ubieganie się o świadczenie z punktu 9.

Warto nadmienić, co ustawodawca rozumie przez rodzinę, rodzinę wielodzietną i rodziną niepełną.

Zgodnie z art. 6 pkt 14 „rodzina to osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące”. „Rodzina wielodzietna” to rodzina posiadająca co najmniej troje dzieci. „Rodzina niepełna” składa się z osoby samotnie wychowującej dzieci (panna, kawaler, rozwódka, rozwodnik, wdowa, wdowiec) oraz dzieci.

W literaturze przedmiotu rodziny potrzebujące wsparcia ze strony pomocy społecznej w prawidłowym wypełnianiu swoich funkcji nazywane są również „rodzinami specjalnej troski”. Do tej grupy K. Wódz⁴ zaliczyła te, których materialne warunki bytu odbiegają w drastyczny sposób od poziomu przyjętego za niezbędny społecznie, a więc rodziny żyjące poniżej granicy minimum socjalnego. Sytuacja ubóstwa, spowodowanego zdarzeniami losowymi, takimi jak wypadek, choroba, zgon jedyne go żywiciela rodziny, może być przyczyną tego, że rodzina jest zmuszona do korzystania z pomocy społecznej. Jednakże wspomniana kategoria tych rodzin jest znacznie szersza, obejmuje ponadto rodziny wielodzietne, niepełne, mające jedyne go żywiciela, rodziny z osobą z niepełnosprawnością, z osobami w podeszłym wieku, rodziny, w których występują różnorakie kryzysy, również te związane z cyklem rozwoju rodziny (np. wczesny okres małżeństwa) oraz te, w których występują zjawiska patologiczne: przestępczość, prostytutka, alkoholizm, demoralizacja nieletnich itd. Rodziny szczególnej troski stają się, zdaniem K. Wódz⁵, „rodzinami problemowymi” w sensie społecznym wów-

³ Ibidem.

⁴ K. Wódz, *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Katowice 1998, s. 166.

⁵ Ibidem, s. 167.

czas, jeśli występujące w nich zjawiska dysfunkcyjne prowadzą do deprivacji podstawowych potrzeb ich członków, zwłaszcza dzieci, osób wymagających opieki, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Rodziny, których objawy niewydolności obejmują wiele ważnych funkcji, określane są również mianem „rodzin wieloproblemowych”⁶ lub w ostatnich latach „rodzin z wieloma problemami”⁷, co jest zgodne ze współczesnymi tendencjami w teorii i praktyce pracy socjalnej (*empowerment*), zgodnie z którymi dąży się do podmiotowego traktowania klienta, niestosowania etykiet oraz oddzielania problemu od człowieka, wskazując w ten sposób, że rodzina posiada zasoby, że deficyty, zaburzenia stanowią tylko jakąś część jej funkcjonowania lub są przejściowe, czyli dają szansę na zniwelowanie⁸. Do wielu problemów rodziny można zaliczyć: trudności wychowawcze z dziećmi, niski poziom umiejętności prowadzenia domu, ubóstwo, bezrobocie, przemoc, nadużywanie alkoholu, przewlekłą chorobę, w tym psychiczną, niepełnosprawność, narkomanię.

W pedagogice rodzina korzystająca z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego jest określana również terminem „rodzina dysfunkcyjna”⁹. Pojęcie rodziny dysfunkcyjnej dotyczy różnych kategorii rodzin. Ogólnie przyjmuje się, że są to rodziny, które nie realizują społecznie określonej roli rodzicielskiej lub też redefiniują tę rolę w sposób niebudzący społecznej akceptacji. W znaczeniu węższym można powiedzieć, że rodzina dysfunkcyjna nie wypełnia jednej lub kilku przypisanych jej funkcji¹⁰. Zamiennie używa się terminów, takich jak: „rodziny niewydolne wychowawczo”¹¹, „rodziny wieloproblemowe”, „rodziny ryzyka”¹², czasami „rodziny patologiczne”¹³.

⁶ Ibidem, s. 167; A. Smrokowska-Reichmann, *Zagrożenie dziecka w rodzinie wieloproblemowej z perspektywy pracy socjalnej*, „Wspólne Tematy”, nr 2-4/2009; A. Smrokowska-Reichmann, *Ci trudni klienci. Jak pomagać rodzinie wieloproblemowej?*, „Wspólne Tematy” nr 4-5/2005.

⁷ I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Katowice 2010, s. 11.

⁸ Ibidem, s. 11-12.

⁹ Np. J. Brągiel, *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*, Opole 1996, s. 40-48; M. Jarosz, *Rodziny dysfunkcyjne*, (w:) M. Jarosz (red.), *Rodzina polska lat siedemdziesiątych*, Warszawa 1982; T. Sakowicz, *Dysfunkcyjność rodziny a resocjalizacja. Wybrane teksty z socjologii rodziny i resocjalizacji*, Kraków 2006; S. Kawula, *Człowiek w relacjach socjopatologicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu*, Toruń 1999; A. Smrokowska-Reichmann, *Interwencja na rzecz dziecka z rodziny dysfunkcyjnej*, „Wspólne Tematy”, nr 3-4/2008.

¹⁰ B. Smolińska-Theiss, *Rodzina dysfunkcyjna*, (w:) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. V, Warszawa 2006, s. 330.

¹¹ K. Wódcz, *Praca socjalna w środowisku...*, op. cit., s. 167.

¹² R. Juras, *Rodziny znacznego ryzyka społecznego*, „Problemy Rodziny” nr 4/1985.

Wyróżnia się dwie perspektywy rozumienia pojęcia „rodzina dysfunkcyjna”: normatywno-stygmatyzacyjną oraz diagnostyczno-opisową¹⁴.

W perspektywie normatywno-stygmatyzacyjnej terminu „rodzina dysfunkcyjna” używa się w pracy pedagoga, kuratora, pracownika socjalnego, terapeuty, w celu oznaczenia zaburzonej rodziny. Duże znaczenie ma tutaj rozbieżność pomiędzy społecznie przyjętą i akceptowaną normą wypełniania zadań rodzicielskich a ogólnymi działaniami danej rodziny. Zaburzone funkcjonowanie rodziny zagraża zaspokajaniu potrzeb przede wszystkim dzieci, przyczynia się ono do zaburzeń rozwojowych, może w swych skutkach prowadzić do całkowitego rozpadu więzi rodzinnych. „Pojęcie *rodziny dysfunkcyjnej* w tej perspektywie odnosi się do normy. Jest oceną, etykietą przypisaną danemu typowi rodzin czy konkretnej rodzinie. Jest także stygmatem, naznaczeniem rodziny. Wyrasta ono z elementów kontroli społecznej i oznacza nadanie rodzinie brzemienia społecznego, nazwanie jej np. rodziną biedną, rodziną alkoholików, rodziną niewydolną, rodziną patologiczną”¹⁵. Mamy tutaj do czynienia ze zjawiskiem stygmatyzacji, krzywdzącego naznaczenia rodziny.

2. W perspektywie diagnostyczno-opisowej podkreślane jest znaczenie barier rozwojowych członków rodziny i trudności, jakie napotyka na drodze prawidłowego funkcjonowania, czyli dokonuje się tutaj diagnozy i opisu sytuacji życiowej danej rodziny. Taki sposób postrzegania przyjmuje się w dokumentacji pracowników socjalnych czy kuratorów sądowych. W tej perspektywie wartość człowieka ujmuje się w aspektach pozytywnych, unika się stygmatyzacji i nadawania negatywnych etykiet społecznych; podkreśla się wartość i godność jednostki ludzkiej. Problemy dotyczące biedy, bezrobocia, alkoholu postrzegane są jako utrudnienia, obciążenia dla rodziny¹⁶. Należy wyszukiwać oraz wzmacniać pozytywne cechy jednostek, gdyż dzięki nim rodzina jest w stanie pokonać, przezwyciężyć swoje problemy.

Tak więc praca z rodziną, która zgłasza się po pomoc społeczną z powodu bezradności opiekuńczo-wychowawczej i prowadzenia gospodarstwa domowego, to nie tylko przyznanie świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku okresowego i/lub celowego i pomocy rzeczowej, ale również praca socjalno-wychowawczo-terapeutyczna, prowadząca do podniesienia poziomu tych umiejętności, w szczególności:

- prawidłowego wychowania i opieki nad dziećmi (organizowanie czasu wolnego dzieciom, budowanie prawidłowych więzi między członkami

¹³ Ibidem.

¹⁴ B. Smolińska-Theiss, *Rodzina dysfunkcyjna...*, op. cit., s. 331.

¹⁵ Ibidem, s. 332.

¹⁶ Ibidem, s. 331-332.

- rodziny, rozwijanie umiejętności wychowawczych, aktywne uczestnictwo w życiu szkolnym dziecka),
- dbania o zdrowie (higiena, pielęgnacja, prawidłowe odżywianie, rekreacja, w razie potrzeby leczenie i rehabilitacja),
 - gospodarowania budżetem domowym (planowanie i monitorowanie wydatków, oszczędne gospodarowanie mediami, spłata zadłużeń),
 - wykonywania prac na rzecz domu oraz ich podziału na członków rodziny (sprzątanie, zmywanie, gotowanie, prasowanie, remont itd.),
 - pozyskiwania usług na rzecz domu i rodziny (np. związanych z naprawą, załatwianiem spraw urzędowych, znalezieniem pracy, kontaktów ze służbą zdrowia)¹⁷.

Wybrane formy pomocy rodzinie w celu podniesienia poziomu umiejętności opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego

Działania skierowane do rodziców, mające na celu rozwiązanie problemu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego powinny obejmować konsultacje, poradnictwo lub/i kompleksową terapię całej rodziny, pomoc materialną i pomoc rzeczową. Z kolei działania skierowane do dzieci to zajęcia profilaktyczne lub terapeutyczne. Mogą być one realizowane poprzez działalność placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego oraz pomoc wolontariuszy (np. Program Starszy Brat – Starsza Siostra, Pogotowie Lekcyjne), mającą na celu dostarczanie pozytywnych wzorów zachowań, naukę prospołecznych wartościowych form spędzania wolnego czasu, pomoc w nauce i niwelowanie deficytów szkolnych. Coraz bardziej popularna w Polsce jest też pedagogika ulicy¹⁸.

Na terenie województw (ale głównie w miastach) działają instytucje i organizacje wspierające rodziny z problemem bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia domu. Są to przede wszystkim jednostki organizacyjne pomocy społecznej, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego i całodobowe, szkoły, sądy oraz organizacje pozarządowe.

Zgodnie bowiem z art. 70 i 71 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku rodzinie mającej trudności w wypełnianiu swoich zadań

¹⁷ I. Krasiejko, *Metodyka działania...*, op. cit., s. 255.

¹⁸ A. Smrokowska-Reichmann (red.), *Pedagogika ulicy – wyzwanie dla pracy socjalnej*, „Na Temat” nr 2/2008; A. Kurzeja, *Dzieci ulicy – profilaktyka zagrożeń*, Kraków 2008.

oraz dziecku z tej rodziny udziela się pomocy, w szczególności w formie: poradnictwa rodzinnego; terapii rodzinnej rozumianej jako działania psychologiczne, pedagogiczne i socjologiczne, mające na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania jej zadań; pracy socjalnej; zapewnienia dzieciom opieki i wychowania poza rodziną.

Rodzina otrzymuje pomoc w szczególności przez działania: specjalisty przygotowanego do pracy z rodziną w placówce lub w środowisku lokalnym; placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego; innych podmiotów, których działanie daje potrzebne wsparcie dziecku i rodzinie. Udzielając pomocy, należy mieć na względzie podmiotowość dziecka i rodziny oraz prawo dziecka do wychowania w rodzinie.

W Polsce konieczne są rozwiązania systemowe, które zapewnią rodzinom realną pomoc, opierające się także na zasobach samych rodzin. Poniżej zostaną przedstawione przykładowe formy pomocy rodzinie, niektóre z nich zawierają współczesne tendencje w pracy socjalnej: wzmacnianie (*empowerment*) oraz tzw. pracę socjalną na mocnych stronach (*strengths-based social work practice*)¹⁹.

Projekty systemowe

Od 2007 roku na terenie całego kraju, ale raczej jako działania wyspowe niż typowe i obligatoryjne, realizowane są programy na rzecz rodziny w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki „Priorytet VII. Promocja integracji społecznej. Działanie 7.1. Rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji przez ośrodki pomocy społecznej”, współfinansowane z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Przykładem może być program „Rodzina razem” w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Tychowie. Głównym celem projektu jest rozwój i upowszechnienie aktywnej integracji na terenie gminy poprzez zbudowanie systemu pomocy pedagogicznej, psychologicznej, prawnej i socjalnej oraz wsparcia terapią uzależnień dla rodzin dysfunkcyjnych i ofiar przemocy rodzinnej. Beneficjentami ostatecznymi projektu jest 10 rodzin, będących klientami ośrodka, ze zdiagnozowanymi dysfunkcjami w zakresie niewydolności wychowawczej, przemocy w rodzinie, alkoholizmu, bezrobocia, wykluczenia społecznego, charakteryzujące się wysokim stopniem zagrożenia odebrania dziecka i umieszczeniem go w rodzinie zastępczej lub placówce całodobowej. Równocześnie stopień występujących w rodzinie dysfunkcji rokuje szanse na podjęcie przez jej członków skutecznych działań umożliwiających usamo-

¹⁹ I. Krasiejko, *Metodyka działania...*, op. cit., s. 49-86.

dzielnienie rodziny. Do realizacji projektu zatrudniono pracownika socjalnego, który miał podjąć intensywną i kompleksową pracę w każdym z 10 środowisk, stopniowo przygotowując do zmiany każdego z członków rodziny. Ponadto rodziny zostają objęte wsparciem takich specjalistów, jak: radca prawny, psycholog, terapeuta uzależnień, w formie porad indywidualnych i grupowych²⁰. Drugim przykładem jest Program „Ku samodzielności – praca systemowa z rodziną zagrożoną wykluczeniem społecznym”, realizowany przez ośrodki pomocy społecznej w gminach Zabierzów, Michałowice, Wielka Wieś, Skała. Celem projektu jest pomoc uczestnikom w przezwyciężeniu trudności, z powodu których korzystają ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej. Do celów szczegółowych zaliczono: zdobycie wiedzy i umiejętności pomocnych do uzyskania i utrzymania pracy przez osoby bezrobotne, uzyskanie przez nich certyfikowanych umiejętności zawodowych oraz znalezienie i utrzymanie pracy, poprawa sytuacji rodzin bezrobotnych, nabycie przez członków rodziny umiejętności umożliwiających samodzielne rozwiązywanie problemów rodzinnych, zwiększanie współpracy między instytucjami zaangażowanymi w rozwiązywanie problemów rodzin, upowszechnienie aktywnych metod pracy z rodzinami wśród pracowników OPS biorących udział w projekcie. Rodziny zostały objęte kompleksowym wsparciem, zakładającym indywidualne podejście współpracującej ze sobą grupy specjalistów, wykorzystujących narzędzia umożliwiające efektywniejsze diagnozowanie i rozwiązywanie problemów. Zespół ten na podstawie posiadanych informacji dokonuje diagnozy sytuacji i identyfikacji problemów w obszarach: komunikacja podstawowa, codzienne życie rodziny, rozwój dzieci, rozwój rodziców, rozwój stosunków społecznych rodziny, następnie układa i realizuje plan pomocy z wykorzystaniem poradnictwa, treningu i terapii²¹.

Szereg ciekawych tzw. dobrych praktyk jest przedstawianych rokrocznie na Konferencjach Pracowników Socjalnych w Częstochowie²². Jubileuszowa, w 2010 roku, odbyła się właśnie pod hasłem przewodnim „Praca z rodziną zagrożoną wykluczeniem społecznym”. Większość sesji problemowych była poświęcona omówieniu roli, jaką pełnią projekty systemowe w zapobieganiu wykluczeniu społecznemu rodziny. Prelegenci omawiali efekty projektów i trudności, na jakie napotykali w ich realizacji oraz sposoby ich przezwyciężania. Prezentowane były zdjęcia i filmy obrazujące przebieg projektów. Ponadto prelegenci, teoretycy i praktycy pracy socjalnej (około 50 wystąpień) przedstawiali realizowane przez własne ośrodki naukowe i ośrodki

²⁰ Źródło: <www.gops.tychowo.twip.pl>.

²¹ Źródło: <www.systemowy.gops.zabierzow.org.pl>.

²² Źródło: <www.av.fr.pl/konferencje.htm>.

pomocy społecznej badania i działania w zakresie kompleksowej pomocy rodzinom oraz działania dotyczące nowatorskich rozwiązań²³. Prezentacje te były potwierdzeniem na istnienie systemowej pracy z rodziną w Polsce.

Asystentura

Podstawy prawne działań asystenta rodziny zostały wprowadzone Ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011 roku. Prace nad nią trwały kilka lat. W 2008 roku opracowano założenia tej ustawy²⁴. Ustawa została podpisana przez Prezydenta RP dnia 4 lipca 2011 roku. Ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku. Do tego czasu prowadzone będą prace nad rozporządzeniami, w których będą znajdować się bardziej szczegółowe wytyczne.

We wstępie ustawy można przeczytać, iż została uchwalona „dla dobra dzieci, które potrzebują szczególnej ochrony i pomocy ze strony dorosłych, środowiska rodzinnego, atmosfery szczęścia, miłości i zrozumienia, w trosce o ich harmonijny rozwój i przyszłą samodzielność życiową, dla zapewnienia ochrony przysługujących im praw i wolności, dla dobra rodziny, która jest podstawową komórką społeczeństwa oraz naturalnym środowiskiem rozwoju, i dobra wszystkich jej członków, a w szczególności dzieci, w przekonaniu, że skuteczna pomoc dla rodziny przeżywającej trudności w opiece i wychowywaniu dzieci oraz skuteczna ochrona dzieci i pomoc dla nich może być osiągnięta przez współpracę wszystkich osób, instytucji i organizacji pracujących z dziećmi i rodzicami”.

W artykule 2 zdefiniowano wspieranie rodziny przeżywającej trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych jako „zespół planowych działań mających na celu przywrócenie rodzinie zdolności do wypełniania tych funkcji”. Obowiązek wspierania rodziny realizują jednostki samorządu terytorialnego oraz organy administracji rządowej we współpracy ze środowiskiem lokalnym, sądami i ich organami pomocniczymi, Policją, instytucjami oświatowymi, podmiotami leczniczymi, a także kościołami i związkami wyznaniowymi oraz organizacjami społecznymi (art. 3.2.). Wspieranie rodziny ma być prowadzone za jej zgodą i z aktywnym udziałem, uwzględnieniem zasobów własnych oraz źródeł wsparcia zewnętrznego (art. 8.3.). Wspieraniem rodziny mają zajmować się m.in. asystenci rodziny.

Nowa regulacja prawna zakłada wprowadzenie asystenta rodziny na poziomie samorządu gminnego. Celem pracy asystenta jest osiągnięcie

²³ Źródło: <www.av.fr.pl/X_OKPS_omowienia_wystapien.pdf>.

²⁴ Treść ustawy i opis przebiegu procesu legislacyjnego: <http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/628_u.htm> [12.07.11].

przez rodzinę podstawowego poziomu stabilności życiowej, która umożliwi jej wychowywanie dzieci. Jego głównym zadaniem jest niedopuszczenie do oddzielenia dziecka od rodziny lub umożliwienie jak najszybszego powrotu dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej do rodziców. Asystent rodziny prowadzi pracę w miejscu zamieszkania rodziny lub w miejscu przez nią wskazanym (art. 14).

Ustawa o wspieraniu rodziny ponadto określa, co należy do zadań asystenta rodziny, jakie kwalifikacje powinien on posiadać. Wymienia, z kim powinien współpracować i z jakiej dokumentacji korzystać oraz jaką tworzyć.

Zadania asystenta rodziny są następujące:

- 1) opracowanie i realizacja planu pracy z rodziną we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym;
- 2) opracowanie, we współpracy z członkami rodziny i koordynatorem rodzinnej pieczy zastępczej, planu pracy z rodziną, który jest skoordynowany z planem pomocy dziecku umieszczonego w pieczy zastępczej;
- 3) udzielanie pomocy rodzinom w poprawie ich sytuacji życiowej, w tym w zdobywaniu umiejętności prawidłowego prowadzenia gospodarstwa domowego;
- 4) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów społecznych;
- 5) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów psychologicznych;
- 6) udzielanie pomocy rodzinom w rozwiązywaniu problemów wychowawczych z dziećmi;
- 7) wspieranie aktywności społecznej rodzin;
- 8) motywowanie członków rodzin do podnoszenia kwalifikacji zawodowych;
- 9) udzielanie pomocy w poszukiwaniu, podejmowaniu i utrzymywaniu pracy zarobkowej;
- 10) motywowanie do udziału w zajęciach grupowych dla rodziców, mających na celu kształtowanie prawidłowych wzorców rodzicielskich i umiejętności psychospołecznych;
- 11) udzielanie wsparcia dzieciom, w szczególności poprzez udział w zajęciach psychoedukacyjnych;
- 12) podejmowanie działań interwencyjnych i zaradczych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dzieci i rodzin;
- 13) prowadzenie indywidualnych konsultacji wychowawczych dla rodziców i dzieci;
- 14) prowadzenie dokumentacji dotyczącej pracy z rodziną;

- 15) dokonywanie okresowej oceny sytuacji rodziny, nie rzadziej niż co pół roku;
- 16) monitorowanie funkcjonowania rodziny po zakończeniu pracy z rodziną;
- 17) sporządzanie, na wniosek sądu, opinii o rodzinie i jej członkach;
- 18) współpraca z jednostkami administracji rządowej i samorządowej, właściwymi organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami i osobami specjalizującymi się w działaniach na rzecz dziecka i rodziny;
- 19) współpraca z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą lub innymi podmiotami, których pomoc przy wykonywaniu zadań uzna za niezbędną (art. 15.1).

Liczba rodzin, z którymi jeden asystent rodziny może w tym samym czasie prowadzić pracę, jest uzależniona od stopnia trudności wykonywanych zadań, jednak nie może przekroczyć 20. (art. 15.4). W wykonaniu czynności zawodowych przez asystenta powinni pomagać mu pracownicy jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, organizacji pozarządowych oraz inne podmioty zajmujące się pracą z dzieckiem i rodziną. Asystent rodziny powinien też współpracować z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą, o których mowa w Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z dnia 29 lipca 2005 roku (art. 15.1.18 i 19 oraz 15.2).

Asystent rodziny powinien umieć również tworzyć dokumentację: plan pracy z rodziną („we współpracy z członkami rodziny i w konsultacji z pracownikiem socjalnym” – art. 15.1.1), sprawozdania z działań z rodziną i na jej rzecz, opinie o rodzinie. Plan pracy z rodziną ma obejmować zakres realizowanych działań mających na celu przewyższenie trudnych sytuacji życiowych, a także zawiera terminy ich realizacji i przewidywane efekty (art. 15.3). Plan pracy powinien być sporządzony w co najmniej dwóch egzemplarzach, by mogła go otrzymać rodzina.

Aby móc realizować powyższe zadania asystent rodziny powinien mieć odpowiednie kwalifikacje. Zgodnie zapisami ustawy przedstawia się to następująco:

„Asystentem rodziny może być osoba, która:

- 1) posiada:
 - a) wykształcenie wyższe na kierunku pedagogika, psychologia, socjologia, nauki o rodzinie lub praca socjalna lub
 - b) wykształcenie wyższe na dowolnym kierunku uzupełnione szkoleniem z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub studiami podyplomowymi obejmującymi zakres programowy szkolenia określony na podstawie ust. 3 i udokumentuje co najmniej roczny staż pracy z dziećmi lub rodziną lub

- c) wykształcenie średnie i szkolenie z zakresu pracy z dziećmi lub rodziną, a także udokumentuje co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną;
- 2) nie jest i nie była pozbawiona władzy rodzicielskiej oraz władza rodzicielska nie jest jej zawieszona ani ograniczona;
- 3) wypełnia obowiązek alimentacyjny – w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do niej wynika z tytułu egzekucyjnego;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe (art. 12.1)."

W przypadku, gdy pracę z rodziną realizuje ośrodek pomocy społecznej, w ośrodku można utworzyć zespół asysty rodzinnej (art. 10.2).

Wyprzedzając wymogi ustawowe, od kilku lat (najwcześniej – od 2005 roku w Sopocie i Rudzie Śląskiej) w kilkunastu ośrodkach pomocy społecznej, ośrodkach pomocy rodzinie i w powiatowych centrach pomocy rodzinie w większych miastach w Polsce pracują asystenci rodziny w ramach:

- wewnętrznej restrukturyzacji organizacyjnej placówki oraz finansowania ze środków własnych (Częstochowa),
- realizacji projektów systemowych współfinansowanych przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego (np. Gdynia, Poznań, Koszalin, Kraków, Elbląg, Gdańsk, Bydgoszcz),
- realizacji projektów systemowych finansowanych przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w ramach projektu z zakresu opieki nad dzieckiem i rodziną (np. Olsztyn, Koszalin),
- działań międzyresortowych (Sopot).

Asystent jest „przyjacielem, doradcą, odnajduje mocne strony, pomaga wykorzystywać jej zasoby do radzenia sobie z codziennością, motywuje do podejmowania działań, wspiera w realizacji wyznaczonych celów” (Gdynia), „osobą, która przede wszystkim ma za zadanie zmienić stosunek osób w rodzinie do własnej sprawczości, zwiększyć ich poczucie wpływu na własne życie, podnieść samoocenę” (Częstochowa), „nie wyręcza a wskazuje, motywuje i wspiera, naprowadza” (Koszalin)²⁵.

Z dyskusji nad asystenturą w Polsce²⁶ oraz praktyki z kilkunastu ośrodków²⁷ wynika, iż:

²⁵ Na podstawie analizy kwestionariuszy ankiety przygotowanych przez Zespół projektowy Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni, pod kierunkiem M. Rudnik, K. Łangowskiej, J. Józefczyka, P. Wołkowińskiego i M. Grodzkiej.

²⁶ Konferencja zorganizowana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni (30.11. - 1.12.2009) nt. „Asystentura – impuls do samozmiany. Innowacyjne formy działań stanowiące fundamenty pod nową politykę społeczną w Polsce”; X Konferencja Pracowników Socjalnych w Częstochowie (31.05– 2.06.2010) oraz forum <www.ops.pl>.

²⁷ I. Krasiejko, *Metodyka działania...*, op. cit., s. 93-107.

- asystent może mieć pod swoją opieką maksymalnie 10 rodzin (w ustawie jest zapis o 20 rodzinach); są to rodziny zazwyczaj o niskich umiejętnościach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, mające wiele problemów (ubóstwo, bezrobocie, uzależnienia, przewlekłe choroby lub niepełnosprawność, przemoc), długotrwanie, czasem pokoleniowo korzystające z pomocy społecznej;
- asystent rodziny powinien mieć jednorodne wykształcenie i przygotowanie; powinny być to osoby, które posiadają doświadczenie życiowe, z wykształceniem specjalistycznym do pracy z rodziną;
- asystent powinien pracować w zespole interdyscyplinarnym, przy czym różne są tu doświadczenia, w jednych ośrodkach koordynatorem takiego zespołu jest pracownik socjalny, w innych jest nim asystent rodziny, jako osoba, która najlepiej zna rodzinę, jej potrzeby i zmieniającą się sytuację;
- do modeli pracy socjalnej stosowanych obecnie w pracy asystenta należą: model zorientowany na rozwiązywanie problemów, model modyfikacji zachowań lub w przypadku programu częstochowskiego model skoncentrowany na poszukiwaniu rozwiązań²⁸. W większości ośrodków preferowaną przez asystenta metodą pracy z rodziną jest metoda prowadzenia indywidualnego przypadku, z elementami metody pracy grupowej i metody organizowania środowiska lokalnego²⁹; przy czym różne są tu doświadczenia: plan pomocy rodzinie w jednych ośrodkach tworzony jest przez pracownika socjalnego, w innych przez asystenta, czasem przez zespół interdyscyplinarny, w innych przez rodzinę. Do najczęstszych metod, zgodnie z klasyfikacją C. de Robertis³⁰, którymi posługują się asystenci, można zaliczyć: wyjaśnianie, wspieranie, podnoszenie poczucia własnej wartości, rozumienie siebie, podnoszenie umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, podnoszenie świadomości, informowanie, poradę, trening, działania wychowawcze, wzmacnianie, modelowanie, przydzielanie zadań, pomoc materialną, rozszerzenie sieci kontaktów, ujawnienie możliwości, współpracę z innymi pracownikami służb społecznych (łącność, koordynacja, praca zespołowa, konsultacje). Najczęściej praca z rodziną ma charakter pracy socjalno-wychowawczej (z elementami pracy opiekuńczej i kulturalno-oświatowej), traktowanej jako proces uwzględniający

²⁸ I. Krasiejko, *Metodyka działania...*, op. cit., s. 29–49, 93–108.

²⁹ E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001, s. 96–98.

³⁰ C. de Robertis, *Metodyka działania w pracy socjalnej*, tłum. G. Karbowska, Katowice 1998, s. 88–89.

etapy ratownictwa, opieki i pomocy w rozwoju³¹, rzadziej pracy socjalno-terapeutycznej (Częstochowa). W ośrodkach, gdzie działania asystenta były częścią szerszego programu systemowego (np. w Gdyni programu „Rodzina bliżej siebie”, kiedy członkowie rodziny mieli możliwość uczestniczyć ponadto w „szkole dla rodziców”, zajęciach i obozach socjoterapeutycznych dla młodzieży, zajęciach edukacyjno-profilaktycznych dla dzieci, poradnictwie i terapii psychologicznej, doradztwie zawodowym, kursach zawodowych oraz prawa jazdy, warsztatach efektywnego uczenia się, „pogotowiu lekcyjnym” i in.), zastosowano sposób pomocy określany jako *multi service approach*³². W działaniu tak zaprogramowanym stosuje się techniki typowe dla metody indywidualnych przypadków, lecz jednocześnie poszczególnych członków rodziny (z uwagi na problem) zaprasza się do grup dyskusyjnych, prowadzących pedagogizację rodziców. Do tych działań dochodzą często elementy typowe dla metody organizacji społeczności lokalnej.

Do programu „Asystent rodziny” najczęściej rodziny są rekrutowane za pomocą wytypowania ich przez pracownika socjalnego, czasem zgłasza je szkoła lub kurator sądowy. Zazwyczaj udział rodziny jest dobrowolny, w niektórych ośrodkach z rodziną jest spisywany kontrakt socjalny.

Mimo pewnych różnic w obszarze obecnej realizacji idei asystentury w ośrodkach pomocy społecznej jeden jest cel pomocy – wzmacnianie sił w chwilach trudnych, usuwanie przeszkód zbyt wielkich do pokonania przez jednostkę i rodzinę. Istotą tego oddziaływania nie jest wykonywanie czegoś za klienta, lecz pobudzanie go do aktywności, nie przejmowanie za niego odpowiedzialności, lecz usamodzielnianie, nie opiekowanie się, lecz dopomaganie mu w rozwoju biosocjokulturalnym³³. Chociaż w niektórych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z rodziną z niepełnosprawnością, upośledzeniem umysłowym, będzie więcej opieki i usamodzielnianie nie będzie możliwe.

Konferencja Grupy Rodzinnej

Konferencja Grupy Rodzinnej jest metodą pracy z rodziną lub, jak niektórzy badacze podkreślają, nie tylko metodą, ale przede wszystkim „no-

³¹ E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki...*, op. cit., s. 167; E. Marynowicz-Hetka, *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną*, Warszawa 1980, s. 73–80.

³² Za: E. Marynowicz-Hetka, *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną...*, op. cit., s. 72.

³³ *Ibidem*.

wym spojrzeniem” na rodzinę w systemie pomocowym. Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR) jest spotkaniem jak największej liczby członków rodziny i osób bliskich dla rodziny w celu próby rozwiązania problemu, jaki się w niej pojawił. Jest szansą daną rodzinie, jako pierwszej instytucji odpowiedzialnej za nią samą, na podjęcie samodzielnej próby zmierzenia się z problemem, często przed ingerencją ze strony pomocy społecznej³⁴. Implementacja metody KGR opiera się na ekologicznym modelu pomocy rodzinie³⁵. Obejmuje swym działaniem całe środowisko dziecka. W rozwiązanie problemu zaangażowani są nie tylko rodzice dziecka, ale wszystkie osoby, które są z nim związane (wyluczając z fazy prywatnego czasu rodziny przedstawicieli systemu pomocy). Uczestnikami KGR są więc: rodzina – dziecko/dzieci, rodzice (opiekun prawny), dziadkowie, dalsza rodzina (np. ciocie, wujkowie, kuzyni, rodzice chrzestni), przyjaciele rodziny, sąsiedzi, oraz tzw. specjaliści – osoba zgłaszająca (np. pracownik socjalny), koordynator KGR, specjaliści zaproszeni w związku z rodzajem problemu, jaki występuje w rodzinie.

Podejście ekologiczne³⁶ zasadza się także na przekonaniu, że w rodzinie jest bardzo duży potencjał pozwalający na rozwiązanie danego problemu. Często bezzasadne jest niszczenie struktury rodziny, kiedy wystarczy jedynie impuls do zmierzenia się z trudnościami. O takiej formie wsparcia rodziny mówi zasada pomocniczości. Polega ona na tym, że różne instytucje społeczne nie powinny wyręczać osób (lub podległych sobie struktur) w wypełnianiu ich zadań i aktywności. Jeśli poszczególne osoby, rodziny mogą same, z własnej inicjatywy i własnymi siłami, wypełniać swoje społeczne zadania, to powinno się im pozwolić na działanie i je ułatwiać. Instytucje społeczne powinny interweniować jedynie wtedy, gdy niezbędna jest pomoc, by zadania społeczne wypełnić w możliwie najlepszy sposób. Konferencja Grupy Rodzinnej zasadza się na przekonaniu, że poszczególni członkowie rodziny są połączeni specyficznymi więzami emocjonalnymi, które są nieosiągalne dla osób spoza niej. Rodziny składają się z osób, które w najwyższym stopniu rozpoznają jej specyficzne struktury, identyfikują jej wewnętrzne dynamizmy i sposoby podejmowania decyzji. Rodzina posiada także informacje, których osoba spoza rodziny może nigdy nie uzyskać – włączając w to rodzinne sekrety, często bezpośrednio związane z sytuacją,

³⁴ J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 2/2006; J. Przeperski, *Konferencja Grupy Rodzinnej jako przykład pomocy dziecku i rodzinie w przewyżczeniu kryzysów*, (w:) M. Konopczyński, W. Ambrozik (red.), *Współczesne kierunki zmian w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*, Warszawa 2009; <www.kgr.org.pl>.

³⁵ J. Przeperski, *Ekologiczny model pomocy rodzinie na przykładzie metody „Konferencja Grupy Rodzinnej (KGR)”*, „Problemy Społeczne” nr 1/ 2007.

³⁶ Ibidem.

w jakiej znalazło się dziecko. W Konferencji Grupy Rodzinnej rodzina jest postrzegana jako „ekspert”. Konsekwentnie, kiedy członkowie rodziny są zaangażowani i zapraszani do podejmowania decyzji i zapewniają informacje, są w najlepszej pozycji, aby wcielić w życie stworzony plan, który będzie zapewniał dziecku maksymalną ochronę oraz będzie w stanie zmienić sytuację problemową w rodzinie. Nikt poza członkami rodziny nie zna dynamiki i historii rodzinnego problemu. Nikt nie zna lepiej mocnych stron rodziny i jej słabości, i nikt nie będzie w stanie trafniej ocenić, kto w rodzinie będzie najwłaściwszym opiekunem dla dzieci. Rodzina jest najlepiej wyposażona, by ocenić i wykorzystać najlepsze źródła dla rozwiązania problemu. Struktura KGR wygląda w następujący sposób³⁷:

1. Zgłoszenie rodziny:
 - a) wstępne zakwalifikowanie rodziny znajdującej się w sytuacji problemowej do KGR;
 - b) zgoda rodziny podstawowej na udział w KGR;
 - c) zgłoszenie rodziny do Centrum KGR;
 - d) kwalifikacja rodziny do KGR przez Centrum i wyznaczenie osoby koordynatora.
2. Przygotowanie bezpośrednie do KGR:
 - a) przygotowanie przez rodzinę (przy wsparciu koordynatora) konferencji – m.in. ustalenie listy uczestników, miejsca, godziny spotkania, rodzaju i sposobu przygotowania posiłku, który będzie spożywany podczas spotkania;
 - b) przygotowanie przez koordynatora rodziny podstawowej i dalszej do konferencji (m.in. zapoznanie z metodą, zasadami, celem spotkania);
 - c) przygotowanie przez koordynatora osoby zgłaszającej do prezentacji problemu w czasie spotkania rodziny;
 - d) przygotowanie do spotkania rodziny zaproszonych specjalistów.
3. Konferencja Grupy Rodzinnej – spotkanie rodziny:
 - a) dzielenie się informacjami: osoba zgłaszająca, np. pracownik socjalny, przedstawia sytuację, w jakiej znalazła się rodzina, odpowiada na pytania zadawane przez członków rodziny, prezentuje także możliwości pomocy, jakie oferuje rodzinie system pomocy, a także przedstawia specjalistów (jeżeli rodzina czuje potrzebę ich zaproszenia), którzy mogą wyjaśnić wątpliwości dotyczące problemu występującego w rodzinie.
 - b) prywatny czas dla rodziny: w drugiej części spotkania, prywatnego czasu rodziny, pomieszczenie opuszczają zaproszeni specjaliści, osoba zgłaszająca i koordynator; rodzina rozważa uzyskane infor-

³⁷ <www.kgr.org.pl>.

- macje, poszukuje optymalnych rozwiązań oraz sporządza plan pomocy dziecku i rodzinie znajdującej się w potrzebie;
- c) zaakceptowanie (lub nie) planu stworzonego przez rodzinę; jeżeli osoba zgłaszająca zgadza się z planem wypracowanym przez rodzinę, głównie pod względem bezpieczeństwa dla dziecka i rodziny, ustala sposoby wprowadzenia go w życie.
4. Zakończenie KGR:
- a) koordynator przekazuje każdemu uczestnikowi spotkania kopię sporządzonego planu; przyjęcie planu przez rodzinę jest formą zobowiązania wobec jego postanowień;
 - b) rodzina podejmuje realizację postanowień planu;
 - c) osoba zgłaszająca monitoruje realizację planu rodziny.

Celem KGR jest doprowadzenie do sytuacji, kiedy każda rodzina będzie miała prawo do próby rozwiązania problemu samodzielnie przed podjęciem wiążących decyzji przez system pomocy społecznej, sądy. Rodziny w przewidywaniu trudności mogą doświadczać poczucia siły, mającej źródło w jej jedności.

W Polsce popularyzowaniem metody KGR (szkolenia, publikacje, realizacja metody) zajmuje się Krajowe Centrum Konferencji Grupy Rodzinnej przy Fundacji „Nadzieja dla Rodzin” w Toruniu. Od 1 stycznia 2010 roku istnieje możliwość wpisania metody KGR we wnioski systemowe PO KL (poddziałanie 7.1.1 oraz 7.1.2) jako jednego z instrumentów aktywnej integracji (aktywizacja społeczna).

Wideotrening Komunikacji

Wideotrening Komunikacji (*Video Home Training*) jest to krótka i intensywna (najczęściej 8-10 spotkań) pomoc dla rodzin z problemami wychowawczymi. Trener VHT nagrywa za pomocą wideo rodziców i dzieci w sytuacji rodzinnej. Rodzice wraz z trenerem oglądają te nagrania i analizują je. Uwaga skupia się tu przede wszystkim na rozpoznawaniu i rozbudowywaniu pozytywnych kontaktów. Trener wideo selekcjonuje nagrany materiał tak, aby odnajdywać chwile miłego kontaktu między rodzicami a dziećmi. Przy pomocy tych obrazów wyjaśnia rodzicom, z jakich zdolności powinni korzystać, aby stworzyć udaną wymianę ze swoimi dziećmi. Na następnych spotkaniach trener wideo pomaga rozszerzyć pozytywne momenty kontaktu³⁸. Przewaga treningu wideo nad poradnictwem rodzinnym polega na tym, że film wideo pokazuje odbicie obiektywnej rzeczywistości

³⁸ E. Reczek, *Domowy Wideotrening Komunikacji*, (w:) A. Perzanowska, A. Wolińska-Chlebosz, A. Dąbek-Malczyk (red.), *Życ z autyzmem*, Kraków 2002.

społecznej. W sprawozdaniu na temat zachowania dziecka i tego, co dzieje się w rodzinie, rodzice mają tendencję do opisywania niepowodzeń i niedostatków, natomiast film wideo pokazuje, jak wiele rzeczy funkcjonuje nadal dobrze. Dzięki temu aktywizowanie i wzmocnienie (*empowerment*) prowadzone jest poprzez wychodzenie od mocnych stron członków rodziny lub całego systemu. Poprzez diagnozę tego, co jeszcze dobrze funkcjonuje (tzw. wyjątki) oraz rozszerzanie tego na różne aspekty życia rodzinnego, możliwa jest orientacja na rozwiązanie i przyszłość. W przypadku rodziny z wieloma problemami dzięki metodzie VHT odchodzi się od koncentrowania na problemie na rzecz uwypuklenia potencjału tkwiącego w rodzicu i w dziecku. Pokazując opiekunom, co robią dobrze, dodaje się im sił i entuzjazmu. Należy koncentrować się na relacji, na otwarciu na kontakt, na tym, co rodzic robi dobrze. Obrazy stanowią rodzaj pozytywnego wzmocnienia, zwiększają poczucie własnych możliwości u rodziców.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego

W zakresie pomocy dziecku placówki wsparcia dziennego prowadzą współpracę z powiatowymi centrami pomocy rodzinie, a także w miarę możliwości z rodzicami i rodziną wychowanka³⁹.

Do zadań placówek wsparcia dziennego można zaliczyć: zagwarantowanie dzieciom opieki w wyznaczonych godzinach; zapewnienie dzieciom pomocy w nauce; prowadzenie działań o charakterze wychowawczym; dożywianie dzieci, prowadzenie szeroko rozumianej pomocy socjalnej; prowadzenie systematycznej współpracy z instytucjami, takimi jak: szkoła, sąd, ośrodek pomocy społecznej; zapobieganie lub niwelowanie powstawania zaburzeń emocjonalnych wśród wychowanków; prowadzenie zajęć specjalistycznych, na przykład: terapeutycznych, wyrównawczych, logopedycznych; wspomaganie rozwoju dziecka; racjonalne organizowanie czasu wolnego; organizacja działań integrujących wychowanków; prowadzenie zajęć mających na celu rozwój uzdolnień i zainteresowań dzieci; zapewnienie dzieciom wsparcia w sytuacjach problemowych; planowanie i realizowanie indywidualnych planów pomocy.

Wprowadzony został podział placówek wsparcia dziennego na:

- 1) opiekuńcze – są one prowadzone w formie kół zainteresowań, a także różnego rodzaju świetlic, klubów; zapewniają one dzieciom wsparcie w pokonywaniu problemów szkolnych, uczą racjonalnego wykorzystywania i organizowania wolnego czasu;

³⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 roku w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (Dz. U. Nr 201, poz. 1455).

2) specjalistyczne – w placówkach tych wdrażane są programy terapeutyczne, psychoprofilaktyczne, korekcyjne, prowadzi się w nich również rehabilitację oraz resocjalizuje dzieci i młodzież⁴⁰.

Placówka wsparcia dziennego funkcjonuje przez cały rok, przynajmniej cztery godziny dziennie. Przede wszystkim dostosowana jest do potrzeb wychowanków i rodziców wychowanków. Placówką zarządza kierownik, który jednocześnie określa regulamin placówki i spełnia obowiązki wychowawcze. Dziecko natomiast nie potrzebuje specjalnego skierowania, by móc uczęszczać do takiej placówki.

Dziecko wychowujące się w rodzinie dysfunkcyjnej, uczęszczając do placówki wsparcia dziennego, ma stworzoną możliwość prawidłowego i wszechstronnego rozwoju swojej osobowości, gdyż placówka ma obowiązek stworzyć warunki do: fizycznego, psychicznego, poznawczego rozwoju dziecka; poszanowania podmiotowości dziecka; zapewnienia poczucia bezpieczeństwa; dbałości o podtrzymywanie związków emocjonalnych z rodzicami dziecka jak i innymi wychowankami placówki; poszanowania potrzeb religijnych dziecka; uczenia poszanowania tradycji i kultury; uczenia organizowania czasu wolnego i planowania zajęć; wyrównania braków rozwojowych⁴¹.

Placówki wsparcia dziennego prowadzą wraz z wychowankami indywidualny plan pracy. Jest on opracowywany przez wychowawcę wraz z dzieckiem, w porozumieniu ze specjalistami: pedagogiem, psychologiem, pracownikiem socjalnym itp.⁴² Uwzględnia się działania krótkoterminowe jak i długotrwałe.

Wybrane modele metodycznego działania w pracy socjalnej z rodziną

W pracy socjalnej z rodziną stosuje się (nawet nieświadomie) określony model metodycznego działania. Spośród wielu opisywanych w literaturze przedmiotu⁴³ do najczęściej stosowanych w Polsce zalicza się model dystry-

⁴⁰ Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 roku w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych.

⁴¹ Ibidem.

⁴² Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 roku w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych.

⁴³ E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna*, Warszawa 2006, s. 286–287, E. Kantowicz, *Elementy teorii i praktyki...*, op. cit, s. 96–99, Ch. D. Garvin, B. A. Seabury, *Działania interpersonalne w pracy socjalnej*, tłum. J. Banasiak, Warszawa 1996, s. 18–25, R. A. Skidmore, M. G. Thackeray, *Wprowadzenie do pracy socjalnej*, tłum. T. Stanek, Katowice 1998, s. 74–76.

bucyjny i model skoncentrowany na rozwiązywaniu problemu. Ze względu na coraz szerszą tendencję do wykorzystywania sił tkwiących w rodzinie coraz częściej mówi się o walorach zastosowania Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w pracy socjalnej.

Model dystrybucyjny polega na zaspokajaniu podstawowych potrzeb jednostki, rodziny. Po pobieżnej ocenie sytuacji, opartej na deficytach, przyznawana jest doraźna pomoc, najczęściej w postaci świadczeń pieniężnych i usług. Pracownik socjalny występuje tu najczęściej w roli urzędnika, który gromadzi dokumenty obrazujące sytuację klienta i na ich podstawie przyznaje pomoc. Tryb przyznawania świadczenia z pomocy społecznej składa się z następujących etapów: diagnoza, opracowanie planu, sporządzenie decyzji i wydanie jej osobie ubiegającej się o pomoc, realizacja przyznaných świadczeń. Bezpośredni kontakt z klientem/rodziną następuje, gdy klient zgłasza się do ośrodka po poradę oraz w trakcie wywiadu środowiskowego. Pracownik socjalny po zgłoszeniu danego przypadku musi pójść do każdego środowiska, aby przeprowadzić wywiad. Celem wywiadu jest zbadanie sytuacji życiowej klienta/rodziny. W jego trakcie odbywa się rozmowa na temat problemów, jakie są przyczyną ubiegania się o pomoc. Klient musi też przedłożyć dokumenty potwierdzające niskie dochody lub ich brak. Rozmowa ta ma na celu zdiagnozowanie przypadku – zbadanie problemu. Na podstawie diagnozy pracownik socjalny wypełnia kwestionariusz wywiadu i opracowuje plan pomocy, niestety zazwyczaj samodzielnie, bez udziału klienta, po powrocie do ośrodka. Ten plan przekazuje kierownikowi, który go akceptuje lub nie. Kierownik wystawia decyzję o przyznaniu pomocy, która jest przesyłana klientowi. Pomoc udzielana przez pracownika socjalnego zazwyczaj w praktyce jest zewnętrzna i tymczasowa – w tym sensie, że chwilowo zażegnuje niedobór materialny, nie rozwiązując faktycznych przyczyn tego niedoboru. Działania podejmowane przez pracownika socjalnego są na rzecz klienta/rodziny, a nie z klientem/rodziną. Pracownik socjalny nie świadczy usług terapeutycznych. W praktyce dystrybucyjnej chodzi bowiem o to, aby świadczenia i usługi udostępnić właściwemu odbiorcy we właściwym czasie, miejscu oraz we właściwy sposób⁴⁴.

⁴⁴ Terminu „model dystrybucyjny” użyła E. Marynowicz-Hetka (E. Marynowicz-Hetka, *Pedagogika społeczna...*, op. cit., s. 393) jako powszechnego obecnie w Polsce, nie definiując go, a jedynie przeciwstawiając „modelowi relacyjnemu”; terminu „model redystrybucyjny” użył A. Żukiewicz (A. Żukiewicz, *Praca socjalna Ośrodków Pomocy Społecznej*, Wrocław 2002) na określenie modelu instytucjonalnej polityki społecznej, gdzie jednostka ma zagwarantowane w systemie prawa świadczenia socjalne, pochodzące z dystrybucji dochodu narodowego, i nie musi wykazać się tu aktywnością społeczną i samodzielnością w zakresie rozwiązywania problemów życia codziennego; opis funkcjonowania polskich ośrodków pomocy społecznej m.in. w: M. Granosik, *Profesjonalny wymiar pracy socjalnej*, Katowice 2008; A. Opolska, *Zastoso-*

Techniki interwencji w **modelu skoncentrowanym na rozwiązywaniu problemów** skierowane są na motywowanie klienta do rozwiązywania problemów. Uwzględniają one możliwości samej placówki i szerszego środowiska klienta, by je wykorzystać jako pomoc i wsparcie w rozwiązaniu problemów. Problem klienta staje się podstawą diagnozy. Pracownik, dążąc do zrozumienia osoby i jej sytuacji, stara się je poznawać w świetle problemów. Klienta zachęca się do wyboru obszarów, w których problemy występują, a następnie skoncentrowania się na nich i radzenia sobie z nimi. Poszukuje się możliwych rozwiązań problemu, ocenia je, podejmuje decyzję o wyborze któregoś z rozwiązań, po którym następuje działanie ukierunkowane na przewyciężenie problemu. Współcześnie zwraca się uwagę na to, by to klient wskazał problem (subiektywne spojrzenie osoby w danej sytuacji), a pracownik jedynie wspomógł go w identyfikacji problemu i w procesie jego rozwiązywania. Celem pracy socjalnej w tym podejściu jest jak najpełniejsze zaangażowanie klienta w działania pomocowe oraz zmobilizowanie sił wewnętrznych i zewnętrznych na rzecz satysfakcjonującego lub zadawalającego spełnienia roli. Prowadzić ma to do zwiększenia zdolności klienta do rozwiązywania problemów w przyszłości⁴⁵.

Model skoncentrowany na poszukiwaniu rozwiązań (Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach) opiera się na idei *empowermentu* i założeniach konstrukcjonizmu społecznego. Ze względu na swoje założenia, dokładnie opracowaną metodykę i skuteczność oprócz szeroko rozumianej terapii model ten jest praktykowany również w obszarze pracy socjalnej⁴⁶. O specyfice tej metody stanowi wykorzystywanie tego, co jest zdrowe, koncentracja na tym, co się sprawdza i jest zasobem w osobie i otoczeniu klienta, jako jednostki,

wanie *Solution Focused Approach (SFA) – Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w pracy z indywidualnym przypadkiem w ośrodkach pomocy społecznej*, (w:) L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Kraków 2008.

⁴⁵ Zdaniem L. Misia opracowanie przez H. Perlman podejścia rozwiązywania problemów jest jednym z kluczowych wydarzeń w pracy socjalnej, gdyż umożliwiło ono uwolnienie praktyki pracy socjalnej od koncentracji na chorobach oraz ustanowiło nową perspektywę postrzegania klienta jako takiego, który ma problem, a nie jest problemem i relacji „pracownik socjalny – klient” – L. Miś, *Problemy społeczne*, Kraków 2007, s. 117.

⁴⁶ Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach jest scharakteryzowane w anglojęzycznych podręcznikach dotyczących pracy socjalnej obok innych modeli i podejść teoretycznych w pracy socjalnej np. M. Davies, *The Blackwell Encyclopedia of Social Work*, Malden 2003; R. A. Dorfman, *Paradigms of Clinical Social Work*, New York 1998; J. Walsch, *Theories for Direct Social Work Practice*, Belmont 2006; w Polsce: J. Kienhuis, T. Świtek, *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, Kraków 2007; L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Kraków 2008; J. Szczepkowski, *Terapia młodzieży z problemem narkotykowym*, Toruń 2007, T. Świtek, *Ścieżki rozwiązań*, Kraków 2009; I. Krasiejko, *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Katowice 2010.

pary, rodziny. Unika się w związku z tym skupienia na problemach, diagnozowania zaburzeń, poruszania się w świecie psychopatologii. Zamiast tego praca koncentruje się na elementach zdrowia psychicznego (m.in. tzw. wyjątkach, czyli okresach, kiedy problem nie istniał, był mniej uciążliwy lub klient radził sobie w sytuacji trudnej), osiągnięciu celów klienta, diagnozowaniu jego zasobów, także na umiejętnościach klienta w radzeniu sobie z problemami po to, aby znaleźć rozwiązanie adekwatne do potrzeb i kontekstu, w którym klient żyje. Zakłada się bowiem, że nie jest konieczne zrozumienie problemu, poszukiwanie jego przyczyn, by dojść do rozwiązania.

Struktura budowy rozwiązań różni się znacznie od struktury rozwiązywania problemów. Oto podstawowe etapy budowania rozwiązań:

- opisywanie problemu (przy czym zadaje się mniej pytań, dotyczących natury nasilenia problemów i nie zadaje się pytań o ich ewentualne przyczyny),

- opracowanie dobrze sformułowanych celów,
- poszukiwanie wyjątków (okresów w życiu klientów, kiedy ich problemy nie występowały lub ich nasilenie było mniejsze),
- informacja zwrotna (podanie komplementów – informacji o zasobach i pewnych sugestii – zadania do wykonania między sesjami, które są w ramach układu odniesienia klienta),

- ocena postępów klienta na skali.

Koncepcja PSR daje wiele możliwości na poszukiwanie rozwiązań trudności rodziny. Narzędzi i zasobów do wprowadzania zmian można poszukać na poziomie behawioralnym, poznawczym, emocjonalnym, relacji z ludźmi, relacji ze światem materialnym.

W pierwotnym, amerykańskim ujęciu Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach jednym z najbardziej naturalnych źródeł informacji na temat tego, jak klient ma wprowadzać chciane przez siebie zmiany, jest odkrywanie i analizowanie wspomnianych już wyjątków. Szczegółowa analiza tych wyjątków pod względem tego, jakie czynniki zewnętrzne i wewnętrzne pomagały w osiągnięciu tego, że jest lepiej, zdaniem de Shazera, I. K. Berg, P. De Jonga i innych twórców metody, jest podstawą do znalezienia rozwiązań. Są to jakby wzorce rozwiązań⁴⁷. Ponieważ te rozwiązania opierają się na doświadczeniach klienta w jego układzie odniesienia, jest mu najłatwiej je zastosować.

Kiedy klient w danej sprawie ma trudności z identyfikacją i odwoływaniem się do wyjątków, warto jest poszukać i zbadać inne sytuacje i inne oko-

⁴⁷ S. de Shazer, *Keys to Solution in Brief Therapy*, New York, 1985, za: J. Sharry, B. Madden, M. Darmody, *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*, Łódź 2007, s. 63; P. De Jong, I. K. Berg, *Rozmowy o rozwiązaniach*, Kraków 2007, s. 121–122.

liczności, w których klient wykorzystał szeroko rozumiane kompetencje. Analiza takich sytuacji może pomóc w choćby częściowym transferze tych kompetencji do sytuacji, w której klientowi ciężko zidentyfikować jakiegokolwiek wyjątki w przeszłości (tzw. precedens – pierwszy możliwy dla klienta wyjątek w tej sprawie)⁴⁸.

Natomiast, zdaniem T. Świtka⁴⁹, istnieją sytuacje, w których bieżące kompetencje klienta (jego umiejętności, wiedza, wartości) są niewystarczające w stosunku do celów, które chce lub z innych względów musi osiągnąć. W takich sytuacjach istnieją dwie możliwości:

- dopasowanie celów do realnych możliwości klienta – jego kompetencji i zasobów,
- rozwój kompetencji klienta przez trening i naukę oraz rozbudowanie zewnętrznych zasobów, tak by osiągały co najmniej minimalnie wystarczający poziom niezbędny do osiągania stawianych celów, lub działanie pośrednie uwzględniające oba kierunki pracy.

W przypadku pracy poza granicami kompetencji klienta istnieje potrzeba zasilenia kompetencji klienta źródłami zewnętrznymi (kompetencje innych osób, w tym żyjących z klientem, kompetencje asystenta i innych profesjonalistów, kompetencje systemu instytucjonalnego itd., poprzez m.in. skorzystanie z doświadczeń innych klientów w podobnych sytuacjach, z doświadczeń asystenta w pracy z innymi klientami o podobnych problemach, z wiedzy teoretycznej i praktycznej asystenta i innych specjalistów). Klient może więc w celu rozwoju tych kompetencji i poszerzenia zasobów wziąć udział w terapii indywidualnej i grupowej, zajęciach warsztatowo-treningowych, skorzystać ze specjalistycznych konsultacji i porad oraz wszelkich instytucjonalnych zasobów materialnych, czyli np. różnego rodzaju świadczeń. W przypadku na przykład wyżej opisywanych projektów „Asystent rodziny”, które obecnie realizowane są w Polsce klienci mają możliwość udziału w „szkołach dla rodziców” (np. Gdynia, Częstochowa), różnorodnych kursach zawodowych (np. Elbląg, Koszalin, Gdynia), kursach prawa jazdy (Gdynia), różnych imprezach okolicznościowych typu pikniki, wycieczki. Proponuje im się również udział w terapiach indywidualnych, rodzinnych i grupowych. Dzięki temu klienci mają możliwość poznać swoje mocne strony w różnych okolicznościach oraz rozwijać swoje kompetencje, uzupełniać je i wspierać zasobami zewnętrznymi.

Jako zakończenie warto przytoczyć zdanie T. Świtka: „aby tak długo, jak to możliwe, biorąc pod uwagę uwarunkowania prawne, ze szczególnym

⁴⁸ T. Świtek, *Ścieżki rozwiązań*, Kraków 2009, s. 63.

⁴⁹ Ibidem, s. 64.

skupieniem się na fizycznym i psychicznym bezpieczeństwie dzieci, zewnętrzne źródła kompetencji były przedstawione jako propozycje do rozważenia, przeanalizowania pod kątem przydatności, a wynikające z tych zewnętrznych źródeł kompetencji perspektywy patrzenia na sytuację klienta były zaprezentowane co najwyżej jako równorzędne z perspektywą klienta⁵⁰. Wtedy bowiem możliwe będzie wytworzenie wewnętrznej motywacji rodziców do realnych zmian w ich umiejętnościach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego.

Wybrana literatura

- Brańiel J., Sikora P., *Praca socjalna – wielość perspektyw. Rodzina – Multikulturowość – Edukacja*, Opole 2004.
- Garvin Ch. D., Seabury B. A., *Działania interpersonalne w pracy socjalnej*, tom 2, Katowice 1998.
- Goldenberg H., Goldenberg I., *Terapia rodzin*, Kraków 2006.
- De Jong P., Berg I. K., *Rozmowy o rozwiązaniach*, Kraków 2007.
- Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Olsztyn 2001.
- Kienhuis J., Świtek T., *Klient ekspertem. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*, Kraków 2007.
- Kotlarska-Michalska A., *Diagnozowanie i projektowanie w pracy socjalnej*, Poznań 1999.
- Krasiejko I., *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*, Katowice 2010.
- Lalak D., *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*, (w:) T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna*, Warszawa 1995.
- Marynowicz-Hetka E., *Praca socjalno-wychowawcza z rodziną niepełną*, Warszawa 1980.
- Matyjas B., *Praca z rodziną dysfunkcyjną – w poszukiwaniu nowych strategii i modeli*, (w:) E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne na progu XXI wieku*, Toruń 2003.
- Miś L. (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, Kraków 2008.
- Nitecki S., *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008.
- de Robertis C., *Metodyka działania w pracy socjalnej*, Katowice 1998.
- Świtek T., *Ścieżki rozwiązań*, Kraków 2009.
- Wódcz K., *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*, Katowice 1998.

⁵⁰ Ibidem, s. 65.

BRAK UMIEJĘTNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA MŁODZIEŻY OPUSZCZAJĄCEJ PLACÓWKI OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZE

Czyli o potrzebie wspierania wychowanków
w usamodzielnianiu

O kadłubowym charakterze art. 7 pkt 10 ustawy o pomocy społecznej¹

Artykuł 7 UPS określa ramy świadczenia pomocy społecznej na podstawie ustawy o tej pomocy z 12 marca 2004 r.² Jego sens sprowadza się do informacji, że pomoc społeczna zajmuje się takimi to a takimi kwestiami społecznymi. Można jednak zgłosić wątpliwość w stosunku do treści tego przepisu, skoro pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny także w innych trudnych sytuacjach niż te wskazane w katalogu zawartym w art. 7, a co do

¹ Zagadnienie usamodzielniania wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych i rodzin zastępczych, podobnie jak całokształt problematyki związanej z pieczę zastępczą, określają obecnie artykuły od 70 do 90 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (dalej jako UPS). Także po wejściu w życie owej ustawy zarówno usamodzielnienie, jak i całokształt zagadnień związanych z funkcjonowaniem pieczy zastępczej będzie obszarem działania struktur pomocy społecznej.

Nowe, niezwykle rozległe uregulowanie pieczy zastępczej jest funkcją ulegania przez ustawodawcę naciskom rozmaitych środowisk i związanych z nimi mediów, których wiara w magię prawa sprawia, że są przekonane, iż zmiana ustawy, czy też wejście w życie nowej ustawy, jest warunkiem koniecznym nastania nowej rzeczywistości.

² Dziennik Ustaw Nr 64 z 15 kwietnia 2004, poz. 593 z późniejszymi zmianami.

niektórych kwestii wymienionych w tym przepisie, zakres pomocy różny jest od tego, jak go ujmuje treść uregulowania³. Zwłaszcza mylące jest brzmienie omawianego tu punktu 10 analizowanego przepisu, który informuje, że zadaniem pomocy społecznej jest prowadzenie działań zmierzających do usamodzielnienia wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych. Wbrew jego treści, pomoc w usamodzielnieniu nie jest przewidziana dla ogółu wychowanków opuszczających wszystkie typy placówek opiekuńczo-wychowawczych, a jedynie dla części spośród tych, którzy opuszczają placówki rodzinne i socjalizacyjne. Usamodzielnienie nie dotyczy wychowanków placówek interwencyjnych i udzielających wsparcia dziennego.

Co jednak bardziej istotne, pomoc ta adresowana jest do wychowanków wielu innych rodzajów instytucji niż tylko placówki opiekuńczo-wychowawcze. Obejmuje ona bowiem również osoby opuszczające rodziny zastępcze oraz rozmaitego rodzaju instytucje inne niż placówki opiekuńczo-wychowawcze. Szczegółowo regulujący tę kwestię art. 88 UPS stanowi, iż pomocą mającą na celu życiowe usamodzielnienie i integrację ze środowiskiem objęte są:

- osoby pełnoletnie opuszczające placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego i socjalizacyjnego,
- osoby, które pełnoletniość osiągnęły w rodzinie zastępczej,
- osoby pełnoletnie opuszczające dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- osoby opuszczające schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, specjalny ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii zapewniający całodobową opiekę i młodzieżowy ośrodek wychowawczy⁴.

Usamodzielnienie w rozumieniu przepisów ustawy o pomocy społecznej – uwaga wstępna

1. Usamodzielnienie, jako pojęcie używane w kontekście wychowywania dzieci i młodzieży, można rozumieć szeroko, czyli jako wszelkie działania

³ Na kadłubowy charakter art. 7 zwrócono uwagę w: I. Sierpowska, *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 61; zob. także M. Andrzejewski, *Komentarz do przepisów dotyczących rodzin zastępczych zawartych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, (w:) M. Andrzejewski (red.), *Rodziny zastępcze – problematyka prawna*, Toruń 2006, s. 94. To spostrzeżenie jest, moim zdaniem, jednocześnie krytyczną oceną sposobu formułowania przepisów w toku prac legislacyjnych.

⁴ Taki sam katalog instytucji zawiera rozporządzenie ministra pracy i polityki społecznej z 23 grudnia 2004 r. w sprawie udzielania pomocy na usamodzielnienie, kontynuowanie nauki oraz zagospodarowanie (Dz. U. Nr 6 z 12 stycznia 2005, poz. 45 z późniejszymi zmianami).

rozwijające dziecko, a zmierzające do tego, by dzień po dniu, z miesiąca na miesiąc, stawało się ono coraz bardziej zaradne, samodzielne, a w końcu zdolne do bezpiecznego opuszczenia rodzinnego domu i rozpoczęcia samodzielnego życia. Wychowywanie można wszak pojmować jako przygotowanie do samodzielności. Do tego szerokiego pojęcia usamodzielniania nawiązuje szereg przepisów Ustawy o pomocy społecznej, w szczególności zaś te, które wyznaczają zadania dla rodzin zastępczych i wychowawców pracujących w placówkach opiekuńczo-wychowawczych⁵, a także np. art. 88 ust. 5 UPS, na podstawie którego całonocny pobyt dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej może być realizowany w grupach usamodzielniających, będących formą organizacyjną placówki przeznaczoną dla starszych dzieci⁶.

Jednak w omawianym art. 7 pkt 10 UPS nie o takie usamodzielnianie chodzi, lecz o usamodzielnienie rozumiane w sposób węższy, czyli pojmowane jako proces toczący się bezpośrednio przed opuszczeniem rodziny zastępczej lub którejś z instytucji wymienionych w przytoczonym w art. 88 UPS katalogu i trwający (czasami nawet kilka lat) po zamieszkaniu wychowanka samodzielnie.

2. Omawiając zagadnienie usamodzielniania, autor nie może pominąć wspomnień związanych z procedurą usamodzielniania w niedawnych skądinąd czasach, kiedy to na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego stulecia pracował w wielkopolskich domach dziecka⁷, czyli wedle współczesnej terminologii – placówkach socjalizacyjnych. Otóż wychowanek mógł wówczas w takiej placówce przebywać aż do 25 roku życia. Każdy rok po osiągnięciu pełnoletności czynił z wielu spośród nich osoby coraz bardziej wystraszone dorosłością, wolnością, odpowiedzialnością za podejmowanie samodzielnych decyzji. Opóźniało to nabywanie umiejętności samodzielnego życia i demotywoowało metrykalnie dorosłych wychowanków do starania się, by osiągnąć faktycznie status osoby dorosłej. Ale byli też wychowankowie, którzy tuż po osiągnięciu pełnoletności składali do dyrektora domu dziecka wnioski o usamodzielnienie, gdyż np. doskwierały im reguły życia w zbiorowości lub – i to występowało częściej – chcieli niezwłocznie rozpocząć dorosłe życie, jakkolwiek to wówczas rozumieli. Miało to ten efekt, że szef placówki musiał niezwłocznie przygotować dla takiego wychowanka tzw. wyprawkę, czyli worek mniej lub bardziej potrzebnych przedmiotów według listy załączonej do odpowiedniego rozporządzenia, a po opuszczeniu placówki przez wychowanka wypłacano mu kwotę równą trzykrotnej średniej pensji. Na

⁵ Zob. zwłaszcza art. 70 ust. 3 UPS, art. 72.

⁶ Zobacz na ten temat w: T. Perzanowski, *Grupa usamodzielniania po siedmiu latach działania*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 9/2008, s. 18–21.

⁷ Zob. na ten temat w: M. Andrzejewski, *Domy na piasku. Domy dziecka. Od opieki nad dzieckiem do wspierania rodziny*, wyd. 2, Poznań 2007.

grupowym pożegnalnym podwieczorku pałaszowano tort i... wychowanek stawał się usamodzielniony. Cała procedura zamykała się niekiedy w kilku dniach...

Pamięć o tamtych usamodzielnieniach była dla autora inspiracją przy tworzeniu pod koniec lat 90. ubiegłego stulecia prawnych podstaw do reformy funkcjonowania rodzin zastępczych i placówek opiekuńczo-wychowawczych⁸. Starano się wówczas, by pomaganie uczynić działaniem racjonalnym, skutecznym, wyzbytym z pozorowanej aktywności, czyli fikcji pomagania. Poza najważniejszym zagadnieniem, za jakie uznano przywracanie dzieciom ich rodzin (reintegracja), zwrócono też baczną uwagę na wspieranie tych wychowanków, którzy nie mogą wrócić do rodzin i po opuszczeniu rodziny zastępczej lub placówki zaczną funkcjonować samodzielnie. Pamiętając, że usamodzielnianie to proces wychowawczy, którego początki tkwią niemalże w okresie niemowlęcym, nałożono na rodziny zastępcze i placówki szereg obowiązków zmierzających do zapewnienia wychowankom odpowiednich warunków do rozwoju i odrębnie szczegółowo uregulowano końcową fazę pobytu w nich wychowanków wraz z początkowym okresem po samodzielnym zamieszkaniu wychowanka.

Zasada pomocniczości jako filozoficzne uzasadnienie dla roztropnego pomagania

1. Usamodzielnienie jest celem każdego pomagania i głównym kryterium oceny skuteczności działań pomocowych. Racjonalności i skuteczności rozmaitego rodzaju wspierania różnych osób czy grup nie mierzy się ilością środków wydatkowanych na ten cel, lecz liczbą tych, którzy dzięki owemu wsparciu na powrót funkcjonują samodzielnie⁹. Przeciwnieństwem świadczenia pomocy w celu usamodzielnienia są takie działania, które wytwarzają tzw. syndrom wyuczonej bezradności – nieumiejętność radzenia sobie z problemami i oczekiwanie na załatwienie problemu przez tego, kto świadczeniobiorcę od swej pomocy uzależnił. W dalszej perspektywie czynią one z beneficjentów świadczeń ludzi życiowo niezaradnych, którzy tworzą swoją grupę społeczną w literaturze określaną mianem *under class*¹⁰.

⁸ M. Andrzejewski, *Prawne aspekty reformy opieki nad rodziną i dzieckiem*, (w:) Z. W. Stelmaszuk (red.), *Zmiany w systemie opieki nad dziećmi i młodzieżą. Perspektywa europejska*, Katowice 2001, s. 15-38.

⁹ T. Blair, G. Schroeder, *Manifest socjaldemokratyczny*, „Gazeta Wyborcza” z 10 lipca 1999.

¹⁰ Zob. np. Ch. Murray, *Bez korzeni. Polityka społeczna USA 1950-1980*, Poznań 2001. Na ten temat zob. zwłaszcza w: K. Frieske, *Marginalność społeczna – normalność i patologia*, Warszawa 1999. Zob. też R. Lister, *Bieda*, Warszawa 2007, s. 124-152.

Zagadnienie usamodzielniania osób przebywających w rozmaitych instytucjach o charakterze socjalnym (poza rodzinami zastępczymi, placówkami opiekuńczo-wychowawczymi można też wskazać chociażby na ośrodki dla osób bezdomnych), czy też usamodzielnianie ekonomiczne osób pobierających rozmaite zasiłki, jest centralnym punktem, by nie powiedzieć istotą, pomocy społecznej i pracy socjalnej opartej na zasadzie pomocniczości. Ustawa o pomocy społecznej jednoznacznie odwołuje się do tej tak ważnej, zwłaszcza we współczesnej Europie, zasady filozofii społecznej¹¹. Jest to m.in. zasada funkcjonowania WE¹², a w Polsce można o niej mówić jako o zasadzie konstytucyjnej ustroju państwa.

Sprowadza się ona do trzech tez (postulatów)¹³.

Po pierwsze, większym grupom społecznym nie wolno pozbawiać osób ani grup mniejszych (niżej usytuowanych w hierarchii) tego, co one same potrafią uczynić. Słowa „pozbawiać” używa się przy definiowaniu zasady pomocniczości w znaczeniu „wykonywać coś za kogoś”. Ta niepożądana aktywność grup wyższych i większych (np. państwa względem rodziny) sprawia bowiem, że ten, kto powinien i potrafi jakieś zadanie wykonać samodzielnie, jest pozbawiony możliwości dokazania tego. Jako przykład można wskazać, że błędem i złem jest wyręczanie rodziców, którzy potrafią samodzielnie spełniać swe zadania względem potomstwa z ich obowiązków opiekuńczo-wychowawczych czy też z elementarnego obowiązku utrzymania dzieci¹⁴. Podobnie krytycznie należałoby ocenić działania władz central-

¹¹ H. Szurgacz, *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wrocław 1993.

¹² Zob. np. E. Popławska, *Zasada subsydiarności w traktatach w Maastricht i Amsterdamu*, Warszawa 2001; Z. Zgud, *Zasada subsydiarności w prawie europejskim*, Zakamycze 1999.

¹³ L. Schneider, *Subsidiare Gesellschaft*, Paderborn – München – Wien – Zürich, s. 27–35 – podają za: A. Dylus, *Zasada pomocniczości a integracja Europy*, s. 55 i n. oraz podana tam literatura. Zob. też w: C. Millon-Delsol, *Zasada pomocniczości*, Kraków 1995; D. Milczarek (red.), *Subsidiarność*, Warszawa 1996; S. Golinowska, *Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne*, Warszawa 1994, zwłaszcza rozdziały IX, X; A. Anzenbacher, *Wprowadzenie do chrześcijańskiej etyki społecznej*, Kraków 2010, s. 232–248; T. Bąkowski, *Administracyjnoprawna sytuacja jednostki w świetle zasady pomocniczości*, Warszawa 2007.

¹⁴ Przykładem ustanowienia w przepisach prawa demoralizujących reguł wypłacania świadczeń socjalnych jest dodatek dla matek wychowujących dzieci, których ojciec jest nieznany, przyznawany jedynie na podstawie deklaracji matki rejestrującej dziecko w USC. Przepis ten, którego uzasadnieniem mogłoby być wspieranie kobiet wychowujących dziecko nieznanego gwałciciela, funkcjonuje jako wsparcie dla kobiet, które znakomicie ojca swego dziecka znają, nierzadko mieszkają razem z nim, powołując do życia kolejne dzieci. Postawa taka, jako sprzeczna z dobrem dziecka, którego stan cywilny powinien być należycie określony, kwalifikuje się do wydania orzeczenia o ograniczeniu takiej matce władzy rodzicielskiej i do wytoczenia przez prokuratora postępowania o ustalenie ojcostwa dla jej dziecka. Niestety, ustawodawca nagrodził przejaw braku odpowiedzialności zasiłkiem. Zob. ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228, z 2003 r., poz. 2255 z późniejszymi zmianami), w niej art. 11a

nych, gdyby – ulegając pokusie rozwiązywania w stolicy problemów trapiących społeczności lokalne – przejmowały z samorządów ich zadania.

Po drugie, jeżeli osoba lub grupa (np. rodzina) nie jest w stanie sama sobie poradzić w wykonywaniu swych zadań, wówczas powinna ona uzyskać wsparcie od grup wyższych i większych. Ważne jest jednak, aby nie była to jakakolwiek pomoc, lecz wsparcie udzielane wedle formuły „pomoc do samopomocy”. Każde wsparcie winno bowiem zmierzać ku usamodzielnieniu świadczeniobiorcy, a więc winno być działaniem prowadzącym do podjęcia przez niego samodzielnie swych zadań. Strategicznym celem niesienia pomocy powinno bowiem być usamodzielnienie. Wsparcie udzielane rodzinie niewydolnej wychowawczo czy ekonomicznie powinno pomóc jej ponownie stać się rodziną wypełniającą samodzielnie swe funkcje. Z kolei na przykład gmina boleśnie dotknięta powodzią powinna dostać wsparcie ze środków województwa lub też z rezerw rządowych, by czym prędzej usunąć zniszczenia i na powrót samodzielnie radzić sobie z realizacją swych środowiskowych zadań.

Zwróćmy uwagę, że zasada pomocniczości nie zawiera dyrektywy nakazującej przekazywanie świadczeń z pomocy społecznej bezwarunkowo i w dowolny sposób każdemu, kto wykaże, iż znajduje się w sytuacji wskazanej w art. 7 UPS. Można powiedzieć, że ona nie tyle nakazuje pomagać, co raczej podejmować z determinacją próby usamodzielnienia, a to nie to samo. Z zasady pomocniczości łatwo też wywieść zakaz świadczenia pomocy, a to wówczas, gdy jej potencjalny czy też faktyczny adresat nie stara się przezwyciężyć swej trudnej sytuacji, czym uniemożliwia doprowadzenie do sytuacji, w której pomoc przestanie mu być potrzebna. Pomaganie, jeżeli nie jest nastawione na usamodzielnienie, uczy bezradności i jako takie z zasadą pomocniczości jest sprzeczne. Racjonalne pomaganie wiąże się bowiem ze stawianiem wymagań adresatowi pomocy (taki cel ma np. kontrakt socjalny z klientem), gdyż bez tego elementu proces usamodzielniania skazany jest na niepowodzenie. Oparta na fundamencie zasady pomocniczości pomoc społeczna ma służyć tym, którzy są aktywni i starają się przezwyciężyć swoje problemy, lecz nie potrafią dokonać tego samodzielnie¹⁵. Aktywna postawa klientów pomocy społecznej jest etycznym uzasadnieniem dla udzielania im wsparcia. Stwarza ona szansę na osiągnięcie przez te osoby w przyszłości umiejętności samodzielnego, czyli podmiotowego, funkcjonowania w społeczeństwie.

o dodatku z tytułu samotnego wychowywania dziecka, który brzmi: „1. Dodatek z tytułu samotnego wychowywania dziecka przysługuje samotnie wychowującym dziecko matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu dziecka albo opiekunowi prawnemu dziecka, jeżeli nie zostało zasądzone świadczenie alimentacyjne na rzecz dziecka od drugiego z rodziców dziecka, ponieważ: 1) drugi z rodziców dziecka nie żyje; 2) ojciec dziecka jest nieznany”.

¹⁵ Art. 2 ust. 2 UPS.

Trzecia teza zasady pomocniczości sprowadza się do dyrektywy, by wspieranie trwało do momentu podjęcia na powrót swych zadań przez świadczeniobiorcę, czyli do momentu jego usamodzielnienia. Kontynuowanie pomocy poza ten moment byłoby wszak odbieraniem osobie wspieranej tego, co sama swym wysiłkiem ponownie potrafi zdziałać (patrz teza pierwsza zasady pomocniczości).

2. Z przyjętej w Ustawie o pomocy społecznej – art. 2 ust. 2 – definicji tej pomocy wynika, że zarówno placówki opiekuńczo-wychowawcze, jak i rodziny zastępcze, które sprawują tzw. pieczę zastępczą, mają wspierać rodziny wychowanków, zmierzając ku stworzeniu sytuacji, w której możliwa stanie się ich (tych rodzin) reintegracja i podjęcie przez nie obowiązków względem dziecka. To owe rodziny są adresatem pomocy polegającej na sprawowaniu przez placówki i rodziny zastępcze pieczy nad dzieckiem¹⁶. Aby ten cel był możliwy do zrealizowania dziecku umieszczonemu poza rodziną przysługuje prawo do kontaktu z rodziną i prawo do powrotu do niej¹⁷. Rodzina dziecka objętego pieczę zastępczą ma natomiast obowiązek podjęcia próby zmiany (przezwyłączenia) swej trudnej sytuacji życiowej, z powodu której konieczne stało się umieszczenie dziecka w rodzinie zastępczej lub w placówce i współpracy w tym zakresie z pracownikiem socjalnym¹⁸.

W związku z koniecznością postrzegania wszelkich form wspierania przewidzianych w ramach pomocy społecznej, w świetle zasady pomocniczości, należy podkreślić, że pobyt dziecka w całodobowej placówce opiekuńczo-wychowawczej lub w rodzinie zastępczej co do zasady ma charakter tymczasowy i nie powinien trwać aż do osiągnięcia przez wychowanka pełnoletności, lecz zakończyć się możliwie szybko orzeczeniem sądu o powrocie dziecka do rodziny¹⁹. Mając to na uwadze, należy podkreślić, że zagadnienie usamodzielniania dorosłych wychowanków rodzin zastępczych i wychowanków rozmaitych instytucji jest konsekwencją... socjalnej porażki, gdyż z tym zagadnieniem mamy do czynienia wówczas, gdy fiaskiem skończyły się działania mające na celu powrót dziecka do rodziny. W art. 7 pkt 10 UPS mowa jest o sytuacji, w której powstała konieczność usamodzielnienia

¹⁶ Art. 70 ust. 1 pkt 4 UPS. Szerzej na ten temat w: M. Andrzejewski, *Komentarz...*, s. 120 i n.

¹⁷ Art. 70 ust. 3 UPS. Od 2009 r. zagadnienie prawa do kontaktu zostało jasno postawione na gruncie Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Dawniej normatywnym wsparciem tej ważnej idei był zwłaszcza art. 9 ust. 3 Konwencji o prawach dziecka.

¹⁸ Art. 4 UPS. Na temat tego przepisu zob. w: M. Andrzejewski, *Komentarz...*, s. 68–70.

¹⁹ Ustawodawca czasami wskazuje konkretny maksymalny okres pobytu dziecka w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej – w pogotowiu rodzinnym nie powinien on trwać dłużej niż rok, a w pogotowiu opiekuńczym – 3 miesiące.

dorosłego wychowanka, a więc nie udało się usamodzielnić (zreintegrować) jego rodziny w czasie, gdy przebywał on poza rodziną. Ta porażka zapewne niektórym spośród usamodzielnianych wychowanków utrudni odniesienie sukcesu w ich osobistej procedurze usamodzielnienia, gdyż może osłabić jego wiarę w sukces i niezbędną determinację.

Dodać należy, że u podłoża przepisów o usamodzielnieniu wychowanków rodzin zastępczych i rozmaitego rodzaju instytucji leży i to, iż z chwilą osiągnięcia przez nich pełnoletności tracą moc orzeczenia sądów, na mocy których zostali oni tam umieszczeni²⁰. Przepisy określają reguły dalszego w nich przebywania, ale pobyt ten zależy między innymi od woli dorosłego już wychowanka. Chęć samodzielnego życia mogłaby dla części z nich wiązać się ze zbyt dużym ryzykiem co do umiejętności radzenia sobie z problemami i z funkcjonowaniem w społeczeństwie. Wsparcie jest im konieczne, choć niektórzy w poczuciu, że są dorośli, nie zgodziliby się na nie, gdyby nie wiązało się ono z konkretnymi korzyściami ekonomicznymi.

Usamodzielnianie wychowanków w świetle uregulowań ustawy o pomocy społecznej²¹

1. Usamodzielnienie - zakres podmiotowy

Jak wyżej wskazano - wbrew treści art. 7 pkt 10 UPS - usamodzielnieniem nie są objęci wychowankowie wszystkich rodzajów placówek opiekuńczo-wychowawczych, a jedynie socjalizacyjnych i rodzinnych. Wbrew treści tego przepisu usamodzielnieniem objęto nie tylko osoby opuszczające placówki opiekuńczo-wychowawcze, lecz również rodziny zastępcze i szereg instytucji wymienionych w powoływanym art. 88 UPS.

Pominięcie w tym zestawieniu wychowanków opuszczających placówki opiekuńczo-wychowawcze typu interwencyjnego i placówki wsparcia dziennego jest w pełni zrozumiałe. Usamodzielnienie ma sens wyłącznie w stosunku do osób poddawanych działaniu pomocy społecznej dłuższy czas, w każdym razie dłuższy niż ten, jaki jest wyznaczony na pobyt w placówkach interwencyjnych (regułą jest tam pobyt trwający trzy miesiące z możliwością przedłużenia o kolejne trzy), oraz wyłącznie w stosunku do wychowanków

²⁰ Wyjątkiem jest orzeczenie sądu dla nieletnich o umieszczeniu w zakładzie poprawczym, w którym pobyt może trwać co najwyżej do ukończenia 21 roku życia.

²¹ W czasopiśmiennictwie jest wiele doniesień o praktycznej stronie usamodzielniania. Szczegółnej uwadze należy polecić miesięcznik „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”. Wartą zgłębienia jest też oparta na badaniach empirycznych książka: A. Kwak (red.), *Z opieki w dorosłe życie. Założenia a rzeczywistość*, Warszawa 2006.

objętych wsparciem całodobowym. Tylko o wychowankach placówek socjalizacyjnych i rodzinnych można powiedzieć, że – jak to ujmuje powołany art. 88 UPS – „opuszczają” oni placówkę. W kontekście tego sformułowania, a także ze względu na ekonomiczny ciężar świadczeń na rzecz osób usamodzielnianych, trudno byłoby znaleźć uzasadnienie dla tezy, że programy usamodzielniania wychowanków należy stosować do osób, których pobyt w placówce trwał zaledwie kilka lub kilkanaście tygodni lub też trwał co prawda dłużej, jednakże placówka świadczyła wsparcie jedynie za dnia.

Można natomiast postawić pytanie o zasadność objęcia świadczeniami związanymi z usamodzielnianiem wychowanków instytucji działających na podstawie Ustawy z 28 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich²². Zważywszy przyczyny leżące u podstaw orzeczeń sądów o zastosowaniu środka poprawczego (demoralizacja i dokonanie czynu karalnego przez nieletniego) można zrozumieć rezerwę w stosunku do idei łożenia znacznych środków ekonomicznych dla zresocjalizowanego co prawda, ale jednak przestępcy. Wydaje się, że w stosunku do młodzieży opuszczającej zakłady poprawcze czy też schroniska dla nieletnich należy stosować przepisy UPS o usamodzielnieniu w sposób restrykcyjny, tzn. przyznając świadczenia jedynie w przypadkach ścisłego podporządkowania się przez świadczeniobiorców ustaleniom kontraktu socjalnego.

Spośród ogółu wychowanków rodzin zastępczych, placówek opiekuńczo-wychowawczych zapewniających opiekę całodobową, domów pomocy społecznej albo specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych usamodzielnieniem objęto jedynie tych, którzy zostali tam umieszczeni na podstawie orzeczenia sądu. Umieszczenie w rodzinie zastępczej, placówce opiekuńczo-wychowawczej i w domu pomocy społecznej, może również nastąpić na wniosek rodziców lub samego wychowanka²³. W takich przypadkach nakłady ekonomiczne związane z usamodzielnieniem mogłyby być nieuzasadnione. Nie można też wykluczyć, że sama możliwość ich uzyskania mogłaby skłaniać do merytorycznie nieuzasadnionych, a motywowanych ekonomicznie, prób umieszczenia dziecka w takiej czy innej formie pieczy zastępczej.

Ustawodawca nie objął pomocą mającą na celu życiowe usamodzielnienie osób, które umieszczono w rodzinie zastępczej na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy starostą a rodziną zastępczą²⁴, a to

²² Dz. U. Nr 35, pozycja 228 ze zmianami.

²³ Co się zaś tyczy wychowanków zakładów wychowawczych, poprawczych i schronisk dla nieletnich, to oni zawsze umieszczani są tam na podstawie orzeczenia sądowego.

²⁴ Zobacz art. 88 ust. 2 w związku z art. 72 ust. 7 UPS. Na temat charakteru tych umów zobacz w: M. Andrzejewski, *Z wędrówek po pograniczu cywilistyki i prawa administracyjnego, czyli*

z tego względu, że umowa taka ma charakter tymczasowy i powinna ona zostać niezwłocznie „usankcjonowana” orzeczeniem sądu²⁵. Usamodzielnienie dotyczy bowiem jedynie tych wychowanków, którzy przebywali w rodzinie zastępczej lub jednej z instytucji wymienionych w art. 88 UPS co najmniej rok. Usamodzielnienie zakłada istnienie trwałej relacji pomiędzy wychowankiem a rodziną zastępczą lub instytucją, w tym też zawiera się uzasadnienie etyczne dla okazania troski i pomocy również na czas po ich opuszczeniu²⁶. Roczny okres pobytu ustalono również po to, aby wykluczyć zawiązywanie rodzin zastępczych lub umieszczanie dziecka w instytucji w celu uzyskania pomocy ekonomicznej²⁷.

Pomoc w usamodzielnieniu należy się również tym wychowankom, którzy przebywali nieprzerwanie przez rok przed usamodzielnieniem w kilku rodzinach zastępczych lub w instytucjach wymienionych w art. 88 ust. 1 UPS, a także tym, którzy do 6 miesięcy przed osiągnięciem pełnoletności przestali przebywać w rodzinie zastępczej na skutek śmierci osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej.

Spośród wychowanków opuszczających dom pomocy społecznej albo specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy wsparcie związane z usamodzielnieniem otrzymają wyłącznie ci, którzy są zdolni do samodzielnej egzystencji. Gdyby faktyczne usamodzielnienie takiej osoby było niemożliwe na przykład z powodu upośledzenia umysłowego wychowanka, wówczas usamodzielnianie go w rozumieniu omawianych uregulowań Ustawy o pomocy społecznej należałoby uznać za nieracjonalne.

Osoby opuszczające dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży mogą być objęte procedurą usamodzielniania jedynie wówczas, gdy bezpośrednio przed przyjęciem do takiego domu przebywały co najmniej rok w rodzinie zastępczej, w placówce opiekuńczo-wychowawczej zapewniającej całodobową opiekę, w domu pomocy społecznej, w schronisku dla nieletnich, w zakładzie poprawczym, w specjalnym ośrodku szkolno-wychowawczym albo młodzieżowym ośrodku wychowawczym.

o ewolucji prawa pomocy społecznej, (w:) M. Andrzejewski, L. Kociucki, M. Łączkowska, A. N. Schulz (red.), *Księga jubileuszowa profesora Tadeusza Smyczyńskiego*, Toruń 2008, s. 491–510.

²⁵ Art. 72 ust. 7 i 8 UPS. Zob. M. Andrzejewski, *Komentarz...*, s. 136–138.

²⁶ W prawie rodzinnym przewidziany jest obowiązek alimentacyjny między małżonkami po ustaniu małżeństwa i między stronami stosunku adopcji po ustaniu stosunku przysposobienia, a to ze względu na więź wynikającą z czasu wspólnego życia i odpowiedzialności za siebie członków rodziny także po ustaniu łączącego ich niegdyś stosunku rodzinnoprawnego. Zobacz na ten temat np. T. Smyczyński, *Prawo rodzinne i opiekuńcze*, wyd. 5, Warszawa 2009.

²⁷ Przed wprowadzeniem tego uregulowania zdarzało się, że sąd umieszczał prawie dorosłego, tj. 17-letniego, wychowanka w placówce lub w rodzinie zastępczej jedynie po to, by ten mógł w krótkim czasie uzyskać uprawnienia do świadczeń związanych z usamodzielnieniem.

Pomoc pieniężna na rzecz osób usamodzielnianych przeznaczona jest jedynie dla tych spośród nich, którzy nie mogą uzyskać wsparcia ekonomicznego członków rodziny zobowiązanych względem nich do alimentacji i z tego powodu znajdują się w trudnej sytuacji materialnej. Należy przez to rozumieć, że świadczenie zostanie przyznane dopiero w obliczu bezskuteczności egzekucji zasądzonych alimentów i jednocześnie niemożności uzyskania prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego. O trudnej sytuacji materialnej świadczy niski miesięczny dochód w gospodarstwie domowym usamodzielnianego wychowanka, czy to mieszkającego samotnie, czy też z rodziną²⁸.

W celu uzyskania pomocy na kontynuowanie nauki należy określić w indywidualnym programie usamodzielnienia plan tej kontynuacji. Dokumentem potwierdzającym fakt nauki jest zaświadczenie wydane przez szkołę. Pomoc na kontynuowanie nauki dotyczy osób, które ją kontynuują w gimnazjum, szkole ponadpodstawowej, szkole ponadgimnazjalnej lub szkole wyższej²⁹. Pomoc ta przyznawana jest na czas nauki, do momentu jej ukończenia, nie dłużej jednak niż do ukończenia przez osobę usamodzielnianą 25 lat³⁰.

2. Indywidualny plan usamodzielnienia³¹ i opiekun osoby usamodzielnionej

Tak jak każde działanie podejmowane w ramach pomocy społecznej również procedura związana z usamodzielnieniem wychowanka powinna być prowadzona w sposób planowy. Indywidualny plan usamodzielnienia jest swoistym dalszym ciągiem realizowanego od początku pobytu dziecka w placówce lub w rodzinie zastępczej indywidualnego planu pracy z dzieckiem. Sformułowanie planu jest obowiązkiem wychowawcy kierującego

²⁸ W przypadku samotnego gospodarowania jest to kwota nieprzekraczająca 200% kwoty kryterium dochodowego na osobę określonego w art. 8 ust. 1 pkt 1 UPS, a gdy osoba usamodzielniana mieszka w rodzinie, wówczas jest to kwota, która nie przekracza w przeliczeniu na jedną osobę 200% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (art. 8 ust. 1 pkt 2 UPS). Słowo „rodzina” rozumiane jest, na gruncie Ustawy o pomocy społecznej, jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące (art. 6 pkt 14 UPS).

²⁹ Zauważyć należy, że ustawodawca wykluczył z możliwości uzyskania pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki osoby usamodzielniane kontynuujące naukę w szkole podstawowej.

³⁰ Zakres miesięcznej pomocy na kontynuowanie nauki wynosi równowartość 30% kwoty podstawy określonej w przepisach Ustawy o pomocy społecznej.

³¹ Szerzej na ten temat w: T. Polkowski, *Metoda indywidualnych planów pracy z dzieckiem i rodziną w warunkach instytucji opiekuńczo-wychowawczej*, Warszawa 2003; M. Bieńko, *Proces usamodzielniania wychowanków domów dziecka*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 5/2006, s. 22–25.

wychowaniem dziecka. Plan jest realizowany i w trakcie pobytu w placówce modyfikowany. Monitoring, ewaluacja i modyfikowanie planu należy do kompetencji działających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych stałych zespołów do spraw oceny sytuacji dziecka, w których skład wchodzi: dyrektor, psycholog, pedagog, pracownik socjalny, wychowawca odpowiedzialny za dziecko i ewentualnie dodatkowo zaproszone osoby szczególnie dla wychowanka znaczące. Treścią planu są zobowiązania podjęte przez opiekuna usamodzielnienia oraz obowiązki osoby usamodzielnianej wraz z terminem realizacji. Powinien on też określać formy współdziałania wychowanka z opiekunem, kroki podejmowane w celu uzyskania wykształcenia, podjęcia zatrudnienia, pomocy w osiedleniu się i uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych itp.

Niewykonywanie obowiązków związanych z usamodzielnieniem przez opiekuna usamodzielnienia może spowodować jego zmianę przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie. Z kolei niewykonywanie obowiązków przez osobą usamodzielnianą może natomiast spowodować odmowę przyznania pomocy pieniężnej lub zawieszenie jej wypłacania.

Plan usamodzielnienia jest opracowywany przez wychowanka wspólnie z opiekunem usamodzielnienia, a zatwierdza go kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie. Warunkiem uzyskania pomocy przewidzianej programem usamodzielnienia jest zobowiązanie się osoby usamodzielnianej do realizacji tego programu. Program musi zostać przygotowany co najmniej na miesiąc przed osiągnięciem przez wychowanka pełnoletności.

W realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia osobą usamodzielnianą wspiera opiekun usamodzielnienia. Może nim być, po wyrażeniu zgody, jedno z rodziców zastępczych, dyrektor placówki rodzinnej, pracownik socjalny powiatowego centrum pomocy rodzinie, wychowawca, psycholog lub pracownik socjalny placówki opiekuńczo-wychowawczej, domu pomocy społecznej, schroniska dla nieletnich, zakładu poprawczego, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, młodzieżowego ośrodka wychowawczego albo inna osoba wskazana przez osobą usamodzielnianą. Opiekun usamodzielnienia jest osobą wybraną przez osobą usamodzielnianą. Ma on obowiązek wspierać wychowanka w stworzeniu i w realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia, ocenia realizację programu, modyfikuje go, współpracuje z rodziną osoby usamodzielnianej, z jej szkołą lub zakładem pracy. Osoba usamodzielniana, co najmniej na 2 miesiące przed osiągnięciem pełnoletności, zobowiązana jest wskazać staroście dane osobowe osoby, która podejmuje się pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia, oraz przedstawić pisemną zgodę tej osoby. Jeśli starosta nie przyjmie tej kandydatury, wówczas winien pomóc wychowankowi w wyborze innego opiekuna.

3. Świadczenia na rzecz osób usamodzielnianych

Pomoc na usamodzielnienie przysługuje osobie usamodzielnianej obligatoryjnie, co oznacza, że w sytuacji, gdy spełnia ona ustawowe przesłanki jej uzyskania, starosta nie może odmówić świadczenia pomocy³². Udzielana jest ona na wniosek usamodzielnianego wychowanka, gdyż w prawie pomocy społecznej obowiązuje zasada dobrowolności, zgodnie z którą pomocy nie udziela się wbrew woli osoby uprawnionej. By zapewnić w budżecie środki niezbędne do przekazania świadczeń w związku z usamodzielnieniem, powiatowe centrum pomocy rodzinie, właściwe ze względu na deklarowany zamiar zamieszkania osoby usamodzielnianej, powinno zostać poinformowane o wychowanku, który w danym roku kalendarzowym osiągnie pełnoletność, i o jego zamiarze usamodzielnienia.

Spośród ogółu świadczeń przewidzianych w ramach pomocy społecznej³³, w procedurze usamodzielniania wychowanków wykorzystywane są zarówno świadczenia pieniężne, takie jak pomoc dla rodzin zastępczych, pomoc na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki, jak i świadczenia niepieniężne, takie jak praca socjalna, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, czy też pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej.

Przyznanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie następuje po zakończeniu przez wychowanka nauki w szkole. Jeżeli jednak osoba usamodzielniana porzuci naukę i nie podejmie zatrudnienia lub istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pomoc zostanie wykorzystana niezgodnie z celem, na jaki została przyznana, wówczas starosta odmówi jej takiej pomocy (art. 89 ust. 7 UPS). Ustalenia powyższych okoliczności może dokonać pracownik socjalny, konsultując się z opiekunem usamodzielnienia.

Pomoc pieniężna na usamodzielnienie i pomoc pieniężna na kontynuowanie nauki przysługuje osobie usamodzielnianej, której dochód nie przekracza ustawowego górnego dopuszczalnego w Ustawie o pomocy społecznej progu dochodowego na osobę³⁴. Świadczenia z pomocy społecznej, co do zasady, wypłacane są bowiem osobom ubogim i to jedynie wówczas, gdy nie mogą one zaspokoić swoich potrzeb z innych źródeł, wykorzystując wszelkie własne możliwości i uprawnienia³⁵.

³² Por. P. Ławrynowicz, *Komentarz do przepisów dotyczących rodzin zastępczych zawartych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*, (w:) M. Andrzejewski (red.), *Rodziny zastępcze – problematyka prawna*, Toruń 2006, s. 218 i n.; I. Sierpowska, *Ustawa...*, op. cit., s. 348–351.

³³ Zobacz art. 36 UPS. Na temat świadczeń z pomocy społecznej zobacz: I. Sierpowska, *Ustawa...*, op. cit., s. 148 i n.; J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kraków 2006, s. 333–338.

³⁴ Art. 8 UPS.

³⁵ Na temat charakteru pomocy społecznej zob. w: J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Warszawa 1996; I. Sierpowska, *Prawo pomocy społecznej*, Kraków 2006, s. 44–51; W. Maciejko, *Instytucje...*, op. cit., s. 19–66.

Wysokość pomocy pieniężnej na usamodzielnienie zależy od okresu, jaki osoba usamodzielniana przebywała w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej lub innej instytucji. Najwyższe świadczenie – 300% ustawowej kwoty podstawy – przysługuje osobom usamodzielnianym, które przebywały tam przez okres powyżej 3 lat, 200% tej kwoty otrzymują osoby, które przebywały od 2 do 3 lat, zaś 100% podstawy wypłaca się osobom, które usamodzielniają się po ponad rocznym pobycie. Zaznaczyć należy, że do wymienionych okresów, od których zależy wysokość świadczenia zalicza się również czas pobytu w różnych placówkach i zakładach wymienionych w art. 88 UPS i w rodzinie(ach) zastępczej(ych).

Poza świadczeniami pieniężnymi osoba usamodzielniana może uzyskać również wsparcie w formie pracy socjalnej. Praca socjalna jest działalnością zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi. Celem prowadzenia pracy socjalnej jest poprawa funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym, w tym zwłaszcza wzmocnienie ich aktywności i samodzielności życiowej³⁶. Najbardziej bodaj efektywnym narzędziem w pracy socjalnej jest kontrakt socjalny zawierany z jednostką lub z rodziną, której udziela się wsparcia. Specyficzną cechą pracy socjalnej jest to, że w odróżnieniu od większości świadczeń z pomocy społecznej jest ona świadczona osobom i rodzinom bez względu na posiadany przez nich dochód.

Przysługująca osobom usamodzielnianym pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych sprowadza się do przyznania mieszkania chronionego³⁷ lub umożliwienia zamieszkania poza rodziną zastępczą lub instytucją w innej formie mieszkalnej (np. pobyt czasowy w domu pomocy społecznej). Może ona też sprowadzać się do przyznania osobie usamodzielnianej mieszkania chronionego w celu przygotowania tej osoby do prowadzenia samodzielnego życia przy wsparciu opiekuna usamodzielnienia, czy też pracowników socjalnych) i zapewnić warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku i integracji ze społecznością lokalną³⁸.

Pomoc w formie zapewnienia mieszkania może uzyskać tylko osoba usamodzielniana, która umieszczona była w rodzinie zastępczej lub w instytucji na podstawie orzeczenia sądu i zobowiązała się do realizacji indywidualnego programu usamodzielnienia. Pomoc mieszkaniową ma obowiązek

³⁶ Art. 45 UPS. Na ten temat zob. I. Sierpowska, *Ustawa...*, op. cit., s. 176–179.

³⁷ Na temat tej formy pomocy zob. W. Maciejko, *Instytucje pomocy społecznej*, Warszawa 2009, s. 371–374.

³⁸ Art. 53 ust. 2 UPS.

zapewnić starosta właściwy dla miejsca osiedlenia się osoby usamodzielnianej³⁹. Mieszkając w mieszkaniu chronionym, osoba usamodzielniana ponosi częściowe koszty utrzymania tego mieszkania proporcjonalnie do swoich dochodów. W uzasadnionych przypadkach starosta może ją zwolnić z ponoszenia opłat.

Pomoc w uzyskaniu zatrudnienia przez osoby usamodzielniane może w szczególności polegać na wystawieniu opinii dla pracodawcy o osobie usamodzielnianej, poparciu wniosku osoby usamodzielnianej o skierowanie do prac interwencyjnych. Wydaje się jednak, że największy udział przy uzyskaniu zatrudnienia odgrywa opiekun usamodzielnienia. Może on ukierunkować działania osoby usamodzielnianej na zdobycie odpowiednich kwalifikacji zawodowych, uzyskanie wykształcenia.

Z kolei pomoc na zagospodarowanie w formie rzeczowej może polegać na przyznaniu materiałów niezbędnych do przeprowadzenia remontu i wyposażenia mieszkania (narzędzia i materiały budowlane), niezbędnych urządzeń domowych (np. pralka, lodówka, kuchenka, podgrzewacz wody), pomocy naukowych (np. komputer, książki), sprzętu rehabilitacyjnego (np. wózek inwalidzki, proteza) oraz sprzętu, który może służyć do podjęcia zatrudnienia (np. komputer, rower lub samochód, telefon). Wartość pomocy na zagospodarowanie ustala się jako równowartość kwoty nie wyższej niż 300% kwoty określonej w ustawie jako podstawa wymiaru świadczeń. Określenie górnej granicy wartości świadczenia daje staroście możliwość jego różnicowania. Jedynie pomoc na zagospodarowanie przeznaczana dla osób usamodzielnianych, które są niepełnosprawne w stopniu umiarkowanym lub znacznym, ustalono jako równowartość 300% podstawy.

Kiedy usamodzielniany wychowanek nie współpracuje z opiekunem usamodzielnienia lub marnotrawi przyznane świadczenia

Ustawa o pomocy społecznej zawiera uregulowania pozwalające wyciągnąć konsekwencje w stosunku do osób, które chcą jedynie uzyskiwać świadczenia, a nie podejmują wysiłków, by przezwyciężyć swą trudną sytuację życiową. Pracownicy socjalni mają obowiązek stawiania osobie wspieranej wymagań zmierzających do zaktywizowania jej postawy. Jest to konsekwencją przyjęcia koncepcji pomagania opartej na zasadzie pomocniczości, a więc prowadzącej do usamodzielnienia.

Doświadczeniem osób zaangażowanych we wspieranie klientów pomocy społecznej jest obserwowanie u wielu spośród nich pasywności i niechęci

³⁹ Art. 90 ust. 2 UPS. Zobacz P. Ławrynowicz, *Komentarz...*, op. cit., s. 234 i n.

do przewycięzania trudnej sytuacji, w jakiej się znaleźli. Niestety doświadczeniem badaczy funkcjonowania pomocy społecznej jest obserwowanie pracowników socjalnych, którzy nie starają się nawet, by pomagać do samopomocy, nie stawiają klientom wymagań, a sprowadzają swą rolę wyłącznie do wypłacania zasiłków.

Brak aktywności świadczeniobiorcy, a tym bardziej jego destrukcyjna postawa przejawiająca się w marnotrawieniu lub niszczeniu przyznanej pomocy, wymaga sięgnięcia po odpowiednią sankcję prawną. Skoro pomoc służyć ma przewycięzeniu rozmaitych problemów, to nie można jej świadczyć osobie, która nie stara się współdziałać w tym dziele. Tym bardziej należy stanowczo sprzeciwić się zachowaniu czyniącemu z przyznanej pomocy zły użytek (marnotrawienie, niszczenie, korzystanie w sposób niezgodny z przeznaczeniem). Taka postawa niweczy też szanse usamodzielnienia adresata pomocy. Szansę tę zmniejsza również brak współdziałania świadczeniobiorcy z pracownikiem socjalnym w rozwiązywaniu trudnej sytuacji i inne przejawy unikania przez świadczeniobiorcę aktywnej współpracy.

Reakcja na naganne zachowania świadczeniobiorcy zależy od organu świadczącego pomoc. Jest to jego kompetencja z zakresu tzw. władztwa administracyjnego, co w przepisach przejawia się w sformułowaniu, że organ administracji może (ale nie musi) wydać określoną decyzję. Świadczeniobiorcy służy od niej odwołanie.

Organ administracji może odmówić przyznania pomocy pieniężnej na usamodzielnienie i pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki w przypadku, gdy:

- istnieje uzasadnione przypuszczenie, że pomoc pieniężna zostanie wykorzystana niezgodnie z celem, na jaki została przyznana;

Decyzję o odmowie przyznania świadczeń należy sformułować na podstawie uprzedniego ustalenia, jakie są cele ich przyznania. Celem przyznania pieniężnej pomocy na usamodzielnienie jest „przeznaczenie jej na zaspokojenie ważnej życiowej potrzeby osoby usamodzielnianej, np. polepszenie warunków mieszkaniowych, stworzenie warunków do działalności zarobkowej, podniesienie kwalifikacji zawodowych”. Celem pomocy na kontynuowanie nauki są natomiast wydatki związane bezpośrednio z nauką, np. opłata czesnego, kupno komputera, biurka, książek i innych pomocy naukowych, przyborów szkolnych, stroju sportowego, biletu miesięcznego na autobus do szkoły, odzieży. Odmowa przyznania pomocy dotyczy szczególnie tych osób usamodzielnianych, które uzależnione są od alkoholu, narkotyków, hazardu, dokonują kradzieży, wyłudzeń, handlują narkotykami lub towarem pochodzącym z nielegalnego źródła, prostytuują się itp.

- osoba usamodzielniana przed osiągnięciem pełnoletności opuściła samowolnie rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą typu rodzinnego, dom pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepeł-

nosprawnych intelektualnie, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży lub schronisko dla nieletnich, zakład poprawczy, specjalny ośrodek szkolno-wychowawczy, młodzieżowy ośrodek wychowawczy;

Prześlanka samowolnego opuszczenia rodziny zastępczej lub placówki, jako podstawa do odmowy przyznania pomocy na usamodzielnienie, wymaga ustalenia, czy osoby pełniące funkcję rodziny zastępczej lub pracownicy placówki nie przyczynili się do jej opuszczenia przez wychowanka. Chcąc to rozwiąć, należy przeprowadzić wywiad środowiskowy. Szczególną ostrożność należy przejawiać wówczas, gdy istnieje podejrzenie stosowania w placówce lub w rodzinie zastępczej przemocy, w tym seksualnej. W takiej sytuacji porzucenie może okazać się uzasadnione i nie będzie nosiło znamion samowolności⁴⁰.

- osoba usamodzielniana porzuciła naukę umożliwiającą jej przygotowanie zawodowe i nie podejmie zatrudnienia;
- osoba usamodzielniana porzuciła pracę i uchyła się od podjęcia proponowanego jej zatrudnienia;

Porzucenie pracy i uchylenie się od podjęcia proponowanego zatrudnienia oznacza samowolne, z własnej winy, bez usprawiedliwienia opuszczenie pracy (podstawa do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia – art. 52 KP) i parokrotne uchylenie się od podjęcia proponowanej pracy. Uchylenie się zakłada stałą postawę braku gotowości do podjęcia pracy. Nie można uznać za porzucenie pracy rezygnacji z niej, wówczas gdy osobie usamodzielnianej obiecano lepszą pracę, ale ostatecznie jej nie dostała⁴¹.

- osoba usamodzielniana została skazana prawomocnym wyrokiem za popełnione przestępstwo z winy umyślnej.

Odnosnie skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo z winy umyślnej to ta prześlanka odmowy przyznania świadczeń ma charakter obiektywny – informację można uzyskać w rejestrze skazanych prowadzonym przez sądy okręgowe. Wyrok staje się prawomocny, gdy nie przysługuje od niego środek odwoławczy. Przestępstwo jest czynem człowieka zabronionym przez ustawę pod groźbą kary, jako zbrodnia lub występki, bezprawny, zawiniony i społecznie niebezpieczny. Wina umyślna oznacza zamiar sprawcy popełnienia przestępstwa, może to być zamiar bezpośredni (gdy sprawca chce popełnić przestępstwo) lub zamiar ewentualny (gdy sprawca przewiduje możliwość popełnienia przestępstwa i godzi się na to).

Odmowa przyznania pomocy pieniężnej może dotyczyć zarówno osoby ubiegającej się o pomoc na usamodzielnienie, jak i osoby starającej się o pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki. Decyzja o odmowie zawsze musi

⁴⁰ Zob. P. Ławrynowicz, *Komentarz...*, op. cit., s. 224 i n.

⁴¹ Ibidem.

być poprzedzona przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego⁴². Odwołanie od decyzji składa się do samorządowego kolegium odwoławczego na ogólnych zasadach określonych w Kodeksie postępowania administracyjnego. Może je złożyć również inna osoba niż zainteresowany wychowanek, jeśli wyrazi na to zgodę osoba, której odmówiono pomocy.

W przypadku odmowy przyznania albo ograniczenia wysokości lub rozmiaru świadczeń z pomocy społecznej należy uwzględnić sytuację osób będących na utrzymaniu osoby ubiegającej się o świadczenie lub korzystającej ze świadczeń. Ustawa nakazuje, aby organ pomocy społecznej rozważył przed podjęciem decyzji, czy stanowczość wobec świadczeniobiorcy nie wywoła negatywnych skutków dla osób, które są na jego utrzymaniu (na przykład: czy odebranie zasiłku nie odbije się na dziecku). Na ten dylemat powołują się pracownicy pomocy społecznej, uzasadniając nim swą pasywną postawę wobec nagannie postępujących świadczeniobiorców. Troska o dzieci osób marnotrawiących świadczenia lub pasywnie odnoszących się do nakazu podejmowania prób przezwyciężenia trudnej sytuacji nie może odwozić od wyciągnięcia prawnych konsekwencji z takiej postawy. Wszak niszcząc świadczenia, przepijając je itp. i tak działaniem swym lekceważą oni los osób będących na ich utrzymaniu, w tym dzieci. Zachowania opisane w komentowanym przepisie powinny skłaniać pracowników socjalnych do odbierania świadczeń (lub do innych prawem przewidzianych działań), jednakże przy jednoczesnym zapewnieniu osobom będącym na utrzymaniu świadczeniobiorcy środków na życie poprzez adresowanie tych środków bezpośrednio do nich (np. opłacenie dziecku obiadów w szkole).

Natomiast pomoc pieniężną na usamodzielnienie i pomoc pieniężną na kontynuowanie nauki można zawiesić w przypadku, gdy:

- wystąpiły szczególne okoliczności związane z tokiem nauki, stanem zdrowia lub zdarzeniem losowym dotyczącym osoby usamodzielnianej;
- nastąpiła przerwa w kontynuowaniu nauki przez osobę usamodzielnianą w okresie między ukończeniem przez nią szkoły niższego stopnia a rozpoczęciem nauki w szkole wyższego stopnia;
- stwierdzi się marnotrawienie przyznanej pomocy;
- osoba usamodzielniana nie realizuje programu usamodzielnienia.

Zawieszenie udzielania pomocy na usamodzielnienie i kontynuowanie nauki jest fakultatywne. Może ono nastąpić w drodze decyzji administracyjnej z urzędu lub na wniosek osoby usamodzielnianej po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego. Udzielanie pomocy można zawiesić na okres maksymalnie do roku. Starosta, wydając decyzję o zawieszeniu, powinien

⁴² Art. 106 ust. 4 UPS. Na ten temat zob. P. Nitecki, *Procedury i tryb przyznawania świadczeń*, Wrocław 2009, s. 99–104.

precyzyjnie określić faktyczną podstawę jej wydania. Ma to szczególne znaczenie dla określenia przez osobę usamodzielnianą i jej opiekuna sposobu postępowania w przewyciężeniu przyczyn zawieszenia.

Oceniając, jak osoba usamodzielniana realizuje programu usamodzielnienia, kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie powinien wziąć pod uwagę opinię opiekuna usamodzielnienia, ale również ocenić, na ile wspiera on osobę usamodzielnianą w realizacji tego programu. Może się bowiem okazać, że osoba usamodzielniana ma jedynie sporadyczny i sformalizowany kontakt z opiekunem, program został napisany trochę na wyrost i nie jest ona w stanie samodzielnie go realizować⁴³.

Zaprzestanie udzielania pomocy dotyczy jedynie pomocy pieniężnej na kontynuowanie nauki i stosuje się je w wymienionych enumeratywnie przypadkach:

- gdy szkoła, do której uczęszcza osoba usamodzielniana, jest nieodpłatna i dodatkowo zapewnia nieodpłatne utrzymanie, tzn. wyżywienie i internat;
- osoba usamodzielniana bez uzasadnionych powodów zmieniła trzykrotnie szkołę.

Jeżeli któraś z wymienionych przesłanek wystąpi, starosta obligatoryjnie wyda decyzję o zaprzestaniu udzielania pomocy na kontynuowanie nauki.

Wybrana literatura

- Andrzejewski M., *Domy na piasku. Domy dziecka. Od opieki nad dzieckiem do wspierania rodziny*, Poznań 2007.
- Andrzejewski M. (red.), *Rodziny zastępcze – problematyka prawna*, Toruń 2006.
- Bieńko M., *Proces usamodzielniania wychowanków domów dziecka*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” nr 4 i nr 5, 2006.
- Kazimierzczak T., Rymsza M. (red.), *W stronę aktywnej polityki społecznej*, Warszawa 2003.
- Kwak A. (red.), *Z opieki w dorosłe życie. Założenia a rzeczywistość*, Warszawa 2006.
- Murray Ch., *Bez korzeni. Polityka społeczna USA 1950–1980*, Poznań 2001.
- Polkowski T., *Metoda indywidualnych planów pracy z dzieckiem i rodziną w warunkach instytucji opiekuńczo-wychowawczej*, Warszawa 2003.
- Sierpowska I., *Ustawa o pomocy społecznej. Komentarz*, Warszawa 2007.
- Szurgacz H., *Wstęp do prawa pomocy społecznej*, Wrocław 1993.

⁴³ P. Ławrynowicz, *Komentarz...*, op. cit., s. 224 i n.

TRUDNOŚCI W INTEGRACJI CUDZOZIEMCÓW, KTÓRZY UZYSKALI W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STATUS UCHODźCY LUB OCHRONĘ UZUPEŁNIAJĄCĄ

Czyli o trudnościach cudzoziemców w Polsce
i o wspieraniu w ich niemożnościach

Wprowadzenie w kontekst prawny pomocy dla uchodźców

Udzielanie cudzoziemcom przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pomocy socjalnej, pedagogicznej, psychologicznej czy materialnej reguluje ustawa o pomocy społecznej, stanowiąca wątek wiodący niniejszej publikacji, ale też ustawa z dnia 13 czerwca 2003 roku o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium RP. Druga z wymienionych regulacji prawnych wymienia pięć form statusu obcokrajowca przebywającego w Polsce (schemat 1).

W pierwszej części tej rozprawy zaprezentowano definicje oraz informacje dotyczące każdej z form statusu uwzględnionych w powyższym schemacie. Natomiast w części drugiej przedstawiono garść danych odnoszących się do realizacji pomocy socjalnej skierowanej do cudzoziemców, reprezentujących owe statusy, na terenie województwa mazowieckiego. Opracowanie zamyka wykaz niezbędnej literatury i netografii, użytecznej obecnym i przyszłym pracownikom z sektora pracy (czy pomocy) socjalnej w Polsce.

Schemat 1. Statusy cudzoziemca przebywającego na terytorium Polski wynikające z ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku



1. Status uchodźcy

W określeniu uchodźca znajduje się szerokie spektrum cech, wśród których na czoło wysuwają się mówiące o prześladowaniu takiej osoby w kraju ojczystym ze względu na: poglądy polityczne, rasę, religię, przynależność do szczególnej grupy społecznej bądź narodowościowej. Jednocześnie jest to człowiek przebywający poza terytorium danego państwa, niemogący skorzystać z należącej mu ochrony tegoż państwa. Bardzo znamienne dla charakterystyki uchodźcy jest silna obawa takiej osoby przed prześladowaniem.

Ludzie ci mają pełne prawo do ochrony przysługujących im praw człowieka, zarówno z ramienia organizacji międzynarodowych, jak i państw, przez które się przemieszczają, w których poszukują czasowego schronienia bądź osiedlenia się na stałe. Opiekę nad uchodźcami w minionym stuleciu sprawowały: Liga Narodów (po I wojnie światowej) i Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ), z ramienia której powstał w 1951 r. Urząd Wysokiego Komisarza do Spraw Uchodźców (UNHCR). Akt prawa międzynarodowego, stanowiący o statusie uchodźcy, wszedł w życie jako Konwencja z dnia 28 lipca 1951 r. Zgodnie z nią do zasadniczych zadań UNHCR należą: ochrona uchodźców, ułatwienie im asymilacji oraz pomoc w repatriacji.

2. Status pobytu tolerowanego

Należy uściślić, iż pobyt tolerowany stosowany jest w przypadku cudzoziemców, którzy nie otrzymali statusu uchodźcy, przy jednoczesnej uzasadnionej obawie, że powrót do rodzimego kraju grozi krzywdzącymi następstwami

dla danej osoby. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce zapisami legislacyjnymi możliwość udzielenia cudzoziemcowi przebywającemu w RP zgody na pobyt tolerowany istnieje jedynie w czterech sytuacjach, w których wydalenie tej osoby do rodzimego kraju pociągałoby za sobą konsekwencje sprzeczne z Europejską Konwencją Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

Po pierwsze, jeżeli w kraju (do którego prawnie wydano by obcokrajowca z Polski):

- zagrożone byłoby jego prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego;
- mógłby zostać poddany torturom bądź nieludzkiemu, a także poniżającemu traktowaniu oraz karaniu;
- zmuszano by go do pracy lub pozbawiano prawa do rzetelnego procesu sądowego;
- mógłby być ukarany bez podstawy prawnej w rozumieniu Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności¹.

Po drugie, owo wydalenie cudzoziemca jest niemożliwe do zrealizowania z przyczyn niezależnych bądź od organu odpowiedzialnego za wykonanie takiej decyzji, bądź od obcokrajowca.

Po trzecie, wydanie cudzoziemca jest zabronione na podstawie:

- orzeczenia sądu polskiego (o niedopuszczalności wydania cudzoziemca);
- rozstrzygnięcia Ministra Sprawiedliwości o odmowie wydania obcokrajowca (tzw. odmowa ekstradycji²).

Po czwarte, to wydalenie miałyby nastąpić z przyczyn innych niż zagrożenie dla: obronności czy bezpieczeństwa państwa, bezpieczeństwa i porządku publicznego, a w dodatku cudzoziemiec jest małżonkiem obywatela polskiego albo obcokrajowca posiadającego zezwolenie na osiedlenie się na terytorium RP.

Pobyt tolerowany wiąże się z określonymi prawami przysługującymi cudzoziemcowi. Są to:

- wykonywanie pracy na terytorium RP (bez zezwolenia na pracę);
- prawo do świadczeń z zakresu pomocy społecznej (zasiłki – rodzinny, pielęgnacyjny, wychowawczy);
- prawo do nauki w szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (licea, technika);
- prawo do podejmowania i wykonywania działalności gospodarczej na takich samych prawach jak obywatele polscy;

¹ Zob. szerzej *Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, podpisana w Rzymie w dniu 4 listopada 1950 r.

² Tzn. odmowa wydania obcokrajowca przebywającego na terytorium RP, którego żąda kraj obcy, np. ze względu na toczące się wobec niego postępowanie karne.

- prawo do ubezpieczenia zdrowotnego (cudzoziemiec ubezpiecza się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia albo podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, wynikającego z umowy o pracę).

Udzielanie zgody cudzoziemcowi na pobyt tolerowany pozostaje w gestii wojewodów, Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców lub Rada do Spraw Uchodźców. Szczegółowe zalecenia dotyczące procedury opisują właściwe ustawy³. Zdarza się, że wniosek obcokrajowca spotyka się z odmową. Od decyzji tej przysługuje cudzoziemcowi odwołanie. Natomiast na negatywną decyzję wydaną po rozpatrzeniu odwołania osoba ubiegająca się o pobyt tolerowany ma prawo wnieść skargę do sądu administracyjnego.

Cudzoziemiec, któremu udzielono zgody na pobyt tolerowany, otrzymuje kartę stałego pobytu na jeden rok, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy, aż do czasu cofnięcia zgody na pobyt tolerowany (ewentualnie aż do wygaśnięcia pozwolenia na pobyt tolerowany z mocy prawa). Ponadto osoba, której udzielono zgody na pobyt tolerowany na tej podstawie, że jej wydalenie jest niewykonalne z przyczyn niezależnych od organu wykonującego decyzję o wydaleniu i od cudzoziemca, ma obowiązek zgłaszania się w określonych odstępach czasu do organu wskazanego w decyzji oraz do zawiadamiania tego organu o każdej zmianie pobytu.

Do zakończenia okresu ochrony przysługującej cudzoziemcowi w związku z pobytem tolerowanym dochodzi z dwóch przyczyn. Albo z powodu wydania decyzji o cofnięciu zgody na ten rodzaj pobytu albo z wygaśnięciem zezwolenia na pobyt tolerowany z mocy prawa. Z kolei cofnięcie przyzwolenia na pobyt tolerowany cudzoziemcowi następuje w czterech, uzasadnionych prawnie, sytuacjach: gdy ustanie przyczyna, dla której została mu udzielona zgoda na pobyt tolerowany; gdy zwrócił się on dobrowolnie o ochronę do władz kraju pochodzenia; gdy opuścił na stałe terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wówczas gdy dalsze obowiązywanie zgody na pobyt tolerowany mogłoby spowodować poważne zagrożenie dla obronności lub bezpieczeństwa państwa albo bezpieczeństwa i porządku publicznego. Podobnie cztery okoliczności uzasadniają wygaśnięcie zgody na pobyt tolerowany z mocy prawa. Są to: nadanie cudzoziemcowi statusu uchodźcy; nabywanie przez obcokrajowca obywatelstwa polskiego; zawiadomienie przez cudzoziemca (na piśmie) Szefa (Prezesa) Urzędu do Spraw Cudzoziemców o rzeczeniu się prawa do korzystania ze zgody na pobyt tolerowany; uzyskanie zezwolenia na osiedlenie się w Polsce. Warto podkreślić, iż cudzoziemca objętego ochroną w formie zgody na pobyt tolerowany nie można wydalić z Polski, nie można również wydać żadnej z dwu niżej wymienionych decyzji⁴: a) o zobowiązaniu do opuszczenia terytorium RP; b) o wyda-

³ Cytowane wyżej Dz. U. Nr 128, poz. 1175, 1176.

⁴ Por. art. 101 Ustawy o cudzoziemcach..., op. cit.

leniu⁵. Istotny jest też zapis prawny, że w decyzji o cofnięciu zgody na pobyt tolerowany orzeka się o wydaleniu z kraju i określa termin (nie dłuższy niż 14 dni) opuszczenia terytorium Polski.

3. Status azylu terytorialnego

Cudzoziemcowi przebywającemu w Polsce, na jego wniosek, możliwe jest udzielenie azylu. W przypadku, gdy jest to niezbędne, aby zapewnić mu ochronę oraz gdy argumentem jest ważny interes Rzeczypospolitej Polskiej. W trzech przypadkach udzielenie azylu nie wchodzi w grę. Status ten nie przysługuje zbrodniarzom wojennym, osobom, którym zarzuca się popełnienie zbrodni przeciwko pokojowi oraz przeciwko ludzkości.

W prawie polskim instytucję azylu terytorialnego określa Konstytucja RP z 1997 r., a także ustawa o udzielaniu ochrony cudzoziemcom na terytorium RP⁶. Zgodnie z ustawą azyl terytorialny zostanie udzielony wówczas, gdy zaistnieją dwie przesłanki: istnieje konieczność zapewnienia cudzoziemcowi ochrony przed prześladowaniem i za udzieleniem schronienia cudzoziemcowi przemawia ważny interes państwa.

W przypadku udzielenia azylu, cudzoziemcowi wydaje się równocześnie zezwolenie na osiedlenie się oraz otrzymuje on kartę pobytu. Jeśli cudzoziemiec ubiegający się o udzielenie azylu przebywa poza granicami RP, powinien złożyć wniosek do konsula RP, w innych sytuacjach – do komendanta granicznej placówki kontrolnej Straży Granicznej. Warto wiedzieć, że wniosek o azyl terytorialny obejmuje także małoletnie dzieci (towarzyszące cudzoziemcowi) oraz może dotyczyć również małżonka (za jego zgodą wyrażoną na piśmie).

Wniosek o udzielenie azylu, składany przez obcokrajowca, obejmuje informacje i fakty, które można ująć w trzech zasadniczych zakresach: dane cudzoziemca, towarzyszących mu małoletnich dzieci oraz małżonka (jeśli są uwzględnieni we wniosku); kraj jego pochodzenia; istotne zdarzenia stanowiące przyczynę ubiegania się o udzielenie azylu. Wniosek ten stanowi impuls do wszczęcia postępowania administracyjnego, które stanowi zakres działań Prezesa (Szefa) Urzędu do Spraw Cudzoziemców (zwanego dalej Prezesem Urzędu). Prezes Urzędu udziela (bądź odmawia udzielenia) azylu

⁵ Więcej informacji pod adresem internetowym: <http://www.ngo.pl/files/openborders/public/publikacje_pl/Pobyt_tolerowany_pol_a5.pdf> [25.10.2010].

⁶ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r.

w formie decyzji administracyjnej. Poza tym wydanie określonej decyzji, w odpowiedzi na wniosek o udzielenie azylu, wymaga zawsze zgody Ministra Spraw Zagranicznych. W czasie postępowania wnioskodawca winien stawiać się na każde wezwanie prezesa, by złożyć np. stosowne wyjaśnienia i dowody (o czym cudzoziemiec powinien być pouczony w zrozumiałym dla niego języku). Dlatego tak ważne jest, by sam zainteresowany informował Prezesa Urzędu o każdorazowej zmianie miejsca pobytu. Wydanie decyzji o udzieleniu azylu (bądź odmowie jego udzielenia) winno nastąpić w terminie sześciu miesięcy od dnia złożenia wniosku. Jednakże wydanie decyzji o odmowie udzielenia azylu terytorialnego (z powodu oczywistej bezzasadności wniosku) powinno nastąpić w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia złożenia.

Należy pamiętać, iż azyl terytorialny może być z określonych względów odebrany. Decyzję o pozbawieniu obcokrajowca prawa do azylu podejmuje Prezes Urzędu. Może to uczynić z dwóch zaistniałych powodów: ustania przyczyn, dla których azyl został udzielony, oraz gdy cudzoziemiec prowadzi działalność skierowaną przeciwko obronności lub bezpieczeństwu państwa i porządkowi publicznemu. Taką decyzję Prezesa Urzędu można zaskarżyć do organu nadrzędnego (Rady ds. Uchodźców). Z kolei od decyzji Rady cudzoziemiec może się odwołać (złożyć skargę) do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA). Chcąc się odwołać od wyroku WSA, musi złożyć skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego (NSA).

4. Status ochrony czasowej cudzoziemca

Kolejny termin związany z uchodźstwem to ochrona czasowa cudzoziemców. Obejmuje się nią obcokrajowców masowo przybywających do Polski na skutek tego, iż w kraju pochodzenia mają miejsce:

- wojna,
- wojna domowa (czy też konflikt etniczny),
- obca inwazja,
- rażące naruszenia praw człowieka.

Ten rodzaj ochrony udzielany jest cudzoziemcom do momentu, gdy możliwy będzie bezpieczny powrót do kraju pochodzenia. Może ona być przyznawana na rok, z możliwością jej dwukrotnego przedłużenia na pół roku. Osobie posiadającej ten status przysługuje karta pobytu na czas oznaczony (ważna rok). Udziela się jej bezpłatnego zakwaterowania i wyżywienia w przypadku braku własnych dochodów. Posiada też prawo do bezpłatnej opieki medycznej. Posiada także prawo do pracy, do prowadzenia

działalności gospodarczej takie samo jak obywatele polscy. Podobnie jest z prawem do nauki we wszystkich typach szkół (zasady stosowane do obywateli polskich) – podstawowych, gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych (licea, technika), wyższych. Osoba taka ma możliwość otrzymania polskiego dokumentu podróży w przypadku, gdy nie jest w posiadaniu innego dokumentu. Warto zauważyć, iż poza przywilejami cudzoziemca, któremu zezwolono na ochronę czasową, czekają jeszcze liczne obowiązki. Osoba ubiegająca się o ochronę czasową powinna poddać się pobraniu odcisków linii papilarnych oraz fotografowaniu. Jeśli w opinii stosownych władz⁷ zostanie to uznane za konieczne, zobowiązana jest także poddać się badaniom lekarskim, a także „niezbędnym zabiegom sanitarnym ciała i odzieży”. Gdy małżonek lub niepełnoletnie dziecko obcokrajowca korzystającego z ochrony czasowej przebywa poza terytorium RP, wówczas Prezes Urzędu ds. Cudzoziemców winien doprowadzić do połączenia rodziny, tzn. zadbać o sprowadzenie pozostałych jej członków spoza granic RP. Ponadto w jego gestii jest podjęcie stosownych działań, zmierzających do połączenia cudzoziemca podlegającego ochronie czasowej z innymi jego bliskimi krewnymi, którzy bezpośrednio przed jego przybyciem do Polski nie tylko prowadzili z nim wspólne gospodarstwo domowe, lecz i pozostawali na częściowym lub całkowitym utrzymaniu tegoż cudzoziemca. Po sprowadzeniu tych osób na terytorium RP wydaje się im wizy oraz udziela zezwolenia na zamieszkanie w naszym kraju na czas oznaczony. Tuż po zakończeniu okresu ochrony czasowej Prezes Urzędu zobligowany jest do podjęcia wszelkich działań umożliwiających cudzoziemcom powrót do kraju ich pochodzenia (bądź na obszar, z którego uprzednio przybyli).

Ochrona czasowa udzielana jest obcokrajowcom masowo przybywającym do Rzeczypospolitej Polskiej, którzy opuścili swój kraj pochodzenia lub określony obszar geograficzny z powodu obcej inwazji, wojny, wojny domowej, konfliktów etnicznych lub rażących naruszeń praw człowieka. To jedyne uzasadnienia do przyznania ochrony czasowej na terytorium Polski. Natomiast dla zaistnienia ochrony czasowej nie ma znaczenia fakt, czy przybycie cudzoziemców miało charakter spontaniczny, czy też było wynikiem pomocy udzielonej im przez Rzeczpospolitą Polską lub społeczność międzynarodową.

Ochrona czasowa nie może trwać dłużej niż rok. Przewidziano możliwość jej przedłużenia ponad okres jednego roku (jeśli nie ustały przyczyny, dla których ochrona czasowa została udzielona). I tak okres ochronny moż-

⁷ Pobranie odcisków palców, fotografowanie cudzoziemca, zabiegi higieniczne i badania lekarskie powinien zapewnić komendant oddziału Straży Granicznej, obejmującego swym zasięgiem działania miasto stołeczne Warszawę.

na przedłużyć na dalsze sześć miesięcy, ale nie więcej niż dwukrotnie. Oznacza to, że cudzoziemiec może korzystać z tego statusu najwyżej przez dwa lata. Jedyną możliwością przekroczenia tej granicy 24 miesięcy pojawia się w momencie, gdy stan zdrowia cudzoziemca jest na tyle ciężki, iż przerwanie hospitalizacji byłoby niewskazane. Równocześnie z prawem do osiedlenia się, cudzoziemcom korzystającym z ochrony czasowej przysługują określone przywileje do korzystania z pomocy socjalnej (w tym z wyżywienia i zakwaterowania), zdrowotnej, swobodnego dostępu do rynku pracy, do bezpłatnej nauki (na zasadach obowiązujących obywateli RP).

Po wejściu Polski do Unii Europejskiej ochrony czasowej udziela się na podstawie i w granicach określonych w decyzji Rady UE. Natomiast jeśli ta decyzja Rady UE zostanie wydana, Rada Ministrów każdorazowo winna wydać rozporządzenie, które będzie regulowało przede wszystkim: zasady finansowania ochrony czasowej, limit cudzoziemców, okres trwania ochrony, sposoby udzielania pomocy oraz zakres, szczegółowe warunki i sposób wykonywania badań lekarskich i zabiegów sanitarnych ciała i odzieży cudzoziemca. Może być i tak, że zaistnieje konieczność ochrony obcokrajowców nieobjętych stosowną decyzją Rady UE, a zbiegłych z terytoriów, których dana decyzja dotyczy. Wtedy o udzieleniu tejże ochrony czasowej decyduje Rada Ministrów, ustalając w odrębnym rozporządzeniu zasady finansowania i wymienione wyżej kwestie związane z praktyczną stroną owej pomocy.

Istnieje też klauzula, która zezwala Prezesowi Urzędu, z uwagi na bezpieczeństwo kraju, na odmówienie cudzoziemcowi ochrony czasowej. Decyzję taką może on podjąć, gdy wobec cudzoziemca zachodzi uzasadnione podejrzenie popełnienia zbrodni wojennej, zbrodni przeciwko ludzkości lub pokojowi, czynów sprzecznych z prawami człowieka, tj. z zasadami i celami Organizacji Narodów Zjednoczonych, oraz zbrodni niepolitycznej.

Należy pamiętać, że cudzoziemca korzystającego z ochrony czasowej po przyjeździe na terytorium Polski należy pouczyć w zrozumiałym dla niego języku o trybie i zasadach postępowania związanego z ochroną czasową oraz o przysługujących mu prawach i ciężących na nim obowiązkach. Jest to zadanie wpisane w zakres obowiązków Prezesa Urzędu do Spraw Cudzoziemców. Istotne jest, że cudzoziemiec, któremu udzielono ochrony czasowej, może zostać przeniesiony do innego państwa Unii Europejskiej, ale wyłącznie za jego zgodą. W tych okolicznościach Prezes Urzędu zobligowany jest wydać obcokrajowcowi stosowną przepustkę. Z kolei po zakończeniu okresu ochrony czasowej, Szef Urzędu podejmuje czynności umożliwiające cudzoziemcom powrót do kraju pochodzenia lub na obszar, z którego przybyli.

5. Status ochrony uzupełniającej cudzoziemca

Warto nadmienić, że możliwość nadania cudzoziemcom statusu ochrony uzupełniającej Polska wprowadziła 29 maja 2008 roku. Dokonano tego po uprzednim przedstawieniu – przez Komisję Wolności i Spraw Wewnętrznych Parlamentu Europejskiego – raportu ukazującego sytuację cudzoziemców w Polsce⁸. Komisja zaapelowała także o zwiększenie uprawnień cudzoziemców w naszym kraju poprzez „niezwłoczne wprowadzenie statusu ochrony uzupełniającej”⁹. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, odnosząc się w lipcu 2008 roku¹⁰ do krytycznej oceny stanu legislacji w Polsce w odniesieniu do cudzoziemców, uznało, że w kwietniu 2008 r. położenie przybyszów z innych krajów było mniej korzystne niż trzy miesiące później.

Istotne, że sześć lat wcześniej ustalono zapis konstytucyjny dotyczący azylu i uchodźstwa. W rozdziale drugim Konstytucji RP, w dziale zatytułowanym „Wolności i prawa osobiste” (artykuł 56) mowa o cudzoziemcach, a dokładniej, kwestii azylu i statusu uchodźcy. Zapis ten traktuje o tym, że: po pierwsze – cudzoziemcy mogą korzystać z prawa azylu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w ustawie, po wtóre – cudzoziemcowi, poszukującemu w Rzeczypospolitej Polskiej ochrony przed prześladowaniem, może być przyznany status uchodźcy, zgodnie z wiążącymi RP umowami międzynarodowymi.

Poza zapisami prawa konstytucyjnego istnieją również ustawy, rozporządzenia oraz obwieszczenia określające normy przysługujące uchodźcom przebywającym w naszym kraju. Jednym z wymienionych wyżej jest Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 17 czerwca 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy społecznej¹¹. W artykule siódmym przywoływanej ustawy wymienia się piętnaście po-

⁸ Raport Parlamentu Europejskiego powstał w efekcie wizyty w Polsce dziesięcioosobowej delegacji eurodeputowanych, w której znalazły się Genowefa Grabowska (SdP) i Urszula Gacek (PO). Delegacja odwiedziła dwa ośrodki dla imigrantów i cudzoziemców ubiegających się o azyl (Lesznowola, Biała Podlaska) oraz spotkała się z przedstawicielami polskich władz i organizacji pozarządowych działających na rzecz imigrantów.

⁹ Por. *Status ochrony uzupełniającej dla cudzoziemca*, „Gazeta Prawna” z 16 lipca 2008 r. w formie pdf. Dostępne pod adresem internetowym: <<http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/>> [1.10.2010].

¹⁰ Por. wypowiedź wiceministra MSWiA – Piotra Stachańczyka dla „Gazety Prawnej” z dnia 16 lipca 2008, ibidem.

¹¹ Dz. U. Nr 115, poz. 728. Pełny tekst Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. Nr 64, poz. 593) dostępny w internecie: <<http://lex.pl/serwis/du/2004/0593.htm>> [11.X.2010].

wodów udzielania pomocy społecznej osobom i rodzinom. Na jedenastym miejscu wymienia się uzasadnienie udzielenia wsparcia socjalnego w sytuacji „trudności w i n t e g r a c j i [podkr. – R.N.] cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą”¹².

Przed osobami, które otrzymują status uchodźcy lub osoby, której przysługuje ochrona uzupełniająca, otwiera się dostęp do pracy, świadczeń socjalnych, a także programów integracyjnych. W trakcie trwania takiego programu, osoba objęta nim otrzymuje pomoc finansową, wsparcie w kursach języka polskiego i w poszukiwaniu pracy. Stwarza to również możliwość starania się o p o b y t s t a ł y¹³, czego nie gwarantuje pobyt tolerowany.

Zgodnie z prawem RP ochrona uzupełniająca udzielana jest osobie, której odmówiono nadania statusu uchodźcy. Jednakże ów cudzoziemiec (w przypadku powrotu do rodzimego kraju) narażony jest na ryzyko skrzywdzenia poprzez:

- 1) orzeczenie kary śmierci bądź egzekucję,
- 2) tortury, nieludzkie, poniżające traktowanie,
- 3) poważne (osobiste) zagrożenie dla życia lub zdrowia, wynikające z powszechnego stosowania przemocy wobec ludności cywilnej w sytuacji wewnętrznego lub międzynarodowego konfliktu zbrojnego (wojna, zamieszki zbrojne etc.).

Inną formą opieki dla cudzoziemca przebywającego na terytorium RP jest ochrona czasowa.

Prawa wynikające ze statusu uchodźcy oraz ochrony czasowej

Zgodnie z obowiązującymi przepisami osobie posiadającej status uchodźcy lub ochrony czasowej przysługuje prawo do pobytu w Polsce. Oznacza to, że uchodźca nie może być wydalony z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że zaistnieją zasadne okoliczności¹⁴. Różnica między uchodźcą a cudzoziemcem, który uzyskał ochronę uzupełniającą, jest taka, że temu pierwszemu zostaje wydana karta stałego pobytu na 3 lata, zaś drugiemu – na 2 lata.

¹² Ibidem, art. 7, pkt 11.

¹³ Potwierdzony wydaniem cudzoziemcowi dokumentu, tzw. karty stałego pobytu.

¹⁴ Por. art. 32 i 33 Konwencji Genewskiej, tzn. Konwencji dotyczącej statusu uchodźców, sporządzonej w Genewie dnia 28 lipca 1951 r. (Dz. U. z dnia 20 grudnia 1991 r.). Dostępne pod adresem internetowym: <http://www.hfhrpol.waw.pl/pliki/Konwencja_Dotyczaca_Uchodzcow.pdf> [27.9.2010].

W obydwu przypadkach przysługuje cudzoziemcom prawo do pracy, wedle zasad przysługujących każdemu obywatelowi RP. Oznacza to, że nie potrzebne jest w tej sytuacji wydawanie dodatkowych zezwoleń na pracę. Konsekwentnie, stosuje się także do tych osób prawo do prowadzenia działalności gospodarczej, jednoznaczne z przepisami dotyczącymi rodzimej ludności. Jak już wspomniano wcześniej, cudzoziemcy z opisywanym statusem posiadają również prawo do świadczeń pomocy społecznej, a także do otrzymywania trzech typów zasiłków: rodzinnego, pielęgnacyjnego i wychowawczego.

Osobom, o których tu mowa, przysługuje także prawo do ubezpieczenia zdrowotnego. Może to przyjąć jedną z trzech form: dobrowolnego ubezpieczenia się cudzoziemca w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ); obligatoryjnego ubezpieczenia zdrowotnego, wynikającego z umowy o pracę; objęcie ubezpieczeniem po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna w obowiązującym dla miejsca zamieszkania cudzoziemca Rejonowym Urzędzie Pracy (RUP).

Kolejny przywilej uchodźcy bądź osoby objętej ochroną czasową to prawo do pomocy integracyjnej udzielanej w ramach pomocy społecznej.

Piąte z praw należnych cudzoziemcowi jest prawo do nauki na zasadach przysługujących każdemu obywatelowi polskiemu. Osoba ta może uczęszczać do szkół każdego szczebla kształcenia obowiązującego w polskim systemie oświatowym (szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne, szkoły wyższe).

Możliwość podróżowania za granicę gwarantuje uchodźcom dokument podróży (tzw. paszport genewski). Z tym, że uchodźcę upoważnia on do wjazdu na terytorium państw sygnatariuszy europejskiego porozumienia z dnia 20 kwietnia 1959 r. (bez konieczności uzyskania wizy); zaś osoby o statusie ochrony uzupełniającej mogą wjeżdżać (bez wizy) na obszar państw sygnatariuszy układu z Schengen. Bardzo istotnym jest, że cudzoziemcy, którym przyznano jeden z dwóch omawianych statusów (uchodźcy, ochrony uzupełniającej), po pięciu latach nieprzerwanego pobytu w RP mogą starać się o zezwolenie na osiedlenie się w naszym kraju.

Jak już wspomniano wyżej, poza statusem uchodźcy udzielana jest cudzoziemcowi zgoda na pobyt tolerowany. Przyznaje się go osobom, w przypadku których nie wyrażono przyzwolenia na uchodźstwo ani na ochronę uzupełniającą, a jednocześnie trzy przyczyny decydują o tym, że nie można wydalić cudzoziemca do kraju pochodzenia. Triadę owych przyczyn stanowią: 1) fakt, iż w kraju, z którego przybył zagrożone są elementarne prawa człowieka (prawo do życia, wolności, bezpieczeństwa osobistego),

mógłby być narażony na tortury bądź poniżające traktowanie (ewentualnie nieludzkie karanie) oraz na pracę przymusową; 2) naruszenie prawa do życia w rodzinie (także praw dziecka); 3) przyczyny niezależne od organu wydającego decyzję o wydaleniu, a także od cudzoziemca. Pobyt tolerowany daje mniej korzystne przywileje w stosunku do dwóch innych typów statusu – uchodźcy i ochrony uzupełniającej. Zezwolenie na pobyt w Polsce przysługuje obcokrajowcowi – w przypadku tego statusu – jedynie na rok (karta stałego pobytu). Osobom tym nie zezwala się na prawo do pomocy integracyjnej oraz na prawo do bezpłatnego studiowania na uczelniach. Znacznie ogranicza się im korzystanie z pomocy społecznej. Ta zaś jest tym ludziom udzielana w czterech formach: 1) schronienia, 2) posiłku, 3) odzieży niezbędnej, 4) zasiłku celowego. Osoby, o których mowa, mogą podróżować za granicę na zasadach obowiązujących cudzoziemców ze statusem ochrony uzupełniającej. Natomiast o zezwolenie na osiedlenie się w Polsce mogą ubiegać się po dziesięciu latach nieprzerwanego zamieszkiwania na terytorium RP.

Pomoc socjalna dla uchodźców na przykładzie województwa mazowieckiego

Według raportu¹⁵ zawierającego bilans potrzeb Mazowieckiego Centrum Pomocy Społecznej (MCPS) na 2010 rok, aż 344 rodziny wymagają pomocy społecznej (według kryteriów określonych w ustawie) z powodu trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. Tenże dokument wskazuje, że ogółem na zasiłki i pomoc w naturze niezbędne są środki w wysokości 211 408 069,29 zł¹⁶, w tym 7 723 712,50 zł na pomoc cudzoziemcom, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, mającym trudności w integracji ze środowiskiem.

¹⁵ Raport Mazowieckiego Centrum Pomocy Społecznej „Bilans potrzeb w zakresie pomocy społecznej”, Dostępne w internecie: <<http://www.mcps.mazovia.pl/main.php?l=4&id=5>> [11.10.2010].

¹⁶ *Raport...*, op. cit., s. 19.

Tabela 1. Powody ubiegania się o pomoc społeczną w województwie mazowieckim

Lp.	Powód trudnej sytuacji życiowej	Liczba rodzin		Liczba osób w rodzinach
		ogółem	w tym na wsi	
1	Ubóstwo	91 265	39 701	27 1127
2	Sieroctwo	418	237	1 170
3	Bezdomność	2 558	429	3 387
4	Bezrobocie	62 566	27 420	198 733
5	Niepełnosprawność	47 256	14 425	103 979
6	Długotrwała lub ciężka choroba	48 736	13 775	107 524
7	Przemoc w rodzinie	2 961	1 152	10 401
8	Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	17	0	18
9	Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	12 693	7 501	62 533
10	Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	37 850	14 929	130 562
11	Brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze	388	213	1 053
12	Trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą	344	59	1 262
13	Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	1 876	685	4 400
14	Uzależnienia - ogółem	15 164	5 930	40 441
14a	w tym: alkoholizm	14 239	5 839	38 832
14b	narkomania	871	91	1 609

Tabela 2. Potrzeby w zakresie realizacji powiatowych zadań własnych w województwie mazowieckim

Formy pomocy	Planowana liczba osób	Ogólny koszt planowanych świadczeń [zł]
Pomoc cudzoziemcom, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, mającym trudności w integracji ze środowiskiem	1203	7 723 0712,50
Udzielanie informacji o prawach i uprawnieniach	8 270	x
Domy pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym	6015	204 879 442,00
Mieszkania chronione dla osób z terenu więcej niż jednej gminy	49	130 896,00
Powiatowe ośrodki wsparcia w tym: dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	32 0	326 200,00 0,00
Ośrodki interwencji kryzysowej	4 436	3 034 162,00
Razem	x	419 778 769,29

Źródło: Raport MCPS, s. 54.

Tabela 3. Potrzeby w zakresie realizacji powiatowych zadań zleconych w województwie mazowieckim

Pomoc uchodźcom, którzy uzyskali w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą	Przewidywana liczba osób	Planowana liczba świadczeń	Planowany koszt świadczeń [zł]
Pomoc uchodźcom w zakresie indywidualnego programu integracji	1 321	13 251	8 580 925,10
Opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ	97	338	17 097,68
Razem	x	x	8 598 022,78

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raportu MCPS, s. 62.

Tabela 4. Statystyka uchodźców i osób objętych ochroną uzupełniającą w województwie mazowieckim

Powiat	Liczba uchodźców	Liczba osób z ochroną uzupełniającą
Białobrzeski	0	0
Ciechanowski	0	0
Garwoliński	0	0
Gostyniński	0	0
Grodziski	25	0
Grójecki	0	4
Kozienicki	0	0
Legionowski	0	38
Lipski	0	0
Łosicki	0	0
Makowski	0	0
Miński	0	43
Mławski	0	0
Nowodworski	17	63
Ostrołęcki	0	0
Miasto Ostrołęka	0	0
Ostrowski	0	10
Otwocki	0	0
Piaseczyński	0	0
Płocki	0	0
Miasto Płock	0	0
Płoński	0	15
Pruszkowski	20	230
Przasnyski	0	0
Przysuski	0	0
Puławski	0	0
Radomski	0	0
Miasto Radom	0	80
Siedlecki	0	0
Miasto Siedlce	0	0
Sierpecki	0	0
Sochaczewski	0	0
Sokołowski	0	0
Szydłowiecki	0	0
Miasto stołeczne Warszawa	0	400
Warszawski zachodni	0	8
Węgrowski	0	8
Wołomiński	0	179
Wyszkowski	0	42
Zwoleński	0	0
Żuromiński	0	0
Żyrardowski	0	0
Razem	62	1520

Ważne adresy

Instytucja	Adres
Wydział do Spraw Cudzoziemców Zarządu Kontroli Ruchu Granicznego Komendy Głównej Straży Granicznej	00-562 Warszawa ul. Koszykowa 16
Urząd do Spraw Cudzoziemców	00-562 Warszawa ul. Koszykowa 16 tel. 22/601 44 53
Centralny Ośrodek Receptyjny dla Uchodźców w Dębaku	Podkowa Leśna (koło Warszawy) 05-805 Otrębusy tel. 22/729 80 71
Wysoki Komisarz Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR)	05-056 Warszawa Aleja Róż 2 tel. 22/628 69 30
Helsińska Fundacja Praw Człowieka	00-018 Warszawa ul. Zgoda 11 tel./fax 22/828 10 08, 828 69 96
Stowarzyszenie Praw Człowieka im. Haliny Nieć	31-136 Kraków ul. Sobieskiego 7/3 tel./fax 12/ 6337223
Polska Akcja Humanitarna Centrum Pomocy Uchodźcom	00-031 Warszawa ul. Szpitalna 5 m. 3 tel. 22/828 90 86
Caritas Polska – Biura Informacji dla Migrantów i Uchodźców	15-077 Białystok ul. Warszawska 32 tel./fax 85/ 732 55 53
	20-950 Lublin ul. Prymasa Stefana Wyszyńskiego 2 tel. 81/743 71 86
	50-369 Wrocław pl. Katedralny 6/1 tel./fax 71/322 17 15
Polski Czerwony Krzyż	00-561 Warszawa ul. Mokotowska 14 tel. 22/628 55 75, 621 36 25 fax 22/628 41 38
Poradnia Prawna Ośrodek Praw Człowieka Uniwersytetu Jagiellońskiego	Kraków, Plac Inwalidów 4 tel. 12/ 633 37 96, 422 10 33 w. 1392
Poradnia Prawna Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego	Warszawa, Krakowskie Przedmieście 26/28 tel. 22/620 0381 w. 811 tel./fax 22/826 92 94

Wybrana literatura

- Bierzanek J, Simonides R., *Prawo międzynarodowe publiczne*, Warszawa 2004.
- Deklaracja w sprawie azylu terytorialnego uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych w 1967 r.
- Dudek D. (red.), *Zasady ustroju III Rzeczypospolitej*, Warszawa 2009.
- Hut P., *Doświadczenia życiowe przed przybyciem do Polski osób ubiegających się o status uchodźcy*, Warszawa 2008.
- Łotocki Ł., *Między swojskością a obcością? Imigranci z Armenii w Polsce*, Warszawa 2009.
- Oleksiewicz I., *Uchodźcy w Unii Europejskiej – aspekty prawne i polityczne*, Bydgoszcz 2006.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r., art. 14.
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Ząbek M., Łodziński S., *Uchodźcy w Polsce. Próba spojrzenia antropologicznego*, Warszawa 2008.

Wybrana netografia

- Akty prawne. Dostępne pod adresem internetowym: <<http://www.polskieustawy.com>> [7.09.2010].
- Biuletyn Informacji Publicznej m. st. Warszawy. Dostępny pod adresem internetowym: <<http://www.bip.warszawa.pl>> [15.10.2010].
- Biuletyn Informacji Publicznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego. Dostępny pod adresem internetowym: <<http://www.bip.mazowieckie.pl>> [15.10.2010].
- Eporady24 – portal Porady Prawne przez internet. Dostępny pod adresem internetowym: <<http://www.eporady24.pl/>> [30.09.2010].
- Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Dostępna pod adresem internetowym: <<http://www.hfhrpol.waw.pl/>> [20.10.2010].
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. Dz. U. Nr 61 z 1993 r., poz. 284. Dostępna pod adresem internetowym: <<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930610284>> [20.07.2010].
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz. U. Nr 120 z 1991 r., poz. 526. Dostępna pod adresem internetowym: <<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19911200526>> [20.08.2010].
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. Dz. U. Nr 2 z 2000 r., poz. 11. Dostępna pod adresem internetowym: <<http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU2000020011>> [30.06.2010].
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Dostępne pod adresem internetowym: <<http://www.mpips.gov.pl>> [2.10.2010].
- Pierwszy Polski Portal Pomocy Społecznej. Dostępny pod adresem internetowym: <<http://ops.pl/forum.php>> [7.09.2010].
- Polska Akcja Humanitarna. Dostępna pod adresem internetowym: <<http://www.uchodzczydoszkoly.pl/index.php?pid=26>> [24.10.2010].

Portal Kontynent Warszawa. Dostępny pod adresem internetowym: <<http://www.kontynent-warszawa.pl/>> [10.09.2010].

Ustawa o pomocy społecznej (w formacie pdf). Dostępna pod adresem internetowym: <<http://zalaczniki.ops.pl/dz1/28072010.pdf>> [7.09.2010].

Portal Migrant.Info.Pl. Dostępny pod adresem internetowym: <http://www.migrant.info.pl/pl/pobyt/pobyt_tolerowany> [10.08.2010].

TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU DO ŻYCIA PO ZWOLNIENIU Z ZAKŁADU KARNEGO

Pomoc postpenitencjarna,
czyli o tym, jak państwo wspiera osoby
opuszczające zakład karny
i zabezpiecza się przed zjawiskiem recydywy

Efektywny powrót do społeczeństwa – czyli powrót, który nie tylko wiąże się z brakiem zjawiska recydywy, ale także wejściem w konstruktywne role społeczne – zawsze stanowił ważny aspekt dla osób interesujących się karą pozbawienia wolności. Izolacja więzienna stanowi bowiem czas wyłączenia człowieka z życia społecznego, czas związany z deprivacją potrzeb, niekiedy z powstaniem zjawiska prizonizacji czy wyuczonej bezradności. Zjawiska te zdecydowanie utrudniają czy wręcz uniemożliwiają powrót do społeczeństwa. Jak podkreśla M. Ciosek, od sytuacji izolacji uciec niepodobna, trzeba się więc do niej przystosować, a zatem dopasować do warunków zewnętrznych zarówno fizycznych, jak i społecznych. To przystosowanie oznacza jednocześnie obniżenie poziomu aspiracji w sytuacji zwiększonych ograniczeń środowiska i pogodzenie się z tym, że nie można osiągnąć określonych celów¹. Z jednej strony adaptacja skazanych do warunków więziennych służy łagodzeniu dolegliwości więziennych, z drugiej jednak przyczynia się do integracji z grupami nieformalnymi, zredukowania aktywności, podejmowania próby przerzucenia odpowiedzialności za swoje życie naj-

¹ M. Ciosek, *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Warszawa 2001, s. 211.

pierw na personel więzienny, a następnie na osoby pracujące w instytucjach o charakterze pomocowym. „W więzieniu osadzeni nabywają syndrom wyuczonej bezradności. Długie przebywanie w jednostce zamkniętej pozbawia ich umiejętności rozwiązywania własnych problemów i podejmowania jakichkolwiek decyzji – od tych poważnych, dotyczących wyboru zawodu czy znalezienia miejsca do zamieszkania, po najbardziej błahe, jak godzina zjedzenia śniadania. Więzienie skutecznie zabija inicjatywę, pomysłowość, zdolność kierowania własnym życiem i brania za nie odpowiedzialności. Dlatego powrót do normalnego życia na wolności jest tak trudny, a osoby opuszczające zakład karny potrzebują ogromnej zachęty, wsparcia i mobilizacji z zewnątrz, aby podjąć próbę integracji ze społeczeństwem”².

Jest ona trudna nie tylko ze względu na fakt, iż skazani przyzwyczaili się do warunków więziennych, ale także ze względu na reakcję społeczeństwa na osoby opuszczające zakład karny (zjawisko stygmatyzacji), a przede wszystkim problemy, z jakimi często mają do czynienia po zwolnieniu z więzienia. Są to:

- 1) problemy rodzinne: brak kontaktu z rodziną, zerwanie więzi emocjonalnej z rodziną, brak wsparcia ze strony bliskich osób, choroby, separacja, rozwód, uzależnienia;
- 2) problemy mieszkaniowe: zadłużenia, utrata mieszkania;
- 3) problemy finansowe;
- 4) problemy z podjęciem pracy zawodowej:
 - brak odpowiedniego wykształcenia, szkolenia czy kursu doskonalącego umiejętności zawodowe,
 - analfabetyzm funkcjonalny, czyli np. brak zrozumienia czytanych tekstów, utrudniający poszukiwanie pracy lub sporządzenie dokumentów niezbędnych do jej uzyskania,
 - przerwa w zatrudnieniu wynikająca z odbywania kary pozbawienia wolności i braku możliwości powrotu do wcześniejszej pracy,
 - brak pracy przed odbywaniem kary pozbawienia wolności, a zatem brak doświadczenia zawodowego często wymaganego na rynku pracy;
- 5) brak umiejętności społecznych, takich jak: zdolność racjonalnego gospodarowania czasem, autoprezentacja, sztuka rozmowy czy słuchania;
- 6) destrukcyjny wpływ środowiska lokalnego – powrót byłego skazanego do środowiska, w którym występują patologie społeczne.

Pomimo tego, że pobyt w zakładzie karnym nie sprzyja czy wręcz hamuje indywidualny rozwój człowieka, zarówno teoretycy, jak i praktycy podejmujący tematykę więzienia poszukiwali i nadal poszukują takich form

² D. Woźniakowska, P. Bugno, M. Łagodziński, P. Nasiłowski, *Skazani i byli skazani na rynku pracy – ocena problemu z punktu widzenia organizacji pozarządowych*, Warszawa 2006, s. 8.

oddziaływania i pomocy, które pozwolą na efektywny powrót do społeczeństwa nawet z instytucji izolacyjnej, totalnej, jaką jest zakład karny. „Więzienie jako instrument polityki kryminalnej państwa powinno powodować u więźniów zmiany skłaniające ich do zaniechania działalności przestępczej. Jest to zapobieganie recydywie przestępczej. Jak wiadomo, nawet dobry poziom oddziaływania penitencjarnego, w tym resocjalizacyjnego, może nie zabezpieczyć byłych pensjonariuszy zakładów karnych przed powrotem do społeczeństwa. Często decydujące znaczenie mają warunki społeczno-ekonomiczne, które zastają oni na wolności, i z którymi nie umieją sobie poradzić”³.

Wiedza na temat możliwości wystąpienia problemów po opuszczeniu przez skazanego zakładu karnego sprawia, iż już w warunkach więziennych podejmowane są próby zapobiegania ich występowaniu. Efektywne oddziaływanie prowadzone przez personel więzienny na rzecz osoby skazanego ma się dokonać poprzez skierowanie go do odpowiedniego typu i rodzaju zakładu karnego oraz dzięki stworzonej przez ustawodawcę, a stosowanej wewnątrz zakładu, klasyfikacji skazanych. Ustawodawca, wprowadzając typy (otwarty, półotwarty, zamknięty) i rodzaje zakładów karnych (dla: młodocianych, pierwszy raz odbywających karę pozbawienia wolności, recydywistów penitencjarnych i odbywających karę aresztu wojskowego), przewidział możliwość odbywania kary pozbawienia wolności w trzech systemach: zwykłym, programowanego oddziaływania i terapeutycznym. Osoby odbywające karę pozbawienia wolności mają możliwość skorzystania z oferty: nauki, pracy i zajęć kulturalno-oświatowych, które to środki oddziaływania penitencjarnego stosuje się w celach resocjalizacji skazanego. Uzyskanie wykształcenia czy kwalifikacji zawodowych stwarza możliwość podjęcia np. zatrudnienia po zwolnieniu z zakładu, a zatem daje szansę na readaptację skazanego. W zakładach karnych realizowane są również programy z zakresu edukacji kulturalnej, oświatowej i obywatelskiej, programy profilaktyczne dotyczące zagadnień agresji, przemocy, uzależnień, HIV/AIDS, promocji zdrowia, kultury fizycznej i sportu oraz aktywizacji zawodowej. Konfrontacja czy też sprawdzenie nabytych przez skazanego w warunkach izolacji więziennej umiejętności następuje po opuszczeniu przez niego zakładu karnego, a szczególnym wsparciem jest udzielenie przez państwo pomocy postpenitencjarnej, która ma ograniczyć lub zniwelować trudności związane z powrotem do społeczeństwa.

Pomoc postpenitencjarna rozumiana jest jako działalność państwowa i społeczna, której nadrzędnym celem jest materialne i psychiczne wspiera-

³ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2003, s. 283.

nie osób zwalnianych z zakładów karnych⁴. Stanowi ona zespół działań wspierających proces społecznej readaptacji skazanych. Działania te można rozumieć zarówno w wymiarze dogmatyczno-prawnym, jak i społeczno-pedagogicznym⁵. Obejmują one bowiem pomoc formalną – wynikającą z obowiązujących przepisów, ale także nieformalną – związaną z przekazaniem informacji, rady, porady, które w konsekwencji pozwolą na przystosowanie do warunków środowiska, w którym osoba opuszczająca zakład karny będzie funkcjonowała.

S. Paweła, definiując pomoc postpenitencjarną, podkreśla również, że jest ona jedną z form polityki społecznej państwa, która nastawiona jest na niesienie pomocy osobom opuszczającym zakłady karne, a w uzasadnionych przypadkach także rodzinom skazanych i ofiarom przestępstw. „Tak rozumiana pomoc postpenitencjarna jest składnikiem programu działań w systemie walki z przestępczością. Tym samym wypełnia określone zadania w polityce karnej państwa”⁶. Pomoc postpenitencjarna odgrywa zatem istotną rolę w adaptacji byłych skazanych do środowiska, zwłaszcza tych, którzy odbywali długoletnie kary, nie mogli i nie mogą liczyć na pomoc rodziny. Wszystkie działania podejmowane w okresie przygotowania do zwolnienia oraz pomoc udzielana po opuszczeniu zakładu karnego mają kluczowe znaczenie dla ograniczenia rozmiarów powrotności do przestępstwa.

Termin „postpenitencjarny” (z łac.) oznacza „poprzestępczy”, bowiem „post” rozumieć należy tu jako: „po”, „następny”, „za”, a „penitencjarny” odnosi się do więźniów, więziennictwa, kar. Pomoc postpenitencjarna oznacza zatem czas/okres już po odbyciu kary.

Instytucja pomocy postpenitencjarnej wywodzi się z działalności dobroczynnej, charytatywnej. Jej początków można doszukiwać się w czasach, gdy w karze pozbawienia wolności dostrzeżono element poprawy skazanych. Zwrócono wówczas uwagę nie tylko na niesienie pomocy samym skazanym, ale także na konieczność polepszenia warunków odbywania kary. Ważną rolę spełniło również wprowadzenie pod koniec XVIII wieku instytucji warunkowego przedterminowego zwolnienia⁷. Jej ugruntowanie pozwoliło dostrzec potrzebę stworzenia osobom opuszczającym zakłady karne odpowiednich warunków powrotu do środowiska społecznego. Jak pisze

⁴ T. Bulenda, R. Musidłowski (red.), *Postępowanie z więźniami w latach 1989–2002*, Warszawa 2003, s. 33.

⁵ P. Stępniaak, *Pomoc społeczna i pomoc postpenitencjarna jako wsparcie społecznej readaptacji skazanych. Pojęcie, geneza i rozwój*, (w:) B. Urban, J. M. Stanik (red.), *Resocjalizacja*, tom 2, Warszawa 2008, s. 197.

⁶ S. Paweła, *Resocjalizacja recydywistów w systemie nadzoru ochronnego*, Warszawa 1997, s. 17.

⁷ R. Musidłowski, *Pomoc postpenitencjarna w systemie pomocy społecznej*, (w:) T. Bulenda, R. Musidłowski (red.), *System penitencjarny i postpenitencjarny w Polsce*, Warszawa 2003, s. 276.

R. Musidłowski, dojrzałe koncepcje niesienia pomocy pojawiły się pod koniec XVIII wieku w Stanach Zjednoczonych Ameryki. Wówczas powstały pierwsze stowarzyszenia pomocy więźniom, które szybko zyskały uznanie także w Europie, gdzie zaczęły funkcjonować organizacje patronackie i ukazywać się publikacje poświęcone więźniom⁸.

Ewolucja poglądów na temat udzielania pomocy osobom opuszczającym więzienia dokonywała się również na ziemiach polskich.

Pod koniec XIX w. powstały w Polsce organizacje patronackie. Istotnym przedsięwzięciem było utworzenie organizacji „Patronat opieki nad więźniami”, której nadrzędnym celem stało się niesienie pomocy zwalnianym więźniom. Warto podkreślić, iż patronaty czynnie uczestniczyły w życiu skazanych, gdyż organizowały dla nich zatrudnienie, opiekę lekarską, a także udzielały (szczególnie więźniom politycznym i ich rodzinom) wsparcia moralnego i materialnego⁹.

W latach międzywojennych w niektórych polskich zakładach karnych funkcjonowały tzw. komitety więzienne, które miały na celu organizowanie współpracy przedstawicieli społeczeństwa z administracją więzienną w zakresie opieki moralnej, nauczania i pracy. Istotnym elementem było także udzielanie tzw. pomocy penitencjarnej, która polegała na współpracy z urzędami opieki społecznej i Patronatem. Ostatni, za przyzwoleniem Niemców, funkcjonował również po wybuchu drugiej wojny światowej, gdyż w ramach swojej działalności oferował pomoc w dożywianiu więźniów. Faktyczna działalność Patronatu obejmowała nie tylko osadzonych, ale także ich rodziny. Jak pisze T. Szymanowski, po zakończeniu drugiej wojny światowej działalność ta była kontynuowana do 1948 roku, kiedy to ówczesne władze nakazały jego likwidację¹⁰. Wprawdzie pomoc ta ustała, ale należy zaznaczyć, iż w latach 1948–1949 uregulowano kwestie dotyczące usprawnienia pomocy postpenitencjarnej, chociażby w postaci wydawania bezpłatnych biletów kolejowych na przejazd do miejsca zamieszkania czy utworzenia funduszu rezerwowego B, który otrzymywali więźniowie opuszczający zakłady karne. Fundusz ten powstał z comiesięcznych potrąceń dokonywanych z części należności za wykonywaną przez więźniów pracę.

Ważnym etapem dla rozwoju systemu pomocy był moment przejścia w 1956 roku więziennictwa do resortu sprawiedliwości. R. Musidłowski wymienia następujące tego skutki:

- a) Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wspólnie z Ministerstwem Sprawiedliwości wydało pismo okólne, które uregulowało tryb i zasa-

⁸ Ibidem.

⁹ H. Wielgucki, *Penitencjarno-ochronne aspekty ucieczek skazanych – pomoc postpenitencjarna*, Kalisz 1979, s. 40.

¹⁰ T. Szymanowski, *Powrót skazanych do społeczeństwa*, Warszawa 1989, s. 44.

dy wzmożenia opieki nad osobami zwalnianymi z zakładów karnych. Istotną kwestią był obowiązek udzielania opuszczającym zakłady karne i ich rodzinom wsparcia przez organy pomocy społecznej;

- b) w 1959 roku utworzono działy penitencjarne i wyodrębniono stanowiska referenta socjalnego, który zajmował się pomocą postpenitencjarną. Gromadził on dane o skazanych i ich rodzinach, wspierał ich starania o zatrudnienie po opuszczeniu zakładu karnego, a także kierował do domów pomocy społecznej wymagające tego osoby;
- c) w zakładach karnych powstał fundusz samopomocy więźniów, na który składały się dobrowolne składki skazanych. Od 1962 roku przyjęto zasadę przekazywania na ów fundusz 5% zarobków skazanych¹¹.

W kolejnych latach pomoc postpenitencjarna, a przynajmniej niektóre jej kwestie, unormowane zostały w regulaminie wykonywania kary pozbawienia wolności z 1966 roku i dotyczyły: zatrudniania tych skazanych, którzy zobowiązani zostali do alimentacji lub byli jedynymi żywicielami rodziny; wsparcia osób opuszczających zakłady karne poprzez pomoc w znalezieniu pracy, zakwaterowania czy w uzyskaniu dowodu osobistego; przeprowadzenia badań lekarskich przed zwolnieniem; zaopatrzenia w bieliznę i odzież, jak również wydawania biletów na przejazd do miejsca zamieszkania i artykułów żywnościowych. Istotnym elementem pomocy postpenitencjarnej stało się również określenie zasad postępowania z chorymi więźniami. Regulamin dopuszczał bowiem możliwość przebywania chorego skazanego w więzieniu, jeśli jego stan nie pozwalał na przeniesienie go do społecznego zakładu służby zdrowia¹².

Ważną datą dla rozwoju powszechnego systemu pomocy osobom opuszczającym zakłady karne było wejście w życie w 1970 roku kodeksu karnego wykonawczego. Wartym zaznaczenia jest fakt, iż przed wejściem w życie kodeksu karnego z 1969 roku Prezes Rady Ministrów powołał (rozporządzeniem z 30 IX 1969 roku w sprawie pomocy postpenitencjarnej) organ doradczy przy Ministrze Sprawiedliwości, tj. Radę ds. Pomocy Postpenitencjarnej. W jej skład weszli przedstawiciele wszystkich organów i organizacji społecznych realizujących zadania w zakresie pomocy postpenitencjarnej¹³. W obowiązującej wówczas ustawie umieszczono odrębny rozdział poświę-

¹¹ R. Musidłowski, *Pomoc postpenitencjarna w systemie...*, op. cit., s. 278–279.

¹² Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 lutego 1966 roku w sprawie regulaminu wykonywania kary pozbawienia wolności (Dz. Urz. Min. Sprawiedliwości Nr 2, poz. 12 ze zm.).

¹³ P. Stępiak, *Pomoc społeczna i pomoc postpenitencjarna jako wsparcie społecznej...*, op. cit., s. 201. Należy nadmienić, że działalność polegająca na niesieniu pomocy osobom, które przebywały w zakładach karnych i zostały z nich zwolnione oraz ich rodzinom, jest instytucją prawa karnego wykonawczego od 1969 roku.

cony właśnie pomocy postpenitencjarnej. Przepisy stanowiły, iż administracja państwowa i organizacje społeczne powinny udzielać pomocy w celu tzw. utrwalenia wyników resocjalizacji, a tym samym przeciwdziałać powrotowi do przestępstwa. Ustawodawca podkreślił znaczenie pomocy w zakresie znalezienia zatrudnienia oraz zakwaterowania¹⁴.

Zmiany dotyczące zakresu pomocy postpenitencjarnej wprowadziło Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 1974 roku¹⁵. Zgodnie z jego postanowieniami, podstawową przesłanką udzielania pomocy stała się trudna/zła sytuacja majątkowa i rodzinna. Z pomocy tej nie mogli skorzystać skazani nieprzestrzegający porządku prawnego, a także ci, którzy nie wypełniali nałożonych na nich obowiązków. Przepisy rozporządzenia uregulowały kwestię zapomóg pieniężnych, pomocy w znalezieniu pracy, zakwaterowania czy leczenia, jak również uzyskiwania dokumentów tożsamości, orzeczeń o inwalidztwie czy zapomóg pieniężnych. Wprowadziły także pojęcie tzw. kwoty niezbędnej na pokrycie kosztów przejazdu z zakładu karnego do miejsca zamieszkania, którą skazany otrzymywał dopiero w momencie opuszczenia zakładu karnego. Zastąpiło to dotychczasowy przepis z 1966 roku mówiący o wydawaniu biletu na przejazd do miejsca zamieszkania. Przepisy podkreśliły także konieczność podjęcia działań w zakresie ustalania i rejestrowania potrzeb postpenitencjarnych skazanych już w momencie przyjęcia do zakładu karnego. Istotnym podmiotem w pomocy postpenitencjarnej stał się wychowawca w zakładzie karnym, bowiem zobowiązano go do rozmowy ze skazanym przed jego zwolnieniem. Rozmowa ta miała polegać na udzielaniu rad, wskazówek, które mogły pomóc w jego społecznej readaptacji. Znaczenie tej rozmowy podkreślał fakt, iż uczestniczyć miał w niej (w miarę możliwości) dyrektor zakładu.

Potrzebę nowelizacji przepisów dotyczących pomocy postpenitencjarnej dostrzeżono już w kolejnych latach. Ukształtowany bowiem „w okresie Polski Ludowej model udzielania pomocy postpenitencjarnej z biegiem lat był coraz mniej dostosowany do zmieniających się potrzeb walki z przestępczością, m.in. ze względu na istniejące ogromne luki i niespójności pomiędzy pomocą postpenitencjarną a systemem opieki społecznej. Dlatego też udzielanie pomocy postpenitencjarnej nie w pełni spełniało zakładane cele”¹⁶.

¹⁴ Ustawa z dnia 16 kwietnia 1969 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 13, poz. 98 ze zm.).

¹⁵ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 maja 1974 roku w sprawie pomocy postpenitencjarnej (Dz. U. Nr 21, poz. 126).

¹⁶ K. Dziedzic, *Spoleczne uwarunkowania udziału społeczeństwa w świadczeniu pomocy postpenitencjarnej*, (w:) A. Jaworska (red.), *Resocjalizacja. Zagadnienia prawne, społeczne i metodyczne*, Kraków 2009, s. 94.

Wartym podkreślenia jest fakt, iż w latach 1980–1981 na mocy Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z 1981 roku w sprawie szczegółowych zasad organizacji i działalności społecznych rad penitencjarnych¹⁷ rozpoczęły swoją działalność społeczne rady penitencjarne, których celem było zapewnienie współdziałania społeczeństwa i administracji zakładów karnych w resocjalizacji skazanych. W praktyce pierwsze społeczne rady penitencjarne powstały dopiero w 1983 roku, a w ich skład weszli przedstawiciele organizacji politycznych i społecznych zakładów pracy zatrudniających skazanych oraz kuratorzy sądowi. W 1981 roku powstało Polskie Stowarzyszenie Penitencjarne i Stowarzyszenie Pomocy Osobom Uwięzionym „Patronat”. Jak podaje R. Musidłowski, w okresie stanu wojennego działalność tych organizacji zawieszono, a kolejne lata przyniosły ich rozwiązanie¹⁸.

Nowe regulaminy wykonywania kary pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania, które weszły w życie w 1989 roku, dotyczyły zmian poprzednich przepisów regulujących pomoc postpenitencjarną w kwestii udzielania rodzinie osadzonego zapomóg pieniężnych (w sytuacji, gdy ten, z przyczyn od siebie niezależnych, nie był zatrudniony i nie płacił alimentów), a także przyznania kwoty niezbędnej na pokrycie kosztów przejazdu i wyżywienia w dniach po zwolnieniu oraz pokrywania z środków przeznaczonych na pomoc postpenitencjarną kosztów terapii zajęciowej przeznaczonej dla skazanych wymagających stosowania szczególnych środków leczniczo-wychowawczych.

Kolejna nowelizacja kodeksu karnego wykonawczego z 1990 roku wprowadziła zmiany w zakresie zatrudnienia skazanych, nie zmieniła jednak regulacji dotyczących bezpośrednio pomocy postpenitencjarnej. Uwzględniając potrzebę readaptacji społecznej skazanych, na uwagę zasługuje fakt, iż zrezygnowano z nieodpłatnego zatrudnienia przy pracach administracyjno-gospodarczych, a okresy pracy w czasie odbywania kary pozbawienia wolności zaczęto zaliczać do okresu zatrudnienia w świetle przepisów o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin¹⁹.

Poszukiwanie skutecznych form pomocy osobom opuszczającym zakłady karne doprowadziło do podpisania w 1991 roku porozumienia między Centralnym Zarządem Zakładów Karnych²⁰ a ówczesnym Ministerstwem

¹⁷ Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości nr 43/81/CZZK z dnia 4 listopada 1981 roku w sprawie szczegółowych zasad organizacji i działalności społecznych rad penitencjarnych (niepublikowany); za: K. Dziedzic, *Społeczne uwarunkowania udziału społeczeństwa...*, op. cit.

¹⁸ R. Musidłowski, *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” nr 34/1998, s. 398.

¹⁹ P. Stępiak, *Pomoc społeczna i pomoc postpenitencjarna jako wsparcie społecznej...*, op. cit., s. 202.

²⁰ Od 1996 roku funkcjonuje nazwa Centralny Zarząd Służby Więziennej.

Pracy i Polityki Socjalnej (obecnie Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej). Zgodnie z zawartym porozumieniem administracja więzienna powiadamiała odpowiednie ośrodki pomocy społecznej o konieczności objęcia pomocą osoby zwalnianej z zakładu karnego, a w uzasadnionych przypadkach również jej rodzinę. Osoby te mogły zatem korzystać, w miejscu swego zamieszkania, z danych świadczeń wynikających z ustawy o pomocy społecznej²¹. W 1995 roku wprowadzono zmiany w wykonywaniu kary pozbawienia wolności, które dotyczyły wysokości potrąceń z należności skazanych za pracę, które zwiększono z 5% do 10% na cele pomocy postpenitencjarnej i zapobieganie przestępczości. Środki finansowe, przeznaczone na pomoc po zwolnieniu, zostały także podwyższone za sprawą zwiększenia do 50% należności za wykonywaną pracę. Wcześniejsze uregulowania przewidywały należność nie mniejszą niż 20%. To spowodowało zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na świadczenia pomocy postpenitencjarnej.

Obecnie podstawowym aktem prawnym obowiązującym i normującym zadania w zakresie świadczenia pomocy osobom przebywającym i zwalnianym z zakładów karnych i aresztów śledczych jest Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy²². Nałożył on na organy administracji rządowej, samorządu terytorialnego i kuratorów sądowych obowiązek udzielania skazanym i ich rodzinom niezbędnej pomocy w formie:

- a) materialnej,
- b) medycznej,
- c) porad prawnych,
- d) znalezienia pracy i zakwaterowania.

Wskazany został także cel, którym jest ułatwienie skazanym i ich rodzinom społecznej readaptacji, a w szczególności przeciwdziałanie powrotowi do przestępstwa. Podmiotem oddziaływań stali się zarówno skazani i ich rodziny oraz w wyjątkowych przypadkach również osoby pokrzywdzone przestępstwem i ich rodziny. Ustawa ta określiła zasady udziału organizacji, stowarzyszeń i instytucji, kościołów i innych związków wyznaniowych oraz osób godnych zaufania w wykonywaniu kary pozbawienia wolności. Należy nadmienić, iż podmioty te mogą uczestniczyć, w porozumieniu z dyrektorem zakładu karnego lub aresztu śledczego, w prowadzeniu działalności resocjalizacyjnej, społecznej, kulturalnej, oświatowej, sportowej i religijnej.

Warto podkreślić, że „pomoc w readaptacji społecznej osobom zwalnianym z zakładów karnych i aresztów śledczych jest również zapisana w ak-

²¹ Ustawa z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 414 ze zm.).

²² Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 ze zm.). Dalej w skrócie kkw.

tach prawnych regulujących system polityki społecznej państwa. Różne formy wsparcia przewidują przepisy ustawy o pomocy społecznej, o promocii zatrudnienia i instytucjach rynku pracy²³. Pomoc postpenitencjarną regulują także Europejskie Reguły Więzienne oraz Wzorcowe Reguły Minimum Postępowania z Więźniami.

Obecne uregulowania obowiązujące w naszym kraju pozwalają zatem podzielić pomoc postpenitencjarną na formalną i nieformalną. Ostatnia nie wynika z obligu ustawowego nałożonego na dane podmioty. Natomiast pomoc formalna obejmuje następujące zagadnienia:

1. Przygotowanie do zwolnienia z zakładu karnego

Zanim uruchomione zostaną działania w środowisku otwartym, następuje podjęcie szeregu czynności na terenie zakładu karnego. Zgodnie z treścią art. 164 § 1 kkw okres do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary stanowi czas niezbędny na przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu, zwłaszcza dla nawiązania kontaktu z kuratorem sądowym lub innymi podmiotami. W tym okresie skazany powinien w miarę możliwości odbywać karę w zakładzie karnym położonym najbliżej przyszłego miejsca zamieszkania. Jest to o tyle ważne, gdyż skazanemu można zezwolić na opuszczenie zakładu karnego, łącznie na czas do 14 dni, zwłaszcza w celu podejmowania starań o uzyskanie po zwolnieniu odpowiednich możliwości zamieszkania i pracy. Jeżeli skazany nie posiada dokumentu tożsamości, administracja zakładu karnego podejmuje czynności niezbędne do otrzymania przez niego takiego dokumentu, a skazany ma obowiązek współdziałania w tym zakresie. Treść art. 166 § 1 kkw określa, iż zwalnianym skazanym, mającym trudności w znalezieniu zatrudnienia, zakwaterowania oraz otrzymania niezbędnej pomocy lekarskiej, właściwe organy lub instytucje udzielają niezbędnej, doraźnej pomocy.

Ważną formą wspierania osób opuszczających zakłady karne jest świadczenie pomocy pieniężnej. Przeznaczono ją dla tych skazanych, którzy po zwolnieniu z zakładu karnego nie dysponują wystarczającymi środkami własnymi i nie mają zapewnionych na wolności dostatecznych środków utrzymania. Jako ekwiwalent pomocy pieniężnej skazany może otrzymać: stosowną do pory roku odzież, bieliznę, obuwie, bilet na przejazd, a także artykuły żywnościowe na czas podróży.

Przed zwolnieniem skazany ma również prawo zwrócić się do sądu penitencjarnego z wnioskiem o zastosowanie względem niego dozoru sądowego kuratora zawodowego. Szczególnie ważne jest to w przypadku tych

²³ K. Dziedzic, *Spoleczne uwarunkowania udziału społeczeństwa...*, op. cit., s. 96.

skazanych, u których warunki życia po zwolnieniu z zakładu karnego mogą utrudniać społeczną readaptację. Skazanemu oddanemu pod dozór i wypełniającemu nałożone na niego obowiązki zapewnia się (w miarę możliwości) tymczasowe zakwaterowanie, jak również udziela pomocy w otrzymaniu zatrudnienia w miejscach oraz instytucjach wskazanych przez sądowego kuratora zawodowego.

Skazani wymagający leczenia otrzymują skierowanie do lekarza specjalisty lub do szpitala. Jeśli konieczne jest leczenie szpitalne, a stan zdrowia skazanego nie pozwala na przeniesienie do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwolniona z zakładu karnego osoba pozostaje na leczeniu w zakładzie karnym do czasu, gdy jej stan zdrowia pozwoli na takie przeniesienie. Zgodnie z art. 167a § 6, jeżeli zwalniany skazany jest niezdolny z powodów zdrowotnych do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania, administracja zakładu karnego jest zobowiązana w okresie poprzedzającym zwolnienie nawiązać kontakt z rodziną, osobą bliską lub wskazaną przez skazanego inną osobą i powiadomić ją o terminie zwolnienia. W wypadku, gdyby działania te okazały się bezskuteczne, administracja zakładu karnego jest zobowiązana udzielić zwolnionemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania albo publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Fundusz Pomocy Postpenitencjarnej

Na podstawie art. 43 kkw źródłem finansowania pomocy skazanym jest powołany ustawą z 1997 roku Fundusz Pomocy Postpenitencjarnej, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości. Fundusz jest państwowym funduszem celowym. Przychodami Funduszu są środki pieniężne pochodzące z:

- potrąceń w wysokości 20% wynagrodzenia przysługującego za pracę skazanych zatrudnionych w formach określonych w art. 121 § 2,
- wykonania kar dyscyplinarnych, o których mowa w art. 143 § 1 pkt 7,
- spadków, zapisów i darowizn,
- dotacji, zbiorów i innych źródeł.

Treść art. 43 § 4 określa, iż wydatki Funduszu przeznacza się na udzielanie pomocy osobom pozbawionym wolności, zwalnianym z zakładów karnych i aresztów śledczych oraz ich rodzinom. W wyjątkowych wypadkach ze środków tych można udzielić pomocy również osobom pokrzywdzonym przestępstwem i ich rodzinom.

W art. 43 § 5 określono, iż stowarzyszenia, fundacje, organizacje i instytucje, jak również kościoły i inne związki wyznaniowe mogą otrzymywać

z Funduszu środki na udzielanie pomocy, w tym na zapewnienie czasowego zakwaterowania osobom zwolnionym z zakładu karnego lub aresztu śledczego.

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 kwietnia 2005 roku w sprawie Funduszu Pomocy Postpenitencjarnej²⁴ szczegółowo określa zakres i tryb udzielania pomocy osobom pozbawionym wolności, zwalnianym z zakładów karnych i aresztów śledczych, rodzinom tych osób, pokrzywdzonym przestępstwem i ich rodzinom, a także sposób podziału środków Funduszu Pomocy Postpenitencjarnej. Zgodnie z treścią artykułu, środki przeznacza się w szczególności na:

- pokrywanie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielanie schronienia w ośrodku dla bezdomnych;
- organizowanie i finansowanie poradnictwa prawnego, promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej;
- organizowanie i finansowanie kursów przygotowania zawodowego lub pokrywanie kosztów związanych z udziałem w takich kursach oraz składaniem egzaminów kwalifikacyjnych;
- pokrywanie kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją zdrowotną oraz uzyskiwaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub niezdolności do zatrudnienia, pomocy psychologicznej oraz terapii uzależnień, organizowanej poza placówką terapeutyczną;
- pomoc rzeczową w formie żywności lub bonów żywnościowych, odzieży, leków, protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, środków sanitarnych, podręczników i innych pomocy naukowych, niezbędnych przedmiotów wyposażenia domowego lub narzędzi i wyposażenia potrzebnego do wykonywania wyuczonego zawodu albo prowadzenia na własny rachunek działalności gospodarczej;
- okresową dopłatę do bieżących zobowiązań czynszowych za lokal mieszkalny, do którego osoba ubiegająca się o pomoc ma tytuł prawny;
- finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej lub pokrywanie kosztów transportu specjalnego, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi;
- pokrywanie kosztów związanych z uzyskaniem dowodu osobistego oraz innych niezbędnych dokumentów;
- udzielanie świadczeń pieniężnych na określony cel i okres wskazany przez organ udzielający pomocy – w szczególności uzasadnionych wypadkach.

²⁴ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 22 kwietnia 2005 roku w sprawie Funduszu Pomocy Postpenitencjarnej (Dz. U. Nr 69 poz. 618).

Przepisy stanowią, iż rodzinom osób pozbawionych wolności pomocy udziela się do czasu otrzymania pomocy na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, nie dłużej jednak niż przez 3 miesiące od dnia osadzenia członka rodziny w zakładzie karnym lub areszcie śledczym. Istnieje jednak możliwość przedłużenia tego okresu do 6 miesięcy, jeśli wystąpią tzw. szczególne okoliczności, takie jak choroba lub czasowa niezdolność do pracy.

3. Kurator sądowy

Obowiązujący kodeks karny wykonawczy określił czas niezbędny na przygotowanie skazanego do życia po zwolnieniu. W przygotowaniu tym, jak wspomniałam w punkcie pierwszym, czynny udział bierze również kurator sądowy. Podjęcie przez kuratora bezpośredniej pracy ze skazanym, który przebywa jeszcze w warunkach odbywania kary, ma zapewnić ciągłość czynności o charakterze resocjalizacyjnym, reedukacyjnym, szczególnie jeżeli skazany odbywa karę w systemie programowanego oddziaływania. Kurator w trakcie przygotowywania skazanego do życia na wolności ma dostęp do wiedzy na jego temat. Informacje te potrzebne są do opracowania programu wolnościowego. Spójność programu wychowawcy z późniejszym planem dozoru kuratora jest istotna dla procesu społecznej readaptacji²⁵.

Jak wynika z uzasadnienia rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego: „właściwe przygotowanie skazanych do zwolnienia z zakładów karnych może wywierać istotny wpływ na efekty wykonania kary – może je zwiększać albo przeciwnie – może je niekiedy wręcz unicestwiać. Wychodząc z tych założeń, uznano, że sprawy te wymagają ustawowego uregulowania”²⁶. W procesie przygotowania skazanego do życia na wolności przepisy wyznaczają kuratorom sądowym następujące zadania:

- a) nawiązanie kontaktu ze skazanym – po otrzymaniu stosownej decyzji komisji penitencjarnej lub postanowienia sądu penitencjarnego (art. 164 § 1 i 2 kkw);
- b) ustalenie ze skazanym zakresu pomocy w społecznej readaptacji oraz sposobu jej udzielenia (art. 165 § 3 kkw);
- c) podejmowanie czynności mających na celu przygotowanie skazanego do zwolnienia z zakładu karnego (art. 173 § 2 pkt 10 kkw);

²⁵ M. Kokorzecka-Piber, *Przygotowanie skazanego do życia na wolności*, (w:) T. Jedynak, K. Stasiak (red.), *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Warszawa 2008, s. 292.

²⁶ *Uzasadnienie rządowego projektu nowego kodeksu karnego wykonawczego*, (w:) *Nowe kodeksy karne – z 1997 r. z uzasadnieniami*, Warszawa 1997, s. 560.

- d) współdziałanie z administracją zakładów karnych w zakresie odpowiedniego przygotowania skazanych do zwolnienia (art. 174 pkt 4 kkw);
- e) odwiedzanie skazanych w zakładach karnych (art. 174 pkt 1 kkw).

Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych²⁷ określa czynności kuratora związane z przygotowaniem skazanego do zwolnienia. Dotyczą one:

- sporządzania tzw. programu wolnościowego, opartego na analizie akt penitencjarnych i akt sprawy karnej oraz na podstawie rozpoznania sytuacji rodzinnej i środowiskowej skazanego;
- przygotowania środowiska rodzinnego i społecznego do powrotu skazanego;
- współorganizowania pomocy postpenitencjarnej poprzez rozpoznanie potrzeb, zarówno skazanego, jak i jego rodziny;
- współdziałania ze skazanym, służbą penitencjarną zakładów karnych, organami administracji rządowej i samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami (art. 38 § 1 kkw) w celu kształtowania u skazanego umiejętności samodzielnego rozwiązywania trudności życiowych;
- współdziałania ze stowarzyszeniami, fundacjami, organizacjami, instytucjami i innymi podmiotami, których celem jest pomoc w społecznej readaptacji skazanych.

Program wolnościowy powinien zawierać następujące elementy:

- a) czas obowiązywania, który zostaje ustalony przez komisję penitencjarną lub wyznaczony przez sąd penitencjarny (art. 164 § 2 kkw),
- b) podstawowe problemy adaptacyjne skazanego, które dotyczyć mogą: bezdomności i jej przyczyn, braku zawodu, stałego źródła dochodu, nawyku do pracy oraz braku umiejętności jej szukania, także ubóstwa rodziny, konfliktów, problemów wychowawczych z dziećmi, utraty więzi, odrzucenia, braku wsparcia, patologicznych form zachowań, np. nałogi czy skłonności do stosowania przemocy, niewłaściwej postawy wobec siebie i innych, kontaktów ze środowiskiem o charakterze przestępczym, jak również braku świadomości własnych problemów i potrzeb oraz niechęci do ich ujawnienia²⁸.

Należy podkreślić, iż praca kuratora powinna obejmować całe środowisko skazanego. Jego zadania polegają zatem na kształtowaniu środowiska rodzinnego, jak i rozpoznawaniu potrzeb z zakresu pomocy socjalnej. Ska-

²⁷ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 12 czerwca 2003 roku w sprawie szczegółowego sposobu wykonywania uprawnień i obowiązków kuratorów sądowych (Dz. U. Nr 112, 2003, poz. 1064).

²⁸ M. Kokorzecka-Piber, *Przygotowanie skazanego do życia...*, op. cit., s. 300-301.

zani, odbywając karę pozbawienia wolności i borykając się z powyższymi problemami, oczekują od kuratorów pomocy, dlatego rodzaj tych problemów będzie wyznaczać obszar działań kuratora.

Warto nadmienić, iż istotnym elementem pracy kuratora z osobami opuszczającymi zakłady karne jest, jak pisze A. Baładynowicz, efektywne wysłuchanie więźnia przez kuratora sądowego. Umożliwia to zrozumienie problemów w adaptacji społecznej skazanego. Jest to istotne dla potrzeb postawienia trafnej diagnozy oraz podjęcia skutecznych działań mających na celu wdrożenie osoby dozorowanej do przestrzegania ładu aksjologicznego w społeczeństwie²⁹.

4. Urzędy pracy

Jako jedne z organów współpracujących z jednostkami penitencjarnymi są urzędy pracy. Zapewniają one, zgodnie z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, świadczenia o charakterze pomocowym dla osób zgłaszających się po wyrokach do urzędu³⁰.

5. Pomoc osobom i rodzinom z powodu trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego udzielana na mocy ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej³¹

Powyższa ustawa wyznacza dwie formy pomocy:

a) pieniężną w postaci zasiłku:

- stałego,
- okresowego,
- celowego;

b) niepieniężną, do której zaliczyć można:

- pracę socjalną świadczoną na rzecz poprawy funkcjonowania osób i rodzin w ich środowisku społecznym; wiąże się ona na przykład z uregulowaniem sytuacji życiowej, rodzinnej, aktywizacją zawodową, współpracą z powiatowym urzędem pracy, organizacją i kierowaniem na kursy zawodowe, doszkalaniami;
- pomoc w uzyskaniu uprawnień wynikających z procedur dotyczących ustalania niezdolności do pracy i niepełnosprawności; przykładowo na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji

²⁹ A. Baładynowicz, *Probacja. Wychowanie do wolności*, Grodzisk Mazowiecki 1996, s. 125.

³⁰ Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. Nr 69, 2008 r., poz. 415).

³¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz. U. Nr 175, 2009 r., poz. 1362 ze zm.).

- tacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych³², może być to pomoc we wszczęciu postępowania o ustalenie stopnia niepełnosprawności (orzeczenie umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, które jest istotne dla ustalenia prawa do zasiłku stałego) i/lub na podstawie Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych³³ udzielenie pomocy we wszczęciu procedur o uzyskanie orzeczenia o niezdolności do pracy;
- interwencję kryzysową, która stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu; jej celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej;
 - poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, które świadczone jest osobom i rodzinom mającym trudności lub wykazującym potrzebę wsparcia w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód³⁴;
 - pomoc w uzyskaniu schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania;
 - objęcie osoby bezdomnej indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia;
 - pomoc osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych (obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem lub specjalistycznych usług opiekuńczych) oraz specjalistycznych usług opiekuńczych (są one usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju scho-

³² Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. Nr 14, 2008 r., poz. 92 ze zm.).

³³ Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jedn. Dz. U. Nr 153, 2009 r., poz. 1227 ze zm.).

³⁴ Poradnictwo prawne realizowane jest przez udzielanie informacji o obowiązujących przepisach z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego, zabezpieczenia społecznego czy ochrony praw lokatorów. Z kolei poradnictwo psychologiczne dotyczy procesów diagnozowania, profilaktyki i terapii. Problemami funkcjonowania rodziny, w tym problemami wychowawczymi w rodzinach naturalnych i zastępczych oraz problemami opieki nad osobą niepełnosprawną, a także terapią rodzinną, zajmuje się poradnictwo rodzinne.

zenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym).

Zakres tej pomocy dotyczy również osób, które opuszczają zakłady karne. Jest ona szczególnie istotna w sytuacji braku wsparcia dla skazanego ze strony rodziny – osób bliskich, jak również braku możliwości zatrudnienia czy wystąpienia choroby. Należy pamiętać, że choć prawo reguluje formy pomocy dla byłych skazanych, to jednak „w systemie pomocy społecznej z naturalnych przyczyn więźniowie są na ogół na końcu kolejki klientów za niepełnosprawnymi, bezrobotnymi, samotnymi matkami, osobami w podeszłym wieku, ofiarami klęsk, biednymi rodzinami wielodzietnymi. To absolutnie zrozumiałe. Próby zmiany wydają się z góry skazane na porażkę”³⁵. Jest to sytuacja o tyle niebezpieczna, że brak wsparcia i pomocy prawdopodobnie spowoduje powstanie zjawiska recydywy, któremu administracja więzienna próbuje zapobiec, stosując środki oddziaływania penitencjarnego i udzielając w miarę swoich możliwości pomocy postpenitencjarnej. Dokonanie ponownego przestępstwa wywołuje oczywiście represje wobec osoby dopuszczającej się czynu zabronionego, ale przede wszystkim jest ono szkodliwe dla społeczeństwa. Uzasadnione jest zatem stosowanie pomocy wobec osób opuszczających zakłady karne, ze względów bezpieczeństwa i profilaktyki postpenitencjarnej.

6. Pomoc postpenitencjarna uregulowana we Wzorcowych Regułach Minimum Postępowania z Więźniami oraz Europejskich Regułach Więziennych

Pierwsze z nich, wskazując na kontakty społeczne i pomoc postpenitencjarną, podkreślają znaczenie przyszłości więźnia i podtrzymywania oraz tworzenia takich stosunków z osobami lub z instytucjami pozawięziennymi, które mogą sprzyjać potrzebom jego rodziny, a także jego readaptacji społecznej. W regule 81 (1) przeczytać można, że „służby i instytucje, rządowe lub pozarządowe, które wspomagają byłych więźniów w odbudowie więzi społecznych, zapewniają im, na ile to możliwe i konieczne, wydanie potrzebnych dokumentów i dowodu tożsamości, posiadania odpowiedniego mieszkania, pracy, odzieży odpowiedniej i stosownej do klimatu oraz pory roku, wystarczających środków na koszty podróży oraz samodzielnego utrzymania się w okresie bezpośrednim po zwolnieniu. (2) Zaaprobowani przedstawiciele tych instytucji mają zapewniony wszelki niezbędny dostęp do zakładu oraz do więźniów. Przedstawiciele ci proszeni są o wyrażenie opinii co do przyszłości więźnia przez cały czas trwania jego kary. (3) Pożą-

³⁵ T. Bulenda, R. Musidłowski (red.), *Postępowanie z więźniami w latach 1989–2002*, Warszawa 2003, s. 33.

dane jest, aby działanie tych instytucji było, tak dalece jak to możliwe, scentralizowane albo koordynowane celem zapewnienia jak najlepszego wykonywania ich wysiłków”³⁶.

Podczas pierwszego Kongresu ONZ w sprawie zapobiegania przestępczości, który odbył się w 1955 roku w Genewie uchwalono Wzorcowe Reguły Minimalne Postępowania z Więźniami. Jak podaje H. Machel, w 1987 r. państwa stowarzyszone w Radzie Europy przyjęły poprawioną europejską wersję Standardowych Reguł Minimalnych, które noszą nazwę Europejskie Reguły Więzienne (Strasburg 1987)³⁷. Dnia 21 lutego 1991 roku Polska została przyjęta jako 26 członek w poczet państw Rady Europy. Fakt ten oznacza, iż nasz kraj jest zobowiązany do dostosowania zarówno prawa krajowego, jak i związanej z nim praktyki, do wymogów i standardów określonych przez Radę Europy. Dotyczy to zarówno ustawodawstwa, jak i praktyki w zakresie wykonania kary pozbawienia wolności³⁸.

Europejskie Reguły Więzienne w art. 70 podkreślają znaczenie przygotowania więźniów do zwolnienia, które powinno zaczynać się już po przyjęciu do zakładu karnego oraz konieczność niesienia pomocy. W postępowaniu z więźniami należy podkreślać nie ich wykluczenie ze społeczeństwa, lecz to, że są wciąż jego częścią. Cel ten będzie możliwy do osiągnięcia wówczas, gdy do współpracy zjednane zostaną organy samorządu lokalnego oraz pracowników socjalnych. Powinny one wspomagać personel danego zakładu w resocjalizacji więźniów, szczególnie w podtrzymaniu i poprawieniu ich związków z rodzinami, innymi osobami oraz z instytucjami społecznymi. Wskazania reguł dotyczą podjęcia kroków dla ochrony praw cywilnych więźniów, ich praw socjalnych oraz innych świadczeń społecznych. Programy postępowania powinny również zawierać postanowienia o stosowaniu przepustek z zakładu karnego. Z kolei w art. 87 podkreślone zostało, iż „wszyscy więźniowie powinni korzystać z oddziaływań zorganizowanych tak, aby mogły one pomóc im w powrocie do społeczeństwa, życia rodzinnego oraz zatrudnienia po zwolnieniu. W tym celu należy przewidzieć odpowiednie procedury i specjalne kursy. Treść art. 88 dotyczy więźniów z dłuższymi wyrokami. Wskazane jest podjęcie kroków w celu zapewnienia stopniowego ich powrotu do życia w społeczeństwie. Zadanie to może być osiągnięte poprzez wprowadzenie rygoru przejściowego, zorganizowanego w tym samym lub w innym odpowiednim zakładzie. Podkreśla

³⁶ *Wzorcowe Reguły Minimum Postępowania z Więźniami, Nowy Jork 1984*, „Archiwum Kryminologii” 1990, t. XVI.

³⁷ H. Machel, *Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej*, Gdańsk 1994, s. 107–108.

³⁸ M. Płatek, *Europejskie Reguły Więzienne a polskie prawo i praktyka penitencjarna*, „Studia Iuridica”, XXXIV/1997, s. 167.

się także konieczność stosowania warunkowego zwolnienia, połączonego z określonym rodzajem dozoru i skuteczną opieką socjalną³⁹. Wytyczne określające formy i kierunek pomocy określa treść art. 89, a mianowicie: „Administracje więzienne powinny ściśle współpracować ze służbami socjalnymi oraz organizacjami, które pomagają zwalnianym więźniom w odnalezieniu swego miejsca w społeczeństwie, zwłaszcza jeżeli chodzi o życie rodzinne oraz zatrudnienie. Podejmuje się odpowiednie kroki w celu zapewnienia zwalnianym więźniom niezbędnych dokumentów i dowodów osobistych oraz pomocy w znalezieniu mieszkania i pracy. Są oni ponadto zaopatrzeni w środki utrzymania na najbliższy okres po zwolnieniu, posiadają należyte oraz odpowiednie do klimatu i pory roku ubrania, a także mają wystarczające środki, by dotrzeć do miejsca, do którego się udają. Uprawnionym przedstawicielom instytucji lub służb socjalnych powinno się dać wszelki konieczny dostęp do zakładu i do więźniów w celu pełnego przyczynienia się do przygotowania więźnia do zwolnienia oraz programu następczego”⁴⁰.

Reasumując, obecnie istniejący model pomocy postpenitencjarnej ukształtowany został przez międzynarodowe standardy i reguły postępowania ze skazanymi oraz ustawodawstwo polskie. Idea niesienia pomocy postpenitencjarnej podyktowana jest troską państwa o zabezpieczenie obywateli przed ponownym przestępstwem ze strony osoby już skazanej. Wynika również z trudnej sytuacji społecznej i ekonomicznej skazanych, którzy nie są w stanie po opuszczeniu zakładu karnego pokonać trudności związanych z pozyskaniem środków niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie. Długoletnie odbywanie kary pozbawienia wolności przyczynia się do pogłębienia zjawiska izolacji, które utrudnia skuteczną readaptację⁴¹. Dlatego tak istotne są działania podejmowane na terenie więzienia, działania, które rozpoczynają się już w momencie przyjęcia do zakładu karnego. Przygotowanie skazanego do życia na wolności widoczne jest w pracy wychowawców, psychologów, w opracowanych przez nich indywidualnych programach oddziaływań. Pomoc postpenitencjarna jest przecież tylko częścią oddziaływań resocjalizacyjnych, a jej zadaniem jest uzyskanie takiej sytuacji, w której skazany „wypracuje sobie” możliwie najlepsze warunki uczciwego życia, aby nie powracał do zakładu karnego jako sprawca kolejnych prze-

³⁹ *Europejskie Reguły Więzienne*, Zalecenie nr R (87) 3 dla państw członkowskich Rady Europy przyjęte przez jej Komitet Ministrów dnia 12 lutego 1987 roku podczas 404 posiedzenia Delegatów Ministrów.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ D. Widelak, *Pomoc postpenitencjarna udzielana osobom opuszczającym jednostki penalne*, (w:) J. Brągiel, P. Sikora (red.), *Praca socjalna wobec rzeczywistych i potencjalnych zagrożeń człowieka*, Opole 2005, s. 238.

stępstw. Warto zaznaczyć, iż w pomocy tej nie zawsze wystarczy zadbać o materialną sferę oddziaływań, ale również o wsparcie psychologiczne⁴². Należy jednak podkreślić, iż stopień przygotowania skazanego do pobytu na wolności w znacznej mierze zależy od niego samego, gdyż nawet najlepsze procedury nie spełnią swoich funkcji, jeśli skazany nie wyrazi woli współdziałania w kształtowaniu społecznie pożądaných postaw, poczucia odpowiedzialności oraz potrzeby przestrzegania porządku prawnego (art. 67 kkw). Pomoc państwa udzielana w momencie opuszczenia przez skazanego zakładu karnego ma zatem ułatwić społeczną readaptację jednostki, wspomóc wysiłek personelu więziennego i skazanego w efektywnym powrocie do społeczeństwa. Rozpoczęta w zakładzie karnym pomoc musi być kontynuowana w środowisku otwartym, bowiem jest ona procesem, który powinien być zintegrowany z instytucjami zobowiązanymi do udzielania owej pomocy, jak również z organizacjami, które działają na rzecz osób opuszczających zakłady karne oraz na rzecz ich rodzin. Instytucje te to przede wszystkim: ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, sądy, kuratorzy zawodowi i społeczni. Natomiast do pozapaństwowych podmiotów polityki społecznej zaliczyć można „te organizacje, które wspierają lub uzupełniają działalność państwa w wyrównywaniu różnic społecznych i szans życiowych jednostek i grup obywateli. Do podmiotów tych zalicza się stowarzyszenia, zrzeszenia, związki i fundacje, grupujące ludzi o podobnych zainteresowaniach, którzy chcą w zorganizowany sposób poprawić sytuację osób, doświadczonych subiektywnie odczuwaną krzywdą”⁴³. W ten sposób zorganizowana pomoc postpenitencjarna jest częścią szerszej zakreślonego systemu pomocy społecznej, bowiem jej włączenie do tego systemu przyczyniło się do zwiększenia możliwości jej świadczenia. Jak pisze P. Stępnia, nadal jednak pomoc postpenitencjarna jest niestety jednym z najsłabszych elementów polityki penitencjarnej. Decydującą rolę odgrywa nie tyle jakość uregulowań prawnych, ile dość skromne środki na ich realizację⁴⁴.

Udzielając pomocy osobie opuszczającej zakład karne, trzeba mieć na uwadze aspekt dydaktyczny. Powinna ona być świadczona w sposób racjonalny, zorganizowany i przemyślany, aby uwzględniała specyfikę grupy, do

⁴² D. Widelak, *Pomoc społeczna i postpenitencjarna wobec osadzonych*, „Pedagogika Społeczna” nr 1/2003, s. 95.

⁴³ J. Auleytner, *Polityka społeczna czyli ujarzmianie chaosu socjalnego*, Warszawa 2002, s. 463. Skazanym pomaga wiele stowarzyszeń i instytucji, a wśród nich np. Towarzystwo św. Brata Alberta, Fundacja Pomocy Wzajemnej „Barka” w Poznaniu, Wrocławskie Towarzystwo Opieki na Więźniami, Stowarzyszenie Monar, Stowarzyszenie Penitencjarne „Patronat”, Bractwo Więziennicze, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Caritas.

⁴⁴ P. Stępnia, *Pomoc społeczna i pomoc postpenitencjarna jako wsparcie...*, op. cit., s. 212.

której jest kierowana, oraz stwarzała możliwość uzyskania w przyszłości umiejętności samodzielnego rozwiązywania problemów przez jednostkę⁴⁵.

Aktualne uregulowania związane ze świadczeniem pomocy postpenitencjarnej podkreślają znaczenie nie tylko pomocy w formie pieniężnej, ale przede wszystkim wskazują na stworzenie odpowiednich warunków skazanemu, nabycie przez niego umiejętności społecznych, potrzebnych do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Udzielenie skazanemu pomocy postpenitencjarnej w sposób znaczący wpływa na stopień realizacji celu wykonywania kary pozbawienia wolności, jakim jest powstrzymanie się przez skazanego od powrotu do przestępstwa. Jest szansą na readaptację społeczną – szansą, której realizacja zależy od zaangażowania skazanego, zakresu świadczeń na rzecz osoby opuszczającej zakład karny oraz zaangażowania osoby pomagającej.

Wybrana literatura

- Bulenda T., Musidlowski R. (red.), *Postępowanie z więźniami w latach 1989–2002*, Warszawa 2003.
- Dziedzic K., *Spoleczne uwarunkowania udziału społeczeństwa w świadczeniu pomocy postpenitencjarnej*, (w:) A. Jaworska (red.), *Resocjalizacja. Zagadnienia prawne, społeczne i metodyczne*, Kraków 2009.
- Kokorzecka-Piber M., *Przygotowanie skazanego do życia na wolności*, (w:) T. Jedynak, K. Stasiak (red.), *Zarys metodyki pracy kuratora sądowego*, Warszawa 2008.
- Machel H., *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Gdańsk 2003.
- Musidlowski R., *Pomoc postpenitencjarna w systemie pomocy społecznej*, T. Bulenda, R. Musidlowski (red.), *System penitencjarny i postpenitencjarny w Polsce*, Warszawa 2003.
- Musidlowski R., *Stan i węzłowe problemy polskiego więziennictwa*, „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich” nr 34/1998.
- Pawela S., *Resocjalizacja recydywistów w systemie nadzoru ochronnego*, Warszawa 1997.
- Stępiak P., *Pomoc społeczna i pomoc postpenitencjarna jako wsparcie społecznej readaptacji skazanych. Pojęcie, geneza i rozwój*, (w:) B. Urban, J. M. Stanik (red.), *Resocjalizacja*, tom 2, Warszawa 2008.
- Widelak D., *Pomoc postpenitencjarna udzielana osobom opuszczającym jednostki penalne*, (w:) J. Brągiel, P. Sikora (red.), *Praca socjalna wobec rzeczywistych i potencjalnych zagrożeń człowieka*, Opole 2005.
- Widelak D., *Pomoc społeczna i postpenitencjarna wobec osadzonych*, „Pedagogika Społeczna” nr 1/2003.

⁴⁵ J. Piotrowicz, *Pomoc postpenitencjarna w kontekście celów resocjalizacji*, (w:) B. Skafiriak (red.), *Pomoc postpenitencjarna w kontekście strategii działań resocjalizacyjnych*, Kraków 2007, s. 184.

ALKOHOLIZM

Problem indywidualny czy problem społeczny?

*Topisz swe kłopoty w alkoholu?
Nie rób tego, one umieją świetnie pływać.*

Yves Mirande

Dziesiątki, a może nawet setki publikacji poświęcono już zagadnieniu uzależnienia od alkoholu. Wydawałoby się, że w naszym kraju, gdzie od wielu lat przytacza się alarmujące statystyki dotyczące ilości spożycia alkoholu przez jednego mieszkańca, gdzie głośno mówi się o obniżeniu wieku inicjacji alkoholowej, gdzie stereotypowo przypisuje się nam, Polakom, pijaństwo i w związku z tym prowadzi się wiele działań, kampanii profilaktycznych na temat alkoholu i jego uzależniających właściwości, wszyscy wiedzą wszystko lub prawie wszystko. Tymczasem, jak zauważa B. T. Woronowicz, wiedza naszego społeczeństwa na temat uzależnienia od alkoholu i jego leczenia jest znikoma. Pozwala to pseudolekarzom, pseudoterapeutom i innym pseudocudotwórcom zarabiać pieniądze poprzez oferowanie zarówno osobom uzależnionym, jak i często mocno już zmęczonym i bezsilnym wobec nałogu członkom rodziny alkoholika wypróbowanych albo nowatorskich, ale na pewno skutecznych metod leczenia-wyzdrowienia¹. Nie jest to jednak tak proste, jakby mogło się wydawać.

Alkohol jest najstarszym i najpowszechniej używanym środkiem odurzającym, silnie wpływającym na psychikę, funkcjonowanie organizmu i zachowanie człowieka. W czystej formie jest nieprzyjemny w smaku i, formalnie rzecz biorąc, jest trucizną i szkodzi². Jednak picie alkoholu w naszym

¹ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie! Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Warszawa 2008, s. 146-148.

² G. Lowe, D. R. Foxcroft, D. Sibley, *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*, tłum. A. Tabaczyńska, Warszawa 2000, s. 24.

kraju jest zwyczajowo przyjęte. Ludzie piją i płacą za piwo, wino czy inne napoje alkoholowe, częstują się wzajemnie alkoholem przy okazji różnych uroczystości, imprez i czerpią z tego przyjemność. Tolerują *pijaństwo* (czyli zły nawyk, zły obyczaj³) do czasu, gdy osoba spożywająca alkohol jest w stanie kontrolować jego ilość, okoliczności spożycia i nie manifestuje przy tej okazji zachowań negatywnych, nieaprobowanych społecznie. Pijak bowiem, w przeciwieństwie do osoby uzależnionej od alkoholu, na negację swojej osoby i swojego zachowania może przerwać picie w wybranym momencie i kontrolować swoje kontakty z alkoholem, co wyraża maksyma: „Pijak mógłby przestać pić, gdyby chciał, alkoholik chciałby przestać pić, gdyby mógł”.

Picie alkoholu samo w sobie nie jest szkodliwe, staje się takie, gdy u człowieka pijącego wystąpią zaburzenia samoregulacji, stwierdza się u niego somatyczne bądź psychiczne szkody (jeszcze bez obecności objawów uzależnienia). Najbardziej dramatycznym skutkiem picia szkodliwego (ryzykownego) jest uzależnienie od alkoholu. O jego rozwoju mogą świadczyć pewne *sygnały ostrzegawcze*. Należy zwrócić uwagę na częste pragnienie picia alkoholu przejawiające się np. chęcią napicia się po pracy i dbaniem o zapasy alkoholu. Z miesiąca na miesiąc występuje stopniowy, ale zauważalny wzrost spożycia alkoholu, inicjuje się okazje do picia, pije się chciwie, powtarzają się także przypadki upicia. W stanie upojenia dochodzi do ekscesów w zachowaniu, których jednostka wstydzi się następnego dnia i ma poczucie winy. Mogą pojawić się również tzw. palimpsesty alkoholowe, czyli trudność z odtworzeniem wydarzeń mających miejsce podczas picia. Picie alkoholu w celu przeciwdziałania kacowi lub dla nabrania sił na przeżycie kolejnego dnia także powinno stanowić ostrzeżenie dla osoby pijącej⁴.

Tylko u niektórych spośród pijących rozwija się zespół uzależnienia od alkoholu. Liczbę uzależnionych w Polsce można oszacować na około 700–900 tysięcy⁵. Blisko 14% Polaków i 4% Polek pije alkohol w sposób zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych⁶. W grupie kobiet największe spożycie alkoholu występuje częściej wśród pań w wieku 18–29 lat, które są pannami, mają wykształcenie wyższe, uczą się, zajmują samodzielne stanowiska pracy, lepiej oceniają swoją sytuację materialną. W grupie mężczyzn największe

³ „Pijaństwo polega na przekraczaniu ilości lub na zbyt częstym spożyciu alkoholu”, za: B. Gawrońska, I. Kaczkowska, *Zespół uzależnienia od alkoholu*, Warszawa 1992, s. 12–14.

⁴ R. C. Garson, J. N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 2, Gdańsk 2003, s. 558.

⁵ P. Anderson, B. Baumberg, *Alkohol w Europie*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 2, t. 19, 2006.

⁶ Badania wykonane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznych w Warszawie w 2008 roku na zlecenie PARPA pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce”.

spożycie alkoholu występuje wśród panów mających 30–39 lat, wykształcenie zasadnicze zawodowe, będących robotnikami niewykwalifikowanymi, wśród mężczyzn rozwiedzionych, gorzej oceniających swoją sytuację materialną. Niepokojące jest, że w opinii badanych nadal piwo jest najmniej szkodliwym alkoholem, tymczasem, jak słusznie zwraca uwagę W. Osiatyński, „mit, że piwo to nie alkohol, jest zgubny. To on sprawia, że coraz więcej młodych ludzi pije coraz więcej piwa (...). Nikt nie upija się wódką, winem czy piwem, ale alkoholem zawartym w wódce, winie, piwie i innych napojach alkoholowych. Nikt nie uzależnia się od wódki, likieru, koniaku lub piwa. Lecz od alkoholu w nich zawartego”⁷. Uzależnienie od alkoholu jest zespołem zaburzeń psychicznych i somatycznych z naprzemiennie występującymi okresami zaostrzeń (ciągłe picie) i remisji (abstynencja). Jest to typowe schorzenie przewlekłe i nawracające⁸. Jego złożony charakter może obejmować cechy zależności somatycznej (fizycznej), jak i psychicznej. Komponent somatyczny wiąże się ze zmianami neuroadaptacyjnymi prowadzącymi do rozwoju tolerancji oraz do wystąpienia zespołu abstynencyjnego po odstawieniu alkoholu. Komponent psychiczny uzależnienia alkoholowego charakteryzuje przede wszystkim utratą kontroli nad piciem, głodem alkoholu oraz zaburzeniami behawioralnymi polegającymi na kompulsywnym poszukiwaniu środka uzależniającego⁹.

Zgodnie z kryteriami zawartymi w 10. edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10), jak i klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) decydujące o rozpoznaniu uzależnienia od alkoholu są objawy zależności psychicznej, natomiast występowanie objawów zależności fizycznej nie jest warunkiem ani niezbędnym, ani wystarczającym do postawienia diagnozy. Podobnie sam fakt spożywania dużych ilości alkoholu nie wystarcza do rozpoznania uzależnienia, gdyż czasowe zaprzestanie picia lub ograniczenie ilości wypijanego trunku nie wydaje się problemem dla znacznej części alkoholików. Większość z nich ma za sobą liczne okresy spontanicznej, często długotrwałej abstynencji. Problemem jest natomiast niemożność utrzymania abstynencji i zapanowania nad chęcią spożycia alkoholu, co może prowadzić do nawrotu choroby nawet po latach remisji¹⁰.

⁷ W. Osiatyński, *Silna wola i inne bajki, czyli mity o picciu alkoholu*, (w:) *Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, Kielce 2003, s. 110.

⁸ S. Allsop, B. Saunders, *Nawroty i problemy z związane z nadużywaniem alkoholu*, (w:) M. Gossop (red.), *Nawroty w uzależnieniach*, Warszawa 1997.

⁹ E. Koroś, P. Bieńkowski, W. Kostowski, *Od motywacji do „nagrody”*. *Eksperymentalne modele „głodu” i nawrotów picia alkoholu etylowego*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 1, t. 14, 2001.

¹⁰ Ibidem.

Uzależnienie rozwija się stopniowo. E. M. Jedlinek zaprezentował, jak dochodzi do powstawania i pogłębiania się uzależnienia od alkoholu. Proces choroby podzielił na cztery fazy, które w praktyce nie muszą wystąpić w takiej kolejności:

1. Faza wstępna („przedalkoholiczna”, objawowa) – picie alkoholu umotywowane jest zewnętrzną przyczyną, choć zaczyna się szukanie okazji do picia¹¹, alkohol dostarcza przyjemności, ale uśmierza też różne przykre stany emocjonalne (picie, by uzyskać ulgę). Następuje wzrost tolerancji na alkohol.

2. Faza ostrzegawcza (zwiastunowa) – pojawiają się palimpsesty (luki w pamięci, człowiek nie może sobie przypomnieć swojego postępowania oraz okoliczności związanych z wypiciem); coraz większa koncentracja na alkoholu (picie łączywe, po kryjomu, organizowanie okazji do wypicia). Pojawia się poczucie winy w związku z piciem i unikanie rozmów na ten temat.

3. Faza krytyczna (ostra, krzyżowa) – rozpoczyna się od utraty kontroli nad piciem (proces nieodwracalny). Człowiek odczuwa już silną potrzebę spożywania alkoholu (objawy głodu alkoholowego), wyszukuje usprawiedliwienia dla swojego picia, szuka alibi, obwinia za ten stan otoczenie. Podejmuje, często nieskuteczne, próby zaprzestania picia, koncentruje życie na piciu (gromadzi alkohol, zaniedbuje jedzenie, stale uzupełnia stężenie alkoholu – pojawia się picie poranne, klinowanie), a związki rodzinne i przyjacielskie ulegają degradacji.

4. Faza przewlekła (chroniczna) – stan nietrzeźwości staje się niemal codziennym, całodobowym zjawiskiem (ciągłe picie). Następuje osłabienie zasad moralnych oraz poważne uszkodzenie procesów myślenia i zdolności do oceny faktów. Mogą się pojawić padaczka alkoholowa, psychozy alkoholowe. W celu utrzymania stanu odurzenia alkoholik pije tzw. podróbki alkoholowe, drastycznie spada tolerancja na alkohol – wypicie niewielkiej ilości powoduje stan upojenia. Jeśli alkoholik nie podejmie leczenia, grozi mu utrata rodziny, pracy, zdrowia (ciężkie choroby somatyczne), a nawet śmierć¹².

Przyjmuje się, że u podłoża uzależnienia leżą czynniki biologiczne, psychiczne i społeczne. Nie ulega wątpliwości, że największe znaczenie w powstawaniu uzależnienia odgrywają czynniki psychologiczne (myślenie, reagowanie emocjonalne oraz zachowanie), dlatego często uzależnienie od

¹¹ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*, Katowice 2001, s. 82.

¹² Zob. L. Cierpiałkowska, *Alkoholizm. Matżeństwa w procesie zdrowienia*, Poznań 1997; B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998; D. Chlebko-Abed, *Pierwotna profilaktyka uzależnienia od alkoholu*, Katowice 2000.

alkoholu określa się chorobą emocji, systemem iluzji i zaprzeczania. Większość zachowań demonstrowanych przez alkoholików wynika z ich niedojrzałości emocjonalnej¹³. Osoby niedojrzałe mają więcej problemów z pokonywaniem trudności życiowych i „pomocny” okazuje się dla nich alkohol – uśmierza ból, rozluźnia i rozwesela, a z czasem daje efekt tłumiąco-uspokajający. Zamiast więc w momentach trudnych, w przykrych stanach emocjonalnych szukać konstruktywnego rozwiązania, osoba uzależniona *nałogowo reguluje uczucia*, czyli szuka alkoholu, który daje ulgę. Kolejnym mechanizmem w uzależnieniu od alkoholu jest blokowanie i zniekształcanie w świadomości tego, co jest przykre i zagrażające (stosowanie mechanizmów obronnych). Osoby uzależnione zaprzeczają istnieniu problemu związanego z piciem, obwiniają za to innych, próbują też wyszukiwać powody i usprawiedliwienia dla picia, odwracają uwagę od problemu poprzez odwołanie do wspomnień czy budowanie wizji lepszej przyszłości. Zatem wszystko to, co zagraża dalszemu piciu, objęte jest *mechanizmem iluzji i zaprzeczania*. Podczas rozwoju uzależnienia następuje również *dezintegracja systemu integrującego osobowość*. Picie alkoholu staje się źródłem doświadczeń życiowych, wpływając na kształt systemu ja, czyli obraz własnej osoby. Im więcej spożywa się alkoholu i częściej, tym bardziej pogłębia się oddzielenie doświadczeń związanych ze stanem trzeźwości i stanem po wypiciu, zarysowuje się negatywny obraz samego siebie, który osoba uzależniona chce szybko zneutralizować albo wytworzyć obraz pozytywny. Czyni to za pomocą alkoholu.

Mówiąc o *biologicznej podatności organizmu na alkohol* wskazuje się m.in. na uwarunkowania genetyczne, ogólny stan zdrowia, przebyte choroby. To, w jaki sposób organizm zareaguje na alkohol, zależne jest od rasy, płci i wieku¹⁴. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na różnorodne problemy związane z powstawaniem i przebiegiem alkoholizmu w zależności od płci. U kobiet obserwuje się tzw. teleskopowy rozwój uzależnienia, objawiający się szybkim, szybszym od mężczyzn, narastaniem negatywnych skutków nadużywania alkoholu¹⁵. Do czynników ryzyka należą: początek nadużywania alkoholu w wieku dorostania, przebywanie w nieformalnym związku

¹³ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 34.

¹⁴ *Biologiczne uwarunkowania podatności na alkohol. Grupy specjalnego ryzyka*, Raport ICAP 10, listopad 2001.

¹⁵ 1) Mniejsza ilość krwi w organizmie i stosunkowo większa objętość tłuszczu sprawia, że kobiety odczuwają skutki alkoholu po spożyciu jego mniejszej ilości, niż dzieje się to w przypadku mężczyzn; 2) u kobiet występuje 70–80% mniej niż u mężczyzn dehydrogenazy alkoholowej (ADH), tj. najważniejszego enzymu uczestniczącego w metabolizmie alkoholu; 3) zmiany w poziomie hormonów płciowych podczas cyklu menstruacyjnego mogą wpływać na podwyższenie poziomu alkoholu we krwi w różnych momentach cyklu. Zob. *Alkohol i kobiety*, tłum. E. Buzun, „Alkohol i Nauka” nr 6/2000 (z: „Alcohol Alert”, 10/1990 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism <<http://www.niaaa.nih.gov>> [28.08.2010]).

z partnerem nadużywającym alkoholu, zaburzenia seksualne i/lub wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, zaburzenia depresyjne i/lub lękowe, przyjmowanie leków i innych substancji psychoaktywnych. U kobiet w połączeniu z alkoholizmem występuje więcej problemów psychicznych i emocjonalnych. Mają one również większe poczucie winy i większy poziom krytycyzmu wobec uzależnienia niż mężczyźni¹⁶. Głównym motywem podjęcia leczenia przez kobiety jest zgłaszanie przez nie częściej niż przez mężczyzn problemów związanych z życiem rodzinnym, osobistym, finansami, pracą zawodową, zdrowiem.

Powyższe zmienne wskazują, że uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem heterogennym i może istnieć kilka jego typów. W literaturze znana jest klasyfikacja Cloningera, wielowymiarowy model Babora i współpracowników. Badacze uzyskali obraz kobiecego alkoholizmu, który nadal wymaga uzupełniania, ale już na tym etapie wiadomo, że należy zwrócić szczególną uwagę na współwystępujące zaburzenia psychiczne, jak depresja, zachowania lękowe czy cechy osobowości emocjonalnie chwiejnej (*borderline*)¹⁷.

Większość dzieci, które doznały w sposób bezpośredni lub pośredni skutków picia osób dorosłych, boryka się z wieloma problemami (mniej lub bardziej nasilonymi i widocznymi) w wieku młodszym, nastoletnim, ale także dorosłym (DDA). W rodzinie alkoholowej dorasta się bowiem z poczuciem niejasności, niestabilności, winy, złości, wstydu i strachu. Jest to normalna reakcja na nienormalną sytuację¹⁸. Wszystko dlatego, że za wszelką cenę należy ukryć, że przyczyną problemów rodzinnych jest alkohol i alkoholik. Rodzice tworzą w tym celu zestaw reguł służący utrzymaniu chorej równowagi:

- „nie mów”, czyli zachowaj milczenie na temat tego, co dzieje się w rodzinie;
- „nie ufaj” zarówno członkom własnej rodziny, jak i obcym, ponieważ zaufanie grozi doznaniem krzywdy;
- „nie odczuwaj”, to znaczy nie zagłębiaj się we własne emocje (bądź twardy)¹⁹.

¹⁶ Badania dotyczące typów alkoholizmu u kobiet, na grupie 144 kobiet uzależnionych od alkoholu, które przeszły jednakoowy 7-tygodniowy program terapeutyczny, przeprowadził Krzysztof Gąsior, a wyniki swoich badań zaprezentował w artykule; K. Gąsior, *Typy alkoholizmu u kobiet*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 1-2, t. 18, 2005.

¹⁷ K. Gąsior postuluje również uwzględnienie w terapiach adresowanych do alkoholiczek noetycznego wymiaru osobowości, związanego ze specyficznie ludzką „potrzebą potrzeb”, jaką jest poszukiwanie i odkrywanie sensu życia, ibidem.

¹⁸ A. Widera-Wysoczańska, *Pijany dom, czyli co się dzieje z dzieckiem alkoholika (w:) Gdzie się podziła moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, Kielce 2003, s. 14-15.

¹⁹ A. Krasowska, *Krzywdzenie dzieci w rodzinie alkoholowej*, <www.dzieckokrzywdzone.pl> [28.08.2010].

Dzieci natomiast próbują odnaleźć się w tej rzeczywistości rodzinnej, próbują chronić siebie, pogodzić się z faktem, że rodzice zawiedli w roli rodziców, chcą wreszcie obronić ważne aspekty swej wewnętrznej rzeczywistości. Przyjmują role określane mianem fałszywych osobowości. Fałszywe osobowości prezentujące wyższość (bohater), agresję (kozioł ofiarny), wycofanie się (dziecko zagubione) i dowcip (maskotka) są przeciwieństwem i zaprzeczeniem prawdziwych, utajonych uczuć²⁰. Dzieci odgrywające takie role można podzielić na trzy typy: dziecko odpowiedzialne – opiekuje się bezradnymi rodzicami i rodzeństwem, dziecko dostosowujące się – obserwuje sytuację i dostosowuje swoje zachowanie do jej wymogów, oraz dziecko łagodzące – stara się zadowolić innych lub odwrócić uwagę od tego, co dzieje się w domu²¹. Niestety, dzieci na tyle silnie identyfikują się z tymi rolami, maskują swój ból i negatywne emocje, że z czasem trudno rozpoznać ich rzeczywiste potrzeby i udzielić im pomocy. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, gdy uzależnieniu od alkoholu towarzyszy także stosowanie przemocy wobec członków rodziny. Atmosfera jest pełna napięcia i sprzyja agresji, dlatego dziecko łatwo może stać się obiektem jej rozładowania, zarówno dla pijącego, jak i niepijącego rodzica. Zachowanie rodziców może przybrać wówczas formę przemocy psychicznej, fizycznej, seksualnej czy też zaniedbania²². Wielu badaczy wskazuje na silne związki pomiędzy piciem alkoholu a stosowaniem przemocy interpersonalnej w ogóle. Takie powiązania można zauważyć także pomiędzy alkoholizmem a maltretowaniem dzieci, bowiem szkodliwe picie alkoholu przez rodziców i opiekunów:

- może bezpośrednio wpływać na funkcje psychiczne i kognitywne, zmniejszając samokontrolę i czyniąc człowieka bardziej podatnym na akty przemocy, również wobec dzieci;
- może wpływać niekorzystnie na poczucie odpowiedzialności, a także zmniejszać ilość czasu i pieniędzy, które mogą być przeznaczone dla dziecka; w takich sytuacjach może dojść do zaniedbania podstawowych potrzeb dziecka;

²⁰ B. E. Robinson, J. L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, tłum. M. Szymankiewicz, Warszawa 2000, s. 58–63.

²¹ B. T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, op. cit., s. 118.

²² Spożywanie alkoholu ma duży wpływ na występowanie przemocy w rodzinie. Sprawcy przemocy bardzo niechętnie przyznają się do picia alkoholu przed dopuszczeniem się przemocy wobec członków rodziny – jedynie 15% z nich się do tego przyznaje. Zob. *Polacy wobec zjawiska przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*, Warszawa, październik 2007.

- jest związane z innymi problemami, takimi jak słabe zdrowie psychiczne i antyspołeczny charakter, które to czynniki zwiększają ryzyko maltretowania dziecka²³.

Wychowanie w rodzinie z problemem alkoholowym to rany na ciele i psychice dziecka, to burza emocjonalna. „Emocje te, ciągnąc się za dzieckiem przez całe dzieciństwo, aż do osiągnięcia dorosłości, wpływają negatywnie na prawidłowe funkcjonowanie relacji z przyjaciółmi, rówieśnikami i osobami kochanymi”²⁴. Osoby dorosłe nadal w głębi siebie pozostają dziećmi, bo gdy były dziećmi, musiały zbyt wcześnie dorosnąć (dorosłe dzieci alkoholików – DDA). Część z nich zacznie pić, część zwiąże się z osobami uzależnionymi, a pozostałe będą unikać myślenia o tym, co wydarzyło się w dzieciństwie²⁵. Jest to efekt doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym. Dodatkowo obserwuje się u tych osób utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu.

Diagnozowanie i pomoc osobom uzależnionym i ich rodzinom

Ocena jest pierwszym i ważnym etapem leczenia problemów związanych z alkoholem, polegającym na określeniu ilości przyjętej substancji oraz wynikających z tego konsekwencji zdrowotnych i społecznych. Ocena może występować w formie krótkich wywiadów przesiewowych zbieranych przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i umożliwiających wczesną interwencję oraz szczegółowy opis funkcjonowania psychospołecznego; ma na celu opracowanie metod leczenia. Doświadczony lekarz czy terapeuta uzależnień bez konieczności używania specjalistycznych narzędzi diagnostycznych, na podstawie wskaźników klinicznych z dużym prawdopodobieństwem jest w stanie zidentyfikować osobę borykającą się z problemem alkoholowym. Obrzęknięta, czerwona twarz, przekrwione spojówki czy drżące ręce to pierwszy znak rozpoznawczy. Przy dokładniejszym badaniu lekarskim może dojść jeszcze zapach świeżego bądź przetrawionego alkoholu, wilgotna skóra, blizny, sińce, powiększona i bolesna przy ucisku wątroba, zaburzenia rytmu serca, podwyższone ciśnienie krwi. Uzupełnienie sta-

²³ M. Burek, *Maltretowanie dziecka a alkohol. Raport WHO 2006, „Niebieska Linia” nr 2/2007.*

²⁴ B. E. Robinson, J. L. Rhoden, *Pomoc psychologiczna...*, op. cit., s. 86–87.

²⁵ M. Kucińska, *DDA, czyli Dorosłe Dzieci Alkoholików*, (w:) *Gdzie się podziato moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach Alkoholików*, Kielce 2003, s. 25.

nowić mogą informacje, uzyskane podczas wywiadu z pacjentem, który zgłasza inne typowe objawy, jak np.: ogólne osłabienie, przewlekłe bóle głowy, infekcje górnych dróg oddechowych czy też występujące w jego życiu, powtarzające się nieobecności w pracy oraz jej częste zmiany czy konflikty z prawem²⁶.

Dostępnych jest wiele standaryzowanych narzędzi oceny uzależnienia od alkoholu oraz narzędzi do *badan przesiewowych*²⁷. Do najbardziej rozpowszechnionych należą: 24-punktowy kwestionariusz opracowany z myślą o skriningu w kierunku nadużywania alkoholu u mężczyzn tzw. MAST, jego skrócona 13-punktowa wersja oraz 4-punktowy CAGE. W ramach badania prowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia w sześciu krajach, a dotyczącego krótkich interwencji alkoholowych, powstał AUDIT (Test rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu, *Alcohol Use Disorders Identification Test*)²⁸. Charakteryzuje się on aktualnie najwyższą czułością i trafnością. Zawiera 10 pytań pozwalających na oszacowanie spożycia alkoholu, ocenę zachowań związanych z piciem i problemów związanych z używaniem alkoholu, które wystąpiły w ciągu roku poprzedzającego badanie, a co do których potwierdzono, że niezależnie od kraju wskazują na występowanie ryzykownych zachowań związanych z piciem. Późniejsze

²⁶ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 82–83.

²⁷ Można wskazać dwa typy narzędzi do badań przesiewowych. Do metod pierwszego typu należą kwestionariusze samoopisowe i wywiad strukturalizowany, drugi typ obejmuje kliniczne testy laboratoryjne wykrywające zmiany biochemiczne spowodowane nadmierną konsumpcją alkoholu – w przeciwieństwie do kwestionariuszy samoopisowych, dostarczają one obiektywnych dowodów picia problemowego i są cenne dla potwierdzenia wyników uzyskanych poprzez wywiad lub badania kwestionariuszowe. Dokładność tych markerów zależy od różnych czynników, takich jak niealkoholowe uszkodzenia wątroby, zażywanie leków lub narkotyków oraz zaburzenia metaboliczne. Wartość narzędzi badawczych służących do pomiaru problemów alkoholowych jest związana z ich czułością, tj. dokładnością narzędzia w rozpoznawaniu ludzi, którzy mają problem alkoholowy, i specyficznością, która odpowiada za efektywność identyfikowania ludzi, którzy problemów alkoholowych nie mają. Zob. *Narzędzia stosowane w badaniach przesiewowych dotyczących problemów alkoholowych*, tłum. B. Włodawiec, „Alkohol i Nauka” 2003 (z: „Alcohol Alert”, 56/2002).

Inni autorzy również podkreślają niebagatelne znaczenie stosowania metod przesiewowych w rozwiązywaniu problemów alkoholowych, wymieniając: edukację osób pijących na temat ryzyka związanego z nadmiernym piciem, rozpoznawanie problemów poprzedzających rozwój uzależnienia, dostarczanie pacjentom motywacji do zmiany ich zachowań dotyczących picia alkoholu, poddanie osób pijących w sposób ryzykowny szybkim, lecz efektywnym działaniom interwencyjnym przez pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Zob. T. F. Babor, R. J. de la Fuente, J. Saunders, M. Grant, *Test rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu AUDIT*, publikacja Światowej Organizacji Zdrowia, Warszawa 1996, s. 5.

²⁸ M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*, tłum. Z. Pelc, Gdańsk 2005, s. 57–59.

badania dowiodły, że na podstawie wyników uzyskanych w AUDIT można także prognozować wystąpienie w ciągu kolejnych trzech lat problemów związanych z alkoholem²⁹. Poza tym, przy ocenie stopnia uzależnienia wykorzystuje się 20-pozycyjny test SADQ, o właściwościach psychometrycznych i uwydatniający aspekty uzależnienia fizycznego, podobnie jak test SADDQ w większym stopniu uwzględniający psychiczne składowe uzależnienia, takie jak przejawy behawioralne i subiektywne. Należy podkreślić, że testy przesiewowe nie zastępują diagnozy uzależnienia i nie można na ich podstawie rozpoznać zespołu uzależnienia od alkoholu. Ich rola polega na pomocy w różnicowaniu problemów alkoholowych i wskazywaniu osób „podejrzanych” o uzależnienie. Wydaje się to szczególnie istotne w przypadku dzieci i młodzieży, gdzie każde stwierdzone picie alkoholu wymaga pogłębionej diagnostyki.

W przypadku osób, u których stwierdza się picie na poziomie określonym jako ryzykowny lub niebezpieczny szczególnie przydatna może się okazać tzw. krótka interwencja, celem której jest zmniejszenie picia u osób nieuzależnionych od alkoholu, ograniczenie spożywania przez te osoby alkoholu lub podjęcie przez nie próby leczenia³⁰. Interwencje przeprowadza z reguły lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz rodzinny), który po ocenie ogólnego stanu zdrowia i stwierdzeniu jego pogorszenia związanego z piciem, uświadamia pacjenta o konsekwencjach picia³¹. Krótka interwencja może być rozmową ograniczoną do kilku pytań i odpowiedzi bądź bardziej złożoną procedurą z udziałem terapeuty, podczas której należy przekazać pacjentowi dodatkowe pomoce w postaci broszur, podręczników lub zeszytów z ćwiczeniami. W żadnym wypadku nie powinna to być rozmowa dotycząca moralności człowieka, powinna ona zachować charakter czysto medyczny. Czasami pomocna może okazać się obecność członków rodziny, jednakże trzeba wziąć pod uwagę, że mogą oni zaprzeczać istnieniu problemu i tym samym utrudniać przeprowadzenie interwencji. Badania wykazują, że przeprowadzenie krótkiej interwencji jest skuteczniejsze niż jej brak, a często jest tak skuteczne, jak dłuższe leczenie³². Przy czym należy zróżni-

²⁹ Ibidem.

³⁰ Spośród osób pijących w sposób problemowy 10–20% zaprzestaje picia bez profesjonalnego leczenia, co w piśmiennictwie polskim określane jest jako samoistne wyzdrowienie, samoistna remisja, remisja naturalna lub samowyleczenie. Aczkolwiek należy podkreślić, że nie dzieje się to z dnia na dzień, lecz jest to proces trwający czasami miesiącami, a nawet latami.

³¹ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 126.

³² Należy tutaj wyraźnie zaznaczyć, że uzyskanych wyników nie można odnosić do szeroko rozumianej populacji osób pijących, lecz ograniczyć je do osób starszych i pijących raczej umiarkowanie, bez współwystępujących schorzeń. Wyniki dotyczące skuteczności krótkich interwencji nie zostały powtórzone u pijących kobiet. Poza tym, często pod określeniem krót-

cować jej adresatów, ponieważ interwencje u osób o wyraźnych objawach nadużywania bądź uzależnienia od alkoholu są zazwyczaj intensywniejsze i ich celem jest spowodowanie abstynencji, a nie tylko zredukowanie picia³³.

Po przeprowadzonej interwencji osoby zdiagnozowane jako uzależnione od alkoholu powinny trafić do ambulatoryjnej lub stacjonarnej placówki leczenia odwykowego³⁴. Z racji tego, że na przestrzeni lat zmieniał się w Polsce wizerunek pacjenta z osoby uzależnionej od alkoholu do osoby chorej, wymagającej pomocy – przekształcony został równocześnie system leczenia odwykowego. Zwiększenie dostępności i skuteczności leczenia odwykowego miało już swój początek przy opracowaniu przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Narodowego Programu Profilaktyki. Następnym etapem było powołanie wojewódzkich ośrodków terapii uzależnienia i współuzależnienia (WOTUW), które pełniły zarówno funkcję przychodni terapii uzależnień, jak i koordynowały pracę pozostałych zakładów leczenia odwykowego na terenie województwa (decentralizacja systemu leczenia odwykowego)³⁵. Niezwykle istotne dla osób uzależnionych i współuzależnionych było opracowanie ujednoczonych standardów świadczonych usług dla wszystkich typów placówek oraz profesjonalizacja kadry leczenia uzależnienia od alkoholu³⁶.

kie interwencje kryją się rozmaite krótsze lub dłuższe metody leczenia, stosowane w różnych okolicznościach i wśród różnych grup pacjentów, dlatego z pewną ostrożnością należy podchodzić do interpretacji wyników. Szerzej na ten temat: D. C. Drummond, *Alcohol interventions: Do the best things come in small pack-ages?*, „Addiction” 92 (4) 1997, s. 375–379; N. Heather, *Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: The need for caution*, „Alcohol and Alcoholism” 30 (3) 1995, s. 287–296. Zob. także B. T. Woronowicz, *Problemy alkoholowe w praktyce lekarza rodzinnego*, „Medycyna Rodzinna” nr 1/2002, s. 22.

³³ *Krótką interwencją*, tłum. M. Prokop, „Alkohol i Nauka” 2005 (z: Alcohol Alert, 66/2005, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism <<http://www.niaaa.nih.gov>> [28.08.2010]).

³⁴ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 129.

³⁵ Do zakładów leczenia odwykowego zalicza się: wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, przychodnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie dla osób z problemami uzależnienia, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu oraz ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu – na podstawie § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu z dnia 31 grudnia 1999 roku (Dz. U. Nr 3, poz. 44 z dnia 21 stycznia 2000 r.).

³⁶ Pojawiają się też głosy krytyczne dotyczące jednolitych standardów świadczonych usług, sugerujące, iż pacjenci w rzeczywistości nie mają wyboru form terapii, gdyż w większości ośrodków jest podobna oferta psychoterapeutyczna. B. T. Woronowicz również przyłącza się do krytyki i postuluje układanie indywidualnego programu terapii uzależnień, który

W leczeniu alkoholizmu priorytetem stała się psychoterapia uzależnienia, natomiast postępowanie medyczne, farmakologiczne ma wymiar wspomagający i nakierowane jest na leczenie jego powikłań, do których zalicza się stan intoksykacji oraz alkoholowy zespół abstynencyjny (AZA). W pierwszym przypadku leki stosowane są w celu przeprowadzenia kuracji odtruwającej, tzn. detoksykacji, w drugim natomiast próbuje się złagodzić lub usunąć objawy zespołu abstynencyjnego. Odstawienie alkoholu dla osoby uzależnionej jest z reguły dotkliwie i zależy między innymi od: intensywności i czasu trwania używania alkoholu, równoległego używania innych substancji, stanu ogólnego i stanu odżywiania oraz warunków, w jakich prowadzone jest odtruwanie³⁷. W detoksykacji z użyciem leków zastępuje się niekontrolowane używanie alkoholu kontrolowanym użyciem leków mających działanie podobne do substancji uzależniającej, jak na przykład benzodiazepiny (często stosowane w Polsce), które mają działanie przeciwdrgawkowe, przeciwłękowe, zmniejszają ryzyko wystąpienia majaczenia i skracają jego trwanie, łagodzą objawy wegetatywne. Oprócz podania leków, ważnym elementem detoksykacji jest również zmotywowanie chorego do rozpoczęcia lub kontynuacji leczenia odwykowego. W Polsce przez wiele lat praktykowano wymuszanie abstynencji poprzez podanie pacjentom środków awersyjnych, takich jak: disulfiram w postaci doustnej (anticol, antabus) lub w formie implantu (esperal, disulfiram), które w połączeniu z alkoholem mogą być przyczyną nudności, wymiotów, duszności, uczucia rozpierania w klatce piersiowej. Stosowanie tego leku wymaga więc ostrożności, może ponadto wywoływać inne działania niepożądane, a skutecznie może być stosowany w wąskiej grupie osób pijących problemowo, które są silnie zmotywowane do abstynencji, lecz mają trudności z jej utrzymaniem.

B. Habrat zwraca uwagę, że „ostatnie piętnaście lat przyniosło znaczący postęp w farmakoterapii uzależnienia od alkoholu. Z ponad stu substancji zmieniających spożycie alkoholu u zwierząt doświadczalnych, kilkanaście doczekało się prób klinicznych, a akamprozat i leki blokujące receptor opioidowy (naltrekson i nalmefen) uznane zostały za leki, których skuteczność w wydłużaniu abstynencji lub zmniejszaniu ilości wypijanego alkoholu uważa się za udowodnioną”³⁸. Optymizm płynący z tych badań powinien

uwzględnia indywidualne różnice między pacjentami i ich specyficzne potrzeby. Zob. B. T. Woronowicz, *Na zdrowie! ...*, op. cit., s. 149.

³⁷ M. Teesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia...*, op. cit., s. 68. Należy unikać tzw. odtruc domowych, zwłaszcza gdy prowadzone są przez osoby do tego merytorycznie nieprzygotowane. Zdarza się, że pacjent znajduje się w stanie upojenia i dochodzi do interakcji alkoholu i leków, co stanowi zagrożenie dla życia chorego.

³⁸ B. Habrat, *Leki stosowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 1, t. 14, 2001.

być jednak umiarkowany, ponieważ stosowania tychże leków nie można uznać za leczenie uzależnienia od alkoholu. Czasem okazać się ono może wręcz zgubne w skutkach dla alkoholika. Pacjent może bowiem traktować leki jako rozwiązanie jego dotychczasowych problemów, mogą one dać mu złudną nadzieję na kontrolowanie swojego picia i tym samym może on odroczyć podjęcie decyzji o specjalistycznym leczeniu uzależnienia lub odstąpić od niego.

Szczególnie kontrowersyjna jest metoda opracowana przez amerykańskiego naukowca, oparta na stopniowej eliminacji pożądania alkoholu tzw. metoda Sinclaira. Polega ona na podawaniu osobie uzależnionej od alkoholu leku – naltreksonu, który działa jedynie w połączeniu z alkoholem, a więc przyjmują go tylko osoby pijące. Już sam ten fakt jest sprzeczny z postulowanym przez większość specjalistów zachowaniem abstynencji jako pewnego sposobu leczenia. Gdy uzależniony przewiduje, że będzie pił, bierze naltrekson, a ten zaczyna działać w parze z alkoholem. Jednakże pacjent przyjmujący naltrekson nie odczuwa specyficznej przyjemności po spożyciu alkoholu, ponieważ lek zakłóca szlaki, dzięki którym alkohol pozwala czuć przyjemność związaną z wydzielaniem endorfin w mózgu. Z biegiem czasu (od kilku miesięcy do kilku lat) silne parcie wewnętrzne słabnie, a chory może pić tylko tyle, ile sobie założy wcześniej lub zachować abstynencję³⁹.

Z całą stanowczością trzeba zaznaczyć, że podawanie samych środków farmakologicznych nie daje szans na wyzdrowienie. Będzie miało ono sens tylko wówczas, gdy skojarzone zostanie z psychoterapią, przez którą rozumie się indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne na osoby uzależnione i współuzależnione⁴⁰. W stosunku do osób uzależnionych od alkoholu oddziaływania te są ukierunkowane na zmianę patologicznych mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do utrzymania abstynencji. W pracy z osobami współuzależnionymi natomiast dąży się do usunięcia lub złagodzenia zaburzeń funkcjonowania, które powstały

³⁹ Metoda ta, stanowiąca część podstawowej terapii alkoholizmu, stosowana jest w Finlandii i USA – 76 przeprowadzonych badań klinicznych wykazuje przynajmniej 50-procentową skuteczność po trzech latach leczenia oraz dowodzi efektywności i bezpieczeństwa tej metody. Szerzej na ten temat: P. Wark, *Naltrekson – pigułka na alkoholizm*, „The Times”, <www.portalwiedzy.onet.pl> [28.08.2010].

⁴⁰ Jest to definicja zgodna ze Standardami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych w Lecznictwie Odwykowym, refundowanych w ramach działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, które zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. Nr 3, 2000, poz. 44).

na tle stresu związanego z życiem z osobą uzależnioną od alkoholu⁴¹. Przedmiotem oddziaływań w terapii uzależnienia są zjawiska bezpośrednio związane z piciem alkoholu, a w szczególności: zaburzenia tożsamości, destrukcyjne nawyki, deficyty umiejętności oraz struktury poznawcze podtrzymujące picie, a więc to, co sami uzależnieni określają jako pijane myślenie i pijane zachowania⁴².

Z nurtu opartego na koncepcji uczenia się wyłonił się program treningu umiejętności zaradczych opracowany przez Petera Montiego i współpracowników. Według jego założeń zachowanie nałogowe rozumiane jest jako utrwalone i niekonstruktywne radzenie sobie ze stresem, ten zaś wynika z braku równowagi między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami jednostki. Jeżeli dana osoba nie ma umiejętności radzenia sobie z wymaganiami, stara się przywracać utraconą równowagę za pomocą alkoholu i tak przystosowuje się do sytuacji⁴³. W trakcie terapii pacjenci powinni kształtować zaufanie do własnych możliwości radzenia sobie w różnych sytuacjach społecznych, pracować nad zwiększeniem kontroli nad sytuacjami życiowymi tak, by umieli podejmować zachowania alternatywne dla picia. Istotną częścią programu powinno być więc uczenie się umiejętności kontrolowania emocji i coraz lepszego radzenia sobie ze stresem.

Za ważną i skuteczną metodę leczenia osób nadużywających alkoholu uznano terapię poznawczo-behawioralną (oddziaływania poznawcze, dostarczanie przykładów i wzorów postępowania, ćwiczenie umiejętności). Zgodnie z jej założeniami, przyczyną nadużywania alkoholu są negatywne doświadczenia życiowe. Rozwija ona zatem umiejętności społeczne oraz umiejętności radzenia sobie z problemami i rozwiązywania oraz uczy kontrolować własne odpowiedzi na bodźce pochodzące ze środowiska tak, by odroczyć moment rozpoczęcia picia. Pomocna jest przy tym strategia poznawczego przeprogramowania, która uczy pacjenta takich technik, jak alternatywne myślenie, kierowanie wyobrażeniami, wymyślanie konstruktywnych reakcji na sygnały rozpoczynające nawrót. Strategia interweniowania obejmuje natomiast ćwiczenia mające rozwijać zdolności zaradcze i redukujące pragnienia alkoholowe i pokusy. Uznaje się, że terapia poznawczo-behawioralna jest szczególnie skuteczna u osób pijących problemowo, które nie są uzależnione. Zastosowanie wobec nich treningu umiejętności społecznych, dotyczącego radzenia sobie z własnymi myślami, emocjami oraz stresem i konfliktami, pomaga w przezwyciężaniu wielu czynników wy-

⁴¹ Ibidem.

⁴² L. Kapler, *Granice terapii uzależnienia i psychoterapii*, „Świat Problemów” nr 11/2001.

⁴³ J. Mellibruda, *Psychologiczna problematyka uzależnienia od alkoholu i narkotyków*, <www.psychologia.edu.pl> [26.08.2010].

zwalających nawroty picia. Zatem w terapii poznawczo-behawioralnej zadowalające będzie uzyskanie przez pacjenta zdolności do tzw. picia kontrolowanego, a niekoniecznie pełnej abstynencji, jak to ma miejsce w podejściu zbudowanym na modelu Minnesota⁴⁴.

Do praktyki klinicznej wielu polskich placówek odwykowych wprowadzono tzw. strategiczno-strukturalną psychoterapię uzależnienia, która obejmuje zarówno zalecenia dotyczące strategii postępowania terapeuty w kolejnych etapach leczenia, jak i wskazuje procedury tworzące strukturę sytuacji terapeutycznych, niezbędnych do realizacji tych strategii⁴⁵. Składa się na nią sześć bloków tematycznych: 1) rozpoczynanie procesu zdrowienia; 2) uznanie własnego uzależnienia i powstrzymywanie się od picia; 3) rozbijanie mechanizmów uzależnienia; 4) radzenie sobie z nawrotami; 5) rozwijanie umiejętności życiowych pacjenta; 6) rozwiązywanie problemów osobistych. Powyższe zadania realizuje się w formie mikroedukacji (krótkich wykładów, indywidualnych lektur, nagrań audiowizualnych, plakatów i ćwiczeń), wykorzystując bezpośrednio i uniwersalne oddziaływania interpersonalne pomiędzy wszystkimi uczestnikami sytuacji terapeutycznych. Przy tej okazji korzysta się również z modelowania (wzory trzeźwego życia), przeprowadza się m.in. trening zapobiegania nawrotom picia, asertywności, interpersonalny, a w końcowej fazie zachęca się pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach AA⁴⁶.

Zdecydowana większość placówek leczących osoby uzależnione od alkoholu wykorzystuje programy terapeutyczne oparte na tzw. modelu Minnesota. Jest to metoda terapeutyczna opracowana i rozwinięta w USA, a zaadaptowana do warunków polskich w latach 80. XX wieku i od tego czasu wielokrotnie modyfikowana. Model ten opiera się na kilku założeniach:

- a) alkoholizm jest chorobą – alkoholicy powinni być leczeni, a nie karani;
- b) alkoholizm jest chorobą chroniczną, która wymaga określonego sposobu leczenia, niezależnie od jej przyczyn;
- c) alkoholizm powoduje zaburzenia w wielu sferach funkcjonowania jednostki – programy psychoterapii powinny uwzględniać pomoc w rozwiązywaniu wielu problemów równocześnie;

⁴⁴ Założenia modelu Minnesota leżą u podstaw programów terapeutycznych adresowanych do osób uzależnionych od alkoholu. Model ten opiera się na założeniach opieki, a nie wyzdrowienia. Jest to pomoc choremu w oparciu o zasady i sugestie z Programu Dwunastu Kroków, przy czym zajęcia terapeutyczne nie są zastępowaniem mityngów AA.

⁴⁵ Szerzej na ten temat: J. Mellibruda: *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 3/1997.

⁴⁶ Do niestandardowych form leczenia należą: akupunktura, techniki medytacyjne, hipnoza, ale ich skuteczność jest wątpliwa.

d) motywacja nie jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia pozytywnych efektów terapii, gdyż podstawowym symptomem jest zaprzeczenie, które pojawia się na różnych etapach trzeźwienia⁴⁷.

Program Minnesota w większym stopniu opiera się na zapewnieniu opieki niż na leczeniu. W związku z tym kładzie się w nim nacisk na pomoc choremu w radzeniu sobie z chorobą, przy wykorzystaniu wiedzy i doświadczenia terapeutów oraz wsparcia ze strony rodziny i bliskich. Przebieg leczenia jest strukturalizowany, ściśle kontrolowany i nastawiony na szybką zmianę. W ośrodkach stacjonarnych trwa zaledwie 28 dni, w ciągu których po detoksykacji i usunięciu objawów zespołu abstynencyjnego, na podstawie wstępnej diagnozy, układa się indywidualny program terapii. Cele terapeutyczne są realizowane w niewielkich grupach, w których każdy uczestnik traktowany jest indywidualnie i podczas korzystania z tej formy pomocy bierze systematyczny udział w spotkaniach AA. Podczas terapii stosuje się bezpośrednio Program Dwunastu Kroków⁴⁸. Po zakończeniu terapii w ośrodku stacjonarnym pacjenci mogą trafić do domu, do dalszego leczenia w warunkach ambulatoryjnych lub do hostelu – *half way house*, w którym przez kolejne miesiące kontynuują leczenie.

Zdaniem Seligmana, badania porównawcze skuteczności programu AA, terapii poznawczo-behawioralnej, wzmocnienia motywacji czy innych form leczenia pokazały, że dobór pacjentów do poszczególnych form terapii nie ma znaczenia dla jej efektów. Alkoholicy, którzy mają stabilną pozycję społeczną oraz dobrą sytuację rodzinną i zawodową, mają wielokrotnie większe szanse na wyzdrowienie⁴⁹.

Aby zoptymalizować jakość świadczeń w terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, dyrektor Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych również zatwierdza standardy wykonywania usług zdrowotnych w lecznictwie odwykowym, z wyszczególnieniem rozpoznawanych i leczonych jednostek chorobowych, prowadzonych procedur (diagnostyka uzależnienia oraz współistniejących zaburzeń psychicznych i somatycznych, psychoterapia indywidualna i grupowa, farmakoterapia, działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodziny pacjenta, poradnictwo, terapia zajęciowa, interwencje socjalne, czynności pielęgniarские, psychoedukacja, prowadzenie dokumentacji), podstawowych i rozszerzonych zadań adresowanych do poszczególnych grup pacjentów oraz przewidywanego czasu leczenia⁵⁰. Przyjmuje się, że 18–24 miesiące to czas niezbędny do prze-

⁴⁷ H. Sęk, *Psychologia kliniczna*, t. II, Warszawa 2005.

⁴⁸ <www.minnesota.pl> [26.08.2010].

⁴⁹ M. E. P. Seligman, *Co możesz zmienić, a czego nie możesz*, tłum. A. Jankowski, Poznań 2010.

⁵⁰ Pełna wersja standardów wykonywania świadczeń zdrowotnych w leczeniu uzależnień dostępna na stronie internetowej <www.parpa.pl>.

prowadzenia skutecznej terapii, która w ciągu roku obejmuje 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od 6 do 8 tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od 4 do 6 miesięcy. Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione kierowane są na kontynuację leczenia na dalszą psychoterapię w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta.

W ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zaznaczono, że leczenie odwykowe jest dobrowolne, ale istnieją sytuacje, kiedy decyzję o leczeniu podejmuje sąd rejonowy⁵¹. Dzieje się tak, gdy osoba w związku z nadużywaniem alkoholu powoduje rozkład życia rodzinnego, demoralizuje małoletnich, nie pracuje oraz zakłóca spokój lub porządek społeczny (art. 24). Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych kieruje taką osobę na badanie do biegłego (może nim być lekarz psychiatra, psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień) w celu wydania opinii o uzależnieniu od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego – stacjonarnego lub niestacjonarnego (art. 26)⁵². Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak tego wymaga cel leczenia, jednak nie dłużej niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia (art. 34.1). Specjaliści terapii uzależnień sceptycznie odnoszą się do zobowiązania do leczenia odwykowego ze względu na niską motywację osób uzależnionych lub nawet jej brak, a tym samym niską skuteczność podejmowanych oddziaływań terapeutycznych. Przykładowo w 2008 roku wśród wszystkich pacjentów leczonych w zakładach odwykowych 20% z nich to osoby sądownie zobowiązane do leczenia⁵³. W tej grupie 52% rozpoczęło leczenie, skończyła je natomiast co druga osoba, a nieco więcej niż 20% osób zobowiązanych do leczenia, zarejestrowanych w placówce odwykowej, ukończyło podstawowy program terapii uzależnienia. Nie należałoby się może tym martwić, gdyby ukończenie programu podstawowego wystarczyło do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia, jednakże jak wskazują obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek lecznictwa odwykowego, osoby zobowiązane do leczenia rzadziej kontynuują je w pogłębionych programach terapii lub korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, przez co szybciej i czę-

⁵¹ Podstawę prawną zobowiązania do leczenia stanowią artykuły od 24 do 36 Ustawy z dnia 26 października 2007 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 70, 2007, poz. 473 ze zm.).

⁵² Postanowienie o zobowiązaniu do leczenia odwykowego zapada w trybie nieprocesowym i nie ma charakteru wyroku sądowego.

⁵³ Dane z bazy lecznictwa odwykowego gromadzone przez PARPA.

ściej wracają do picia alkoholu⁵⁴. W tym miejscu należy podkreślić niebagatelną rolę grup samopomocowych w szeroko pojętym procesie zdrowienia. Tworzone są bowiem przez ludzi, którzy skupili się, by pomóc w zaspokojeniu wspólnej potrzeby, przezwyciężeniu wspólnego upośledzenia lub utrudniających życie problemów i osiągnięciu pożądanych zmian społecznych lub osobowościowych⁵⁵.

W ten sposób sięgająca połowy XIX wieku idea samoorganizowania się alkoholików doprowadziła do powstania 10 czerwca 1935 roku znanej na całym świecie wspólnoty Anonimowych Alkoholików, która wypracowała tzw. program zdrowienia przedstawiony w 12 krokach (po modyfikacjach znalazł on zastosowanie w wielu innych grupach samopomocowych). Przez kolejne dekadę wspólnota zrzeszała tysiące mężczyzn i kobiet dzielących się nawzajem doświadczeniem, siłą i nadzieją na rozwiązanie wspólnego problemu i pomagających innym w pokonaniu alkoholizmu. Wszystkim zaś towarzyszy chęć zaprzestania picia. Dzięki rozpowszechnieniu idei AA alkoholizm uzyskał status choroby. Większość programów terapeutycznych wykorzystuje Program Dwunastu Kroków, którego znajomość zaleca się specjalistom leczenia uzależnień. Przy realizacji programów terapeutycznych za pośrednictwem wspólnoty AA zatrudnia się trzeźwiejących alkoholików, a osobom skazanym sądowo na jazdę pod wpływem alkoholu nakazuje się uczestniczenie w spotkaniach AA. Pokazuje to, jak mocno idea tego ruchu zakorzeniła się w życiu społecznym, publicznym⁵⁶. „W AA jest powiedzenie: przynieś ciało, a głowa sama przyjdzie. Najpierw mam być trzeźwo, a potem się dowiem dlaczego, po co i z czego to wynika. Albo się nie dowiem. Dwanaście kroków anonimowych alkoholików jest sformułowanych w pierwszej osobie liczby mnogiej czasu przeszłego dokonanego: my przyznaliśmy, my zrobiliśmy – jak chcesz, to zrób to samo. Te dwanaście kroków, to program przebudowy własnego życia, pogodzenia się z nim po to, aby zawarta w alkoholu endorfina nie była potrzebna, żeby względnie spokojnie radzić sobie ze stresem, złością, przeciwnościami losu, nie sięgając po wyuczone lekarstwo, jakim był alkohol. I to jest bardzo, bardzo skuteczne”⁵⁷.

Opierając się na filozofii wspólnoty AA, powstają kolejne grupy wsparcia starające się rozwiązywać między innymi problemy rodzin alkoholowych⁵⁸.

⁵⁴ Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1.01-31.12. 2008 roku przygotowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2009.

⁵⁵ <<http://www.wrzos.org.pl>>.

⁵⁶ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 200–201.

⁵⁷ *Esperal w głowę. Z Wiktoorem Osiatyńskim rozmawia Anna Morawiecka*, <<http://la-pet.blogspot.com/>> [28.08.2010].

⁵⁸ Powstają również inne grupy samopomocowe, niezwiązane z problemem uzależnienia od alkoholu, opierające swoją działalność na dwunastu krokach. Należą do nich na przykład: Anonimowi Narkomani, Anonimowi Nikotyści, Anonimowi Erotomani, Anonimowi Pracoholicy itp.

Należą do nich: Al-Anon, Al-ateen, Alatot i DDA. Członkowie rodzin są zachęcani do tego, by nie bacząc na działania alkoholika, znaleźli dla siebie możliwy do zaakceptowania nowy styl życia. Ideą przewodnią tych grup jest założenie, że jeżeli nawet nie uda się uratować alkoholika, to można i trzeba ratować tych, którzy są najbardziej zagrożeni przez jego upadek, czyli członków najbliższej rodziny, zwłaszcza dzieci⁵⁹. Są to wspólnoty młodych ludzi, na których życie wpływa zwykle picie jednego (lub obojga) rodziców, więc pod okiem dorosłego członka AA lub Al-Anon uczą się radzenia sobie z pojawiającymi się problemami.

Kolejną formą pomocy dla osób borykających się z problemem alkoholowym są *stowarzyszenia i kluby abstynenckie*, których zadania oscylują wokół aktywnych form utrzymywania trzeźwości, a pomocne mają w tym być zajęcia edukacyjno-informacyjne, sportowe, turystyczne oraz terapia grupowa i rodzinna. Niezwykle istotna jest pomoc w momencie przerwania abstynencji, poradnictwo dla rodzin oraz organizowanie, odbudowywanie życia na trzeźwo poprzez wspieranie w powrocie do rodziny, w uregulowaniu sytuacji prawnej czy też w poszukiwaniu dachu nad głową lub miejsca pracy. Obecnie w Polsce jest około 600 stowarzyszeń i klubów abstynenckich zrzeszających kilkadziesiąt tysięcy osób. Ich członkowie rozwiązują nie tylko własne problemy związane z uzależnieniem, ale także aktywnie pomagają innym, realizują też zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych⁶⁰. W uwalnianiu się od nałogu pomagają alkoholikom także bractwa trzeźwościowe, grupy przyparafialne, Ruch Trzeźwości im. Maksymiliana Kolbego oraz inne stowarzyszenia⁶¹. Na uwagę zasługuje również działalność Centrów Integracji Społecznej (CIS) oraz Klubów Integracji Społecznej (KIS), które zajmują się reintegracją społeczną i zawodową osób społecznie wykluczonych, w tym osób uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu przez nich programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego (w 2007 roku w zajęciach tego ty-

⁵⁹ T. Kulisiewicz, *Choroba alkoholowa*, Warszawa 1973, s. 144-145.

⁶⁰ Pierwszy program przeciwdziałania przemocy w rodzinie alkoholowej pod nazwą „Rodzina bez przemocy” powstał w 1993 roku w warszawskim klubie abstynenckim „Krokus”. Równoległe z utworzeniem Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie w 1995 roku powstała Niebieska Linia prowadzona przez Związek Stowarzyszeń Abstynenckich w Poznaniu. Zob. H. D. Sasal, *Zaczęło się w Poznaniu i na Śląsku*, „Świat Problemów” nr 4/23; B. T. Woronowicz podzielił samopomocowe kluby abstynenckie na cztery kategorie: 1) kluby pacjenta – przy ambulatoryjnych placówkach odwykowych; 2) kluby byłego pacjenta – przy placówkach leczenia odwykowego stacjonarnego; 3) kluby środowiskowe – przy różnych instytucjach, w zakładach pracy, na terenie zakładów karnych, na osiedlach itp.; 4) kluby samodzielne – mające osobowość prawną, zarejestrowany statut, regulamin, zarząd, sekcje klubowe itp.; B. T. Woronowicz, *Na zdrowie!...*, op. cit., s. 219.

⁶¹ S. Kozak, *Patologie wśród dzieci i młodzieży. Leczenie i profilaktyka*, Warszawa 2007, s. 88.

pu uczestniczyło 414 osób, a w 2008 roku już 603 osoby uzależnione od alkoholu)⁶².

Świetlice socjoterapeutyczne i opiekuńczo-wychowawcze są z kolei jednym z miejsc, w których mogą otrzymać pomoc krzywdzone lub zaniedbane dzieci z rodzin alkoholowych. Wspierają je i prowadzą samorządy lokalne (np. w 2008 roku w polskich gminach funkcjonowało 1796 świetlic socjoterapeutycznych, w których z pomocy świadczonej w ramach zajęć skorzystało ponad 64 tysiące dzieci). Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym trafiają także po pomoc m.in. do placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym placówek wsparcia dziennego prowadzonych przez gminy, powiaty bądź organizacje samorządowe (np. w 2008 roku z takiej pomocy skorzystało 41 605 dzieci)⁶³. Dodatkową formą pomocy są kolonie i obozy socjoterapeutyczne. Pomimo dynamicznego rozwoju systemu wsparcia dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, obecna oferta pomocy nadal jest niewystarczająca. Dostępna jest bowiem dla niespełna 20% potrzebujących dzieci. Średnio na jedną świetlicę przypada około 40 dzieci, co musi skutkować zwiększeniem liczebności grup, a to z kolei wiąże się z pogorszeniem jakości realizowanych programów opiekuńczo-wychowawczych. Sytuacji nie ułatwia także zatrudnianie wychowawców na umowę zlecenie, ich duża rotacja czy brak możliwości oddziaływania na rodziców⁶⁴.

Zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawą o pomocy społecznej oraz ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie⁶⁵ członkowie rodzin z problemem alkoholowym po-

⁶² *Sprawozdanie...*, op. cit.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ Badania przeprowadzone z pracownikami świetlic socjoterapeutycznych ujawniły negatywne postrzeżenie przez nich dziecka. Określili swoich podopiecznych jako emocjonalnie i społecznie niedojrzałych, o małej wrażliwości, skupionych na sobie, agresywnych, roszczeniowych, mało zdolnych, o niskiej inteligencji; co gorsza – opiekunowie nie przypisywali dzieciom niemal żadnych cech pozytywnych. Zapewne rzutuje to na jakość relacji i charakter wsparcia, jakie dzieci mogą otrzymać. Konieczne jest zatem opracowanie i upowszechnienie standardów pracy z dziećmi oraz podnoszenie kwalifikacji wychowawców pracujących w świetlicach, a zdobyta wiedza i umiejętności muszą służyć dzieciom, a nie tylko wychowawcy. Wyniki ankiety przeprowadzonej przez dział badań Instytutu Psychologii Zdrowia podczas konferencji „Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików” w Juracie 24–26 października 2000 roku w grupie około 240 osób zamieszczone są w artykule: S. Nikodemski, *Pracownicy świetlic socjoterapeutycznych*, „Świat Problemów” nr 7–8/2001, s. 41–43. Badania nie są reprezentatywne dla całej populacji wychowawców świetlic socjoterapeutycznych, sygnalizują jednak ważne problemy, na które nadal zwraca uwagę Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (patrz: *Sprawozdanie...*, op. cit.).

⁶⁵ Ustawa z dnia 26 października 2007 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 70, 2007, poz. 473 ze zm.), Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 175, 2009, poz. 1362 ze zm.), Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, 2005, poz. 1493 ze zm.).

winni być objęci profesjonalnym systemem pomocy psychospołecznej i prawnej. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, aby pomóc przezwyciężyć trudne sytuacje życiowe związane m.in. z alkoholizmem, stosowaniem przemocy w rodzinie, przeprowadza się wywiad środowiskowy umożliwiający diagnozę sytuacji rodziny lub osoby (Niebieska karta), przygotowuje się wszechstronny plan pomocy, monitoruje efekty podjętych działań, pomaga w załatwianiu spraw urzędowych i innych ważnych spraw bytowych, udziela szeroko rozumianego poradnictwa, np. prawnego, psychologicznego lub wskazuje miejsca, gdzie można uzyskać taką pomoc, udziela się informacji o przysługujących świadczeniach i formach pomocy w uzasadnionych przypadkach (udziela pomocy finansowej w formie zasiłków stałych, okresowych, celowych; pomocy rzeczowej, np. przekazanie odzieży, żywności, udziela zasiłków i pożyczek na ekonomiczne usamodzielnienie się), informuje o możliwościach uzyskania pomocy w środowisku lokalnym, w razie potrzeby bądź na życzenie zainteresowanych zwraca się do policji o podjęcie działań prewencyjnych wobec sprawcy, a w przypadku stwierdzenia bądź podejrzenia popełnienia przestępstwa powiadamia się organy ścigania.

Działania mające na celu rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce reguluje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz towarzyszące jej przepisy wykonawcze⁶⁶. Bezpłatnymi świadczeniami zdrowotnymi obejmuje się członków rodziny osoby uzależnionej (art. 23), gwarantując im darmową terapię i rehabilitację współuzależnienia i profilaktykę w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto rodzinom osób uzależnionych od alkoholu zapewnia się pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną, dzieciom osób uzależnionych udzielaną również wbrew woli rodziców bądź opiekunów prawnych w stanie nietrzeźwym⁶⁷. Rodziny, w których ma miejsce zjawisko przemocy domowej, mogą korzystać także z pomocy oferowanej przez punkty informacyjno-konsultacyjne, schroniska dla ofiar przemocy domowej, ośrodki interwencji kryzysowej, telefony zaufania czy też programy środowiskowe⁶⁸.

Zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadzony został obowiązek tworzenia w każdej gminie lokalnych interdyscyplinarnych zespołów pomocy dziecku i rodzinie, które powinny tworzyć

⁶⁶ Istotne zmiany w podejściu do zagadnień związanych z uzależnieniem od alkoholu wprowadziła nowelizacja ustawy z dnia 12 września 1996 roku (Dz. U. Nr 127, 1996, poz. 593), na mocy której zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych powierzono gminom i województwom

⁶⁷ E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 4, t. 22, 2009, s. 372 i nast.

⁶⁸ Rodziny osób uzależnionych często korzystają z punktów konsultacyjnych prowadzonych przez samorządy gmin, w których prowadzi się z nimi rozmowy wspierająco-motywuujące (w 2008 roku przeprowadzono to ponad 100 tys. rozmów).

i wdrażać zindywidualizowane plany pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i problemem przemocy domowej⁶⁹. Ich zadaniem jest integrowanie i koordynowanie działań służb zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy, w szczególności przez diagnozowanie problemu przemocy w rodzinie, podejmowanie działań w środowisku zagrożonym, mających na celu przeciwdziałanie temu zjawisku, inicjowanie interwencji w rodzinach dotkniętym przemocą, rozpowszechnianie informacji o instytucjach, osobach i możliwościach udzielenia pomocy w środowisku lokalnym, jak również podejmowanie działań w stosunku do osób stosujących przemoc w rodzinie. Istnieje także potrzeba zintegrowania działań świetlic socjoterapeutycznych, szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, placówek leczenia odwykowego, sądów rodzinnych, policji czy punktów interwencji kryzysowej⁷⁰.

Konkludując, rodzina z problemem alkoholowym oprócz podstawowego problemu, jakim jest nadmierne spożywanie alkoholu przez jednego z rodziców, boryka się z wieloma innymi wynikającymi z niego lub związanymi z nim i negatywnie oddziałującymi na dzieci. Tylko skupienie wokół rodziny osób profesjonalnie zajmujących się pomocą może przerwać ciąg niekorzystnych zdarzeń i sytuacji rodzinnych.

Wybrana literatura

Cekiera C., *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001.

Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*, Warszawa 2010.

Osiatyński W., *Alkoholizm. I grzech, i choroba, i...*, Warszawa 2007.

Pacewicz A., *Dzieci alkoholików: jak je rozumieć, jak im pomagać*, Warszawa 1994.

Robinson B. E., Rhoden J. L., *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, tłum. M. Szymankiewicz i zespół, Warszawa 2000.

Woititz G. J., *Dorośle dzieci alkoholików*, tłum. M. Winkler, Warszawa 2000.

Woronowicz B. T., *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Poznań – Warszawa 2009.

⁶⁹ Przeciwdziałanie przemocy traktowane jest przez większość krajów UE jako działanie interdyscyplinarne, wymagające koordynacji i monitorowania na poziomie krajowym. Dlatego też powołuje się funkcjonujące na możliwie wysokim szczeblu interdyscyplinarne komisje, rady składające się z przedstawicieli resortów, służb i instytucji odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów związanych z bezpieczeństwem publicznym, wymiarem sprawiedliwości, zdrowiem i zabezpieczeniem społecznym. Szerzej na ten temat: K. Kądziela, *Nowa jakość – europejskie prawo wobec przemocy w rodzinie*, „Niebieska Linia” nr 2/2006.

⁷⁰ Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2009 roku, PARPA.

NARKOMANIA

Między *drug free* a terapią substytucyjną – w poszukiwaniu skutecznego modelu pomocy osobom uzależnionym i współuzależnionym

W prowadzonych przez Pentor w 2008 roku badaniach nad wykluczeniem społecznym i jego konsekwencjami narkomania została wskazana przez 39% respondentów jako podstawowa przyczyna wykluczenia społecznego, pozostawiając w tyle takie kwestie, jak: uzależnienie od alkoholu (37%), ubóstwo materialne (29%), bezrobocie (22%), patologie życia rodzinnego (22%) czy też niskie kwalifikacje zawodowe (10%)¹. Mimo iż badania nad zjawiskiem narkomanii wskazują na wyraźną stabilizację trendów rozwojowych oraz rozbudowę profesjonalnych programów pomocowych², to w żadnym wypadku nie można tego problemu lekceważyć. Zażywanie, nadużywanie i często w efekcie uzależnienie od substancji psychoaktywnych należy bowiem do tych problemów społecznych, które choć obecne wśród ludzi od zarania dziejów, do tej pory nie doczekały się skutecznych rozwiązań.

¹ Badanie dotyczące percepcji przez opinię społeczną pojęcia wykluczenia społecznego, lokalizacji grup objętych i zagrożonych tym procesem, zadań, jakie w związku z tym stoją przed różnymi instytucjami przeprowadzone na próbie reprezentatywnej (N = 1000) we wrześniu 2008 roku w postaci wywiadów bezpośrednich wspomaganym komputerowo. *Wykluczenie społeczne*, raport Instytutu Pentor przedstawiony w czasie debaty o wykluczeniu społecznym 22 czerwca 2009 r., <http://www.kp.pl/files/pl/pentor_debata.ppt> [2.08.2010].

² A. Malczewski, B. Bukowska, P. Jabłoński, M. Kidawa, M. Struzik, E. Sokołowska, A. Strzelecka, A. Radomska, D. Chojecka, B. Bajerowska, Ł. Jędraszak, D. Muszyńska, W. Krawczyk (red.), *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009, s. 40.

Zjawisko narkomanii w Polsce na przestrzeni wieków

Na przełomie lat 70. i 80. poprzedniego stulecia, w dużej mierze dzięki M. Kotańskiemu, do języka polskiego weszły takie pojęcia, jak narkotyki, narkomania czy narkoman. Nie oznacza to oczywiście, że problem wcześniej nie występował, ale miał z pewnością inny niż dotychczas charakter. Źródła historyczne wskazują, że Polacy, podobnie jak inne nacje, używali rozmaitych substancji do celów leczniczych czy paramedycznych (przykładem mogą tu być szaflwia czy mak), ale w zasadzie do czasów odzyskania przez Polskę niepodległości w literaturze przedmiotu nie występowały informacje związane z (nad)używaniem substancji psychoaktywnych. Pierwsze adnotacje o narkomanach w lecznictwie psychiatrycznym pojawiły się na początku lat 20. XX wieku, w 1928 roku kuracji poddanych zostało 85 narkomanów. Pięć lat później ich liczba wzrosła do 295³. Dominowały wśród nich osoby sięgające przede wszystkim po klasyczne narkotyki – morfinę, heroinę i kokainę, wiele z nich należało do bohemy artystycznej. W odniesieniu do tamtych czasów trudno jednak mówić o subkulturze narkomańskiej, bo dominował medyczny model uzależnienia. Władze rodzącego się państwa polskiego doceniły powagę coraz wyraźniej rysującego się problemu, co znalazło wyraz w ratyfikacji konwencji haskiej z 1912 roku⁴ oraz wprowadzeniu własnych rozporządzeń⁵.

Okres powojenny w historii polskiej narkomanii to przede wszystkim dominacja zależności jatrogennych, które powstawały na skutek przyjmowania przez pacjentów środków przeciwbólowych w trakcie leczenia bólu przewlekłego oraz nieco później w wyniku powstania ruchów kontestacyjnych młodzieży (najpierw hippisów, a potem punków), dla których używanie narkotyków stało się wyrazem niezgody na zastaną rzeczywistość. W latach 70. głównymi substancjami psychoaktywnymi były leki kradzione z aptek, fabryk, przychodni czy szpitali oraz uzyskiwane dzięki fałszowaniu recept⁶. Dominacja medycznego modelu uzależnienia spowodowała, że na terenie Polski mówiono raczej o lekomanii, rozumianej jako uzależnienie od

³ J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 18.

⁴ Konwencja haska z 1912 roku była pierwszym aktem prawnym dotyczącym nielegalnego handlu narkotykami, przy czym odnosiła się jedynie do opium, które postrzegano wówczas za najbardziej zagrażające.

⁵ W ramach reakcji na kwestię narkotykową powołano do życia Instytut Spraw Społecznych, który miał się zająć formułowaniem krajowego programu zwalczania narkomanii oraz planem stworzenia systemu lecznictwa. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii...*, op. cit., s. 18.

⁶ *Ibidem*, s. 20.

środków odurzających, takich jak: barbiturany, leki pobudzające, przeciwgorączkowe, przeciwbólowe czy antydepresanty⁷, niż o narkomanii⁸. Wzrastająca w tym czasie liczba osób hospitalizowanych i leczonych w związku z przyjmowaniem substancji psychoaktywnych⁹ spowodować musiała zmianę postawy ówczesnych władz, które do tej pory problem bagatelizowały i nie dopuszczały do publicznego dyskursu. Podjęte działania sprawdziły się jednak tylko do ograniczenia dostępności środków odurzających, między innymi przez wprowadzenie specjalnych recept, traktowanych jak druki ścisłego zarachowania, bez uruchomienia jakiegokolwiek profilaktyki, leczenia i rehabilitacji¹⁰. W efekcie ograniczenie dostępności do substancji psychoaktywnych, przy dynamicznie rozwijającym się rynku, spowodowało, że zaczęto szukać innych alternatyw odurzania. Uwagę wzbudzały takie substancje, jak służący do usuwania plam i mający działanie euforyczne „Tri”, fenmetrazyna, parkopan, ale także proszki do prania, pasty do butów i inne. Często sporządzano autorskie mieszanki z przypadkowo dobranych substancji. Taki model konsumpcji środków określa się mianem politoksykomanii¹¹. Z biegiem czasu coraz większą popularnością zaczął się cieszyć mak (*Papaver somniferum album*), a dokładnie mleczko makowe, uzyskiwane z niedojrzałych makówek, stosowane do iniekcji lub tworzenia naparu (tzw. *poppy tea*, zwane zupą lub szambem). Sezonowa dostępność maku ograniczała możliwości jego stosowania, dopóki gdańscy studenci nie opracowali technologii wytwarzania „polskiej heroiny”, zwanej również kompotem¹². Analiza chemiczna wykazała, że kompot był substancją niezwykle zanie-

⁷ A. Stankowski, *Narkomania, narkotyki, narkomani: wybrane zagadnienia: skrypt dla studentów kierunków pedagogicznych*, Katowice 1988, s. 14.

⁸ Narkomania, lekomania oraz uzależnienie od substancji chemicznych typu klej, eter uważane są za rodzaje toksykomanii, czyli przyjmowania „substancji chemicznych (syntetycznych lub naturalnych, mających szkodliwy wpływ na organizm i psychikę jednostki), wykazującego patologiczny charakter przyzwyczajenia do przyjmowania określonego środka”. A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*, Katowice 2001, s. 62.

⁹ W latach 1969–1973 pięciokrotnie wzrosła liczba osób leczonych w związku z narkotykami w poradniach zdrowia psychicznego i trzykrotnie w szpitalach psychiatrycznych. Szacunki mówią, że na początku lat 70. w Polsce odurzało się około 50 tys. osób, a placówki służby zdrowia rejestrowały około 2–3 tys. nowych pacjentów. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys terapii...*, op. cit., s. 19–20.

¹⁰ Ibidem, s. 20.

¹¹ Z. Juczyński, *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2002, s. 20.

¹² Kompot, zwany też makiawarą czy polską heroiną, produkowany był z wywaru słomy makowej. Zażycie kompotu wywołuje efekt beztroski, odprężenia i zadowolenia, redukując lęk i niepokój. Głębsze uzależnienie powoduje zaburzenia psychiczne, lęki i depresję, ale także wyniszczenie fizyczne organizmu. Ibidem, s. 82.

czyszczoną, nie zawierał czystej heroiny¹³, ale był środkiem na tyle silnie uzależniającym, że na początku lat 80. XX wieku 80% hospitalizowanych narkomanów było uzależnionych od opiatów¹⁴. Wydaje się, że od tego momentu możemy w Polsce mówić o rozwoju narkomanii właściwej, rozumianej jako uzależnienie od klasycznych środków, do których zaliczamy przede wszystkim opiaty¹⁵, tym bardziej że lata 80. przyniosły modę na zażywanie czystej heroiny i kokainy.

Przebudowa systemowa końca lat 80. zrekonstruowała obraz polskiej narkomanii. Otwarcie granic¹⁶, włączenie do krwiobiegu światowej gospodarki, idący za tym wzrost zamożności obywateli, a także narastająca atrofia norm społecznych, coraz szersza grupa osób wykluczonych społecznie stworzyły dogodny klimat do jakościowej i ilościowej zmiany zjawiska. Najkrócej zmianę tę można opisać w kategoriach: 1) popularyzacji i zwiększenia dostępności substancji psychoaktywnych, 2) heterogenizacji i obniżania się wieku użytkowników, ale przede wszystkim 3) nowej pozycji Polski na narkotykowej mapie świata¹⁷, bowiem aktualnie Polska występuje w trzech kategoriach narkobiznesu: jako producent¹⁸, obszar tranzytowy¹⁹ oraz rynek zbytu²⁰.

¹³ Zawiera alkaloidy opium z przewagą morfiny, kodeiny i heroiny.

¹⁴ Z. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 21.

¹⁵ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 63.

¹⁶ Zob. P. Wilczyński, *Czech čpa, Polak zarabia*, „Tygodnik Powszechny” nr 34 (3189)/2010.

¹⁷ T. L. Chruściel, *Współczesna scena narkotyków w Polsce w świetle Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii. Supplement 1”, nr 50/2001, s. 3-14. Por. A. Malczewski, *Rynek narkotykowy*, (w:) A. Malczewski et al., 2009 *National Report...*, op. cit., s. 122.

¹⁸ Polska uczestniczy w globalnej produkcji narkotyków, przede wszystkim syntetycznych. Poza Holandią i Belgią właśnie Polska uważana jest za czołowego producenta amfetaminy. Ze względu na wysoką czystość polska amfetamina uważana jest za jedną z najlepszych, a w stosunku do jakości najtańszych. Istotnym elementem polskiego rynku narkotykowego jest również produkcja narkotyków naturalnych, w szczególności marihuany oraz skuna. W Polsce nie produkuje się haszyszu, pochodzi on całkowicie z importu, głównie z Holandii (70%), Hiszpanii (10%) i Pakistanu (10%). Por. W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania amfetaminy i metamfetaminy z naciskiem na używanie chroniczne/intensywne*, (w:) A. Malczewski et al., 2009 *National Report...*, op. cit., s. 130-135.

¹⁹ Polska jest krajem tranzytowym w drodze na rynki zachodnioeuropejskie. Droga morska i powietrzna jest wykorzystywana do przemykania kokainy z Ameryki Południowej oraz marihuany i haszyszu z Afryki. Te same substancje, uzupełnione jeszcze o heroinę, trafiają do nas z Azji Południowo-Wschodniej. Do przemytu heroiny z krajów Żółtego Półksiężycza (Afganistan, Pakistan, Iran) wykorzystywany jest szlak bałkański (Turcja, Bułgaria, Rumunia, Węgry) lub szlaki prowadzące przez terytorium dawnego Związku Radzieckiego (Uzbekistan, Kazachstan, Kirgistan, Tadżykistan). Najwięcej heroiny trafia do naszego kraju z Afganistanu. Tą samą drogą trafia do Polski heroina z krajów Żółtego Trójkąta (Birma, Laos, Tajlandia).

Podstawowe pojęcia związane z uzależnieniem od narkotyków

Zgodnie z Ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii narkomanię definiuje się jako „stałe lub okresowe używanie w celach innych niż medyczne substancji odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w wyniku czego może powstać lub powstało uzależnienie od nich”²¹. Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia narkotyku, operując takimi słowami, jak środki odurzające i substancje psychotropowe, które w ustawie zostały opisane jako substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego działające na ośrodkowy układ nerwowy. O ich przynależności do tej kategorii świadczy umiejscowienie w wykazie środków odurzających i psychotropowych (załącznik nr 1 i nr 2 do ustawy). Z kolei środek zastępczy to substancja w każdym stanie fizycznym, która jest trucizną lub środkiem szkodliwym, używana zamiast środków odurzających lub substancji psychotropowych w innych celach niż medyczne. Być może zabieg ten był związany z tym, że nie sposób objąć jednym ogólnym pojęciem tak zróżnicowanych w postaci i działaniu substancji. Poza tym w medycynie europejskiej pierwotnie za narkotyki, uważano głównie pochodne makuwca oraz opium. Rozszerzanie się zjawiska odurzania spowodowało rozciągnięcie tego terminu również na inne substancje, zmieniające psychikę i szkodliwe dla jednostki i społeczeństwa²². Szukając definicji narkotyków, J. Leśniak proponuje, by pojęcie to było używane w odniesieniu do pewnej, specyficznej grupy substancji, których nazwy w języku polskim najczęściej mają

Wyprodukowana w Polsce amfetamina drogą morską szmuglowana jest do Skandynawii. Według szacunków policji około 30% konsumowanych konopii jest uprawianych w kraju, pozostałe 70% pochodzi z Holandii, Hiszpanii i Grecji, co nie pozostaje bez wpływu na ceny – od 2004 roku obserwuje się wzrost ich średnich cen hurtowych. W Polsce marihuanę produkuje się w dwojaki sposób: *indoor* oraz *outdoor*. Uprawa *indoor* oznacza hodowlę w specjalnie do tego zorganizowanym i wyposażonym laboratorium, położonym zwykle na uboczu, ale o stosunkowo bogatej infrastrukturze komunalnej, ze względu na konieczne media, takie jak woda czy prąd. Prawie połowę stanowią uprawy małe, do 50 krzaków. Uprawa *outdoor* oznacza proces produkcyjny w warunkach zewnętrznych. Ten typ uprawy jest ograniczony sezonowością pór roku. Tu z kolei przeważają uprawy średnie, od 50 do 500 roślin. Por. A. Malczewski, M. Struzik, *Rynek i produkcja konopi*, (w:) A. Malczewski et al., 2009 *National Report...*, op. cit., s. 116.

²⁰ Licząca 38 mln mieszkańców Polska jest również atrakcyjnym rynkiem zbytu. Pozostaje u nas część heroiny i opium przeznaczonych dla Europy Zachodniej i Skandynawii. Z Holandii przez teren Niemiec przemycą się marihuanę. Por. A. Malczewski i et. al., 2009 *National Report...*, op. cit., s. 106–107.

²¹ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz. U. Nr 179, poz. 1485.

²² C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001, s. 19.

końcówkę „-ina” (kokaina, morfina, heroina, amfetamina) oraz takie, jak: marihuana, haszysz, LSD, ekstazy i wiele innych²³.

We wspomnianej ustawie jeszcze jedno pojęcie wymaga komentarza. Chodzi o prekursory, czyli substancje pochodzenia naturalnego lub syntetycznego, które mogą zostać przetworzone na środek odurzający i substancję psychoaktywną albo mogą służyć do ich wytworzenia. Prekursory są niezbędne do produkcji syntetycznych substancji psychotropowych, całkowicie pozyskiwanych z środków chemicznych, np.: amfetaminy, MDMA, LSD, GHB, a także półsyntetycznych środków produkowanych po obróbce chemicznych produktów naturalnych z roślin (np. morfiny z soku opium, heroiny z morfiny w procesie acetylacji)²⁴. Zgodnie z polskim prawem prekursory podzielono na trzy grupy: I-R, II A-R i II B-R. Wytwarzanie prekursorów i obrót nimi jest regulowany i kontrolowany, tak w skali krajowej, jak i europejskiej, między innymi ze względu na zainteresowanie nimi świata przestępczego. Ostatnie zmiany na listach prekursorów dotyczyły wpisania na nie kilku substancji, które wykorzystywane są do wytwarzania tzw. dopalaczy²⁵. Objętość niniejszego opracowania i jego temat nie pozwalają jednak na rozwinięcie tej kwestii.

Rozwój wiedzy związanej z używaniem, nadużywaniem i uzależnieniem od środków psychoaktywnych spowodował powstanie licznych klasyfikacji. Najczęściej spotykane kryteria podziału odnoszą się do: 1) pochodzenia, 2) sposobu przyjmowania narkotyków oraz 3) sposobu działania na centralny układ nerwowy. Od razu konieczne staje się jednak zaznaczenie, iż mimo dokonanego podziału wewnętrzne granice wyodrębnionych grup narkotyków rzadko kiedy bywają jednoznaczne. Aktualnie najmniej kontrowersji wzbudza podział przyjmujący za główne kryterium pochodzenie narkotyków. Według niego narkotyki dzieli się na naturalne i syntetyczne. Naturalne od tysięcy lat są znane ludzkości, będąc niejako zasobem natury, są elementem wiedzy tajemnej, wykorzystywanej najczęściej w związku ze sferą sacrum do obrzędów czy wywołania mistycznych doznań. Przykładem może być meskalina, szałwia czy grzyby używane przez szamanów i znachorów. Narkotyki tego rodzaju występują najczęściej w postaci suszu z liści, łodyg, korzeni, soku lub wywarów. Z odmienną sytuacją mamy do czynienia przy narkotykach syntetycznych, które uzyskiwane są na drodze reakcji chemicznych, mających na celu wyodrębnienie danego środka

²³ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, (w:) B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009, s. 121.

²⁴ W. Janiszewski, *Prekursory narkotyków*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 91-92.

²⁵ Zob. M. Kidawa, *Dopalacze – przejściowa moda czy realne zagrożenie*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 1 (45)/2009; N. Sromek, *Czuję próżnię*, „Tygodnik Powszechny” nr 34 (3189)/2010.

w postaci jak najczystszej, co zwiększa siłę działania. Przy podobnym efekcie narkotyki syntetyczne szybciej uzależniają i zdecydowanie bardziej degradują organizm. Większe jest również prawdopodobieństwo przedawkowania i powikłań z tym związanych. Ich popularności sprzyja ogromna różnorodność oraz łatwość produkcji²⁶.

Narkotyki, w zależności od tego, w jakiej postaci występują, mogą być przyjmowane w różny sposób, począwszy od wciągania, inhalowania, palenia, przez iniekcje (dożylnie, domięśniowe, podskórne), wcieranie, po łykanie²⁷. Wybór jednego ze sposobów przyjmowania substancji jest zwykle związany ze skutecznością jej działania. Stąd też sposoby zażywania zmieniają się, podobnie jak i forma substancji. Niektóre narkotyki właśnie ze względu na różną postać, a zatem i siłę działania, mogą być przyjmowane na wiele sposobów. Dobrym przykładem może być amfetamina, która jest zażywana doustnie, drogami oddechowymi lub dożylnie, oraz kokaina, którą się wciera, pali, a czasami (rzadko) również wstrzykuje²⁸.

Narkotyki w swojej różnorodności w zakresie działania na centralny układ nerwowy mogą redukować jego aktywność, powodując efekt odprężenia, senności, rozluźnienia, czasami też euforii. Do najbardziej znanych „reduktorów” należą alkohol, środki nasenne, uspokajające oraz antydepresanty, środki rozluźniające oraz usypiające. Inne, takie jak kofeina, nikotyna, rodzina amfetamin, kokaina, crack, ecstasy, LSD oraz liczne substancje naturalne (chrzan, lubczyk, mandragora), powodować mogą wzmocną aktywność centralnego układu nerwowego, przejawiającą się poczuciem omnipotencji, witalności, euforii i nieodczuwania głodu i pragnienia. Liczna grupa narkotyków ma działanie halucynogenne. Należą do nich tak substancje naturalne, jak i syntetyczne. Najpopularniejszymi są kanabinoles, LSD, fenicyklidyna (PCP), meskalina, grzyby oraz liczne rośliny halucynogenne (szałwia, bielun, dzięzdzierzawa)²⁹. Podobnie jak w przypadku wcześniej przywoływanych podziałów, ten również nie jest jednoznaczny. Często bowiem efekt działania zależy jest od zażytej dawki, co oznacza, że poszczególne narkotyki mogą znajdować się jednocześnie w kilku grupach. Przykładem może być zaliczanie do substancji halucynogennych LSD, ecstasy oraz marihuana, które na organizm człowieka mogą działać również stymulująco.

²⁶ Por. W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania...*, op. cit., s. 129.

²⁷ Por. A. Kowalewska, M. Jędrzejko, *Jak działają narkotyki*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 33–34; M. Radochoński, *Podstawy psychopatologii dla pedagogów*, Rzeszów 2001, s. 156.

²⁸ M. Jędrzejko, A. Kowalewska, J. Korczak, *Wpływ substancji psychoaktywnych na zdrowie i zachowania człowieka*, (w:) M. Jędrzejko, W. Bożejewicz (red.), *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2007, s. 86.

²⁹ I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, Warszawa 2008, s. 176–177.

Rozprzestrzenienie się problemu narkomanii, produkcja nowych narkotyków, niewystarczające ich klasyfikacje spowodowały, że w latach 70. ubiegłego wieku WHO podjęło prace nad stworzeniem klasyfikacji narkotyków. Efektem ich było wyodrębnienie 8 grup narkotyków: 1) morfinowej, 2) alkoholu i barbituranów, 3) amfetaminowej, 4) kokainowej, 5) kanabinolowej, 6) halucynogenów, 7) khat, 8) rozpuszczalników i innych lotnych substancji. Jednak podobnie jak w przypadku wcześniej prezentowanych klasyfikacji, tutaj również pojawia się problem przynależności poszczególnych substancji do wielu grup. W związku z tym, a także z postępującym od lat 90. zróżnicowaniem narkotyków, zdecydowanie większą popularnością cieszy się nieco prostsza, ale i przez to dokładniejsza klasyfikacja Dimoffa i Carpera, którzy wyodrębnili: 1) środki tłumiące, 2) środki pobudzające, 3) halucynogeny, 4) środki usmierzające, 5) sterydy oraz 6) środki wziewne³⁰.

Środki tłumiące³¹, zwane też *downersami*, obniżając aktywność ośrodkowego układu nerwowego, powodują osłabienie hamulców wewnętrznych nabytych w toku socjalizacji i w konsekwencji ułatwiają podejmowanie zachowań nieakceptowanych społecznie. Osoby zażywające je doznają uczucia relaksacji, uspokojenia, odprężenia, momentów wyłączenia. Środki te dają również efekt przeciwlękowy, nasenny, rozluźniający, przeciwdrgawkowy oraz amnezyczny. Najczęściej zażywane są benzodiazepiny, które wyparły stosowane przez wiele lat barbiturany³². Należące do tej grupy środki najczęściej mają formę tabletek, rzadziej syropu czy proszku. Ich nadużywanie powoduje zmienność nastrojów, a w efekcie obniżenie aktywności życiowej, w skrajnych sytuacjach zachowania samobójcze. Szkody somatyczne związane są przede wszystkim z układem oddechowym oraz krwionośnym, bowiem środki te mogą powodować uszkodzenie niektórych naczyń oraz wpływać na szybkość przepływu krwi, co skutkuje powstawaniem odleżyn³³. Stosunkowo szybko występuje zależność fizyczna i psychiczna. Aktualnie obserwuje się tendencję do zwiększania się liczby osób uzależnionych od leków uspokajających i nasennych. Grupę szczególnego ryzyka tworzą osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne, kobiety w przedziale 40–45 lat, osoby nadużywające innych substancji psychoaktywnych (zwłaszcza alkoholu), osoby pochodzące z rodzin z problemem uzależnienia, o ograniczonej sieci wsparcia społecznego, pochodzące z niższych warstw społecznych oraz

³⁰ T. Dimoff, S. Carper, *Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki*, tłum. J. Piotrowski, Ł. Ronikier, Warszawa 1993.

³¹ W przypadku uzależnienia od środków tłumiących należy posługiwać się pojęciem lekomanii. Por. C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 59.

³² M. Rogoż, *Uzależnienie od leków nasennych i uspokajających*, (w:) B. Bętkowska-Korpała (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009, s. 109.

³³ C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 61.

ludzie starsi, cierpiący na liczne dolegliwości somatyczne, stosujący leki internistyczne³⁴.

Środki pobudzające, określane mianem stymulantów, powodują pobudzenie psychoruchowe organizmu, jego nadpobudliwość fizjologiczną. Efektem jest ciągła nadaktywność, brak apetytu, a w skrajnych wypadkach nawet wyczerpanie organizmu. Stymulanty stanowią zdecydowanie największą grupę wśród stosowanych środków psychoaktywnych³⁵. Do najpopularniejszych należą: amfetamina, metamfetamina, kokaina, fenmetryzyna, metylofenidyny itp.³⁶ O ich popularności decyduje stosunkowo prosta produkcja, a także to, że często przyjmują postać tabletek, przelamując psychologiczną barierę przed zażywaniem narkotyków³⁷. Są też stosunkowo tanie i dostępne.

Przeciwny efekt do stymulantów uzyskuje się poprzez działanie na organizm substancji halucynogennych. Poprzez zaburzenie pracy mózgu człowiek doświadcza po ich użyciu odmiennych stanów świadomości, tracąc poczucie miejsca i czasu. Jego udziałem staje się depersonalizacja oraz silne i niezwykle dolegliwe objawy fizjologiczne (palpitacje, częstoskurcz, drgawki). Do najpopularniejszych środków halucynogennych należą LSD, meskalina, psylocyбина, ecstasy, MDMA, fencyklidyna, a także marihuana oraz jej pochodne.

Grupa środków uśmierzających (narkotyków właściwych) gromadzi substancje, których efekty działania zależą od przyjętej dawki. Mała ilość ma działanie euforyczne, pobudzające, natomiast jej wzrost skutkuje zamroczeniem, przesunięciem granicy odczuwania bólu, upośledzeniem uwagi i pamięci, a także orientacji w czasie i przestrzeni³⁸. Do najsilniej działających uśmierzaczy należą opiaty, morfina, kodeina, heroina, metadon i inne.

Sterydy produkowane są na bazie męskiego hormonu płciowego – testosteronu – wspomagaczy krwi oraz hormonu wzrostu. Powodują przyrost masy mięśniowej, wagi, siły i wytrzymałości. Nie należy zapominać jednak o tym, że nadmiar testosteronu może powodować zaburzenia kontroli i popędu seksualnego, nadmierną aktywność i agresywność.

Trudną do jednoznacznego scharakteryzowania grupą narkotyków są środki wziewne, ponieważ w zależności od substancji mogą one mieć charakter tłumiący i halucynogeny³⁹.

³⁴ Ibidem, s. 107.

³⁵ M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003, s. 646.

³⁶ Por. C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, op. cit., s. 34–37, 67.

³⁷ W. Krawczyk, M. Kidawa, A. Strzelecka, *Problemy używania...*, op. cit., s. 130.

³⁸ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 103; M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 760.

³⁹ I. Pospiszyl, *Patologie społeczne*, op. cit., s. 180.

Należy pamiętać, że wielu konsumentów łączy substancje pochodzące z różnych grup, co często uniemożliwia przewidywanie efektów ich działania.

Kryteria diagnozy nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnienia od nich

Używanie i nadużywanie substancji psychoaktywnych od wielu już lat postrzegane jest jako problem społeczny i prawny, przy czym perspektywa ta jest stosunkowo nowa, biorąc pod uwagę czas, od jakiego narkotyki towarzyszą ludziom w życiu codziennym. Nie można bowiem pominąć faktu, że ludzkość od tysięcy lat używała narkotyków, by leczyć choroby ciała i duszy czy poprzez zmianę świadomości kontaktować się z siłami wyższymi. Z biegiem czasu substancje te zaczęły funkcjonować także poza kręgiem obrzędowo-religijnym, a znaczenia nabierać zaczęła kwestia poprawy nastroju, wzmocnienia potencjału, obniżenia lęku. Wydaje się jednak, że ograniczenia związane z dostępem do tych substancji, silne powiązanie z tradycją, niemal mistyczna funkcja powodowały, że problem uzależnienia był kwestią marginalną. Współcześnie wysoka dostępność narkotyków, uwolnienie ich ze sfery sacrum, konsumpcyjne podejście, a przede wszystkim ogromne zyski ekonomiczne z ich produkcji powodują, że narkotyki i zjawiska z tym związane stają się jednym z najważniejszych wyzwań XXI wieku. Ważnym aspektem tej kwestii są również normy, które pozwalają niemal bez sankcji na umiarkowane spożywanie niektórych substancji psychoaktywnych (np. kawa, tytoń czy alkohol). Reakcja społeczna pojawia się zwykle w momencie, gdy używanie owej substancji prowadzi do „utruty zdolności funkcjonowania w społeczeństwie”⁴⁰. Gdzie zatem przebiega granica między używaniem, nadużywaniem i uzależnieniem?

Uzależnienie od środków psychoaktywnych, podobnie jak każde inne uzależnienie, traktowane jest jako choroba charakteryzująca się kilkoma specyficznymi cechami: 1) jest nieuchronnie postępująca, choć w poszczególnych fazach może dojść do stabilizacji funkcjonowania, 2) jest chroniczna i prowadzi do śmierci, 3) jest podstawowa i pierwotna, bowiem na jej tle rozwijają się inne choroby⁴¹, 4) jest nieuleczalna, co oznacza, że granice uza-

⁴⁰ M. E. P. Seligmann, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 618.

⁴¹ Wśród najczęściej spotykanych chorób towarzyszących uzależnieniu z obszaru problemów psychiatrycznych wymienia się zaburzenia osobowości, dysforie, psychozy egzo- i endogenne, stany depresyjne. Do towarzyszących problemów somatycznych zalicza się przede wszystkim HIV/AIDS, WZW typu C, ciężkie zakażenia bakteryjne, ropnie i ropowice skóry, zapalenie dróg oddechowych, gruźlicę, żylną chorobę zakrzepowo-zatorową, choroby przeno-

leżnienia przekracza się tylko raz i w związku z tym nie ma możliwości powrotu do kontrolowanego przyjmowania substancji⁴². Trudno podać, jaki okres jest konieczny do rozwoju pełnego uzależnienia. Zależy to bowiem od cech własnych konsumenta (wieku, gospodarki neuroprzekaznikowej, zaburzeń genetycznych itd.), ale również od przyjmowanej substancji, czego dobrym przykładem może być heroina, od której można uzależnić się od pierwszego zażycia. Zwykle jednak mamy do czynienia z procesem, którego postęp jest widoczny. W opracowanych w latach 70. behawioralno-funkcjonalnych modelach używania narkotyków⁴³ wyodrębnia się następujące modele używania: 1) eksperymentalne, 2) okazjonalne, 3) rekreacyjne, 4) funkcjonalne, 5) w celu samoleczenia oraz 6) uzależnienie⁴⁴.

Pierwszy z przedstawionych modeli - eksperymentalny - charakterystyczny jest głównie dla ludzi młodych, którzy sporadycznie spożywają substancję, motywowani głównie ciekawością czy konformizmem wymuszonym przez grupę rówieśniczą. Badania wskazują, że apogeum tego stylu

szone drogą płciową (opryszczka, kiła, kłykciny kończyste, mięczak zakaźny, nierzeżączkowe zapalenie cewki moczowej, wrzody weneryczne, brodawczak HPV) oraz epilepsję. Komentarz wymaga również kwestia ciąży i porodu u kobiet uzależnionych od narkotyków. Pośrednie niebezpieczeństwo związane jest ze zbyt późnym zgłaszaniem się do lekarza, zakażeniami chorobami wenerycznymi, niewłaściwym sposobem odżywiania, a także przyjmowaniem w sposób iniekcyjny substancji, co zwiększa możliwości zakażenia HIV/AIDS, HBV lub infekcją bakteryjną. Por. G. Cholewińska, *Choroby towarzyszące uzależnieniu*, „Służba Zdrowia” nr 84-87 (2977-2980)/2000.

⁴² A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 76-77.

⁴³ T. Dimoff i S. Carper wyróżnili 4 stadia uzależnienia od narkotyków: 1) poznawanie stanu odurzenia, kiedy dochodzi do pierwszych kontaktów z środkiem uzależniającym, wynikające głównie z motywów społeczno-psychologicznych; w tej fazie sama substancja nie stanowi przedmiotu pożądania i raczej jest środkiem do osiągnięcia celu, definiowanego jako bycie w grupie; 2) stan odurzenia przyjemnością, z biegiem czasu, po przejściu swoistego treningu obchodzenia się z substancją jednostka wchodzi w stan posiadania takiej wiedzy, która pozwala jej na uzyskanie niemal wyłącznie pozytywnych efektów; okazuje się jednak, że do uzyskania efektów konieczna staje się coraz większa dawka substancji (rozwijają się tolerancja), co prowokuje do eksperymentowania i poszukiwania innych substancji; 3) stan odurzenia celem nadrzędnym - rozwijająca się tolerancja związana z coraz bardziej zaawansowanym uzależnieniem powoduje, że zażycie substancji, staje się nie drogą od uzyskania pozytywnego efektu, ale uniknięcia stanów nieprzyjemnych; silna koncentracja na zdobywaniu środka powoduje kłopoty niemal we wszystkich sferach życia, włącznie z naruszaniem prawa; 4) stan odurzenia normą, związany jest z koniecznością przyjmowania substancji dla normalnego funkcjonowania, z rzadkim doświadczaniem efektów euforycznych, które wywoływane są dawkami niemal zagrażającymi życiu jednostki (stąd przedawkowania, utraty przytomności i inne gwałtowne reakcje organizmu). Por. T. Dimoff, S. Carter, *Jak rozpoznać...*, op. cit., s. 19-35.

⁴⁴ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122; C. Czabała, *Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 26; K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 56.

związane jest z okresem adolescencji i obejmuje od 6 do 17% populacji⁴⁵. Inicjacja u chłopców ma miejsce między 11. a 13. rokiem życia, a u dziewcząt między 13. a 15., odbywa się podczas spotkań towarzyskich, w grupie rówieśników. Pierwszym narkotykiem jest zwykle marihuana, ecstasy i amfetamina, zdecydowanie rzadziej kokaina, uważana przez młodzież za narkotyk luksusowy⁴⁶. Cechą charakterystyczną tej grupy jest częste zmienianie substancji lub ich mieszanie. Jeden z terapeutów tak opisuje tę grupę: „Kiedyś klient miał 20–30 lat i wstrzykiwał kompot. Dziś ma 13–14 lat i bierze wszystko – ekstazy, dopalacze, kokainę. Popija to alkoholem. Zalicza takie kilkunastodniowe jazdy. Kompot niszczył ciało, dzisiejsze syntetyki, nawet nasączone chemią, marihuaną, niszczą mózg”⁴⁷. Młodzi sięgają po narkotyki w poszukiwaniu nowego, unikatowego efektu (pobudzenia, podkręcenia). Można zatem powiedzieć, że jest to styl politoksykomanów eksperymentujących. W związku z podobnymi doświadczeniami z używaniem substancji psychoaktywnych stanowią oni względnie zintegrowaną grupę społeczną⁴⁸. Odwołując się do koncepcji zachowań ryzykownych, trzeba pamiętać, że używanie substancji psychoaktywnych może być poprzedzone lub współwystępuje z takimi zachowaniami, jak: palenie tytoniu, picie alkoholu, łamanie norm społecznych i prawnych czy uciekanie się do przemocy⁴⁹. Wymienione zachowania można traktować jako dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z problemami pojawiającymi się w życiu młodego człowieka w związku z realizacją zadań rozwojowych właściwych temu okresowi. Badania wskazują, że częściej używają narkotyków ci adolescenti, którzy dorastają w rodzinach zdeorganizowanych lub dysfunkcyjnych, doświadczający niepowodzeń szkolnych oraz których bilans satysfakcji życiowej i sukcesów nie jest zrównoważony⁵⁰.

Osoby, które po narkotyki sięgają od czasu do czasu, np. na spotkaniach towarzyskich, imprezach, ale w sposób celowy, przemyślany, często dostosowując się do oczekiwań społecznych, wpisują się w okazjonalny model używania narkotyków. Powtarzalność zachowań, pozytywne doznania i brak bezpośrednich negatywnych konsekwencji, społeczny kontekst zabawy powodują, że ten model przyjmowania substancji jest bardziej niebezpieczny od

⁴⁵ C. Czabała, *Typologia...*, op. cit., s. 27.

⁴⁶ A. Strzelecka, *Używanie narkotyków w populacji ogólnej i konkretnych grupach docelowych*, (w:) A. Malczewski et al., *2009 National Report...*, op. cit., s. 36.

⁴⁷ D. Frontczak, N. Waloch N., *Uciekli od ćpania*, „Gazeta Wyborcza” 19.07.2009, s. 17.

⁴⁸ A. Strzelecka, *Używanie...*, op. cit., s. 36.

⁴⁹ J. Szymańska, *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*, Warszawa 2002, s. 16.

⁵⁰ C. Czabała, *Typologie...*, op. cit., s. 27.

eksperymentalnego. Zwłaszcza gdy zażywanie stabilizuje się i koncentruje wokół jednego wzoru działania, np. weekendowych spotkań w grupie znajomych, których głównym celem jest doznanie odprężenia, przyjemności oraz przedłużenie i pogłębienie zabawy. Jest to wówczas używanie rekreacyjne, które można uznać za formę modelu okazjonalnego. Konsumentami w tym modelu są głównie osoby we wczesnej dorosłości, mieszkające w dużych miastach, poza domem rodzinnym⁵¹, tworzące stosunkowo dobrze zintegrowane środowisko. Dominującymi narkotykami są tu głównie kokaina i amfetamina. Na uwagę zasługuje fakt, że osoby reprezentujące ten model mają szeroką wiedzę o narkotykach, którą wykorzystują do tworzenia nowych mieszanek. Jednocześnie większość z tych osób ma negatywne opinie na temat programów profilaktycznych odnoszących się do zapobiegania narkomanii⁵².

W czasach, gdy istotnym elementem zdobywania pozycji na rynku pracy staje się wydajność i kreatywność, coraz więcej osób używa substancji psychoaktywnych zgodnie z modelem funkcjonalnym, określanym również jako zażywanie okolicznościowo-sytuacyjne⁵³. Ta grupa użytkowników z jednej strony sięga po stymulanty, ale równie często po środki tłumiące w celu redukcji napięcia, relaksacji itd. Model ten może stosunkowo szybko doprowadzić do wykształcenia się pełnoobjawowego uzależnienia ze względu na psychiczną potrzebę dorównania poprzednim dokonaniom („nie mogę zrobić tego gorzej, ale na czysto nie dam rady”, „dobrze myśli mi się po...”), ale także na konieczność uniknięcia pojawiających się przykrych objawów związanych z zaprzestaniem działania substancji. Ten wzorzec używania substancji charakterystyczny jest dla młodych dorosłych do 35. roku życia, a zatem osób, wydawać by się mogło, o ustabilizowanej sytuacji rodzinnej i zawodowej. Sugerować to może, że głównym motywem sięgania po narkotyki jest przekonanie o niewystarczających zasobach osobowościowych lub występujących zaburzeniach osobowości o charakterze zależnościowym czy lękowym⁵⁴.

Zażywanie środków psychoaktywnych wpisujące się w model zażywania eksperymentalnego i rekreacyjnego może, ale nie musi, doprowadzić do negatywnych skutków fizycznych, psychicznych i społecznych w życiu jednostki. Jednakże w każdym przypadku jest to zachowanie ryzykowne⁵⁵.

Równie duży potencjał uzależnieniowy związany jest używaniem narkotyków do radzenia sobie z problemami psychopatologicznymi (lęki, depresja, anhedonia, zaburzenia w kontaktach interpersonalnych, bezsenność,

⁵¹ Ibidem, s. 27.

⁵² A. Strzelecka, *Używanie...*, op. cit., s. 36.

⁵³ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

⁵⁴ C. Czabała, *Typologie...*, op. cit., s. 28.

⁵⁵ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

nadmierne napięcie)⁵⁶. Wiele z osób realizujących ten model używania jest diagnozowanych jako podwójni pacjenci, co oznacza, że poza uzależnieniem występują u nich również zaburzenia psychiczne.

Ostatni model opisuje uzależnienie określane również jako zażywanie przymusowe⁵⁷. Zwykle zauważa się, że jest ono efektem wieloletniego przyjmowania środków psychoaktywnych, ale nie można zapominać, że syntetyczność, a co za tym idzie, siła działania współczesnych narkotyków są tak wysokie, że do rozwoju uzależnienia wystarcza relatywnie krótki czasu liczony nie w latach, ale tygodniach. Przez wiele lat za główny element pozwalający określić, czy osoba jest uzależniona, uważano występowanie u niej fizycznego zespołu abstynencyjnego w momencie, gdy ustawało działanie substancji. Odejście od tej koncepcji widoczne jest w definicji znajdującej się w 10 rewizji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń Psychiczych (dalej ICD-10). Uzależnienie jest tu rozumiane jako kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych oraz poznawczych, które pojawiają się w toku wielokrotnego zażywania środka. Zespół ten charakteryzuje silna potrzeba zażywania środka, trudności w kontrolowaniu tego zachowania, uporczywe używanie wbrew szkodliwym następstwom, zwiększona tolerancja, a niekiedy występowanie zespołu abstynencyjnego. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które uprzednio miały dla jednostki większą wartość⁵⁸. W definicji tej widoczna jest współcześnie wykorzystywana do charakterystyki uzależnienia zasada trzech K: utraty kontroli nad używaniem substancji, kontynuacji używania mimo doświadczania negatywnych konsekwencji oraz kompulsji zażywania substancji⁵⁹.

W kryteriach diagnostycznych według DSM-IV-TR⁶⁰ (dalej DSM-IV) zaburzenia związane z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych podzielono na dwie grupy: 1) zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych oraz 2) zaburzenia indukowane przez substancje psychoaktywne (zespoły amnestyczne, demencje, delirium, zatrucie substancjami psychoaktywnymi)⁶¹. W DSM-IV wyróżniono nadużywanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. O nadużywaniu substancji mówimy, gdy mamy do czynienia z zachowaniami nieprzystosowanymi, tworzącymi wzorzec używania substancji prowadzący do istotnego z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia, wyrażający się przez przynajmniej trzy

⁵⁶ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122.

⁵⁷ K. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 57.

⁵⁸ A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 64.

⁵⁹ M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 621.

⁶⁰ J. Wciórka (red.), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Warszawa 2008.

⁶¹ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 255-256.

z poniższych objawów pojawiających się w jakimkolwiek momencie w okresie 12 miesięcy:

- 1) ponawiające się używanie substancji, powodujące zaniechanie realizacji zadań zawodowych, szkolnych czy rodzinnych;
- 2) używanie substancji w sytuacjach, w których może stanowić to zagrożenie dla życia i zdrowia użytkownika lub innych osób;
- 3) problemy prawne spowodowane użyciem substancji;
- 4) kontynuowanie używania substancji mimo ciągłych lub ponawiających się towarzyskich i interpersonalnych problemów powodowanych lub prowokowanych skutkami użycia substancji⁶².

O nadużywaniu mówimy jedynie wówczas, gdy diagnoza wyklucza syndrom uzależnienia od substancji w tej samej klasie. Warto dodać, że w ujęciu WHO pojęcia „używanie szkodliwe” oraz „używanie ryzykowne” są tożsame z nadużywaniem⁶³.

We wspomnianym DSM-IV uzależnienie od substancji psychoaktywnych opisuje się jako nieprzystosowawczy wzorec używania substancji, prowadzący do istotnego z klinicznego punktu widzenia upośledzenia lub cierpienia, wyrażający się przez przynajmniej trzy z poniższych objawów pojawiających się w jakimkolwiek momencie w okresie 12 miesięcy:

- 1) zmiana tolerancji związana z koniecznością dostarczenia coraz większej ilości środka w celu uzyskania pierwotnego efektu;
- 2) występowanie zespołu abstynencyjnego związanego z pojawieniem się efektu wycofania substancji i używania substancji uzależniającej w celu zmniejszenia lub uniknięcia dolegliwości związanych z zaniechaniem przyjmowania środka;
- 3) problemy z kontrolą ilości i częstotliwości przyjmowania substancji;
- 4) utrzymujące się pragnienie używania substancji (głód);
- 5) poświęcanie dużej ilości czasu na zdobycie substancji;
- 6) zaprzestanie lub ograniczenie innych ważnych do tej pory form aktywności zawodowej lub rekreacyjnych;
- 7) kontynuowanie zażywania substancji, mimo coraz częściej doświadczanych problemów somatycznych i psychicznych spowodowanych lub zaostrzonych przez zażywanie substancji⁶⁴.

Początki uzależnienia są silnie zindywidualizowane. Mogą one mieć wymiar powstającej zwykle pierwotnie zależności psychicznej, połączonej z fizyczną, a czasami społeczną. Zależność psychiczna związana jest z sil-

⁶² Ibidem, s. 256–257; M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 620–621.

⁶³ J. Leśniak, *Używanie narkotyków*, op. cit., s. 122.

⁶⁴ M. E. Seligman, E. F. Walker, D. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 620–621; M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 256.

nym dążeniem jednostki do uzyskania pozytywnego bilansu emocjonalnego lub przynajmniej złagodzenia negatywnych stanów emocjonalnych. Osoby uzależnione psychicznie z biegiem czasu zawężają repertuar zachowań mających wpływ na samopoczucie, ograniczając się do korzystania z substancji lub do wykonywania określonej czynności. Jest to o tyle łatwiejsze, że nie wymaga od jednostki nakładów emocjonalnych, jakie mogą wystąpić choćby przy podejmowaniu kontaktów interpersonalnych. Przyjęcie substancji w krótkim czasie daje efekt w postaci stanu zadowolenia, odprężenia, ulgi czy złagodzenia złego samopoczucia. Mamy zatem do czynienia z uzależnieniem od efektu działania środka⁶⁵. Zazywanie substancji generuje nie tylko potrzeby psychiczne, ale również biologiczne. Pojawiające się po zaprzestaniu brania nieprzyjemne objawy somatyczne (wymioty, biegunka, bóle mięśniowe, drżenia, drgawki, dreszcze, stupor, zapaść, objawy ze strony układu krwionośnego i oddechowego) oraz psychiczne (rozdrażnienie, niepokój) są najczęściej informacją, że narkotyk został włączony w procesy metaboliczne na poziomie komórkowym, stając się niezbędny do „poprawnego” funkcjonowania organizmu. Syndrom ten określa się mianem zespołu abstynencyjnego. W skrajnych wypadkach jego wystąpienie może doprowadzić do śmierci. W przypadku zależności fizycznej mamy zatem do czynienia z uzależnieniem od samego środka⁶⁶. Ostatni aspekt uzależnienia odnosi się do jego społecznego charakteru. Zależność powstaje wówczas w związku z funkcjonowaniem w określonej grupie społecznej, która w ramach swojej kultury akceptuje i propaguje zazywanie środków psychoaktywnych. Można powiedzieć w związku z tym, że pierwotny charakter ma w tym wypadku uzależnienie od grupy, a raczej od tego, jakie potrzeby grupa zaspokaja, czego przykładem mogły być grupy kontestującej młodzież w latach 60. i 70. XX wieku, przy wtórnym uzależnieniu od substancji⁶⁷.

Formy pomocy osobom uzależnionym oraz ich rodzinom

W Polsce do końca lat 70. XX wieku w zasadzie nie można mówić o systemowych rozwiązaniach związanych z pomocą i leczeniem osób uzależnionych od narkotyków, o wsparciu rodzin nie wspominając. Narkomani, tak jak inne osoby uzależnione, jeśli trafiali do placówek medycznych, to

⁶⁵ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 258; A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 65.

⁶⁶ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 257; A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 65.

⁶⁷ M. Radochoński, *Podstawy...*, op. cit., s. 258; A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy...*, op. cit., s. 66; Z. Juczyński, *Narkomania...*, op. cit., s. 61.

byli leczeni w ramach istniejącego systemu opieki zdrowotnej. Podejmowane wobec nich działania okazywały się w większości nieefektywne, wzmagając poczucie zniechęcenia i frustracji. Dopiero działalność Oddziału Leczenia Toksykomanów w Lubiążu pod Wrocławiem⁶⁸, a także negatywne doświadczenia M. Kotańskiego związane z pracą z narkomanami w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Garwolinie stały się w dużej mierze powodem do rozpoczęcia budowy systemu leczenia uzależnienia oraz współuzależnienia⁶⁹. W połowie lat 80. władza nie mogła już powiedzieć, że nie istnieje problem uzależnienia od narkotyków. W związku z tym w 1985 roku przyjęto ustawę o zapobieganiu narkomanii, która niemal do końca lat 90. była głównym aktem prawnym całościowo regulującym przeciwdziałanie temu zjawisku, włącznie z kwestiami odpowiedzialności karnej za czyny związane z nielegalnym obrotem narkotykami oraz ich produkcją⁷⁰. Dziś wśród aktów prawnych regulujących kwestie odpowiedzialności karnej oraz leczenia wymienić należy wspomnianą wcześniej Ustawę z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii z późniejszymi zmianami, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007 roku w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzącej leczenie substytucyjne oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w przedmiocie leczenia lub rehabilitacji osób uzależnionych, skazanych za przestępstwa pozostające w związku z używaniem środków odurzających lub substancji psychotropowych⁷¹. Wymieniona ustawa określa zasady postępowania z osobami uzależnionymi oraz warunki, jakie winny spełniać podmioty świadczące terapię uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Aktualny system leczenia i terapii uzależnień funkcjonuje w ramach systemu opieki zdrowotnej, stanowiąc część systemu opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Pomoc jest bezpłatna i nie podlega rejonizacji. System leczenia i terapii uzależnienia oraz pomocy rodzinom osób uzależnionych tworzy sieć specjalistycznych placówek ambulatoryjnych i stacjo-

⁶⁸ Ordynatorem oddziału był w latach 70. Zbigniew Thille, współautor pionierskiej pracy dotyczącej uzależnień od substancji psychoaktywnych pt. *Toksykomania, zagadnienia społeczne i kliniczne*. Por. J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys historii uzależnień w Polsce a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 20.

⁶⁹ Ibidem, s. 20.

⁷⁰ K. Krajewski, *Polskie ustawodawstwo dotyczące narkotyków i narkomanii: pomiędzy represją a terapią*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 7.

⁷¹ D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia uzależnienia od narkotyków: zapotrzebowanie i dostępność*, (w:) A. Malczewski et. al., 2009 *National Report...*, op. cit., s. 56.

narnych oraz stosunkowo jeszcze nieliczne w naszym kraju formy pośrednie w postaci oddziałów dziennych, hosteli czy programów postrehabilitacyjnych⁷². Zwykle pierwszym miejscem, do którego trafiają osoby z problemem narkotykowym oraz/lub ich rodziny, jest punkt konsultacyjny. Idea punktów konsultacyjnych „zrodziła się z autentycznej potrzeby, nie stworzyła go żadna machina biurokratyczna, ale samo życie”⁷³. W latach 80. do Stowarzyszenia MONAR przy ulicy Hożej w Warszawie trafiało coraz więcej osób uzależnionych oraz ich rodzin i znajomych wymagających pomocy. W odpowiedzi na tę sytuację powołano regularnie działający telefon zaufania oraz zaplanowano dyżury. Głównym celem punktu stały się działania mające przede wszystkim zachęcić narkomana do leczenia, a potem skierować go na drogę utrzymania abstynencji. Istotne było również podpowiedzenie rodzicom, w jaki sposób powinni reagować, by motywować do podjęcia walki z nałogiem, a nie utrwalać lub pogłębiać patologiczny stan swojego dziecka⁷⁴. Pracownikami byli głównie neofici – byli pacjenci MONAR-u. Obecnie w punktach konsultacyjnych obok neofitów pracują profesjonalści (terapeuci i konsultanci) wspierani przez wolontariuszy, których głównym zadaniem jest dokonanie wstępnej diagnozy problemu poprzez określenie fazy uzależnienia, udzielenie porad dotyczących zachowania wobec osoby uzależnionej, wspieranie decyzji o leczeniu i motywowanie do podjęcia odpowiedniej terapii⁷⁵. Ważnym obszarem działania punktów jest prowadzenie oddziaływań profilaktycznych w środowisku. W tym celu współpracują one z lokalnymi instytucjami edukacyjnymi oraz wymiarem sprawiedliwości. Ich cechą jest wysoka dostępność.

Działania podjęte w ramach punktu konsultacyjnego kontynuowane są zwykle w warunkach poradni ambulatoryjnych. Są to placówki o wysokim poziomie profesjonalizacji i szerokim dostępie⁷⁶. W ramach oferowanych przez nie usług dokonuje się pełnej diagnostyki medyczno-psychologicznej, zapewnia poradnictwo oraz terapię indywidualną i grupową⁷⁷. W porad-

⁷² J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys historii...*, op. cit., s. 20.

⁷³ W. Radajewski, *Działalność Centralnego Punktu Konsultacyjnego w Warszawie*, (w:) M. Kortański (red.), *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Warszawa 1984, s. 30.

⁷⁴ Ibidem, s. 30.

⁷⁵ R. Rejniak, *Formy pomocy osobom uzależnionym od narkotyków*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 36.

⁷⁶ W 2007 roku w Polsce działały 102 poradnie leczenia uzależnień. Por. D. Chojecki, E. Sokołowska, *System leczenia...*, op. cit., s. 58.

⁷⁷ Praca poradni oparta jest na dorobku wielu nurtów psychologicznych, przy czym w Polsce dominują programy oparte na założeniach społeczności terapeutycznej (MONAR) oraz modelu kognitywno-behawioralnym.

niach istnieje możliwość wykonania testów narkotykowych oraz uzyskania skierowania na oddział detoksykacyjny. Poradnie prowadzą również działalność związaną z redukcją szkód w postaci programów wymiany igieł i strzykawek oraz terapii substytucyjnej (metadon), edukacją pacjentów na temat chorób współwystępujących oraz podniesieniem bezpieczeństwa używania środków psychoaktywnych. Programy ambulatoryjne trwają z reguły maksymalnie 2 lata. Kwalifikuje się do nich tylko tych pacjentów, których charakteryzuje wysoka motywacja do zmiany lub którzy są w fazie nadużywania, bowiem „narkoman z wieloletnim stażem zbyt silnie jest zdeterminowany przez swój nałóg, aby mógł nawet przy silnej motywacji upilnować się sam”⁷⁸. Początkowo w programach poradnianych zakłada się wysoką intensywność oddziaływań, by z biegiem czasu zmierzać do autonomizacji pacjenta, co tworzy jednak wiele niebezpieczeństw związanych choćby z nawrotami⁷⁹. Wielu uczestników programów poradnianych w związku z niemożnością utrzymania abstynencji kontynuuje leczenie w placówkach stacjonarnych. Warunkiem tego jest często wypis z oddziału detoksykacyjnego, bowiem w ten sposób redukuje się prawdopodobieństwo wystąpienia problemów natury medycznej i psychicznej (psychozy).

Dwadzieścia pięć działających w Polsce oddziałów detoksykacyjnych do niedawna przeznaczonych było przede wszystkim dla osób uzależnionych od alkoholu oraz od opiatów. Zmiany w obrazie narkomanii na progu XXI wieku w Polsce spowodowały, że konieczne stało się rozszerzenie oferty w kierunku osób nadużywających i uzależnionych od amfetaminy, GHB czy ekstazy⁸⁰. Celem działania oddziałów jest przede wszystkim oczyszczenie organizmu ze szkodliwych substancji oraz likwidacja uzależnienia fizycznego, związanego z wejściem w reakcje metaboliczne substancji psychoaktywnej w żywym organizmie. W czasie dwutygodniowego leczenia podaje się substancje farmakologiczne mające na celu złagodzenie objawów abstynencyjnych (metadon, buprenorfina)⁸¹. Ważnym elementem jest również diagnostyka w kierunku HIV, WZW oraz innych chorób zakaźnych. Polepszenie samopoczucia i stanu zdrowia fizycznego powoduje, że wiele osób rezygnuje na tym etapie z dalszego leczenia. Chcąc temu zaradzić, już na etapie detoksykacji prowadzi się działalność edukacyjną mającą rozwijać motywację do dalszego leczenia. Część pacjentów trafia do placówek prowadzących leczenie krótko-, a dalej średnio- i długoterminowe.

⁷⁸ W. Radajewski, *Działalność...*, op. cit., s. 33.

⁷⁹ Por. R. Rejniak, *Formy...*, op. cit. s. 37; J. Koczurowska, *Monarowski model przeciwdziałania narkomanii*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 39.

⁸⁰ J. Koczurowska, *Monarowski...*, op. cit., s. 37.

⁸¹ D. Chojecka, E. Sokołowska, *System leczenia...*, op. cit., s. 59.

Prowadzące leczenie krótkoterminowe oddziały leczenia uzależnień (OLU) stanowią wstęp do właściwej terapii. Oferują całodobową opiekę medyczną, pozwalając kontynuować często rozpoczętą w okresie detoksu farmakoterapię. Od początku prowadzone są kompleksowe oddziaływania terapeutyczne zorientowane na identyfikację pacjenta z objawami uzależnienia oraz wielopłaszczyznowa edukacja związana z rozpoznawaniem objawów, psychologicznych mechanizmów uzależnienia, skutków somatycznych i psychicznych spowodowanych wieloletnim nadużywaniem narkotyków. W czasie pobytu na oddziale pacjenci oswiają się z tożsamością osoby uzależnionej, zdobywają kompetencje do radzenia sobie z nawrotami oparte na indywidualnych systemach wsparcia. Przez cały czas trwania terapii (6–8 tygodni) pacjenci motywowani są do kontynuowania pracy w ambulatoryjnych programach średnio- i długoterminowych.

Stacjonarne leczenie średnioterminowe trwa zwykle około pół roku i jest prowadzone głównie przez placówki służby zdrowia. Realizowana w nich terapia jest zindywidualizowana i zintensyfikowana; łączy w sobie elementy teorii psychologicznych mechanizmów uzależnienia z metodą społeczności terapeutycznych. Celem jest podtrzymanie abstynencji, motywowanie do dalszego leczenia, modyfikacja życiowych strategii pacjenta. Część ośrodków daje możliwości kontynuowania nauki szkolnej, choć podkreśla się, że na tym etapie od nauki ważniejsze jest zdrowienie⁸².

Leczenie długoterminowe w Polsce prowadzone jest w chwili obecnej przede wszystkim przez ZOZ-y oraz organizacje pozarządowe, takie jak MONAR czy Karan. Działanie zdecydowanej większości z nich oparte jest na metodzie społeczności terapeutycznej, której duchowym ojcem był psychiatra M. Jonas, a samą nazwę ukuł T. Main. Za największego propagatora tej idei w Polsce trzeba uznać M. Kotańskiego, który w 1978 roku w Głuskowie założył pierwszy, jak na owe czasy rewolucyjny, oddział leczenia narkomanów poza szpitalem. Po pierwszych, dodajmy chwilowych, niepowodzeniach M. Kotański z grupą pacjentów wypracował elementarne, aktualne do dziś, zasady pracy metodą społeczności terapeutycznej⁸³. Do podstawowych zalicza się zasadę demokracji, konsensusu, permissywności, uczestniczenia i wspólnoty, realizmu, abstynencji, niestosowania przemocy, otwartości i jednocześnie ograniczonego zaufania⁸⁴. Społeczność terapeutyczna stanowi swoisty mikroświat, często odseparowany przestrzennie (gospodarstwa, dworki z dala od aglomeracji miejskich) od naturalnego

⁸² Por. R. Rejniak, *Formy...*, op. cit. s. 38.

⁸³ M. Kotański, *Model leczenia narkomanii w Głuskowie*, (w:) idem (red.), *Problemy narkomanii. Zarys metod resocjalizacji i profilaktyki „Monaru”*, Warszawa 1984, s. 17–21.

⁸⁴ J. Koczurowska, *Model stacjonarnej pomocy psychologicznej osobom uzależnionym*, <http://www.monar.org/czytelnia/czyt_koczurowska.pdf> [3.08.2010], s. 1–2.

środowiska życia osoby, co z jednej strony pozwala odizolować jednostkę od kontaktów z innymi narkomanami, a z drugiej skupić się na pracy nad sobą. Jednorazowo w ośrodkach może znajdować się od 20 do 60 osób, zróżnicowanych pod względem stażu w terapii, którą zwykle dzieli się na trzy etapy: nowicjusz, domownik i monarowiec⁸⁵, którym przypisane są specjalne zadania, prawa i obowiązki. Osoby znajdujące się na ostatnim etapie bardzo często stają się częścią zespołu terapeutycznego, gdzie działają obok profesjonalistów – psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych oraz instruktorów. Głównymi formami oddziaływania są: praca, nauka, zabawa, terapia indywidualna i grupowa oraz inne aktywne formy spędzania czasu wolnego. Konieczna bywa również interwencja kryzysowa. Wszystkie formy pracy mają na celu rozwój osobisty każdego z członków grupy. Podobną funkcję pełnią liczne „obrzędy”, takie jak tworzenie kroniki, wspólne obchodzenie świąt, uczczenie przejścia do kolejnego etapu terapii czy rocznic powstania ośrodka⁸⁶. Codziennym rytuałem są spotkania społeczności o różnym charakterze: zwykłym, interwencyjnym, terapeutycznym czy w końcu organizacyjnym. Społeczność jest głównym organem decyzyjnym we wszystkich obszarach jej działania. Za najważniejsze czynniki leczące w terapii opartej na modelu społeczności terapeutycznej uznaje się wpajanie nadziei, samopomoc, socjalizację, uniwersalność problemów, interpersonalne relacje i więzi⁸⁷.

Po około dwóch latach przychodzi czas opuszczenia ośrodka. Absolutnie nie można tego faktu uznać za ostateczne wyzdrowienie, bowiem uzależnienie jest chorobą przewlekłą i nieuleczalną. Stąd też neofitom zaleca się korzystanie z grupa wsparcia, np. Anonimowych Narkomanów. Idea Anonimowych Narkomanów (dalej AN) opiera się na programie anonimowych alkoholików, stąd grupy AN działają na podstawie Dwunastu Kroków i Dwunastu Tradycji. Kroki określają sposoby pracy nad sobą i swoimi problemami, co pozwala członkom najpierw na podjęcie decyzji o utrzymaniu

⁸⁵ Okres nowicjatu M. Kotański określał jako najważniejszy i najtrudniejszy. Mówił: „on [narkoman – A. B.] werbalnie chce się leczyć, ale podświadomie w dalszym ciągu chce »brać«. (...) Głównym zadaniem tego etapu jest konfrontacja z aktualną sytuacją oraz skutkami uzależnienia. (...) Drugi okres »domownika« osiągnęły osoby, które wpasowały się w ciężki rytm codziennego życia ośrodka, ale przejawiają przy tym sporo własnej aktywności, dostrzegają pozytywne strony życia. Na tym etapie narkomani odbudowują swoje wnętrza, uczą się od nowa relacji z ludźmi, poznają na nowo sens uniwersalnych wartości: miłości, przyjaźni i godności. Oswajają »szarość«. (...) Ostatni etap »monarowca« to czas »odpępowiania« się od ośrodka, budowania sieci wsparcia w środowisku zewnętrznym. (...) Jest to okres chyba najtrudniejszy, bo trzeba się sprawdzić, czy to, w co się zostało wyposażonym, wystarczy do funkcjonowania w nowych warunkach”. Por. M. Kotański, *Model...*, op. cit., s. 24–27.

⁸⁶ J. Koczurowska, *Monarowski...*, op. cit., s. 42.

⁸⁷ *Ibidem*, s. 43–45.

abstynencji, a później powrót do zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego. Natomiast tradycje odnoszą się do zasad działania grupy i całej wspólnoty, stanowiąc swoisty manifest organizacji⁸⁸. Ruch jest otwarty dla wszystkich kobiet i mężczyzn, którzy mają problemy związane z zażywaniem środków psychoaktywnych, niezależnie od ich przynależności społecznej, religijnej, ekonomicznej, rasowej i etnicznej. Uczestnicy grup AN, zdrowiejąc, budują trwałą sieć wzajemnego wsparcia. Rdzeniem programu AN są: przyznanie się do problemu, poszukiwanie pomocy, zaangażowanie, gruntowna samoobserwacja, otwartość, tworzenie bezpiecznej, akceptującej atmosfery, zadośćuczynienie za wyrządzone krzywdy oraz pomoc tym uzależnionym, którzy nie chcą powracać do zdrowia⁸⁹. Główną usługą oferowaną przez AN są mityngi.

Wiele osób mających za sobą terapię długoterminową wymaga utrwalania jej efektów. Konieczne staje się wsparcie procesów ich reintegracji społecznej. Funkcję tę z powodzeniem pełnią specjalistyczne programy postrehabilitacyjne realizowane z wykorzystaniem hosteli i/lub mieszkań readaptacyjnych⁹⁰, wpisujące się w idee *halfway houses*⁹¹. Głównym zadaniem hosteli jest z jednej strony stabilizacja osoby w społeczności lokalnej, a z drugiej stworzenie dla niej warunków wolności kontrolowanej, w ramach której jednostka nabywa pozytywnego przekonania odnośnie do samodzielnego funkcjonowania oraz ćwiczy umiejętności nabyte we wcześniejszych fazach terapii. Hostele są przeznaczone dla osób od 16. roku życia. Mogą mieszkać w nich osoby uzależnione w stanie abstynencji oraz ich rodziny. W większości przypadków hostele są koedukacyjne (choć w Bielsku-Białej funkcjonuje hostel przeznaczony tylko dla kobiet). Oferta programu postrehabilitacyjnego obejmuje zwykle pomoc w poszukiwaniu pracy, uzupełnieniu wykształcenia, udział w grupie wsparcia, pomoc socjalną, prawną oraz psychologiczną. Uczestnicy korzystają z ambulatoryjnego programu pomocy postrehabilitacyjnej. Niektóre placówki prowadzą grupy wsparcia również dla osób spoza hostelu.

Przedstawiona powyżej oferta jest na tyle zróżnicowana, by mogły się w niej odnaleźć osoby o różnym nasileniu problemu. Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że mieści się ona w tzw. obszarze *drug free*, co oznacza, że pacjenci uczestniczący w którymkolwiek programie muszą zachować cał-

⁸⁸ M. Hędzalek, *Grupy samopomocy anonimowych narkomanów*, (w:) L. Cierpiałkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2006, s. 185–186.

⁸⁹ Strona internetowa Anonimowych Narkomanów: <<http://www.anonimowinarkomani.org>>.

⁹⁰ J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, *Zarys...*, op. cit., s. 23–24.

⁹¹ A. Barczykowska, *Halfway houses – między więzieniem a wolnością (o roli placówek rezydencyjnych w systemie korekcyjnym w Stanach Zjednoczonych)*, (w:) A. Kieszkowska (red.), *Tożsamość osobowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, Kraków 2011.

kowitą abstynencją. Jest jednak grupa osób uzależnionych, które nie są w stanie lub nie chcą zmienić swoich ryzykownych zachowań związanych z używaniem narkotyków. „Typowy obraz osoby uzależnionej od opiatów po latach nieskutecznego leczenia to człowiek przejawiający bardzo destrukcyjne zachowania, o podupadłym zdrowiu fizycznym, zakażony HIV lub/i HCV, często leczący powikłania po iniekcjach, wychudzony, zaniebdany, łatwo rozpoznawalny na ulicy, na której często żyje, zetykietkowany jako ćpun, wyizolowany z rodziny i społeczeństwa, z którymi jest w konflikcie”⁹². Chcąc ustabilizować ich życie, ograniczyć szkody fizyczne, psychiczne, społeczne, a także możliwość wiktyimizacji i kryminalizacji proponuje się im udział w nisko- lub średnioprogowych⁹³ programach substytucyjnych, wpisujących się w nurt *harm reduction*, polegających na ograniczaniu negatywnych skutków używania substancji psychoaktywnych⁹⁴. W ramach tych programów wymienia się igły i strzykawki, rozdaje prezerwatywy oraz prowadzi terapię substytucyjną. Najczęściej wykorzystywanym substytutem jest metadon⁹⁵, będący agonistą⁹⁶ receptora opiatowego. W Polsce pierwszy program substytucyjny uruchomiony został w roku 1992 w Warszawie i był pionierski w skali Europy Środkowej i Wschodniej. Obecnie działa 15 programów metadonowych, obejmując leczeniem od 800 do 1300 pacjentów⁹⁷.

⁹² B. Robaszkiewicz, M. Wójcik, *Tworzenie programów leczenia substytucyjnego w Polsce*, „Gazeta Wyborcza”, 02.02.2010.

⁹³ „Progowość” programów określa kryteria przystąpienia do nich. Programy niskoprogowe zwykle nie nakładają na pacjentów żadnych wymagań, włącznie z utrzymaniem abstynencji. Mają one za zadanie ustabilizować życie pacjenta. Z kolei programy wysokoprogowe nakładają ograniczenia i obowiązki, których zaniechanie powoduje usunięcie z programu. Podstawowym warunkiem jest często rezygnacja z używania narkotyków pochodzących z nielegalnych źródeł, a także odpowiedni wiek, wcześniejsze doświadczenie niepowodzenia w leczeniu uzależnienia. Por. G. Wodawski, *Mapa programów metadonowych w Polsce*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 5 (44)/2008, s. 48. Warto podkreślić, że w Polsce, odmiennie niż w innych krajach Europy, terapia substytucyjna ma charakter wysokoprogowy.

⁹⁴ Poza terapię substytucyjną w ramach *harm reduction* prowadzi się programy wymiany igieł i strzykawek oraz rozdawnictwo prezerwatyw, edukację seksualną wśród dzieci i młodzieży oraz promuje zamianę kar więzienia na rzecz terapii. Por. A. Malczewski, *Programy wymiany igieł i strzykawek w Polsce i Europie*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 1 (45)/2009, s. 21–23.

⁹⁵ W Stanach Zjednoczonych coraz częściej wykorzystuje się buprenorfinę, która ma słabsze działanie euforyzujące niż metadon. Zob. D. Rogowska-Szadkowska, G. Wodowski, *Krótką historią metadonu*, (w:) M. Curtis (red.), *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki – wnioski płynące z badań i praktyki*, Warszawa 2007, s. 217.

⁹⁶ Agonista to lek, który charakteryzuje się podobnym działaniem do narkotyku powodującego uzależnienie. Por. A. Verster, E. Buning, *Skuteczność leczenia substytucyjnego uzależnienia od opiatów*, Warszawa 2004, s. 53.

⁹⁷ D. Rogowska-Szadkowska, G. Wodowski, *Krótką historią...*, op. cit., s. 224.

Pochodzące z końca lat 90. regulacje prawne określiły warunki uczestnictwa w programie metadonowym. Są nimi: trwające, udokumentowane minimum 3 lata uzależnienie, nieskuteczność zastosowanych wcześniej konwencjonalnych metod leczenia uzależnienia, zachowanie abstynencji, w tym poddawanie się badaniom za pomocą testów na obecność narkotyków, wyrażenie zgody na leczenie substytucyjne, od 2004 roku ukończenie 18 lat (wcześniej 21 lat). Osoby uczestniczące w programie wpisywane są do centralnego wykazu osób poddanych leczeniu substytucyjnemu, by uniknąć przyjmowania metadonu w wielu programach jednocześnie. Osoby zakwalifikowane do programu codziennie osobiście zgłaszają się po metadon do poradni prowadzącej program, co pozwala kontrolować abstynencję oraz motywować do dalszego leczenia. Decydując się na tę terapię, trzeba mieć świadomość, że często jest to kuracja dożywotnia, choć w przypadku 50% po około 2–3 latach można mówić o trwałym zaleczeniu⁹⁸.

Terapia metadonowa, mimo że obecna w leczeniu uzależnienia od narkotyków od niemal półwiecza, wciąż budzi wiele kontrowersji, dzięki czemu jest jedną z najlepiej przebadanych procedur medycznych. Kontrowersje w dużej mierze związane są z kwestią dostarczania substancji zastępczych przy rezygnacji z podjęcia klasycznej terapii. Przez wiele lat te dwie metody stawiane były w opozycji. Zresztą do dziś MONAR jest jedną z najsilniej odrzucających terapię substytucyjną instytucji. Obecnie coraz więcej dowodów wskazuje, że w przypadku osób uzależnionych od opiatów konieczne staje się raczej łączenie obu podejść⁹⁹.

Podsumowanie

Dynamicznie zmieniające się zjawisko narkomanii wymaga uspołniania dotychczasowych działań i tworzenia nowych form pomocy. Wydaje się, że Polska w ciągu ostatnich trzydziestu lat zrobiła duży krok w tym kierunku. Wciąż jednak brakuje skutecznej profilaktyki, zbyt późno stawiana jest diagnoza, a pacjenci opiatowi mają trudności z dotarciem do placówek prowadzących terapię substytucyjną. Brakuje miejsc, gdzie możliwa byłaby terapia postrehabilitacyjna. Wiele do życzenia pozostawia praca z rodzinami osób uzależnionych. Wszystkie te kwestie stanowią wyzwania na kolejne lata.

⁹⁸ A. Kobus, *Substytucyjna...*, op. cit., s. 169.

⁹⁹ B. Bukowska, *Integracja leczenia substytucyjnego i modelu społeczności terapeutycznych – nowe wyzwania i szanse*, „Serwis Informacyjny Narkomania” nr 3 (47)/2009, s. 8-12.

Wybrana literatura

- Bętkowska-Korpała B. (red.), *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, Warszawa 2009.
- Cekiera C., *Ryzyko uzależnień*, Lublin 2001.
- Dimoff T., Carter S., *Jak rozpoznać, czy dziecko sięga po narkotyki*, tłum. J. Piotrowski, Ł. Ronikier, Warszawa 1993.
- Juczyński Z., *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Warszawa 2002.
- Malczewski A., Bukowska B., Jabłoński P., Kidawa M., Struzik M., Sokołowska E., Strzelecka A., Radomska A., Chojecka D., Bajeroska B., Jędraszak Ł., Muszyńska D., Krawczyk W. (red.), *2009 National Report to The EMCDDA by the Reitox National Focal Point. „POLAND” New Development, Trends and In-depth information on selected issues*, Warszawa 2009.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne*, Warszawa 2008.
- Seligman M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L., *Psychopatologia*, tłum. J. Gilewicz, A. Wojciechowski, Poznań 2003.

ZDARZENIE LOSOWE I SYTUACJA KRYZYSOWA

Czyli o tym, że niekiedy sam czas to za mało,
by uleczyć rany

Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa – operacjonalizacja pojęć na tle rozumienia terminu kryzysu

Pojęcia zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej¹ mieszczą się w obrębie szerszego, bogatszego pojęcia kryzysu, przyjmując różne jego postacie. Czym zatem jest przywoływany tu kryzys?

Sam termin pochodzi z języka greckiego; czasownik *krinein* oznacza „odsiewać”, „rozdzielać”, „wybierać”, „decydować”, „sądzić”, zaś pochodzący od niego rzeczownik *krisis* to „wybór”, „rozstrzygnięcie”².

Poszukując początków prób rozumienia istoty kryzysu, sięga się do tekstów autorstwa Ericha Lindemanna, który w artykule pt. *Symptomatologia i postępowanie wobec ostrej żałoby* (*Symptomatology and management of acute grief*), opublikowanym w 1944 roku na łamach „American Journal of Psychiatry”, i w kolejnych swoich pracach na bazie doświadczeń z pracy z bli-

¹ S. Nitecki zwraca uwagę na to, że z uwagi na użycie w art. 7 pkt 14 ustawy o pomocy społecznej spójnika „i” zdarzenie losowe i sytuację kryzysową należałoby tutaj traktować jako jedną przesłankę, co wiąże się z tym, że zdarzenie losowe musi spowodować zaistnienie sytuacji kryzysowej, a więc z uwagi na brak wyznaczenia zakresu pojęciowego obu tych terminów, w każdym przypadku będzie zachodziła konieczność interpretacji sytuacji osoby ubiegającej się o świadczenie, czy w jej przypadku nastąpiło zdarzenie losowe skutkujące powstaniem sytuacji kryzysowej – S. Nitecki, *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*, Warszawa 2008, s. 176.

² W. Kopalński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, Warszawa 2000, s. 282.

skimi ofiar tragicznego pożaru w jednym z bostońskich klubów „zapropo- nował nowe rozumienie kryzysu, zachęcając do innego spojrzenia na do- świadczenie osób przeżywających kryzys ostrej żałoby i promując pierwsze formy pomocy dla nich – interwencji kryzysowej. To, co wydaje się najistot- niejsze w jego konstatacjach, to oprócz dyrektyw praktycznych zredefinio- wanie normalności przeżywanego doświadczenia w obliczu skrajnie urazo- wej sytuacji. Przyglądając się procesowi doświadczenia tragedii utraty najbliższych osób u wielu swoich klientów (pacjentów), stwierdził, że istnieje pewien wspólny wzorzec przeżywania. Uznał więc, że jest to »normalna« ludzka reakcja na niecodzienne, skrajnie urazowe doświadczenie. Zdjął z niej odium nienormalności i patologii. Od tego czasu wielu badaczy i prak- tyków pomagania wносиło swój wkład do rozumienia rzeczywistości kryzy- su i coraz precyzyjniejszego, trafniejszego jego zdefiniowania”³.

Obserwacje i wyniki badań Lindemanna nad przebiegiem kryzysu żało- by (żału po stracie) „zainicjowały formalne narodziny psychologii kryzysu oraz interwencji kryzysowej, jako metody natychmiastowej pomocy psycho- logicznej i specyficznego oddziaływania w sytuacjach krytycznych”⁴.

Spośród bogactwa definicji kryzysu warto przywołać jego rozumienie według amerykańskiego psychiatry Geralda Caplana (uważanego za konty- nuatora prac Lindemanna), który w swoich publikacjach wskazywał na takie cechy kryzysu, jak: bezskuteczne wysiłki podejmowane dla przezwyciężenia trudności, nieusuwalność przeszkód na drodze do realizacji ważnych celów życiowych za pomocą wcześniej dokonywanych przez siebie wyborów i zachowań czy szerzej stosowanych sposobów radzenia sobie z trudno- ściami, utrata równowagi, dezorganizacja, czasowe załamanie⁵.

Lee Ann Hoff – autorka modelu kryzysu i interwencji zwanego Para- dygmatem Kryzysu – postrzegала kryzys jako ostry rozstrój emocjonalny, wpływający na zdolność emocjonalnego, poznawczego i behawioralnego posługiwania się dotychczas stosowanymi sposobami rozwiązywania pro- blemów, traktując źródła, objawy i skutki kryzysu oraz odpowiednie działa- nia zmierzające do opanowania kryzysu jako pozostające w ścisłym wza- jemnym związku i tworzące funkcjonalną całość⁶.

³ W. Szlagura, *Rzeczywistość kryzysu – pojęcie, definicje, teorie, dynamika*, źródło: strona inter- netowa <<http://www.interwencjakryzysowa.pl>> [21.06.2010].

⁴ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradyg- matu kryzysu*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys. Interwencja i pomoc psycholo- giczna. Nowe ujęcia i możliwości*, Toruń 2004, s. 154–155.

⁵ Ibidem oraz W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Katowice 1999, s. 17.

⁶ L. A. Hoff 1995, za: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 149. Więcej na ten temat w dalszej części tegoż tekstu.

Natomiast Lawrence M. Brammer⁷ za kryzys uważał stan dezorganizacji, w którym człowiek doświadcza zniweczenia ważnych celów życiowych lub głęboko sięgającego zaburzenia swojego cyklu życiowego i metod radzenia sobie z czynnikami stresującymi, czemu towarzyszy poczucie lęku, szoku i trudności przeżywanych w związku z zaburzeniem.

Autorzy znanego w Polsce skryptu z zakresu interwencji kryzysowej – Richard K. James i Burt E. Gilliland – w sformułowanej przez siebie definicji kryzysu stwierdzili natomiast, że jest on „odczuwaniem lub doświadczeniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami”⁸. Ich zdaniem u osób, które nie otrzymają odpowiedniego wsparcia, może dojść do poważnych zaburzeń funkcjonowania afektywnego, poznawczego i behawioralnego⁹.

Współcześnie wyodrębnić można różnorakie konceptualizacje kryzysu, które w nieco odmienny sposób pojmują kryzys, przynajmniej na cztery sposoby: 1) jako utratę lub zachwianie równowagi emocjonalnej lub psychicznej, 2) jako zablokowanie lub brak w zasobach jednostki nawykowych dotychczas dostępnych strategii zaradczych i obronnych adekwatnych do sytuacji zagrożenia, 3) jako moment zwrotny, krytyczny, przełomowy, wymuszający konieczność zmiany życiowej, 4) jako zagrożenie „ja”, względnie utratę dotychczasowej tożsamości oraz 5) jako zagrożenie dotychczasowego sensu życia i systemu wartości¹⁰.

Z jedynie zasygnalizowanych wyżej informacji wynika, że rodowód współczesnej psychologii kryzysu i interwencji kryzysowej jest złożony¹¹ – „sięga odrębnych nurtów myśli teoretycznej, haseł, różnorodnych oddziaływań pomocowych oraz ruchów społecznych. Właśnie jego złożoność bez-

⁷ L. M. Brammer 1985, za: R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2004, s. 25.

⁸ R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 26.

⁹ Ibidem.

¹⁰ Szerszy opis patrz: D. Kubacka-Jasiecka, *Od stresu do kryzysu – kryzys emocjonalny jako zagrożenie tożsamości*, (w:) I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, Poznań 2002, s. 80–83 lub D. Kubacka-Jasiecka, *Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia ja i poczucia tożsamości*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Kraków 2005, s. 63–66, lub D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 50–54.

¹¹ Zainteresowanych rodowodem i kolejami losu profesjonalnej interwencji w kryzysie odesłać można do tekstu D. Kubackiej-Jasieckiej, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 153–161 albo do tekstu S. Pawlas-Czyż, *Psychokulturowy model interwencji kryzysowej w praktyce pracy socjalnej. Możliwości zastosowania*, (w:) K. Wódcz, S. Pawlas-Czyż (red.), *Praca socjalna wobec nowych obszarów wykluczenia społecznego*, Toruń 2008, s. 110–111 oraz do D. Kubackiej-Jasieckiej *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 77–82.

sprzecznie zaważyła zarówno na braku spójności przyjmowanych założeń i rozwiązań teoretycznych, jak i zróżnicowaniu proponowanych i realizowanych w praktyce oddziaływań interwencyjnych¹². I nadal, jak zauważył Piotr Szczukiewicz, terminologia dotycząca zjawisk kryzysowych nie wydaje się dostatecznie uporządkowana i nadal trudno o wyraźne ustalenie relacji między słowem „kryzys” a innymi terminami, takimi jak: „konflikt”, „uraz”, „uraz psychiczny”, „doświadczenie urazowe”, „stres pourazowy”, „stres traumatyczny”, „trauma”, „zdarzenie urazowe”, „krytyczne wydarzenie życiowe”, które to terminy czasem funkcjonują jako słowa bliskoznaczne czy wręcz synonimy, a niekiedy nadaje im się wąski specyficzny charakter¹³.

A może, jak podpowiada Wojciech Szlagura, „pewnym poszerzeniem definicji kryzysu może być próba określenia jego podstawowych charakterystyk, wychodzących poza cechy wskazane już w cytowanych ujęciach definicyjnych. W tym miejscu chodzi o cechy samego kryzysu jako pewnego zjawiska, nie zaś opis doświadczenia osoby przeżywającej kryzys¹⁴. Wydaje się, że Richard K. James i Burl E. Gilliland, charakteryzując kryzys, wskazali na jego właściwości¹⁵:

- a) Kryzys może być jednocześnie i zagrożeniem (ze względu na jego liczne konsekwencje w wielu sferach funkcjonowania), i szansą (ponieważ powodowane kryzysem cierpienie zmusza człowieka do szukania pomocy i jeśli człowiek skorzysta z tej okazji, to interwencja może mu pomóc w samorozwoju i samorealizacji). Zależy to jednak od sposobu, w jaki jednostka zareaguje na kryzys (o trzech sposobach reagowania na kryzys w ujęciu tych dwóch autorów będzie mowa w dalszej części tekstu dotyczącej radzenia sobie z kryzysem).
- b) Kryzys cechuje skomplikowana symptomatologia. Nie poddaje się prostemu opisowi przyczynowo-skutkowemu, jest złożony w swojej etiologii, gdyż może być powodowany przez wiele wzajemnie na siebie oddziałujących i splatających się ze sobą czynników.
- c) Kryzys może kryć w sobie załamek rozwoju i zmiany, gdy towarzyszący mu lęk i związany z nim dyskomfort osiągnie tak wysoki poziom, że stanie się bodźcem do zmian, silnym czynnikiem motywującym do działania.

¹² D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 153–154.

¹³ Patrz. tekst P. Szczukiewicza, *Logoterapia a pomaganie w kryzysie psychicznym – studium przypadku*, umieszczony na stronie internetowej Katedry Psychologii Uniwersytetu w Trnawie (Słowacja): <<http://katpsych.truni.sk/existprob/prispevky/szczuk.html>> [21.06.2010].

¹⁴ W. Szlagura, *Rzeczywistość kryzysu...*, op. cit.

¹⁵ Poniższy ich opis w oparciu o R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 26–28.

- d) Kryzys cechuje brak panaceum i szybkich rozwiązań. W pracy z osobami w kryzysie trzeba być przygotowanym na to, że trwała poprawa nie następuje szybko i trzeba być świadomym tego, że wytłumienie wyłącznie bolesnych reakcji, a nie wywołującego ich bodźca nie zniweluje kryzysu, lecz tylko go pogłębi.
- e) Z kryzysem wiąże się konieczność dokonywania wyboru jakiegoś działania, co stwarza człowiekowi szansę na ruszenie z martwego punktu w swoim życiu.
- f) Kryzys jest uniwersalny, co wyraża się w tym, że w pewnych okolicznościach nikt nie jest całkowicie na niego odporny i nie może mieć pewności, że nigdy go nie doświadczy.
- g) Kolejna cecha kryzysu – wyjątkowość – wiąże się z tym, że identyczne okoliczności i uwarunkowania kryzysowe dla jednych mogą stanowić trudności nie do przewyciężenia, inni natomiast są w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić.

Pomocą w identyfikowaniu kryzysu może okazać się zestaw cech sformułowanych przez Glenys Parry, który podpowiadając jego pewne objawy, ułatwia jego stwierdzenie. Symptomy te są następujące:

- obecność ostrego wydarzenia krytycznego lub przewlekłego stresu,
- odczuwanie wydarzenia jako nieoczekiwanego,
- spostrzeganie sytuacji jako utraty, zagrożenia lub wyzwania,
- doświadczenie przez osobę negatywnych emocji i przeżyć,
- poczucie niepewności co do przyszłości,
- poczucie utraty kontroli,
- nagłe naruszenie rutynowych sposobów zachowania, rytmu dnia, przyzwyczajeń,
- stan napięcia emocjonalnego trwający zwykle od 2 do 6 tygodni (choć niekiedy nawet kilka miesięcy),
- konieczność zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania¹⁶.

Wielość sytuacji i wydarzeń kryzysowych może stanowić trudność w ich uporządkowaniu i stypologizowaniu. Próbę taką podjął (jak sądzę, z powodzeniem, o czym może świadczyć popularność tego podziału w literaturze przedmiotu) szwedzki psychiatra Johan Cullberg, który wyróżnił kryzysy przemiany, kryzysy sytuacyjne i kryzysy chroniczne¹⁷.

Kryzysy przemiany, zwane także rozwojowymi lub normatywnymi, są nieodłączną częścią ludzkiego życia i wiążą się z podstawowymi wydarzeniami życiowymi (takimi jak: zawarcie małżeństwa, urodzenie dziecka, dorastanie, opuszczenie domu, przejście na emeryturę), stąd są spodziewane

¹⁶ G. Parry, 1990, za: W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 17.

¹⁷ Za: W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 17.

(a nawet pożądane), ale ponieważ zawsze towarzyszy im poczucie utraty czegoś, jakaś zmiana, jakieś novum oraz podejmowanie nowych ról i zadań, więc wplecione jest w nie napięcie emocjonalne i niepewność¹⁸.

Kryzysy sytuacyjne, nazywane także losowymi czy incydentalnymi, wywoływane są niespodziewanymi, nieoczekiwanymi wydarzeniami, które zagrażają zdrowiu, życiu, poczuciu bezpieczeństwa, tożsamości¹⁹. Kluczem odróżniającym kryzysy sytuacyjne od innych są takie cechy wydarzenia wywołującego, jak: nieprzewidywalność, nagłość, szokujący charakter, intensywność i katastroficznosc²⁰. Są nimi m.in.: śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, diagnoza poważnej choroby, nagłe inwalidztwo, odkrycie zdrady partnera. W takich kryzysach reakcje człowieka przebiegają zazwyczaj w czterech fazach: fazie szoku (pozbawione sensu działania osoby, jej odętwienie, zaburzenie kontaktu z nią oraz obserwowany u niej mechanizm zaprzeczania), fazie reakcji emocjonalnej (w wyniku osadzonej w silnej obudowie emocjonalnej konfrontacji z nową rzeczywistością osoba próbuje się do niej adaptować, stosując jednak przy tym mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie, wyparcie czy racjonalizację; jeśli w porę uzyska odpowiednie wsparcie, jej poziom emocji będzie się stopniowo obniżał i możliwa stanie się refleksja na temat przyczyn i konsekwencji doświadczonego kryzysu, jeśli natomiast osoba znajdzie się w pustce społecznej, istnieje niebezpieczeństwo fiksacji i przejścia kryzysu w stan chroniczny), fazie pracy nad kryzysem (reakcje emocjonalne są mniej intensywne i nie tak częste, osoba stopniowo uwalnia się od siły traumatycznych przeżyć i jej uwaga zaczyna przenosić się z przeszłości na przyszłość) oraz fazie nowej orientacji (cechuje ją odbudowa poczucia własnej wartości, podejmowanie nowych aktywności, ról i zadań oraz wzbogacenie doświadczenia życiowego wydarzeniem traumatycznym)²¹.

Ostatnimi z wyróżnionych przez Cullberga są kryzysy chroniczne, określane też mianem „stanów transkryzysowych”, w których doświadczający ich ludzie cechują się wycofaniem, biernością, bezradnością, brakiem motywacji do zmian, niepodjęciem odpowiedzialności, postawą unikania, lękiem przed kontaktami społecznymi, obniżeniem nastroju, licznymi dolegliwościami somatycznymi oraz tendencją do użalania się nad sobą i oskarżania innych²². „Duże ilości energii psychicznej, które powinny służyć wewnętrznemu i społecznemu rozwojowi, zostają przeznaczone na obronę.

¹⁸ Ibidem, s. 18.

¹⁹ Ibidem, s. 22.

²⁰ R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 28.

²¹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 22–23.

²² Ibidem, s. 23.

A i tak nie gwarantują absolutnej ochrony przed doświadczaniem kryzysowego cierpienia”²³.

Lawrence M. Brammer do wcześniej wyróżnionych rodzajów kryzysów – rozwojowego i sytuacyjnego – dołączył dwa kolejne: egzystencjalne, które wiążą się z wewnętrznymi konfliktami, pytaniami o cel i sens życia oraz lękami przed wyzwaniem, które stawia życie (np. brak poczucia sensu i celu życia osób w starszym wieku), oraz kryzysy środowiskowe będące skutkiem zjawisk naturalnych, zdarzeń o pochodzeniu biologicznym, wydarzeń o podłożu politycznym lub ciężkiej zapaści gospodarczej²⁴.

W świetle tych rozróżnień zdarzenie losowe można zatem pojmować jako kryzys sytuacyjny, sytuację kryzysową zaś jako kryzys chroniczny. Zdarzenie losowe jest więc wydarzeniem, na które człowiek nie ma wpływu, które pojawia się nagle, nieoczekiwanie i pociąga za sobą przemijające, usuwalne skutki lub następstwa nieodwracalne (np. nieszczęśliwy wypadek lub niespodziewana śmierć bliskiej osoby). Sytuacja kryzysowa natomiast wiąże się z naruszeniem dóbr osobistych, zdrowia, życia i sytuacji materialnej, mającym znaczące emocjonalne oddziaływanie, które staje się punktem zwrotnym na lepsze lub gorsze, przy czym może to być jedno zdarzenie lub seria następujących po sobie wydarzeń, których efekty się skumulują (np. przemoc wewnątrzrodzinna czy zdrada małżeńska). Wspólne dla zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowych są stany obserwowane u osób przez nie doświadczonych (w różnych konfiguracjach i o różnym natężeniu), tzn. utrata poczucia bezpieczeństwa i stabilności, uczucie bezradności, beznadziei, pustki, utrata woli życia, apatia, bierność, wahania nastroju, gwałtowne reakcje emocjonalne, zaburzenie jasności myślenia oraz chaotyczność działań.

Wspomniany wcześniej Caplan dynamikę kryzysu ujął w cztery fazy²⁵. Pierwszą jest faza konfrontacji z wywołującym ów kryzys wydarzeniem, która cechuje się napięciem, lękiem i niepokojem, biorąc swe źródło z konkluzji jednostki, że jej własne umiejętności i zdolności oraz dotąd wypróbowane źródła pomocy, a także zbyt mała efektywność zewnętrznej pomocy okazują się w tej sytuacji niewystarczającymi. Prowadzi to do fazy drugiej, w której osoba dochodzi do wniosku, że utraciła kontrolę nad własnym życiem, nie jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności i spostrzega siebie jako pokonaną, co obniża jej poczucie własnej wartości i jednocześnie

²³ W. Szlagura, *Rzeczywistość kryzysu...*, op. cit.

²⁴ L. M. Brammer 1985, za: R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 28–29.

²⁵ Opis za: W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 18–19. Inne propozycje pokazujące kolejne stadia reakcji kryzysowej patrz: D. Kubacka-Jasiecka, *Z psychologii kryzysu*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997.

powoduje wzrost napięcia. Faza trzecia to mobilizacja – jednostka stara się uruchomić wszystkie swoje zasoby psychiczne, aby poszukiwać nowych rozwiązań i przezwyciężyć kryzys. Jeśli te wysiłki okażą się nieskuteczne, następuje czwarta faza – faza dekompensacji, w której w wyniku napięcia przekraczającego wytrzymałość jednostki, procesy spostrzegania rzeczywistości ulegają deformacji, jednostka wycofuje się z kontaktów interpersonalnych, doświadcza dezorganizacji i wewnętrznego chaosu, i niejednokrotnie ujawnia próby aktów agresji i autoagresji czy uzależnień.

Zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe wiążą się także z pojęciem sytuacji trudnych, które w klasycznym rozumieniu Tadeusza Tomaszewskiego należy pojmować jako sytuacje, w których wewnętrzna równowaga normalnej sytuacji zostaje zakłócona, co powoduje zakłócenie normalnego przebiegu aktywności i obniżenie prawdopodobieństwa realizacji zadania na normalnym poziomie²⁶.

Indywidualne zasoby w kontekście radzenia sobie z kryzysem

Problematyka zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowych silnie wiąże się z pojęciem „radzenia sobie” (*coping*)²⁷. Analiza różnorodnych koncepcji radzenia sobie (np. Lazarusa i Folkmana, Eriksona czy Caplana) pozwala wysnuć wniosek, że skuteczność owego radzenia sobie zależy od szeregu czynników wewnętrznych i zewnętrznych wobec człowieka.

²⁶ T. Tomaszewski, *Człowiek i otoczenie*, (w:) T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*, Warszawa 1975, s. 32. Tomaszewski wyróżnił przy tym pięć głównych rodzajów sytuacji trudnych: 1) sytuacje deprivacji (gdy podmiot jest pozbawiony czegoś, co jest mu potrzebne do normalnego funkcjonowania i gdy nie są zaspokojone jego podstawowe potrzeby), 2) sytuacje przeciążenia (gdy trudność zadania jest na granicy możliwości podmiotu – fizycznych, psychicznych, umysłowych), 3) sytuacje utrudnienia (gdy możliwość wykonania zadania – czynności decyzyjnych, orientacyjnych lub wykonawczych – zostaje zmniejszona na skutek pojawienia się jakiś utrudniających elementów zbędnych – przeszkód lub nieobecności potrzebnych elementów – braków przedmiotowych lub informacyjnych), 4) sytuacje konfliktowe (gdy podmiot znajduje się w polu działania przeciwstawnych sił, nacisków), 5) sytuacje zagrożenia (gdy istnieje zwiększone prawdopodobieństwo naruszenia jakiejś cenionej przez podmiot wartości); sytuacje te nie wykluczają się wzajemnie, lecz nawet mogą w jednej sytuacji wystąpić trudności różnego typu – patrz: *ibidem*, s. 32–35. Z tą klasyfikacją Tomaszewskiego współgra wskazanie przez J. H. Teleraka psychologicznych źródeł stresu: zakłóceń (utrudnień), zagrożeń, deprivacji i przeciążenia – więcej patrz: J. H. Telerak, *Stres psychologiczny*, Bydgoszcz 1995, s. 119–142. Stres bowiem może być „punktem zapalnym” dla rozwoju kryzysu lub kryzys może być utożsamiany z rozwijającym się stresem – więcej patrz: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, s. 31–40.

²⁷ Więcej na ten temat patrz: np. I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007, s. 149–154.

Sytuacje kryzysowe mogą przydarzyć się każdemu w dowolnym momencie życia²⁸. Mogą być pojedyncze lub następować kolejno po sobie, a wówczas ich konsekwencje ulegają kumulacji i spotęgowaniu. Zaburza to równowagę procesów psychicznych człowieka. Początkowo próbuje on wykorzystać wcześniej praktykowane mechanizmy radzenia sobie i rozwiązywania problemów, ale kiedy okazują się one nieskuteczne, zaczyna doświadczać wzmożonego napięcia i mobilizacji do zastosowania nowych metod. Jeśli i one nie przynoszą oczekiwanego efektu i problem nadal trwa lub nie można go przeformułować albo uniknąć, dochodzi do apogeum napięcia, do punktu krytycznego, kiedy to sposoby samoradzenia już nie działają, i osoba, postrzegając sytuacje stresowe jako zagrożenie dla swojej autonomii lub samopoczucia bądź utratę własnych zdolności lub kompetencji, zaczyna doznawać stanu nierównowagi i dezorganizacji, któremu towarzyszy wysoki poziom lęku i uczucie smutku (jest to faza ostrego kryzysu).

„Szybka, czujna i dynamiczna ocena poziomu załamania stanu równowagi emocjonalnej klienta w kryzysie staje się głównym drogowskazem dla osób podejmujących interwencję, dyktuje im kolejne kroki pomocnego działania”²⁹. Podstawowym zadaniem diagnostycznym w dalszych działaniach pomocowych jest wczesna identyfikacja właściwego czynnika kryzysowego (co może być niezwykle trudne ze względu na stosowane przez osobę mechanizmy obronne)³⁰. Istotne dla postawienia wstępnych hipotez co do rozmiaru reakcji kryzysowej jest określenie właściwości zdarzenia wywołującego kryzys, tj. natury zdarzenia wraz z jego siłą oddziaływania (siłą stresu), nagłość wystąpienia i czas trwania³¹ oraz przebieg reakcji kryzysowej (co pozwala na zrozumienie i przewidywanie reakcji osób poddanych wpływowi zdarzeń krytycznych oraz przewidywanie reakcji otoczenia)³².

Dokładniejszych danych w procesie diagnozy reakcji kryzysowej dostarcza również zlokalizowanie pewnych objawów, których pogrupowanie i stopniowa analiza dostarcza pełnego obrazu możliwych reakcji danej osoby na kryzys, przy czym każdy z tych objawów może być przejawem reakcji kryzysowej, o ile stanowi znaczącą zmianę w stosunku do okresu poprzedzającego zdarzenie krytyczne³³. Jadwiga Piątek wskazała następujące

²⁸ Poniższy tok myślenia o sytuacji kryzysowej, począwszy od wystąpienia zdarzenia kryzysowego po fazę ostrego kryzysu, za: W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 28–29.

²⁹ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 106.

³⁰ J. Piątek, *Symptomatologia i analiza kryzysu*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia interwencji...*, op. cit., s. 33–34.

³¹ Ibidem, s. 34–36.

³² Więcej patrz ibidem, s. 36–39.

³³ Ibidem, s. 39.

symptomy kryzysu³⁴ (zaznaczając, że niektóre z nich łatwo pomylić z symptomami choroby psychicznej):

- a) ogólny wygląd, zwłaszcza zaniedbanie higieny i ubioru (co może świadczyć o utracie zainteresowania swoim wyglądem lub braku kontroli nad własnym zachowaniem);
- b) stan somatyczny i reakcje fizjologiczne: uszkodzenia ciała, stany chorobowe, dolegliwości somatyczne (np. bóle i zawroty głowy, męczliwość, zakłócenia snu, zaburzenia jedzenia, zmiana rytmu oddechu i ciśnienia krwi, wzmożona potliwość, drętwienie, drżenie, błądność lub czerwienienie się, ślinienie lub suchość w ustach, częste oddawanie moczu, biegunka i inne);
- c) zaburzenia jakościowe świadomości będące reakcją świadczącą o trudnościach w kontrolowaniu swoich zachowań, np. trudności w orientacji w miejscu i czasie, zaburzenia zdolności koncentracji uwagi i zapamiętywania wydarzeń, oznaki senności;
- d) zaburzenia motoryki: od hiperaktywności (w tym np. szybki i chaotyczny sposób mówienia, ruchliwość, gwałtowne, nieskoordynowane ruchy) poprzez persewerowanie lub niekończenie czynności do spowolnienia i zahamowania aktywności fizycznej;
- e) stan emocjonalny: pobudzenie lub zneruchomienie emocjonalne, jakość emocji, wahania nastrojów od obniżonego do podwyższonego i przejścia od mobilizacji i wrażenia pośpiechu po spowolnienie, zobjętnienie i wycofanie z aktywności, stopień kontroli emocji;
- f) zakłócenia treści, formy i przebiegu procesów poznawczych: zaburzenia w postrzeganiu rzeczywistości, trudności w zapamiętywaniu i przypomnianiu sobie okresu przed, w trakcie i po zdarzeniu krytycznym, zmiany w zakresie myślenia logicznego, konkretnego, abstrakcyjnego oraz zaburzenia swobodnego przechodzenia w zależności od potrzeb z jednego poziomu na inny, zmniejszenie lub utrata zdolności realistycznej oceny i preferowanie myślenia życzeniowego lub katastroficznego;
- g) dezorganizacja osobowości.

Przywołane tu objawy nie wyczerpują wszystkich możliwości. Ponadto mogą występować w różnych konfiguracjach, w różnych fazach kryzysu i może je cechować różne tempo przechodzenia przez nie, różny czas trwania i odmienna ekspresja³⁵.

W procesie oceny kryzysu można sięgnąć do propozycji, jaką stworzyły Donna C. Aguilera i Janice M. Messick, które sformułowały cztery obiektywne

³⁴ Ibidem, s. 39–45.

³⁵ Ibidem, s. 39, 52.

kryteria pełniące rolę czynników ryzyka kryzysowego oraz oceny głębokości kryzysu i jego znaczenia dla jednostki: 1) stopień realistycznego, adekwatnego postrzegania tego, co się wydarzyło oraz konsekwencji i znaczenia sytuacji krytycznej dla jednostki, 2) możliwość otrzymania w środowisku właściwego, konstruktywnego wsparcia sytuacyjnego, rodzinnego lub sąsiedzkiego, 3) potencjalne możliwości rozporządzania adekwatnymi, dotychczas skutecznymi strategiami, zasobami zmagania się z zagrożeniem, 4) potencjalne możliwości przełamania kryzysu i powrotu do stanu równowagi psychicznej³⁶.

Kiedy ludzie doświadczają kryzysu, mogą różnorodnie na niego reagować³⁷. Niektórzy samodzielnie radzą sobie z kryzysami, czerpiąc z tego doświadczenia siłę i motywację do dalszego rozwoju. Inni radzą sobie z kryzysem jedynie pozornie, wypierając towarzyszące mu uczucia i doświadczenia, które jednak będą do nich powracać w przyszłości. Jeszcze inni łatwo poddają się, wycofują, przeżywają załamanie, co może spowodować niezdolność do dalszego normalnego życia w przypadku, gdy nie otrzymają adekwatnej do ich potrzeb pomocy.

To przyjęcie sposobu reakcji na sytuację kryzysową warunkowane jest wieloma czynnikami o charakterze indywidualnym i sytuacyjnym³⁸.

Spośród indywidualnych cech człowieka znaczenie mają takie właściwości, jak: szacunek dla samego siebie, poczucie własnej wartości, samoakceptacja, zaufanie do siebie, przekonanie o skuteczności własnego działania, poczucie kontroli i wpływu na zdarzenia, łatwość przystosowania się, odporność na stres, dojrzałość psychiczna, zrównoważenie emocjonalne³⁹. Ponadto zdolności rozwiązywania kryzysów może wzbogacać lub zubażać każdy z takich czynników, jak: wiek, płeć, sytuacja zawodowa, wykształcenie, sytuacja materialna, miejsce zamieszkania i stan zdrowia⁴⁰. Ogromne znaczenie ma także historia życia i doświadczenia życiowe, zwłaszcza do-

³⁶ Za: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 110.

³⁷ R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 26.

³⁸ Warty polecenia jest tekst autorstwa I. Heszen-Niejodek (I. Heszen-Niejodek *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje*, (w:) I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice 1996), w którym autorka dokonała omówienia m.in. stylów radzenia sobie, roli czynników indywidualnych i sytuacyjnych dla przebiegu i efektywności radzenia sobie, roli mechanizmów obronnych w skutecznym radzeniu sobie oraz ocen efektywności radzenia sobie. Problematykę radzenia sobie z krytycznymi zdarzeniami losowymi podjęła także M. Sekułowicz, dokonując zebrania i omówienia w klarowny sposób podstawowych ujęć *copingu* w świetle wybranych koncepcji (M. Sekułowicz, *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*, Wrocław 2000, rozdział II).

³⁹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 24; J. Piątek, *Symptomatologia i analiza...*, op. cit., s. 47–48.

⁴⁰ J. Piątek, *Symptomatologia i analiza...*, op. cit., s. 49.

świadczenia radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w przeszłości i związane z nimi powodzenia lub porażki, a także wypracowane wcześniej, cechujące się różnorodnością i elastycznością sposoby radzenia sobie⁴¹. Okazuje się także, że „przeżyte w przeszłości kryzysy, które nie zostały przewyżczone i przeszły w chroniczną reakcję, osłabiają zdolność do rozwiązywania kolejnych. Zmniejsza to znacznie szanse na wyjście z obecnego kryzysu, powodując na przykład kolejną chroniczną reakcję. Osoby, będące ofiarami powtarzających się wypadków życiowych, często podlegają mechanizmowi tego błędnego koła”⁴².

Także współwystępowanie kryzysów – występowanie jednocześnie lub w bliskiej odległości czasowej sytuacji trudnych – znacznie osłabia zdolności radzenia sobie w tym stanie kumulacji trudnych zdarzeń życiowych⁴³.

Za Caplanem można również przywołać pewne zachowania ludzi, które mogą predestynować lub problematyzować skuteczne radzenie sobie z kryzysem⁴⁴. Zostały one zestawione poniżej.

Zachowania sprzyjające radzeniu sobie z kryzysem	Zachowania niesprzyjające radzeniu sobie z kryzysem
<ul style="list-style-type: none"> - aktywna eksploracja rzeczywistości i poszukiwanie informacji - wyrażanie pozytywnych i negatywnych emocji - aktywne inicjowanie pomocy ze strony innych - podział sytuacji problemowej na fragmenty i ich stopniowe rozwiązywanie - rozpoznawanie symptomów własnego zmęczenia i dezorganizacji, co ułatwia utrzymanie integracji i kontrolę nad codzienną aktywnością - aktywne radzenie sobie z uczuciami i problemami lub akceptowanie ich, gdy nie można ich zmienić - plastyczność i gotowość dokonania zmian w samym sobie - podstawowe zaufanie do własnej osoby i ludzi oraz nadzieja, że kryzys można przeżyć 	<ul style="list-style-type: none"> - zaprzeczanie istnieniu sytuacji problemowej, bierność, fantazje, sądy życzeniowe, - wypieranie negatywnych uczuć, zaprzeczanie im lub ich projekcja i oskarżanie innych - pogorszenie lub dezorganizacja ogólnego funkcjonowania - wybuchy gwałtownych emocji oraz ogólny brak panowania nad sobą lub rezygnacja z jakiegokolwiek aktywności - nieszukanie pomocy u innych i nieakceptowanie pomocy otrzymywanej - poczucie przytłoczenia problemami i stereotypowe na nie reagowanie

⁴¹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 24; J. Piątek, *Symptomatologia i analiza...*, op. cit., s. 48.

⁴² J. Piątek, *Symptomatologia i analiza...*, op. cit., s. 49.

⁴³ Ibidem, s. 50.

⁴⁴ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 26.

Poza tym istotna jest identyfikacja istnienia wsparcia społecznego, którego obecność obniża lub podwyższa odporność psychiczną oraz ułatwia lub utrudnia poradzenie sobie z kryzysem⁴⁵.

Znajomość tych jednostkowych cech i czynników społecznych okazuje się niezwykle przydatną w projektowaniu pomocy dla osób, które doświadczają lub doświadczyły kryzysu.

Podobnie jak pracownicy krakowskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej dla określenia stopnia nasilenia reakcji kryzysowej można posłużyć się trzema grupami ryzyka, które zostały stworzone na bazie trzech wskaźników: wydarzeń, które spowodowały kryzys, stanu osoby w kryzysie oraz obecności grupy wsparcia bądź jej braku⁴⁶. Pierwsza grupa ryzyka obejmuje osoby w ostrej fazie kryzysu, które wymagają podjęcia działań (np. interwencji w środowisku, umieszczenia w hotelu, objęcia intensywną psychoterapią bądź umieszczenia w szpitalu); w tej grupie ryzyko jest tym większe, im większa izolacja rodziny i pustka społeczna wokół osoby. Do drugiej grupy ryzyka kwalifikuje się osoby, w przypadku których zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że ich stan psychiczny może przejść w fazę ostrego kryzysu; szczególną uwagę poświęca się tym osobom, które nie posiadają systemu wsparcia, a wówczas działania pomocowe muszą być prowadzone na wielu poziomach – aż do czasu obniżenia ryzyka pogorszenia się stanu psychicznego i somatycznego osoby oraz zagrożenia czynnikami zewnętrznymi. Trzecia grupa ryzyka obejmuje osoby cechujące się przewlekłym charakterem reakcji kryzysowej, które są trwale obciążone niekorzystnymi czynnikami, jak na przykład kalectwem, chorobą somatyczną lub psychiczną, niewydolnością zawodową lub społeczną, i którzy po wielu latach, w efekcie buntu lub rezygnacji, zaczynają szukać wsparcia, zrozumienia dla swej sytuacji i pomocy w wyjściu ze swej niekorzystnej sytuacji życiowej; ich obciążenie może być tak wielkie, że wszelka próba zmiany obecnego położenia niesie zagrożenie ostrego kryzysu, dlatego opieranie się na własnych siłach może okazać się niewystarczające w zmianie swojej sytuacji.

Niestety często okazuje się, że zgłaszające się do OIK osoby obok aktualnie przeżywanego kryzysu mają wiele innych trudności życiowych, nie przepracowały wcześniej doznanych urazów psychicznych lub nie rozwiązały problemów rozwojowych, co znacznie pogłębia bieżący kryzys oraz utrudnia zaplanowanie i prowadzenie działań interwencyjnych⁴⁷.

⁴⁵ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 27; J. Piątek, *Symptomatologia i analiza...*, op. cit., s. 50–51.

⁴⁶ E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia...*, op. cit., s. 65–66.

⁴⁷ *Ibidem*, s. 67–68.

Działania pomocowe w postaci interwencji kryzysowej

Udzielanie pomocy osobom doświadczającym skutków zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej⁴⁸ wiąże się z działaniami o charakterze interwencji kryzysowej. Polega ona na kontakcie terapeutycznym, „skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, czasowo ograniczonym, w którym dochodzi do konfrontacji osoby z kryzysem i do jego rozwiązania”⁴⁹. Splatają się w niej różne formy pomocy: psychologiczna, medyczna, socjalna i prawna, mające na celu przywrócenie równowagi psychicznej po krytycznym wydarzeniu życiowym i odzyskanie zdolności samodzielnego pokonania kryzysu⁵⁰, wskazane w rozpoznawaniu i modyfikacji czasowo zaburzonych elementów funkcjonowania jednostki w obszarach: poznawczym, afektywnym i behawioralnym⁵¹.

Ustawa o pomocy społecznej wspomina o interwencji kryzysowej w art. 36 w 1 rozdziale II działu poświęconym świadczeniom pomocy społecznej, wymieniając ją jako świadczenie niepieniężne, oraz w art. 47, w którym interwencja kryzysowa została zdefiniowana jako zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu, których celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej; obejmuje się nią osoby i rodziny bez względu na posiadany dochód, w jej ramach udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych – schronienia do 3 miesięcy⁵².

Klasyczny model interwencji kryzysowej, jak stwierdziła Wanda Badura-Madej, „polega na zapewnieniu wsparcia emocjonalnego i poczucia bezpieczeństwa, na pomocy w konkretnych sprawach, na zredukowaniu lęku dzięki opiekuńczości w okresie, kiedy zaburzona jest jasność myślenia i utrudnione właściwe decyzje i działania. W interwencji istotna jest empatyczna odpowiedź na potrzeby osoby w kryzysie”⁵³.

⁴⁸ Nie może tu umknąć uwadze zapis z art. 40 ust. 1 Ustawy o pomocy społecznej, który gwarantuje przyznanie zasiłku celowego osobom lub rodzinom, które poniosły straty z powodu wystąpienia zdarzenia losowego. Jego wypłata jest zadaniem własnym gminy o charakterze obowiązkowym. Zadaniem pracownika socjalnego jest także informowanie o możliwościach uzyskania bardziej wyspecjalizowanej pomocy w środowisku życia osoby.

⁴⁹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 27

⁵⁰ Ibidem; E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa...*, op. cit., s. 57

⁵¹ W. Szlagura, *Rzeczywistość kryzysu...*, op. cit.

⁵² Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (Dz. U. Nr 64, poz. 593, stan prawny na dzień 18 lipca 2010 roku).

⁵³ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 27.

W literaturze przedmiotu i praktyce pomocowej interwencja kryzysowa funkcjonuje w dwóch ujęciach. W rozumieniu szerokim oznacza złożoną działalność przebiegającą w trzech płaszczyznach: psychologicznej, medycznej i środowiskowej, w rozumieniu węższym jest natomiast utożsamiana z krótkoterminową psychoterapią skoncentrowaną na przeżyciach psychicznych osoby w kryzysie⁵⁴.

Bez względu na rozległość ujęcia, działania interwencyjne wiążą się z realizowaniem pewnych podstawowych celów. Według Elżbiety Leśniak są nimi: złagodzenie objawów reakcji kryzysowej, przywrócenie psychicznej równowagi, zapobieganie przejściu ostrego kryzysu w stan chroniczny oraz przywrócenie umiejętności samodzielnego radzenia sobie⁵⁵.

Interwencję kryzysową musi charakteryzować praktycyzm, bowiem „nie jest to czas na wyszukane psychologiczne interpretacje, ale jest to czas na działanie”⁵⁶. Na praktykę interwencji kryzysowej powinny się więc składać, zdaniem Wandy Badury-Madej, następujące działania: 1) podjęcie interwencji tak szybko, jak tylko jest to możliwe, 2) zapewnienie wsparcia emocjonalnego ułatwiającego odreagowanie emocji, 3) duża intensywność kontaktów, 4) konfrontacja z rzeczywistością i przeciwdziałanie tendencjom do zaprzeczania i zniekształcania, 5) formułowanie najważniejszego w tym momencie problemu do rozwiązania, skoncentrowanie na problemach „tu i teraz”, 6) dokonanie oceny dotychczasowych sposobów radzenia sobie pod względem ich użyteczności, 7) odwołanie się do sprawdzonych strategii radzenia sobie lub stworzenie nowych, 8) stworzenie planu pomocy, 9) strukturalne, aktywne, niekiedy dyrektywne działania osoby pomagającej⁵⁷.

Wśród podstawowych zasad interwencji kryzysowej Dorota Kubacka-Jasiecka podkreśliła zwłaszcza zalecenie natychmiastowości działania, pomocy o charakterze ratunkowym (*emergency*)⁵⁸, konstytuujące odrębność interwencji kryzysowej od innych form oddziaływania. Za kolejny wyróżnik definicyjny interwencji uznała interweniowanie w środowisku osoby, co sprzyja tworzeniu dla niej sieci wsparcia społecznego: włączeniu jej do już istniejącej sieci bądź zainicjowaniu nowych relacji wspierających⁵⁹. „Interwencja w kryzysie postuluje podejście aktywne z mocnym akcentem na

⁵⁴ E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa...*, op. cit., s. 56-57.

⁵⁵ Ibidem, s. 58. O założeniach i celach interwencji w kryzysie patrz także D. Kubacka-Jasiecka, *Z problematyki interwencji w kryzysie - zagadnienia wybrane*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu...*, op. cit., s. 119-120.

⁵⁶ E. S. Shneidemann, za: W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 27-28.

⁵⁷ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 28.

⁵⁸ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., 161.

⁵⁹ Ibidem, s. 162-163.

działanie – kontynuowanie dotychczasowej konstruktywnej działalności życiowej, mobilizowanie klientów do aktywnej współpracy z interwentem, odwoływanie się zasadniczo do zasobów własnych klienta, a także wszelkich właściwych mu, a dostępnych strategii, które mogą okazać się użyteczne w rozwiązywaniu kryzysu”⁶⁰. Unikać natomiast należy pocieszania, perswadowania, udzielania rad, tłumienia reakcji emocjonalnych, wymuszania na osobie podejmowania przez nią szybkich decyzji, bagatelizowania występujących u niej ostrych objawów reakcji kryzysowych, takich jak zaburzenia snu, nieprzyjmowanie posiłków czy sięganie po alkohol oraz zbyt wczesnego podawania leków uspokajających⁶¹.

Za sprawą Richarda K. Jamesa i Burta E. Gillilanda znane są przywoływane przez nich trzy główne modele interwencji kryzysowej: model równowagi, model poznawczy i model przemiany psychospołecznej⁶².

Model równowagi ma na celu przywrócenie stanu równowagi sprzed kryzysu. Jest on najbardziej skuteczny we wczesnym etapie interwencji, kiedy to jednostka jest zdezorientowana, utraciła kontrolę nad sobą i nie potrafi dokonać właściwych wyborów, dlatego działania pomocowe powinny być głównie ukierunkowane na przywrócenie jej tych zdolności i osiągnięcie pewnej stabilizacji emocjonalnej, a dopiero wówczas można podejmować kolejne działania zmierzające do właściwego rozwiązania kryzysowego problemu.

Drugi model – poznawczy – opiera się na przesłance, że powodem kryzysu jest negatywne myślenie jednostki o sobie oraz niewłaściwa ocena zdarzeń lub sytuacji powodujących kryzys, a nie samo to wydarzenie lub sytuacja. Dlatego celem podejmowanych tu działań powinna być pomoc osobom w uświadomieniu sobie istoty wydarzeń lub sytuacji kryzysowych oraz w zmianie poglądów i przekonań dotyczących wydarzeń mających związek z przeżywanym kryzysem oraz samego siebie, czego efektem byłaby zmiana sposobu myślenia, szczególnie poprzez uwiadomienie sobie i zwalczanie swoich irracjonalnych i destrukcyjnych sposobów funkcjonowania. Model ten można stosować dopiero wówczas, gdy osoba odzyskała już pewną stabilność psychiczną.

Ostatni model – przemiany psychospołecznej – wychodzi z założenia, że człowiek jest sumą i efektem obciążeń genetycznych oraz wpływu środowiskowego. Celem interwencji w tym modelu jest więc wspólna z osobą ocena

⁶⁰ Ibidem, s. 164.

⁶¹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 28.

⁶² Właściwymi autorami tej propozycji są I. A. Leitner (1974) oraz G. S. Belkin (1984), ale jej opis stworzono tu podstawie: R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 38–41. Omówienie tych modeli odnaleźć można również w: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 102–103.

zewnątrznych i wewnętrznych czynników przyczyniających się do kryzysu oraz pomoc w wyborze optymalnych, alternatywnych do obecnych zachowań, postaw i sposobów wykorzystania potencjału środowiskowego (pamiętając, że otoczenie jednostki, oprócz potencjału, który w sobie kryje, może być także powodem zaburzeń jednostki).

Wydaje się jednak, że najskuteczniejszym w praktyce byłoby stosowanie eklektycznej interwencji kryzysowej, a więc takiej, która nie trzyma się kurczowo jakiegos modelu, nie zamyka się w jego ciasnych ramach, ale po prostu jest nastawiona na skuteczne osiągnięcie celów, wybierając z każdego z nich to, co najcenniejsze i najbardziej przydatne w danym przypadku⁶³.

Pomocnym w pracy interwencyjnej można uznać stosowanie sześciopunktowego modelu interwencji kryzysowej, który przywołali James L. Greenstone i Sharon C. Leviton⁶⁴. Pierwszy element stanowi natychmiastowość, która jest konieczna, aby przerwać „krwawienie” emocjonalne, złagodzić niepokój osoby, zapobiec pogłębianiu się jej dezorientacji i zabezpieczyć ją przed byciem zagrożeniem dla siebie samej i/lub otoczenia. Kolejne kroki to przejęcie kontroli (po to, aby uporządkować chaos w świecie człowieka dotkniętego kryzysem) oraz dokonanie oceny sytuacji kryzysowej (aby rozpoznać i nazwać problemy osoby, rozstrzygnąć, który z nich jest dominujący, który można rozwiązać natychmiast, w jaki sposób można najskuteczniej pomóc w możliwie najkrótszym czasie oraz jakie czynniki będą hamować proces rozwiązania problemów osoby). W ten sposób dochodzi się do ustalenia metod postępowania, z wykorzystaniem własnych możliwości osoby w kryzysie, wzmocnieniem jej nadziei na rozwiązanie problemu, poszerzeniem zakresu innych możliwości, w tym sięgania po wsparcie społeczne. Piąty element to odniesienie rozumiane jako odsyłanie osoby do innych profesjonalnych źródeł pomocy, ułatwiają jej kontakt z nimi. Ostatnim krokiem jest uzupełnienie rozumiane przez Greenstonea i Levitona jako śledzenie dalszych losów osób, dla upewnienia się czy nawiązały kontakt z ośrodkami pomocowymi.

Na nieco inne etapy dzieli działania w interwencji kryzysowej Elżbieta Leśniak, wymieniając takie fazy, jak: tworzenie kontaktu emocjonalnego i relacji terapeutycznej (jest to wyjątkowo istotne, gdyż osoby w kryzysie przeżywają lęk, bezradność, utratę nadziei, przejawiają bierność, uległość lub pobudzenie i agresję, zatem umiejętność ich cierpliwego, skupionego, empatycznego słuchania zdaje się kluczem do tworzenia więzi terapeutycznej), zbieranie informacji (po to, aby ocenić rozmiary reakcji kryzysowej, zbadać jej przyczyny

⁶³ R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., s. 41–42.

⁶⁴ J. L. Greenstone, S. C. Leviton, *Interwencja kryzysowa*, tłum. M. Gajdzińska, Gdańsk 2004, s. 23–32.

i okoliczności wystąpienia, ujawnić nadal istniejące zagrożenia oraz ocenić stopień nieskuteczności sposobów radzenia i zachowanych możliwości przezwyciężenia kryzysu) oraz rozwiązywanie problemów związanych z kryzysem (znalezienie rzeczywistej przyczyny kryzysu może okazać się trudne i czasochłonne, jednak jest warunkiem skutecznej współpracy, ponieważ identyfikacja właściwego źródła reakcji kryzysowej pozwala osobie na refleksję i analizę własnych emocji, przekonań, na możliwość zdystansowania się i nakreślenia wspólnie z interwentem planu działania)⁶⁵.

Dorota Kubacka-Jasiecka, nawiązując do psychosocjokulturowego modelu kryzysu wg A. L. Hoff, proponuje rozszerzenie kontekstu interwencji kryzysowej, ujmując ją w trzech płaszczyznach⁶⁶. Pierwszą jest rozumienie interwencji kryzysowej jako formy psychologicznego indywidualnego oddziaływania na osobę w kryzysie lub zagrożonej nim w celu bądź ratownictwa psychologicznego w sytuacji zagrożenia, bądź prewencji drugiego stopnia. Druga forma koncentruje się na systemowości, interdyscyplinarności i wielostronności oddziaływań służb interwencyjnych, które oprócz wsparcia psychologicznego, udzielają także pomocy materialno-bytowej, społecznej, prawnej, edukacyjnej, medycznej, informacyjnej i każdej, jakiej może potrzebować klient kryzysowy. Trzecia forma interwencji kryzysowej jest najszerszym ujęciem, bo w kontekście działalności społeczno-politycznej, i wiąże się z tym, że problem klienta zostaje przeniesiony na płaszczyznę proponowanych ogólnych rozwiązań i przemian systemowych uwzględniających ochronę i podnoszenie jakości życia osób z grup ryzyka kryzysowego czy całych społeczności.

Interwencja kryzysowa w praktyce może być zatem realizowana w kilku podstawowych formach⁶⁷:

- w formie ambulatoryjnej – dla tych osób, którym możliwe jest udzielenie pomocy z równoczesnym pozostawieniem ich w ich naturalnym środowisku, a które zgłaszają się osobiście lub są kierowane do ośrodka przez służby społeczne,
- w formie środowiskowej, udzielanej w miejscu zamieszkania osób w kryzysie przez tzw. interwencyjne służby ruchome,

⁶⁵ E. Leśniak, *Interwencja kryzysowa...*, op. cit., s. 59–64.

⁶⁶ Za: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 165–167.

⁶⁷ Patrz np. J. Szynkarczuk, *Interwencja kryzysowa i pomoc społeczna. Pomoc w nowych formach organizacyjnych*, (w:) H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych*, Poznań 1994, s. 186–187; E. Leśniak, *Modele ośrodków interwencji kryzysowej*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia...*, op. cit.; D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 517–518; A. Lipowska-Teutsch, *Wychować, wyleczyć, wyzwoić*, Warszawa 1993, rozdz. 9.

- w formie rozmów telefonicznych (jako właściwej interwencji lub wstępu do osobistego kontaktu⁶⁸),
- w formie pomocy stacjonarnej poprzez czasowe udzielenie schronienia w hostelach lub udostępnienie miejsca na oddziale kryzysowym, głównie dla osób, które znajdują się w sytuacji zagrożenia życia bądź bezpieczeństwa ze strony otoczenia albo wymagają obserwacji ich stanu psychicznego i czasowego wyłączenia z dotychczasowej codzienności.

Chociaż właściwym celem interwencji kryzysowej jest przezwyciężenie kryzysu przez osobę nim dotkniętą, to kryje ona w sobie także walory profilaktyczne oraz wiąże się i z prewencją pierwotną (zapobieganiem rozwojowi kryzysów i patologizacji w wymiarze ogólnospołecznym oraz optymalizacją funkcjonowania w społeczeństwie), i z prewencją wtórną (zapobieganiem głębszym patologiom w konsekwencji nierozwiązanych kryzysów oraz pomocą w przejściu i pozytywnym rozwiązaniu problemów wywołanych przez kryzys)⁶⁹. Udana interwencja kryzysowa⁷⁰ wydaje bowiem plony także w przyszłości, bo człowiek poszerza swoje możliwości i umiejętności radzenia sobie o nowe strategie⁷¹ (choć jeśli działanie interwencyjne nie przyniesie pożądanych efektów, istnieje niebezpieczeństwo osłabienia tych zdolności w przyszłości).

„Rzeczywistość kryzysu wydaje się jedną z najbardziej podstawowych ludzkich rzeczywistości. Jakkolwiek zazwyczaj bolesna, jest ona często błogosławiona ze względu na niezwykły potencjał człowieczeństwa, jaki wyzwala zarówno w tych, którzy przez kryzys przechodzą, jak i w tych, którzy starają się im w tej drodze pomocnie towarzyszyć. Jest jakąś tajemnicą fakt, że właśnie kryzys jest drogą rozwoju. Że trzeba płacić cenę cierpienia, jeśli chce się osiągnąć coś, co naprawdę ma wartość” – optymistycznie konkluduje Wojciech Szlagura⁷².

Oprócz lęku i niepewności, kryzys, po jego właściwym przepracowaniu, może więc nieść ze sobą także zacząć zmian na lepsze. Ale do tego, aby tak

⁶⁸ Więcej patrz także J. L. Greenstone, S. C. Leviton, *Interwencja...*, op. cit., rozdział VIII; D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 531–540.

⁶⁹ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 147; D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 609.

⁷⁰ Jednym z czynników warunkujących udaną interwencję kryzysową są przymioty i umiejętności interwentów. Szczegółowo na ten temat wypowiadają się np. R. K. James i B. E. Gilliland, patrz R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji...*, op. cit., zwłaszcza w rozdziale 2 i 3; W. Badura-Madej, J. Piątek, patrz W. Badura-Madej, J. Piątek, *Stres związany z pomaganiem ludziom w kryzysach*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia interwencji...*, op. cit.; D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 150–161.

⁷¹ W. Badura-Madej, *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu...*, op. cit., s. 30.

⁷² W. Szlagura, *Rzeczywistość kryzysu...*, op. cit.

się stało i powróciła równowaga psychiczna (autentyczna, a nie pozorna w postaci stanu transkryzysowego⁷³), potrzeba takiego podejścia interwencyjnego, które winno zapewniać płynność działania służb interwencyjnych, warunkując szybkość, ciągłość i efektywność pomocy w kryzysie⁷⁴.

Wybrana literatura

- Badura-Madej W., *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, (w:) W. Badura-Madej (wybór i oprac.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Katowice 1999.
- Greenstone J. L., Leviton S. C., *Interwencja kryzysowa*, tłum. M. Gajdzińska, Gdańsk 2004.
- Heszen-Niejodek I. (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, Poznań 2002.
- Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*, Katowice 1996.
- James R. K., Gilliland B. E., *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2004.
- Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010.
- Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. (red.), *Kryzys. Interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*, Toruń 2004.
- Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, T. M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, Kraków 2005.
- Szlagura W., *Pomaganie w kryzysie – wprowadzenie w problematykę interwencyjną* <<http://www.interwencjakryzysowa.pl>>.
- Szlagura W., *Rzeczywistość kryzysu – pojęcie, definicje, teorie, dynamika* <<http://www.interwencjakryzysowa.pl>>.

⁷³ Trzeba pamiętać, że nierzadko ludzie wstydzą się przyznać do tego, że przeżywają kryzys (bo na przykład obawiają się niezrozumienia ze strony otoczenia albo krytyki argumentowanej tym, że inni radzą sobie z podobnymi sytuacjami), więc osoby w kryzysie odbierają sobie prawo jego przeżywania. W ten sposób łatwo wpaść w pętlę kryzysu chronicznego.

⁷⁴ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa z perspektywy...*, op. cit., s. 164.

KŁĘSKA ŻYWIOŁOWA LUB EKOLOGICZNA

Czyli o tym, że statystyka nie dotyka tego,
co jest wewnątrz¹

Jak zauważył Krzysztof Kaniasty, odkrywanie złożonej natury psychologicznych skutków klęsk i katastrof jest szczególnie trudne, gdyż klęski ignorują granice geograficzne, społeczne, kulturowe i czasowe². Bez względu na to, czy pojawiły się z zaskoczenia, nagle, niespodziewanie, czy też były przewidywalne, z pewnym czasowym uprzedzeniem, oraz niezależnie od tego, czy rozprzestrzeniały się z wolna, czy gwałtownie – klęski i katastrofy są procesami, które niosą za sobą dramatyczne konsekwencje dla jednostek, rodzin, grup, społeczności lokalnych, województw, krajów czy regionów świata³. Niektóre skutki katastrof i klęsk są widoczne natychmiast, niektóre z opóźnieniem, na pewno jednak wcześniej czy później wpływają na różne aspekty życia, w wymiarze indywidualnym i społecznym, zwykle przynosząc szkody, sporadycznie – korzyści⁴.

Klęski żywiołowe i ekologiczne mieszczą się więc w obrębie zagrożeń kryzysowych. Istnieje wiele różnorodnych systemów podziałów w ramach praktycznie nieograniczonego zbioru zagrożeń. Są to m.in.⁵:

- 1) klasyfikacja zagrożeń ze względu na rodzajowy podział zagrożeń i skalę negatywnych skutków:

¹ Fragment zaczerpnięty z tekstu piosenki Mezo pt. *Czerwiec '56*.

² K. Kaniasty, *Klęska żywiołowa czy katastrofa społeczna. Psychologiczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*, Gdańsk 2003, s. 13.

³ Ibidem.

⁴ Ibidem.

⁵ K. Ficoń, *Inżynieria zarządzania kryzysowego. Podejście systemowe*, Warszawa 2007, s. 76–81.

- tzw. zagrożenia niskopoziomowe, tzn. o niskiej skali intensywności oddziaływania i małym poziomie szkodliwości (zdarzenia, incydenty, przypadki),
 - tzw. zagrożenia średniopoziomowe, tzn. o średniej skali intensywności oddziaływania i średnim poziomie szkodliwości (awarie, wypadki, zjawiska),
 - tzw. zagrożenia wysokopoziomowe, tzn. o wysokiej skali intensywności oddziaływania i wysokim poziomie szkodliwości (klęski, katastrofy, krachy, plagi),
 - tzw. zagrożenia ekstremalne, tzn. o bardzo wysokiej, katastroficznej skali intensywności oddziaływania i bardzo wysokim poziomie szkodliwości (kataklizmy, epidemie, wojny);
- 2) klasyfikacja zagrożeń ze względu na prognozowany czas neutralizacji i usuwania skutków zagrożeń;
 - 3) klasyfikacja zagrożeń ze względu na obszar (dziedzinę) kryzysowego oddziaływania, wyznaczone ze względu praktycznie na każdą sferę i dziedzinę życia społeczno-gospodarczego, społeczno-politycznego;
 - 4) klasyfikacja zagrożeń ze względu na potencjalne - realne i perspektywiczne - skutki i następstwa ich działania;
 - 5) klasyfikacja zagrożeń ze względu na rodzaj i naturę wywołujących je przyczyn, spowodowanych bądź mniej lub bardziej celowym oddziaływaniem człowieka, bądź losowym;
 - 6) klasyfikacja zagrożeń ze względu na zakres i obszar ich oddziaływania przestrzennego (od miejscowych, lokalnych po globalne);
 - 7) klasyfikacja zagrożeń ze względu na możliwość antycypowania ich rezultatów pod względem zasięgu, intensywności i szkodliwości - w aspekcie przewidywalności, prognozowania i potencjalnych możliwości ich zwalczania.

Zaznaczyć należy, że przywołane tu różne systemy podziału zagrożeń oczywiście nie wyczerpują wszystkich możliwych taksonomii szerokiego spektrum zagrożeń, a jedynie grupują je w pewne względnie jednorodne i rozłączne podzbiory.

Klęski można najogólniej podzielić na te, które spowodowane są przez siły natury i powstają niezależnie od działalności człowieka - są to katastrofy naturalne, nazywane klęskami żywiołowymi, oraz na powstające wskutek działalności człowieka, czyli katastrofy antropogeniczne, jak np. klęski ekologiczne.

Gdyby natomiast sięgnąć do rozróżnienia dokonanego przez L. M. Bramera w obrębie terminologii z obszaru kryzysów, to klęski żywiołowe i ekologiczne mieściłyby się w obrębie kryzysów środowiskowych, czyli takich, które „występują zazwyczaj wtedy, kiedy jakaś naturalna lub spowodowana

przez człowieka katastrofa dopada człowieka czy grupę (małą lub liczną) ludzi, którzy nie z własnej winy wpadają w nurt wywołanych przez katastrofę zdarzeń, mogących mieć negatywne skutki dla wszystkich członków społeczności zamieszkałej w ich środowisku”⁶.

Klęski żywiołowe

Podstawowy dychotomiczny podział zagrożeń dzieli je w pierwszej kolejności na zagrożenia naturalne (przedmiotowe, przyrodnicze) i nienaturalne (podmiotowe, cywilizacyjne)⁷. Klęski żywiołowe mieściłyby się głównie w pierwszej wyróżnionej tu grupie (choć mogą być także spowodowane np. pożarami wywołanymi z winy, niewiedzy lub lekkomyślności człowieka, co lokuje je w grupie zagrożeń technicznych, cywilizacyjnych⁸). Warto więc przyrzeć się bliżej dalszym podziałom w jej obrębie; wyróżnia się tu zatem szereg zagrożeń, które mogą stać się bezpośrednią przyczyną omawianych tu klęsk:

- zagrożenia kosmiczne (np. promieniowanie kosmiczne, promieniowanie słoneczne, kolizje kosmiczne, obce formy życia i cywilizacji);
- zagrożenia klimatyczne (np. powodzie, lawiny, susze, upały, oblodzenia, zaspasy śnieżne, huragany, tornada, burze i wyładowania atmosferyczne, potęgowanie efektu cieplarnianego);
- zagrożenia tektoniczne (np. trzęsienia ziemi, erupcje wulkanów, fale tsunami, zakłócenia magnetyzmu ziemskiego);
- zagrożenia biologiczne (np. choroby zakaźne, epidemie, pandemie, choroby klimatyczne, skażenia wody i żywności)⁹.

Mimo że klęska żywiołowa jest zwykle zdarzeniem wywołanym siłami natury, człowiek może w pośredni sposób przyczynić się do jej powstania.

Pomocnym w rozumieniu klęski żywiołowej jest jej definicja zawarta w art. 3.1. Ustawy o stanie klęski żywiołowej z dnia 18 kwietnia 2002 roku, w świetle której oznacza ona katastrofę naturalną lub awarię techniczną, których skutki zagrażają życiu lub zdrowiu dużej liczby osób, mieniu w wielkich rozmiarach albo środowisku na znacznych obszarach, a pomoc i ochrona mogą być skutecznie podjęte tylko przy zastosowaniu nadzwyczajnych środków, we współdziałaniu różnych organów i instytucji oraz

⁶ L. M. Brammer 1985, za: R. K. James, B. E. Gilliland, *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. A. Bidziński, Warszawa 2004, s. 29.

⁷ K. Ficoń, *Inżynieria zarządzania kryzysowego...*, op. cit., s. 83.

⁸ Ibidem, s. 90-91.

⁹ Ibidem, s. 83-89.

specjalistycznych służb i formacji działających pod jednolitym kierownictwem¹⁰. Również ta ustawa wyjaśnia, jaki jest w Polsce tryb wprowadzania i znoszenia stanu klęski żywiołowej, a także określa zasady działania organów władzy publicznej oraz zakres ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela w czasie stanu klęski żywiołowej.

Rozmiary klęsk żywiołowych zależą od szeregu czynników: rodzaju i intensywności katastrofy, od gęstości zaludnienia, od przygotowania ludności do tego typu zagrożeń.

Klęski ekologiczne

Intensywna, celowa ingerencja człowieka w naturalne środowisko przyrodnicze spowodowała, że stało się ono źródłem wtórnych zagrożeń dla jego bezpieczeństwa, dla wszystkich form życia społecznego, gospodarczego, a przede wszystkim biologicznego na Ziemi¹¹. Szczególnie groźna jest degradacja atmosfery, hydrosfery, pedosfery i biosfery¹². Ta mająca negatywne skutki działalność człowieka prowadzić może do wywołania stanu, który można nazwać klęską ekologiczną¹³. W ekologii jest ona definiowana jako nieodwracalna zmiana struktury i funkcji ekosystemów, zachodząca bez możliwości wytworzenia się zespołów lub ogniw zastępczych (kompensacyjnych) w wyniku zachwiania równowagi w tych ekosystemach¹⁴. Wiąże się więc ze spustoszeniem sporego obszaru przyrodniczego, spowodowanym działalnością człowieka, i występuje w takim nasileniu, że zaburza strukturę i funkcjonowanie ekosystemów, utrudnia lub uniemożliwia ich samoodtworzenie. Skrajną postacią destrukcji środowiska przyrodniczego jest katastrofa ekologiczna (choć niekiedy pojęcie klęski ekologicznej jest

¹⁰ Ustawa ta w tym samym artykule wyjaśnia, czym jest katastrofa naturalna – określa ją jako zdarzenie związane z działaniem sił natury, jak: wyładowania atmosferyczne, wstrząsy sejsmiczne, silne wiatry, intensywne opady atmosferyczne, długotrwałe występowanie ekstremalnych temperatur, osuwiska ziemi, pożary, susze, powodzie, zjawiska lodowe na rzekach i morzu oraz jeziorach i zbiornikach wodnych, masowe występowanie szkodników, chorób roślin lub zwierząt albo chorób zakaźnych ludzi, albo też działanie innego żywiołu. Awarię techniczną definiuje natomiast jako gwałtowne, nieprzewidziane uszkodzenie lub zniszczenie obiektu budowlanego, urządzenia technicznego lub systemu urządzeń technicznych powodujące przerwę w ich używaniu lub utratę ich właściwości; patrz Ustawa o stanie klęski żywiołowej z dnia 18 kwietnia 2002 roku (Dz. U. Nr 62, poz. 558)

¹¹ K. Ficoń, *Inżynieria zarządzania kryzysowego...*, op. cit., s. 106–107.

¹² Ibidem, s. 109–115.

¹³ Niestety pojęcie klęski ekologicznej nie zostało sprecyzowane w zapisach polskiego prawa.

¹⁴ *Biologia. Encyklopedia multimedialna PWN*. Warszawa 2003.

używane zamiennie z pojęciem katastrofy ekologicznej), przez którą rozumie się „załamanie równowagi dynamicznej ekosystemu wskutek uszkodzenia lub zniszczenia jego struktury bądź funkcji w takim zakresie, że uniemożliwione jest działanie naturalnych mechanizmów (regeneracje, samoczyszczenia, kompensacje). Katastrofa oznacza tak daleko posuniętą destrukcję środowiska, że podjęcie środków zaradnych jest niemożliwe lub nadzwyczaj utrudnione”¹⁵.

Reakcje indywidualne i społeczne na własne i cudze doświadczenia klęski żywiołowej lub ekologicznej

Dla lepszego zrozumienia specyfiki reakcji ofiar na katastrofę wyróżnia się pewne stadia, jak uczynili to np. Pennebaker i Harber (1993), wskazując na istnienie fazy ostrego zagrożenia (cechuje ją silne pobudzenie fizyczne, silne negatywne emocje, zaburzenia poznawcze, nieprzyjemne objawy somatyczne i zaburzenia relacji interpersonalnych), fazy zahamowania i unikania (ofiary przestają mówić o katastrofie, swoich reakcjach i przeżyciach, nie ustają jednak wtedy jeszcze myśli i koszmary senne dotyczące katastrofy) oraz fazy adaptacji (stopniowo symptomy zaburzeń traumatycznych wygasają i zwykle po 6–18 miesiącach następuje powrót do pełnego zdrowia i równowagi)¹⁶.

Kłęski i katastrofy mogą pociągać za sobą zarówno natychmiastowe poczucie traumy (wynikającej z przeżycia strachu związanego z otarciem się o śmierć, z doznania fizycznych urazów ciała czy doświadczenia śmierci innych), jak i długotrwały, wielowymiarowy stres¹⁷. Oprócz strat obliczalnych w wymiarze materialnym, finansowym, niosą ze sobą straty, których oszacować nie sposób: utratę rzeczy o znaczeniu symbolicznym i emocjonalnym oraz utratę poczucia bezpieczeństwa, wiary w sprawiedliwy świat, poczucia własnej wartości, optymistycznej postawy wobec przyszłości i zaufania we własne siły¹⁸.

Negatywne zmiany w psychice uczestników katastrof mogą przyjmować zróżnicowaną wielkość, powstałą pod wpływem pewnych specyficznych czynników, które można poszeregować, jak uczynił to Perry: poziom przygotowania wspólnoty do samoratownia się w sytuacji katastrofy, zakres i siła niszcząca katastrofy, trwanie katastrofy (czas wywierania niszczącego wpływu), stopień degradacji relacji społecznych oraz zakres uszkodzeń

¹⁵ K. R. Mazurski, *Podstawy socjologii*, Wrocław 1998, s. 65–67.

¹⁶ Za: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 476–477.

¹⁷ K. Kaniasty, *Kłęska żywiołowa czy...*, op. cit., s. 17.

¹⁸ Ibidem, s. 17, 251.

w mieniu zaistniałych wskutek katastrofy, powstanie reakcji żalu i smutku, stopień niestabilności psychologicznej uczestników katastrofy, poziom umiejętności radzenia sobie uczestników katastrofy oraz dostępność wsparcia społecznego, pomocy i rehabilitacji psychologicznej dla uczestników katastrofy¹⁹.

W literaturze obcojęzycznej odnaleźć można wiele wyników badań (mniej lub bardziej rzetelnie przeprowadzonych) dotyczących psychologicznych konsekwencji wydarzeń kryzysowych związanych z klęskami żywiołowymi i różnego rodzaju katastrofami²⁰. Przeglądu takich studiów empirycznych dokonał między innymi zespół pod kierownictwem Fran H. Norris, syntetyzujący wyniki, badań obejmujących ponad 160 prób badawczych (o całkowitej liczbie ofiar wynoszącej ponad sześćdziesiąt tysięcy ofiar), rozproszonych w ponad 250 artykułach i książkach opublikowanych w języku angielskim w latach 1981–2001²¹. Pomimo dość silnego zróżnicowania metodologicznego i innych cech analizowanych wyników badań, dokonano ich zsumowania w obrębie wyróżnionych 6 grup zmiennych. I tak w 77% prób badawczych obejmujących ten przegląd odnotowano specyficzne zaburzenia psychiczne, przy czym najczęściej pojawił się zespół stresu pourazowego (PTSD) – 68%, depresja – 36% oraz stany lękowe i ich pochodne – 20%, zaś dodatkowo grupa niespecyficznych wskaźników poczucia dystresu została odnotowana u 39% badanych ofiar klęsk i katastrof. Trzecia grupa wyróżnionych zmiennych to problemy i dolegliwości zdrowotne, a te odnotowano w 23% uwzględnionych w przeglądzie prób (zwłaszcza różnego rodzaju dolegliwości fizyczne, fizjologiczne wskaźniki poczucia dystresu oraz skutki pokryzysowego wzrostu konsumpcji alkoholu, narkotyków, papierosów i leków). Do czwartej kategorii zakwalifikowano ogólnie rozumiane problemy życiowe doświadczane przez ofiary i inne osoby zamieszkujące tereny dotknięte kryzysem; w 10% udokumentowano, iż ofiary kryzysów częściej niż osoby nieposzkodowane doświadczały różnego rodzaju negatywnych wydarzeń życiowych i codziennych problemów (takich jak: problemy finansowe, konflikty z innymi ludźmi, kłopoty związane z procesem likwidowa-

¹⁹ Za: R. Studenski, *Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacji zagrożenia katastrofą lub kataklizmem*, (w:) K. Popiołek (red.), *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*, Poznań 2001, s. 306.

²⁰ Podpowiedzi w tej kwestii poszukać można w: K. Kaniasty, *Kłęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 17, 25–36.

²¹ Członkiem tego zespołu był prof. K. Kaniasty. Przegląd ten ukazał się w jednym z numerów czasopisma „Psychiatria” z 2002 roku, ale skrót jego wyników zawarty został także w przywoływanej wcześniej pozycji autorstwa K. Kaniastego – patrz K. Kaniasty, *Kłęska żywiołowa czy...*, op. cit., s. 18–25. Poniżej przytaczane dane są właśnie stamtąd zaczerpnięte. Tam też znajduje się dokładny opis metodologii i wyników badań przeprowadzonych pod kierownictwem K. Kaniastego na Opolszczyźnie po powodzi w lipcu 1997 roku.

nia szkód i powrotu do normalności); pokryzysowa obecność tych wtórnych stresorów traktowana jest jako jeden z mechanizmów wyjaśniających długotrwałe konsekwencje klęsk i katastrof, ponieważ pośredniczą one pomiędzy bezpośrednim doświadczeniem kryzysu a późniejszym, często odroczone lub chronicznym pogorszeniem się dobrostanu psychicznego i społecznego mieszkańców terenów dotkniętych klęską. U 9% przebadanych ofiar zaobserwowano pokryzysowe obniżenie się ich poczucia spostrzeganego wsparcia społecznego, poczucia więzi społecznej, poczucia sprawstwa, skuteczności, kontroli lub optymizmu. Ostatnia grupa analizowanych zmiennych dotyczyła wyłącznie prac empirycznych, w których respondentami były dzieci i młodzież, i u nich stwierdzono nadmierną zależność od dorosłych, częste napady złości, lęk przed separacją, zachowania agresywne, zachowania antyspołeczne oraz kolizje z prawem (przy czym zaobserwowano tu wyższy poziom zaburzeń psychicznych i zdrowotnych niż w badaniach dorosłych ofiar).

Ewidentnie więc, choćby na postawie tego przeglądu prac, wynika, że przeważająca część badań empirycznych udokumentowała nasilenie się problemów psychicznych i zdrowotnych wśród ofiar klęsk żywiołowych i katastrof wynikających z działalności ludzkiej (zwykle u większości poszkodowanych problemy te zanikają w ciągu roku albo dwóch, bywa jednak, że dolegliwości te towarzyszą im przez całe lata)²².

W zależności od specyfiki zdarzenia lub zdarzeń traumatycznych mogą pojawić się różne reakcje, niemniej każdy uraz psychiczny odciska swoje piętno w psychice doświadczających go osób (silniej lub słabiej, w zależności od różnych zmiennych)²³.

Rodzaje reakcji ludzkich na traumatyczne wydarzenia, jako odpowiedź na uczestnictwo osoby w spustoszeniu zasobów materialnych i psychicznych, jakie między innymi czynią żywioły, można poszeregować według kryterium czasu pojawienia się i trwania reakcji na uraz:

Ostra reakcja na stres (ASR – *Acute Stress Reaction*)²⁴

Pojawia się w ciągu godziny po działaniu stresora i trwa do ok. 48 godzin po jego zaistnieniu. Obejmuje dwie grupy objawów: typowe dla zabu-

²² K. Kaniasty, *Kłęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 17.

²³ Klasyfikacja DSM IV jako jednostki diagnostyczne dotyczące reakcji na uraz psychiczny wymienia zespół ostrego stresu (ASD) i zespół stresu pourazowego (PTSD), zaś klasyfikacja ICD-10 zawiera: ostrą reakcję stresową, zespół stresu pourazowego i trwałą zmianę osobowości po katastrofach.

²⁴ Opis za: A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia*, (w:) J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red. nauk.), *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, Warszawa 2009, s. 40.

zenia lękowego uogólnionego i specyficzne dla ostrej reakcji na stres. Do pierwszej grupy zalicza się m.in. wzbudzenie układu autonomicznego, poczucie nierealności, obawa utraty kontroli, poczucie odrętwienia, objawy napięcia. Specyficzne objawy natomiast opisywane są jako tzw. stupor dysocjacyjny (znieruchomienie i brak kontaktu osoby z otoczeniem), zawężenie uwagi, dezorientacja, gniew lub agresja słowna, rozpacz, bezcelowa aktywność, żaloba uznawana w danym kontekście kulturowym za nadmierną lub wymykająca się spod kontroli.

Ostre zaburzenie stresowe (ASD – *Acute Stress Disorder*)²⁵

Trwa co najmniej 2 dni i nie dłużej niż 4 tygodnie, a występuje w ciągu 4 tygodni od traumatycznego zdarzenia. Kryteria diagnostyczne DSM-IV w przypadku ostrego zaburzenia stresowego wskazują na przeżycie dramatycznej sytuacji lub bycie jej świadkiem, zetknięcie się ze śmiercią, bezpośrednim zagrożeniem życia, poważnym okaleczeniem lub doświadczeniem zagrożenia własnej integralności fizycznej i integralności fizycznej osób trzecich; typowe reakcje to silny strach, poczucie bezradności, przerażenie, poczucie odrętwienia, dystansu, zawężenie świadomości tego, co dzieje się wokół, brak odczuwania emocji w reakcji na bodźce, dysocjacje (np. poczucie odrealnienia, depersonalizację lub częściowe amnezje).

Syndrom PTSD (*posttraumatic stress disorder*)²⁶

Początek zaburzenia następuje po urazie, ale po okresie utajenia, który może trwać od kilku tygodni do kilku miesięcy. W Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 syndrom ten (F43.1) określa się jako efekt opóźnionej lub/i przedłużonej reakcji na stresujące, wyjątkowo zagrażające lub katastrofalne przeżycie albo sytuację stresową (krótkotrwałą lub długotrwałą). Typowe objawy obejmują przeżywanie na nowo urazowej sytuacji w natrętnych wspomnieniach (reminiscencjach – *flashbacks*) i koszmarach sennych. Pojawiają się one na tle poczucia odrętwienia i przytępienia uczuciowego, afektywnego „wypalenia” i braku reaktywności (emocjonalnego znieczulenia), odizolowania od innych ludzi, wyłączenia, odizolowania, niereagowania na otoczenie i zawężenia kontaktów społecznych. Towa-

²⁵ Opis za: ibidem, s. 40–42.

²⁶ Pojęcie stresu pourazowego zostało rozpowszechnione przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w latach 80. XX wieku. Stopniowo poznawano jego istotę i formułowano katalog typowych objawów, niemniej przełomowym momentem dla opracowania kryteriów diagnostycznych była tragiczna powódź w Zachodniej Wirginii w 1972 roku, której ofiary badano przez kolejne lata. Za: W. Sikorski, *Praktyczne wskazania do diagnozy i interwencji kryzysowej w przypadku osób po doznanym urazie*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys.*

rzyszyć temu może niezdolność do przeżywania przyjemności (anhedonia), a także wycofanie się z różnych form aktywności życiowej oraz unikanie sytuacji, czynności, rozmów, miejsc i ludzi, które mogłyby reaktywować wspomnienie przebytego urazu. Zazwyczaj u osoby występuje stan nadmiernego pobudzenia wegetatywnego ze wzmożonym stanem czuwania, wzmożoną reaktywnością na bodźce, wzmożonym niepokojem, drażliwością oraz zaburzeniami snu. Z powyższymi objawami i zmianami często związane są lęk i depresja oraz nierzadko występują myśli samobójcze. Osoba z tym zaburzeniem może znacząco ograniczyć swoje zainteresowania, życiowe ambicje i perspektywy.

Trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)²⁷

Według ICD-10 (F62.0) w rozpoznaniu należy potwierdzić wyraźną i utrwaloną zmianę w indywidualnym wzorcu spostrzegania, odnoszenia się i myślenia w stosunku do otoczenia i siebie w następstwie stresu o rozmiarach katastrofy. Zmiana osobowości musi być wyraźna, a nowe cechy winny charakteryzować się sztywnością i przejawiać w dezadaptacyjnym funkcjonowaniu przez co najmniej 2 lata po traumatycznym zdarzeniu, w co najmniej niżej wskazanych obszarach: 1) stałej wrogości i nieufnej postawie w stosunku do świata, 2) społecznym wycofaniu (unikaniu kontaktów z osobami innymi niż z najbliższego otoczenia), 3) stałym poczuciu pustki i bezradności, trudnościach w wyrażaniu uczuć agresywnych lub negatywnych, narastającej zależności od innych, obniżonym nastroju, 4) trwałym poczuciu znalezienia się „na krawędzi” lub zagrożenia, pomimo braku zewnętrznych przyczyn, z towarzyszącą mu wzmożoną czujnością i drażliwością, 5) stałym poczuciu odmienności od innych (wyobcowania) wraz z emocjonalnym odrętwieniem.

Warto w tym miejscu przypomnieć o istnieniu „siostrzanego” syndromu PTSD, jakim jest wtórny zespół stresu pourazowego (STSD – *secondary trau-*

Interwencja i pomoc społeczna, Toruń 2003, s. 177–179. Zainteresowanych szerszymi analizami odesłać można m.in. do książki pt. *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), Warszawa 2009, a także do artykułu A. Cebelli i I. Łuckiej, pt. *Zespół stresu pourazowego – rozumienie i leczenie*, zamieszczonego w czasopiśmie „Psychiatria” nr 3, tom 4, 2007, do tekstu M. Wysockiej-Pleczyk i P. Passsowicza pt. *Możliwość zapobiegania rozwojowi PTSD u świadków katastrof*, (w:) K. Popiołek, A. Bańka (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń*, Poznań 2007, do artykułu B. Borysa pt. *Współczesne poglądy na temat następstw psychicznych doznanej traumy*, (w:) P. Próchniak (red.), *Pomoc psychologiczna – wybrane zagadnienia*, Słupsk 2006 czy też do fragmentu publikacji D. Kubackiej-Jasieckiej, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit. (część IV, rozdział 7).

²⁷ Opis za: A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychopatologia reakcji...*, op. cit., s. 46.

matic stress disorder), który charakteryzuje się takimi samymi objawami jak PTSD, ale różna jest ich etiologia, tzn. przyczyną lęku w STSD nie jest bezpośredni kontakt z traumatycznymi wydarzeniami (jak ma to miejsce w PTSD), lecz bycie świadkiem wydarzeń trudnych dla innych ludzi (czyli zaburzenie to występuje najczęściej wśród osób, które z racji swojej pracy mają kontakt z traumatycznymi dla innych ludzi wydarzeniami, np. wśród policjantów, lekarzy pogotowia ratunkowego czy strażaków).

Jak wynika z powyższego opisu, doświadczenie traumy wywołuje skutki przewyższające możliwości samodzielnego poradzenia sobie z nimi w sferze psychicznej.

Krzysztof Kaniasty podkreślił, że z punktu widzenia nauk społecznych esencją tych kryzysów, o których była mowa powyżej, jest „dynamiczne przeplatanie się indywidualnych (jednostkowych) i społecznych (grupowych) doświadczeń. Charles E. Fritz, jeden z pierwszych badaczy klęsk i katastrof, ponad czterdzieści lat temu trafnie stwierdził, iż cechą definicyjną takich wydarzeń jest to, że stają się one fundamentalnym zakłóceniem społecznego kontekstu funkcjonowania jednostek i grup (Fritz 1961). Cierpienie jednostek współwystępuje z cierpieniem innych ludzi. Stratom i korzyściom, upadkowi i odnowie towarzyszą zmagania zarówno indywidualne, jak i grupowe. Istoty stresu doświadczanego przez jednostki nie można zrozumieć bez uwzględnienia kolektywnej rzeczywistości stresu w obszarze psychologicznym, społecznym, ekologicznym, politycznym czy kulturowym”²⁸. Ważność tego spostrzeżenia o interakcyjnym charakterze doświadczenia klęski nabiera siły w kontekście działań zaradczych jednostek i ich środowisk, które w tej sytuacji stają się współzależnymi i wzajemnie się uzupełniającymi (choć w danym momencie raz jeden aspekt może dominować, a drugi pozostawać w tle, to i tak jego wpływ, aktualnie mniej widoczny, nie zanika) – zmagania jednostek przekształcają się bowiem w reakcje wspólnoty i współdefiniują społeczną tożsamość działań zaradczych grupy, zaś zmagania na poziomie grup społecznych mogą osłabiać lub wzmacniać reakcje jednostek²⁹.

Niekiedy bywa tak, że w obliczu najbardziej dramatycznych i tragicznych okoliczności życiowych ich ofiary często wpadają w wir działania – zarówno przed uderzeniem żywiołu, jak i po nim, i poszkodowani, i obserwatorzy wykazują się wysokim stopniem aktywności, a tuż po katastrofie tworzy się braterska i wzajemnie sobie pomagająca wspólnota, charakteryzująca się poczuciem jedności i solidarności, altruizmem oraz gotowością do poświęceń dla innych³⁰. Niestety jednak, wraz z upływem czasu, bliskość,

²⁸ K. Kaniasty, *Klęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 13–14.

²⁹ Ibidem, s. 14.

³⁰ Ibidem, s. 37–40.

braterstwo, życzliwość i dobroczynność w poszkodowanych społecznościach z czasem podlega erozji³¹, przemija tzw. faza heroizmu, ustępuje miejsca głębokiej świadomości nieodwracalnych strat, żaloby, zniszczenia i goryczy³², poczuciu niemocy i bezradności. „Społeczności dotknięte kłeskami żywiołowymi wręcz rutynowo przechodzą dramatyczną przemianę z początkowej obfitości aktów wzajemnej pomocy i poczucia jedności do – często nieuniknionego – długoterminowego wyczerpania się zasobów wsparcia społecznego i poczucia deterioracji w relacjach międzyludzkich. Objawia się to głównie poprzez zmniejszenie częstości kontaktów z innymi, poczucie osamotnienia i braku przynależności oraz wzrost potencjału konfliktów interpersonalnych”³³. Ponadto „sam proces udzielania pomocy ofiarom może nasilić poczucie nieufności, krzywdy i nierówności społecznej. Naturalny podział na bardziej i mniej poszkodowanych, jak i na pomagających i na obserwatorów początkowo oddziałuje korzystnie, koordynując proces mobilizacji społeczeństwa do pomocy. Z czasem może jednak przekształcić się w źródło niesnasek, zawiści i konfliktów. Oczywiście, im bardziej zauważalnie dystrybucja pomocy odbiega od zasady względnych potrzeb i staje się niezrozumiała lub niesprawiedliwa, tym bardziej prawdopodobne jest powstanie u części ofiar realnego lub wyobrażonego poczucia krzywdy i odsunięcia. (...) Całe objęte kryzysem społeczeństwo może się mimowolnie wplątać w psychologicznie bolesne podziały na zadowolone oraz zawiedzione czy zazdrosne grupy ofiar i ofiarodawców”³⁴.

Ponieważ kłęski i katastrofy stanowią różnorodny zbiór wydarzeń kryzysowych, to każde takie wydarzenie stwarza specyficzne potrzeby i stawia specyficzne wyzwania³⁵. Ta ich specyfika bierze się stąd, że uderzają w człowieka wielostronnie, działają w sposób nagły i totalny, bez możliwości przeciwdziałania, zagrażają zdrowiu, życiu, mieniu i relacjom społecznym, stawiając człowieka w polu zdarzeń nieprzewidywalnych, naruszając jego dotychczasowe bezpieczeństwo funkcjonowania oraz dotykając go stanem niemocy i konieczności poddania się, dotąd nieznanym w swej sile³⁶. Likwidacja skutków kłesk żywiołowych powinna więc toczyć się dwutorowo: działania mające na celu odbudowę infrastruktury i wyrównanie strat materialnych powinny iść w parze z niwelowaniem konsekwencji natury psychicznej.

³¹ Ibidem, s. 241.

³² Ibidem, s. 66.

³³ Ibidem, s. 67.

³⁴ Ibidem, s. 76–77.

³⁵ Ibidem, s. 13.

³⁶ K. Popiołek, *Deficyty wsparcia społecznego w sytuacji kłęski żywiołowej*, (w:) K. Popiołek (red.), *Człowiek w sytuacji...*, op. cit., s. 343.

Podstawowe formy pomocy dla poszkodowanych przez klęski żywiołowe (zwłaszcza tych, którzy nie skorzystali z zabezpieczeń w postaci różnorodnych ubezpieczeń) uporządkować można ze względu na ich odbiorców³⁷:

- pomoc dla osób i rodzin świadczona przez agendy państwowe
 - poszkodowani i ich bliscy mogą korzystać ze świadczeń przewidzianych w systemie świadczeń społecznych:
 - 1) zapewnienie schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania osobom lub rodzinom tego pozbawionym, na mocy art. 48 Ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku³⁸;
 - 2) bezzwrotne zasiłki celowe dla gospodarstw domowych w wysokości do 6 tys. zł: są to środki finansowe na pierwszą, podstawową pomoc socjalną, na zakup m.in.: żywności, leków, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego itp., uruchamiane przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji na wniosek właściwego terytorialnie wojewody; podstawą do określenia wielkości przyznanej pomocy są wywiady środowiskowe przeprowadzone przez pracowników socjalnych z gminnych (miejskich) ośrodków pomocy społecznej i one również dokonują ich wypłaty w drodze decyzji administracyjnej³⁹;
 - 3) zasiłki na prace remontowo-budowlane (w wysokości do 20 tys. zł) oraz na odbudowę domu lub na zakup nowego domu, mieszkania lub działki budowlanej albo budowę domu w innym miejscu (w wysokości do 100 tys. zł): aby je uzyskać, poszkodowany musi złożyć wniosek do gminnego/miejskiego ośrodka pomocy społecznej i spełnić pewne wymogi⁴⁰;

³⁷ Niektóre z opisanych tu form są uniwersalne bez względu na przyczynę ich powstania i zaistnienie w czasie, niektóre natomiast są konkretną odpowiedzią społeczną na konsekwencje powodzi z 2010 roku.

³⁸ Mowa o tym w pkt. 2-4, które brzmią następująco: 2. Udzielenie schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca noclegowego w noclegowniach, schroniskach, domach dla bezdomnych i innych miejscach do tego przeznaczonych. 3. Przyznanie niezbędnego ubrania następuje przez dostarczenie osobie potrzebującej bielizny, odzieży i obuwia odpowiednich do jej indywidualnych właściwości oraz pory roku. 4. Pomoc doraźna albo okresowa w postaci jednego gorącego posiłku dziennie przysługuje osobie, która własnym staraniem nie może go sobie zapewnić.

³⁹ Informacje zamieszczone na stronie internetowej <<http://www.powodz.pl/pomoc-finansowa-dla-powodzian>> [19.08.2010]. Trzeba tu dodać, że zgodnie z art. 40 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej świadczenia te przyznawane są niezależnie od dochodu osoby lub rodziny ubiegającej się o ich przyznanie, a ich przyznawanie i wypłata odbywa się w ramach realizacji zadań zleconych gminie z zakresu administracji rządowej.

⁴⁰ Ibidem.

- 4) Rada Ministrów może podjąć decyzję o uruchomieniu dodatkowych środków na realizację wypłaty jednorazowego świadczenia pieniężnego dla dzieci, które dotknęła klęska. Tak stało się po powodziach w 2010 roku: w ramach rządowego programu pomocy uczniom w 2010 roku – „Wyprawka szkolna” oraz wypłaty uczniom zasiłku powodziowego na cele edukacyjne, wysokość tzw. zasiłku powodziowego, wypłacanego na dziecko (z tych rodzin, które otrzymały do 6 tys. wsparcia z pomocy społecznej), które w roku szkolnym 2009/2010 realizowało roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, obowiązek szkolny lub obowiązek nauki w każdym typie szkoły, wynosiła 1000 zł⁴¹;
- kredyty preferencyjne na remonty i odbudowę mieszkań i budynków mieszkalnych, objęte dopłatami do oprocentowania realizowanymi z budżetu państwa⁴²;
 - ułatwienia w remontach, odbudowie i rozbiórce budynków zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu⁴³;
 - odpowiednio wcześniej zapewniona pomoc w postaci interwencji kryzysowej dla osób, które doświadczyły urazu i stresu, nastawiona na bezpośrednie niwelowanie ich skutków⁴⁴; jak uważa Wiesław Sikorski, jej nadrzędnym celem powinno być usunięcie dyskomfortu emocjonalnego (nadmiernego lęku, obniżonego nastroju), poprawa

⁴¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 28 maja 2010 roku w sprawie szczegółowych warunków udzielania pomocy finansowej uczniom na zakup podręczników oraz wypłaty uczniom zasiłku powodziowego na cele edukacyjne (Dz. U. Nr 95, poz. 612) oraz późniejsze modyfikujące je rozporządzenia.

⁴² Ustawa z dnia 8 lipca 1999 roku o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielonych na usuwanie skutków powodzi (Dz. U. Nr 62, poz. 690 z późn. zm.) oraz Ustawa o zmianie ustawy o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu oraz niektórych innych ustaw z dnia 6 sierpnia 2010 roku (Dz. U. Nr 149, poz. 996).

⁴³ Ustawa z dnia 11 sierpnia 2001 roku o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. Nr 84, poz. 906) oraz Ustawa o zmianie ustawy o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu oraz niektórych innych ustaw z dnia 6 sierpnia 2010 roku (Dz. U. Nr 149, poz. 996).

⁴⁴ Ma to niemałe znaczenie, gdyż znacznie częściej i dotkliwiej doświadczają lęku, odrętwienia psychicznego i skłonności do odtwarzania w przeżyciach doznanego urazu osoby, wobec których podjęto późną interwencją, po upływie 3 i więcej miesięcy od krytycznego zdarzenia; za: W. Sikorski, *Praktyczne wskazania do diagnozy...*, op. cit., s. 185. Więcej na temat przebiegu i strategii indywidualnej interwencji kryzysowej patrz: D. Kubacka-Jasiecka, *Z problematyki interwencji w kryzysie – zagadnienia wybrane*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997, s. 120-123.

funkcjonowania psychospołecznego (przywrócenie poprzedniej aktywności, wyzbycie się poczucia wyobcowania i obojętności), wzmocnienie mechanizmów obronnych osobowości umożliwiających radzenie sobie z objawami reakcji kryzysowej, znalezienie mocnych stron osoby i ich doskonalenie, dostarczenie wsparcia emocjonalnego i przeprowadzenie edukacji na temat charakterystycznego przebiegu reakcji pourazowej⁴⁵;

- pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla ofiar klęsk, u których już zdiagnozowano objawy zespołów postresowych, zaburzeń potraumatycznych⁴⁶ (trudne i intensywne doświadczenia traumatyczne wymagają kontynuacji pracy z nimi i nad nimi w ramach sesji psychoterapeutycznych⁴⁷; interwencja kryzysowa zwykle jest traktowana jako działanie poprzedzające podjęcie przez osobę właściwej psychoterapii, zwykle najpierw w formie sesji indywidualnych, a następnie pracy terapeutycznej w grupie⁴⁸);
- inicjatywy organizacji pozarządowych, uzupełniające działalność pomocową państwa
 - Polski Czerwony Krzyż⁴⁹ - zwykle każdą akcję pomocy zaczyna od doraźnego wsparcia materialnego, wykorzystując zgromadzone w magazynach interwencyjnych przedmioty podstawowego użytku, jak: koce, śpiwory, pościel, karimaty, odzież, bieliznę, łóżka polowe, naczynia i inne sprzęty domowe oraz zaopatrując ludność w żywność, wodę, środki czystości, a nierzadko także zapewniając noclegi; w sytuacjach szczególnie trudnych PCK zwraca się do społeczeństwa z prośbą o wsparcie, ogłaszając apel o zasięgu lokalnym lub ogólnopolskim (m.in. otwierając specjalne konto bankowe, na którym gromadzone są środki finansowe na rzecz osób poszkodowanych), a gdy skala klęski przekracza możliwości całego stowarzyszenia apel,

⁴⁵ Szczegółowo na temat, z uwzględnieniem praktycznych wytycznych, patrz: W. Sikorski, *Praktyczne wskazania do diagnozy...*, op. cit., s. 186–190.

⁴⁶ Interesująco na ten temat wypowiedzieli się: J. Heitzman - J. Heitzman, *Zaburzenia potraumatyczne - możliwości psychoterapeutyczne, przegląd koncepcji*, (w:) J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy...*, op. cit.; A. Popiel i E. Pragłowska - A. Popiel, E. Pragłowska, *Terapia zaburzeń potraumatycznych*, (w:) ibidem; oraz D. Kubacka-Jasiecka - D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 437–458, 487–497.

⁴⁷ O różnicach pomiędzy interwencją kryzysową a pomocą psychologiczną oraz psychoterapią patrz: D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach ...*, op. cit., s. 608–620.

⁴⁸ W. Sikorski, *Praktyczne wskazania do diagnozy...*, op. cit., s. 190–191.

⁴⁹ Informacje zaczerpnięte ze strony internetowej PCK z zakładki: klęski i katastrofy <<http://www.pck.pl/pages,15.html>> [19.08.2010].

za pośrednictwem Międzynarodowej Federacji Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy, trafia na forum międzynarodowe, co uruchamia wsparcie ze strony bratnich stowarzyszeń; jak zostało to podkreślone: kryzysowe stany klęsk i katastrof zawsze wymagają nadzwyczajnych nakładów pracy, zaangażowania koordynacyjnego i logistycznego w zarządzaniu środkami pomocy oraz ich dystrybucją, ciężar tych prac spoczywa na pracownikach biur PCK, niemniej jednak sukces każdego przedsięwzięcia charytatywnego zależy przede wszystkim od ofiarodawców i wolontariuszy – to oni odgrywają główną rolę; kolejne fazy pomocy mają charakter długofalowy – zmierają do odbudowy zniszczonych zabudowań, a następnie sukcesywnego wyposażania domostw, a to wymaga zaopatrzenia uszkodzonych w materiały remontowo-budowlane, specjalistyczne urządzenia, meble i inne niezbędne sprzęty; w wielu przypadkach równie potrzebna jak pomoc materialna jest także opieka psychologa (te etapy akcji mają znacznie mniejszy wydźwięk medialny, trwają jeszcze miesiącami po tym, gdy informacje o tragicznych zdarzeniach znikają z pierwszych stron serwisów informacyjnych);

- Polska Akcja Humanitarna⁵⁰, która aktywnie wspiera między innymi ofiary katastrof naturalnych (np. w odpowiedzi na dramat powodzi w 2010 roku zainicjowała akcję charytatywną „podarnik” wraz z portalem Gazeta.pl, dzięki której można było wybrać program pomocowy PAH „zestaw likwidacji skutków powodzi L, XL i XXL” i zasilić jego konto jakąś kwotą lub wpłacić dowolną kwotę na konto bankowe organizacji; jak zapewniano, aby w jak najlepszy sposób wydać każdą powierzoną złotówkę, starano się diagnozować i monitorować sytuację w terenie, rozmawiając o najpilniejszych potrzebach z władzami gmin oraz bezpośrednio z ludźmi dotkniętymi przez żywioł);
- Caritas Polska⁵¹, która przez diecezjalne i parafialne Caritas, realizując fundamentalne przesłanie Caritas, włącza się w pomoc ludziom w potrzebie, uszkodzonym w wyniku różnych sytuacji życiowych (także na rzecz kolejnych grup powodzi, począwszy od 1997 roku, zespoły Caritas zajmowały się zbieraniem ofiar pieniężnych i różnorodnych przedmiotów, dostarczanych później uszkodzonym w wyniku powodzi);
- tworzenie serwisów internetowych (tak jak miało to miejsce w 2010 roku, gdy na portalu ngo prowadzonym przez Stowarzyszenie Klon/

⁵⁰ Więcej na stronie internetowej PAH <http://www.pah.org.pl/pomoc_humanitarna,dzialania_emergency_powodz.html> [19.08.2010].

⁵¹ Szerzej na temat na stronie internetowej <www.caritas.pl> [19.08.2010].

Jawor, przy współpracy organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą na rzecz osób poszkodowanych w wyniku powodzi, stworzono serwis powodz.ngo.pl, służący wymianie informacji pomiędzy osobami i instytucjami poszkodowanymi w wyniku powodzi a tymi, którzy mogli zaoferować im swoją pomoc; było to narzędzie wspierające i koordynujące działania organizacji pozarządowych na rzecz powodziarzy; zamieszczano tam informacje o aktualnych potrzebach i najtrafniejszych możliwościach wsparcia);

- wspólne przedsięwzięcia łączących swe siły kilku organizacji, jak np. akcja „Weekend dla Powodziarzy” organizowana w 2010 roku w ramach wspólnej inicjatywy „Razem Powodziarzom” stworzonej przez koalicję kilkunastu ogólnopolskich organizacji pozarządowych czy też uruchomienie tzw. linii powodziowej;
- pomoc państwa dla jednostek samorządu terytorialnego w odbudowie zniszczonej infrastruktury komunalnej
 - dotacje na dofinansowanie zadań własnych samorządów w dziedzinie usuwania skutków klęsk żywiołowych⁵²;
 - dopłaty do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na usuwanie skutków powodzi, osuwisk ziemnych i huraganów⁵³;
 - fundusze na remonty i wyposażenie szkół i placówek oświatowych, związane z usuwaniem skutków klęsk żywiołowych, umożliwiając skorzystanie ze środków 0,6% rezerwy części oświatowej subwencji ogólnej⁵⁴;
- pomoc dla rolników

Za uruchamianie pomocy dla rolników poszkodowanych w wyniku zdarzeń o charakterze klęsk żywiołowych odpowiada resort rolnictwa (Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi). Przykładowo przyjęty w 2010 roku program pomocy dla rodzin rolniczych, w których gospodarstwach rolnych

⁵² Więcej na temat zasad i procedur ubiegania się o dotacje na zadania związane z przeciwdziałaniem i usuwaniem skutków klęsk żywiołowych w infrastrukturze jednostek samorządu terytorialnego patrz strona internetowa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji <http://www.mswia.gov.pl/porta1/pl/629/43/Nowe_zasady_i_procedury_w_przypadku_klesk_zywiolowych_obowiazujace_od_27_kwietni.html>.

⁵³ Podstawa prawna: Ustawa z dnia 8 lipca 1999 roku o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielonych na usuwanie skutków powodzi, osuwisk ziemnych i huraganów (Dz.U. Nr 62, poz. 690) oraz Ustawa z dnia 11 sierpnia 2001 roku o szczególnych rozwiązaniach prawnych związanych z usuwaniem skutków powodzi z lipca i sierpnia 2001 roku oraz zmianie niektórych ustaw (Dz.U. Nr 84, poz. 907).

⁵⁴ Szczegółowe informacje na ten temat patrz strona internetowa Ministerstwa Edukacji Narodowej <<http://www.men.gov.pl/>> [7.09.2010].

i działach specjalnych produkcji rolnej powstały szkody spowodowane przez powódź, obsunięcia ziemi i huragan w 2010 roku, obejmował pomoc w formie: 1) kredytów preferencyjnych na wznowienie produkcji w gospodarstwach rolnych i działach specjalnych produkcji rolnej znajdujących się na obszarach, gdzie szkody powstały w związku z powodzią i innymi niekorzystnymi zjawiskami atmosferycznymi; poręczeń i gwarancji spłaty ww. kredytów bankowych; kredyty te oprocentowane są obecnie dla rolników w wysokości 2% w skali roku; 2) odraczania terminu płatności składek z tytułu ubezpieczenia w KRUS, rozkładania ich na dogodne raty, a także umarzania w całości lub części bieżących składek na indywidualny wniosek rolnika, który poniósł szkody spowodowane przez powódź i inne niekorzystne zjawiska atmosferyczne; 3) odraczania i rozkładania na raty płatności z tytułu umów sprzedaży i dzierżawy nieruchomości Zasobu Własności Rolnej Skarbu Państwa, bez stosowania opłat i odsetek za okres odroczenia; 4) stosowania przez wójtów, burmistrzów lub prezydentów miast ulg w podatku rolnym za 2010 rok w związku z powodzią i pozostałymi niekorzystnymi zjawiskami atmosferycznymi; 5) udzielania pomocy społecznej rodzinom rolniczym w formie jednorazowego zasiłku celowego (w wysokości 2000 zł dla rodzin rolniczych prowadzących gospodarstwa rolne o powierzchni do 5 ha użytków rolnych albo dział specjalny produkcji rolnej oraz w wysokości 4000 zł dla rodzin rolniczych prowadzących gospodarstwa rolne o powierzchni powyżej 5 ha użytków rolnych)⁵⁵.

- pomoc dla przedsiębiorców

Na mocy Ustawy o wspieraniu przedsiębiorców dotkniętych skutkami powodzi z 2010 roku pomoc ta polegała na udzieleniu pożyczki na zasadach określonych w ustawie. Przedsiębiorca musiał ją przeznaczyć na usuwanie szkód w rzeczowych aktywach trwałych lub obrotowych powstałych w wyniku powodzi w miejscu faktycznego wykonywania działalności gospodarczej⁵⁶;

- pomoc dla pracodawców

Pomoc tę zagwarantowało rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 lipca 2010 roku w sprawie nieoprocentowanej pożyczki

⁵⁵ Na mocy Uchwały Nr 87/2010 Rady Ministrów z dnia 1 czerwca 2010 roku w sprawie ustanowienia programu pomocy dla rodzin rolniczych, w których gospodarstwach rolnych lub działach specjalnych produkcji rolnej powstały szkody spowodowane przez powódź, osunięcie się ziemi lub huragan w 2010 roku. Informacje zaczerpnięte ze strony internetowej Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi <<http://www.minrol.gov.pl/>> [7.09.2010].

⁵⁶ Ustawa o wspieraniu przedsiębiorców dotkniętych skutkami powodzi z 2010 r. z dnia 12 sierpnia 2010 roku (Dz. U. Nr 148, poz. 992) – stan prawny na dzień 19 sierpnia 2010 roku.

z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych dla pracodawcy, który na skutek powodzi przejściowo zaprzestał prowadzenia działalności lub istotnie ograniczył jej prowadzenie, oraz modyfikujące je rozporządzenie⁵⁷;

- wsparcie ze strony Unii Europejskiej

Pomoc humanitarna Unii Europejskiej udzielana jest przez Departament ds. Pomocy Humanitarnej (ECHO), który działa już w ponad 100 krajach na całym świecie, we współpracy z różnorodnymi organizacjami, zapewniając podstawowy sprzęt i awaryjne dostawy dla ofiar kryzysów⁵⁸.

Wyrazem europejskiej solidarności z mieszkańcami obszarów dotkniętych klęskami żywiołowymi jest Fundusz Solidarności Unii Europejskiej (FSUE)⁵⁹. Pomoc z tego funduszu ma formę jednorazowej dotacji, której wysokość ustalana jest indywidualnie przez Komisję Europejską na podstawie informacji udzielonych przez państwo członkowskie. Wsparcie ze środków unijnych pozwala na pokrycie części wydatków publicznych związanych z usuwaniem skutków klęski w obiektach użyteczności publicznej, kosztów niezbędnych napraw w infrastrukturze energetycznej, wodociągowej i kanalizacyjnej, w telekomunikacji, transporcie drogowym, służbie zdrowia i szkolnictwie, na prowadzenie prac porządkowych na obszarach dotkniętych klęską, a także na sfinansowanie działań służb ratowniczych pracujących na terenach powodziowych oraz na prowadzenie prac związanych z ochroną obiektów wchodzących w skład dziedzictwa kulturowego⁶⁰.

Klęski powodzi, jakie nawiedziły Polskę w 1997 i 2010 roku, przyniosły wieloraką weryfikację: przygotowania różnych służb społecznych do skutecznego reagowania w takich niespodziewanych sytuacjach, zagwarantowania pomocy przez rząd w sytuacji kryzysowej tego rodzaju i wrażliwości przeciętnego Polaka na dramat ludzi, którzy stracili niekiedy cały dorobek swojego życia.

Dopiero w bezpośrednim związku z katastrofą z 2010 roku zintensyfikowano prace legislacyjne nad uregulowaniami prawnymi służącymi rozwiązywaniu problemów narosłych w jej wyniku⁶¹. W efekcie tych wysiłków we-

⁵⁷ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 sierpnia 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie nieoprocentowanej pożyczki z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych dla pracodawcy, który na skutek powodzi przejściowo zaprzestał prowadzenia działalności lub istotnie ograniczył jej prowadzenie (Dz. U. Nr 148, poz. 995).

⁵⁸ A. Zyglerewicz, *Pomoc humanitarna Unii Europejskiej*, „Infos” nr 12 (59)/2009.

⁵⁹ Źródło internetowe: <http://ec.europa.eu/regional_policy/funds/solidar/solid_pl.htm> [19.08.2010].

⁶⁰ Źródło internetowe: <http://www.mswia.gov.pl/portal/pl/2/8588/Pieniadze_unijne_na_usuwanie_skutkow_powodzi.html> [19.08.2010].

⁶¹ Wcześniej, tj. w 2008 roku, Sejm odrzucił prezydencki projekt ustawy o utworzeniu Funduszu Pomocy Ofiarom Klęsk Żywiołowych dla osób poszkodowanych. Przewidywał on

szyły w życie z dniem ogłoszenia specustawy między innymi: Ustawa z dnia 24 czerwca 2010 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi z maja i czerwca 2010 roku (Dz. U. Nr 123, poz. 835), Ustawa o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z usuwaniem skutków powodzi z maja i czerwca 2010 roku oraz ustawy o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich z dnia 12 sierpnia 2010 (Dz. U. Nr 148, poz. 993) czy Ustawa o szczególnych zasadach przygotowania do realizacji inwestycji w zakresie budowlI przeciwpowodziowych z dnia 8 lipca 2010 roku (Dz. U. Nr 143, poz. 963).

Trudno jednoznacznie oceniać jakość zarządzania kryzysowego w Polsce⁶² – w niektórych rejonach działa sprawnie, w niektórych jest mrzonką. Jako obywatele życzylibyśmy sobie, aby system zarządzania kryzysowego był zintegrowany, profesjonalny, sprawny, efektywny. Z pewnością oddziaływanie cech katastrof/klęsk może być zredukowane poprzez przygotowanie społeczności lokalnych na ich wystąpienie⁶³.

Niesprawiedliwą może też okazać się ocena wsparcia udzielanego przez indywidualne osoby. Doświadczenie pokazuje, że Polacy dość chętnie włączają się w nagłaśniane przez media tragedie rodaków. Niestety zwykle okazuje się, że gdy temat nieszczęścia niknie z pola zainteresowań środków masowego przekazu, maleje też ofiarność, a dynamika wsparcia zaczyna się mijać z dynamiką potrzeb dotkniętej kataklizmem społeczności i absurdalnie

objęcie pomocą osób poszkodowanych w katastrofie naturalnej, wskutek awarii technicznej, klęski żywiołowej lub sytuacji kryzysowej. Fundusz Pomocy miał być funduszem celowym, zasilanym z budżetu państwa, darowizn, spadków, zapisów oraz środków ze zbiorok publicznych. Projekt okazał się jednak niedopracowanym w kilku kwestiach i ostatecznie nie wszedł w życie, choć PiS powrócił do tego pomysłu w 2010 roku. Podobny jak ten z 2010 roku pakiet ustaw podjęto w 1997 i 2001 roku, kiedy Polskę nawiedzały powodzie, co wymagało natychmiastowego uchwalenia odpowiednich aktów prawnych.

⁶² Zarządzanie kryzysowe to działalność organów administracji publicznej będąca elementem kierowania bezpieczeństwem narodowym, która polega na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do przejmowania nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, usuwaniu ich skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej. Organy właściwe w sprawach zarządzania kryzysowego na poziomie krajowym, wojewódzkim, powiatowym i gminnym oraz ich zadania i zasady działania, a także zasady finansowania zadań zarządzania kryzysowego określa Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. Nr 89, poz. 590 z późn. zm.).

⁶³ Przygotowanie takie powinno obejmować: stworzenie zabezpieczeń technicznych i systemu ratownictwa, zbudowanie sprawnego systemu ostrzegania, szkolenie ludności w zakresie radzenia sobie w sytuacji katastrofy oraz powołanie instytucjonalnego systemu wsparcia i procedur wsparcia uruchamianych w sytuacji katastrofy i po jej wystąpieniu Za: R. Studencki, *Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacji...*, op. cit., s. 307.

to wsparcie zewnętrzne maleje wówczas zwykle wtedy, gdy zasoby członków tej społeczności są już na wyczerpaniu (jest bowiem tak, że w momencie ustąpienia bezpośredniego zagrożenia słabnie heroiczna mobilizacja energii, która dotąd pozwalała być aktywnym mimo słabnących sił)⁶⁴.

Analiza pomocy pokryzysowej pokazuje, że niekiedy mają miejsce zaniedbania w postaci pominięcia czy też niewystarczającej pomocy dla osób z grup społecznie defaworyzowanych oraz osób, które same o pomoc nie proszą⁶⁵ – takie sytuacje podwójnego poszkodowania nie powinny mieć miejsca.

Niedopuszczalne jest również przeciążanie pracowników socjalnych obowiązkami i odpowiedzialnością związaną z przyznawaniem świadczeń w sytuacji zaistnienia na sporej lub całej powierzchni danego rejonu jakiegś katastrofy.

Czym zatem winno się cechować wsparcie społeczne, aby klęska żywiołowa lub ekologiczna spowodowała jak najmniej dotkliwe różnorakiego charakteru zniszczenia?

Zdaniem Doroty Kubackiej-Jasieckiej ogromne znaczenie ma ocena kryzysu⁶⁶ oraz zastosowanie użytecznych strategii interwencyjnych po katastrofie, które winny obejmować: organizowanie różnych usług z zewnątrz społeczności, tworzenie grup wsparcia, zapewnienie doradztwa i edukacji oraz konstruowanie długofalowych programów pomocy⁶⁷.

Ponieważ „skuteczność wsparcia społecznego jest w dużej mierze uwarunkowana stopniem, w jakim przyczynia się ono do utrzymania się do rekonstrukcji fizycznych i psychicznych zasobów niezbędnych w procesie radzenia sobie ze stresem”⁶⁸, dlatego aby otrzymana pomoc była efektywna, „musi być dostosowana do potrzeb, trafna jakościowo oraz odpowiednia pod względem ilościowym (...), powinna dostarczać i wzmacniać te zasoby i środki radzenia sobie, które są najbardziej zniszczone lub zagrożone stresem”⁶⁹. Warto pamiętać, że mechanizmy wsparcia społecznego są ściśle splecione z dynamiką wydarzeń krytycznych oraz że wsparcie winno działać odmiennie w różnych fazach kryzysu, bo zapotrzebowanie na nie jest wówczas różne⁷⁰. To dopasowanie wsparcia, zwane też trafnością wsparcia, powinno uwzględniać relacje pomiędzy typem wydarzenia, zasobami lub

⁶⁴ K. Popiołek, *Deficyty wsparcia społecznego...*, op. cit., s. 348.

⁶⁵ K. Kaniasty, *Klęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 55–62, 224.

⁶⁶ D. Kubacka-Jasiecka, *Z problematyki interwencji w kryzysie...*, op. cit., s. 117–119.

⁶⁷ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 482.

⁶⁸ K. Kaniasty, *Klęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 50–51.

⁶⁹ Ibidem, s. 51.

⁷⁰ O kolejnych krokach w procesie adaptacyjnym do zdarzeń o charakterze traumatycznym patrz np.: G. Sędek, *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady?* (w:) M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, Warszawa 2001, s. 242–246.

deficytami wsparcia, oceną stresu oraz stosowanymi strategiami radzenia sobie⁷¹. Optymalnym jest także, by wsparcie spostrzegane (które odnosi się do pomocy oczekiwanej, jest nadzieją na tę pomoc, na to, że urzeczywistni się ona w chwili potrzeby) pokrywało się ze wsparciem rzeczywiście przekazywanym i otrzymanym (w postaci zaistniałych konkretnych zachowań pomocnych)⁷². Ponadto istotnym jest, aby interwencja była zapewniona odpowiednio wcześnie, co może mieć ogromne znaczenie profilaktyczne, jeśli chodzi o dalsze konsekwencje natury psychologicznej i odzyskiwanie równowagi emocjonalnej.

Skoro wiara w siebie i poczucie skuteczności w radzeniu sobie ze stresem ma pozytywny wpływ na sukces adaptacyjny w kryzysach o różnym charakterze, zatem jednym z rodzajów działań w interwencjach kryzysowych winny być działania zmierzające do utrzymania i wzmocnienia u ofiar poczucia ufności we własne siły zaradcze⁷³.

Niestety okazuje się, że „o ile wyrównanie szkód materialnych jest z reguły czymś w miarę łatwym do osiągnięcia, to sprawa jest o wiele bardziej skomplikowana w przypadku usuwania »szkod psychicznych«”⁷⁴.

Wybrana literatura

- Ficoń K., *Inżynieria zarządzania kryzysowego. Podejście systemowe*, Warszawa 2007.
- Kaniasty K., *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna. Psychologiczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*, Gdańsk 2003.
- Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa 2010.
- Kubacka-Jasiecka D., Lipowska-Teutsch A. (red.), *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków 1997.
- Popiołek K. (red.), *Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy*, Poznań 2001.
- Popiołek K., Bańka A. (red.), *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w kontekście narastania zagrożeń*, Poznań 2007.
- Sędek G., *Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady?* (w:) M. Kofta, T. Szustrowa (red.), *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice ze społecznej psychologii osobowości*, Warszawa 2001.
- Sikorski W., *Praktyczne wskazania do diagnozy i interwencji kryzysowej w przypadku osób po doznanym urazie*, (w:) D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys. Interwencja i pomoc społeczna*, Toruń 2003.
- Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia*, Warszawa 2009.
- Ustawa o stanie kłęski żywiołowej z dnia 18.04.2002 roku (Dz. U. Nr 62, poz. 558).

⁷¹ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach...*, op. cit., s. 178.

⁷² Ibidem, s. 177.

⁷³ K. Kaniasty, *Kłęska żywiołowa czy katastrofa...*, op. cit., s. 251.

⁷⁴ W. Sikorski, *Praktyczne wskazania do diagnozy...*, op. cit., s. 176.

INFORMACJE O AUTORACH

MAREK ANDRZEJEWSKI

doktor habilitowany, prawnik (absolwent WPiA UAM); profesor Uniwersytetu Szczecińskiego; kierownik Centrum Prawa Rodzinnego i Praw Dziecka Instytutu Nauk Prawnych PAN; adiunkt na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; przez 10 lat wychowawca w domach dziecka w Kobylnicy i w Poznaniu; autor wielu książek i artykułów naukowych i publicystycznych (ogłoszonych m.in. w takich czasopismach jak: „W drodze”, „Znak”, „Tygodnik Powszechny”, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”); napisał m.in.: *Domy na piasku. Domy dziecka. Od opieki nad dzieckiem do wspierania rodziny, Ochrona praw dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej (dziecko – rodzina – państwo), Rodziny zastępcze – problematyka prawna* (współautor i redaktor), *Prawo rodzinne i opiekuńcze*; aktualnie pracuje nad książką o rozwiązywaniu rodzinnych sporów prawnych

AGNIESZKA BARCZYKOWSKA

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, pedagog, socjolog; adiunkt w Zakładzie Resocjalizacji na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; swoje zainteresowania badawcze koncentruje wokół zagadnień związanych z kształtowaniem się nowoczesnych rozwiązań probacyjnych oraz funkcjonowania wielkomiejskiego blokowiska jako środowiska wychowawczego na bazie koncepcji kapitału społecznego

IZABELA CYTLAK

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; adiunkt w Zakładzie Polityki Oświatowej i Obywatelskiej na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania badawcze skupia na problematyce edukacji oraz jakości życia, szczególnie w perspektywie procesów integracji i wykluczenia społecznego osób z niepełnosprawnościami, a ponadto, ze względu na współpracę przy projektach unijnych (Programy Quatrain i DARE), również na barierach edukacji i zatrudnienia osób niepełnosprawnych; przedmiot jej zainteresowań naukowych stanowi również przedsiębiorczość oraz jej wpływ na jakość życia

EWA JAROSZ

doktor habilitowany, pracuje w Katedrze Pedagogiki Społecznej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego; od ponad 15 lat zajmuje się

naukowo problematyką przemocy i zaniedbywania dzieci oraz przemocą domową, a także diagnozą pedagogiczną i psychopedagogiczną; jest autorką licznych publikacji naukowych, w tym 4 monografii na temat krzywdzenia dzieci; laureatka prestiżowych nagród i wyróżnień, w tym Nagrody im. Profesor Ireny Lepalczyk w zakresie prac z pedagogiki społecznej oraz Nagrody Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego

HANNA KARASZEWSKA

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; adiunkt w Zakładzie Resocjalizacji na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; obszar zainteresowań: problematyka resocjalizacji penitencjarnej, ze szczególnym uwzględnieniem roli personelu więziennego w oddziaływaniach skierowanych na osoby pozbawione wolności, oraz zagadnienia dotyczące resocjalizacji osób nieletnich w środowisku otwartym i zamkniętym

IZABELA KRASIEJKO

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; adiunkt w Zakładzie Pracy Socjalnej Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, autorka monografii pt. *Metodyka działania asystenta rodziny* oraz kilkudziesięciu artykułów naukowych i popularnonaukowych, dotyczących metodycznego działania pracownika socjalnego oraz współczesnych tendencji w pracy socjalnej, kształceniu i terapii; współpracuje z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Częstochowie w ramach autorskich programów; terapeuta Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach

DANUTA KRZYSZTOFIAK

doktorantka w Zakładzie Pedagogiki Społecznej na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania naukowe skupia na zagadnieniach z obszaru teorii jak i praktyki pracy socjalnej oraz gerontologii, szczególnie społecznej

ZBIGNIEW LASOŚ

doktor habilitowany prawa, kryminolog; profesor Uniwersytetu Warszawskiego; międzynarodowy ekspert w dziedzinie praw człowieka, przestępczości, problematyki wykonania kary pozbawienia wolności i prewencji tortur; kieruje pracami Ośrodka Badań Handlu Ludźmi UW; jest dziekanem Wydziału Prawa i Administracji Uczelni Łazarskiego

AGNIESZKA MAKAŚ

doktorantka w Zakładzie Pedagogiki Społecznej Uniwersytetu Szczecińskiego; zainteresowania naukowe skupia wokół problemów bezdomności wśród dzieci; zajmuje się aktywizacją zawodową osób po kryzysach psychicznych

oraz arteterapią; uczestniczka projektu Leonardo da Vinci z zakresu psychiatrii środowiskowej w Danii

RENATA A. NGUYEN

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; od 1989 roku współpracuje ze społecznością imigrantów pochodzenia wietnamskiego w Polsce i na świecie; autorka pierwszego w Polsce *Internetowego kursu pedagogiki międzykulturowej w zakresie edukacji polsko-wietnamskiej*, realizowanego we współpracy z COME UW od 2002 roku; zainteresowania naukowe: edukacja międzykulturowa, edukacja medialna, nowe formy kształcenia (e-learning, b-learning, c-learning, m-learning)

MONIKA OLIWA-CIESIELSKA

doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii; adiunkt w Zakładzie Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej Instytutu Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; zajmuje się problematyką marginalizacji, ubóstwa, bezdomności; laureatka Nagrody im Stanisława Ossowskiego za książkę pt. *Piętno nieprzypisania. Studium o wyizolowaniu społecznym bezdomnych*; autorka wielu artykułów dotyczących wykluczenia

EWELINA SILECKA

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Resocjalizacji na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania badawcze skupia wokół pracy wychowawczej z osobami niedostosowanymi społecznie, przebywającymi w środowisku wolnościowym jak i w izolacji społecznej

KAMILA SŁUPSKA-KWIATKOWSKA

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Społecznej na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania naukowe: znaczenie, rola i przeobrażenia tradycyjnych środowisk wychowawczych, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji młodzieży (m.in. jej szans życiowych, głównie edukacyjnych, i możliwości realizowania własnych aspiracji), oraz konteksty pomocy społecznej i pracy socjalnej – przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, formy wsparcia oferowane w sytuacjach trudnych

EWA WŁODARCZYK

doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki; adiunkt w Zakładzie Badań Środowisk Wychowawczych na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu; zainteresowania poznawcze sytuowane głównie w obszarze pedagogiki społecznej oraz w multidyscyplinarnej problematyce rodziny, ze szczególnym uwzględnieniem wielorakich postaci macierzyństwa

MAN FACED WITH CRITICAL LIFE SITUATIONS FROM THE THEORY AND PRACTICE OF SOCIAL WORK

Summary

In the literature on the subject the term “critical life situation” is used interchangeably with the concepts of “difficult situation” or “critical situation” and is usually connected with intensification of difficulties in man’s life. As critical are considered events which are of key importance for the course and quality of life. They may occur suddenly, randomly (e.g. an accident, loss of health, natural disaster) or loss for a certain period of time (e.g. loss of work, alcoholism, drug addiction). These events are always distinguished from everyday events and usually concern cherished values (e.g. health, satisfaction of important needs), that is why they are very important emotionally and at the same time difficult causing the state of tension and psychic burden (Sęk 2001). An extremely important role in experiencing critical life events is played by the subjective evaluation of personal and other resources (e.g. social and institutional support), which, optimally activated help to solve the problem.

This publication is devoted to the look at the selected critical life situations. Subject areas are arranged in an order determined by the letter of Article 7 of the Law on Social Assistance of 12 March 2004 (the legal state in force in 2010), in which are distinguished reasons of difficult life situations, which are a basis of applying for benefits in the Polish welfare system, making a peculiar catalogue (successively expanded and modified) as an expression of attempts to catch up with the new phenomena and challenges, which face Polish social work and social assistance. And so we can have a look at a triad of social questions forming a syndrome of three most difficult problems (Kawula, 2005); poverty (A. Makaś’s text), unemployment (K. Słupska-Kwiatkowska’s text) and homelessness (M. Oliwa-Ciesielska’s text). Some texts emphasise the need of special protection of the child and family: in case of orphanhood (M. Andrzejewski’s authorial remarks), violence in family (E. Jarosz’s text), maternity and having many children (E. Włodarczyk’s text) and helplessness in the care and education matters and running a household especially in one-parent families and in families with many children (I. Krasiejko’s text). The unsatisfactory health condition is another area of interest of the texts that follow: on disabilities and handicaps (I. Cytlak’s text) and on chronic or severe disease (D. Krzysztofiak’s text). In the presented work also difficulties in readaptation and integration of people caused by: leaving the guardian and educational institution (M. Andrzejewski’s

text), release from prison (H. Karaszewska's text) and obtaining in the Republic of Poland of the status an exile and additional protection for and obtaining of the status of an exile in the Republic of Poland by foreigners (R. Nguyen's text). In one of the texts the subject of interest is the relatively seldom described issue of trading of people and prevention and help offered to the victims of this activity (Z. Lasocik's text).

The problem of addiction to alcohol (E. Silecka's text) and to drugs (A. Barczykowska's text) is the area of interest of the texts that follow. The publication is concluded with a look at sudden and unforeseeable situations – random events and critical situations as well as natural and ecological disasters (both articles by E. Włodarczyk).

A partial uniformisation of the texts is boils down to including in them of a theoretical reflection making it easier to understand a given problem and to indication of forms of assistance as offered in Poland (the tested ones as well as "fledgling". Each text is concluded with a list of recommended and most valuable literature on the subject (as a hint of the author of a given text for readers interested in particular problems).

It was assumed by the editors of this volume that the collection of articles was supposed to be a chance to systematise and enrich knowledge on the problems discussed in this book, their deeper understanding and inspiration for the readers to further fathom the problems discussed, a sparkle which will ignite cognitive interest.