



9/2010 (17)

## ***Zaburzenia emocjonalno-społeczne dziecka w rodzinie niepełnosprawnej i jego profilaktyka***

**Kazimierz Jacek Zabłocki**

Zmiany społeczno-ekonomiczne oraz polityczne ostatnich lat sprawiły, iż zwiększyła się liczba czynników utrudniających rozwój dzieci i młodzieży oraz ich rodzin. Skutkiem tego jest stale rosnąca liczba nastolatków i rodzin przejawiających różnego rodzaju dysfunkcje rozwojowe i opiekuńczo-wychowawcze oraz poszukujących wsparcia w trudnych sytuacjach życiowych. W perspektywie społecznej najbardziej dezorganizujące są te przejawy zaburzeń w zachowaniu dzieci i młodzieży, które rozciągają się od bierności i wycofywania się, poprzez negację norm i wartości, aż po destrukcyjne działania przeciwko rówieśnikom, rodzinom, nauczycielom, środowisku.

Najczęstszą reakcją na te destrukcyjne zachowania jest tworzenie różnego rodzaju mitów, których zadaniem jest zarówno ograniczenie własnej odpowiedzialności za brak angażowania się w zmianę istniejącej sytuacji, jak i obniżenie lęku płynącego z zagrożenia tych destrukcyjnych zachowań.

Do takich najbardziej rozpowszechnionych mitów należą:

1. Nastolatek w okresie dojrzewania nie jest całkowicie normalny, albowiem przeżywa okres pełen stresów, „sztormów”, a z tego się wyrasta. Tego rodzaju pogląd usprawiedliwia zarówno pojawienie się zaburzeń zachowania, jak i bierne oczekiwanie rodziców i wychowawców na ich ustąpienie.
2. Dojrzewanie jest okresem przejściowym, a przez to jest mniej ważne. Tymczasowość jest więc cechą obniżania poziomu pomagania i angażowania się w taką pomoc, zaś tymczasowość w ogóle nie występuje w życiu dojrzewającego dziecka. Wszystko, co go spotyka, jest dla niego ważne i intensywnie to przeżywa, a to, co przeżywa, wpływa na dalszy jego rozwój.
3. Nastolatek jest wciąż dzieckiem. Ten sposób myślenia o swoim dziecku powoduje jego ubezwłasnowolnienie, pozbawia go

możliwości podejmowania decyzji i ponoszenia za nie odpowiedzialności, utrudnia mu zdobycie niezależności w myśleniu i działaniu, a więc zatrzymuje go w rozwoju.

Mity te i inne są szeroko rozpowszechnione i niestety nie są obce nie tylko rodzicom dzieci pełnosprawnych i niepełnosprawnych, ale także i pedagogom. Pokonywanie między innymi tych mitów jest warunkiem dla zrozumienia problemów, jakie przeżywa młodzież niepełnosprawna, ale może być również skuteczną formą wsparcia i profilaktyki w rozwoju takiego dziecka.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że choroby, uszkodzenia, deformacje czy zaburzenia rozwoju zawsze niosą z sobą pewne ograniczenia indywidualne, są przyczyną ograniczonego sposobu funkcjonowania społecznego i że te ograniczenia w aktywności społecznej mogą powodować cierpienie i poczucie bezradności, prowadzić do różnego rodzaju zaburzeń emocjonalno-społecznych.

Chodzi więc o to, że każda utrata jakiejś funkcji lub jakiejś wartości postrzegana jest przez otoczenie jako główna i identyfikująca cecha osoby, a cecha ta jakby automatycznie rzutuje na inne cechy takiej osoby i ma wpływ na jej globalną ocenę, na mechaniczne określenie jej jako osoby o niższym statusie społecznym. Ta stereotypia klasyfikowania ludzi niepełnosprawnych jako gorszych wpływa na ich ocenę siebie, wpływa na ich gorsze miejsce w środowisku społecznym, a także budzi sprzeciw i protesty ich samych oraz ich rodzin.

## Profilaktyka – pojęcie, funkcje i jej znaczenie w zapobieganiu zaburzeniom emocjonalno-społecznym dziecka niepełnosprawnego

Najbardziej ogólna definicja słowa „profilaktyka” wywodzi się z języka greckiego *prophylassein*, co oznacza „strzec się”, „zapobiegać”. W praktyce znaczenie to wiąże się z zapobieganiem niekorzystnym zjawiskom, wypadkom, przestępstwom i uzależnieniom.

Działania związane z profilaktyką można, zdaniem T. Kotarbińskiego<sup>1</sup>, zaliczyć do grupy działań perseweracyjnych. Istotą czynności perseweracyjnych jest zapobieganie temu, by osoba,

---

<sup>1</sup> Por. T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Wrocław 1976.

która jest poddana tym działaniom, nie zyskała cech, które według nas są niepożądane.

Działania profilaktyki ujmuje się w dwóch aspektach: destrukcyjnym i konstruktywnym. Działania o charakterze destrukcyjnym niszczą przyczyny i czynniki, które sprzyjają powstawaniu pozytywnych zjawisk. Istotą działań konstruktywnych jest takie oddziaływanie, by w ich wyniku obiekt zyskał jakieś pożądane przez działającego cechy, których nie posiadał wcześniej.

Wraz z rozwojem refleksji naukowej w obrębie pedagogiki społecznej nastąpiła ewolucja pojęcia profilaktyka. A. Kamiński definiuje profilaktykę jako działalność, która

polega na zapobieganiu tym wszystkim sytuacjom, które powodują wyłanianie się potrzeb z zakresu opieki społecznej<sup>2</sup>,

a więc i kompetencji społecznej. Jego zdaniem, działalność profilaktyczna powinna koncentrować się na redukowaniu przypadków niedostosowania społecznego, wykolejeń, patologii społecznej. Zdaniem autora zadaniem profilaktyki jest także uprzedzanie stanów zagrożenia moralnego, zdrowotnego, kulturalnego, społecznego, aby uchronić jednostki i grupy danej populacji przed niepożądanymi odchyleniami od stanów normalnych.

O profilaktyce można mówić w znaczeniu szerokim i wąskim. Profilaktyka w ujęciu ogólnym to czynności naukowo-badawcze, które poznają ogólne prawa, tworzą twierdzenia oraz czynności praktyczne. Profilaktyka *sensu stricto* odnosi się do działań, które podejmowane są przez osoby wychowujące.

Wszelkie działania profilaktyczne, niezależnie od swej specyfiki, mają wspólne cele. T. Duffy podaje dziesięć podstawowych celów. Są to:

1. Rozpowszechnianie prawdziwych i rzetelnych informacji o zjawisku, którego profilaktyka dotyczy.
2. Kształtowanie umiejętności interpersonalnych, a w szczególności: samoświadomości, samooceny i samodyscypliny.
3. Rozwijanie umiejętności interpersonalnych, a w szczególności umiejętności empatycznych, współpracy, komunikowania się oraz rozwiązywania konfliktów.
4. Rozwijanie umiejętności podejmowania decyzji oraz rozwiązywania problemów.

---

<sup>2</sup> A. Kamiński, *Funkcje pedagogiki społecznej*, wyd. 2, Warszawa 1974, s. 80.

5. Kształtowanie między innymi zdolności do wybierania pozytywnych, a nie negatywnych stylów życia.
6. Rozwijanie związków z grupą społeczną i poczucia odpowiedzialności za grupę, do której jednostka należy.
7. Rozwijanie dojrzałej odpowiedzialności jako właściwego wzorca ról do naśladowania przez innych.
8. Rozwijanie środowiska rodzinnego, społecznego i środowiska pracy, które podnosiłyby jakość życia wszystkich jego członków.
9. Kształtowanie reguł prawnych i publicznych w taki sposób, by były zgodne z ludzkimi potrzebami i wspierały pozytywne style życia.
10. Umożliwianie wczesnego rozpoznawania, diagnozowania zagrożeń oraz rozwijania strategii przeciwdziałania, bazujących na znajomości przyczyn szkodliwych uwarunkowań. Aby zrealizować cel i zadania profilaktyki, stosuje się wiele form działań profilaktycznych.

E. Breilkopf<sup>3</sup> wyróżnia trzy aspekty działań, które ściśle wiążą się z profilaktyką:

1. Analizę sytuacji wychowanka oraz analiza zjawisk otaczających jednostkę, warunków społecznych wraz z dokonaniem prognozy skutków tych zjawisk.
2. Wspomaganie rozwoju jednostek poprzez działalność różnego rodzaju instytucji i organizacji kulturalnych i oświatowych.
3. Podejmowanie świadomej działalności profilaktycznej przez różne instytucje oświatowe, wychowawcze i kulturalne.

Aby profilaktyka była skuteczna, musi nosić cechy całościowe, kompleksowe. Pod tym określeniem kryją się czynności, takie jak: ustalenie etiologii danego zjawiska patologicznego, prawidłowości jego rozwoju, określenie istoty zmian, a następnie poszukiwanie sposobów likwidacji przyczyn. W pracy profilaktycznej niezbędne jest oszacowanie występowania niekorzystnego zjawiska oraz zdiagnozowanie go w jak najwcześniejszym stadium, co zwiększa potencjalne szanse profilaktyki.

Współcześnie problematyka profilaktyki i wsparcia w rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej opiera się na trzech podstawowych poziomach:

1. Działania winny być podejmowane zanim pojawią się problemy lub zanim przekształcą się w sytuację kryzysową. Działania te

obejmują grupy rówieśnicze i zawierają działania edukacyjne zmierzające do likwidacji czynników destrukcyjnych, modyfikacji środowiska wychowawczego, rozwijania umiejętności radzenia sobie z wymogami życia.

2. Działania podejmowane we wstępnej fazie rozwoju trudności. Ukierunkowane są one na jednostkę lub grupę, a ich celem jest rozwiązanie zaistniałego problemu i odzyskanie przez dziecko poziomu konstruktywnej funkcjonalności oraz zabezpieczenie go przed poważniejszymi trudnościami. W ich ramach stosuje się strategie wczesnej identyfikacji, wczesnej diagnozy i interwencji oraz techniki interwencji kryzysowej.
3. Działania podejmowane po rozwiązaniu kryzysu i skoncentrowanie na osobach, które poradziły sobie z kryzysem. Realizowane są w postaci różnorodnych strategii resocjalizacyjnych czy rehabilitacyjnych.

Motywy tego artykułu jest przesłanie o lepsze zrozumienie dziecka niepełnosprawnego w jego bytowych uwarunkowaniach i możliwościach. To lepsze poznanie, uzyskana prawda o dziecku niepełnosprawnym umożliwią zarazem doskonalenie praktycznych odniesień w postaci działań profilaktycznych. Profilaktyka jest tu zatem zasadniczo przydatną metodą przyglądania się i pomagania dziecku niepełnosprawnemu. Należy jednak ufać, że staranne wykonanie pracy profilaktyczno-terapeutycznej przyniesie również korzyści samej profilaktyce, umożliwiając jej doskonalenie i rozwój.

Współcześnie widzi się też bliskie związki między różnymi zachowaniami destrukcyjnymi, co wyraża teoria wiązki zachowań destrukcyjnych występujących u osób z tak zwanej grupy ryzyka. Sprawdza się zatem przysłowie „nieszczęścia chodzą parami”, a nawet seriami. Powstały też stosowne profilaktyki zajmujące się na przykład agresją, konfliktem z prawem, nikotynizmem, alienacją społeczną, patologicznym seksem, anoreksją i bulimią, pracoholizmem, aktywizmem i wszelkimi innymi odchyleńiami od normy w zachowaniach. Lista samych tylko zachowań kompulsywnych przekracza zdaniem praktyków setkę dających się identyfikować problemów.

Trzeba bowiem na marginesie naszych rozważań zauważyć, że to bieżące potrzeby praktyczne i również aktualne możliwości ekonomiczne wyznaczały rozwój profilaktyki. W krajach, w których podstawowym problemem jest brak czystej wody do picia, trudno o mobilizowanie środków na profilaktykę lub badania w tej

dziedzinie, choć, o dziwo, zdarzają się ciekawe projekty profilaktyczne nawet w państwach bardzo ubogich. Najwięcej jednak danych pochodzi z państw europejskich i z USA. Ten ostatni kraj jest potentatem zarówno w działaniach profilaktycznych, jak i w badaniach.

Dodać należy, że całkiem spory i ciekawy jest dorobek profilaktyczny Polski, co jest uwarunkowane nie tyle społeczno-ekonomicznie, ile historycznie. Polska była terenem działań profilaktycznych bardzo wcześnie, gdyż identyfikowano je z jednej strony jako obowiązek chrześcijański, a z drugiej strony jako zadanie narodowe prowadzące do odzyskania niepodległości. Stąd bierze się zaskakujący fakt stałej obecności wątków profilaktycznych w działaniach wielu polskich, nawet odległych od siebie ideowo, organizacji społecznych, politycznych czy religijnych w XIX i XX stuleciu. Można mówić o prawdziwej i bogatej tradycji.

## Rodzina niepełnosprawna funkcjonalna i dysfunkcjonalna w ujęciu pedagogicznym

Każda rodzina boryka się z problemami dnia codziennego, gdyż życie jest takie, że dzień w dzień pojawiają się trudności, które trzeba pokonywać. Są rodziny, które potrafią sprostać tym obowiązkom. Takie rodziny, które pomyślnie rozwiązują własne problemy, kierując się chęcią utrwalania swojej wspólnoty i realizacji przypisanych im funkcji, nazywamy rodzinami funkcjonalnymi. Są jednak takie, które nie potrafią pomyślnie rozwiązywać swoich sytuacji kryzysowych i realizować swych funkcji. Rodziny, które nie potrafią wypełniać swych funkcji wystarczająco dobrze, nazywamy rodzinami dysfunkcjonalnymi. Jest to uwzględnienie także szerszych uwarunkowań życia rodziny współczesnej.

W każdej rodzinie dzieci, szczególnie małe, są bezbronni i wymagają ochrony rodziców we wszystkich sferach swej rzeczywistości: fizycznej, seksualnej, emocjonalnej, intelektualnej i duchowej. Ze względu na swą bezradność dzieci muszą polegać na nich w zaspokajaniu swych podstawowych potrzeb. Przypomnijmy, że podstawowe potrzeby, zwane potrzebami niedostatku, to: potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i miłości oraz uczuciowego wsparcia. Zaspokojenie ich pozwala na realizację potrzeby samourzeczywistnienia, realizowanej poprzez potrzebę twórczości, wiedzy i piękna.

Funkcjonalna rodzina troszczy się o zaspokojenie tych potrzeb, a w miarę jak dziecko rośnie – uczy je, jak ma te potrzeby zaspokajać samodzielnie. W dobrze funkcjonującej rodzinie dzieci są chronione nie w sposób nadopiekuńczy albo niewystarczający, ale w taki, w którym są strzeżone przed poniżającym zachowaniem innych – a jednocześnie wspierane w konstruowaniu swoich własnych granic – przed obrażaniem przez innych ludzi i przygotowywaniem do ochrony siebie. Amerykańska psychoterapeutka P. Mellody twierdzi, że wszystkie dzieci rodzą się z pięcioma – charakterystycznymi dla istoty ludzkiej – cechami, takimi jak: bezradność, niedoskonałość, zależność i niedojrzałość. Funkcjonalni rodzice pomagają swoim dzieciom rozwinąć każdą z tych cech tak, aby dzieci, gdy dorosną, stały się dojrzałe i zadowolone z siebie oraz zdolne do własnej ochrony<sup>4</sup>.

A oto jak pięć wrodzonych cech dziecka przekształca się w dysfunkcjonalne cechy samozachowawcze, gdy dziecko żyje i jest wychowywane w dysfunkcjonalnej rodzinie.

1. Drogocенność dziecka w rodzinie dysfunkcjonalnej nie jest mu uświadamiana, natomiast dziecko jest bombardowane komunikatami podkreślającymi jego mniejszą wartość niż innych członków rodziny. Dziecko może nigdy nie odczuwać swojej samoistnej wartości, może czuć się gorsze od innych i nauczyć się oceniać na podstawie zewnętrznych kryteriów. Czasami poczucie swej małej wartości dzieci ujawniają w aroganckim i pretensjonalnym zachowaniu. W efekcie tych działań dysfunkcjonalnych (ignorowanie, wyśmiewanie) wartość dziecka podlega obniżeniu i rodzą się w nim postawy samozachowawcze wyrażające się w tym, że czuje się gorsze od innych, a w życiu dorosłym ma trudności w doświadczeniu właściwego poczucia własnej wartości.
2. Bezbronność dziecka w dysfunkcjonalnej rodzinie jest nadużywana. Rodzice nie chronią dziecka i nie uczą go, jak unikać wykorzystywania i poniżania przez innych, gdyż sami nie mają odpowiedniego ukształtowanego systemu granic. Dziecko przyjmuje taki dysfunkcjonalny system granic, jakim dysponują jego rodzice. W efekcie dzieci te są nadmiernie bezbronne, narażone na zranienia, poniżenia i wykorzystywania. Jako osoby dorosłe nadal będą czuły się zbyt bezbronne, nie

---

<sup>4</sup> Por. P. Mellody, *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współzależnienia*, Warszawa 1993, s. 71.

będą czuć się bezpiecznie w stosunku z innymi ludźmi ani nie będą w stanie powstrzymać się od ataków w stosunku do innych, mogą też stać się niewrażliwi, jeżeli ich rodzice używali „murów” jako zabezpieczenia przed wykorzystaniem i poniżeniem przez innych.

3. Niedoskonałość dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej nie jest szanowana i uznawana. Dzieci są atakowane za swą niedoskonałość i wierzą, że niedoskonałość jest czymś nienormalnym. Ich reakcją może być staranie o spełnienie żądań swoich rodziców lub też bunt przeciw niemożliwym do zrealizowania oczekiwaniom rodziców. Może być czasem tak, że dzieci będą lekceważone i nigdy się nie dowiedzą, że popełniają błędy. Nikt ich nie uczy, jak zachowywać się poprawnie. Rodzice podchodzący w niewłaściwy sposób do niedoskonałości swych dzieci często nie potrafią również uznać swojej niedoskonałości. Dzieci atakowane przez rodziców za swoje błędy często stają się w wieku dorosłym albo perfekcjonistami, przesadnie wymagającymi wobec siebie i swoich bliskich, albo osobami zbuntowanymi, niezwracającymi uwagi na własne zachowania i mającymi trudności w doświadczaniu i wyrażaniu swojej niedoskonałości. Nie potrafią spojrzeć na siebie realistycznie, jako na normalne, niedoskonałe osoby, nie odczuwając przy tym dojmującego bólu, lęku i gniewu.
4. Do zależności dziecka w rodzinie dysfunkcyjnej rodzice podchodzą inaczej niż w rodzinach funkcjonalnych. Zamiast stopniowo wdrażać dziecko do samodzielności rodzice albo nieustannie troszczą się o wszystko, nie pozwalając dziecku na samodzielność, albo atakują dzieci za posiadanie i wyrażanie swoich pragnień lub też ignorują ich pragnienia. Gdy dzieci z tych rodzin dorastają, mają trudności w rozpoznawaniu i zaspokojeniu swoich potrzeb.
5. Niedojrzałość dziecka w dysfunkcyjnej rodzinie nie jest traktowana zwyczajnie. Rodzice domagają się od dzieci zachowań bardziej dojrzałych albo pozwalają dzieciom zachowywać się mniej dojrzałe niż na ich wiek przystało. Czasami rodzice są ambiwalentni w stawianych dzieciom wymaganiach. Dzieci z tych rodzin w swym życiu dorosłym stają się nadmiernie dojrzałe bądź wiecznie niedojrzałe. W obu wypadkach będą miały trudność w wyrażaniu swojego postępowania w sposób umiarkowany.

Dysfunkcyjny dom rodzinny staje się źródłem przykrości, podłożem napięć i frustracji zarówno dla jej dorosłych członków,



jak i dzieci. Dysfunkcjonalność rodziny może dotyczyć różnego zakresu realizowanych zadań, może to być:

- dysfunkcja całkowita, oznaczająca, że w rodzinie występuje kompletne niepowodzenie w realizacji zadań rodziny i muszą ją w tym zastąpić wyspecjalizowane rodziny;
- dysfunkcja częściowa, oznaczająca, że rodzina nie potrafi realizować prawidłowo pewnych swoich zadań i podstawowych funkcji.

Ta dysfunkcjonalność może z kolei obejmować:

- niepowodzenia w realizacji zadań wychowawczych;
- niepowodzenia w walce z kryzysem małżeńskim;
- niepowodzenia związane z walką o niewykluczenie rodziny z określonego kręgu rodzinnego;
- niepowodzenia w zaspokajaniu potrzeb dziecka bądź też dotyczących innych zadań i sfer życia rodzinnego.

Życie dziecka w dysfunkcyjnej rodzinie jest dla niego wielką krzywdą, gdyż rodzice na ogół nie dbają o zaspokojenie jego potrzeb, a sposób jego traktowania przez rodziców jest źródłem cierpienia i często prowadzi do deformacji jego rozwoju, negatywnych skutków emocjonalnych, zaniżonych osiągnięć edukacyjnych, aspiracji, kariery zawodowej i osobistej. Czy można wyjść z takiego „zaklętego kręgu”, jak pomóc rodzinie dysfunkcyjnej?

## Subiektywne i obiektywne czynniki trwałości rodziny niepełnosprawnej

Warto w tym miejscu zastanowić się nad rolą i „siłą” czynników rodzinnych i pozarodzinnych wpływających na korzystne funkcjonowanie rodziny lub powodujące jej dezintegrację (dysfunkcjonalność). Opracowań szczegółowych na ten temat jest dość dużo, chociaż zauważyć można w nich przecenianie znaczenia jednego z czynników, na przykład prawnego. Wskażmy zatem na subiektywny i obiektywny charakter tych czynników, ujęty w aspekcie psychopedagogicznym oraz socjologicznym.

Wszelkie próby uchwycenia całości czynników rozsadzających spójność rodziny, przyczyniających się do powstawania i nasilania zjawisk patologicznych są mało realne. Słuszniejsze wydaje się raczej mówienie o syndromie niekorzystnych warunków zewnętrznych i wewnętrznych przyczyn destabilizacji rodziny w Polsce – oto niektóre z nich:

1. Zmiany w strukturach powodujące dezaktualizację tradycyjnego modelu rodziny.
2. Zmiany mentalności wywołane przez „pęknięcie łańcucha tradycji”,
3. Rozbicie wartości osobowych w rodzinie przez konsumpcjonizm.

Do tych niekorzystnych warunków dodać należałoby także skutki długotrwałego procesu instytucjonalizacji rodziny (odbierania jej tylko przynależnych, niezbywalnych funkcji), zepchnięcie kobiety matki do roli pracownika-wytwórcy, ograbienie z wartości bardzo cennej dla młodego pokolenia, tj. czasu dla domu i dla dzieci, brak i niefunkcjonalność mieszkań, olbrzymie zaniedbania w dziedzinie infrastruktury społecznej w osiedlach mieszkaniowych, niewydolność instytucji opiekuńczo-wychowawczych i oświatowych, brak programu polityki społecznej wobec rodziny i brak systemu zabezpieczenia społecznego zdolnego skutecznie przeciwdziałać obniżaniu się progu bezpieczeństwa ekonomicznego i socjalnego milionów rodzin, a także fakt narodzin dziecka niepełnosprawnego.

Wobec tak wielu czynników w dezintegracji rodziny, sił zagrożających jej trwałości i spójności, musiały z czasem nastąpić nieuchronne pęknięcia w strukturze rodziny w wyniku osłabienia siły i zdolności przystosowanych.

Silna więź rodzinna, mimo nawet niesprzyjających warunków zewnętrznych, stanowi źródło sukcesu rodzinnego, jest gwarantem przetrwania sytuacji kryzysowych, elementem wzbogacającym osobowość członków rodziny, a zjawiska dezintegracji rodziny są groźne nie tylko dla niej samej, o czym przekonuje skala sieroctwa społecznego, dewiacji i przestępczości dorosłych, dzieci.

Siły tworzące więź rodzinną wynikają zatem z istoty małżeństwa, z układu rodzice – dzieci, wspólnoty rodzeństwa i krewnych i powstających na tym tle stosunków i zależności, z przeżyć emocjonalnych (radość i trudności), a także z postaw wobec uwarunkowań społecznych, kulturowych i ekonomicznych, w których funkcjonuje dana rodzina – w niektórych przypadkach udaje się korzystnie uzyskać je w małżeństwach i rodzinach zawartych powtórnie<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Por. K. Kluzowa, F. Kusz, *Małżeństwa powtórne w Polsce: typy – przyczyny powstania – funkcjonowanie*, Kraków 1991.

Trzeba na koniec tej części odpowiedzieć sobie na pytanie o rolę subiektywnych uwarunkowań trwałości małżeństwa i rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym. Z nowszych badań empirycznych Ireny Kowalskiej nad czynnikami warunkującymi trwałość małżeństwa (i dalej rodziny) oraz powodującymi jej rozpad wynika także ważność czynników wewnątrzrodzinnych, subiektywnych. Jej zdaniem, w rozważaniach na temat małżeństwa i rodziny ważną kwestię stanowią postawy małżonków dotyczące czynników, które w ocenie warunkują trwałość małżeństwa bądź też powodują jego rozpad. Czynniki te znaleźć można zarówno w sferze psychobiologicznej par małżeńskich, jak też w warunkach zewnętrznych. W badaniu przemian rodziny i wzorców dzietności wyodrębniono 11 różnorodnych możliwych determinant trwałości małżeństwa oraz jego rozpadu.

1. Zestawienie tych czynników przedstawia się następująco:

- wzajemna wierność;
- współdziałanie w wykonywaniu obowiązków domowych i rodzinnych;
- szacunek i wzajemne uznanie;
- dobre współżycie seksualne;
- wzajemne zrozumienie i tolerancja;
- zgodność poglądów religijnych;
- wspólne zainteresowania i zamiłowania;
- posiadanie dzieci;
- to samo pochodzenie społeczne;
- odpowiednie warunki mieszkaniowe;
- odpowiednie warunki materialne.

2. Czynniki ważne dla rozpadu (separacji):

- nadużywanie alkoholu;
- brak miłości w małżeństwie, znudzenie wzajemnym pożyciem;
- niezgodność charakteru;
- agresja i używanie przemocy;
- niezadowolenie z podziału obowiązków domowych i rodzinnych;
- niewierność, zdrada;
- niezadowolające współżycie seksualne;
- niemożność lub niechęć posiadania dzieci;
- niezgodność co do liczby dzieci;
- niepełnosprawność dziecka;

– nieporozumienia wynikające z trudnych warunków mieszkaniowych;  
– nieporozumienia wynikające z trudnej sytuacji mieszkaniowej. Różny może być ich rozkład i nasilenie w związku choćby z zatrudnieniem, okresem trwania małżeństwa czy też środowiskiem zamieszkania.

Obserwacja i analiza odpowiednich liczb wskazuje, że zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn do czynników uznawanych za ważne dla trwałości małżeństwa należy zaliczyć:

1. Wzajemną wierność: czynnik ten uznaje za ważny 95% ogółu kobiet oraz 91% ogółu mężczyzn.
2. Szacunek i wzajemne uznanie: poziom odsetka w grupie kobiet wynosi 95%, w grupie mężczyzn – 90%.
3. Wzajemne zrozumienie i tolerancja: odpowiednio 89% ogółu kobiet i 84% ogółu mężczyzn uznaje ten czynnik za ważny.
4. Posiadanie dzieci: odpowiednio 83% i 76%.
5. Współdziałanie małżonka w wykonywaniu obowiązków domowych i rodzinnych: odpowiednio 74% i 58%.
6. Odpowiednie warunki mieszkaniowe: 58% i 54%.
7. Odpowiednie warunki materialne: 57% i 52%.

Naturalnie czynnikom destabilizującym życie rodzinne można i należy przeciwdziałać, niektóre zaś wymagają terapii lub choćby psychopedagogicznego wsparcia.

## Wspomaganie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym jako warunek jego rozwoju

Zatrzymajmy się teraz dłużej nad tym, jak na proces pomagania patrzy się z perspektywy psychologii humanistycznej. Z tego punktu widzenia głównym zadaniem pomagania jest ułatwianie wspomaganemu osiągnięcia celów rozwojowych. Przeanalizujmy ten proces na przykładzie koncepcji L.M. Brammera<sup>6</sup>, zgodnie z którą kontakt wspierający polega na tworzeniu wspomaganemu warunków do wszechstronnego rozwoju (a więc pomaganiu młodemu człowiekowi w rozwoju).

Możemy to przedstawić na prostym schemacie:

---

<sup>6</sup> Por. L.M. Brammer, *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*, Warszawa 1984.

<b>Osobowość pomagającego</b>	<b>Umiejętności Pomagającego</b>	<b>Warunki ułatwiające rozwój</b>	<b>Specyficzne warunki rozwojowe</b>
cechy postawy wartości	rozumienie działanie stwarzanie komfortu	zaufanie szacunek wolność	dla osoby dla społeczeństwa

Na osobowość pomagającego składają się te wszystkie cechy, postawy, wartości itp., które ujawnia on w swoim codziennym życiu, a nie tylko „symuluje” w sytuacji pomocy.

Jego umiejętności umożliwiają okazanie zrozumienia wspomaganemu, stworzenia mu sytuacji względnego komfortu psychicznego, aby w efekcie mógł on podjąć trud w kierunku zmiany swojej sytuacji życiowej.

Współwystępowanie określonej osobowości pomagającego z jego umiejętnościami tworzy warunki ułatwiające rozwój wspomaganemu. Te warunki to między innymi: poczucie zaufania do siebie i do otoczenia, darzenie szacunkiem siebie i innych, poczucie bezpieczeństwa i wolności w realizacji siebie, poczucie odpowiedzialności za środowisko, które się współtworzy.

I dopiero wówczas, gdy zaistnieją powyższe warunki, łatwo jest zauważyć, że w życiu, rozwoju i zachowaniu wspomaganego pojawiają się te specyficzne wyniki, które będą dobrze służyły zarówno jemu samemu, jak i społeczeństwu, w którym on żyje.

Kluczową rolę w tak rozumianym procesie wspomaganego spełnia osoba wspierająca (terapeuta). Warunkiem koniecznym jej skutecznego działania jest prezentowanie w kontakcie wspierającym sześciu cech osobistych oraz pięciu warunków ułatwiających rozwój<sup>7</sup>.

Do cech osobistych należą:

- świadomość siebie i swojego systemu wartości;
- przeżywanie i okazywanie uczuć;
- pełnienie funkcji modelowych dla wspomaganego;
- zainteresowanie ludźmi i sprawami społecznymi;
- jasne zasady etyczne;
- poczucie odpowiedzialności.

Natomiast warunki ułatwiające rozwój to:

- empatia;
- ciepło i opiekuńczość;

---

<sup>7</sup> Por. tamże.

- otwartość;
- pozytywny stosunek i szacunek dla wspomaganego;
- konkretność i specyficzność.

Zapoznajmy się teraz bliżej z powyższymi cechami i warunkami kontaktu wspomagającego.

Pierwszą z podstawowych cech osoby pomagającej jest jej świadomość siebie i swojego systemu wartości. Pomagający powinien postawić sobie dwa zasadnicze pytania: Jaki jestem?, Jaki jest mój system wartości?

Udzielone odpowiedzi pozwalają następnie na szczerze pokazywanie siebie osobie wspomagannej. Wiedza o sobie, o mechanizmach własnego działania stanowi najważniejsze zabezpieczenie przed stosowaniem manipulacji w pomaganiu (czyli przed wykorzystywaniem wspomaganego i samego kontaktu z nim do zaspokajania w sposób nieetyczny własnych potrzeb). Ponadto pozwala ona na samokontrolę, czy nie dochodzi do ograniczania wolności i odpowiedzialności osoby wspomagannej.

Samoświadomość pomaga również w powstrzymywaniu się przed stosowaniem ocen i etykiet, albowiem własne doświadczenia związane z pogłębianiem samowiedzy umożliwiają wyraźne zróżnicowanie między opisem zachowania a jego wartościowaniem. Z kolei jasny system wartości ułatwia zachowanie dystansu i przejawianie tolerancji, chroni bowiem przed projekcją i generalizowaniem.

Kolejną cechą pomagającego jest to, iż doświadcza on przeżyć uczuciowych, które są między innymi efektem kontaktu z osobą wspomaganą. Świadomość własnej emocjonalności wiąże się z koniecznością akceptacji uczuć oraz umiejętnością ich komunikowania w sposób bezpieczny dla siebie i wspomaganego. Pozbawianie się uczuć lub wmawianie sobie, iż pomagający powinien być „zimny” i zdystansowany, prowadzi z jednej strony do zaniku wrażliwości, z drugiej zaś strony do niekontrolowanych przeniesień i projekcji.

Następnie L.M. Brammer wskazuje na fakt, iż pomagający dostarcza wspomaganemu wzorców zachowań (i to niezależnie od tego, czy tego chce, czy nie). Z tego też powodu niezwykle istotne jest, aby pomagający prowadził konstruktywne i satysfakcjonujące go życie osobiste i społeczne, gdyż dzięki temu uniknie pokusy kompensowania sobie własnych niedostatków w świadczeniu pomocy oraz w sposób najbardziej wymierny

zakomunikuje wspomaganemu, iż sam praktykuje to, o czym mówi<sup>8</sup>.

Czwarta cecha to zainteresowanie ludźmi i problemami społecznymi. Wiąże się ona z dwoma zagadnieniami. Po pierwsze, chodzi o odpowiedź na pytanie: Dlaczego pomagam?, a więc o odnalezienie elementów altruistycznych i prospołecznych w działaniach pomocnych. Po drugie chodzi o gromadzenie wiedzy na temat mechanizmów funkcjonowania człowieka i społeczności ludzkiej, co wtórnie podnosi skuteczność pomocy.

Kolejną cechą są zasady etyczne pomagającego. W tym przypadku chodzi o maksymalną jasność swoich norm moralnych, zasad życia społecznego oraz norm profesjonalnych (lub nieprofesjonalnego pomagania). Truizmem jest bowiem stwierdzenie, iż pomagający tak traktuje wspomaganego, jaki jest jego zasób zasad etycznych. Waga tego zagadnienia znalazła swoje odbicie w praktyce formalizowania różnych kodeksów etycznych, jakie opracowują poszczególne grupy profesjonalnego i nieprofesjonalnego wspomaganego. Warunkiem świadczenia pomocy jest przestrzeganie takiego kodeksu, jego złamanie zaś pociąga za sobą zróżnicowane sankcje, po zakaz wspomaganego włącznie.

Ostatnia z podstawowych cech osobistych pomagającego to jego poczucie odpowiedzialności. Obejmuje ono zarówno odpowiedzialność za własne działania, jak i za zachowania wspomaganego (proporcjonalnie do jego poziomu odpowiedzialności). Dokładnie charakteryzuje to L.M. Brammer, który stwierdza, iż pomagający zachowuje się w sposób odpowiedzialny i etyczny wówczas, gdy

równoważy dobro wspomaganego i oczekiwania społeczne. Zna i respektuje swoje osobiste możliwości, także nie obiecuje nie-realistycznych efektów. Kieruje wspomaganego do specjalistów, gdy jego własne ograniczenia i potrzeby wspomaganego wymagają tego; utrzymuje kontakt do momentu, kiedy specjalista nie przejmie odpowiedzialności za sytuację<sup>9</sup>.

Drugą grupę zmiennych stanowią warunki ułatwiające rozwój. Opierając się na pracach C. Rogersa, C. Truaxa, F. Carkhuffa

---

<sup>8</sup> Por. tamże.

<sup>9</sup> Tamże, s. 36-37.

czy R. Coombsa, L.M. Brammer<sup>10</sup> wskazuje na pięć głównych zmiennych. Są to:

Empatia pomagającego – jako główny sposób rozumienia wspomaganego i sprawiania, że czuje się on zrozumiany. Pomagający widzi świat w sposób, w jaki spostrzega go wspomagany, to znaczy zgodnie z jego wewnętrznym systemem odniesienia. Pomagający nie może jednak zatracić własnej tożsamości i obiektywizmu. Głównym kryterium powodzenia empatii pomagającego jest jej użyteczność dla wspomaganego: zrozumienie samego siebie, a w konsekwencji nabycie zaufania do własnej umiejętności rozwiązywania problemów i podejmowania konstruktywnych decyzji.

C. Traux i F. Carkhuff<sup>11</sup> podkreślają, że postawa empatii w kontakcie wspomagającym może osiągać różne nasilenie – od bardzo niskiego do bardzo wysokiego. Przedstawiają to w formie 5-stopniowej skali, a mianowicie:

1. Ekspresja słowna i zachowanie pomagającego nie dorównuje lub znacznie odbiega od ekspresji słownej i zachowania wspomaganego w tym sensie, że komunikuje znacznie mniej o uczuciach i doświadczeniach wspomaganego, niż zakomunikował sam wspomagany. A więc: pomagający czyni wszystko, tylko nie wyraża, że słucha, rozumie i reaguje na najbardziej nawet oczywiste uczucia wspomaganego. Odbiega to w sposób znaczący od tego, co komunikuje wspomagany.

2. Pomagający reaguje na wyrażane przez pomagającego uczucia, ale czyni to w taki sposób, że odejmuje od przekazu wspomaganego widoczny efekt. A więc: pomagający wykazuje skłonność do odpowiadania nie na to, co wyraża czy wskazuje wspomagany.

3. Ekspresja pomagającego w odpowiedzi na ekspresję wspomaganego jest w zasadzie porównywalna z ekspresją wspomaganego w tym sensie, że zasadniczo wyrażają one ten sam efekt i znaczenie. A więc: pomagający reaguje w ten sposób, że ani niczego nie odejmuje, ani nie dodaje do ekspresji wspomaganego. Nie reaguje dokładnie na to, co rzeczywiście wspomagany czuje

---

<sup>10</sup> Por. tamże.

<sup>11</sup> C. Traux, F. Carkhuff, *Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice*, Chicago 1967.



pod powierzchownymi uczuciami, wykazuje jednak chęć i otwartość, aby to uczynić. Jest to minimalny stopień funkcjonowania ułatwiającego działania interpersonalne.

4. Odpowiedzi pomagającego wzbogacają ekspresję wspomaganego w taki sposób, że wyrażają uczucia głębsze, niż sam wspomagany był w stanie to wyrazić. A więc: reakcje pomagającego wzbogacają ekspresję wspomaganego w głębsze uczucia i znaczenia.

5. Reakcje pomagającego znacznie wzbogacają uczucia i znaczenia ekspresji wspomaganego w taki sposób, że wyrażają dokładnie głębokie uczucia wspomaganego, do których wyrażenia on sam nie był zdolny bądź też – w przypadku głębokiej autoeksploracji wspomaganego – są wyrazem pełnej empatii w najtrudniejszych momentach. A więc: pomagający działa z pełną świadomością tego, kim jest druga osoba, z szerokim i dokładnym empatycznym rozumieniem jej najgłębszych uczuć.

„Ciepło i opiekuńczość pomagającego”. Terminy te odnoszą się do podstawowych jakości odpowiedzi emocjonalnej pomagającego. Ciepło jest warunkiem przyjaznych uczuć i uwagi, która manifestuje się uśmiechem, kontaktem wzrokowym i zachowaniami niewerbalnymi. Opiekuńczość, blisko związana z ciepłem, jest jednak czymś trwalszym i intensywniejszym emocjonalnie. Oznacza okazywanie głębokiego i prawdziwego zainteresowania tym, co stanowi dobro dla wspomaganego. Akt opiekowania się ma również silne zabarwienie emocjonalne, jest sposobem powiedzenia „lubię cię”.

Dla pomagającego jest więc istotne, jak dużo ciepła ma okazywać na różnych etapach procesu pomagania. Musi on być bowiem świadomy, że ułatwia ono bądź utrudnia zachowanie emocjonalne wspomaganego. Należy więc postępować odpowiednio do sytuacji.

„Otwartość pomagającego”. Jednym z głównych celów początkowego okresu w procesie pomagania jest zachęcanie wspomaganego do otwartego wyrażania swoich myśli i uczuć. Takie odsłonięcie się jest związane również z otwartością pomagającego, ponieważ powinien on w szczerzy sposób „odsłonić” swój stosunek do wspomaganego. Obowiązuje tutaj prawidłowość: im wyższy stopień wzajemnej otwartości pomagającego i wspomaganego, tym wyższy poziom zaufania między nimi.

„Pozytywny stosunek i szacunek pomagającego”. Cechy te określają nie tylko postawę głębokiego zainteresowania pomagającego dobrem wspomaganego, ale również szacunek dla jego indywidualności i wartości jako osoby. Oznacza to postawę nieoceniającą i pozbawioną zastrzeżeń. Dzięki temu wspomagany ma swobodę bycia sobą i będzie za to szanowany.

„Konkretność i specyficzność pomagającego”. Podstawowym warunkiem ułatwiającym dokładną i jasną komunikację są starania pomagającego, aby być konkretnym, a nie ogólnikowym i niejasnym.

Analizując potrzeby osób poszukujących wsparcia, L.M. Bramer wyróżnił trzy grupy umiejętności pomagania, a w ich ramach podgrupy oraz poszczególne umiejętności. Są to:

- umiejętności rozumienia obejmujące: słuchanie, prowadzenie, odzwierciedlanie, podsumowywanie, konfrontowanie, interpretowanie i informowanie;
- umiejętności zapewniania komfortu i postępowania w sytuacji kryzysu obejmujące: wspieranie, interweniowanie w kryzysie, skupianie się i kierowanie;
- umiejętności pozytywnego działania obejmujące: rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji oraz zmienianie zachowania<sup>12</sup>.

Aby profilaktyka była skuteczna, musi nosić cechy całościowe, kompleksowe. Pod tym określeniem kryją się także czynności jak: ustalenie etiologii danego zjawiska patologicznego, prawidłowości jego rozwoju, określenie istoty zmian, a następnie poszukiwanie sposobów likwidacji przyczyn. W pracy profilaktycznej niezbędne jest oszacowanie występowania niekorzystnego zjawiska oraz zdiagnozowanie go w jak najwcześniejszym stadium, co zwiększa potencjalne szanse profilaktyki.

Profilaktyka opiera się na powszechnie przyjętym założeniu, że każde dziecko ma prawo do opieki i wychowania zapewniających mu możliwości i warunki najpełniejszego rozwoju jego potencjału osobowościowego i intelektualnego.

Mówiąc o sferach rozwojowych dziecka w świetle zaburzeń emocjonalno-społecznych, zwracamy uwagę na to, iż prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka ma charakter progresywny, a więc obejmuje progresję zmian ilościowych i jakościowych wraz ze wzrastaniem i dojrzewaniem w ustalonym porządku

i w określonym tempie. Jednakże, jak już wspomniano, rozwój ten nie jest wyłącznie biologicznym samorzutnym rozwojem, ale także związany jest z własnym doświadczeniem życiowym dziecka, które nabywa w wyniku oddziaływania środowiska społecznego – najpierw środowiska rodzinnego, a później rówieśniczego. O nierówności rozwoju mówimy wówczas, gdy obserwujemy opróżnienia lub zakłócenia rozwoju w jednej ze sfer psychofizycznego rozwoju przy prawidłowym ogólnym poziomie odpowiednim dla wieku pozostałych sfer rozwoju<sup>13</sup>.

Nierówność rozwojowa może być następstwem dwóch zasadniczych czynników: przyczyn biopsychiczne oraz ekonomiczno-społeczne środowiska społecznego dziecka.

Zaburzenia rozwoju w sferze biopsychicznej mogą być następstwem mikrouszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, które mogły nastąpić w okresie płodowym, w czasie porodu lub w pierwszych miesiącach życia dziecka. Zaś wśród czynników ekonomiczno-społecznych wymienia się warunki materialne i mieszkaniowe rodziny, rozpad strukturalny i atmosferę rodziny, niski poziom intelektualny i kulturalny rodziców, niewłaściwą postawą wobec dziecka, brak zrozumienia w zaspakajaniu potrzeb dziecka, brak zainteresowania pracą szkolną dziecka.

Chociaż wpływ tych czynników na zaburzenia emocjonalno-społeczne wykazały badania<sup>14</sup>, to jednak nie można w sposób jednoznaczny określić, w jakich relacjach pozostają one w stosunku do siebie i jakie są patomechanizmy ich wpływu na dalszy rozwój dziecka niepełnosprawnego.

→ **SŁOWA KLUCZOWE** – DESTRUKCYJNE ZABURZENIA ZACHOWANIA,  
PROFILAKTYKA

---

<sup>13</sup> Por. M. Bogdanowicz, *Integracja percepcyjno-motoryczna. Teoria – diagnoza – terapia*, Warszawa 1997.

<sup>14</sup> Por. H. Spionek, *Zaburzenia rozwoju uczniów a ich niepowodzenia szkolne*, Warszawa 1985.

## SUMMARY

---

KAZIMIERZ JACEK ZABŁOCKI, *Emotional and Social Disorders among Children in Disabled Families and Preventing Them*

The author of the article observes that compared to the social, economic and political changes taking place, the number of young people revealing various kinds of developmental as well as educational disorders is increasing. It is stressed that all kinds of deformations, illnesses, destructive behaviour disorders carry individual restrictions and disturb the harmonious state of social functioning. Therefore, to begin with, the necessity to undertake preventive measures is indicated. They are supposed to enable children and youth to discover normal and integral development; to facilitate social relations in the local environment and limit the negative influence of individuals and groups exhibiting pathological and antisocial character. They should also support in an optimal and satisfying manner welfare and educational processes in the family, school and after-school environment.

The author focuses his deliberations on the family environment. It is emphasized that the family is the basic and most essential place for a child to live and develop physically, emotionally, intellectually, sexually, morally, spiritually. At the same time, the author warns us against the risks and dangers that the family is exposed to. He points to a number of factors which are conducive to the proper family functioning or cause family disintegration and dysfunctionality. Among the reasons for family destabilization he enumerates the changes in the structure leading to the irrelevance of the traditional family model, the changes in mentality resulting from the "break of the chain of tradition" and the break in personal values in the family by consumerism.

Special attention is directed towards the family with a disabled child. From the perspective of humanistic psychology, on the example of L.M. Brammer's concept, according to which supporting relation will consist in creating for the supported (a disabled person) the conditions for versatile development, the author introduces the process of supporting a family with a disabled child. He stresses the key role played by a supporting person (the therapist). Among their personal qualities he distinguishes: the awareness of oneself and one's own system of

values, experiencing and expressing emotions, performing model functions for the supported, interest in people and social issues, clear ethical principles and the sense of responsibility. He also points to the conditions facilitating development including empathy, warmth and protectiveness, openness, positive attitude and respect for the supported as well as matter-of-factness and specificity.

**Kazimierz Jacek Zabłocki**, profesor pedagogiki rewalidacyjnej i specjalnej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Kierownik Katedry Psychologii Rehabilitacji i Rewalidacji UKSW. Działalność: podstawy filozoficzno-teologiczne pedagogiki chrześcijańskiej; psychosocjologiczne uwarunkowanie postawy dialogu i rozwoju osób niepełnosprawnych.